

**Ana Isabel Oliveira dos Reis**

**Perfeccionismo e regulação emocional no estudo da  
ideação suicida**



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2021

**Ana Isabel Oliveira dos Reis**

**Perfeccionismo e regulação emocional no estudo da  
ideação suicida**

**Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde**

**Trabalho efetuado sob a orientação de:**

Prof.<sup>a</sup> Doutora Marta Brás



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2021

## **Título do trabalho**

Perfeccionismo e regulação emocional no estudo da ideação suicida

## **Declaração de autoria de trabalho**

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

---

(Ana Isabel Oliveira dos Reis)

**Copyright © 2021**, em nome de Ana Isabel Oliveira dos Reis

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

*“... os homens são anjos nascidos sem asas, é o que há de mais bonito,  
nacer sem asas e fazê-las crescer ...”.*

José Saramago

## Agradecimentos

A realização da presente dissertação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade do Algarve é uma grande conquista pessoal e um marco muito especial no meu percurso académico. Como tal, não podia deixar de agradecer às pessoas que, de algum modo, contribuíram para este resultado.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à minha orientadora Professora Doutora Marta Brás por todo o apoio demonstrado e pelas correções e indicações facultadas. O seu acompanhamento, exigência e reforço foram importantes nesta etapa da minha vida. Foi um gosto explorar este tema, mas decerto que não esquecerei as suas palavras de compreensão e amparo, quando a ansiedade e os receios se apoderaram de mim.

Em segundo lugar, queria expressar o meu agradecimento à Professora Doutora Cláudia Carmo pela disponibilidade, interesse e apoio nesta temática.

Agradeço a todos os participantes, que aceitaram colaborar e dispensaram um pouco do seu tempo para a presente investigação. A sua participação foi fundamental para a concretização deste estudo.

Gostaria também de registar um enorme e sincero Obrigado à minha amiga e parceira Jenifer Mata, com quem tive oportunidade de partilhar diversos passos deste trabalho. Sem ti, sem as tuas palavras de conforto, sem os nossos desabafos e os nossos áudios infinitos esta experiência não tinha sido tão rica. Obrigada por escutares todas as minhas dúvidas e inseguranças. A tua companhia, ajuda e amizade foram essenciais! Estou feliz por ter te conhecido melhor e profundamente grata por todos os momentos que ampliaram a nossa amizade nestes anos.

Obrigada a todos os meus amigos e colegas que me acompanharam, que se preocuparam comigo, tiveram interesse e torceram por mim. Em especial à Cassama Gomes, à Margarida Cabanita e à Gabriela Darie pela alegria, ajuda, partilhas e conselhos ao longo dos últimos anos. Reconheço que os laços que criámos tornaram este caminho mais completo. Obrigada por terem cruzado a minha vida!

Um agradecimento enorme à minha família, por respeitarem as minhas escolhas e a minha ausência ao longo destes anos em prol do meu bem-estar. Espero um dia conseguir retribuir tudo o que fazem por mim.

Em particular aos meus pais, quem admiro muito e sem os quais esta trajetória não teria acontecido. À minha mãe, por ser a mulher incrível que é, um ser humano cheio de garra e radiante. Obrigada por todo o teu amor, cuidado e por acreditares em mim quando eu duvido e questiono o meu trabalho. Ao meu pai, por ser um exemplo de coragem e persistência. Obrigada por estares sempre do meu lado e me desejares o melhor.

Aos meus sobrinhos, Tomás e Lara, agradeço por todos os sorrisos e brincadeiras. São as crianças mais queridas que conheço. Ter a oportunidade de vos ver crescer enche-me de alegria. Com vocês aprendi a apreciar as coisas mais simples da vida.

Quero igualmente agradecer aos meus avós, por nunca se esquecerem de mim e me transmitirem tanta paz, ternura e sabedoria. Jamais esquecerei os vossos gestos.

Por último, mas não menos importante, um muito Obrigado ao meu namorado pelo suporte, apoio incondicional, cumplicidade, preocupação, conselhos e palavras de força nos momentos de maior desmotivação e hesitação. Sei que te esforçaste para me dar ânimo e foco,

durante muitos dias e muitas noites de estudo. Sei também que muitas vezes não fui capaz de desligar e estar por inteiro contigo, por a minha cabeça estar inquieta com este objetivo. Porém, a confiança que tens em mim e o teu incentivo fez-me crer que eu conseguia terminar este projeto. O teu carinho, a tua disponibilidade para ajudar e a tua paciência foram notáveis nesta caminhada. Obrigada por estares presente em todos os momentos e fazeres parte de mim hoje e sempre!

Ao pensar nestes últimos anos, percebo que a vida universitária me fez crescer, retiro desta aventura muitas aprendizagens e lições de vida. Este ano foi sem dúvida o mais desafiante, mas por fim um sonho realizado que sem vocês não teria sido possível, nem teria tamanho significado.

Um agradecimento especial a todos!

## Resumo

O suicídio constitui um sério problema de saúde pública a nível mundial, sendo o culminar de um processo que normalmente se inicia pela ideação suicida. Importa, por isso, avaliar a ideação suicida e conhecer os seus fatores de risco. A associação entre o perfeccionismo e a ideação suicida tem sido bastante debatida na literatura, contudo, o conhecimento sobre o papel da desregulação emocional nesta relação é escasso.

O principal objetivo da investigação é estudar o papel da regulação emocional na relação entre o perfeccionismo e a ideação suicida em jovens-adultos de nacionalidade portuguesa.

Para tal, foi recolhida uma amostra de 224 jovens-adultos portugueses entre os 18 e os 35 anos, de ambos os sexos. Os participantes responderam a um formulário *online*, que avaliou a ideação suicida, o perfeccionismo e a desregulação emocional.

Os resultados mostram uma relação positiva entre a Ideação suicida e as Dificuldades de regulação emocional, principalmente nas dimensões Estratégias e Impulso e a Ideação suicida negativa. Verificou-se também, uma associação positiva entre as Dificuldades de regulação emocional e o Perfeccionismo, especialmente no que se refere à dimensão Estratégias e o Perfeccionismo desadaptativo (discrepância e perfeccionismo socialmente prescrito). De salientar que a relação entre o Perfeccionismo e a Ideação suicida é totalmente mediada pelas Dificuldades de regulação emocional em geral, e, mais especificamente, pelas dimensões Estratégias, Não-Aceitação, Impulso e Objetivos.

Concluiu-se que a Desregulação emocional desempenha um papel mediador na relação entre o Perfeccionismo e a Ideação suicida. Na presença de níveis elevados de perfeccionismo, o aumento da desregulação emocional pode contribuir determinadamente para aumentar o risco de ideação suicida. Assim, a avaliação do perfeccionismo e das dificuldades de regulação emocional pode promover a prevenção e intervenção psicológica no comportamento suicidário.

**Palavras-chave:** Ideação suicida, Perfeccionismo, Regulação emocional, Jovens-adultos.

## **Abstract**

Suicide is a serious public health problem worldwide, being the culmination of a process that normally begins with suicidal ideation. Therefore, it is important to assess suicidal ideation and know its risk factors. The association between perfectionism and suicidal ideation has been widely debated in the literature, however, knowledge about the role of emotional dysregulation in this relationship is scarce.

The main objective of the investigation is to study the role of emotional regulation in the relationship between perfectionism and suicidal ideation in young adults of portuguese nationality.

For this purpose, a sample of 224 portuguese young adults between 18 and 35 years of age, of both sexes, was collected. Participants answered an online form, which assessed suicidal ideation, perfectionism and emotional dysregulation.

The results show a positive relationship between Suicidal Ideation and Emotion Regulation Difficulties, especially in the Strategies and Impulse dimensions and Negative Suicidal Ideation. There was also a positive association between Emotion Regulation Difficulties and Perfectionism, especially with regard to the dimension Strategies and Maladaptive Perfectionism (discrepancy and socially prescribed perfectionism). It should be noted that the relationship between Perfectionism and suicidal Ideation is totally mediated by Difficulties in emotional regulation in general, and, more specifically, by the Strategies, Non-Acceptance, Impulse and Objectives dimensions.

It was concluded that Emotional Dysregulation plays a mediating role in the relationship between Perfectionism and Suicidal Ideation. In the presence of high levels of perfectionism, the increase in emotional dysregulation can contribute decisively to increase the risk of suicidal ideation. Thus, the assessment of perfectionism and emotional regulation difficulties can promote prevention and psychological intervention in suicidal behavior.

**Keywords:** Suicidal ideation, Perfectionism, Emotional regulation, Young adults.

## Índice

<b>1. Introdução</b> .....	1
<b>2. Enquadramento Teórico</b> .....	3
<b>2.1. Relevância epidemiológica, social e clínica do suicídio</b> .....	3
<b>2.2. Processo Suicidário</b> .....	5
<b>2.3. Perfeccionismo e Suicídio</b> .....	6
<b>2.3.1. Modelo Explicativo do Perfeccionismo</b> .....	10
<b>2.4. Papel da Regulação Emocional na compreensão da Ideação Suicida</b> .....	12
<b>2.5. Modelo Explicativo da Desregulação Emocional</b> .....	16
<b>2.6. Perfeccionismo e Regulação Emocional</b> .....	20
<b>3. Objetivos</b> .....	24
<b>3.1. Objetivo Geral</b> .....	24
<b>3.2. Objetivos Específicos</b> .....	24
<b>4. Método</b> .....	24
<b>4.1. Desenho da Investigação</b> .....	24
<b>4.2. Amostra</b> .....	25
<b>4.3. Instrumentos</b> .....	26
<b>4.3.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico</b> .....	26
<b>4.3.2. Escala Quase Perfeita – Versão reduzida (SAPS; Rice, Richardson, &amp; Tueller, 2014)</b> .....	27
<b>4.3.3. Escala Multidimensional de Perfeccionismo (HMPS; Hewitt &amp; Flett, 1991b)</b> .....	28
<b>4.3.4. Inventário de Ideação Suicida Positiva e Negativa (PANSI; Osman, Gutierrez, Kopper, Barrios, &amp; Chiros, 1998)</b> .....	29
<b>4.3.5. Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS; Gratz &amp; Roemer, 2004)</b> .....	30
<b>4.4. Procedimentos</b> .....	31
<b>4.4.1. Recolha de Dados</b> .....	32

4.4.2. Análise de Dados.....	32
5. Resultados.....	34
5.1. Análise da relação entre a Ideação Suicida e as Dificuldades de Regulação Emocional.....	35
5.2. Análise da relação entre o Perfeccionismo e as Dificuldades de Regulação Emocional.....	36
5.3. Níveis de Ideação Suicida: diferenças entre géneros.....	38
5.4. Níveis de Perfeccionismo: diferenças entre géneros.....	39
5.5. Níveis de Regulação emocional: diferenças entre géneros.....	41
5.6. Análise do papel mediador da Desregulação Emocional na relação entre o Perfeccionismo e a Ideação Suicida.....	43
5.7. Análise do papel mediador das subescalas de Desregulação Emocional na relação entre o Perfeccionismo e a Ideação Suicida.....	45
6. Discussão.....	48
7. Conclusões.....	54
8. Referências Bibliográficas.....	59
9. Anexos.....	82

## Índice de Figuras

<b>Figura 1.</b> <i>Efeito indireto do perfeccionismo sobre a ideação suicida por mediação da desregulação emocional.....</i>	<b>45</b>
---	-----------

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> <i>Correlações (r) entre a Ideação Suicida e a Desregulação Emocional (N = 224).</i>	35
<b>Tabela 2.</b> <i>Correlações (r) entre o Perfeccionismo e a Desregulação Emocional (N = 224) ...</i>	36
<b>Tabela 3.</b> <i>Comparação dos níveis de Ideação Suicida em função do sexo - Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e Teste t .....</i>	38
<b>Tabela 4.</b> <i>Comparação dos níveis de Perfeccionismo em função do sexo - Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e Teste t .....</i>	40
<b>Tabela 5.</b> <i>Comparação dos níveis de Regulação Emocional em função do sexo - Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e Teste t .....</i>	42
<b>Tabela 6.</b> <i>Efeito do Perfeccionismo na Ideação Suicida: Análise do Efeito Mediador das dimensões - Estratégias, Não-Aceitação, Consciência, Impulso, Objetivos e Clareza (N = 224) .....</i>	46

## **Índice de Anexos**

<b>Anexo A.</b> Consentimento Informado.....	83
<b>Anexo B.</b> Questionário Sociodemográfico e Clínico.....	85
<b>Anexo C.</b> Escala Quase Perfeita – Versão reduzida (SAPS).....	89
<b>Anexo D.</b> Escala Multidimensional de Perfeccionismo (HMPS).....	91
<b>Anexo E.</b> <i>Positive and Negative Suicide Ideation Inventory</i> (PANSI).....	94
<b>Anexo F.</b> Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS).....	97

## **Lista de Siglas e Acrónimos**

**DERS** - *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (Gratz & Roemer, 2004)

**DGS** – Direção-Geral da Saúde

**HMPS** - *Multidimensional Perfectionism Scale* (Hewitt & Flett, 1991)

**PANSI** - *Positive and Negative Suicide Ideation* (Osman, Gutierrez, Kopper, Barrios, & Chiros, 1998)

**PAO** - Perfeccionismo Auto-Orientado (Hewitt & Flett, 1991)

**PNPS** - Plano Nacional de Prevenção do Suicídio

**POO** - Perfeccionismo Orientado para os Outros (Hewitt & Flett, 1991)

**PSP** - Perfeccionismo Socialmente Prescrito (Hewitt & Flett, 1991)

**SAPS** - *Short Almost Perfect Scale* (Rice, Richardson, & Tueller, 2014)

**SPSS** - *Statistical Package for the Social Sciences*

## 1. Introdução

Um dos comportamentos mais antigos, misteriosos e perturbadores da história da humanidade é o suicídio (Morais & Sousa, 2011). Os estudos que descrevem a história do conhecimento científico ocidental a respeito do suicídio e do sujeito suicida (Marsh, 2010) possibilitam entender a complexidade da descrição e explicação desta ação humana. A conceptualização deste fenómeno é afetada por crenças espirituais, culturais, científicas e médicas (Collings & Beautrais, 2005).

A palavra suicídio deriva do latim, *sui* que significa si mesmo e *caederes* que significa ação de matar. Após a sua primeira utilização em 1737 pelo abade Desfontaines, foi introduzida na comunidade científica, no século XIX, de forma a encontrar respostas psiquiátricas e sociológicas para este tema (Moron, 1987). Segundo Durkheim (1982), psicólogo e sociólogo francês, o suicídio refere-se a *“todo caso de morte que resulte direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, sabedora de que devia produzir esse resultado”*.

No ramo da Psicologia, o suicídio é entendido como consequência de uma dor psíquica intensa e relaciona-se com a psicopatologia (Macedo & Werlang, 2007). Além disso, é destacado como um fenómeno complexo e multicausal, que resulta da interação de fatores filosóficos, antropológicos, psicológicos, biológicos e sociais. Representa um problema que atinge a sociedade, tanto os mais jovens como os idosos, o sexo masculino e o sexo feminino, e muitas vezes de forma silenciosa (Ribeiro et al., 2016).

O fenómeno suicidário é uma das principais causas de morte nos jovens-adultos (WHO, 2018), razão pela qual será dada especial atenção a esta população no presente estudo. Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2013), as estratégias de prevenção do suicídio abrangem parcerias multissetoriais, com foco para a área da saúde na avaliação do risco, planeamento, organização, atuação e monitorização dos resultados. Contudo, apesar das medidas científicas, políticas e de conscientização que objetivam prevenir e intervir no suicídio, as taxas de mortalidade por suicídio mantêm-se praticamente constantes ao longo do tempo (OMS, 2014).

Neste trabalho, será focada a ideação suicida dentro do leque de fenómenos do processo suicidário, que engloba pensamentos, intenções, ameaças e outros atos não físicos (Kessler, Berglund, Borges, Nock, & Wang, 2005). Por outras palavras, podem existir desejos e/ou planos para o suicídio, sem passar necessariamente ao ato (Saraiva & Gil, 2014). Vários autores concordam que a ideação suicida é a fase mais precoce da conduta suicida, relevando-se essencial a sua avaliação para desenvolver programas de prevenção (Silva et al., 2006).

O perfeccionismo constitui um fator de risco para o seu desenvolvimento (Shahnaz, Saffer, & Klonsky, 2018), sendo caracterizado como um traço de personalidade multidimensional, um forte desejo de procura de padrões de desempenho muito elevados e uma atitude excessivamente autocrítica quanto ao próprio desempenho (Flett & Hewitt, 2002). Deste modo, é entendido como uma forma de pensar irracional e disfuncional que favorece distúrbios emocionais e comportamentais (Beck, 1976; Burns, 1980; Ellis, 1958).

Pretende-se ainda aprofundar o papel da desregulação emocional, dado que a sua natureza transdiagnóstica tem vindo a ganhar relevância (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004; Kring & Sloan, 2010), sendo uma característica geral da psicopatologia (Cicchetti, Ackerman, & Izard, 1995; Gross & Muñoz, 1995). Além do mais, representa um fator de risco para comportamentos prejudiciais (Kim et al., 2020).

De acordo com Gratz (2007) a regulação emocional diz respeito ao controlo das emoções negativas e ao comportamento do indivíduo ao experienciar as mesmas. Porém, nem sempre o controlo das emoções é eficaz, tendo consequentemente efeitos contraditórios, como o aumento da frequência, da acessibilidade e da gravidade das experiências negativas. Assim sendo, a regulação emocional alude a um conjunto de processos automáticos e controlados que afetam a experiência e expressão das emoções do indivíduo segundo os seus objetivos (Gross, 1998, 2002). É fundamental alcançar um conhecimento mais aprofundado sobre os fatores que influenciam o comportamento suicidário, a fim de estimular a prevenção neste campo (Vasconcelos-Raposo, Soares, Silva, Fernandes, & Teixeira, 2016).

Para esta finalidade, tenciona-se desenvolver o presente estudo, que se encontra estruturado em diversas secções. Numa primeira instância será apresentado o Enquadramento Teórico, de forma a explorar as variáveis em estudo e a sua relação, designadamente o processo suicidário, o perfeccionismo e o papel da regulação emocional e descrever os modelos explicativos. De seguida, serão abordados os Objetivos do Estudo, nomeadamente o Objetivo Geral e os Objetivos Específicos, que orientam a presente investigação. Posteriormente, será descrito o Método, com referência ao desenho da investigação, aos participantes, aos instrumentos utilizados, como também aos Procedimentos de recolha e de tratamento dos dados. No tópico seguinte, serão mencionados os resultados obtidos e posteriormente a sua discussão. Por fim, constarão as conclusões finais, as limitações que foram detetadas, como também as potencialidades da investigação e sugestões para futuros estudos no âmbito da temática exposta.

## **2. Enquadramento Teórico**

A primeira parte do trabalho consiste no Enquadramento Teórico, que é baseado na literatura e dirigido para o Perfeccionismo e Regulação emocional no estudo da Ideação suicida. Para este efeito, serão abordados pontos fulcrais que destacam informação pertinente da temática em estudo.

Em primeiro lugar, serão apresentados os dados epidemiológicos do comportamento suicidário e seguidamente, será aprofundado o processo suicidário. Posteriormente, será explorada a relação entre o perfeccionismo e o suicídio, seguido pelo papel da regulação emocional na ideação suicida e, por último, a relação entre o perfeccionismo e regulação emocional, com referência a modelos explicativos.

### **2.1. Relevância epidemiológica, social e clínica do suicídio**

No âmbito da área científica da Psicologia, o estudo da morte por suicídio é um tema atual, relevante e alarmante, da perspetiva empírica, social e da prática clínica.

A consumação do suicídio provém de um ato provocado de forma voluntária para tirar a própria vida (Ribeiro et al., 2016), sendo um fenómeno complexo e grave, a nível nacional e internacional (Saraiva, Peixoto, & Sampaio, 2014). Desta forma, consiste num problema mundial de saúde pública, responsável por aproximadamente 800 mil mortes por ano, o que corresponde a uma morte no mundo a cada 40 segundos. O suicídio é a causa de 1.4% das mortes prematuras a nível mundial (Bachmann, 2018), cerca de 40% dos adolescentes que praticaram comportamentos autolesivos também se tentaram suicidar (Whitlock & Knox, 2007). Segundo a estimativa dos dados estatísticos, por cada suicídio, há cerca de 20 tentativas de suicídio (WHO, 2018).

A jovem adultícia representa um período desenvolvimental, caracterizado por exigências, desafios e incertezas que podem ocasionar diversos problemas de saúde mental e o comportamento suicidário. Além do mais, esta fase de desenvolvimento envolve mudanças psicológicas, psicossociais e exige o desenvolvimento de autonomia em vários campos da vida (Gonçalves, Freitas, & Sequeira, 2011). Na transição para a idade adulta acentua-se o risco de suicídio (Hooven, Snedker, & Thompson, 2012; Kessler et al., 2005; Nock et al., 2008a), pelo que os jovens-adultos são uma população bastante afetada, sendo este fenómeno estimado como

a segunda causa de morte mundial em indivíduos, com idades entre os 15 e os 29 anos (OMS, 2020).

A faixa etária dos participantes é justificada pelas estatísticas alarmantes que indicam o suicídio como uma das principais causas de morte nos jovens-adultos (WHO, 2018).

Em Portugal, no ano 2018, a taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente (comportamento suicidário) foi de 9.6% por 100 000 habitantes, demonstrando o sexo feminino valores inferiores (4.7%) ao sexo masculino (15.1%) (INE, 2020). Já no ano de 2016, o suicídio culminou num total de 981 mortes, o que representa 0.9% da população total. No entanto, anteriormente, em 2010, a taxa de suicídio por 100 000 habitantes foi de 10.3%, superior às mortes causadas por acidentes de viação e acidentes de trabalho (DGS, 2013).

Já na população com idade inferior a 65 anos, o suicídio foi responsável por 6.0 mortes por cada 100 mil habitantes, o que equivale a 570 óbitos (INE, 2018). A DGS (2013) refere que o suicídio é uma das principais causas de morte em jovens portugueses, pelo que constituem uma população de risco.

Em conformidade com o estudo de Casey et al. (2006) percebe-se que o aumento da idade apresenta um efeito redutivo na ideação suicida, bem como o estado civil casado. Mais investigações fazem referência ao estado civil, apontado que existe um maior risco de suicídio entre os solteiros, divorciados e viúvos (Beautrais, 2003; Volpe, Corrêa, & Barrero, 2006).

Vários estudos corroboram que quanto maior o nível de escolaridade menor a ideação suicida (Almasi et al., 2009; Denney, Rogers, Krueger, & Wadsworth, 2009; Lee et al., 2009; Vasconcelos-Raposo et al., 2016). Além disso, sem atender ao regime de trabalho, denota-se que os indivíduos empregados apresentam menos ideação suicida. Contudo, é importante ressaltar que estes têm mais posses económicas para usufruir de maiores cuidados de saúde (Witte et al., 2006).

Estudos familiares, de gémeos e de adoção evidenciam que existe uma componente genética de aproximadamente 30-55% para o comportamento suicidário (Arsenault-Lapierre, Kim, & Turecki, 2004; Brent & Melhem, 2008; Pedersen & Fiske, 2010; Petersen, Sørensen, Andersen, Mortensen, & Hawton, 2013; Voracek & Loibl, 2007). Denota-se que os indivíduos que têm antecedentes familiares de suicídio tem tendência a evidenciar níveis significativos de ideação suicida (Borges & Werlang, 2006). Estima-se que cerca de 60% dos indivíduos com

ideação suicida acaba por cometer suicídio ao longo da sua vida (Fawcett, Clark, & Bush, 1993).

As doenças crónicas e as doenças mentais, por exemplo depressão e ansiedade, pertencem a grupos de alto risco de suicídio (Bachmann, 2018). Por outro lado, as perturbações de humor destacam-se pelo risco elevado de tentativas de suicídio (Carlier, Hovens, Streevelaar, van Rood, & van Veen, 2016; Öyekçin & Şahin, 2013).

## **2.2. Processo Suicidário**

O suicídio refere-se à morte do indivíduo, em resultado de atos realizados pelo mesmo, com intencionalidade de morrer (DGS, 2013). Adicionalmente, o comportamento suicida envolve um contínuo de pensamentos e comportamentos, da ideação até ao suicídio (Ganz, Braquehais, & Sher, 2010). Neste sentido, consiste num processo complexo e multifatorial (Turecki & Brent, 2016), que inclui um espetro de comportamentos, num gradiente de potencialidade da morte iminente, da ideação suicida, ao plano e tentativa de suicídio, até ao suicídio consumado (Gassman-Mayer et al., 2011; Hill, Castellanos, & Pettit, 2011; Saraiva & Gil, 2014).

Segundo o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS), apresentado pela DGS, para uniformizar a terminologia na área do suicídio são sugeridas as seguintes definições: a ideação suicida é percebida como os pensamentos de pôr fim à própria vida, que podem ser antecipadores de comportamentos autolesivos ou atos suicidas; os comportamentos autolesivos são os atos por meio dos quais o sujeito causa lesões em si mesmo, todavia sem intenção de morrer; os atos suicidas, incluem a tentativa de suicídio e o suicídio consumado, sendo que a tentativa de suicídio é o ato do indivíduo com intenção de morrer, mas sem êxito, pois por várias razões, o indivíduo sobrevive, enquanto que o suicídio consumado é a morte causada por um ato cometido pelo indivíduo com intenção suicida (DGS, 2013).

O presente estudo foca essencialmente a ideação suicida que, de forma mais pormenorizada, diz respeito aos pensamentos ou ideias sobre o suicídio e/ou planeamento da própria morte (Guerreiro & Sampaio, 2013) e pode ser classificada em termos hierárquicos, partindo de pensamentos gerais sobre a morte até aos planos concretos sobre por fim à vida. Contudo, geralmente, estes pensamentos e cognições não se resumem ao sujeito, incluindo também pensamentos acerca da reação dos outros após a sua morte e a possibilidade de redigir um bilhete de despedida (Ferreira & Castela, 1999; Reynolds, 1991).

Ressalta-se que os pensamentos suicidas têm uma frequência seis vezes superior à tentativa de suicídio (Botega, Barros, Oliveira, Dalgarrondo, & Marín-León, 2005). Estudos apontam que a ideação suicida aumenta o risco de tentativas de suicídio e/ou suicídio (Kessler, Borges, & Walters, 1999), dependendo da premeditação e organização do plano para consumir o suicídio (Ferreira & Castela, 1999; Reynolds, 1991). Deste modo, o risco de suicídio consumado aumenta conforme a evolução de pensamentos passivos, para pensamentos sérios a respeito do comportamento suicidário (Joiner, 2005).

A ideação suicida é um precursor do suicídio, sendo imprescindível uma maior atenção às suas causas para aumentar a prevenção e melhorar a intervenção neste campo (Klonsky, May, & Saffer, 2016). O sexo masculino apresenta um risco três vezes superior de cometer suicídio, em relação ao sexo feminino (DGS, 2013), embora as jovens relatem maior quantidade de pensamentos a respeito do suicídio e realizem um maior número de tentativas (Lee & Bae, 2015).

Pode-se, deste modo, considerar a ideação suicida como um marcador inicial do risco de suicídio (Reynolds, 1991), que é mais frequente nos jovens-adultos comparativamente à população idosa (Botega et al., 2005). Enquanto alguns estudos evidenciam que a probabilidade de os jovens experienciarem ideação suicida aumenta conforme o avanço da idade (e.g., Rudatsikira, Muula, Siziya, & Twa-Twa, 2007), outros sugerem a ausência de relação entre a idade e a ideação suicida (e.g., Kirkcaldy, Eysenck, & Siefen, 2004; Lasgaard, Goossens, & Elklit, 2010; Tyssen, Vaglum, Grønvold, & Ekeberg, 2001).

### **2.3. Perfeccionismo e Suicídio**

Geralmente o suicídio associa-se a mais que um fator, sendo os traços de personalidade bastante marcantes nesta ligação (Bogg & Roberts, 2004; Brezo, Paris, & Turecki, 2006). A relação entre o suicídio e o perfeccionismo é fundamentada há mais de 50 anos (Blatt, 1995; Hewitt, Caelian, Chen, & Flett, 2014; Kiamanesh, Dyregrov, Haavind, & Dieserud, 2014; O'Connor, 2007). O perfeccionismo é definido como um traço de personalidade marcado pela procura da perfeição e estabelecimento de padrões de desempenho extremamente elevados, concomitantemente a avaliações excessivamente críticas (Stoeber, Haskew, & Scott, 2015).

A visão unidimensional do perfeccionismo evoluiu para uma visão multidimensional (Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate, 1990; Hewitt & Flett, 1991b), que dá ênfase às componentes intraindividuais e interindividuais deste construto. São destacadas três

componentes chave: o Perfeccionismo Auto-Orientado (PAO), no qual o indivíduo deposita expectativas irrealistas para o *self* e procura de modo incessável alcançar a perfeição. Deste modo, o comportamento perfeccionista é unicamente dirigido a si próprio e está associado ao desejo de excelência, padrões excessivamente altos na análise do seu desempenho, metas rigorosas, autoavaliações e autocrítica; o Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP), que se relaciona com a crença de que os outros têm expectativas quanto ao próprio que são impossíveis de realizar, que o avaliam de maneira demasiado exigente, com juízos punitivos e exercem pressão para que seja perfeito; e o Perfeccionismo Orientado para os Outros (POO), que se refere ao comportamento perfeccionista dirigido externamente, expressando a exigência para que os outros sejam perfeitos, portanto, diz respeito aos elevados padrões e expectativas relativamente a outras pessoas.

Deste modo, percebe-se que o perfeccionismo consiste num construto multidimensional de conteúdo intrapessoal e interpessoal (Hewitt & Flett, 1991b) e que engloba características adaptativas e desadaptativas (Bieling, Israeli, Smith, & Antony, 2003; Enns, Cox, Sareen, & Freeman, 2001). O PAO e o POO representam as dimensões adaptativas do perfeccionismo, enquanto o PSP representa a dimensão desadaptativa (e.g., Bieling, Israeli, & Antony, 2004; Frost, Heimberg, Holt, Mattia, & Neubauer, 1993; Rice & Ashby, 2007; Slade & Owens, 1998; Terry-Short, Owens, Slade, & Dewey, 1995).

O perfeccionismo que conduz à aquisição de altos padrões e consequentes recompensas, pode não provocar sofrimento psicológico. Porém, no caso do perfeccionismo desadaptativo, existe associação a comportamentos autodestrutivos e reforço negativo, pois a preocupação com a avaliação dos outros, duvidar de si próprio e a preocupação com os erros originam comportamentos problemáticos, como o evitamento de tarefas, verificação exagerada ou comportamentos que tentam recuperar a autoestima (Slade & Owens, 1998). De acordo com Krajniak, Miranda e Wheeler (2013), os comportamentos desadaptativos perfeccionistas dos jovens-adultos, por exemplo ruminação e previsões pessimistas do futuro, contribuem para o desenvolvimento da ideação suicida.

No PAO são definidos padrões que tendem para a perfeição, podendo as expectativas ser irrealistas e propícias a sentimentos de culpa e vergonha quando estas não são satisfeitas (Hewitt, Flett, & Weber, 1994; Stoeber, Kempe, & Keogh, 2008). No PSP os indivíduos podem se sentir obrigados a seguir um determinado padrão devido a uma força externa, por exemplo expectativa cultural, expectativa da sociedade ou de pessoas significativas. Deste modo, a dimensão em questão é a mais relacionada com a ideação suicida (Hewitt, Flett, & Turnbull-

Donovan, 1992; Hewitt, Newton, Flett, & Callander, 1997; Hunter & O'Connor, 2003; Klibert, Langhinrichsen-Rohling, & Saito, 2005; Sommerfeld & Malek, 2019). De acordo com estudos anteriores a dimensão PSP correlaciona-se significativamente com a ideação suicida (Hewitt et al., 1992; Hewitt et al., 1997; Klibert et al., 2005).

Segundo um estudo iraniano realizado a jovens alunos, o PSP corresponde a um preditor positivo das relações interpessoais, mas, em oposição, o PAO dificulta a otimização das relações com os familiares e com os pares (Ghanbari, Javaheri, Mousavi, Seyed, & Melhi, 2011).

Além disso, de acordo com um estudo coreano, sobre a relação entre o perfeccionismo e a autodeterminação profissional em estudantes universitários, este traço de personalidade restringe a atividade dos indivíduos profissionalmente autodeterminados (Yoo, Min, & Park, 2019).

O perfeccionismo remete para o potencial de autodesenvolvimento do indivíduo (Gao, Kiseleva, Nasledov, & Shamanov, 2017; Pidbutska, Knysh, & Bogdan, 2019). No entanto, este construto é também percebido como um fenómeno destrutivo e patogénico (Garanyan, Kholmogorova, & Yudeeva, 2001; Hesler, 2016; Shafran & Mansell, 2001). A literatura indica que o perfeccionismo conduz a uma sensação crónica de fracasso, vergonha, indecisão e procrastinação (Burns, 1980; Hamachek, 1978; Hollender, 1965; Pacht, 1984).

Assim, entende-se que o perfeccionismo inclui aspetos positivos/normais e negativos/anormais (Hamachek, 1978). No que concerne ao perfeccionismo positivo verificam-se padrões pessoais elevados, embora acessíveis, inclinação para a organização nos negócios, sensação de satisfação com o próprio desempenho, procura pela excelência e tendência para o sucesso. Além disso, abrange o desejo de sucesso, a consideração pelos próprios recursos e limitações, a definição de metas realistas, a prontidão para alterar padrões pessoais em detrimento da situação (Hamachek, 1978), a determinação de correr riscos sem certeza de sucesso (Zolotareva, 2012), a dedicação ao desenvolvimento pessoal (Zolotareva, 2017) e a necessidade de ultrapassar a discrepância entre o real e o desejado (Pidbutska et al., 2019).

Nesta linha de pensamento, o perfeccionismo normal ou adaptativo associa-se a níveis elevados de aprendizagem, eficiência e desempenho (Lapointe, 2002), de afeto positivo (Brown et al., 1999; Frost et al., 1993; Molnar, Reker, Culp, Sadava, & DeCourville, 2006) e menores níveis de afeto negativo (Brown et al., 1999; Dunkley, Blankstein, & Berg, 2012), de stresse, vergonha e ansiedade. Para mais, está também associado a níveis mais altos de otimismo, orgulho e autoestima (Ashby & Rice, 2002; Fedewa, Burns, & Gomez, 2005; Lizmore, Dunn,

& Dunn, 2017) e maior concretização de objetivos acadêmicos e satisfação (Gaudreau & Thompson, 2010).

Em contrapartida, no caso do perfeccionismo negativo, existem padrões elevados irrealistas e uma preocupação excessiva a respeito dos erros (Raouf, Khademi, & Naghsh, 2019), medo do fracasso, falta de confiança e sentimento de inadequação e inferioridade que conduz à frustração (Karababa, 2018). O perfeccionismo patológico ou inadaptativo relaciona-se com afetos negativos e refere-se às preocupações sobre a avaliação social negativa. Deste modo, alude a sentimentos de baixa autoestima, inutilidade, angústia, ansiedade, depressão, vergonha, culpa, indecisão e procrastinação (Hewitt & Flett, 1991b; Lapointe, 2002). Posto isto, pode-se afirmar que os indivíduos perfeccionistas estão presos a um ciclo interminável de esforço exagerado e autodestrutivo, estando as suas experiências associadas a autoconsumo rígido, decepção e fracasso (DiBartolo, Frost, Chang, LaSota, & Grills, 2004; Dunkley & Grilo, 2007; Sturman, Flett, Hewitt, & Rudolph, 2009). Segundo Adler (1956), os perfeccionistas adaptativos perseguem objetivos reais, ao passo que os perfeccionistas desadaptativos se podem revelar obsessivos perante os seus objetivos e ter medo da crítica.

Adicionalmente, o perfeccionismo relaciona-se com a origem e manutenção de várias psicopatologias (Macedo, 2012), sendo um fator transdiagnóstico em psicopatologia, que se associa à Perturbação Obsessivo-Compulsiva (Ayearst, Flett, & Hewitt, 2012; Dimaggio et al., 2018), às perturbações de humor e ansiedade, à depressão e às perturbações alimentares (Egan, Wade, & Shafran, 2011). Estudos controlados indicam que o tratamento do perfeccionismo diminui os sintomas das perturbações clínicas (Glover, Brown, Fairburn, & Shafran, 2007; Riley, Lee, Cooper, Fairburn, & Shafran, 2007; Steele & Wade, 2008).

A componente desadaptativa do perfeccionismo foi identificada como fator de risco e de manutenção para o comportamento suicidário (Egan et al., 2011; Flett, Hewitt, & Heisel, 2014), evidenciando-se como um fator de risco transdiagnóstico para a ideação suicida, nas populações clínicas e não-clínicas (Smith et al., 2018). No estudo de Shahnaz et al. (2018), verificaram-se níveis mais elevados de perfeccionismo em indivíduos que apresentam ideação e comportamentos suicidas.

Para mais, maiores níveis de perfeccionismo desadaptativo relacionam-se com maiores níveis de depressão ou sintomas disfóricos, emoções negativas, tais como ansiedade, hostilidade e vergonha (Besser, Flett, & Hewitt, 2004; Brown et al., 1999; Dunkley, Berg, & Zuroff, 2012; Dunkley, Zuroff, & Blankstein, 2003; Fedewa et al., 2005; Frost et al., 1993; Molnar et al., 2006) e maior psicopatologia (e.g., Flett & Hewitt, 2002; Stoeber & Otto, 2006).

Nesta sequência, acrescenta-se a sua associação com menores níveis de autoestima, autoconfiança e bem-estar (Ashby, Rice, & Martin, 2006; Chang, Watkins, & Banks, 2004; Dunkley et al., 2003). A automutilação é uma forma dos perfeccionistas desadaptativos regularem as suas emoções negativas (Chester, Merwin, & DeWall, 2014; Yates, Tracy, & Luthar, 2008).

O perfeccionismo é visto como um fator que influencia o contexto académico (Chang, Seong, & Lee, 2020; Kljajic, Gaudreau, & Franche, 2017). A ideação suicida dos estudantes universitários parece estar associada às pressões sociais e académicas (Wilcox et al., 2010). Considerando que a escola é um dos contextos onde os jovens passam a maioria do tempo, a qualidade de vida escolar impacta a educação e a qualidade de vida (Moghadam & Salimi, 2019). A qualidade de vida escolar diz respeito à satisfação geral do aluno nas suas experiências escolares (Kaheni, Bagheri-Nesami, Goudarzian, & Rezai, 2016). Denota-se que as universidades preparam os indivíduos para a sua vida profissional, sendo também importante que estimulem a sua capacidade de adaptação à vida em geral, de lidar com o stresse, de tomada de decisão e de resolver problemas, um pensamento flexível, responsabilidade e bom senso (Çutuk, 2020).

Através de um estudo à população universitária verificou-se que quanto maior a probabilidade de suicídio, menor o nível de flexibilidade cognitiva (Öztürk, 2013). Deste modo, erros cognitivos relacionam-se com o suicídio, por exemplo a rigidez cognitiva, o pensamento tudo ou nada e a catastrofização (Öncü & Sakarya, 2013).

Uma meta-análise apontou um aumento significativo do perfeccionismo em estudantes universitários desde 1980 a 2016 (Curran & Hill, 2019). Outro estudo pertinente revela que o perfeccionismo tem um impacto significativo na qualidade de vida escolar, mediado pela dificuldade de regulação emocional (Kaheni et al., 2016).

### **2.3.1. Modelo Explicativo do Perfeccionismo**

O perfeccionismo foi originalmente descrito como um construto unidimensional e desadaptativo (Dunkley et al., 2012; Frost et al., 1990; Suddarth & Slaney, 2001). Contudo, esta caracterização não esclarece porque níveis elevados de perfeccionismo são bons em determinadas circunstâncias e prejudiciais noutras. Como resultado, foi proposto o modelo de perfeccionismo de dois fatores que diferencia as suas características adaptativas e desadaptativas (Dunkley et al., 2012; Frost et al., 1993; Hamachek, 1978; Suddarth & Slaney, 2001).

Desta forma, pode enunciar-se o modelo de perfeccionismo que aponta que as diversas dimensões subordinadas de perfeccionismo são explicadas por duas dimensões de perfeccionismo de ordem superior: os esforços perfeccionistas e as preocupações perfeccionistas (Dunkley, Blankstein, Halsall, Williams, & Winkworth, 2000).

Com base no modelo que organiza o perfeccionismo em dois fatores (Stoeber & Otto, 2006), os esforços perfeccionistas remetem para elevadas exigências e padrões pessoais (Dunkley et al., 2000). Por sua vez, as preocupações perfeccionistas remetem para a discrepância entre o desempenho real e os padrões ideais (Slaney, Rice, Mobley, Trippi, & Ashby, 2001), ou seja, integram a percepção das exigências para a perfeição, as reações negativas ao fracasso e as dúvidas sobre as próprias ações.

Assim, os esforços e as preocupações perfeccionistas são motivações distintas para o comportamento perfeccionista: os esforços perfeccionistas constituem um modo saudável de perfeccionismo e referem-se ao desejo intrínseco de fazer bem. Já as preocupações perfeccionistas remetem para o aspeto desadaptativo e são referentes às procuras perfeccionistas motivadas pelo medo do fracasso e suas consequências, como a crítica (Stoeber & Otto, 2006). As preocupações perfeccionistas abrangem a autocrítica excessiva quanto ao desempenho, enquanto os esforços perfeccionistas remetem para o esforço para conseguir sucesso (Bieling et al., 2004; Stoeber & Otto, 2006). Deste modo, as preocupações relacionam-se com a ansiedade e humor e os segundos estão associados à autoeficácia (Stoeber & Gaudreau, 2017) e sintomas depressivos (Smith et al., 2016). Ambos se relacionam com as perturbações alimentares (Limburg, Watson, Hagger, & Egan, 2017).

Segundo Stoeber e Otto (2006), os esforços perfeccionistas estão associados a estilos de *coping* ativo, a níveis mais altos de conscienciosidade, extroversão e bem-estar, como também a níveis inferiores de controlo externo, ansiedade e ideação suicida.

Os esforços perfeccionistas abrangem o perfeccionismo auto-orientado e padrões pessoais (Stoeber & Otto, 2006). Por outro lado, as preocupações perfeccionistas incluem o perfeccionismo socialmente prescrito, preocupação com os erros, dúvidas sobre ações, discrepâncias e atitudes perfeccionistas (Dunkley, Sanislow, Grilo, & McGlashan, 2004; Smith et al., 2016). O modelo de dois fatores não inclui o perfeccionismo orientado para o outro (Smith et al., 2018).

Existe uma relação positiva entre preocupações perfeccionistas, suas subcomponentes (perfeccionismo socialmente prescrito, dúvidas sobre as ações e preocupação com os erros) e ideação suicida. Conclui-se que os níveis mais elevados de preocupações perfeccionistas e

esforços perfeccionistas estão relacionados com níveis mais altos de ideação suicida (Zeifman, Antony, & Kuo, 2020). No entanto, no estudo de Chang et al. (2004) apurou-se que os esforços perfeccionistas se correlacionam negativamente com a ideação suicida, enquanto as preocupações perfeccionistas se correlacionam de forma positiva com a ideação suicida.

A dimensão discrepância relaciona-se com as preocupações perfeccionistas e a dimensão padrões relaciona-se com os esforços perfeccionistas (Slaney et al., 2001). Um nível elevado de padrões é positivo, porém um nível elevado de discrepância é prejudicial e relaciona-se a aspetos desadaptativos da personalidade (Chan, 2010; Rice, Ashby, & Slaney, 2007). Deste modo, a dimensão discrepância avalia o perfeccionismo desadaptativo, razão pela qual pontuações mais elevadas sugerem níveis altos de perfeccionismo desadaptativo (Rice, Richardson, & Tueller, 2014).

## **2.4. Papel da Regulação Emocional na compreensão da Ideação Suicida**

As emoções são reações subjetivas e idiossincráticas perante um determinado evento do ambiente interno ou externo, marcadas por alterações fisiológicas, cognitivas e comportamentais que possibilitam conceder um significado à experiência e preparam para a ação (Sroufe, 1996). Deste modo, assumem um papel nos comportamentos externos, que pode ser positivo ou destrutivo e problemático, se forem expressas de forma inadequada (Werner & Gross, 2010).

Para Gratz e Roemer (2004), a regulação emocional é um construto multidimensional que implica a utilização flexível de estratégias adaptativas de regularização das emoções. Por regulação emocional entende-se os processos internos e externos, que possibilitam gerir a ativação emocional a fim de funcionar adaptativamente em situações emocionalmente estimulantes (Cicchetti, Ganiban, & Barnett, 1991). Assim, refere-se às estratégias conscientes e/ou inconscientes com a finalidade de manter, aumentar ou reduzir um ou mais componentes da resposta emocional, como sentimentos, comportamentos e respostas fisiológicas (Gross, 1998, 2002; John & Gross, 2004; Mauss, Evers, Wilhelm, & Gross, 2006; Ochsner & Gross, 2005). Deste modo, inclui processos fisiológicos, cognitivos e comportamentais que modificam a experiência e a resposta emocional, de modo implícito ou explícito (Gratz & Roemer, 2004; Gross, 1998; Gyurak, Gross, & Etkin, 2011; Koole, 2009; Thompson, 1994). Sublinha-se que

estes processos tanto podem ser conscientes como inconscientes, voluntários ou involuntários, automáticos ou controlados (Bargh & Williams, 2007; Gross & Thompson, 2007).

Segundo Gross (2002), diferenciar emoções, compreender o seu papel e refletir acerca das mesmas são competências imprescindíveis para um funcionamento adaptativo e uma boa regulação emocional. As competências de regulação das emoções implicam que o indivíduo tenha autoconsciência das emoções, possua um raciocínio sobre a sua origem, entenda as consequências da expressão emocional em contextos distintos e consiga delinear estratégias para alterar a emoção (In-Albon, Bürli, Ruf, & Schmid, 2013). Bridges, Denham e Ganiban (2004), defendem que a regulação emocional se relaciona com a flexibilidade e a capacidade de adaptação do indivíduo às exigências do meio, por meio de um processo de modelação das suas emoções, associado a origem ou manutenção de estados emocionais positivos e redução de estados emocionais negativos. Através deste processo é possível perceber as emoções e modelar a sua experiência e expressão (Feldman-Barret, Gross, Christensen, & Benvenuto, 2001; Gross, 1998, 2001).

Nesta sequência, a regulação das emoções adaptativa não consiste em eliminar determinadas emoções, mas na modulação da experiência emocional (Thompson, 1994). As emoções permitem desencadear ações e provocar alterações no comportamento, logo ao experimentar uma emoção, os indivíduos podem modular essa experiência segundo os objetivos da regulação emocional adaptativa que têm em conta as consequências imediatas e a longo prazo da emoção (Malivoire, Kuo, & Antony, 2019).

Para existir uma regulação emocional adaptativa são necessárias estratégias flexíveis, a fim de utilizar a mais adequada nos vários contextos (Gratz & Roemer, 2004; Gross & Thompson, 2007; Sheppes & Gross, 2011; Thompson, 1994). Este processo inclui a seleção de estratégias adequadas e flexibilidade aquando da sua aplicação, traduzindo um indicador de ajustamento psicológico (Campbell-Sills & Barlow, 2007). Este processo é destacado como uma habilidade crucial na interação social, pois afeta diretamente o comportamento e a expressão emocional (Lopes, Salovey, Cote, & Beers, 2005).

Posto isto, percebe-se que a desregulação das emoções consiste na incapacidade geral de lidar de forma adaptativa com as próprias emoções, bem como a intolerância e sensibilidade ao sofrimento emocional e necessidade de evitar emoções negativas. Deste modo, abrange a resposta e o envolvimento do indivíduo com as emoções (Gratz & Roemer, 2004). Por outro lado, a regulação emocional representa um processo através do qual se inicia, evita, inibe,

mantém ou modula a ocorrência, a forma, a intensidade ou a duração dos estados de sentimentos internos e fisiológicos (Eisenberg & Spinrad, 2004)

Estudos recentes têm reforçado a importância da competência social e da regulação emocional na prontidão e adequação escolar (Carlton & Winsler, 1999; Pianta, Steinberg, & Rollins, 1995), uma vez que a competência emocional se associa com o sucesso social e acadêmico (Denham, 2007; Izard et al., 2001).

A adolescência representa um período do ciclo da vida, no qual se constatam diversas trajetórias normativas e atípicas, razão pela qual o papel da regulação emocional se revela fundamental (Gogtay & Thompson, 2010; Siegel, 2013; Steinberg, 2010). A dificuldade ao nível da regulação emocional explica o desenvolvimento de perturbações emocionais e comportamentais nesta fase, marcada por mudanças físicas e psicossociais que despoletam emoções intensas (Hosseini, Omidvar, & Abbasi, 2017). Por conseguinte, é um processo associado à ideação e à tentativa de suicídio em adolescentes (Esposito, Spirito, Boergers, & Donaldson, 2003; Weinberg & Klonsky, 2009).

As dificuldades de regulação emocional relacionam-se com várias perturbações clínicas, tais como perturbações de personalidade *boderline* (Gill & Warburton, 2014; Gill, Warburton, & Sweller, 2018; Salsman & Linehan, 2012; Sturrock & Mellor, 2014), perturbações alimentares (Svaldi, Griepentstroh, Tuschen-Caffier, & Ehring, 2012), perturbações de ansiedade (Mennin, McLaughlin, & Flanagan, 2009), depressão (Nickerson et al., 2015) e perturbações de stresse pós-traumático (Ehring & Quack, 2010; Nickerson et al., 2015). No caso das perturbações de humor e ansiedade, para além da desregulação das emoções (Campbell-Sills, Barlow, Brown, & Hofmann, 2006; Hofmann, Sawyer, Fang, & Asnaani, 2012), verificam-se pensamentos e comportamentos suicidas (Kessler et al., 1999; Nock et al., 2008a). Este tipo de desregulação é marcado por emoções excessivas que mudam rapidamente e muitas vezes estão relacionadas a comportamentos irritáveis e agressivos (Stringaris, 2011).

A desregulação emocional tende a expressar-se através de comportamentos desregulados, nomeadamente consumo de substâncias, compulsão alimentar, comportamentos sexuais de risco e comportamentos autolesivos (Weiss, Sullivan, & Tull, 2015). As teorias sobre o suicídio e os processos de emoção subjacentes (Baumeister, 1990; Linehan, 1993; Selby, Anestis, & Joiner, 2008; Williams, 2001) sugerem a visão multidimensional da desregulação emocional (Gratz e Roemer, 2004) e que esta detém um papel na ideação e no comportamento suicida.

Face à problemática referida, o estudo da (des)regulação emocional torna-se primordial, pelo seu efeito indireto na relação entre as preocupações perfeccionistas e a ideação suicida e entre os esforços perfeccionistas e a ideação suicida (Zeifman et al., 2020). A desregulação emocional representa um fator de risco transdiagnóstico relacionado à psicopatologia em geral (Fowler et al., 2014) e ao suicídio em particular (Linehan, 1993).

A ideação suicida pode ser uma estratégia, embora desadaptativa, para lidar com problemas cognitivos em pessoas que consideram que não têm recursos para gerir as suas emoções (Jobes, 2012; Valois, Zullig, & Hunter, 2015), visto que os indivíduos com maior desregulação emocional apresentam maior dificuldade de controlo dos impulsos e têm um acesso limitado a estratégias mais reguladas, podendo se envolver em comportamentos autolesivos (Bender, Anestis, Gordon, & Joiner, 2012). O recurso aos comportamentos autolesivos pretende regular a intensidade das emoções, distrair ou melhorar o afeto, criar sentimentos e punir (Nock, 2009). Verificou-se que os estados emocionais desagradáveis e a falta de objetivos de vida são alguns dos fatores que estão na base da ideação suicida (Hamza, Stewart, & Willoughby, 2012).

Mais recentemente, a literatura explicativa dos comportamentos suicidários sugere o estudo da regulação emocional na compreensão do processo suicidário, pela incapacidade na gestão emocional de emoções negativas (e.g., Carpenter & Trull, 2013; Zeifman et al., 2020). A dificuldade de regulação emocional supõe métodos desadaptativos de resposta às emoções, como respostas inaceitáveis, dificuldade em gerir comportamentos e défices na utilização funcional das emoções (Gratz & Roemer, 2004). O estudo de Squires, Hollett, Hesson e Harris (2020), demonstrou uma correlação positiva e significativa entre o sofrimento psicológico e a desregulação emocional.

No início da década de 90, o psicólogo social Baumeister (1990), concetualizou o suicídio como uma forma de evitamento do sofrimento emocional incontroável, perante a dificuldade de gerir sentimentos de culpa e despersonalização. No caso da automutilação deliberada, relaciona-se com mecanismos mal adaptativos de estratégias de regulação de emoção, pelo que podem ter como propósito o alívio de emoções muito fortes e redução da tensão (Gratz, 2001), pois os níveis de depressão, ansiedade, impulsividade e baixa autoestima estão relacionados com automutilação em adolescentes (McMahon, Reulbach, Keeley, Perry, & Arensman, 2010). Características comuns a estes indivíduos são dificuldade em identificar, compreender ou expressar emoções, alta frequência de emoções negativas, reduzidos recursos pessoais de enfrentamento, baixa autoestima e capacidade de resolução de problemas, reduzida

crença na autoeficácia e maior tendência de autculpabilização, bem como desrealização/dissociação e alexitimia (Fliege, Lee, Grimm, & Klapp, 2009).

O modelo da cascata emocional de Selby et al. (2008) elucidada que os comportamentos autolesivos objetivam evitar emoções extremas que advém de rumações crescentes. Além disso, o modelo anterior (Selby et al., 2008; Selby, Anestis, Bender, & Joiner, 2009) salienta que o comportamento suicida resulta do afeto negativo intenso e rumação insuportável, que geram dificuldades ao nível das estratégias para regular as emoções.

Existem evidências que a desregulação emocional está associada à ideação suicida (Lenzenweger, Lane, Loranger, & Kessler, 2007). Verificaram correlações significativas entre a ideação suicida e as seis subescalas da DERS, à exceção da consciência, sendo as correlações mais altas nas estratégias, impulso e não-aceitação e a ideação suicida.

Weinberg e Klonsky (2009) evidenciaram que a correlação mais forte é entre as estratégias de DERS e a ideação suicida, comparativamente aos restantes domínios. Para mais, existem evidências que a segunda correlação mais forte é entre os impulsos de DERS e a ideação suicida. Esta dimensão, percebida como dificuldade em manter o controlo do próprio comportamento quando existe afeto intenso (Gratz & Roemer, 2004), parece associada ao risco de suicídio.

As dimensões da DERS que demonstram mais associação com a ideação suicida e a tentativa de suicídio em adolescentes são as estratégias, não-aceitação e impulso (Hatkevich, Penner, & Sharp, 2019).

Existe uma relação entre a não-aceitação emocional e a ideação suicida nos adolescentes (Weinberg & Klonsky, 2009) e uma relação entre a não-aceitação emocional e tentativas de suicídio nos jovens-adultos (Rajappa, Gallagher, & Miranda, 2012).

## **2.5. Modelo Explicativo da Desregulação Emocional**

A regulação emocional tem sido destacada na literatura científica (Gross, 1998), pelo que têm emergido modelos teóricos neste campo. Mais recentemente, tem vindo a ser reforçada a premissa que a incapacidade ao nível da regulação emocional aumenta a probabilidade de défices em vários domínios, como social, relacional, académico, laboral e clínico (Gross & Muñoz, 1995).

Em conformidade com o modelo da desregulação emocional dos autores (Gratz & Roemer, 2004), a desregulação emocional remete para as dificuldades dos indivíduos em identificar, aceitar e reajustar o contexto emocional e situacional imediato.

Gratz e Roemer (2004) apresentaram a conceptualização multidimensional da regulação emocional que envolve a consciência, a compreensão e a aceitação das emoções, o controlo dos comportamentos impulsivos ao vivenciar emoções negativas, para se comportar em conformidade com os objetivos pretendidos e a capacidade de utilizar estratégias adequadas de regulação emocional a fim de modular de forma flexível as respostas emocionais às situações. De acordo com esta ideia, a partir das estratégias de regulação emocional, os indivíduos podem agir segundo os seus objetivos pessoais, ainda que na presença de emoções negativas e controlando a impulsividade.

O modelo em questão distingue seis dimensões: não aceitação das emoções negativas (não-aceitação), incapacidade de se envolver em comportamentos dirigidos por objetivos ao experienciar emoções negativas (objetivos), dificuldades no controlo de comportamentos impulsivos ao experienciar emoções negativas (impulso), acesso restrito a estratégias de regulação das emoções (estratégias de RE), falta de consciência emocional (consciência) e falta de clareza emocional (clareza).

Para Gratz e Roemer (2004), a regulação emocional inclui a modulação da ativação emocional, mas também a consciência, a compreensão, a aceitação das emoções, a aptidão no controlo da impulsividade e na utilização de estratégias de regulação emocional apropriadas e flexíveis, que visam alcançar objetivos pessoais e as exigências situacionais. Na ausência de algumas ou de todas estas dimensões poderão existir dificuldades de regulação emocional.

Além destas categorias de dificuldades na regulação emocional, destacam-se outras particularidades como a elevada intensidade emocional, os défices na compreensão das emoções, a reatividade negativa perante os estados emocionais e estratégias desadaptativas de regulação das emoções (Mennin, 2004; Mennin, Heimberg, Turk, & Fresco, 2005; Mennin, Holaway, Fresco, Moore, & Heimberg, 2007).

Numa amostra comunitária de jovens, a ideação suicida foi associada positivamente a cinco das seis dimensões de desregulação emocional, à exceção da consciência (Weinberg & Klonsky, 2009). Entre estudantes universitários, as estratégias de regulação emocional relacionaram-se com a ideação suicida (Rajappa et al., 2012). Contrariamente, no estudo de

Hatkevich et al. (2019), as dificuldades no controlo dos impulsos têm uma associação negativa significativa com a ideação suicida.

No que diz respeito às diferenças na regulação emocional em função do sexo, constata-se que o sexo masculino inibe mais as reações a estímulos emocionais, enquanto o sexo feminino evidencia um maior envolvimento emocional (Burton & Levy, 1989).

No estudo de validação da escala DERS, Gratz e Roemer (2004) detetaram diferenças significativas nos sexos na consciência, dado que o sexo masculino mostrou maior falta de consciência emocional. Já no estudo de validação da escala DERS para a população portuguesa, apuraram-se diferenças significativas nos sexos na clareza, revelando o sexo feminino maiores níveis nesta dimensão, ou seja, dificuldades no reconhecimento das próprias emoções (Velo, Gouveia, & Dinis, 2011).

Adicionalmente, no estudo de validação desta escala para adolescentes, verificou-se que o sexo feminino apresentava maior falta de clareza das respostas emocionais, não aceitação das emoções negativas, incapacidade de se envolver em comportamentos orientados por objetivos e acesso reduzido a estratégias de regulação emocional. Por outro lado, o sexo oposto revelou maior falta de consciência emocional (Neumann, van Lier, Gratz, & Koot, 2009). Neste aspeto, ressalta-se que a consciência emocional é imprescindível para a flexibilidade ao selecionar as estratégias de regulação emocional adequadas ao contexto (Gratz & Roemer, 2004; Gross & Jazaieri, 2014). Segundo Baumeister (1990), o suicídio é uma forma de evitar os déficits de autoconsciência, bem como de reconhecer e validar o afeto negativo. Neste sentido, a regulação emocional afeta a qualidade de vida escolar, principalmente se não existir controlo dos estados emocionais no contexto escolar (Rastgoo & Babakhani, 2016).

No estudo de Hatkevich et al. (2019), foram detetadas diferenças significativas entre os sexos, tendo o sexo feminino revelado níveis mais elevados nas subescalas não-aceitação, impulso, estratégias e clareza. Porém, as dificuldades no controlo dos impulsos não foram significativamente relacionadas com a ideação suicida quando as análises foram separadas por sexo.

Vários estudos confirmam as diferenças entre os sexos na regulação emocional, salientado que o sexo feminino regula melhor as emoções (Morris, Silk, Steinberg, Myers, & Robinson, 2007; Silk, Steinberg, & Morris, 2003). Além do mais, verificam-se diferenças significativas entre os géneros, para a procura de apoio social e ruminação disfuncional, com

valores médios mais elevados para o sexo feminino, e para a passividade, evitamento e supressão, com médias mais elevadas no sexo masculino (Zimmermann & Iwanski, 2014).

A literatura aponta que a qualidade da regulação emocional tende a melhorar conforme o avanço da idade (Gross, 1998; Gross, Carstensen, Tsai, Skorpen, & Hsu, 1997), tornando-se mais adaptativa e existindo um maior controlo emocional (Carstensen, 1995). Porém, no estudo de Reverendo (2011) e no estudo de Silk et al. (2003), ambos na população adolescente, a idade não se demonstrou relevante para a qualidade da regulação emocional.

A clareza e as estratégias de regulação emocional são as dimensões responsáveis pela associação entre as preocupações perfeccionistas e a ideação suicida (Zeifman et al., 2020). Deste modo, os défices de clareza podem impossibilitar que os indivíduos com preocupações perfeccionistas utilizem estratégias adaptativas de regulação emocional (Gratz & Roemer, 2008), as quais permitem diminuir o sofrimento emocional (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010). Já as estratégias de regulação emocional são a única componente responsável pela relação entre os esforços perfeccionistas e a ideação suicida (Zeifman et al., 2020).

A regulação emocional cognitiva é imprescindível para o bem-estar pessoal, pois consiste num conjunto de processos intrínsecos e extrínsecos que se ocupam da monitorização, avaliação e modificação das reações emocionais (Thompson, 1994). Assim, este conceito interfere com o tipo de emoção experimentada, bem como a sua intensidade e duração (Gross & Thompson, 2007).

As estratégias de regulação emocional cognitiva podem ser classificadas em adaptativas ou mal-adaptativas, em detrimento do contexto situacional (Thompson & Goodman, 2010). Os mecanismos adaptativos dizem respeito à Colocação em Perspetiva, que remete para pensamentos que reforçam a relatividade e comparação do evento com outros; a Focalização Positiva, que abrange pensamentos agradáveis alternativos aos pensamentos do evento atual; a Reapreciação Positiva, que se refere aos pensamentos positivos que aludem à situação vivida; a Aceitação, que implica o conformismo com o que aconteceu; e a Planificação, que inclui pensamentos relativamente ao que pode ser feito para controlar o acontecimento negativo. Já como mecanismos mal-adaptativos salientam-se os seguintes: a Autoculpabilização, que diz respeito a pensamentos de culpa pela experiência; a Culpabilização do Outro, que consiste na atribuição da culpa pela experiência ao ambiente ou ao Outro; a Ruminação, que inclui pensamentos acerca das cognições/sentimentos relacionados com o evento negativo; e a

Catastrofização, que se relaciona com os pensamentos que acentuam o terror experienciado (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2011).

Aldea e Rice (2006) indicaram que altos padrões de desempenho pessoal (controle da autocrítica) são preditivos de um funcionamento psicológico mais saudável, com efeito mediado pela regulação emocional positiva. Aldao et al. (2010) organizam a regulação da emoção segundo estratégias adaptativas, por exemplo a reavaliação e estratégias desadaptativas, como é o caso da ruminação. A ruminação (Treynor, Gonzalez, & Nolen-Hoeksema, 2003) corresponde à atenção excessiva, persistente e concentrada em emoções negativas sem participar na solução de problemas para diminuir ou redirecionar essas emoções, pelo que está associada ao perfeccionismo desadaptativo (O'Connor, O'Connor, & Marshall, 2007). A ruminação encontra-se amplamente relacionada à desregulação emocional (Aldao et al., 2010; Selby & Joiner, 2009; Sloan et al., 2017), dado que objetiva controlar o sofrimento emocional, mas tende a manter e agravar o mesmo (Mennin et al., 2009).

Segundo Carver, Scheier e Weintraub (1989), a Reapreciação Positiva, a Aceitação e a Planificação estão associadas a níveis altos de otimismo e bem-estar e níveis baixos de ansiedade. Ademais, a literatura aponta que a Autoculpabilização se relaciona com o mal-estar subjetivo (Anderson, Miller, Riger, Dill, & Sedikides, 1994) e que, tal como a Ruminação, se relaciona com a depressão (Nolen-Hoeksema & Parker, 1994). Além do mais, a Culpabilização do Outro indica défices de bem-estar emocional (Tennen & Affleck, 1990) e a Catastrofização está associada ao distresse emocional e a sintomas depressivos (Sullivan, Bishop, & Pivik, 1995).

Tanto a reavaliação como a supressão representam duas estratégias para regular as emoções que tencionam diminuir as emoções negativas. Contudo, denota-se que a reavaliação é mais eficaz na diminuição do afeto negativo (Gross, 2002).

## **2.6. Perfeccionismo e Regulação Emocional**

O processo de regulação emocional refere-se às mudanças que ocorrem no decorrer da vida, em concordância com a personalidade (Gross & Thompson, 2007), e que afetam o funcionamento biológico, psicológico e social (Reverendo, 2011).

O perfeccionismo desadaptativo relaciona-se de forma positiva com as dificuldades de regulação emocional (Fletcher et al., 2019), razão pela qual os perfeccionistas desadaptativos

optam por estratégias problemáticas para regular as suas emoções que conduzem à desregulação emocional (Malivoire et al., 2019). De acordo com Hewitt, Flett e Endler (1995), o perfeccionismo está relacionado com défices de mecanismos de regulação emocional cognitiva adaptativos. Existem evidências na literatura de que os mecanismos de regulação emocional cognitiva mal-adaptativos funcionam como variáveis mediadoras entre o perfeccionismo, o stresse e a afetividade negativa (Blankstein & Dunkley, 2002; Leitenberg, Yost, & Carroll-Wilson, 1986).

Segundo um estudo sobre os efeitos da autoeficácia social, perfeccionismo e emoções na previsão da procrastinação académica existe uma relação negativa entre autoeficácia social, padrões individuais, emoções positivas e procrastinação académica. Além disso, também se verifica uma relação positiva entre a preocupação excessiva com erros, as emoções negativas e a procrastinação académica (Nategian, Bagherzadeh, Nejat, & Samari, 2020).

Segundo Adler (1956), procurar a perfeição é um fator normal e inato do desenvolvimento humano. Porém, este esforço é problemático quando os indivíduos seguem padrões elevados com hábitos relacionados com a falta de regulação emocional, como a adoção de padrões irrealistas ou promoção de conversas altamente punitivas. Procurar metas de forma excessiva pode conduzir a consequências negativas, como o esgotamento e a desregulação emocional (Fletcher et al., 2019). Deste modo, o perfeccionismo relaciona-se com a depressão, ansiedade, baixa autoestima e suicídio, visto que a pessoa ao perceber a aceitação como condicionada à obtenção de sucesso e padrões e que o alcance dos objetivos está comprometido, fracassa nos seus objetivos e origina cognições desadequadas (Erozkan, Karakas, Ata, & Ayberk, 2011).

O perfeccionismo desadaptativo relaciona-se com o uso da supressão, que significa inibir respostas emocionais (Perrone-McGovern, Simon-Dack, Beduna, Williams, & Esche, 2015) de forma a evitar mostrar uma reação negativa ao stresse perante os outros e evitar mostrar falhas, que desapontam ou geram avaliações negativas dos mesmos (Rimes & Chalder, 2010). Contudo, a supressão da emoção conduz à redução da emoção positiva, consciência emocional e satisfação com a vida (Gross & John, 2003).

Adicionalmente, este tipo de perfeccionismo remete para a fixação no medo de cometer erros e para pensamentos automáticos associados à necessidade da perfeição, preocupações sobre a discrepância entre os objetivos e o desempenho e preocupações sobre não alcançar os padrões (Flett, Hewitt, Blankstein, & Gray, 1998). Estes indivíduos tendem a apresentar um

pensamento tudo ou nada (Shafran, Cooper, & Fairburn, 2002), um pensamento catastrófico (Rudolph, Flett, & Hewitt, 2007), bem como autculpabilização (Dunkley et al., 2000; Rudolph et al., 2007). Quanto maior o perfeccionismo desadaptativo, maior a ruminação do indivíduo, isto é, o seu pensamento repetitivo acerca da experiência emocional negativa sucedida (e.g., Burns & Fedewa, 2005; Flett, Madorsky, Hewitt, & Heisel, 2002; O'Connor et al., 2007; Rudolph et al., 2007).

Os pensamentos perfeccionistas podem favorecer estilos de pensamento rígidos e sentimentos de inferioridade, deficiência e desesperança que acentuam a ideação suicida (Flett et al., 2014). Neste sentido, as crenças perfeccionistas revelam-se rígidas e resistentes à alteração (Burns, 1980; Pacht, 1984; Sahraee, Khosravi, & Besharat, 2009).

Os sujeitos perfeccionistas apresentam uma elevada ansiedade relativamente aos pensamentos dos outros, que remete para a sua necessidade de aprovação social (Antony & Swinson, 2009). Deste modo, o perfeccionismo pode aludir ao aumento do stresse social, sofrimento psicológico, depressão, sintomas de ansiedade (Blatt, 1995; Chang, Hirsch, Sanna, Jeglic, & Fabian, 2011; Cox & Enns, 2003; DiBartolo et al., 2007; Flett, Hewitt, & Dyck, 1989; Hamacheck, 1978; Nilsson, Butler, Shouse, & Joshi, 2008; Olson & Kwon, 2008; Sapmaz, 2006), como também sentimento de fracasso, indiferença e medo (Chang et al., 2011; Frost et al., 1993; Neumister, 2004; Stoeber & Kersting, 2007; Zhang, Gan, & Cham, 2007).

De forma geral, os padrões e o esforço associado ao perfeccionismo são provocados pela ansiedade de ter sucesso (Flett & Hewitt, 2002; Frost et al., 1990; Hewitt & Flett, 1991a). As preocupações perfeccionistas originam respostas problemáticas de regulação cognitiva e emocional (Aldea & Rice, 2006; Rice, Vergara, & Aldea, 2006) o que pode prolongar ou piorar, em vez de diminuir ou controlar o stresse. Assim, o uso acentuado de estratégias de regulação emocional cognitivas desadaptativas (Castro, Soares, Pereira, & Macedo, 2017; Macedo et al., 2017) é responsável pela associação entre preocupações perfeccionistas e sofrimento emocional, bem como da relação entre esforços perfeccionistas e sofrimento emocional (Castro et al., 2017). O perfeccionismo positivo incrementa emoções positivas, diminui o stresse psicológico, aumenta a qualidade de vida escolar dos alunos e diminui as dificuldades de regulação emocional. Já o perfeccionismo negativo relaciona-se com emoções negativas, diminui o bem-estar psicológico, bem como a qualidade de vida escolar dos alunos e aumenta as dificuldades de regulação emocional (Kaheni et al., 2016).

Um estudo sobre as relações entre o perfeccionismo desadaptativo e a DERS indica que o perfeccionismo não está associado à falta de consciência emocional. Contudo, são necessários mais estudos que se debrucem nesta temática (Malivoire et al., 2019).

Segundo o modelo do Choro de dor (Williams, 2001; Williams & Pollock, 2001) os indivíduos recorrem ao comportamento suicida quando o afeto negativo é intolerável (não-aceitação) e quando não reconhecem estratégias adequadas para regular a emoção e resolver a situação angustiante (estratégias; objetivos).

Em suma, o presente estudo é pertinente, em razão da literatura apresentar um reduzido número de estudos publicados, especificamente, sobre a relação entre a Ideação suicida, o Perfeccionismo e a Desregulação emocional, pelo que será possível suprimir lacunas e propiciar o aprofundamento da relação entre as variáveis. Será direcionado para jovens-adultos, visto ser uma faixa etária bastante afetada. A ideação suicida associa-se ao sofrimento emocional e antecede a tentativa de suicídio e suicídio consumado (Nock et al., 2008b), contudo a literatura carece de estudos sobre a relação entre a ideação suicida e os níveis de regulação emocional, pelo que este estudo pode dar um contributo importante neste sentido. Evidencia-se que o perfeccionismo desadaptativo pode despoletar autoaversão, desesperança, solidão, sensação de isolamento e alienação interpessoal, e conseqüentemente aumentar o risco de ideação e tentativas de suicídio (Flett et al., 2014; Hewitt, Flett, Sherry, & Caelian, 2006; Roxborough et al., 2012). Enquanto o perfeccionismo adaptativo resulta, frequentemente, em resultados positivos como a satisfação com a vida (Ashby, Noble, & Gnilka, 2012), níveis elevados de autoestima (Rice & Dellwo, 2002), maior autoeficácia na tomada de decisão (Ganske & Ashby, 2007) e níveis de assertividade maiores (Ward & Ashby, 2008). Contudo, é importante a realização de estudos com o propósito de compreender melhor o contributo do perfeccionismo adaptativo e desadaptativo na relação com os níveis de regulação emocional. Será também possível analisar as diferenças em função do sexo nas variáveis, embora se evidencie que não existem diferenças significativas entre sexos nas dimensões de perfeccionismo (Soares, Gomes, Macedo, & Azevedo, 2003). Na regulação emocional são apontadas diferenças significativas entre os sexos, na dimensão consciência, com níveis mais elevados no sexo masculino, e na dimensão clareza, com valores mais acentuados no sexo feminino (Gratz & Roemer, 2004; Veloso et al., 2011). Ademais, o sexo feminino apresenta maior ideação suicida do que o sexo masculino (Lee & Bae, 2015). Neste sentido, a desregulação emocional é uma área essencial na intervenção em indivíduos perfeccionistas (Flett & Hewitt, 2014), sendo possível reduzir a ideação suicida nestes indivíduos (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012; Linehan, 1993).

### **3. Objetivos**

A realização da investigação em questão implicou definir um conjunto de objetivos que orientaram o decorrer do seu processo. Foi proposto um objetivo geral e quatro objetivos específicos, enumerados em seguida.

#### **3.1. Objetivo Geral**

O presente estudo tem como objetivo geral (a) analisar o papel do perfeccionismo e da regulação emocional na ideação suicida, numa amostra de jovens-adultos de nacionalidade portuguesa.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

Com vista a concretizar o objetivo geral do estudo, elaboraram-se os seguintes objetivos específicos:

- a. Analisar a relação entre a ideação suicida com as dificuldades de regulação emocional;
- b. Analisar as relações entre a componente adaptativa e desadaptativa do perfeccionismo com as dificuldades de regulação emocional;
- c. Caracterizar as diferenças em função do sexo dos participantes quanto aos níveis de ideação suicida, perfeccionismo e regulação/desregulação emocional;
- d. Averiguar o papel mediador da desregulação emocional na relação entre o perfeccionismo e a ideação suicida.

### **4. Método**

#### **4.1. Desenho da Investigação**

O presente estudo é composto por um design descritivo, correlacional e transversal, uma vez que pretende descrever e relacionar variáveis.

## 4.2. Amostra

No presente estudo, participaram 224 jovens-adultos portugueses ( $N = 224$ ), entre os 18 e os 35 anos de idade, de ambos os sexos. Em relação à técnica de amostragem, consistiu numa amostragem simples, por conveniência.

Como critérios de inclusão foram definidos os seguintes: idade dos participantes dentro da faixa etária dos 18 e os 35 anos e nacionalidade portuguesa ou dupla. Deste modo, no total, foram eliminados 22 participantes, dos quais 9 não respeitavam o intervalo de idades e 13 não apresentavam nacionalidade portuguesa. Assim, a amostra final é composta por 224 jovens-adultos portugueses, 166 do sexo feminino (74.1%) e 58 do sexo masculino (25.9%), com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos ( $M = 22.71$ ;  $DP = 3.428$ ).

Relativamente ao distrito de residência, a maioria dos participantes reside no sul de Portugal - Évora (0.9%), Setúbal (15.6%), Beja (10.3%) e Faro (35.7%). No entanto, também foram mencionados distritos no norte - Viana do Castelo (0.9%), Bragança (0.4%), Braga (0.4%), Porto (2.7%), Viseu (1.8%) e Aveiro (3.6%), como também no centro do país - Coimbra (1.3%), Castelo Branco (0.9%), Leiria (6.7%), Santarém (3.6%), Portalegre (0.4%) e Lisboa (6.7%). Além do mais, existe referência a um arquipélago, nomeadamente a Região Autónoma da Madeira (7.1%). Salienta-se que 2 participantes não especificaram o seu distrito de residência.

No que concerne ao estado civil, a maior parte dos participantes são solteiros (92.9%), embora também existam respostas a respeito da união de facto (4.9%) e casamento (2.2%). A respeito da escolaridade, verifica-se que existe um maior número de participantes com o ensino superior (62.9%), contudo também há evidências de habilitações literárias ao nível do ensino secundário (33.9%), 3º ciclo (2.2%) e 2º ciclo (0.9%). Em relação à situação profissional, 141 participantes encontram-se a estudar (62.9%), 22 são trabalhadores-estudantes (9.8%), 45 estão empregados (20.1%) e os restantes 16 estão desempregados (7.1%).

À questão sobre o diagnóstico de um problema psicológico ou psiquiátrico, 42 indivíduos responderam que sim (18.8%). Adicionalmente, 85 pessoas (37.9%) revelaram ter ou ter tido acompanhamento psicológico ou psiquiátrico e 104 (46.4%) admitiram já ter sentido que não valia a pena viver.

Da amostra total, 28 participantes (12.5%) referiram já ter cometido atos para se auto-prejudicar sem a finalidade de morrer e 15 participantes (6.7%) afirmaram que já tentaram pôr

fim à sua própria vida. Nesta sequência, na questão sobre quantas vezes foram realizados comportamentos autolesivos ou tentativas de suicídio, 4.3% dos participantes responderam 100 vezes, 4.3% responderam 30 vezes, 13.0% responderam 20 vezes, 17.4% responderam 10 vezes, 4.3% responderam 7 vezes, 17.4% indicaram 5 vezes, 17.4% indicaram 3 vezes, 4.3% indicaram 2 vezes e 17.4% indicaram 1 vez.

Relativamente à idade que tinham na primeira vez que realizaram comportamentos autolesivos ou tentativas de suicídio, 7.7% dos participantes referiram 11 anos, 7.7% referiram 12 anos, 11.5% afirmaram 13 anos, 23.1% referiram 14 anos, 15.4% indicaram 15 anos, 7.7% indicaram 16 anos, 7.7% afirmaram 17 anos, 7.7% indicaram 18 anos, 7.7% referiram 19 anos e 3.8% indicaram 22 anos. Já no que diz respeito à idade que tinham na última vez dos comportamentos mencionados, 3.8% afirmaram 14 anos, 19.2% referiram 15 anos, 7.7% referiram 16 anos, 11.5% indicaram 17 anos, 7.7% mencionaram 18 anos, 3.8% referiram 19 anos, 19.2% afirmaram 20 anos, 7.7% disseram 21 anos, 11.5% responderam 22 anos, 3.8% responderam 23 anos e 3.8% disseram 29 anos.

Relativamente ao método utilizado, destacaram-se 7 participantes que revelaram os cortes na pele com objeto cortante, 5 participantes que indicaram intoxicação medicamentosa e 4 indivíduos que indicaram intoxicação medicamentosa e cortes na pele com objeto cortante.

Além do mais, mais de metade dos participantes selecionados (71.9% e 57.6%) referiram não conhecer familiares próximos, nem amigos que tentaram suicídio, respetivamente.

### **4.3. Instrumentos**

O protocolo de avaliação é formado por instrumentos adaptados à população portuguesa e à faixa etária em estudo. Considerando os objetivos estabelecidos foram utilizadas as seguintes medidas:

#### **4.3.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico**

O Questionário Sociodemográfico e Clínico (Anexo B), desenvolvido no contexto da presente investigação, possibilita caracterizar os participantes, através de um conjunto de questões para levantamento de informação referente às variáveis sociodemográficas como:

idade, gênero, nacionalidade, distrito de residência, estado civil, habilitações literárias e situação profissional. Além disso, é possível recolher informação sobre o historial clínico e psicológico (e.g., “Alguma vez lhe foi diagnosticado um problema psicológico ou psiquiátrico?”) e a ocorrência de comportamentos suicidários (e.g., “Alguma vez sentiu que não valia a pena viver?”; “Alguma vez cometeu atos para se auto-prejudicar (e.g., fazer cortes ou tomar medicação em excesso), mas sem a finalidade de morrer?”; “Alguma vez tentou pôr fim à sua vida?”) do próprio, bem como dos seus familiares e amigos.

#### **4.3.2. Escala Quase Perfeita – Versão reduzida (SAPS; Rice, Richardson, & Tueller, 2014)**

A Escala Quase Perfeita - Revista (APS-R) (Slaney et al., 2001) é uma medida de perfeccionismo amplamente utilizada. No presente estudo, foi aplicada a versão reduzida da APS-R, designadamente a Escala Quase Perfeita, Versão reduzida (SAPS) de Rice, Richardson e Tueller (2014) para encurtar a extensão do protocolo e reforçar a motivação e o interesse do respondente durante o preenchimento do mesmo.

A *Short Almost Perfect Scale* (Anexo C), versão portuguesa de Tomé, Faísca e Carmo (2020), pretende avaliar altos e baixos níveis de perfeccionismo. É uma medida constituída por 8 itens, distribuídos numa escala *Likert* de 1 (*Discordo Fortemente*) a 7 (*Concordo Fortemente*).

Apresenta duas subescalas, designadamente a subescala Padrão (4 itens), que avalia a presença de padrões elevados no desempenho do indivíduo (e.g., item 1 – “Tenho expetativas elevadas em relação a mim mesmo.”). Por sua vez, a subescala Discrepância (4 itens) avalia o grau em que os indivíduos se percecionam como incapazes de atingir os seus padrões de desempenho (e.g., item 2 – “Fazer o meu melhor nunca parece ser suficiente.”) (Slaney et al., 2001). Apoiando-se no trabalho de Stoeber e Otto (2006), os autores excluíram a subescala Ordem, visto não ser uma dimensão central do perfeccionismo.

A escala total revela valores adequados de consistência interna ( $\alpha = .63$ ), bem como as suas subescalas Padrão ( $\alpha = .70$ ) e Discrepância ( $\alpha = .70$ ). Segundo Kline (1999), valores inferiores a .70 são esperados ao estudar construtos psicológicos, tendo em conta a diversidade de construtos que estão a ser medidos. Na presente investigação, recorreu-se ao método do alfa de *Cronbach* para verificar a fidelidade do instrumento. Assim, o valor obtido para a escala total foi de .72 e os valores das subescalas foram Padrões .73 e Discrepância .86,

respetivamente. Estes resultados admitem que a aplicabilidade da SAPS apresenta uma consistência interna aceitável.

#### **4.3.3. Escala Multidimensional de Perfeccionismo (HMPS; Hewitt & Flett, 1991b)**

A *Multidimensional Perfectionism Scale* (HMPS) (Anexo D), desenvolvida por Hewitt e Flett (1991), encontra-se traduzida e adaptada para a população portuguesa por Soares, Gomes, Macedo e Azevedo (2003) e surgiu a partir do modelo teórico multidimensional do perfeccionismo.

Consiste numa medida de perfeccionismo composta por 45 itens de resposta fechada, numa escala de *Likert* que varia de 1 (*Discordo Completamente*) a 7 (*Concordo Completamente*). A pontuação total da escala resulta da soma das pontuações de cada item, sendo cada resposta cotada de 1 a 7, à exceção dos itens invertidos – 5, 6, 8, 15, 22, 26, 28, 29, 30, 35, 36, nos quais a cotação é inversa de 7 a 1. Posto isto, uma pontuação elevada nesta escala, associa-se a níveis elevados de perfeccionismo.

Os itens encontram-se distribuídos por três subescalas que avaliam três dimensões do perfeccionismo: Perfeccionismo Auto-Orientado (PAO) (dimensão intrapessoal), Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) e Perfeccionismo Orientado para os Outros (POO) (dimensões interpessoais). No entanto, em conformidade com os objetivos do estudo apenas foram aplicadas as dimensões PAO e PSP.

O PAO (18 itens) avalia o estabelecimento de padrões elevados e a motivação perfeccionista orientada a si próprio (e.g., item 1 – “Quando estou a trabalhar em alguma coisa, não consigo relaxar enquanto não estiver tudo perfeito.”). Esta dimensão caracteriza-se pela alta conscienciosidade que avalia a definição de padrões excessivamente altos, dirigidos ao próprio. Os perfeccionistas auto-orientados podem ser descritos como completos, responsáveis, organizados, eficientes e autodisciplinados. No entanto, esta subescala engloba a motivação para alcançar a perfeição e não cometer falhas, estando associada a níveis altos de desajustamento (Hewitt & Flett, 1991b).

O PSP (14 itens) avalia a perceção das exigências perfeccionistas impostas pelos outros (e.g., item 2 – “Tenho dificuldade em satisfazer as expectativas que as outras pessoas têm sobre mim.”). O PSP relaciona-se com a perceção incorreta do sujeito perfeccionista, sobre os padrões excessivamente elevados que as outras pessoas estabelecem quanto ao seu comportamento. Os

perfeccionistas socialmente prescritos podem ser caracterizados pela preocupação constante sobre os que os outros pensam e avaliam de si, mal-humorados, nervosos, ansiosos, depressivos, sensíveis e emocionais (Macedo, 2012). Devido às crenças disfuncionais e às respostas de enfrentamento mal adaptativas este tipo de perfeccionismo é considerado desadaptativo e relacionado ao sofrimento emocional e desajuste psicológico (Hewitt & Flett, 1991b). A dimensão em causa, associa-se a níveis elevados de neuroticismo e insatisfação.

Já a terceira dimensão POO (8 itens) mede o padrão de exigência que o indivíduo coloca nos outros para que sejam perfeitos. O POO caracteriza-se pelo desenvolvimento de crenças e expectativas, pelo que o sujeito avalia os padrões de desempenho ou comportamento irrealista dos outros. É marcado por reduzida afinidade, sentimentos de hostilidade e solidão, ausência de confiança nas outras pessoas e relaciona-se com perturbações de ajustamento social. Os perfeccionistas orientados para os outros mostram-se antipáticos, frios, impessoais, egoístas e não cooperativos e um grau elevado de antagonismo social. Esta dimensão está associada a maiores níveis de neuroticismo.

As três dimensões expostas distinguem-se no objeto a quem é desenvolvido o comportamento perfeccionista ou a quem é atribuído esse mesmo comportamento (Soares et al., 2003).

A versão original do instrumento indica boas qualidades psicométricas, tal como a versão portuguesa que revela uma adequada consistência interna ( $\alpha = .89$ ), bem como as subescalas PAO ( $\alpha = .89$ ), PSP ( $\alpha = .83$ ), e POO ( $\alpha = .69$ ) (Soares et al., 2003). Estudos empíricos ressaltam que somente as subescalas Perfeccionismo Auto-Orientado (PAO) e Perfeccionismo Socialmente Prescrito estão associadas ao comportamento suicidário. Deste modo, somente estas foram consideradas na análise da confiabilidade. A dimensão PAO obteve um valor alfa de .91, enquanto a dimensão PSP apresentou um valor alfa de .87, dados estes que sugerem uma boa consistência interna.

#### **4.3.4. Inventário de Ideação Suicida Positiva e Negativa (PANSI; Osman, Gutierrez, Kopper, Barrios, & Chiros, 1998)**

O *Positive and Negative Suicide Ideation Inventory* (Anexo E), desenvolvido por Osman, Gutierrez, Kopper, Barrios e Chiros (1998) encontra-se em processo de adaptação para a população portuguesa e avalia os pensamentos positivos e negativos associados à ideação

suicida. É composto por 14 itens, apresentados numa escala de *Likert* de 1 (*Nunca*) a 5 (*Muito Frequentemente*).

O instrumento em questão permite avaliar duas dimensões: a Ideação Positiva (PANSI-PI) (6 itens) (e.g., item 2 – “Sentiu que estava no controlo da maioria das situações na sua vida?”) e a Ideação Negativa (PANSI-NSI) (8 itens) (e.g., item 1 – “Considerou, seriamente, terminar com a sua própria vida porque sentiu que não conseguiu corresponder às expectativas de outros?”), que correspondem aos pensamentos associados à ideação suicida, nas últimas duas semanas.

A pontuação total de cada subescala é obtida através da média aritmética das respostas dos itens. Assim, a pontuação total da PANSI-PI varia entre 6 e 30, enquanto a pontuação total da PANSI-NSI varia entre 8 e 40. Pontuações mais elevadas de ideação positiva apontam para uma frequência de ideação suicida reduzida e, em contrapartida, pontuações altas de ideação negativa indicam uma maior frequência de ideação suicida, ou seja, um risco de comportamento suicida superior (Osman et al., 1998). O PANSI não permite que seja calculado o *score* total, por não ser interpretável (Gutierrez & Osman, 2008).

No estudo original, foram obtidos resultados bastante satisfatórios relativamente à fiabilidade, considerando que os valores de alfa indicaram uma boa consistência interna PANSI-NSI ( $\alpha = .91$  e  $.93$ ) e PANSI-PI ( $\alpha = .80$  e  $.82$ ) (Osman et al., 1998). Para mais, a versão portuguesa evidencia uma consistência interna aceitável em ambas as subescalas, PANSI-NSI ( $\alpha = .95$ ) e PANSI-PI ( $\alpha = .83$ ). Por último, no âmbito deste estudo, foi calculado o alfa de *Cronbach*, com a finalidade de analisar a fiabilidade e determinar os valores de  $\alpha$ . Neste sentido, verificaram-se valores elevados de consistência interna nas duas subescalas .96 na Ideação Negativa e .80 na Ideação Positiva.

#### **4.3.5. Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS; Gratz & Roemer, 2004)**

O modelo da desregulação emocional de Gratz e Roemer (2004) fundamenta a *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (Anexo F), versão portuguesa de Coutinho, Ribeiro, Ferreira e Dias (2010).

Este instrumento pretende avaliar as dificuldades de regulação emocional clinicamente significativas, isto é, os níveis típicos de desregulação emocional. Consiste numa medida de

autorrelato formada por 36 itens. É requerido aos sujeitos que indiquem com que frequência cada item se aplica a si, podendo as suas respostas variar numa escala de *Likert* de 1 (*Quase Nunca*; 0 a 10%) a 5 (*Quase Sempre*; 91-100%). A DERS apresenta itens invertidos, cuja cotação é inversa de 5 a 1 – 1, 2, 6, 7, 8, 10, 17, 20, 22, 24, 34.

Produz uma pontuação total que representa a desregulação emocional e as suas seis facetas, ou seja, dificuldades de regulação emocional específicas: não aceitação de respostas emocionais (não-aceitação) (6 itens) (e.g., item 11 – “Quando estou chateado, fico zangado comigo próprio por me sentir assim.”), dificuldades associadas aos comportamentos direcionados por objetivos (objetivos) (5 itens) (e.g., item 13 – “Quando estou chateado, tenho dificuldade em realizar tarefas.”), dificuldades no controlo dos impulsos (impulso) (6 itens) (e.g., item 3 – “Vivo as minhas emoções como avassaladoras e fora de controlo.”), acesso limitado a estratégias de regulação emocional que são compreendidas como efetivas (estratégias) (8 itens) (e.g., item 15 – “Quando estou chateado, penso que me vou sentir assim por muito tempo.”), falta de consciência das emoções (consciência) (6 itens) (e.g., item 2 – “Presto atenção a como me sinto.”), e a dificuldade de compreensão da resposta emocional (clareza) (5 itens) (e.g., item 1 – “Percebo com clareza os meus sentimentos.”). Considera-se que os indivíduos apresentam dificuldades de regulação emocional se algumas destas dimensões estiverem comprometidas.

Relativamente às propriedades psicométricas da versão original, a escala possui uma elevada consistência interna ( $\alpha = .93$ ), bem como as suas subescalas ( $\alpha = > .80$ ) (Gratz & Roemer, 2004). Na versão portuguesa, a consistência interna também se revelou elevada na escala total ( $\alpha = .92$ ) e nas subescalas a ( $\alpha \geq .75$ ) (Coutinho et al., 2010). Neste estudo, procedeu-se à análise das qualidades psicométricas, tendo a DERS revelado uma boa consistência interna, tanto na escala total .96, como nas suas subescalas: .92 nas estratégias, .94 na não-aceitação, .77 na consciência, .91 no impulso, .88 nos objetivos e .85 na clareza.

#### **4.4. Procedimentos**

De forma a esclarecer os passos do presente estudo, segue-se uma descrição detalhada do procedimento de recolha e do procedimento de análise de dados.

#### **4.4.1. Recolha de Dados**

Para dar início ao procedimento de recolha de dados, realizada no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade do Algarve, foi necessário submeter o projeto de investigação à Comissão de Ética da Universidade do Algarve para aprovação do pedido.

Após esta etapa, a fase inicial do procedimento de recolha de dados é marcada pela seleção dos instrumentos adaptados à língua portuguesa e composição de um formulário *online* de recolha de dados, através da plataforma *Google Forms*. Primeiramente, a plataforma apresentava o estudo em questão e o Consentimento Informado (Anexo A). Deste modo, os participantes conheceram o propósito da investigação, o reconhecimento dos seus direitos enquanto participantes, a garantia do cumprimento de questões éticas à investigação científica, como a confidencialidade, o anonimato e que o uso dos dados fornecidos é exclusivo para fins da presente investigação. Adicionalmente, tomaram conhecimento de que a sua participação era voluntária, com possibilidade de recusar ou desistir, sem qualquer tipo de retaliação. Após o preenchimento do consentimento, foi preenchido o protocolo de recolha de dados, nomeadamente: o Questionário Sociodemográfico e Clínico, a Escala Quase Perfeita – Versão reduzida (SAPS), a Escala Multidimensional de Perfeccionismo (HMPS), o *Positive and Negative Suicide Ideation Inventory* (PANSI) e, por fim, a Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS) que implicou autorização dos autores da mesma para a sua aplicação. A resposta ao questionário tinha uma duração aproximada de 15 minutos e previamente às medidas de avaliação, eram apresentadas as instruções.

Foi facultado o endereço eletrónico, em caso de necessidade de algum esclarecimento adicional.

A plataforma digital foi partilhada pelas redes sociais e a contactos informais, através da divulgação do *link* de acesso ao formulário, a fim de obter uma amostra diversificada e de dimensão considerável. O período de recolha foi realizado no ano letivo 2020/2021, tendo iniciado no mês de abril e terminado no mês de maio de 2021.

#### **4.4.2. Análise de Dados**

Os dados recolhidos foram tratados com recurso ao *software* estatístico IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 27.0 para o *Windows*. Os dados foram

transferidos para uma folha *Excel* e posteriormente convertidos para uma base de dados em suporte informático.

De forma a alcançar os objetivos delineados, realizaram-se vários procedimentos e análises estatísticas. Foram realizadas estatísticas descritivas com o intuito de organizar, sumarizar e descrever os dados de forma breve e precisa, fazendo referência às medidas de localização de tendência central (média) e às medidas de dispersão (desvio-padrão). Inicialmente, foi possível caracterizar a amostra do estudo, por meio do cálculo das médias e dos desvios-padrões, como também da análise das tabelas de frequência.

A fiabilidade dos instrumentos foi apurada pela análise da consistência interna, que varia entre 0 e 1, recorrendo ao cálculo do alfa de *Cronbach* ( $\alpha$ ). Segundo Field (2009), caso o valor de  $\alpha$  for entre .7 e .8 é considerado aceitável, mas valores substancialmente inferiores mostram que a escala não é confiável.

Considerando a característica correlacional do estudo, foram usados os testes estatísticos de *Pearson*, ou seja, foram analisadas as correlações, através do cálculo do Coeficiente de Correlação de *Pearson* ( $r$ ), para compreender as relações entre a ideação suicida e os diferentes níveis de regulação emocional, bem como entre as dimensões do perfeccionismo e os diferentes níveis de regulação emocional. Este coeficiente informa sobre a intensidade e o sentido da relação linear entre as variáveis. O sinal do coeficiente de correlação expressa o sentido da relação entre as variáveis e a magnitude revela a intensidade da relação linear entre as mesmas. Assim, se o  $r > 0$  a relação linear é positiva e as duas variáveis variam no mesmo sentido, enquanto se  $r < 0$  a relação linear é negativa e variam em sentido inverso. O coeficiente de correlação em questão varia entre -1 e +1, ou seja, se o valor for 0 ( $r = 0$ ) não há relação linear entre as variáveis e quanto mais próximo de 1 se encontrar o valor absoluto do coeficiente, mais intensa é a relação linear entre as duas variáveis do estudo. A presença de *outliers* aumenta ou reduz o valor da correlação.

Segundo Cohen (1998), devem ser usados os seguintes critérios para interpretar a magnitude do efeito  $r$ : valores entre [.10; .30] revelam uma correlação baixa, entre [.30; .50] representam uma correlação moderada e entre [.50; 1] apresentam uma correlação elevada.

Com a finalidade de averiguar as diferenças significativas entre géneros relativamente à ideação suicida, perfeccionismo e regulação emocional procedeu-se à realização do teste  $t$  de Student para amostras independentes, o *Independent Samples T-Test*. Foram preenchidos os requisitos para aplicar o Teste Paramétrico, considerando a dimensão da amostra ( $N \geq 30$ ) e a

homogeneidade de variância, verificada com o teste de *Levene*, sendo avaliados os valores de *t*, os graus de liberdade (*gl*), os valores de significância (*p*) e avaliada a magnitude do efeito, através do cálculo do *d* de Cohen (*d*).

As magnitudes de efeito reduzido equivalem a valores de  $d = 0,2$ , magnitudes de efeito médio correspondem a valores  $d = 0,5$ , e magnitudes de efeito elevado constituem valores de  $d = 0,8$  (Cohen, 1988).

Para avaliar se a regulação emocional influencia a relação entre o perfeccionismo e a ideação suicida realizou-se uma análise do possível efeito mediador da regulação emocional. Para este fim, foi necessário recorrer à regressão linear e aos procedimentos do modelo de Baron e Kenny (1986) com o intuito de testar efeitos de mediação. Primeiramente, apurou-se a existência de um efeito significativo do preditor (perfeccionismo) sobre a variável dependente (ideação suicida), mediante uma regressão linear simples. Em segundo lugar, averiguou-se a existência de um efeito significativo do preditor (perfeccionismo) sobre o presumível mediador (desregulação emocional), mais uma vez através de uma regressão linear simples. Posteriormente, verificou-se se o efeito da variável mediadora (desregulação emocional) sobre a variável dependente (ideação suicida), na presença do preditor (perfeccionismo), era significativo, através de uma regressão múltipla. De seguida, foi usado o teste de Sobel para avaliar a significância do efeito mediador. No final, foi avaliada a magnitude do efeito da mediação, recorrendo ao cálculo da percentagem do efeito indireto face ao efeito total, com a fórmula:  $100 \times ab \div c$  (Baron & Keeny, 1986). Para calcular o teste de Sobel foi necessário utilizar a página *online* de Kristopher Preacher (<http://quantpsy.org/sobel/sobel.htm>), que permite analisar a significância do efeito indireto dos modelos de mediação.

O procedimento de análise de dados exposto teve em conta resultados significativos quando o valor de *p* é inferior a .05 (Pereira & Patrício, 2016).

## **5. Resultados**

Os resultados estão organizados por diferentes tipos de análises estatísticas, considerando que as técnicas estatísticas selecionadas têm por base os objetivos do estudo.

### 5.1. Análise da relação entre a Ideação Suicida e as Dificuldades de Regulação Emocional

A relação entre a ideação suicida e as dificuldades de regulação emocional foi avaliada através do *Coefficiente de Correlação de Pearson (r)* (Tabela 1).

Tabela 1

*Correlações (r) entre a Ideação Suicida e a Desregulação Emocional (N = 224)*

	Ideação Negativa	Ideação Positiva
DERS (total)	<b>.59***</b>	<b>-.55***</b>
Estratégias	<b>.58***</b>	<b>-.56***</b>
Não-Aceitação	.45***	-.36***
Consciência	.34***	-.30***
Impulso	<b>.50***</b>	-.47***
Objetivos	.39***	-.39***
Clareza	.38***	-.41***

*Nota.*  $r$  = Coeficiente de Correlação de *Pearson*; DERS = Escala de Dificuldades de Regulação Emocional de Gratz e Roemer (2004).

Assinalam-se a negrito as correlações elevadas e estatisticamente significativas ( $|r| \geq .5$ ).

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

No que concerne à relação entre a Ideação negativa e as Dificuldades de regulação emocional (DERS), observou-se uma correlação positiva elevada e significativa ( $r = .59$ ;  $p < .001$ ), bem como uma correlação positiva em todas as subescalas. Relativamente aos fatores da DERS, destaca-se a Estratégias, com intensidade elevada e significativa ( $r = .58$ ;  $p < .001$ ) e o Impulso, também com correlação de intensidade elevada e significativa ( $r = .50$ ;  $p < .001$ ). Nas restantes dimensões foram observadas associações moderadas e significativas. Estes valores sugerem que os sujeitos com níveis de ideação negativa mais elevados, tendem a revelar desregulação emocional.

No que diz respeito à relação entre a Ideação positiva e a escala total de DERS, apurou-se uma correlação negativa elevada ( $r = -.55$ ;  $p < .001$ ), como também uma correlação negativa em todas as subescalas. Verificou-se que somente a dimensão Estratégias apresenta uma associação elevada e significativa ( $r = -.56$ ;  $p < .001$ ). Já nas subescalas em falta os resultados

sugerem correlações moderadas e significativas. Deste modo, indivíduos com níveis de idealização positiva mais altos, tendem a demonstrar menos dificuldades de regulação emocional.

## 5.2. Análise da relação entre o Perfeccionismo e as Dificuldades de Regulação Emocional

A associação entre os níveis de perfeccionismo, as dimensões do perfeccionismo e as dificuldades de regulação emocional foi explorada mediante o *Coefficiente de correlação de Pearson (r)* (Tabela 2).

Tabela 2

*Correlações (r) entre o Perfeccionismo e a Desregulação Emocional (N = 224)*

	SAPS	Padrões	Discrepância	PAO	PSP
SAPS	-				
Padrões	<b>.61***</b>	-			
Discrepância	<b>.83***</b>	.06	-		
HMPS					
PAO	<b>.54***</b>	<b>.58***</b>	<b>.27***</b>	-	
PSP	<b>.47***</b>	-.03	<b>.60***</b>	<b>.35***</b>	-
DERS	<b>.39***</b>	-.14*	<b>.58***</b>	<b>.17*</b>	<b>.58***</b>
Estratégias	<b>.37***</b>	-.15*	<b>.57***</b>	<b>.17*</b>	<b>.59***</b>
Não-Aceitação	<b>.41***</b>	.04	<b>.49***</b>	<b>.25***</b>	<b>.45***</b>
Consciência	.09	-.19**	<b>.25***</b>	.02	<b>.28***</b>
Impulso	<b>.29***</b>	-.12	<b>.45***</b>	.11	<b>.48***</b>
Objetivos	<b>.30***</b>	-.05	<b>.41***</b>	.12	<b>.35***</b>
Clareza	<b>.23***</b>	-.21**	<b>.44***</b>	.02	<b>.45***</b>

*Nota.* *r* = Coeficiente de Correlação de *Pearson*; SAPS = Escala Quase Perfeita – Versão reduzida de Rice, Richardson e Tueller (2014); HMPS = Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt e Flett (1991); PAO = Perfeccionismo Auto-orientado; PSP = Perfeccionismo Socialmente Prescrito; DERS = Escala de Dificuldades de Regulação Emocional de Gratz e Roemer (2004).

Assinalam-se a negrito as correlações elevadas e estatisticamente significativas ( $|r| \geq .5$ ).

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Relativamente ao Perfeccionismo e Desregulação emocional, mais precisamente a relação entre as escalas totais, Escala Quase Perfeita – Versão reduzida (SAPS) e DERS, é possível detetar uma correlação positiva, de intensidade moderada e significativa ( $r = .39; p < .001$ ). A SAPS apresenta uma correlação positiva, moderada e significativa com as subescalas da DERS, nomeadamente as Estratégias ( $r = .37; p < .001$ ), a Não-Aceitação ( $r = .41; p < .001$ ) e os Objetivos ( $r = .30; p < .001$ ).

No que concerne à subescala Padrões da SAPS, componente adaptativa do perfeccionismo, apresentou uma correlação negativa, baixa e significativa com a escala total de DERS ( $r = -.14; p = .043$ ). Além disso, apresenta uma correlação negativa reduzida e significativa nas Estratégias ( $r = -.15; p = .028$ ), Consciência ( $r = -.19; p = .005$ ) e Clareza ( $r = -.21; p = .001$ ). Já a Não-Aceitação, foi a única subescala da DERS a apresentar uma correlação positiva, negligenciável e não significativa ( $r = .04; p = .597$ ).

De acordo com estes resultados, percebe-se que quanto maior for o nível dos Padrões menos dificuldades ao nível da regulação emocional o sujeito tende a apresentar, nomeadamente nas dimensões Estratégias, Consciência e Clareza.

Por outro lado, a subescala Discrepância revela uma correlação positiva, elevada e significativa com a DERS ( $r = .58; p < .001$ ), bem como uma correlação positiva com todas as suas subescalas. No caso das Estratégias, a intensidade é elevada e significativa ( $r = .57; p < .001$ ). Já na Não-Aceitação a intensidade é moderada e significativa ( $r = .49; p < .001$ ), tal como no Impulso ( $r = .45; p < .001$ ), Objetivos ( $r = .41; p < .001$ ) e Clareza ( $r = .44; p < .001$ ).

Através destes valores, é possível concluir que quanto maior for o nível da Discrepância, mais dificuldades ao nível da regulação emocional o sujeito vai apresentar.

Quando às dimensões do Perfeccionismo e Desregulação emocional, detetou-se uma correlação positiva com todas as subescalas. O PAO, dimensão adaptativa, demonstrou uma correlação positiva, baixa, mas significativa com a DERS ( $r = .17; p = .012$ ). No que diz respeito às subescalas, verificaram-se correlações reduzidas e significativa com as Estratégias ( $r = .17; p = .012$ ) e a Não-Aceitação ( $r = .25; p < .001$ ).

Por sua vez, o PSP, dimensão desadaptativa do perfeccionismo, demonstrou uma correlação positiva, forte e significativa com a DERS ( $r = .58; p < .001$ ) e também revelou correlações positivas com a totalidade das suas subescalas. Foi notória uma correlação elevada e significativa com a subescala Estratégias ( $r = .59; p < .001$ ) e moderada e significativa com a

Não-Aceitação ( $r = .45; p < .001$ ), Impulso ( $r = .48; p < .001$ ), Objetivos ( $r = .35; p < .001$ ) e Clareza ( $r = .45; p < .001$ ).

Estes resultados indicam que sujeitos com maiores níveis de perfeccionismo auto-orientado e perfeccionismo socialmente prescrito tem tendência a apresentar dificuldades na regulação das suas emoções.

### 5.3. Níveis de Ideação Suicida: diferenças entre géneros

A análise dos valores médios de Ideação suicida, em função do sexo dos participantes foi realizada através do *Independent Samples T-Test* (Tabela 3).

Tabela 3

*Comparação dos níveis de Ideação Suicida em função do sexo - Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e Teste t*

	Amostra		Sexo		Sexo		<i>d</i> de Cohen	<i>t</i>	<i>p</i>
	Total ( <i>N</i> = 224)		Feminino ( <i>N</i> = 166)		Masculino ( <i>N</i> = 58)				
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
PANSI									
Ideação Negativa	1.53	0.98	1.54	0.98	1.50	0.99	0.04	0.25	.802
Ideação Positiva	3.66	0.72	3.62	0.75	3.78	0.61	-0.22	-1.46	.145

*Nota.* *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *t* = Teste *t* de Student para amostras independentes; PANSI = *Positive and Negative Suicide Ideation Inventory* de Osman, Gutierrez, Kopper, Barrios e Chiros (1998).

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

No que concerne às diferenças entre os sexos, o sexo feminino ( $M = 1.54; DP = 0.98$ ) revelou uma média de Ideação negativa superior à do sexo masculino ( $M = 1.50; DP = 0.99$ ), porém as diferenças não foram significativas e a magnitude de efeito é reduzida ( $t(224) = 0.25; gl = 222; p = .802; d$  de Cohen = 0.04).

Do mesmo modo, procedeu-se à análise da subescala da Ideação positiva. Os valores médios indicam que o sexo masculino ( $M = 3.78$ ;  $DP = 0.61$ ) tem valores mais elevados do que o sexo feminino ( $M = 3.62$ ;  $DP = 0.75$ ), contudo as diferenças não são significativas e a magnitude do efeito é fraca e com sentido negativo ( $t(224) = -1.46$ ;  $gl = 222$ ;  $p = .145$ ;  $d$  de Cohen =  $-0.22$ ).

#### **5.4. Níveis de Perfeccionismo: diferenças entre géneros**

A avaliação dos valores médios de Perfeccionismo, em relação às diferenças entre sexos dos participantes foi efetuada através do *Independent Samples T-Test* (Tabela 4).

Tabela 4

Comparação dos níveis de Perfeccionismo em função do sexo - Médias, Desvios-Padrão, *d* de Cohen e Teste *t*

	Amostra Total ( <i>N</i> = 224)		Sexo Feminino ( <i>N</i> = 166)		Sexo Masculino ( <i>N</i> = 58)		<i>d</i> de Cohen	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
SAPS Total	37.36	7.67	37.30	7.76	37.52	7.49	-0.03	-0.18	.854
Padrões	21.30	4.32	21.19	4.44	21.62	3.96	-0.10	-0.66	.511
Discrepância	16.06	6.11	16.11	6.23	15.90	5.81	0.04	0.23	.816
HMPS									
PAO	82.65	18.74	81.66	19.55	85.48	16.03	-0.21	-1.34	.181
PSP	45.87	13.91	45.48	14.04	46.98	13.59	-0.11	-0.71	.479

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *t* = Teste *t* de Student para amostras independentes; SAPS = Escala Quase Perfeita – Versão reduzida de Rice, Richardson e Tueller (2014); HMPS = Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Hewitt e Flett (1991); PAO = Perfeccionismo Auto-orientado; PSP = Perfeccionismo Socialmente Prescrito.

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Na análise dos valores médios de Perfeccionismo, no que diz respeito às diferenças entre sexos dos participantes para a escala total SAPS, o sexo masculino ( $M = 37.52$ ;  $DP = 7.49$ ) apresentou uma média de perfeccionismo superior à do sexo feminino ( $M = 37.30$ ;  $DP = 7.76$ ). Contudo as diferenças não são significativas em função do sexo e a magnitude do efeito é fraca e com sentido negativo ( $t(224) = -0.18$ ;  $gl = 222$ ;  $p = .854$ ;  $d$  de Cohen = -0.03).

No que diz respeito à subescala Padrões, o sexo masculino ( $M = 21.62$ ;  $DP = 3.96$ ) revelou valores médios mais elevados comparativamente ao sexo feminino. No entanto, as diferenças não são significativas entre os sexos e a magnitude do efeito é fraca e com sentido negativo ( $t(224) = -0.66$ ;  $gl = 222$ ;  $p = .511$ ;  $d$  de Cohen = -0.10).

Já na subescala Discrepância, o sexo feminino ( $M = 16.11$ ;  $DP = 6.23$ ) demonstrou valores médios mais elevados do que o sexo masculino. Porém, as diferenças não são significativas entre os sexos e a magnitude do efeito é fraca ( $t(224) = 0.23$ ;  $gl = 222$ ;  $p = .816$ ;  $d$  de Cohen = 0.04).

Por outro lado, foram analisadas as duas subescalas da HMPS, no caso da subescala PAO, componente adaptativa do perfeccionismo, verificou-se que o sexo masculino ( $M = 85.48$ ;  $DP = 16.03$ ) se revelou superior ao sexo feminino, todavia as diferenças não são significativas e a magnitude do efeito é fraca e com sentido negativo ( $t(224) = -1.34$ ;  $gl = 222$ ;  $p = .181$ ;  $d$  de Cohen =  $-0.21$ ).

No caso da subescala PSP, dimensão desadaptativa do perfeccionismo, os valores médios sugerem que o sexo masculino ( $M = 46.98$ ;  $DP = 13.59$ ) tem valores acima do sexo feminino, mas não se detetaram diferenças significativas e a magnitude do efeito é fraca e com sentido negativo ( $t(224) = -0.71$ ;  $gl = 222$ ;  $p = .479$ ;  $d$  de Cohen =  $-0.11$ ).

### **5.5. Níveis de Regulação emocional: diferenças entre géneros**

A análise dos valores médios de Regulação Emocional, quanto às diferenças entre sexos dos participantes foi realizada com recurso ao *Independent Samples T-Test* (Tabela 5).

Tabela 5

Comparação dos níveis de Regulação Emocional em função do sexo - Médias, Desvios-Padrão, *d* de Cohen e Teste *t*

	Amostra Total ( <i>N</i> = 224)		Sexo Feminino ( <i>N</i> = 166)		Sexo Masculino ( <i>N</i> = 58)		<i>d</i> de Cohen	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
DERS Total	91.01	28.05	92.04	29.55	88.07	23.21	0.14	1.04	.300
Estratégias	19.80	8.30	19.95	8.64	19.36	7.29	0.07	0.51	.615
Não-Aceitação	15.20	7.30	15.48	7.47	14.38	6.80	0.15	0.99	.323
Consciência	13.10	4.24	12.91	4.08	13.64	4.66	-0.17	-1.13	.261
Impulso	14.48	6.39	14.61	6.81	14.10	5.02	0.08	0.61	.546
Objetivos	16.29	5.25	16.87	5.35	14.64	4.60	0.43	2.83	.005**
Clareza	12.14	4.54	12.21	4.68	11.95	4.14	0.06	0.38	.706

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *t* = Teste *t* de Student para amostras independentes; DERS = Escala de Dificuldades de Regulação Emocional de Gratz e Roemer (2004); Estratégias = Subescala da DERS; Não-Aceitação = Subescala da DERS; Consciência = Subescala da DERS; Impulso = Subescala da DERS; Objetivos = Subescala da DERS; Clareza = Subescala da DERS.

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Relativamente às Dificuldades de regulação emocional da escala total de DERS e diferenças entre os sexos, o sexo feminino ( $M = 92.04$ ;  $DP = 29.55$ ) apresentou uma média de dificuldades de regulação emocional superior à do sexo masculino ( $M = 88.07$ ;  $DP = 23.21$ ), embora as diferenças não sejam significativas e a magnitude do efeito fraca ( $t(224) = 1.04$ ;  $gl = 125.91$ ;  $p = .300$ ;  $d$  de Cohen = 0.14).

A respeito das subescalas da DERS, na dimensão Estratégias, o sexo feminino ( $M = 19.95$ ;  $DP = 8.64$ ) revelou valores médios mais elevados que o sexo masculino, ainda que as diferenças não sejam significativas e a magnitude do efeito fraca ( $t(224) = 0.51$ ;  $gl = 116.95$ ;  $p = .615$ ;  $d$  de Cohen = 0.07).

Por sua vez, na subescala Não-Aceitação, quanto às diferenças entre os sexos, o sexo feminino ( $M = 15.48$ ;  $DP = 7.47$ ) manifestou valores médios mais elevados que o sexo oposto,

mas as diferenças não se mostraram significativas e a magnitude do efeito revelou-se fraca ( $t(224) = 0.99$ ;  $gl = 222$ ;  $p = .323$ ;  $d$  de Cohen = 0.15).

Na subescala Consciência, o género masculino ( $M = 13.64$ ;  $DP = 4.66$ ) demonstrou valores médios mais altos que o género feminino, no entanto as diferenças não se revelaram significativas e a magnitude do efeito revelou-se fraca e com sentido negativo ( $t(224) = -1.13$ ;  $gl = 222$ ;  $p = .261$ ;  $d$  de Cohen = -0.17).

Na subescala Impulso, apurou-se que o sexo feminino ( $M = 14.61$ ;  $DP = 6.81$ ) apresenta valores médios mais acentuados comparativamente ao sexo masculino, contudo as diferenças em função do sexo dos participantes não se revelaram significativas e a magnitude do efeito revelou-se fraca e com sentido negativo ( $t(224) = 0.61$ ;  $gl = 134.76$ ;  $p = .546$ ;  $d$  de Cohen = 0.08).

Na subescala Objetivos, o sexo feminino ( $M = 16.87$ ;  $DP = 5.35$ ) indica valores médios mais altos do que o sexo masculino, com diferenças significativas e magnitude do efeito média ( $t(224) = 2.83$ ;  $gl = 222$ ;  $p = .005$ ;  $d$  de Cohen = 0.43).

Por fim, a subescala Clareza revela que o sexo feminino ( $M = 12.21$ ;  $DP = 4.68$ ) assinala valores médios mais elevados do que o sexo masculino, mas sem diferenças entre os sexos significativas e magnitude do efeito fraca ( $t(224) = 0.38$ ;  $gl = 222$ ;  $p = .706$ ;  $d$  de Cohen = 0.06).

## **5.6. Análise do papel mediador da Desregulação Emocional na relação entre o Perfeccionismo e a Ideação Suicida**

Com a finalidade de estudar o papel da Desregulação emocional na relação entre o Perfeccionismo e a Ideação suicida, realizou-se a análise do potencial efeito mediador da desregulação emocional. Deste modo, apurou-se se existia mediação e se, em caso afirmativo, o impacto individual do perfeccionismo sobre a ideação suicida seria parcial ou totalmente mediado pela desregulação emocional.

Foi avaliado o efeito mediador da desregulação emocional, assumindo o perfeccionismo como preditor, ou seja, variável independente (VI) e a ideação suicida como variável dependente (VD) (Figura 1).

Inicialmente, recorreu-se a uma regressão linear simples, a fim de analisar a existência de uma relação linear entre o perfeccionismo e a ideação suicida. Os resultados demonstraram um

efeito significativo do perfeccionismo sobre a ideação suicida ( $\beta = .21$ ;  $p = .001$ ), também designado efeito total.

Posteriormente, realizou-se novamente uma regressão linear simples, mas entre o perfeccionismo e a desregulação emocional, tendo se verificado um efeito significativo do perfeccionismo sobre a variável mediadora ( $\beta = .39$ ;  $p < .001$ ).

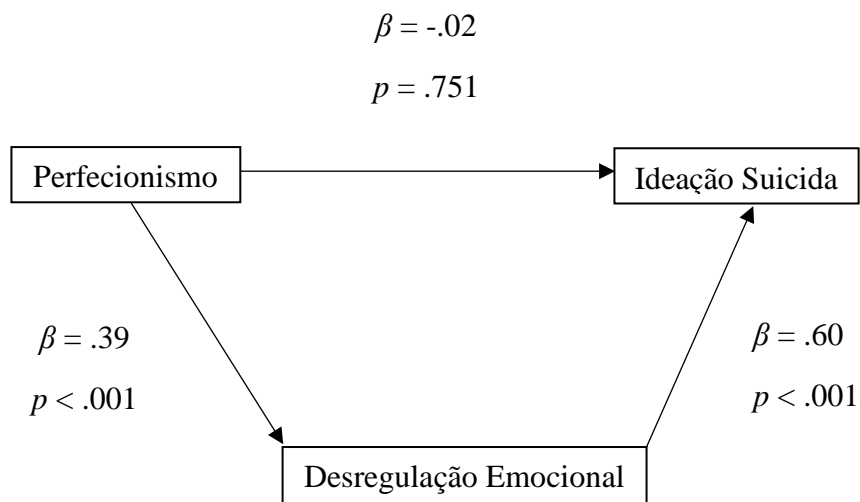
No passo seguinte, efetuou-se uma regressão múltipla, considerando o perfeccionismo e a variável mediadora (desregulação emocional) como preditores da ideação suicida. Nesta sequência, foi possível concluir que o efeito da regulação emocional sobre a ideação suicida na presença do perfeccionismo foi significativo ( $\beta = .60$ ;  $p < .001$ ). Adicionalmente, apurou-se com esta regressão, que a relação entre o perfeccionismo e a ideação suicida não é significativa na presença da variável mediadora ( $\beta = -.02$ ;  $p = .751$ ), o que sugere uma mediação total.

A mediação total aponta que na presença do mediador (desregulação emocional), o efeito direto da variável preditora (perfeccionismo) sobre a variável dependente (ideação suicida) desaparece. Posto isto, a influência do preditor sobre a variável dependente é totalmente mediada pela variável mediadora.

De seguida, foi testada a significância do efeito indireto “Perfeccionismo → Desregulação Emocional → Ideação Suicida”, através do teste de Sobel. De acordo com o teste em questão, verificou-se um resultado significativo (*teste de Sobel* = 5.38;  $p < .001$ ), o que significa que o efeito mediador é significativo.

Perante estes dados, percebe-se que a presente análise representa um caso de mediação total, pois o efeito direto “Perfeccionismo → Ideação Suicida” não é significativo na presença do mediador, mas o efeito mediado pela Desregulação Emocional é significativo.

Por fim, conclui-se que a totalidade do efeito do perfeccionismo sobre a ideação suicida se deve ao seu efeito sobre a desregulação emocional, isto significa que diferenças no perfeccionismo afetam a ideação suicida apenas porque provocaram variações na regulação emocional que, por sua vez, vão afetar a ideação suicida. Assim, o perfeccionismo não afeta diretamente a ideação suicida, sendo o seu efeito indiretamente exercido através da desregulação emocional.



**Figura 1.** Efeito indireto do perfeccionismo sobre a ideação suicida por mediação da desregulação emocional (\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ ).

### 5.7. Análise do papel mediador das subescalas de Desregulação Emocional na relação entre o Perfeccionismo e a Ideação Suicida

Na sequência da análise interior, procedeu-se ao estudo do papel mediador das subescalas de Desregulação Emocional na relação entre o Perfeccionismo e a Ideação Suicida, através do modelo de mediação (Tabela 6).

Tabela 6

*Efeito do Perfeccionismo na Ideação Suicida: Análise do Efeito Mediador das dimensões - Estratégias, Não-Aceitação, Consciência, Impulso, Objetivos e Clareza (N = 224)*

Efeito em estudo	Efeito total	Efeito direto	Efeito indireto	Observações
SAPS → IS (Estratégias)	.21**	-.01	.22***	Mediação Total
SAPS → IS (Não-Aceitação)	.21**	.04	.17***	Mediação Total
SAPS → IS (Consciência)	.21**	.18**	.03	Não existe mediação. O teste de <i>Sobel</i> não é significativo ( $p = .18$ ), bem como a regressão entre a SAPS e a Consciência ( $p = .171$ ).
SAPS → IS (Impulso)	.21**	.08	.14***	Mediação Total
SAPS → IS (Objetivos)	.21**	.11	.11***	Mediação Total
SAPS → IS (Clareza)	.21**	.13*	.08**	Mediação Parcial (37.7%)

*Nota.* A significância do efeito indireto foi obtida pelo teste de *Sobel*. IS = Ideação Suicida; SAPS = Escala Quase Perfeita – Versão reduzida de Rice, Richardson e Tueller (2014).

\* $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

De acordo com os resultados expostos na Tabela 6, é possível analisar o tipo de mediação que existe nas seis subescalas da DERS e compreender a sua relevância.

Considerando o perfeccionismo como preditor da ideação suicida, verificou-se que quatro das dificuldades de regulação emocional, mais especificamente Estratégias ( $\beta = -.01$ ;  $p = .936$ ), Não-Aceitação ( $\beta = .04$ ;  $p = .578$ ), Impulso ( $\beta = .08$ ;  $p = .218$ ) e Objetivos ( $\beta = .11$ ;  $p = .105$ ) comprovaram um efeito de mediação total nesta relação, dado que o efeito direto entre a variável independente e a variável dependente diminuiu e deixou de ser significativo na presença do mediador. Deste modo, o efeito do perfeccionismo sobre a ideação suicida é exclusivamente feito através de cada uma destas dificuldades de regulação das emoções.

Por outro lado, a Clareza mostrou ser um mediador parcial, que explicou 37.7% da relação quando se calculou a percentagem do efeito mediado face ao efeito total ( $100 \cdot ab/c$ ). Isto significa que o efeito direto entre a variável independente e a variável dependente se mantém significativo na presença da variável mediadora ( $\beta = .13$ ;  $p = .038$ ).

Por último, uma vez que existem normas que devem ser cumpridas para existir mediação (Baron & Kenny, 1986), verificou-se que na dimensão Consciência não existe efeito do mediador. A análise foi interrompida, dado que a regressão entre a variável independente e a variável mediadora não foi significativa ( $\beta = .09$ ;  $p = .171$ ).

## 6. Discussão

Neste tópico, pretende-se apresentar a discussão dos principais resultados, acreditando que a recolha, análise e interpretação dos mesmos permite extrair ideias pertinentes para responder aos objetivos propostos. Deste modo, espera-se que a avaliação crítica dos dados obtidos ajude a perceber na íntegra esta temática, considerando a pertinência dos fatores de risco sobre os quais este estudo se debruça.

A presente investigação teve como objetivo de estudo analisar o papel do perfeccionismo e da regulação emocional na ideação suicida, numa amostra de jovens-adultos de nacionalidade portuguesa. Nesta sequência, foi possível estudar a influência, mas também o contributo das diferentes variáveis na explicação da ideação suicida. Como tem sido reforçado, a ideação suicida, isto é, os pensamentos ou ideias sobre o suicídio e/ou o planeamento da própria morte (Guerreiro & Sampaio, 2013) representa um preditor do suicídio (Andover & Gibb, 2010; Borges & Werlang, 2006; Casey et al., 2006; Claes et al., 2010). Desta maneira, o desenvolvimento do trabalho em evidência revela-se inovador, mas também de extrema importância no campo do conhecimento, atendendo ao impacto das variáveis em estudo na sociedade.

Primeiramente, foi desenvolvida uma análise descritiva das características sociodemográficas e clínicas da amostra em estudo.

Após este passo, foi realizada uma análise correlacional entre a Ideação suicida negativa e a Desregulação emocional. Segundo os resultados, existe uma correlação positiva com a escala total DERS, o que sugere que maiores dificuldades na regulação das emoções se associam com níveis mais elevados de ideação suicida negativa. Num segundo momento, procedeu-se à análise correlacional entre a Ideação suicida positiva e a Desregulação emocional. Depois da análise dos resultados, observou-se uma correlação negativa com a escala total DERS, que indica que maiores dificuldades na regulação emocional se relacionam com níveis mais baixos de ideação suicida positiva.

Estes dados são congruentes com Osman et al. (1998) que indica que níveis elevados de ideação negativa remetem para uma frequência maior de ideação suicida, enquanto níveis mais altos de ideação positiva sugerem uma frequência de ideação suicida menor. Assim sendo, admite-se que a ideação positiva sugere um efeito protetor.

Ademais, ressalta-se que a regulação emocional é um processo fisiológico, comportamental e cognitivo, capaz de habilitar os sujeitos a modularem a experiência e a expressão de emoções, tanto as positivas como as negativas (Bridges et al., 2004), interferindo no tipo de emoções e quando e como são vivenciadas e expressadas (Gross, 2013). Por esta ordem de ideias, a regulação emocional permite melhorar emoções negativas intensas que conduzem a sentimentos suicidas (Klonsky & Muehlenkamp, 2007). No entanto, quando as competências de regulação emocional adaptativas se encontram comprometidas podem ser detetados problemas no ajustamento psicológico, social e académico, bem como envolvimento em comportamentos de risco que prejudicam a saúde e o bem-estar (McLaughlin, Hatzenbuehler, Mennin, & Nolen-Hoeksema, 2011). O que significa que quando existem dificuldades ao nível da regulação emocional se verificam consequências emocionais, cognitivas e comportamentais desadaptativas que podem perturbar a capacidade do sujeito se adaptar à situação (Garber & Dodge, 1991). Por tudo isto, a desregulação emocional traduz-se num fator de risco do suicídio (Linehan, 1993), dado que a ideação suicida pode ser uma estratégia, apesar de desadaptativa, de resolução de problemas cognitivos, quando os sujeitos percebem que não detém recursos para lidar com as próprias emoções (Jobes, 2012; Valois et al., 2015).

Ainda na análise correlacional, foi possível explorar a relação entre a ideação suicida e as diversas subescalas da DERS. No que se refere à Ideação negativa, apuraram-se correlações positivas com a totalidade das subescalas, mas as correlações mais altas, são com a Estratégias, Impulso e Não-aceitação. Em contraste, na Ideação positiva, as correlações com as subescalas são todas negativas, sendo as mais elevadas com a Estratégias, Impulso e Clareza. De acordo com Lenzenweger et al. (2007), estes resultados vão ao encontro do que é exposto pela literatura, uma vez que se confirma que a desregulação emocional se associa à ideação suicida, sendo as correlações mais elevadas nas estratégias, impulso e não-aceitação.

Tentou-se igualmente efetuar a análise das correlações entre os níveis de Perfeccionismo e as Dificuldades de regulação emocional. Verificou-se uma correlação negativa entre a dimensão Padrões e a DERS, que aponta que quanto maior for o nível desta componente do perfeccionismo, menos dificuldades de regulação emocional são percebidas. Por outro lado, a correlação positiva com a Discrepância, sugere mais dificuldades ao nível da regulação das emoções. Estes dados confirmam as evidências da literatura, dado que níveis altos de padrões são positivos, mas níveis elevados de discrepância, componente desadaptativa, são prejudiciais

(Chan, 2010; Rice et al., 2007). Segundo Hamilton e Schweitzer (2000), deteta-se uma relação positiva significativa entre níveis altos de perfeccionismo e ideação suicida.

De facto, tanto os perfeccionistas adaptativos como os desadaptativos têm tendência a apresentar valores elevados na subescala Padrões, todavia os perfeccionistas desadaptativos também apresentam valores elevados na subescala Discrepância (Slaney et al., 2001). Neste caso, percebe-se que quando existe perceção de falha ao atingir os padrões pessoais de desempenho, existe uma maior predisposição para a presença simultânea de dificuldades para regular com eficácia as próprias emoções.

No que concerne às relações do Perfeccionismo Auto-Orientado (PAO) e do Perfeccionismo Socialmente Prescrito (PSP) verificaram-se correlações positivas com a DERS, que sugerem que níveis mais elevados destas dimensões se associam a maiores dificuldades de regulação emocional. Este resultado é informativo, considerado a escassez de estudos sobre o perfeccionismo e facetas da desregulação emocional e as evidências que destacam o PAO e o POO como as dimensões adaptativas do perfeccionismo e o PSP como a dimensão desadaptativa (e.g., Bieling et al., 2004; Frost et al., 1993; Rice & Ashby, 2007; Slade & Owens, 1998; Terry-Short et al., 1995).

O perfeccionismo adaptativo associa-se a uma série de resultados positivos e satisfação com a vida (Ashby et al., 2012). Não obstante, este tipo também remete para consequências negativas, como depressão, stresse e comportamento suicidário (Blankstein, Lumley, & Crawford, 2007; Chen, 2012; Hewitt & Flett, 1993). Nesta sequência, foi possível observar que a dimensão adaptativa tem algumas correlações positivas significativas com as dificuldades de regulação emocional, mas convém ressaltar que foram correlações fracas comparativamente às percebidas na componente desadaptativa. Este facto pode ser justificado, pois no perfeccionismo adaptativo, os indivíduos conseguem gerir de forma mais satisfatória pequenas falhas no seu desempenho (Hamachek, 1978).

Em relação ao perfeccionismo desadaptativo sabe-se que está associado à dor psicológica insuportável (Flamenbaum & Holden, 2007) e a maiores níveis de ideação suicida (Chang et al., 2004). Neste ponto, a correlação mais elevada e significativa foi entre o PSP e a dimensão Estratégias. Estes dados são concordantes com a literatura, pois os indivíduos perfeccionistas desadaptativos revelam-se pouco flexíveis, dando espaço para sentimentos de frustração e incapacidade de alcançar objetivos (Slaney et al., 2001). Por conseguinte, existem dificuldades na implementação de estratégias de regulação emocional, as quais permitem modular as

respostas emocionais de forma flexível para atingir objetivos individuais e atender às exigências das situações (Gratz & Roemer, 2004).

Seguidamente, procurou-se perceber se existiam diferenças significativas em função do sexo na Ideação suicida. Observou-se que apesar das diferenças serem ligeiramente superiores no sexo feminino, estas não são significativas. Porém, este resultado refuta as evidências da literatura, visto a ideação suicida apresentar uma maior prevalência no sexo feminino (Borges & Werlang, 2006; Silva et al., 2006). Esta afirmação prende-se com dados fortemente apontados na literatura, segundo os quais o sexo masculino apresenta taxas mais elevadas de suicídio, embora seja o sexo feminino que apresenta valores mais altos de ideação e tentativas de suicídio (Canetto, 2008). No entanto, estas diferenças tendem a ser mais expressivas em populações clínicas (May & Klonsky, 2016).

Já no Perfeccionismo, também não foram detetadas diferenças significativas, sendo estes dados corroborados pela revisão da investigação empírica, que comprova que não existem diferenças significativas entre sexos nas dimensões de perfeccionismo (Soares et al., 2003).

Relativamente às diferenças entre géneros na Desregulação emocional, só foram encontradas na dimensão dos Objetivos, tendo o sexo feminino valores mais elevados. Este resultado é compatível, em parte, com a literatura encontrada, pois no estudo de validação da escala DERS para adolescentes, o sexo feminino revelou maior falta de clareza das respostas emocionais, não aceitação das emoções negativas, incapacidade de se envolver em comportamentos orientados por objetivos e acesso reduzido a estratégias de regulação emocional (Neumann et al., 2009).

Face ao exposto, sublinha-se que a amostra total é constituída por um maior número de participantes do sexo feminino do que do sexo masculino, podendo esta discrepância entre os géneros ter influenciado os resultados.

Com vista à concretização do último objetivo, realizou-se uma mediação de forma a compreender o papel da Desregulação emocional na relação entre o Perfeccionismo e a Ideação suicida. Os resultados obtidos permitiram averiguar que se trata de uma mediação total, pois o perfeccionismo (VI) não afeta diretamente a ideação suicida (VD), sendo o seu efeito indiretamente exercido através da desregulação emocional. Tal explica-se, porque ao inserir a desregulação emocional que se assume como variável mediadora, desaparece o efeito direto do preditor sobre a ideação suicida. Logo, a presença de perfeccionismo pode aumentar o risco de ideação suicida, sendo este potenciado pela desregulação emocional.

Posteriormente, foi realizada a mediação para todos os aspetos emocionais regulatórios, tendo-se chegado à conclusão de que o efeito do perfeccionismo sobre a ideação suicida é totalmente mediado pela dimensão Estratégias, Não-Aceitação, Impulso e Objetivos, respetivamente. Quer isto dizer que o perfeccionismo afeta a ideação suicida, porque restringe o acesso a estratégias emocionais que, por sua vez vão afetar o fenómeno suicidário. De acordo com Rajappa et al. (2012), as estratégias estão significativamente relacionadas com a ideação suicida.

Na mesma lógica, a variável preditora afeta a ideação suicida, porque a primeira provoca variações na aceitação das emoções negativas e estas dificuldades influenciam a ideação suicida. No que diz respeito à relação entre o perfeccionismo e ideação suicida, mediada pelo Impulso, repete-se o processo, pois o perfeccionismo despoleta dificuldades de controlo nos impulsos que, por sua vez vão afetar os pensamentos suicidas. Já na relação entre o perfeccionismo e ideação suicida, mediada pelos objetivos, mais uma vez constatou-se que o traço perfeccionista não afeta diretamente a ideação suicida, mas sim a capacidade de o sujeito se envolver em comportamentos dirigidos por objetivos quando experiencia emoções negativas, sendo estas as dificuldades que afetam a ideação suicida. Flett e Hewitt (2014) defendem que a desregulação emocional pode ser o elemento-chave de intervenção em indivíduos perfeccionistas. Com base nestes dados, percebe-se que intervir nestes estados emocionais pode favorecer a redução de ideação suicida.

Por outro lado, a dimensão Clareza demonstrou ser uma variável mediadora que medeia parcialmente a relação entre o perfeccionismo e a ideação suicida. Deste modo, existindo dificuldade na compreensão das emoções, o efeito direto entre perfeccionismo e os pensamentos suicidas atenua-se.

Ao contrário do esperado, não existiu mediação em todas as subescalas, nomeadamente na Consciência. Este resultado pode indicar que a consciência das emoções é menos central para a presença de psicopatologia (Coutinho et al., 2010). O número inferior de jovens-adultos masculinos pode ter influenciado este resultado, não se tendo expressado esta dimensão que é predominante no sexo masculino. Para mais, denota-se que de todas as subescalas, esta é a que apresenta propriedades psicométricas menos robustas.

Estes resultados permitiram explorar a interação entre as três variáveis em estudo, dado que as relações descritas estão pouco fundamentadas na literatura. Nos últimos anos o domínio da regulação emocional encontra-se em expansão, sendo um foco de investigação que assume

grande importância. No entanto, devido à escassez de estudos neste campo, considera-se que a integração da regulação emocional nas investigações sobre o fenómeno suicidário pode ampliar o conhecimento.

O estudo recente de Zeifman et al. (2020) auxilia nesta tarefa, uma vez que é o estudo pioneiro a destacar a desregulação emocional enquanto variável mediadora capaz de explicar a relação entre o perfeccionismo e a desregulação emocional. Mais especificamente, demonstra que a desregulação emocional apresenta um efeito indireto na relação entre as preocupações perfeccionistas e a ideação suicida e entre os esforços perfeccionistas e a ideação suicida.

No que concerne às subescalas da DERS, os autores apontam que a clareza e as estratégias de regulação emocional são responsáveis pela relação entre as preocupações perfeccionistas e a ideação suicida (Zeifman et al., 2020). O que parece significar que a falta de clareza emocional pode impedir que os indivíduos com preocupações perfeccionistas utilizem estratégias adaptativas de regulação emocional (Gratz & Roemer, 2008), que reduzem o sofrimento emocional (Aldao et al., 2010). Adicionalmente, as estratégias de regulação emocional são responsáveis pela relação entre esforços perfeccionistas e ideação suicida (Zeifman et al., 2020). Este resultado é semelhante ao que foi encontrado no presente estudo, pois em ambas as dimensões se confirmou que existe mediação, mas somente a Estratégias está associada a uma mediação total.

Após a análise da literatura existente, percebeu-se que vários estudos concordam com a associação entre ideação suicida e perfeccionismo, porém pouco se sabe sobre como ocorre esta relação, isto é, pouco se conhece sobre as vias que levam os indivíduos perfeccionistas a apresentar níveis elevados de ideação suicida. Por esta razão, é inquestionável a importância desta temática e deve-se procurar um melhor entendimento sobre o papel mediador da desregulação emocional, visto que a regulação emocional é um processo crucial que abrange todos os aspetos do funcionamento humano e tem um papel fundamental na forma como os indivíduos gerem as experiências stressantes e a felicidade (Kaheni et al., 2016). Deste modo, impacta o desenvolvimento social e cognitivo (Calkins, 1994), sendo fundamental para entender as trajetórias adaptativas e desadaptativas dos sujeitos (Dodge & Garber, 1991).

À semelhança do que é assinalado na literatura, afirma-se que deve ser dada uma especial atenção aos diferentes fatores de risco associados ao desenvolvimento da ideação suicida. Neste contexto, constatou-se que o perfeccionismo e as dificuldades ao nível da regulação das emoções são fatores que aumentam o risco de ideação suicida. Posto isto,

clarificar a relação entre tais variáveis é um tópico de estudo relevante, com o intuito de diminuir esta problemática.

## 7. Conclusões

A revisão da literatura, assente em diversas bases de dados bibliográficas, tais como *Scopus*, *PsycINFO*, *PubMED*, *Web of Science*, *b-on*, e com base nos objetivos delineados previamente, permitiu retirar conclusões elucidativas. Deste modo, foi possível conhecer as investigações realizadas até à data e, com base nestas, interpretar os resultados do presente estudo.

A nomenclatura exposta pelo Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS) clarifica a ideação suicida, os comportamentos autolesivos e os atos suicidas, que têm repercussões para o indivíduo, para as pessoas que o rodeiam e para a sociedade. Tendo por base a pesquisa da literatura e os resultados mais relevantes obtidos, concluiu-se que os jovens-adultos sobressaem no âmbito do comportamento suicidário, sendo das populações mais afetadas (OMS, 2020).

Para Cassorla (1991) o suicídio é um fenómeno complexo que abrange fatores psicológicos, sociológicos, filosóficos e biológicos. Considerando a gravidade da problemática em estudo, numa população com valores preocupantes de atos suicidas, pretende-se promover uma melhor compreensão da ideação suicida nos jovens-adultos portugueses. Para este fim, a presente investigação concentrou-se no estudo do perfeccionismo e regulação emocional na ideação suicida. Os pensamentos suicidas por serem um marco primário dos comportamentos suicidários ajudam a compreender o risco de suicídio. Por sua vez, o perfeccionismo e a desregulação emocional assumem papéis importantes na prevenção e intervenção da ideação suicida. Deste modo, se estes domínios forem identificados e controlados é possível diminuir o risco e a evolução da ideação suicida para suicídio.

No caso do perfeccionismo desadaptativo, este é visto como um preditor do comportamento suicidário e remete para o estabelecimento de elevados padrões de desempenho, demasiada preocupação com os erros e avaliação crítica. Por conseguinte, consiste num fator de risco transdiagnóstico, num fator de manutenção de várias condições de saúde mental e encontra-se ligado à ideação suicida (Hewitt et al., 2006). Ao encontro dos diversos estudos que reforçam a relação entre o perfeccionismo e a ideação suicida, já se

esperava observar uma relação positiva entre estas variáveis. Observou-se que os sujeitos que apresentam traços perfeccionistas, também revelam maiores níveis de ideação suicida.

Outra perspectiva notável é o campo de investigação sobre a regulação emocional, que tem ganhado destaque e evoluído ao longo do tempo, sobretudo relacionado à infância e idade adulta (Campos, Campos, & Barrett, 1989; Gross, 1998). Contudo, a investigação não reúne consenso relativamente à definição deste construto (Weinberg & Klonsky, 2009). A capacidade de regular as emoções é percebida como um pré-requisito crucial para o funcionamento adaptativo (Gross, 1999; Gross, Richards, & John, 2006). Neste sentido, a desregulação emocional representa um processo transdiagnóstico relativo a diversos problemas de saúde mental (Kring, 2008), associado às estratégias que usadas de modo continuado e de forma não flexível, não contribuem para a adaptação do sujeito aos vários contextos (Bridges et al., 2004; Dodge & Garber, 1991; Sroufe, 1996). Posto isto, verificou-se que na presença de maiores dificuldades de regulação emocional, são detetados níveis mais elevados de ideação suicida.

Contrariamente ao expectável, não foram encontradas diferenças significativas entre os sexos na ideação suicida, como também no perfeccionismo. Além disso, considerando a importância da regulação emocional no bem-estar, presumiu-se que tivesse um papel mediador. Na associação entre o perfeccionismo e a ideação suicida, denota-se que o efeito entre as variáveis é totalmente mediado pela desregulação emocional. Para mais, no que diz respeito às diferentes dificuldades emocionais, concluiu-se que a relação entre o perfeccionismo e a ideação suicida foi mediada totalmente pela dimensão estratégias, não-aceitação, impulso e objetivos, respetivamente. Por outro lado, a relação entre o perfeccionismo e a ideação suicida foi mediada parcialmente pela clareza, logo o efeito direto do preditor sobre a variável resposta atenua-se. Globalmente, infere-se que os indivíduos com traços perfeccionistas poderão ter um risco acrescido de ideação suicida, potenciado pela desregulação emocional. Nesta sequência, sobressalta-se a necessidade de intervir junto de pacientes perfeccionistas, potenciando a redução das dificuldades de regulação emocional, que afetam na totalidade a relação entre o traço de personalidade e os níveis de ideação suicida.

Chegou-se à conclusão de que o perfeccionismo e a desregulação emocional são fatores de risco para o desenvolvimento da ideação suicida. Assim, através de um melhor conhecimento sobre estes fatores que influenciam o comportamento suicidário, existe mais facilidade de sinalizar casos com estas problemáticas.

Ainda que tenha sido possível responder aos objetivos delineados, foram detetadas algumas limitações no presente estudo. A começar pela recolha exclusivamente *online*, visto que podem existir pessoas com dificuldade de acesso a este tipo de plataformas. Para além de que este método pode ter introduzido um viés de seleção de amostra, pois os participantes podem ter respondido por se identificarem de algum modo com o tema em estudo. Porém, o formato digital do questionário também facilitou a acessibilidade e a partilha do mesmo pelos indivíduos e garantiu o preenchimento da totalidade das questões, dado os campos obrigatórios. Adicionalmente, tendo em conta a pandemia por COVID-19, a recolha *via* online revelou-se a mais viável e segura. Outra limitação identificada foi no protocolo de recolha de dados, que se revelou um pouco extenso, o que poderá ter interferido com a sua qualidade ao influenciar a atenção, concentração, motivação ou até desistência à sua resposta. Relativamente à amostra, teria sido interessante, se o período de recolha fosse extensível, recolher uma amostra maior, mais representativa. Neste ramo, também foi percebida uma discrepância entre os sexos, visto o número de participantes do sexo masculino ser cerca de um terço dos participantes do sexo feminino. Deste modo, acredita-se que uma amostra mais equilibrada permitiria uma generalização mais segura dos resultados obtidos a respeito das diferenças entre géneros, sendo neste caso preciso algum cuidado e atenção.

A respeito das potencialidades do presente estudo, ressalta-se o seu carácter inovador, uma vez que a escolha do tema se prende com a construção de conhecimento sobre a mortalidade por suicídio, considerando a combinação das variáveis vigentes pouco aprofundada na literatura. A propósito, em Portugal existe um número reduzido de estudos sobre a regulação emocional. Este estudo destaca-se pelo seu poder informativo e utilidade prática, dado que é inerente a questões de saúde. Ademais, foram utilizadas duas medidas de perfeccionismo, que avaliam aspetos distintos deste mesmo construto, sendo assim ferramentas que enriquecem a sua análise.

A presente investigação oferece abertura a pesquisas futuras, visto fornecer suporte à compreensão desta temática. É vasta a lista de fatores relacionados com as taxas de suicídio e estudos a respeito dos fatores de risco dos comportamentos suicidários que demonstram uma forte associação entre os diferentes fatores. No entanto, a investigação parece ainda insuficiente relativamente à sua compreensão e generalização (e.g., Zeifman et al., 2020). Neste sentido, revela-se necessário aprofundar a relação entre os fatores de risco, a fim de contribuir para a prevenção, diminuição e remissão destes comportamentos. Investigações futuras devem garantir a continuidade de estudos sobre esta temática em várias frentes para que seja possível

fazer face a este fenómeno preocupante. Sugerem-se investigações sobre o perfeccionismo, regulação emocional e ideação suicida isoladamente, mas também estudos que se debrucem sobre a interação entre as variáveis referidas.

Desta forma, parece importante realizar estudos com o propósito de compreender melhor o contributo do perfeccionismo adaptativo e desadaptativo na relação com as dificuldades de regulação emocional.

Apesar do crescente reconhecimento da regulação emocional, revela-se necessário estimular novos estudos atendendo ao peso da resposta emocional na vida do ser humano e ao papel funcional das emoções. Em resultado, parece de extrema importância explorar os processos emocionais e o seu reflexo no desenvolvimento adaptativo e saudável. A literatura carece de dados concretos e conclusivos sobre a importância da regulação emocional na compreensão da relação entre diversos fatores de risco do processo suicidário. Denota-se também a necessidade de desenvolver estudos que se debrucem sobre os seis domínios da DERS relativamente aos pensamentos e comportamentos suicidas (Hatkevich et al., 2019). Por esta razão, estudos futuros devem-se dedicar ao contributo de cada uma das dimensões da desregulação emocional nos fenómenos suicidários. Outro passo importante seria investir na análise de mais variáveis envolvidas no processo regulatório emocional, além das que foram contempladas neste estudo.

Além do mais, seria interessante estudar as relações entre as variáveis explanadas em amostras clínicas e não clínicas para confirmar se obtêm resultados idênticos a este estudo. Outra proposta para estudos futuros, seria que estes tivessem em conta uma amostra mais equitativa de mulheres e homens, que facilite a interpretação dos resultados estatísticos. Deste modo, seria pertinente realizar mais estudos confirmatórios da relação entre o sexo e a ideação suicida, perfeccionismo e regulação emocional, respetivamente.

O presente estudo revela implicações práticas, sobressaindo a ação junto de pacientes com ideação suicida. No âmbito da psicoterapia, intervenção psicológica e prática clínica, sublinha-se a importância de reconhecer e acompanhar jovens-adultos que relevem problemáticas associadas ao comportamento perfeccionista, dificuldades ao nível da regulação emocional e indícios suicidas, a fim de evitar a intensificação da ideação suicida. Os sujeitos perfeccionistas nunca percecionam o seu desempenho como satisfatório devido aos padrões rígidos, sendo os sentimentos de frustração vinculados quando se sentem aquém das expectativas. Além disso, aquando da vivência de problemas emocionais, os indivíduos mostram-se

incapazes de lidar de modo flexível com as emoções, gerando consequências nefastas à saúde. Portanto, ao limitar o desenvolvimento do perfeccionismo e a desregulação emocional é possível reduzir ou suprimir o sofrimento emocional/psicológico, diminuir a ideação suicida e consequentemente o risco de suicídio. A identificação precoce destas problemáticas é benéfica ao processo terapêutico, sendo possível rever e modificar esquemas cognitivos disfuncionais, adquirir um maior conhecimento e controlo dos estados emocionais e prevenir recaídas.

Denota-se a importância de valorizar e investir na vertente preventiva dos comportamentos suicidários, pois compreendendo atuação dos fatores de risco pode-se contrariar as suas consequências e grandes proporções na população mundial. É fundamental promover programas de prevenção das condutas suicidas, que informem, esclareçam e consigam minorar o impacto na saúde mental desta realidade. Além do mais, é importante viabilizar uma melhor avaliação, diagnóstico, acompanhamento adaptado e intervenção mediante um plano de tratamento especializado por parte de profissionais de saúde, para que estes indivíduos que se encontram numa posição vulnerável possam beneficiar de apoio psicológico. Por meio deste planeamento, munido de estratégias eficazes, contribui-se para a implementação de medidas de contenção que travam a evolução da problemática suicidária.

No âmbito da suicidologia, os principais resultados da presente investigação favorecem o progresso do conhecimento científico e naturalmente a promoção da saúde mental dos jovens-adultos. Considera-se que este estudo contribuiu para um conhecimento mais fundamentado e detalhado do processo suicidário, em especial da ideação suicida que é percebida como o primeiro passo do percurso, caracterizado por sofrimento, que pode levar à morte. Em suma, as conclusões expostas sublinham a importância do perfeccionismo e da desregulação emocional na compreensão da ideação suicida.

## 8. Referências Bibliográficas

- Adler, A. (1956). The neurotic disposition. In H. Ansbacher, & R. Ansbacher (Eds.), *The individual psychology of Alfred Adler* (pp. 239-262). New York: Harper.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 217-237. doi: 10.1016/j.cpr.2009.11.004
- Aldea, M., & Rice, K. (2006). The role of emotional dysregulation in perfectionism and psychological distress. *Journal of Counseling Psychology, 53*(4), 498-510. doi: 10.1037/0022-0167.53.4.498
- Almasi, K., Belso, N., Kapur, N., Webb, R., Cooper, J., Hadley, S., ... Appleby, L. (2009). Risk factors for suicide in Hungary: A case-control study. *Biomed Central Psychiatry, 9*(45), 1-9. doi: 10.1186/1471-244X-9-45
- Anderson, C., Miller, R., Riger, A., Dill, J., & Sedikides, C. (1994). Behavioral and characterological styles as predictors of depression and loneliness: review, refinement and test. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*(3), 549-558. doi: 10.1037//0022-3514.66.3.549
- Andover, M., & Gibb, B. (2010). Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Research, 178*(1), 101-105. doi: 10.1016/j.psychres.2010.03.019
- Antony, M., & Swinson, R. (2009). *When perfect isn't good enough: strategies for coping with perfectionism*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BioMed Central Psychiatry, 4*(37). doi: 10.1186/1471-244X-4-37
- Ashby, J., & Rice, K. (2002). Perfectionism, dysfunctional attitudes, and self-esteem: A structural equations analysis. *Journal of Counseling & Development, 80*(2), 197-203. doi: 10.1002/J.1556-6678.2002.TB00183.X
- Ashby, J., Noble, C., & Gnilka, P. (2012). Multidimensional perfectionism, depression, and satisfaction with life: Differences among perfectionists and tests of a stress-mediation model. *Journal of College Counseling, 15*(2), 130-143. doi: 10.1002/j.2161-1882.2012.00011.x
- Ashby, J., Rice, K., & Martin, J. (2006). Perfectionism, shame, and depressive symptoms. *Journal of Counseling & Development, 84*(2), 148-156. doi: 10.1002/j.1556-6678.2006.tb00390.x
- Ayearst, L., Flett, G., & Hewitt, P. (2012). Where is multidimensional perfectionism in DSM-5? A question posed to the DSM-5 personality and personality disorders work group. *Personality Disorders, Theory, Research, and Treatment, 3*(4), 458-469. doi: 10.1037/a0026354
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 15*(7), 1425. doi: 10.3390/ijerph15071425
- Bargh, J., & Williams, L. (2007). The case for nonconscious emotion regulation. In J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 429-445). New York: Guilford Press.

- Baron, R., & Kenny, D. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182. doi: 10.1037//0022-3514.51.6.1173
- Baumeister, R. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90-113. doi: 10.1037/0033-295x.97.1.90
- Beautrais, A. (2003). Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: a 5 year follow-up. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 595-599. doi: 10.1046/j.1440-1614.2003.01236.x
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Bender, T., Anestis, M., Gordon, K., & Joiner, T. (2012). Affective and behavioral paths toward the acquired capacity for suicide. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31(1), 81-100. doi: 10.1521/jscp.2012.31.1.81
- Besser, A., Flett, G., & Hewitt, P. (2004). Perfectionism, cognition, and affect in response to performance failure vs. success. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 22(4), 297-324. doi: 10.1023/B:JORE.0000047313.35872.5c
- Bibbey, A., Carroll, D., Roseboom, T., Phillips, A., & de Rooij, S. (2013). Personality and physiological reactions to acute psychological stress. *International Journal of Psychophysiology*, 90(1), 28-36. doi: 10.1016/j.ijpsycho.2012.10.018
- Bieling, P., Israeli, A., & Antony, M. (2004). Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality and Individual Differences*, 36(6), 1373-1385. doi: 10.1016/S0191-8869(03)00235-6
- Bieling, P., Israeli, A., Smith, J., & Antony, M. (2003). Making the grade: the behavioural consequences of perfectionism in the classroom. *Personality and Individual Differences*, 35(1), 163-178. doi: 10.1016/S0191-8869(02)00173-3
- Blankstein, K., & Dunkley, D. (2002). Evaluative concerns, self-critical, and personal standards perfectionism: A structural equation modeling strategy. *American Psychological Association*, 14(435), 285-315.
- Blankstein, K., Lumley, C., & Crawford, A. (2007). Perfectionism, hopefulness, and suicide ideation: Revisions to diathesis-stress and specific vulnerability model. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 25(4), 279-319. doi: 10.1007/s10942-007-0053-6
- Blatt, S. (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American Psychologist*, 50(12), 1003-1020. doi: 10.1037//0003-066x.50.12.1003
- Bogg, T., & Roberts, B. (2004). Conscientiousness and health-related behaviors: A meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychological Bulletin*, 130(6), 887-919. doi: 10.1037/0033-2909.130.6.887
- Bolger, N., & Zuckerman, A. (1995). A framework for studying personality in the stress process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 890-902. doi: 10.1037//0022-3514.69.5.890

- Borges, R., & Werlang, G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia, 11*(3), 345-351. doi: 10.1590/S1413-294X2006000300012
- Borges, V., & Werlang, B. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 13 a 19 anos. *Psicologia, Saúde & Doenças, 7*(2), 195-209.
- Botega, N., Barros, M., Oliveira, H., Dalgalarrodo, P., & Marín-León, L. (2005). Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Brazilian Journal of Psychiatry, 27*(1), 45-53. doi: 10.1590/s1516-44462005000100011
- Brent, D., & Melhem, N. (2008). Familial Transmission of Suicidal Behavior. *Psychiatric Clinics of North America, 31*(2), 157-177. doi: 10.1016/j.psc.2008.02.001
- Brezo, J., Paris, J., & Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 113*(3), 180-206. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00702.x
- Bridges, L., Denhan S., & Ganiban J. (2004). Definitional issues in emotion regulation research. *Child Development, 75*(2), 340-345. doi: 10.1111/j.1467-8624.2004.00675.x
- Brown, E., Heimberg, R., Frost, R., Makris, G., Juster, H., & Leung, A. (1999). Relationship of perfectionism to affect, expectations, attributions and performance in the classroom. *Journal of Social and Clinical Psychology, 18*(1), 98-120. doi: 10.1521/JSCP.1999.18.1.98
- Burns, D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today, 14*(6), 34-52.
- Burns, L., & Fedewa, B. (2005). Cognitive styles: Links with perfectionistic thinking. *Personality and Individual Differences, 38*(1), 103-113. doi: 10.1016/j.paid.2004.03.012
- Burton, L., & Levy, J. (1989). Sex differences in the lateralized processing of facial emotions. *Brian and Cognition, 11*(2), 210-228. doi: 10.1016/0278-2626(89)90018-3
- Calkins, S. (1994). Origins and outcomes of individual differences in emotional regulation. In N. Fox (Ed.), *Emotion regulation: Behavioral and biological considerations, Monographs of the Society for Research in Child Development* (pp. 53-72). Chicago: University of Chicago Press. doi: 10.1111/j.1540-5834.1994.tb01277.x
- Campbell-Sills, L., & Barlow, D. (2007). Incorporating Emotion Regulation into Conceptualizations and Treatments. In J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (542-559). New York: Guildford Press.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D., Brown, T., & Hofmann, S. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion, 6*(4), 587-595. doi: 10.1037/1528-3542.6.4.587
- Campos, J., Campos, R., & Barrett, K. (1989). Emergent themes in the study of emotional development and emotion regulation. *Developmental Psychology, 5*(3), 394-402. doi: 10.1037/0012-1649.25.3.394
- Canetto, S. (2008). Women and suicidal behavior: A cultural analysis. *American Journal of Orthopsychiatry, 78*(2), 259-266. doi: 10.1037/a0013973
- Carrier, I., Hovens, J., Streevelaar, M., van Rood, Y., & van Veen, T. (2016). Characteristics of suicidal outpatients with mood, anxiety and somatoform disorders: The role of

- childhood abuse and neglect. *The International journal of social psychiatry*, 62(4), 316-326. doi: 10.1177/0020764016629701
- Carlton, M., & Winsler, A. (1999). School Readness: The Need for a Paradigm Shift. *School Psychology Review*, 28(3), 338-352. doi: 10.1080/02796015.1999.12085969
- Carpenter, R., & Trull, T. (2013). Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: A review. *Current Psychiatry Reports*, 15(1), 335-343. doi: 10.1007/s11920-012-0335-2
- Carstensen, L. (1995). Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, 4(5), 151-156. doi: 10.1111/1467-8721.EP11512261
- Carver, C., Scheier, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and social Psychology*, 56(2), 267-283. doi: 10.1037/0022-3514.56.2.267
- Casey, P., Dunn, G., Kelly, B., Birkbeck, G., Dalgard, O., Lehtinen, V., ... Dowrick, C. (2006). Factors associated with suicidal ideation in the general population: Five-centre analysis from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry*, 189(5), 410-415. doi: 10.1192/bjp.bp.105.017368
- Cassorla, R. (1991). *Suicídio: estudos brasileiros*. Campinas: Papirus.
- Castro, J., Soares, M., Pereira, A., & Macedo, A. (2017). Perfectionism and negative/ positive affect associations: The role of cognitive emotion regulation and perceived distress/coping. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 39(2), 77-87. doi: 10.1590/2237-6089-2016-0042
- Chan, D. (2010). Perfectionism among Chinese gifted and nongifted students in Hong Kong: The Use of the Revised Almost Perfect Scale. *Journal for the Education of the Gifted Orange*, 34(1), 68-98. doi: 10.1177/016235321003400104
- Chang, E., Hirsch, J., Sanna, L., Jeglic, E., & Fabian, C. (2011). A preliminary study of perfectionism and loneliness as predictors of depressive and anxious symptoms in Latinas: A top-down test of a model. *Journal of Counseling Psychology*, 58(3), 441-448. doi: 10.1037/a0023255
- Chang, E., Seong, H., & Lee, S. (2020). Exploring the relationship between perfectionism and academic burnout through achievement goals: A mediation model. *Asia Pacific Education Review*, 21(3), 409-422. doi: 10.1007/s12564-020-09633-1
- Chang, E., Watkins, A., & Banks, K. (2004). How adaptive and maladaptive perfectionism relate to positive and negative psychological functioning: Testing a stress-mediation model in black and white female college students. *Journal of Counseling Psychology*, 51(1), 93-102. doi: 10.1037/0022-0167.51.1.93
- Chen, C. (2012). *Perfectionism and suicide ideation: An assessment of the specific vulnerability hypothesis and stress generation model* [Unpublished doctoral dissertation]. University of British Columbia.
- Chester, D., Merwin, L., & DeWall, C. (2014). Maladaptive perfectionism's link to aggression and self-harm: Emotion regulation as a mechanism. *Aggressive Behavior*, 41(5), 443-454. doi: 10.1002/ab.21578

- Cicchetti, D., Ackerman, B., & Izard, C. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 7(1), 1-10. doi: 10.1017/S0954579400006301
- Cicchetti, D., Ganiban, J., & Barrett, D. (1991). Contributions from the study of high-risk populations to understanding the development of emotion regulation. In J. Garber, & K. Dodge (Eds.), *The development of emotion regulation and dysregulation* (pp. 15-48). New York: Cambridge University Press. doi: 10.1017/CBO9780511663963.003
- Claes, L., Muehlenkamp, J., Vandereycken, W., Hamelinck, L., Materns, H., & Claes, S. (2010). Comparison of non-suicidal self-injurious behavior and suicide attempts in patients admitted to a psychiatric crisis unit. *Personality and Individual Differences*, 48(1), 83-87. doi: 10.1016/j.paid.2009.09.001
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2 ed.). New York: Academic Press. doi: 10.4324/9780203771587
- Collings, S., & Beautrais, A. (2005). *Suicide prevention in New Zealand - A contemporary perspective: Social explanations for suicide in New Zealand*. Wellington: Ministry of Health.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Revista Psiquiátrica Clínica*, 37(4), 145-151. doi: 10.1590/S0101-60832010000400001
- Cox, B., & Enns, M. (2003). Relative stability of dimensions of perfectionism in depression. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 35(2), 124-132. doi: 10.1037/h0087194
- Curran, T., & Hill, A. (2019). Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*, 145(4), 410-429. doi: 10.1037/bul0000138
- Çutuk, Z. (2020). Relationship between multidimensional perfectionism and cognitive flexibility in university students. *Journal of Human Sciences*, 17(4), 1263-1274. doi: 10.14687/jhs.v17i4.6090
- Denham, S. (2007). Dealing with feelings: How children negotiate the worlds of emotions and social relationships. *Cognition, Brain, Behaviour*, 11(1), 1-48.
- Denney, J., Rogers, R., Krueger, P., & Wadsworth, T. (2009). Adult suicide mortality in the United States: Marital status, family size, socioeconomic status and differences by sex. *Social Science Quarterly*, 90(5), 1167-1185. doi: 10.1111/j.1540-6237.2009.00652.x
- DiBartolo, P., Frost, R., Chang, P., LaSota, M., & Grills, A. (2004). Shedding light on the relationship between personal standards and psychopathology: The case for contingent self-worth. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 22(4), 237-250. doi: 10.1023/B:JORE.0000047310.94044.ac
- DiBartolo, P., Li, C., Averett, S., Skotheim, S., Smith, L., Raney, C., & McMillen, C. (2007). The relationship of perfectionism to judgmental bias and psychopathology. *Cognitive Therapy and Research*, 31(5), 573-587. doi: 10.1007/s10608-006-9112-z
- Dimaggio, G., MacBeth, A., Popolo, R., Salvatore, G., Perrini, F., Raouana, A., ... Montano, A. (2018). The problem of overcontrol: Perfectionism, emotional inhibition, and

- personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 83, 71-78. doi: 10.1016/j.comppsy.2018.03.005
- Direção-Geral de Saúde. (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013/2017)*. Retirado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-prevencao-do-suicidio-20132017.aspx>
- Dodge, K., & Garber, J. (1991). Domains of emotion regulation. In J. Garber, & K. Dodge (Eds.), *The development of affect regulation and dysregulation* (pp. 3-11). New York: Cambridge Press.
- Dunkley, D., & Grilo, C. (2007). Self-criticism, low selfesteem, depressive symptoms, and over-evaluation of shape and weight in binge eating disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 45(1), 139-149. doi: 10.1016/j.brat.2006.01.017
- Dunkley, D., Berg, J., & Zuroff, D. (2012). The role of perfectionism in daily selfesteem, attachment, and negative affect. *Journal of Personality*, 80(3), 633-663. doi: 10.1111/j.1467-6494.2011.00741.x
- Dunkley, D., Blankstein, K., & Berg, J. (2012). Perfectionism dimensions and the five-factor model of personality. *European Journal of Personality*, 26(3), 233-244. doi: 10.1002/per.829
- Dunkley, D., Blankstein, K., Halsall, J., Williams, M., & Winkworth, G. (2000). The relation between perfectionism and distress: Hassles, coping, and perceived social support as mediators and moderators. *Journal of Counseling Psychology*, 47(4), 437-453. doi: 10.1037/0022-0167.47.4.437
- Dunkley, D., Sanislow, C., Grilo, C., & McGlashan, T. (2004). Validity of DAS perfectionism and need for approval in relation to the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 37(7), 1391-1400. doi: 10.1016/j.paid.2004.01.009
- Dunkley, D., Zuroff, D., & Blankstein, K. (2003). Self-critical perfectionism and daily affect: Dispositional and situational influences on stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(1), 234-252. doi: 10.1037//0022-3514.84.1.234
- Durkheim, E. (1982). *O suicídio: estudo sociológico*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Egan, S., Wade, T., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203-212. doi: 10.1016/j.cpr.2010.04.009
- Ehring, T., & Quack, D. (2010). Emotion regulation difficulties in trauma survivors: The role of trauma type and PTSD symptom severity. *Behavior Therapy*, 41(4), 587-598. doi: 10.1016/j.beth.2010.04.004
- Eisenberg, N., & Spinrad, T. (2004). Emotion-related regulation: sharpening the definition. *Child Development*, 75(2), 334-339. doi: 10.1111/j.1467-8624.2004.00674.x
- Ellis, A. (1958). Rational psychotherapy. *Journal of General Psychology*, 59(1), 35-49. doi: 10.1080/00221309.1958.9710170
- Enns, M., Cox, B., Sareen, J., & Freeman, P. (2001). Adaptive and maladaptive perfectionism in medical students: a longitudinal investigation. *Medical Education*, 35(11), 1034-1042. doi: 10.1046/j.1365-2923.2001.01044.x

- Erozkan, A., Karakas, Y., Ata, S., & Ayberk, A. (2011). The relationship between perfectionism and depression in Turkish high school students. *Journal of Social behavioral and personality*, 39(4), 451-64. doi: 10.2224/sbp.2011.39.4.451
- Esposito, C., Spirito, A., Boergers, J., & Donaldson, D. (2003). Affective, behavioral, and cognitive functioning in adolescents with multiple suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(4), 389-399. doi: 10.1521/suli.33.4.389.25231
- Fawcett, J., Clark, D., & Bush, K. (1993). Assessing and treating the patient at risk for suicide. *Psychiatric Annals*, 23(5), 244-256.
- Fedewa, B., Burns, L., & Gomez, A. (2005). Positive and negative perfectionism and the shame/guilt distinction: Adaptive and maladaptive characteristics. *Personality and Individual Differences*, 38(7), 1609-1619. doi: 10.1016/j.paid.2004.09.026
- Feldman-Barrett, L., Gross, J., Christensen, T., & Benvenuto, M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition and Emotion*, 15(6), 713-724. doi: 10.1080/02699930143000239
- Ferreira, J., & Castela, M. (1999). Questionário de ideação suicida (QIS). In M. Simões, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal (Volume 2)* (pp. 123-130). Braga: APPORT/SHO.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS (3rd Edition)*. London: Sage Publications. doi: 10.1002/bjs.7040
- Flamenbaum, R., & Holden, R. (2007). Psychache as a mediator in the relationship between perfectionism and suicidality. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 51-61. doi: 10.1037/0022-0167.54.1.51
- Fletcher, K., Yang, Y., Johnson, S., Berk, M., Perich, T., Cotton, S., ... Murray, G. (2019). Buffering against maladaptive perfectionism in bipolar disorder: The role of self-compassion. *Journal of Affective Disorders*, 250, 132-139. doi: 10.1016/j.jad.2019.03.003
- Flett, G., & Hewitt, P. (2002). Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues. In G. Flett, & P. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 5-31). Washington: American Psychological Association. doi: 10.1037/10458-001
- Flett, G., & Hewitt, P. (2014). A proposed framework for preventing perfectionism and promoting resilience and mental health among vulnerable children and adolescents. *Psychology in the Schools*, 51(9), 899-912. doi: 10.1002/pits.21792
- Flett, G., Hewitt, P., & Dyck, D. (1989). Self-oriented perfectionism, neuroticism and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 10(7), 731-735. doi: 10.1016/0191-8869(89)90119-0
- Flett, G., Hewitt, P., & Heisel, M. (2014). The destructiveness of perfectionism revisited: Implications for the assessment of suicide risk and the prevention of suicide. *Review of General Psychology*, 18(3), 156-172. doi: 10.1037/gpr0000011
- Flett, G., Hewitt, P., Blankstein, K., & Gray, L. (1998). Psychological distress and the frequency of perfectionistic thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(5), 1363-1381. doi: 10.1037/0022-3514.75.5.1363

- Flett, G., Madorsky, D., Hewitt, P., & Heisel, M. (2002). Perfectionism cognitions, rumination, and psychological distress. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 20(1), 33-47. doi: 10.1023/A:1015128904007
- Fliege, H., Lee, J., Grimm, A., & Klapp, B. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(6), 477-493. doi: 10.1016/j.jpsychores.2008.10.013
- Fowler, J., Charak, R., Elhai, J., Allen, J., Frueh, B., & Oldham, J. (2014). Construct validity and factor structure of the difficulties in emotion regulation scale among adults with severe mental illness. *Journal of Psychiatric Research*, 58, 175-180. doi: 10.1016/j.jpsychires.2014.07.029
- Frost, R., Heimberg, R., Holt, C., Mattia, J., & Neubauer, A. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14(1), 119-126. doi: 10.1016/0191-8869(93)90181-2
- Frost, R., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The Dimensions of Perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468. doi: 10.1007/BF01172967
- Ganske, K., & Ashby, J. (2007). Perfectionism and career decision-making self-efficacy. *Journal of employment counseling*, 44(1), 17-28. doi: 10.1002/j.2161-1920.2007.tb00021.x
- Ganz, D., Braquehais, M., & Sher, L. (2010). Secondary prevention of suicide. *PLoS Medicine*, 7(6), 1-4. doi: 10.1371/journal.pmed.1000271
- Gao, L., Kiseleva, L., Nasledov, A., & Shamanov, A. (2017). Positive and negative aspects of students' perfectionist attitudes. *Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology and Education*, 7(2), 115-127. doi: 10.21638/11701/spbu16.2017.201
- Garanyan, N., Kholmogorova, A., & Yudeeva, T. (2001). Perfectionism, Depression and Anxiety. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 4, 18-48.
- Garber, J., & Dodge, K. (1991). *The development of emotion regulation and dysregulation*. Cambridge: Cambridge University Press. doi: 10.1017/CBO9780511663963
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327. doi: 10.1016/S0191-8869(00)00113-6
- Gassmann-Mayer, C., Jiang, K., McSorley, P., Arani, R., Dubrava, S., Suryawanshi, S., ... Nilsson, M. (2011). Clinical and statistical assessment of suicidal ideation and behavior in pharmaceutical trials. *Clinical, Pharmacology & Therapeutics*, 90(4), 554-560. doi: 10.1038/clpt.2011.144
- Gaudreau, P., & Thompson, A. (2010). Testing a 2x2 model of dispositional perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 48(5), 532-537. doi: 10.1016/j.paid.2009.11.031
- Ghanbari, S., Javaheri, A., Mousavi, P., Seyed, S., & Melhi, E. (2011). Relationship between dimensions of perfectionism in university students and their positive relations with others. *Journal of Applied Psychology*, 4(16), 72-84.

- Gill, D., & Warburton, W. (2014). An investigation of the biosocial model of borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology, 70*(9), 866-873. doi: 10.1002/jclp.22074
- Gill, D., Warburton, W., & Sweller, N. (2018). The development of borderline personality disorder: Beyond the biosocial model. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies, 18*(2), 55-75. doi: 10.24193/jebp.2018.2.14
- Glover, D., Brown, G., Fairburn, C., & Shafran, R. (2007). A preliminary evaluation of cognitive-behaviour therapy for clinical perfectionism: A case series. *British Journal of Clinical Psychology, 46*(1), 85-94. doi: 10.1348/014466506x117388
- Gogtay, N., & Thompson, P. (2010). Mapping gray matter development: implications for typical development and vulnerability to psychopathology. *Brain and cognition, 72*(1), 6-15. doi: 10.1016/j.bandc.2009.08.009
- Gonçalves, A., Freitas, P., & Sequeira, C. (2011). Comportamentos suicidários em estudantes do ensino superior: Fatores de risco e de proteção. *Millenium, 40*, 149-159.
- Gratz, K. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the deliberate self-harm inventory. *Journal of Psychopathology Behavioral Assessment, 23*(4), 253-263. doi: 10.1023/A:1012779403943
- Gratz, K. (2007). Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury. *Journal of Clinical Psychology, 63*(11), 1091-1103. doi: 10.1002/jclp.20417
- Gratz, K., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*(1), 41-54. doi: 10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
- Gratz, K., & Roemer, L. (2008). The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university. *Cognitive Behavior Therapy, 37*(1), 14-25. doi: 10.1080/16506070701819524
- Gross, J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology, 2*(3), 271-299. doi: 10.1037/1089-2680.2.3.271
- Gross, J. (1999). Emotion regulation: Present, past and future. *Cognition and Emotion, 13*(5), 551-573. doi: 10.1080/026999399379186
- Gross, J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science, 10*(6), 214-219. doi: 10.1111/1467-8721.00152
- Gross, J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology, 39*(3), 281-291. doi: 10.1017/S0048577201393198
- Gross, J. (2008). Emotion regulation. In M. Lewis, J. Haviland-Jones, & L. Barrett (Eds.), *Handbook of emoticons* (3rd ed.) (pp. 497-512). New York: Guilford.
- Gross, J. (2013). Emotion regulation: Taking stock and moving forward. *Emotion, 13*(3), 359-365. doi: 10.1037/a0032135
- Gross, J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychological Science, 2*(4), 387-401. doi: 10.1177/2167702614536164

- Gross, J., & John, O. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*(2), 348-362. doi: 10.1037/0022-3514.85.2.348
- Gross, J., & Muñoz, R. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2*(2), 151-164. doi: 10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x
- Gross, J., & Thompson, R. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). New York: Guilford Press.
- Gross, J., Carstensen, L., Tsai, J., Skorpen, C., & Hsu, A. (1997). Emotion and aging: experience, expression, and control. *Psychology and Aging, 12*(4), 590-599. doi: 10.1037/0882-7974.12.4.590
- Gross, J., Richards, J., & John, O. (2006). Emotion regulation in everyday life. In D. Snyder, J. Simpson, & J. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in families: Pathways to dysfunction and health* (pp.13-35). Washington: American Psychological Association. doi: 10.1037/11468-001
- Guerreiro, D., & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista portuguesa de saúde pública, 31*(2), 204-213. doi: 10.1016/j.rpsp.2013.05.001
- Gutierrez, P., & Osman, A. (2008). *Adolescent suicide: An integrated approach to the assessment of risk and protective factors*. Illinois: Northern Illinois University Press.
- Gyurak, A., Gross, J., & Etkin, A. (2011). Explicit and implicit emotion regulation: A dual-process framework. *Cognition and Emotion, 25*(3), 400-412. doi: 10.1080/02699931.2010.544160
- Hamachek, D. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior, 15*(1), 27-33.
- Hamilton, T., & Schweitzer, R. (2000). The cost of being perfect: Perfectionism and suicide ideation in university students. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34*(5), 829-835. doi: 10.1080/j.1440-1614.2000.00801.x
- Hamza, C., Stewart, S., & Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model. *Clinical psychology review, 32*(6), 482-495. doi: 10.1016/j.cpr.2012.05.003
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioral processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. New York: Oxford University Press.
- Hatkevich, C., Penner, F., & Sharp, C. (2019). Difficulties in emotion regulation and suicide ideation and attempt in adolescent inpatients. *Psychiatry research, 271*, 230-238. doi: 10.1016/j.psychres.2018.11.038
- Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd edition). New York: Guilford Press.
- Hesler, K. (2016). Perfectionism, Social Support, and Social Anxiety in College Students. *Proceedings of GREAT Day, 2015*(9).
- Hewitt, P., & Flett, G. (1991a). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(1), 98-101. doi: 10.1037//0021-843x.100.1.98

- Hewitt, P., & Flett, G. (1991b). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, *60*(3), 456-470. doi: 10.1037//0022-3514.60.3.456
- Hewitt, P., & Flett, G. (1993). Dimensions of perfectionism, daily stress, and depression: a test of the specific vulnerability hypothesis. *Journal of abnormal psychology*, *102*(1), 58-65. doi: 10.1037//0021-843x.102.1.58
- Hewitt, P., & Flett, G. (2002). Perfectionism and stress processes in psychopathology. In G. Flett, & P. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 255-284). Washington: American Psychological Association. doi:10.1037/10458-011
- Hewitt, P., Caelian, C., Chen, C., & Flett, G. (2014). Perfectionism, stress, daily hassles, hopelessness, and suicide potential in depressed psychiatric adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *36*(4), 663-674. doi: 10.1007/s10862-014-9427-0
- Hewitt, P., Flett, G., & Endler, N. (1995). Perfectionism, coping and depression symptomatology in a clinical sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *2*(1), 47-58.
- Hewitt, P., Flett, G., & Turnbull-Donovan, W. (1992). Perfectionism and suicide potential. *British Journal of Clinical Psychology*, *31*(2), 181-190. doi: 10.1111/j.2044-8260.1992.tb00982.x
- Hewitt, P., Flett, G., & Weber, C. (1994). Dimensions of perfectionism and suicide ideation. *Cognitive Therapy and Research*, *18*, 439-460. doi: 10.1007/BF02357753
- Hewitt, P., Flett, G., Sherry, S., & Caelian, C. (2006). Trait perfectionism dimensions and suicide behavior. In T. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: Theory, research, and practice* (pp. 215-235). Washington: American Psychological Association. doi: 10.1037/11377-010
- Hewitt, P., Newton, J., Flett, G., & Callander, L. (1997). Perfectionism and suicide ideation in adolescent psychiatric patients. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *25*(2), 95-101. doi: 10.1023/A:1025723327188
- Hill, R., Castellanos, D., & Pettit, J. (2011). Suicide-related behaviors and anxiety in children and adolescents: A review. *Clinical Psychology Review*, *31*(7), 1133-1144. doi: 10.1016/j.cpr.2011.07.008
- Hofmann, S., Sawyer, A., Fang, A., & Asnaani, A. (2012). Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, *29*(5), 409-416. doi: 10.1002/da.21888
- Hollender, M. (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry*, *6*, 94-103. doi: 10.1016/s0010-440x(65)80016-5
- Hooven, C., Snedker, K., & Thompson, E. (2012). Suicide risk at young adulthood: Continuities and discontinuities from adolescence. *Youth & Society*, *44*(4), 524-547. doi: 10.1177/0044118X11407526
- Hosseini, F., Omidvar, Y., & Abbasi, N. (2017). The Role of Executive Functions and Negative Automatic Thoughts in Explaining Adolescents' Difficulty in Emotional Regulation. *Clinical Studies Quarterly*, *7*(26), 83-111.

- Hunter, E., & O'Connor, R. (2003). Hopelessness and future thinking in parasuicide: The role of perfectionism. *British Journal of Clinical Psychology, 42*(4), 355-365. doi: 10.1348/014466503322528900
- In-Albon, T., Bürli, M., Ruf, C., & Schmid, M. (2013). Non-suicidal self-injury and emotion regulation: a review on facial emotion recognition and facial mimicry. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 7*(5). doi: 10.1186/1753-2000-7-5
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2018). *Causas de morte 2016*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2020). *Portal do Instituto Nacional de Estatística*. Retirado de: <https://www.ine.pt>
- Izard, C., Fine, S., Schultz, D., Mostow, A., Ackerman, B., & Youngstrom, E. (2001). Emotion knowledge as a predictor of social behavior and academic competence in children at risk. *Psychological Science, 12*(1), 18-23. doi: 10.1111/1467-9280.00304
- Jobes, D. (2012). The Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS): An evolving evidence-based clinical approach to suicidal risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 42*(6), 640-653. doi: 10.1111/j.1943-278X.2012.00119.x
- John, O., & Gross, J. (2004). Healthy and Unhealthy Emotion Regulation: Personality Processes, Individual Differences, and Life Span Development. *Journal of Personality, 72*(6), 1301-1334. doi: 10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge: Harvard University Press.
- Kaheni, S., Bagheri-Nesami, M., Goudarzian, A., & Rezai, M. (2016). The Effect of Video Game Play Technique on Pain of Venipuncture in Children. *International Journal of Pediatrics, 4*(5), 1795-1802. doi: 10.22038/ijp.2016.6770
- Karababa, A. (2018). The Relationship between Adaptive-Maladaptive Perfectionism and Life Satisfaction among Secondary School Students. *Research on Education and Psychology (REP), 2*(2), 166-175.
- Kessler, R., Berglund, P., Borges, G., Nock, M., & Wang, P. (2005). Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *Journal of the American Medical Association, 293*(20), 2487-2495. doi: 10.1001/jama.293.20.2487
- Kessler, R., Borges, G., & Walters, E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives Of General Psychiatry, 56*(7), 617-626. doi: 10.1001/archpsyc.56.7.617
- Kiamanesh, P., Dyregrov, K., Haavind, H., & Dieserud, G. (2014). Suicide and perfectionism: A psychological autopsy study of non-clinical suicides. *OMEGA-Journal of Death and Dying, 69*(4), 381-399. doi: 10.2190/OM.69.4.c
- Kim, K., Galione, J., Schettini, E., DeYoung, L., Gilbert, A., Jenkins, G., ... Dickstein, D. (2020). Do styles of emotion dysregulation differentiate adolescents engaging in non-suicidal self-injury from those attempting suicide? *Psychiatry Research, 291*, 113240. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113240

- Kirkcaldy, B., Eysenck, M., & Siefen, G. (2004). Psychological and social predictors of suicidal ideation among young adolescents. *School Psychology International*, 25(3), 301-316. doi: 10.1177/0143034304046903
- Klibert, J., Langhinrichsen-Rohling, J., & Saito, M. (2005). Adaptive and Maladaptive Aspects of Self-Oriented versus Socially Prescribed Perfectionism. *Journal of College Student Development*, 46(2), 141-156. doi: 10.1353/csd.2005.0017
- Kline, P. (1999). *The Handbook of Psychological Testing* (2nd ed.). London: Routledge.
- Kljajic, K., Gaudreau, P., & Franche, V. (2017). An investigation of the 2 × 2 model of perfectionism with burnout, engagement, self-regulation, and academic achievement. *Learning and Individual Differences*, 57, 103-113. doi: 10.1016/j.lindif.2017.06.004
- Klonsky, E., & Muehlenkamp, J. (2007). Self-injury: a research review for the practitioner. *Journal of clinical psychology*, 63(11), 1045-1056. doi: 10.1002/jclp.20412
- Klonsky, E., May, A., & Saffer, B. (2016). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 307-330. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204
- Koole, S. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and Emotion*, 23(1), 4-41. doi: 10.1080/02699930802619031
- Krajniak, M., Miranda, R., & Wheeler, A. (2013). Rumination and pessimistic certainty as mediators of the relation between lifetime suicide attempt history and future suicidal ideation. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 17(3), 196-211. doi: 10.1080/13811118.2013.805638
- Kring, A. (2008). Emotion disturbances as transdiagnostic processes in psychopathology. In M. Lewis, J. Haviland-Jones, & L. Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 691-705). New York: Guilford Press.
- Kring, A., & Sloan, D. (2010). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York: Guilford Press.
- Lapointe, L. (2002). *Étude des tendances suicidaires en fonction des dimensions du perfectionnisme chez les adolescents des deux sexes* [Master's thesis, Université du Québec à Chicoutimi].
- Lasgaard, M., Goossens, L., & Elklit, A. (2010). Loneliness, depressive symptomatology, and suicide ideation in adolescence: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(1), 137-150. doi: 10.1007/s10802-010-9442-x.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lee, J., & Bae, S. (2015). Intra-personal and extra-personal predictors of suicide attempts of South Korean adolescents. *School Psychology International*, 36(4), 428-444. doi: 10.1177/0143034315592755
- Lee, W., Khang, Y., Noh, M., Ryu, J., Son, M., & Hong, Y. (2009). Trends in educational differentials in suicide mortality between 1993-2006 in Korea. *Yonsei Medical Journal*, 50(4), 482-492. doi: 10.3349/ymj.2009.50.4.482
- Leitenberg, H., Yost, L., & Carroll-Wilson, M. (1986). Negative cognitive errors in children: Questionnaire development, normative data, and comparisons between children with and without self-reported symptoms of depression, low self-esteem, and evaluation

- anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 528-536. doi: 10.1037/0022-006X.54.4.528
- Lenzenweger, M., Lane, M., Loranger, A., & Kessler, R. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 62(6), 553-564. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.09.019
- Limburg, K., Watson, H., Hagger, M., & Egan, S. (2017). The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1301-1326. doi: 10.1002/jclp.22435
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lizmore, M., Dunn, J., & Dunn, J. (2017). Perfectionistic strivings, perfectionistic concerns, and reactions to poor personal performances among intercollegiate athletes. *Psychology of Sport and Exercise*, 33, 75-84. doi: 10.1016/j.psychsport.2017.07.010
- Lopes, P., Salovey, P., Côté, S., & Beers, M. (2005). Emotion regulation ability and the quality of social interaction. *Emotion*, 5(1), 113-118. doi: 10.1037/1528-3542.5.1.113
- Macedo, A. (2012). *Ser ou não ser (perfeito)? Perfeccionismo e psicopatologia*. Lisboa: Lidel.
- Macedo, A., Marques, C., Quaresma, V., Soares, M., Amaral, A., Araújo, A., & Pereira, A. (2017). Are perfectionism cognitions and cognitive emotion regulation strategies mediators between perfectionism and psychological distress? *Personality and Individual Differences*, 119, 46-51. doi: 10.1016/j.paid.2017.06.032
- Macedo, M., & Werlang, B. (2007). Trauma, dor e ato: o olhar da psicanálise sobre uma tentativa de suicídio. *Ágora*, 10(1), 89-106. doi: 10.1590/S1516-14982007000100006
- Malivoire, B., Kuo, J., & Antony, M. (2019). An examination of emotion dysregulation in maladaptive perfectionism. *Clinical Psychology Review*, 71, 39-50. doi: 10.1016/j.cpr.2019.04.006
- Marsh, I. (2010). *Suicide: Foucault, history, and truth*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mauss, I., Evers, C., Wilhelm, F., & Gross, J. (2006). How to bite your tongue without blowing your top: Implicit evaluation of emotion regulation predicts affective responding to anger provocation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(5), 589-602. doi: 10.1177/0146167205283841
- May, A., & Klonsky, E. (2016). What distinguishes suicide attempters from suicide ideators? A meta-analysis of potential factors. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23(1), 5-20. doi: 10.1037/h0101735
- McAdams, D., & Pals, J. (2007). The role of theory in personality research. In R. Robins, R. Fraley, & R. Krueger (Eds.), *Handbook of research methods in personality psychology* (pp. 3-20). New York: Guilford Press.
- McLaughlin, K., Hatzenbuehler, M., Mennin, D., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49(9), 544-554. doi: 10.1016/j.brat.2011.06.003

- McMahon, E., Reulbach, U., Keeley, H., Perry, I., & Arensman, E. (2010). Bullying victimisation, self harm and associated factors in Irish adolescent boys. *Social Science & Medicine*, 71(7), 1300-1307. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.06.034
- Mennin, D. (2004). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11(1), 17-29. doi: 10.1002/cpp.389
- Mennin, D., Heimberg, R., Turk, C., & Fresco, D. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 43(10), 1281-1310. doi: 10.1016/j.brat.2004.08.008
- Mennin, D., Holaway, R., Fresco, D., Moore, M., & Heimberg, R. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*, 38(3), 284-302. doi: 10.1016/j.beth.2006.09.001
- Mennin, D., McLaughlin, K., & Flanagan, T. (2009). Emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and their co-occurrence. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(7), 866-871. doi: 10.1016/j.janxdis.2009.04.006
- Moghadam, H., & Salimi, M. (2019). The Role of Lifestyle Raises Health in the Quality of School Life and also Academic Adaptation of Secondary Students. *Education Strategies in Medical Sciences*, 12(1), 135-143.
- Molnar, D., Reker, D., Culp, N., Sadava, S., & DeCourville, N. (2006). A mediated model of perfectionism, affect, and physical health. *Journal of Research in Personality*, 40(5), 482-500. doi:10.1016/j.jrp.2005.04.002
- Morais, S., & Sousa, G. (2011). Representações sociais do suicídio pela comunidade de dormentes. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 31(1), 160-175. doi: 10.1590/S1414-98932011000100014
- Moron, P. (1987). *El suicidio*. México: Lito Arte.
- Morris, A., Silk, J., Steinberg, L., Myers, S., & Robinson, L. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*, 16(2), 361-388. doi: 10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x
- Nategian, A., Bagherzadeh, Z., Nejat, H., & Samari, A. (2020). The Effects of Social Self-Efficacy, Perfectionism, and Achievement Emotions on Predicting Academic Procrastination in Male Students. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 10, 197.
- Neumann, A., van Lier, P., Gratz, K., & Koot, H. (2009). Multidimensional assessment of emotion regulation difficulties in adolescents using the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Assessment*, 17(1), 138-49. doi: 10.1177/1073191109349579
- Neumeister, K. (2004). Understanding the relationship between perfectionism and achievement motivation in gifted college students. *Gifted Children Quarterly*. 48(3), 219-231. doi: 10.1177/001698620404800306
- Nickerson, A., Bryant, R., Schnyder, U., Schick, M., Mueller, J., & Morina, N. (2015). Emotion dysregulation mediates the relationship between trauma exposure, post-migration living difficulties and psychological outcomes in traumatized refugees. *Journal of Affective Disorders*, 173, 185-192. doi: 10.1016/j.jad.2014.10.043

- Nilsson, J., Butler, J., Shouse, S., & Joshi, C. (2008). The relationships among perfectionism, acculturation, and stress in Asian international students. *Journal of College Counseling, 11*(2), 147-158. doi: 10.1002/j.2161-1882.2008.tb00031.x
- Nock, M. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science, 18*(2), 78-83. doi: 10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x
- Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., ... Williams, D. (2008a). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry, 192*(2), 98-105. doi: 10.1192/bjp.bp.107.040113
- Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Cha, C., Kessler, R., & Lee, S. (2008b). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews, 30*(1), 133-154. doi: 10.1093/epirev/mxn002
- Nolen-Hoeksema, S., & Parker, L. (1994). Rumination coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*(1), 92-104. doi: 10.1037//0022-3514.67.1.92
- O'Connor, R. (2007). The relations between perfectionism and suicidality: a systematic review. *Suicide and life-threatening behavior, 37*(6), 698-714. doi: 10.1521/suli.2007.37.6.698
- Ochsner, K., & Gross, J. (2005). The cognitive control of emotion. *Cognitive Sciences, 9*(5), 242-249. doi: 10.1016/j.tics.2005.03.010
- O'Connor, D., O'Connor, R., & Marshall, R. (2007). Perfectionism and psychological distress: Evidence of the mediating effects of rumination. *European Journal of Personality, 21*(4), 429-452. doi: 10.1002/per.616
- Olson, M., & Kwon, P. (2008). Brooding perfectionism: Refining the roles of rumination and perfectionism in the etiology of depression. *Cognitive Therapy and Research, 32*(6), 788-802. doi: 10.1007/s10608-007-9173-7
- Öncü, B., & Sakarya, A. (2013). Role of cognitive factors and distortions in adolescent suicides. *Current Approaches in Psychiatry, 5*(2), 232-245. doi: 10.5455/cap.20130515
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2020). *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020: monitoreando la salud para los ODS, objetivo de desarrollo sostenible*. Ginebra: Organización Mundial da Saúde.
- Osman, A., Gutierrez, P., Kopper, B., Barrios, F., & Chiros, C. (1998). The positive and negative suicide ideation inventory: Development and validation. *Psychological Reports, 82*(3), 783-793. doi: 10.2466/pr0.1998.82.3.783
- Öyekçin, D., & Şahin, E. (2013). Suicidal ideations and attempts in patients admitted to psychiatry outpatient clinics. *Nobel Medicus, 9*(1), 61-66.
- Öztürk, Ö. (2013). *Mediator role of cognitive flexibility and intolerance of uncertainty in relationship which between suicide probability and family functionality* [Unpublished master's thesis]. Ankara, Turkey.
- Pacht, A. (1984). Reflections on perfection. *American Psychologist, 39*(4), 386-390. doi: 10.1037/0003-066X.39.4.386

- Pedersen, N., & Fiske, A. (2010). Genetic influences on suicide and nonfatal suicidal behavior: Twin study findings. *European psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists*, 25(5), 264-267. doi:10.1016/j.eurpsy.2009.12.008
- Pereira, A., & Patrício, T. (2016). *SPSS Guia Prático de Utilização-Análise de Dados Para Ciências Sociais e Psicologia* (8ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Perrone-McGovern, K., Simon-Dack, S., Beduna, K., Williams, C., & Esche, A. (2015). Emotions, cognitions, and well-being: The role of perfectionism, emotional overexcitability, and emotion regulation. *Journal for the Education of the Gifted*, 38(4), 343-357. doi: 10.1177/0162353215607326
- Petersen, L., Sørensen, T., Andersen, P., Mortensen, P., & Hawton, K. (2013). Genetic and Familial Environmental Effects on Suicide – An Adoption Study of Siblings. *PLoS one*, 8(10), 1-7. doi: 10.1371/journal.pone.0077973
- Pianta, R., Steinberg, M., & Rollins, K. (1995). The first two years of school: Teacher-child relationships and deflections in children's classroom adjustment. *Development and Psychopathology*, 7(2), 295-312. doi: 10.1017/S0954579400006519
- Pidbutska, N., Knysh, A., & Bogdan, Zh. (2019). Usage of professional photos for selfpresentation in social media as an indicator of personal perfectionism. *Social Psychology and Society*, 10(4), 112-130. doi: 10.17759/sps.2019100408
- Rajappa, K., Gallagher, M., & Miranda, R. (2012). Emotion dysregulation and vulnerability to suicidal ideation and attempts. *Cognitive Therapy and Research*, 36(6), 833-839. doi: 10.1007/s10608-011-9419-2
- Raouf, K., Khademi, M., & Naghsh, Z. (2019). Relationship between perfectionism and academic procrastination: the mediating role of academic self-efficacy, self-esteem and academic self-handicapping. *The Journal of New Thoughts on Education*, 15(1), 207-236. doi: 10.22051/JONTOE.2017.14118.1684
- Rastgoo, F., & Babakhani, N. (2016). The relationship between emotional self-regulation and quality of life in twin adolescents and young adults. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 18(Special Issue), 465-470. doi: 10.22038/JFMH.2016.8026
- Reverendo, I. (2011). *Regulação emocional, Satisfação com a vida & Percepção da aceitação - rejeição parental. Estudo de adaptação e validação da versão portuguesa do emotion Regulation index for children and adolescents (ERICA)*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra].
- Reynolds, W. (1991). Psychometric characteristics of the adult suicidal ideation questionnaire in college students. *Journal of Personality Assessment*, 56(2), 289-307. doi: 10.1207/s15327752jpa5602\_9
- Ribeiro, D., Terra, M., Soccol, K., Schneider, J., Camillo, L., & Plein, F. (2016). Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(1). doi: 10.1590/1983-1447.2016.01.54896
- Rice, K., & Ashby, J. (2007). An efficient method for classifying perfectionists. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 72-85. doi: 10.1037/0022-0167.54.1.72
- Rice, K., & Dellwo, J. (2002). Perfectionism and self-development: Implications for college adjustment. *Journal of Counseling & Development*, 80(2), 188-196. doi: 10.1002/j.1556-6678.2002.tb00182.x

- Rice, K., Ashby, J., & Slaney, R. (2007). Perfectionism and the Five-Factor Model of Personality. *Assessment, 14*(4), 385-398. doi: 10.1177/1073191107303217
- Rice, K., Vergara, D., & Aldea, M. (2006). Cognitive-affective mediators of perfectionism and college student adjustment. *Personality and Individual Differences, 40*(3), 463-473. doi: 10.1016/j.paid.2005.05.011
- Rice, Richardson, C., & Tueller, S. (2014). The Short Form of the Revised Almost Perfect Scale. *Journal of Personality Assessment, 96*(3), 368-379. doi: 10.1080/00223891.2013.838172
- Riley, C., Lee, M., Cooper, Z., Fairburn, C., & Shafran, R. (2007). A randomised controlled trial of cognitive-behaviour therapy for clinical perfectionism: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy, 45*(9), 2221-2231. doi: 10.1016/j.brat.2006.12.003
- Rimes, K., & Chalder, T. (2010). The beliefs about emotions scale: Validity, reliability and sensitivity to change. *Journal of Psychosomatic Research, 68*(3), 285-292. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.09.014
- Roxborough, H., Hewitt, P., Kaldas, J., Flett, G., Caelian, C., Sherry, S., & Sherry, D. (2012). Perfectionistic self-presentation, socially prescribed perfectionism, and suicide in youth: A test of the perfectionism social disconnection model. *Suicide and Life-threatening Behavior, 42*(2), 217-233. doi: 10.1111/j.1943-278X.2012.00084.x
- Rudatsikira, E., Muula, A., Siziya, S., & Twa-Twa, J. (2007). Suicidal ideation and associated factors among school-going adolescents in rural Uganda. *BMC Psychiatry, 7*(67). doi: 10.1186/1471-244X-7-67
- Rudolph, S., Flett, G., & Hewitt, P. (2007). Perfectionism and deficits in cognitive emotion regulation. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 25*(4), 343-357. doi: 10.1007/s10942-007-0056-3
- Sahraee, A., Khosravi, Z., & Besharat, M. (2009). Relation between non-rational belief and positiveneegative perfectionist in student of noshahr. *Quarterly Journal of Psychological Studies, 6*, 9-42.
- Salsman, N., & Linehan, M. (2012). An investigation of the relationships among negative affect, difficulties in emotion regulation, and features of borderline personality disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 34*(2), 260-267. doi: 10.1007/s10862-012-9275-8
- Sapmaz, F. (2006). The investigation of adaptive and maladaptive perfcetionism and psychological symtoms at university students [Unpublished master's thesis]. Sakarya University, Turkey.
- Saraiva, C., & Gil, N., (2014). Conceitos e limites em suicidologia. In B. Peixoto, C. Saraiva, & D. Sampaio (Coords.), *Suicídio e comportamentos autolesivos. Dos conceitos à prática clínica* (pp.41-54). Lisboa: Lidel.
- Saraiva, C., Peixoto, B., & Sampaio, D. (2014). *Suicídio e comportamentos autolesivos, Dos conceitos à prática clínica*. Lisboa: Lidel.
- Selby, E., & Joiner, T. (2009). Cascades of emotion: The emergence of borderline personality disorder from emotional and behavioral dysregulation. *Review of General Psychology, 13*(3), 219-229. doi: 10.1037/a0015687

- Selby, E., Anestis, M., & Joiner, T. (2008). Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation: emotional cascades. *Behaviour Research and Therapy*, *46*(5), 593-611. doi: 10.1016/j.brat.2008.02.002
- Selby, E., Anestis, M., Bender, T., & Joiner, T. (2009). An exploration of the emotional cascade model in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *118*(2), 375-387. doi: 10.1037/a0015711
- Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, *21*(6), 879-906. doi: 10.1016/S0272-7358(00)00072-6
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *40*(7), 773-791. doi: 10.1016/s0005-7967(01)00059-6
- Shahnaz, A., Saffer, B., & Klonsky, E. (2018). The relationship of perfectionism to suicide ideation and attempts in a large online sample. *Personality and Individual Differences*, *130*, 117-121. doi: 10.1016/j.paid.2018.04.002
- Sheppes, G., & Gross, J. (2011). Is timing everything? Temporal considerations in emotion regulation. *Personality and Social Psychology Review*, *15*(4), 319-331. doi: 10.1177/1088868310395778
- Siegel, D. (2013). *Brainstorm: The power and purpose of the teenage brain*. New York: Jeremy P. Tarcher.
- Silk, J., Steinberg, L., & Morris, A. (2003). Adolescents' emotion regulation in daily life: Links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Development*, *74*(6), 1869-1880. doi: 10.1046/j.1467-8624.2003.00643.x
- Silva, V., Oliveira, H., Botega, N., Marín-León, L., Barros, M., & Dalgarrondo, P. (2006). Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. *Cadernos de Saúde Pública*, *22*(9), 1835-1843. doi: 10.1590/S0102-311X2006000900014
- Slade, P., & Owens, R. (1998). A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behavior Modification*, *22*(3), 372-390. doi: 10.1177/01454455980223010
- Slaney, R., Rice, K., Mobley, M., Trippi, J., & Ashby, J. (2001). The revised Almost Perfect Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, *34*(3), 130-145. doi: 10.1080/07481756.2002.12069030
- Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *57*, 141-163. doi: 10.1016/j.cpr.2017.09.002
- Smith, M., Sherry, S., Chen, S., Saklofske, D., Mushquash, C., Flett, G., & Hewitt, P. (2018). The perniciousness of perfectionism: A meta-analytic review of the perfectionism–suicide relationship. *Journal of Personality*, *86*(3), 522-542. doi: 10.1111/jopy.12333
- Smith, M., Sherry, S., Rnic, K., Saklofske, D., Enns, M., & Gralnick, T. (2016). Are perfectionism dimensions vulnerability factors for depressive symptoms after controlling for neuroticism? A meta-analysis of 10 longitudinal studies. *European Journal of Personality*, *30*(2), 201-212. doi: 10.1002/per.2053

- Soares, M., Gomes, A., Macedo, A., & Azevedo, M. (2003). Escala Multidimensional De Perfeccionismo: Adaptação À População Portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5(1), 46-55.
- Sommerfeld, E., & Malek, S. (2019). Perfectionism Moderates the Relationship between Thwarted Belongingness and Perceived Burdensomeness and Suicide Ideation in Adolescents. *Psychiatric Quarterly*, 90(4), 671-681. doi: 10.1007/s11126-019-09639-y
- Squires, L., Hollett, K., Hesson, J., & Harris, N. (2020). Psychological Distress, Emotion Dysregulation, and Coping Behaviour: A Theoretical Perspective of Problematic Smartphone Use. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(1), 1284-1299. doi: 10.1007/s11469-020-00224-0
- Sroufe, L. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511527661
- Steele, A., & Wade, T. (2008). A randomised trial investigating guided self-help to reduce perfectionism and its impact on bulimia nervosa: A pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 46(12), 1316-1323. doi: 10.1016/j.brat.2008.09.006
- Steinberg, L. (2010). Commentary: A behavioral scientist looks at the science of adolescent brain development. *Brain and Cognition*, 72(1), 160-164. doi: 10.1016/j.bandc.2009.11.003
- Stoeber, J., & Gaudreau, P. (2017). The advantages of partialling perfectionistic strivings and perfectionistic concerns: Critical issues and recommendations. *Personality and Individual Differences*, 104, 379-386. doi: 10.1016/j.paid.2016.08.039
- Stoeber, J., & Kersting, M. (2007). Perfectionism and aptitude test performance. Testees who strive for perfection achieve better test results. *Personality and Individual Differences*, 42(6), 1093-1103. doi: 10.1016/j.paid.2006.09.012
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10(4), 295-319. doi: 10.1207/s15327957pspr1004\_2
- Stoeber, J., Haskew, A., & Scott, C. (2015). Perfectionism and exam performance: The mediating effect of task-approach goals. *Personality and Individual Differences*, 74, 171-176. doi: 10.1016/j.paid.2014.10.016
- Stoeber, J., Kempe, T., & Keogh, E. (2008). Facets of self-oriented and socially prescribed perfectionism and feelings of pride, shame, and guilt following success and failure. *Personality and Individual Differences*, 44(7), 1506-1516. doi: 10.1016/j.paid.2008.01.007
- Stringaris, A. (2011) Irritability in children and adolescents: a challenge for DSM-5. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(2), 61-66. doi: 10.1007/s00787-010-0150-4
- Sturman, E., Flett, G., Hewitt, P., & Rudolph, S. (2009). Dimensions of perfectionism and self-worth contingencies in depression. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 27(4), 213-231. doi: 10.1007/s10942-007-0079-9
- Sturrock, B., & Mellor, D. (2014). Perceived emotional invalidation and borderline personality disorder features: A test of theory. *Personality and Mental Health*, 8(2), 128-142. doi: 10.1002/pmh.1249

- Suddarth, B., & Slaney, R. (2001). An investigation of the dimensions of perfectionism in college students. *Measurement & Evaluation in Counseling & Development*, 34(3), 157-165. doi: 10.1080/07481756.2002.12069032
- Sullivan, M., Bishop, S., & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. *Psychological Assessment*, 7(4), 524-532. doi: 10.1037/1040-3590.7.4.524
- Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B., & Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: A marker of eating pathology or general psychopathology? *Psychiatry Research*, 197(1-2), 103-111. doi: 10.1016/j.psychres.2011.11.009
- Tennen, H., & Affleck, G. (1990). Blaming others for threatening events. *Psychological Bulletin*, 108(2), 209-232. doi: 10.1037/0033-2909.108.2.209
- Terry-Short, L., Owens, R., Slade, P., & Dewey, M. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 18(5), 663-668. doi: 10.1016/0191-8869(94)00192-U
- Thompson, R. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25-52. doi: 10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x
- Thompson, R., & Goodman, M. (2010). Development of emotion regulation: More Than Meets the Eye. In A. King, & D. Sloan (Eds.), *Emotion Regulation and Psychopathology: a transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York: Guilford Press.
- Tomé, V., Faisca, L., & Carmo, C. (2020). *Estudo das propriedades psicométricas da escala quase perfeita do perfeccionismo numa amostra de adultos portugueses*. Dissertação de mestrado não publicada. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve.
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247-259. doi: 10.1023/A:1023910315561
- Turecki, G., & Brent, D. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*, 387 (10024), 1227-1239. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00234-2
- Tyssen, R., Vaglum, P., Grønvold, N., & Ekeberg, O. (2001). Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *Journal of Affective Disorders*, 64(1), 69-79. doi: 10.1016/s0165-0327(00)00205-6
- Valois, R., Zullig, K., & Hunter, A. (2015). Associations between adolescent suicide ideation, suicide attempts, and emotional self-efficacy. *Journal of Child and Family Studies*, 24(2), 237-248. doi: 10.1007/S10826-013-9829-8
- Vasconcelos-Raposo, J., Soares, A., Silva, F., Fernandes, M., & Teixeira, C. (2016). Níveis de ideação suicida em jovens adultos. *Estudos de Psicologia*, 33(2), 345-354. doi: 10.1590/1982-02752016000200016
- Veloso, M., Gouveia, J., & Dinis, A. (2011). Estudos de validação com a versão portuguesa da Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE). *Psychologica*, 54, 87-110. doi: 10.14195/1647-8606\_54\_4

- Volpe, F., Corrêa, H., & Barrero, S. (2006). Epidemiologia do suicídio. In H. Correa, & S. Perez (Eds.), *Suicídio, uma morte evitável* (pp. 11-27). São Paulo: Editora Atheneu.
- Voracek, M. & Loibl, L. (2007). Genetics of suicide: a systematic review of twin studies. *The Middle European Journal of Medicine*, 119(15-16), 463-475. doi: 10.1007/s00508-007-0823-2
- Ward, A., & Ashby, J. (2008). Multidimensional perfectionism and the self. *Journal of College Student Psychotherapy*, 22(4), 51-65. doi: 10.1080/87568220801952222
- Weinberg, A., & Klonsky, E. (2009). Measurement of emotion dysregulation in adolescents. *Psychological Assessment*, 21(4), 616-621. doi: 10.1037/a0016669
- Weiss, N., Sullivan, T., & Tull, M. (2015). Explicating the role of emotion dysregulation in risky behaviors: A review and synthesis of the literature with directions for future research and clinical practice. *Current Opinion in Psychology*, 3, 22-29. doi: 10.1016/j.copsyc.2015.01.013
- Werner, K., & Gross, J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. In A. Kring, & D. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (p. 13-37). New York: Guilford Press.
- Whitlock, J., & Knox, K. (2007). The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 161(7), 634-640. doi: 10.1001/archpedi.161.7.634
- WHO (World Health Organization) (2018). *Suicide*. Retirado de <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Wilcox, H., Arria, A., Caldeira, K., Vincent, K., Pinchevsky, G., & O'Grady, K. (2010). Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans, and attempts during college. *Journal of Affective Disorders*, 127(1-3), 287-294. doi: 10.1016/j.jad.2010.04.017
- Williams, J. (2001). *The Cry of Pain*. London: Penguin.
- Williams, J., & Pollock, L. (2001). Psychological aspects of the suicidal process. In K. Heeringen (Ed.), *Understanding Suicidal Behaviour: The Suicidal Process Approach to Research, Treatment, and Prevention* (pp. 76-93). New York: Wiley.
- Witte, T., Joiner, T., Brown, G., Beck, A., Beckman, A., Duberstein, P., & Conwell, Y. (2006). Factors of suicide ideation and their relation to clinical and other indicators in older adults. *Journal of affective disorders*, 94(1-3), 165-172. doi: 10.1016/j.jad.2006.04.005
- World Health Organization (2014). Preventing Suicide: A Global Imperative. Geneva. Retirado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1)
- World Health Organization (2018). *Suicide*. Retirado de <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Yates, T., Tracy, A., & Luthar, S. (2008). Nonsuicidal self-injury among “privileged” youths: Longitudinal and cross-sectional approaches to developmental process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 52-62. doi: 10.1037/0022-006X.76.1.52
- Yoo, S.-G., Min, K.-O., & Park, Y.-J. (2019). The Influence of Perfectionism, Career decision, Psychological well-being, and University student's Career maturity. *The Association of*

*Korea Counseling Psychology Education Welfare*, 6, 5-19. doi: 10.20496/cpew.2019.6.3.5

- Zeifman, R., Antony, M., & Kuo, J. (2020). When being imperfect just won't do: Exploring the relationship between perfectionism, emotion dysregulation, and suicidal ideation. *Personality and Individual Differences*, 152(109612). doi: 10.1016/j.paid.2019.109612
- Zhang, Y., Gan, Y., & Cham, H. (2007). Perfectionism, academic burnout and engagement among Chinese college students: A structural equation modeling analysis. *Personality and Individual Differences*, 43(6), 1529-1540. doi: 10.1016/j.paid.2007.04.010
- Zimmermann, P., & Iwanski, A. (2014). Emotion regulation from early adolescence to emerging adulthood and middle adulthood: Age differences, gender differences, and emotion-specific developmental variations. *International Journal of Behavioral Development*, 38(2), 182-194. doi: 10.1177/0165025413515405
- Zolotareva, A. (2012). Perfectionism in the structure of self-identity. *Psychology and Psychotechnics*, 42(3), 59-68.
- Zolotareva, A. (2017). Measuring Perfectionism in Cross-Cultural Perspective: The Psychometric Properties of BDPI Measure. *Psychology, Journal of the Higher School of Economics*, 14(1), 22-37. doi: 10.17323/1813-8918-2017-1-22-37

## **9. Anexos**

## **Anexo A. Consentimento Informado**

## Consentimento informado

A presente recolha de dados pretende estudar a Saúde Mental dos Jovens-adultos Portugueses e é realizada no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade do Algarve.

A sua participação é fundamental, mas voluntária. Poderá interromper ou desistir a qualquer momento.

Por favor, responda o mais sinceramente possível a todas as questões.

É garantida a total confidencialidade dos dados recolhidos, sendo estes exclusivamente utilizados no âmbito da presente investigação.

Para qualquer esclarecimento adicional poderá contactar via email Ana Reis a57495@ualg.pt ou Jenifer Mata a57507@ualg.pt.

A resposta a este questionário tem uma duração aproximada de 15 minutos.

Caso aceite participar nesta investigação, por favor preencha o espaço abaixo indicado.

Os dados só serão guardados quando, no final, clicar em “ENVIAR/SUBMETER”, deste modo é muito importante que não desista antes de chegar a este passo.

Muito obrigada pela sua contribuição e disponibilidade!

Tomei conhecimento dos objetivos e procedimentos previstos para a minha colaboração neste estudo e aceito participar.

Sim

## **Anexo B. Questionário Sociodemográfico e Clínico**

## Questionário Sociodemográfico e Clínico

1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Género:  Feminino     Masculino

3. Nacionalidade: \_\_\_\_\_

4. Distrito de residência: \_\_\_\_\_

5. Estado civil:

Solteiro(a)

Casado(a)

União de fato

Divorciado(a)

Viúvo(a)

6. Escolaridade:

1º Ciclo

2º Ciclo

3º Ciclo

Ensino Secundário

Ensino Superior

Outro      Qual? \_\_\_\_\_

7. Situação profissional:

Estudante

Trabalhador-estudante

Empregado

Desempregado

Outro Qual? \_\_\_\_\_

8. Alguma vez lhe foi diagnosticado um problema psicológico ou psiquiátrico?

Sim

Não

9. É ou foi acompanhado(a) por algum(a) psicólogo(a) ou psiquiatra?

Sim

Não

10. Alguma vez sentiu que não valia a pena viver?

Sim

Não

11. Alguma vez cometeu atos para se auto-prejudicar (ex.: fazer cortes ou tomar medicação em excesso), mas sem a finalidade de morrer?

Sim

Não

12. Alguma vez tentou pôr fim à sua vida?

Sim

Não

13. Caso tenha respondido **NÃO** às questões 11. e/ou 12., passe diretamente para a questão 14.. Se respondeu **SIM**, por favor indique:

13.1. Quantas vezes realizou comportamentos autolesivos ou tentativas de suicídio?

13.2. Indique que idade tinha quando realizou comportamentos autolesivos ou tentativas de suicídio pela primeira vez.

13.3. Indique que idade tinha quando realizou comportamentos autolesivos ou tentativas de suicídio pela última vez.

13.4. Qual foi o método utilizado?

- Intoxicação medicamentosa
- Tentativa de enforcamento
- Arma de fogo
- Intoxicação por pesticida ou outros tóxicos
- Precipitação (exemplo: saltar de uma ponte)
- Asfixia/intoxicação por gás doméstico ou dióxido de carbono
- Afogamento
- Corte/Contusão/Flebotomia
- Queimaduras na pele
- Cortes na pele com objeto cortante
- Não sei
- Outro            Qual? \_\_\_\_\_

14. Conhece familiares próximos que tentaram suicídio?

- Sim
- Não

15. Conhece amigos que tentaram suicídio?

- Sim
- Não

## **Anexo C. Escala Quase Perfeita – Versão reduzida (SAPS)**

### Escala Quase Perfeita – Versão reduzida (SAPS)

(Rice, Richardson, & Tueller, 2014; versão portuguesa Tomé, Faísca, & Carmo, 2020)

Os itens que se seguem foram elaborados para medir atitudes que as pessoas têm em relação a si próprias, ao seu desempenho e aos outros. É importante que as suas respostas sejam verdadeiras e adequadas a si. Em cada afirmação, assinale com um número de “1” (discordo fortemente) a “7” (concordo fortemente) de forma a descrever o seu grau de concordância com cada afirmação.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo fortemente	Discordo	Discordo ligeiramente	Neutro	Concordo ligeiramente	Concordo	Concordo fortemente

1. Tenho expectativas elevadas em relação a mim mesmo.	1	2	3	4	5	6	7
2. Fazer o meu melhor nunca parece ser suficiente.	1	2	3	4	5	6	7
3. Estabeleço padrões muito elevados para mim.	1	2	3	4	5	6	7
4. Sinto-me habitualmente dececionado(a) depois de concluir uma tarefa porque sei que poderia ter feito melhor.	1	2	3	4	5	6	7
5. Tenho uma forte necessidade de me esforçar para alcançar a excelência.	1	2	3	4	5	6	7
6. O meu desempenho raramente corresponde aos meus padrões.	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu espero o melhor de mim mesmo.	1	2	3	4	5	6	7
8. Raramente fico satisfeito(a) com o meu desempenho.	1	2	3	4	5	6	7

## **Anexo D. Escala Multidimensional de Perfeccionismo (HMPS)**

## Escala Multidimensional de Perfeccionismo (HMPS)

(Hewitt & Flett, 1991; versão portuguesa Soares, Gomes, Macedo, &  
Azevedo, 2003)

De seguida, vai encontrar uma lista de características ou traços pessoais, com os quais se pode sentir, ou não, identificado. Centre-se na sua própria experiência e indique o grau de concordância ou discordância, relativamente a cada um dos comportamentos em questão. Utilize a escala que lhe é apresentada de seguida e assinale, com um círculo o número que melhor corresponde ao seu grau de **acordo** ou **desacordo**, relativamente a cada uma das afirmações.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo completamente	Discordo bastante	Provavelmente discordo	Indeciso	Provavelmente concordo	Concordo bastante	Concordo completamente

1. Quando estou a trabalhar em alguma coisa, não consigo relaxar enquanto não estiver tudo perfeito.	1 2 3 4 5 6 7
2. Tenho dificuldade em satisfazer as expectativas que as outras pessoas têm sobre mim.	1 2 3 4 5 6 7
3. Um dos meus objetivos é ser perfeito(a) em tudo o que faço.	1 2 3 4 5 6 7
4. Tudo o que as outras pessoas fazem deve ser de excelente qualidade.	1 2 3 4 5 6 7
5. No meu trabalho, nunca tenho como objetivo a perfeição.	1 2 3 4 5 6 7
6. As pessoas que me rodeiam aceitam sem problemas, que eu também possa fazer erros.	1 2 3 4 5 6 7
7. Quanto mais sucesso tenho, mais esperam de mim.	1 2 3 4 5 6 7
8. Raramente sinto o desejo de ser perfeito(a).	1 2 3 4 5 6 7
9. Tudo o que eu faça que não seja excelente, será julgado de má qualidade, pelas pessoas que me rodeiam.	1 2 3 4 5 6 7
10. Faço tudo o que posso para ser tão perfeito(a) quanto possível.	1 2 3 4 5 6 7
11. Preocupo-me muito em ter um resultado perfeito em tudo o que faço.	1 2 3 4 5 6 7
12. Esforço-me para ser o(a) melhor em tudo o que faço.	1 2 3 4 5 6 7

13. As pessoas que me rodeiam esperam que eu seja bem sucedido em tudo.	1 2 3 4 5 6 7
14. De mim, não exijo menos do que a perfeição.	1 2 3 4 5 6 7
15. As outras pessoas vão gostar de mim, mesmo que não seja excelente em tudo.	1 2 3 4 5 6 7
16. Fico triste se descobrir um erro no meu trabalho.	1 2 3 4 5 6 7
17. Para mim ser bem sucedido significa que devo trabalhar mais para agradar aos outros.	1 2 3 4 5 6 7
18. Se peço a alguém para fazer alguma coisa, espero que seja feito na perfeição.	1 2 3 4 5 6 7
19. Não posso tolerar que as pessoas que me rodeiam façam erros.	1 2 3 4 5 6 7
20. Quando estabeleço os meus objetivos, tendo para a perfeição.	1 2 3 4 5 6 7
21. As pessoas que me são queridas, nunca deveriam deixar de me apoiar.	1 2 3 4 5 6 7
22. As outras pessoas aceitam-me como sou, mesmo quando não sou bem sucedido(a).	1 2 3 4 5 6 7
23. Sinto que as outras pessoas exigem demais de mim.	1 2 3 4 5 6 7
24. Em todos os momentos, devo dar o meu rendimento máximo.	1 2 3 4 5 6 7
25. Mesmo que não o mostrem, as outras pessoas ficam perturbadas quando falho numa tarefa.	1 2 3 4 5 6 7
26. Não preciso de ser o(a) melhor em tudo o que faço.	1 2 3 4 5 6 7
27. A minha família espera que eu seja perfeito(a).	1 2 3 4 5 6 7
28. Os meus objetivos não são muito elevados.	1 2 3 4 5 6 7
29. Os meus pais só raramente esperavam que eu fosse excelente em tudo na vida.	1 2 3 4 5 6 7
30. Respeito as pessoas vulgares.	1 2 3 4 5 6 7
31. De mim, as pessoas não esperam menos do que a perfeição.	1 2 3 4 5 6 7
32. Estabeleço normas muito elevadas para mim.	1 2 3 4 5 6 7
33. As pessoas esperam mais de mim, do que eu posso dar.	1 2 3 4 5 6 7
34. Na escola ou no trabalho devo ser sempre bem sucedido.	1 2 3 4 5 6 7
35. As pessoas que me rodeiam acham que ainda sou competente, mesmo que faça um erro.	1 2 3 4 5 6 7
36. Raramente espero que as outras pessoas sejam excelentes em tudo.	1 2 3 4 5 6 7

**Anexo E. *Positive and Negative Suicide Ideation Inventory* (PANSI)**

### ***Positive and Negative Suicide Ideation Inventory (PANSI)***

(Osman, Gutierrez, Kopper, Barrios, & Chiros, 1998)

Abaixo encontra-se uma lista de afirmações que podem, ou não, aplicar-se a si. Por favor, leia cuidadosamente cada afirmação e faça um círculo à volta do número apropriado, que se encontra no espaço à direita de cada afirmação.

Durante as **últimas duas semanas**, incluindo hoje, com que frequência:

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Muito frequentemente

1. Considerou, seriamente, terminar com a sua própria vida porque sentiu que não conseguiu corresponder às expectativas de outros?	1	2	3	4	5
2. Sentiu que estava no controlo da maioria das situações na sua vida?	1	2	3	4	5
3. Sentiu desesperança face ao futuro e ponderou terminar com a sua própria vida?	1	2	3	4	5
4. Sentiu-se de tal modo infeliz com o seu relacionamento com alguém, que desejou estar morto?	1	2	3	4	5
5. Pensou em terminar com a sua própria vida porque não conseguiu alcançar algo de importante?	1	2	3	4	5
6. Sentiu-se esperançoso face ao futuro porque as coisas estavam a correr bem para si?	1	2	3	4	5
7. Pensou em terminar com a sua própria vida porque não conseguia encontrar solução para um problema pessoal?	1	2	3	4	5
8. Sentiu-se entusiasmado porque estava a ter sucesso na escola ou no trabalho?	1	2	3	4	5
9. Pensou em terminar com a sua própria vida porque se sentiu como um falhado?	1	2	3	4	5
10. Pensou que os seus problemas eram de tal modo avassaladores que o suicídio era a sua única opção?	1	2	3	4	5

11. Sentiu-se de tal modo sozinho ou triste que quis terminar com a sua própria vida para acabar com a sua dor?	1	2	3	4	5
12. Sentiu-se confiante na sua capacidade de lidar com a maioria dos problemas na sua vida?	1	2	3	4	5
13. Sentiu que a vida valia a pena?	1	2	3	4	5
14. Sentiu-se confiante com os seus planos para o futuro?	1	2	3	4	5

## **Anexo F. Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS)**

### Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS)

(Gratz & Roemer, 2004; versão portuguesa Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha, & Dias, 2010)

Por favor indique com que frequência as seguintes afirmações se aplicam a si, colocando o número apropriado da escala abaixo indicada:

1	2	3	4	5
Quase nunca	Algumas vezes	Metade das vezes	A maioria das vezes	Quase sempre

1. Percebo com clareza os meus sentimentos.	1	2	3	4	5
2. Presto atenção a como me sinto.	1	2	3	4	5
3. Vivo as minhas emoções como avassaladoras e fora de controlo.	1	2	3	4	5
4. Não tenho nenhuma ideia de como me sinto.	1	2	3	4	5
5. Tenho dificuldade em atribuir um sentido aos meus sentimentos.	1	2	3	4	5
6. Estou atento aos meus sentimentos.	1	2	3	4	5
7. Sei exatamente como me estou a sentir.	1	2	3	4	5
8. Interesse-me com aquilo que estou a sentir.	1	2	3	4	5
9. Estou confuso sobre como me sinto.	1	2	3	4	5
10. Quando estou chateado, apercebo-me das minhas emoções.	1	2	3	4	5
11. Quando estou chateado, fico zangado comigo próprio por me sentir assim.	1	2	3	4	5
12. Quando estou chateado, fico embaraçado por me sentir assim.	1	2	3	4	5
13. Quando estou chateado, tenho dificuldade em realizar tarefas.	1	2	3	4	5

14. Quando estou chateado, fico fora de controlo.	1	2	3	4	5
15. Quando estou chateado, penso que me vou sentir assim por muito tempo.	1	2	3	4	5
16. Quando estou chateado, penso que vou acabar por me sentir muito deprimido.	1	2	3	4	5
17. Quando estou chateado, acredito que os meus sentimentos são válidos e importantes.	1	2	3	4	5
18. Quando estou chateado, tenho dificuldade em concentrar-me noutras coisas.	1	2	3	4	5
19. Quando estou chateado, sinto-me fora de controlo.	1	2	3	4	5
20. Quando estou chateado, continuo a conseguir fazer as coisas.	1	2	3	4	5
21. Quando estou chateado, sinto-me envergonhado de mim próprio por me sentir assim.	1	2	3	4	5
22. Quando estou chateado, sei que vou conseguir encontrar uma maneira de me sentir melhor.	1	2	3	4	5
23. Quando estou chateado, sinto que sou fraco.	1	2	3	4	5
24. Quando estou chateado, sinto que consigo manter o controlo dos meus comportamentos.	1	2	3	4	5
25. Quando estou chateado, sinto-me culpado por me sentir assim.	1	2	3	4	5
26. Quando estou chateado, tenho dificuldades em concentrar-me.	1	2	3	4	5
27. Quando estou chateado, tenho dificuldade em controlar os meus comportamentos.	1	2	3	4	5
28. Quando estou chateado, acho que não há nada que eu possa fazer para me sentir melhor.	1	2	3	4	5
29. Quando estou chateado, fico irritado comigo próprio por me sentir assim.	1	2	3	4	5
30. Quando estou chateado, começo a sentir-me muito mal comigo próprio.	1	2	3	4	5
31. Quando estou chateado, acho que a única coisa que eu posso fazer é afundar-me nesse estado.	1	2	3	4	5

32. Quando estou chateado, eu perco o controlo dos meus comportamentos.	1	2	3	4	5
33. Quando estou chateado, tenho dificuldade em pensar noutra coisa qualquer.	1	2	3	4	5
34. Quando estou chateado, dedico algum tempo a perceber aquilo que realmente estou a sentir.	1	2	3	4	5
35. Quando estou chateado, demoro muito tempo até me sentir melhor.	1	2	3	4	5
36. Quando estou chateado, as minhas emoções parecem avassaladoras.	1	2	3	4	5