



VOICES OF RECOVERY: EXPLORING THE THERAPEUTIC  
EXPERIENCES OF ADULT WOMEN WITH A HISTORY OF NON-  
SUICIDAL SELF-INJURY

MARIA DE LANCASTRE MONTANHA REBELO

Orientador de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA EVA DUARTE

Professor de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA EVA DUARTE

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2024/2025

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Eva Duarte, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de psicologia clínica.

## **Acknowledgements**

To Professor Eva Duarte for her availability, attention, tireless guidance and scientific rigor demonstrated throughout this process.

To mom for the opportunity provided, and constant readiness for helping in any way possible, allowing me to entirely dedicate myself to this phase.

To my boyfriend Bob for his unconditional support, incentive and attention that helped me through the tough times. For being my steady pillar and authentically sharing in the joy of my small accomplishments along this journey.

To everyone who has participated in this work, allowing it to happen and bringing value through their contributions.

## Abstract

Non-suicidal self-injury (NSSI) is the behavior in which one purposely hurts oneself without the intent of dying, resulting in physical damage to the body. Psychological support for NSSI is crucial for its reduction and cessation. However, research has shown that patients who engage in psychological support report therapeutic experiences in which they felt judged, ignored, misunderstood or disregarded by mental health professionals, leading to increased dropouts and further self-harm engagement. Thus, it is important to understand these experiences and to explore its impact on their self-harm behavior and emotional well-being. **Objective:** The present study aimed to explore how adult women with a history of NSSI perceive their experiences with psychological support, focusing on its impact on their NSSI and emotional well-being. **Methods:** To do this, a series of semi-directive interviews were conducted to 11 adult women, between the ages of 25 and 60 years old (31.1), who had previously engaged in psychological support in Portugal, and had a history of NSSI. **Results:** Through content analysis, results revealed that psychological support is crucial for reducing NSSI in which a positive therapeutic relationship as well as the strategies and tools used were considered vital for managing their NSSI. However, certain difficulties within the therapeutic relationship, like perceived stigma and judgement from the mental health professionals, were significant hurdles for the course of intervention and ultimately increased dropout behavior. **Conclusion:** This study offers key insights for clinical practice underlining the need for tailored and empathic psychological interventions for adult women with a history of NSSI.

**Keywords:** Non-Suicidal Self-Injury; Therapeutic Experiences; Thematic Analysis.

## Resumo

A autolesão não suicida (ALNS) refere-se ao comportamento em que um indivíduo propositadamente se magoa a si mesmo sem intenção suicida, resultando em danos corporais físicos. A intervenção psicológica na ALNS é essencial na redução e cessamento do comportamento. No entanto, a literatura tem revelado que pacientes com apoio psicológico relataram experiências terapêuticas marcadas por sentimentos de julgamento, estigma ou incompreensão por parte dos profissionais de saúde, levando a desistências e maior frequência de autolesão. Assim, é necessário compreender estas experiências e explorar o seu impacto na ALNS e bem-estar emocional. **Objetivo:** O presente estudo pretendeu explorar o modo como mulheres adultas com uma história de ALNS percebem e descrevem as suas experiências em acompanhamento psicológico, focando-se no impacto das mesmas na sua ALNS e bem-estar emocional. **Método:** Para este fim, foram realizadas entrevistas semi-diretivas a 11 mulheres adultas, com idades entre os 25 e os 60 anos (31,1), com uma história de ALNS, que receberam acompanhamento psicológico em Portugal. **Resultados:** Através de uma análise de conteúdo, os resultados revelaram que o acompanhamento psicológico foi crucial na redução da prática de ALNS, e que uma aliança terapêutica sólida bem como as estratégias e abordagens usadas foram vitais no manejo da ALNS. Por outro lado, foram também relatados desafios na aliança terapêutica, tais como o estigma e julgamento percebidos, que contribuíram para desistências no acompanhamento psicológico. **Conclusão:** Este estudo oferece ideias-chave para a prática clínica, sublinhando a necessidade de um acompanhamento psicológico empático e personalizado para mulheres adultas com uma história de ALNS.

**Palavras-chave:** Auto-Injúria Não-Suicida; Experiências Terapêuticas; Análise Temática.

## Table of Contents

Introduction	1
The Current Study	5
Method	6
Participants	6
Instruments	8
Semi-Structured Interview	8
Socio-Demographic Questionnaire	9
Design and Procedure	10
Data Analysis	11
Results and Discussion	12
A) NSSI History Characterization	13
B) Psychological Support Experiences	20
Implications for Clinical Practice	30
Study Limitations and Implications for Future Research	32
Conclusion	33
References	35

## **List of Appendices**

Appendix A - Interview Script	51
Appendix B – Socio-Demographic Questionnaire	55
Appendix C - Consent Form	56
Appendix D – Support Resources Document	57
Appendix E - Extensive Literature Review	58
Introduction	58
Appendix F – Reference Section of the Extensive Literature Review	69
Appendix G – Categorical Grid of The Pre-Category A: NSSI Characterization	81
Appendix H – Categorical Grid of The Pre-Category B: Psychological Support	104

## List of Tables

<b>Table 1</b> <i>Participant Socio-Demographic Data</i>	7
<b>Table 2</b> <i>Distribution of the RU Among the Two Pre-Categories</i>	13
<b>Table 3</b> <i>Pre-Category A and Respective Distribution of the RU and EU</i>	14
<b>Table 4</b> <i>Pre-Category B and respective distribution of the RU and EU</i>	21
<b>Table 5</b> <i>Four-Function Model of NSSI</i>	63

## Introduction

Non-suicidal self-injury (NSSI) can be characterized as the behavior in which one purposely hurts oneself without the intent of dying, by cutting or burning, for example, resulting in physical damage to the body (Knorr et al., 2019; Orlando et al., 2015). Individuals who engage in this behavior are at higher risk for attempting and completing suicide, emphasizing the need for continued research on this topic (Andover et al., 2012; Cassels & Wilkinson, 2016; Duarte et al., 2024; Gouveia-Pereira et al., 2022; Hawton et al., 2015). Adolescents tend to display the highest rates of NSSI, followed by the young adult and the adult age groups (Swannell et al., 2014). In Portugal, where the current study was conducted, the lifetime prevalence of NSSI in young adults has been reported to be as high as 23.4%, in a sample of 385 participants (Gonçalves et al., 2024). Thus, this study will focus specifically on NSSI due to its high prevalence rates as well as its recent inclusion in the DSM-5 as an independent diagnostic category, highlighting the importance for additional research (American Psychiatric Association, 2022).

According to Bresin & Schoenleber (2015), women present higher rates of NSSI than men, due to emotional, social and biological factors. For instance, they tend to be more ruminative, which is linked to increased likelihood of NSSI as a coping mechanism for dealing with strong emotions (He et al., 2025; Selby & Joiner., 2009). Moreover, sociocultural influences, like gender expectations and social norms can also make them more vulnerable for engaging in NSSI when compared to men (Dempsey et al., 2023). Besides, biological factors such as significant hormonal differences may also increase their vulnerability to experience mental illness, often further associated with NSSI behavior (Yangliuqing et al., 2024; Piarulli et al., 2023). This vulnerability highlights the importance for understanding the underlying

psychological functions of NSSI, which independently of gender, fuel and maintain this behavior.

Individuals practice NSSI for intrapersonal and interpersonal reasons, being the former more prevalent within the general population, largely serving as a self-regulatory function, and the second serving attempted-communication difficulties, issues with relational dynamics and lack of attention or care (Crouch & Wright, 2004; Kociuba et al., 2019; Nock, 2008; Peel-Wainwright et al., 2021; Shen et al., 2023; Stănicke et al., 2018; Taylor et al., 2018). With this, individuals who practice NSSI are perceived with a sense of temporary relief, which acts as a way of releasing strong emotions that cannot be expressed otherwise, which ultimately reinforces the behavior making it a self-perpetuating cycle of harmful actions (Stănicke et al., 2018; Swannell et al., 2008). In response to this pattern of behavior, psychological, and at times pharmacological intervention, arise as a vital course of action to break the cycle and offer appropriate strategies to manage and reduce NSSI (Turner et al., 2014).

NSSI represents a significant challenge for healthcare services as it is often associated with comorbid mental health conditions, like borderline personality disorder, mood disorders and higher risk of suicidal behavior (Bentley et al., 2015; Cipriano et al., 2017; Glenn & Klonsky, 2009). Therapeutic interventions have revealed significant efficacy in reducing and ceasing NSSI, presenting compelling evidence in the reduction of frequency and severity of the behavior (Glenn et al., 2019; Kamazaki & Dias, 2021; McCauley et al., 2018). Nonetheless, there is still a need for better understanding which therapeutic strategies are most efficient, accounting for the individuality of each patient, and promotion of tailored interventions (Kamazaki & Dias, 2021). In this study, the term “psychological support” will be used to make reference to various types of psychological intervention, including supportive psychology and psychotherapy.

The different characteristics of one's psychological support may have an impact on one's further engagement or cessation of NSSI, and these aspects may promote improvement or undermine it in the long run (Calvo et al., 2022; Haw et al., 2023; Moyer et al., 2024; Turner et al., 2014). For example, therapeutic alliance, patient readiness to change, the sense of validation, collaboration, safety, patience and non-judgmental approaches were all significant features influencing the therapeutic processes, according to Haw et al. (2023). In addition, a systematic review has also described how employing a patient-centered approach can improve their therapeutic experiences by validating their journeys and building collaborative interventions. Supporting this point of view, adults who self-harm have expressed valuing the quality of a caring therapeutic relationship, and a tailored intervention adjusted to their individual needs (Lindgren et al., 2018). However, the reality is that individuals with a history of NSSI who search for this type of support often come across various challenges within the therapeutic process. These challenges should be acknowledged, accounting for the negative impact they can have on their therapeutic journeys (McAndrew & Warne, 2014).

Adolescents have reported feeling ignored and disregarded when sharing their struggles with school healthcare services (McAndrew & Warne, 2014). Equally, patients have felt judged, not understood and disrespected by healthcare professionals in regard to their self-harm behavior, leaving them vulnerable, and consequently delaying further engagement with therapeutic services (Lindgren et al., 2018). In their experiences with mental health professionals, adolescents have also revealed negative experiences where they felt misunderstood, lack of empathy and disgust feelings from the practitioners, felt forced to talk, and treated as a "small child", which led them to shut down about their NSSI behavior (Kelada et al., 2018).

Equally, adult participants explained how they felt their therapist's sense of unease or uncomfortableness about the topic of self-injury, which led them to be reluctant to open up about their engagement in NSSI (Shaw, 2006). This reinforces the notion that poor therapeutic experiences might negatively impact and perpetuate further NSSI engagement. Moreover, in therapy, clients may experience shameful feelings when expressing their NSSI, which can lead to reluctance to engage with the therapist, as it is known that individuals often feel shame towards their NSSI behavior, which can act as a barrier for seeking help (Gray et al., 2021; Rosenrot & Lewis, 2020).

The attitudes of healthcare professionals towards NSSI are meaningful for the course of the intervention, as having negative attitudes and stigmatized beliefs may hinder the practitioner's ability to be empathetic and validate the patient's NSSI behavior (Law et al., 2009). Although there is a scarcity of studies examining the attitudes of healthcare professionals who work with adults who self-harm, studies with adolescent samples have revealed that, even when healthcare professionals endure specific training in self-harm behavior, they often still face challenges when dealing with patients who engage in it, many times due to stigmatizing attitudes or due to lack of clear protocols, which in turn affects treatment outcomes (Muehlenkamp et al., 2013; Norheim et al., 2016; Pintar Babič et al., 2020; Yue et al., 2024). With this, Rothes & Henriques (2018) emphasized the importance of suicide intervention training and skill-building among practitioners to boost their confidence and competence, thereby improving patient care.

## **The Current Study**

Research has shown that psychological intervention for NSSI is essential for the reduction and cessation of the behavior (Glenn et al., 2019; Kamazaki & Dias, 2021; McCauley et al., 2018). Up until now, patients who engage in NSSI have described certain aspects of the psychological support as helpful for their recovery, some of which being dependent on the clinician, such as the therapeutic alliance, the feeling of validation from the clinician, the patient's readiness to change, as well as a collaborative approach between the two parties (Haw et al., 2023). Moreover, other aspects like trust, safety, patience and a non-judgmental setting were also considered vital characteristics for a good therapeutic path (Calvo et al., 2022; Haw et al., 2023; Turner et al., 2014).

On the contrary, patients who were in situations in which they felt judged, ignored, misunderstood or disregarded by clinicians revealed a significant delay in their search for help and a continuation of their self-harm behavior (Lindgren et al., 2018; McAndrew & Warne, 2014). With this, one can emphasize the importance of the healthcare professional's awareness about the therapeutic features that promote improvement and which undermine it when dealing with patients who self-harm, along with the positive impact that tailoring their interventions according to their interpersonal and intrapersonal functions of NSSI. It is vital to note that most research on the attitudes of healthcare professionals towards NSSI has mostly focused on mental health nurses and emergency care professionals, and not specifically in formal mental health settings such as psychological and psychiatric clinics. There is currently some research on self-harm behavior and respective therapeutic experiences with healthcare practices, particularly within adolescent samples. However, as outlined by Haw et al. (2023), qualitative review is still

lacking in terms of the experiences with psychological support services for NSSI, specifically in adulthood, and thus qualitative research is advised (Kapur et al., 2013).

The current study primarily aims to qualitatively explore how adult women with a history of NSSI perceive and describe their experiences with formal psychological support services, focusing on its impact on their NSSI behavior and emotional well-being. The secondary aims of this study include: 1) to identify the therapeutic approaches and techniques that promote improvement and which undermine it; 2) to investigate the adult women's emotional experiences during the psychological support sessions related to their NSSI; 3) to explore the challenges that adult women who engage in NSSI encounter within the therapeutic process; 4) to analyze how adult women perceive the role of psychological support in relation to their NSSI; 5) to analyze the relationship between formal psychological support and NSSI over time, focusing on how and whether this support influences the frequency and nature of the participant's NSSI behavior over time.

## **Method**

### **Participants**

The final sample of this study comprised 11 women of Portuguese nationality, aged between 25 and 60 years old ( $M = 31.1$ ;  $SD = 10.4$ ), with a history of NSSI and previous engagement in formal psychological support during adulthood. It is important to note that all participants reported multiple contacts with healthcare professionals throughout their lives, and that all of them are currently receiving psychological support. Further socio-demographic information about the participants can be found in Table 1.

**Table 1***Participant Socio-demographic Data*

Participant	Age	Education Level	Occupation	Local of Residency	Types of therapy received	Relationship Status
A	25	Bachelor's Degree	Working-student	Setúbal	Supportive psychotherapy; Cognitive-behavioral therapy; Dynamic psychological support	In a relationship
B	60	Bachelor's Degree	Retired	Ribatejo	Cognitive-behavioral therapy	Divorced
C	25	High School	Student	Aveiro	Supportive psychotherapy; Hypnotherapy	Married
D	27	High School	Gas Station Worker	Cascais	Cognitive-behavioral therapy; Psychoanalytic therapy; Dialectic-behavioral therapy	Single
E	28	High School	Retired	Sesimbra	Supportive psychotherapy	Married
F	35	High School	Unemployed	Lisbon	Supportive psychotherapy	Single
G	36	High School	Head of Operations	Lisbon	Supportive psychotherapy	Single
H	29	Bachelor's Degree	Student	Lisbon	Supportive psychotherapy	In a relationship
I	27	Bachelor's Degree	Social Media Manager	Vila Nova de Gaia	Supportive psychotherapy	In a relationship

---

J	25	Bachelor's Degree	Student	Setúbal	Supportive psychotherapy	Single
K	25	Master's Degree	Seeking internship	Lisbon	Emotion-focused Therapy; Psychodrama; Group therapy; Supportive psychotherapy	Single

---

## **Instruments**

### ***Semi-Structured Interview***

The semi-directive interview script (Appendix A) was developed based on a structured approach to explore the participant's psychological support experiences, with focus on their NSSI behavior. This script was designed to collect data pertaining to the interviewee's past experiences of NSSI behavior and therapeutic experiences. Its construction was based on three main pillars: existing literature about the therapeutic experiences of patients with a deliberate self-harm history, interview scripts that were already applied within previous research, and consultation with clinical psychologists with experience in NSSI (Duarte et al., 2019; Stewart & Richardson, 2004; Vafaei et al., 2023). The literature review was crucial for the identification of key concepts about the impact of psychological support in NSSI, as well as to understand the main experiences and motivations of individuals who look for this type of support (Klonsky, 2011; Nock, 2009).

With respect to the pre-existing scripts, several questions of interview scripts within the field were used and adapted to create the current one (Duarte et al., 2019; Stewart & Richardson, 2004; Vafaei et al., 2023). Likewise, the consultation of clinical psychologists provided a more

practical perspective of the therapeutic processes with patients who practice NSSI, to ensure that the questions were sensitive to the participant's clinical experiences and NSSI behavior.

The script was elaborated based on five main thematic areas: motivations to initiate formal psychological support, characterization and history of the NSSI, addressing NSSI within the psychological support setting, reflections about the therapeutic experiences, and interview reflective conclusions. All questions were organized in a sequential and progressive manner, starting with broader topics about the participant's search for psychological support, to more sensitive ones about their NSSI history and behavior, to promote a fluid and respectful narrative. For each of these topics, participants were asked one broad open-ended question to allow them to freely express their perceptions and experiences throughout the interview process. Nonetheless, to ensure that all relevant information on the topic was gathered, the script also included a set of follow-up questions for each of the open-ended ones (Heigham & Croker, 2009). Some examples of questions asked are as follows: *"It is well known that psychological support can be a unique experience for each individual. I would like you to tell me a little bit about how it was for you to be involved in psychological support?"*; *"We know that psychological support can bring significant changes in self-aggressive behaviors. Could you explain how your psychological support journey has influenced your behaviors of this nature?"*.

### ***Socio-Demographic Questionnaire***

A brief socio-demographic questionnaire was employed with the aim of describing the sample and providing context to the study's variables (Appendix B). This instrument collected information related to the participant's age, gender, education level, occupation, local of residency, types of psychological support received and relationship status.

## **Design and Procedure**

The inclusion criteria for this study admitted: adult women aged between 25 and 65 years old (as most literature has focused on adolescence, this age range was chosen to explore this phenomenon in adulthood and ensure maturity for reflecting on therapeutic experiences); with a personal history of NSSI behavior; and previous engagement in formal psychological support during adulthood (i.e. individual psychological support). Firstly, potential participants were made aware of this study via the following ways: 1) Formal mental health practitioners were contacted (i.e. psychologists, psychotherapists) working at mental health services, who informed their patients about this study; 2) flyers with information about the study were shared in public places like universities and schools, including a QR code that could be scanned by potential participants; 3) the study was advertised on social media platforms such as Instagram, LinkedIn and TikTok.

Those who showed interest in participating and fitted the inclusion criteria were then provided with more details about the study and availability to meet. Prior to the interviews, an informative written consent form (Appendix C), which participants were requested to sign was provided, highlighting the goal of the study and guaranteeing participation anonymity and confidentiality. Respondents were also informed that their participation was entirely voluntary, and they could withdraw from it at any point in time without further explanation. In addition, to ensure anonymity and confidentiality, all participant-related data was stored in a password-safe encrypted computer to which only the researcher had access to.

A Google forms sheet was used to collect and organize the information related to all participant's data, such as the participation criteria as well as their email addresses. Lastly, a computer with a reliable internet connection was needed to conduct the virtual meetings and to

store the data files with the interview recordings. All interviews were conducted between February and March 2025 and before each interview, participants were asked for permission to be recorded during the meetings for later data transcription, as well as asked if they had any doubts which were also replied at this moment. Along with that, some difficulties in acquiring this sample should also be noted. A few participation withdrawals were experienced, possibly, due to the sensitive nature of the topics approached. Several participants interrupted contact after initial willingness and interest in participating, and others did not attend to scheduled interviews to which participants agreed on collaborating.

One-on-one interviews were conducted to obtain an in-depth understanding of the participant's therapeutic experiences related to their NSSI behavior. Respondents were given the choice to either complete the interview in person or online. Those who chose the latter were required to have access to a functional computer or a phone (any device with good internet connection), and the ZOOM application. Attending to the sensitivity of the topics discussed, all participants were told they could choose to participate with or without the camera setting on. Interviews lasted on average 60 minutes and by the end of them, all participants were appropriately debriefed and thanked for their collaboration. Lastly, after each interview, participants were sent a final document with the researcher's contact details as well as several mental health support resources and emergency phone lines to which participants were free to resort to at any time, if needed (Appendix D).

## **Data Analysis**

To explore the therapeutic experiences of adult women with a history of NSSI, and considering the study's aims, a qualitative deductive content analysis was conducted. According

to Bardin (2015), content analysis is a research method used to explore and comprehend narratives in a systematic way, accounting for the respondent's communication. To do that, one counts the number of times a certain topic emerges, noted as recording units (RU), as well as how many interviewees talk about that specific topic, noted as enumeration units (EU).

As outlined by Elo and Kyngäs (2008) all interviews were initially transcribed verbatim, followed by a stage of content familiarization, in which the researcher read and re-read the interview transcriptions to get deeper understanding of this content. Afterwards, a process of content coding was undergone, linking relevant segments of the text to previously established categories. Thirdly, the data was properly grouped and organized within these pre-categories, allowing for the development of more categories which were later divided into multiple sub-categories, if appropriate. And finally, the data was analyzed and interpreted by looking for patterns, frequency and meaning of content in each of these categories, and to obtain meaningful insights from it.

## **Results and Discussion**

The results obtained from the 11 semi-directive interviews were organized into two main pre-categories related to the pre-established interview topics for the content exploration: A) NSSI History Characterization and B) Psychological Support Experiences. Overall, 1271 RUs were coded and distributed over 12 main categories described in table 2. Additionally, tables 3 and 4 will be presented with the analysis for each pre-category, including the RUs for each sub-category and sub-sub-category, together with a brief description of each category. Further descriptions of the sub-categories and sub-sub-categories are also available on (Appendix G) and (Appendix H).

**Table 2***Distribution of the RU Among the Two Pre-Categories*

Pre-Categories	Categories
A) NSSI History Characterization	A.1. Association with suicidal thoughts and behaviors
	A.2. Interpersonal risk/predisposing factors
	A.3. Intrapersonal risk/predisposing factors
	A.4. Methods of NSSI
	A.5. Protective factors
	A.6. Psychological functions
	A.7. Role of control and impulsivity in the NSSI
Total of RU of pre-category A.	473
B) Psychological Support Experiences	B.1. Identification of strategies and tools used
	B.2. Negative experience
	B.3. Positive experience
	B.4. Psychopharmacological impact
	B.5. Reasons to initiate the psychological support
Total of RU of pre-category B.	798
Total of RU	1271

***A) NSSI History Characterization***

This pre-category presented a total of 473 RU, divided into seven categories (Table 3).

**Table 3***Pre-Category A and Respective Distribution of the RU and EU*

Categories	Sub-categories	Sub-sub-categories	RU	EU
A.1. Association with suicidal thoughts and behaviors	A.1.1. Suicidal behavior		11	6
		"I even attempted suicide four times." (EE)		
References to the association between NSSI, suicidal thoughts and behaviors	A.1.2. Suicidal ideation		20	9
		"That was also when suicidal ideation increased." (EK)		
Total number of RU for category A.1.			31	
A.2. Interpersonal risk/predisposing factors	A.2.1. Family conflicts		47	10
		"...family problems..." (ED)		
References to challenging interactions with others that made them vulnerable to engage in NSSI.	A.2.2. Loss and grief		19	5
		"Then, it was the death of my dad." (EB)		
A.2.3. Peer conflicts			10	4
		"I also had problems at school." (ED)		
A.2.4. Social exclusion/rejection			28	8
		"A rejection, it was one more proof that I really could not fit in." (EF)		
A.2.5. Social influences to initiate NSSI			12	4
		"I think I found it out on Tumblr." (EK)		
A.2.6. Social isolation			19	8
		"...the isolation was too much..." (EK)		
Total number of RU for category A.2.			135	

A.3. Intrapersonal risk/predisposing factors	A.3.1. Emotional and physical weakness		52	6
	"I had very low self-esteem." (EK)			
	A.3.2. Significant life changes		18	7
References to the characteristics or events that increase vulnerability to NSSI engagement.	"...when I was in university, which was the one I stayed in, when I went to live in Lisbon, which I was talking about, I felt really bad again. I started having a lot of desires to hurt myself again." (EA)			
	A.3.3. Traumatic experiences		9	3
	"...I was raped when I was six years old." (EG)			
Total number of RU for category A.3.			79	
A.4. Methods of NSSI	A.4.1. Hitting self		4	3
	"I remember I would try to punch myself" (EK)			
	A.4.2. Other methods		12	6
	"...I even burned myself with cigarettes and with the lighter." (EE)			
	A.4.3. Self-mutilation		31	9
Methods used by the participants to self-harm	"I would cut myself." (EC)			
	A.4.4. Using a rubber band		5	3
	"I also did it with the rubber band." (EE)			
Total number of RU for category A.4.			52	
A.5. Protective factors	A.5.1. Family support		52	8
	"I knew if I went to my mom for help, she would help me..." (EJ)			
	A.5.2. Peer support		5	4
References to resources that hindered the participant's vulnerability to engage in NSSI.	"There is another friend who knows, but also because they had experiences similar to mine, not the rest of the people, no." (EA)			
	Total number of RU for category A.5.			57
A.6. Psychological functions	A.6.1. Interpersonal functions	A.6.1.1. Interpersonal Influence		
	References to the underlying reasons or goals for engagement in NSSI	"There was also an unconscious cry for help." (EK)	16	4

	A.6.1.2. Peer Bonding	1	1
	"It was a way to socially interact with others." (EF)		
	A.6.1.3. Revenge	2	2
	"... but at the same time hold accountable those who had hurt me." (EI)		
A.6.2. Intrapersonal functions	A.6.2.1. Affect regulation	51	8
	"Then it became my way of dealing with my feelings." (EA)		
	A.6.2.2. Anti-dissociation	12	7
	"Divert my attention in some way." (EC)		
	A.6.2.3. Self-punishment	4	3
	"...também tinha uma função muito punitiva." (EH)		
Total number of RU for category A.6.		86	
A.7. Role of control and impulsivity in the NSSI	A.7.1. Control Ability	13	7
	"There were times that it was very difficult to control. There were others that it was easier to control." (ED)		
References to the influence of self-control and impulsivity in managing NSSI.	A.7.2. Impulsivity	20	9
	"They were impulsive behaviors." (EB)		
Total number of RU for category A.7.		33	

The characterization of NSSI (A) globally highlighted the depth and complexity of this phenomenon. This comprehensive pre-category comprises several features of these behaviors, including the different methods used to self-injure, the association between participant's NSSI and suicidality, the subjacent psychological functions, the contribution of control and impulsivity to the behavior, as well as the different factors that predisposed it or protected against its occurrence.

Exploring further into the characterization of NSSI (A), participants described a wide spectrum of NSSI methods used (A.4.), with self-mutilation (A.4.3.) being the most predominant one. This prevalence is well-aligned with existing literature that consistently recognizes self-mutilation as one of the most resorted methods in individuals who engage in NSSI (Barrocas et al., 2012; Klonsky et al., 2003; Liu, 2023). The choice of method used was derived from aspects like the setting and situation participants were in, as well as what led them to engage in it. For instance, using a rubber band to inflict pain on the wrist (A.4.4.) often occurred in both public and private settings considering the discretion of its use. Contrarily, self-hitting (A.4.1.) and other NSSI methods (A.4.2.) like self-burning, pinching and biting, deliberately restricting food intake or voluntarily suppressing urination, practiced in more private contexts. These last two tended to happen with higher frequency due to how discreet and subtle they are compared with others.

This variety of methods fulfilled several intrapersonal and interpersonal psychological functions (A.6.1.; A.6.2.), though the former was significantly more referenced by participants. In this case, NSSI mainly had an affect-regulation (A.6.2.1.) purpose, in which participants searched for feelings of relief, validation and to reduce anxiety. Participants also engaged in NSSI as a form of self-punishment (A.6.2.3.), or for anti-dissociation (A.6.2.2.) purposes, due to

unbearable feelings of guilt, anger and shame, or even as a way of feeling more grounded, reducing numbness. Hence, it helped reduce their psychological distress and validated their suffering in a clear visible form, leading to strong urges to maintain the behaviour due to its reinforcing and compulsive nature (Luo et al., 2024). All these intrapersonal functions have been previously described in the literature and serve as basis for understanding the motives behind NSSI (Duarte et al., 2019; Klonsky & Glenn, 2009; Reinhardt et al., 2021).

Although less referenced, NSSI also served some interpersonal functions, such as interpersonal influence (A.6.1.1.) for expressing emotional distress or as a means of seeking help, as well as for revenge purposes (A.6.1.3.) to potentially make others feel blamed for having posed hurtful actions. Additionally, NSSI was also used to enable peer bonding (A.6.1.2) by establishing connection with peers and feeling a sense of belonging, illustrating a strong desire for inclusion, showing how NSSI may also serve as an identity purpose besides emotional distress (Breen et al., 2013; Yasmeen & Sitwat, 2024).

As evidenced within literature, the current narratives revealed an association between NSSI, suicidal ideation (A.1.2.) and suicide behavior (A.1.1.) (Kiekens et al., 2018; Large et al., 2021; Li et al., 2022). Suicidal thoughts were common and often mentally consuming for most participants, and for some, these ideas were widely romanticized, especially when influenced by media content that portrayed the behavior in an unrealistic way ("One of my favorite books at the time, and I read it way too early, was 13 Reasons Why... And I romanticized that a lot in my head because I feel like it would give me the freedom to be able to end my life."). Similarly, suicidal behavior was a significant part of these women's pasts, with some of them presenting previous suicide attempts, which sometimes acted as turning points for seeking help and led

them to initiate psychological support ("It was a failed suicide attempt that made me realize that I really needed serious help." EF).

Furthermore, NSSI was experienced in a paradoxical tension between self-control and impulsivity. Their self-control ability (A.7.1.) was characterized by the way they managed and controlled NSSI thoughts and behaviors, reflected in the ambivalence between wanting to self-harm, but understanding it was not the correct thing to do. This finding is well aligned with previous literature showing how self-control is negatively associated with NSSI behavior (Chen et al., 2025; Martin et al., 2023). On the other hand, impulsivity (A.7.2.), widely reported in previous studies, was associated with difficulties in impulse regulation, leading to intense frustration emerging from this lack of control (Cassels et al., 2022; X. He et al., 2025).

NSSI was associated with several intrapersonal and interpersonal risk factors increasing their vulnerability to engage in it. In line with previous findings, some of these included significant life-changing circumstances (A.3.2.), traumatic experiences (A.3.3.) and emotional and physical weaknesses (A.3.1.) like chronic conditions and low self-esteem (Forrester et al., 2017; Johnson & McKernan, 2021; Smith et al., 2014; Y.-J. Wang et al., 2022). In terms of interpersonal predisposing risk factors, conflicting external relationships with family (A.2.1.) and peers (A.2.3.) triggered NSSI engagement, as well as did loss and grief (A.2.2.), social exclusion/rejection (A.2.4.), and social isolation (A.2.6.), like losing loved ones, experiencing bullying and family abandonment, all of which have been previously described in the literature (Macrynika et al., 2018; Molina et al., 2019; Victor et al., 2019). Social influences to initiate NSSI (A.2.5.) like exposure to social media or family members self-harming, directly impacted their decisions to initiate NSSI, further corroborating with prior research describing how NSSI

behavior can often be influenced by social contagion (Brown & Plener, 2017; Conigliaro & Ward-Ciesielski, 2023).

Despite the challenges, certain protective factors (A.5.) emerged within the data as participants described certain aspects crucial in mitigating the risk of NSSI engagement, such as family support (A.5.1.) and peer support (A.5.2.). From these, the perceived support of family members was significantly more referenced than peers, highlighting its importance for managing distress and symptomatology (Simundic et al., 2024). This aligns with the previously mentioned sub-category portraying to the role of family conflicts in NSSI, reinforcing the complex dynamic between supportive and impairing family dynamics and how it impacts NSSI engagement (Pal & Roy, 2022).

### ***B) Psychological Support Experiences***

This pre-category described in Table 4 presents a total of 798 RU, divided into seven main categories, presented with their corresponding RU and EU.

**Table 4***Categorical table of the Pre-Category B and respective distribution of the RU and EU*

Categories	Sub-categories	Sub-sub-categories	RU	EU
B.1. Identification of strategies and tools used  References to the methods and strategies provided to the participant throughout the psychological support process.	B.1.1. Strategies and tools used in sessions	B.1.1.1. Cognitive and behavioral tools "Interviewer: So, it was a replacement for healthier behaviors. Participant: Yes, very much so." (EA)	65	11
		B.1.1.2. Experiential and somatic exercises "Or grab, go get ice, and hold ice. It helps to calm down." (ED)	32	7
	B.1.2. Strategies and tools used outside of sessions "I have a journal, for example, to write." (EJ)	26	7	
	<b>Total number of RU for category B.1.</b>		<b>123</b>	
B.2. Negative experience  References to the negative aspects related to the psychological support process.	B.2.1. Difficulties within the psychological support process	B.2.1.1. Challenges related to the pace and approaches used "It took very long to get to that point." (ED)	21	5
		B.2.1.2. Communication issues "And even with my psychologists, I always had difficulties talking about it." (EA)	17	7
		B.2.1.3. Financial difficulties "...the financial issue continues to be a factor." (EK)	9	6
		B.2.1.4. Issues with the impact of psychological support "And there it is, when I started going to therapy those thoughts came back a lot." (EI)	12	6

	B.2.2. Lack of quality in the therapeutical relationship	40	9
	"In fact, she gave me one or two answers that I was like... I didn't like it." (EK)		
	B.2.3. Lack of trust in the psychologist	8	3
	"There wasn't much trust, I don't know, I feel like I didn't trust her that much." (EA)		
	B.2.4. Negative feedback	10	4
	"She was a good psychologist, but she was a bit disorganized, she had a lot of patients and so on." (ED)		
	B.2.5. Resistance to change	9	6
	"Then I started creating, like, I started to feel myself moving away from the process and creating a lot of anger there, a lot, like, I'm not enjoying this, I even considered leaving." (EK)		
	<b>Total number of RU for category B.2.</b>	<b>126</b>	
	B.3.1. Adaptations for patients	16	4
	"She's always willing to help in times of crisis. When I'm not feeling well, she says, "If you need anything call me"" (ED)		
	B.3.2. Personal engagement	29	6
	"And I did a lot. I wasn't expecting the doctor to do a miracle for me" (EB)		
	B.3.3. Positive feedback	53	11
	"I think it saved my life." (EK)		
	B.3.4. Psychologist's practice style	14	8
	"I think it was a professional reaction, she just heard me and dealt with it." (EF)		
B.3. Positive experience References to the positive aspects related to the psychological support process.	B.3.5.1. Changes in self-perception and autonomy	29	9
	"Learn to be with myself." (EJ)		
	B.3.5.2. Cognitive restructuring	27	9
	"To remember that I am the most important person in my life. Always. And it is not worth it to hurt me." (EG)		
	B.3.5.3. Development of affect-regulation and coping skills	43	10
	"...without self-harm behaviors, there are other ways to deal with it." (ED)		
	B.3.5.4. Identification of patterns	8	5

	"Then in therapy I realized that starving myself for long periods of time, not sleeping, it was still self-harm and I only realized it later." (EI)		
	B.3.5.5. Improved interpersonal relationships	9	2
	"With my friends, now I feel more comfortable, despite everything, expressing my emotions." (EJ)		
	B.3.5.6. Positive results	30	7
	"But yes, she helped me a lot." (EE)		
	B.3.5.7. Reduction or cessation of NSSI	45	11
	"Therapy made me realize I don't need to self-harm to deal with these emotions." (ED)		
B.3.6. Quality of the Therapeutic Relationship	B.3.6.1. Connection	28	10
	"I have a good relationship with my current psychologist." (ED)		
	B.2.6.2. Empathy, understanding and validation	43	11
	"...I felt heard, I felt validated." (EK)		
	B.2.6.3. Support and guidance	11	5
	"...Even when it is superficial, I think that support is always important." (EA)		
	B.3.7. Trust in the psychologist	30	10
	"...a relationship that is easy to trust, that never judged me in any way." (EI)		
Total number of RU for category B.3.		415	
B.4.	B.4.1. Negative impact of psychopharmacology	19	7
Psychopharmacological impact	"I didn't, I wasn't hungry. I lost my appetite. I lost a lot of weight because of medication." (EB)		
References to the positive and negative impact of psychopharmaceuticals.	B.4.2. Positive impact of psychopharmacology	18	8
	"I get two antidepressants that I used to take and i can manage my anxiety better." (EC)		
Total number of RU for category B.4.		37	
B.5. Reasons to initiate	B.5.1. Family and peer influence	9	6

the psychological support References to the motives that led participants to search for and initiate psychological support.	"A friend of mine had a psychologist that she went to, and it wasn't very expensive, so I asked my mom if I could go." (EA)		
	B.5.2. NSSI Behaviors	8	5
	"...I was referred to the school psychologist precisely because of self-harm behaviors." (EH)		
	B.5.3.1. Mood disorders	30	11
	"...many serious depressions." (EE)		
	B.5.3.2. Anxiety disorders	20	8
	B.5.3. Psychopathology		
	"...I also have a lot of anxiety." (EC)		
	B.5.3.3. Neurodevelopmental disorders	7	4
	"...I had been diagnosed with ADHD when I was young." (EA)		
B.5.3.4. Other mental health disorders	5	3	
"...I have borderline personality disorder." (EH)			
B.5.4. Search for self-improvement	18	7	
"My expectation is always the same, some type of self-development..." (EK)			
Total number of RU for category B.5.	97		

*Note.* ADHD – Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

Participant's experiences encompassed several themes, including their reasons for seeking psychological support, the positive and negative aspects of their psychological support, the psychological progresses made, the perceived impact of psychopharmacotherapy and the clinical strategies and tools used throughout this process.

The participant's decisions to initiate psychological support were motivated by several factors. Firstly, family and peers (B.5.1.) offered valuable encouragement by providing direct recommendations of mental health professionals, emphasizing the importance of a support system for facilitating the process of searching formal psychological support, as previously shown in the literature (Migliorini et al., 2023). Secondly, the search for self-improvement (B.5.4.) was often a leading reason for seeking help as participants expressed valuing psychological help for managing their daily struggles and self-management capabilities. Psychopathology is well known to be associated with NSSI, and the results highlighted its relevance in the search for psychological support, in particularly the experience of mood and anxiety disorders (B.5.3.1.; B.5.3.2.) (Yan & Yue, 2023). Nonetheless, neurodevelopmental and other disorders (B.5.3.3.; B.5.3.4.) like borderline personality disorder and anorexia nervosa, also intensified their distress and contributed to their search for help. NSSI (B.5.2.) was the least referenced reason to initiate psychological support, potentially due to fear of judgement and stigma, validating past research showing how NSSI engagement may lead to shameful feelings and reluctance for seeking help (Gray et al., 2021; Rosenrot & Lewis, 2020).

The participants generally described positive experiences with psychological support (B.3.), revealing a favorable perception of their therapeutic experiences and NSSI reduction, which is consistent with prior research emphasizing the important role of psychological support for managing and reducing NSSI (Glenn et al., 2019; Kamazaki & Dias, 2021; McCauley et al.,

2018). Respondents felt it was easy to confide in their clinicians, contributing to their perception of psychological support as serving a function of support and guidance (B.3.6.3.). With this, feelings of trust in the psychologist (B.3.7.) were built, aided by a lack of judgement and the promotion of healthy settings. The quality of relationship rooted in empathy, understanding and validation (B.3.6.2.), was a critical aspect for patient engagement. Participants valued being heard, validated, treated with compassion and free of stigma, allowing for building connection over time (B.3.6.1.). These results are similar to those previously found showing how a stable therapeutic relationship predicts its success (Ardito & Rabellino, 2011; Lindgren et al., 2018; Watson et al., 2014).

Certain perceptions of the mental health professional's intervention styles and attitudes (B.3.4.) positively contributed to the overall favorable psychological support experience. Clinicians mostly employed neutral, non-judgmental and non-reactive attitudes which were crucial for the patient's sense of security. Some described them as being calm, professional and emotionally contained, actively listening without transmitting shocking or disapproving reactions. Participants also valued when psychologists mirrored their emotional expressions like laughter, surprise or anger, showcasing empathy, interpreted as signs of authenticity and presence (Ardito & Rabellino, 2011; Chui et al., 2022; Peluso & Freund, 2018).

These constructive relational dynamics between patient and clinicians facilitated the progress of psychological support, revealed by marked emotional and behavioral changes including NSSI reduction and cessation (B.3.5.7.). Moreover, consistent with previous findings, significant improvements in affect regulation and coping skills (B.3.5.3.) were felt, revealing emotional growth, self-compassion, changes in self-perception and autonomy (B.3.5.1.) as well as improved interpersonal relationships (B.3.5.5.) (Antuña-Cambor et al., 2024; Galili-

Weinstock et al., 2018; Hunsley et al., 2014). The psychological support promoted self-knowledge, self-appreciation and autonomy, and participants were also able to improve their relationships, establish healthy boundaries and take responsibility for their actions (Kolovos et al., 2016; Ladmanová et al., 2025). This progress helped participants challenge and restructure their negative thought patterns (B.3.5.2.), and to replace poor behavior with healthier ones, as respondents described how psychological support promoted important insights and changed dysfunctional thought patterns (B.3.5.4.), vital features for managing their NSSI (Calati & Courtet, 2016).

Corroborating with previous research, interviewees explained how their own active engagement (B.3.2.) within the therapeutic process was crucial for achieving positive results (B.3.5.6.), in the form of commitment to consistently attend the sessions, active engagement, and actions outside of sessions like doing their therapeutic homework, and applying the strategies learned (Holdsworth et al., 2014). In addition, certain patient adaptations (B.3.1.) were also found helpful, including therapist flexibility, extending the time of sessions, designing interventions for their individual needs, ability to keep in contact outside of sessions, and the therapist's willingness to stay in contact with other doctors, highly contributed to the quality of the therapeutic relationship, in accordance with previous research (Owen & Hilsenroth, 2014). With this, participants provided generally positive feedback on their psychological support experiences (B.3.3.) and highlighted that it supported their recovery, reduced NSSI and emotional distress, with some even describing it as a "life-changing experience".

Nonetheless, not all experiences were positive, and many participants reported difficulties, namely a lack of quality in their therapeutic relationship (B.2.2.) that often resulted in a lack of trust in the mental health professional (B.2.3.). Having clinicians who were too

formal, too harsh or too judgmental worsened the relationship, leaving them ashamed and vulnerable. Some mentioned confidentiality betrayal when sharing about their NSSI, which led to disengagement and to later discontinue the process. Consequently, they expressed reluctance in further exploring their NSSI, underling the vulnerability and stigma often associated with it (Podolan & Gelo, 2023). Negative feedback (B.2.4.) of the psychological support was also expressed within the narratives, including frustration over clinicians postponing and cancelling sessions last-minute, highlighting the importance of professionalism, quality and care.

For some interviewees, internal resistance to change (B.2.5.) was another variable interfering with the psychological progress and occurred in situations of transference and projection to the therapist. This was presented in the form of reluctance to open-up about the NSSI, and to accept help and maintain the same old disruptive patterns. Hence, it is important that therapists correctly identify this resistance to better support their patients, especially when this reluctance is about the NSSI, due to the sensitive nature of the topic (Engle & Arkowitz, 2008; Gray et al., 2021).

Other difficulties within the psychological support (B.2.1.) emerged throughout the narratives. Financial difficulties (B.2.1.3.) acted as a barrier by limiting access to private psychological support. This is a well-recognized issue within the mental-health system in Portugal, though not many efforts to change it have been considered (Roxo & Perelman, 2022). Challenges with the pace and approaches used (B.2.1.1.) led participants feeling the process was too slow and that some therapeutic approaches (in particular cognitive-behavioral therapy), were too superficial and did not address the root of their NSSI.

Certain difficulties with communication (B.2.1.2.) between patients and mental health professionals revealed a significant barrier in the therapeutic process. Interviewees were hesitant

to discuss sensitive topics like NSSI due to shame and fear of being stigmatized. In turn, communication turned into a personal challenge, since clients may feel shame towards their NSSI, which can act as a barrier to the therapeutic relationship (Gray et al., 2021; Rosenrot & Lewis, 2020). Additionally, some experienced issues with the impact of psychological support (B.2.1.4.), since it contributed to the recurrence of NSSI, feelings of despair and anguish, that often occur through the therapeutic process (Moritz et al., 2019; Rozental et al., 2016). For these women, psychopharmacological interventions were also impactful in both positive and negative ways (B.4.1.; B.4.2.). While some found it very helpful for symptom regulation, it was also often accompanied by adverse secondary effects that were difficult to manage, a well-known challenge that accompanies this type of intervention (Collins et al., 2024; Unni et al., 2024).

Participants identified useful strategies and tools used in and outside of sessions (B.1.1.), including experiential and somatic techniques (B.1.1.2.) like body exploration through movement, activities with body statues and the line of life, as well as mindfulness and breathing techniques to manage anxiety and panic attacks. Other cognitive and behavioral tools (B.1.1.1.) were taught, such as behavior trigger identification and behavior replacement, effective to reduce NSSI, like using a rubber band to substitute self-mutilating behavior, for a less harmful one. Mental health professionals focused on identifying NSSI triggers and rationalizing their impulses to manage and avoid these behaviors. They focused on improving self-empathy and validation, crucial to building a baseline of self-acceptance and self-love. The strategies and tools used outside of sessions (B.1.2.) included journaling as a way of processing emotions, self-distraction through hobbies like painting, watching a series and crafting activities were employed to manage impulsivity and escape/avoid conflict, thereby lowering the urge to engage in NSSI as a coping

mechanism. Other strategies included reaching out to support systems, creating boundaries within their relationships and reading self-help books related to their personal struggles.

### **Implications for Clinical Practice**

Adults who self-injure have reported stigma from healthcare professionals, a topic needing further exploration (Rheinberger et al., 2025; Saunders et al., 2012). In clinical practice, healthcare professionals often struggle to identify which aspects of psychological support for NSSI promote improvement and which undermine it (Wang et al., 2023). This analysis helps to inform that successful psychological support for NSSI strongly depends on the quality of the therapeutic relationship, and the tailored choice of strategies taught in sessions.

The current results revealed several factors that can be relevant for clinical practice. The complex interplay between self-control and self-impulsivity towards NSSI was a critical finding of this analysis. This is particularly relevant for the development of psychological interventions, as focusing on coping mechanisms for impulse control might be a helpful strategy to lower impulsivity, especially in patients with neurodevelopmental disorders such as attention-deficit/hyperactivity disorder. On the same note, many participants experienced suicidal thoughts and behaviors alongside their NSSI. This association emphasizes the need for increased awareness from clinicians about this strong interplay to avoid escalation of NSSI towards suicidal behavior. In addition, interpersonal and intrapersonal predisposing factors that emerged within the data help remind mental health professionals to develop more context-focused treatment plans that not only address the NSSI behavior itself, but also the root psychological causes and risk environmental factors that predispose the behavior.

Regarding the participants' experiences, two main factors emerged, namely the impact of the therapeutic alliance quality and the trust placed in the clinicians. Participants often valued professionals who were reliable, urging them to prioritize empathetic and trusting attitudes in their interactions. On the contrary, the perception of betrayal of confidentiality led to silence and later dropouts, highlighting the importance of confidentiality and reliance when approaching topics like this. These difficulties suggest the need for clinicians to establish a safe environment that welcomes open and secure communication, using interviewing techniques that enable the patient's expressions and validates their experiences.

Issues with the impact of psychological support were also reported by these women, suggesting that the path towards healing may involve phases of more instability, and that the impact of psychological support is not always linear but a dynamic process that requires grit and discipline from the patient. Mental health professionals need to be prepared for these strong emotions during the process and effectively manage them to avoid NSSI relapses. To do this, several strategies and tools used within and outside sessions which participants found helpful should be considered and potentially employed to facilitate the therapeutic process.

Lastly, participants sometimes expressed ambivalence towards their mental health professionals emphasizing strong feelings of familiarity towards them, further hindering the process and quality of therapeutic relationships. This highlights the importance of a proper therapeutic distance between patients and mental health professionals to ensure successful therapeutic alliances over time. These results reinforce that adequate approaches and the quality of therapeutic relationships are crucial factors for the process, and that patients are willing to repeatedly search for professionals that better align with their psychological needs and therapeutic goals.

## **Study Limitations and Implications for Future Research**

Research around NSSI, in which this study was conducted, can generally be somewhat invasive for the respondent (Robertson et al., 2021). This way, one potential limitation of this study is the self-selection bias in which certain participants may have had intrinsic characteristics like openness or greater self-awareness that made them more comfortable and open to discussing sensitive themes like this one (Robinson et al., 2023). In turn, the findings were possibly shaped by these individual characteristics as well as the nature of self-reported data. Along these lines of critically analyzing the sample, social desirability bias emerges as another aspect potentially limiting the study's results. Some interviewees may have provided responses that were more prone to be socially acceptable or generally favorable, especially when reflecting on and evaluating their psychological support processes. This might have led them to overly-report positive aspects or, on the contrary, under-report less favorable ones (Júnior & Patrício, 2022).

Lastly, the diversity of therapeutic approaches and contexts participants experienced might have posed a significant challenge in the direct comparison of its effectiveness. Respondents experienced different types of psychological support (cognitive-behavioral therapy, psychodynamic therapies, among others) which were offered in a variety of settings and contexts (in-person sessions vs. online sessions). This heterogeneity of psychological support experiences might indicate that the study outcomes cannot be totally attributed to a single modality or setting, but instead to a variety of them. This might be somewhat limiting for drawing specific conclusions on the benefits and characteristics of any single psychological support approach and delivery methods, since the results represent a combination of various therapeutic experiences.

Considering these limitations, future studies might want to consider offering different modes of participation such as anonymous surveys alongside qualitative interviews to mitigate the possibility of self-selection bias. They might also want to focus on interviewing individuals with similar psychological support backgrounds and treatment approaches, aiming to mitigate this generality of findings.

## **Conclusion**

The current study aimed to explore the therapeutical experiences of adult women with a history of NSSI. The narratives revealed that NSSI served both interpersonal and intrapersonal psychological functions practiced using different methods, and it was frequently influenced by a paradoxical interplay between self-impulsivity and self-controlled behavior. A clear association between NSSI and suicidal ideation/behavior emerged throughout the narratives, determined by various interpersonal and intrapersonal predisposing risk factors. Participants looked for psychological support for a variety of reasons but rarely was NSSI the main motive for this search, due to perceived stigma and fear of judgement.

The participant's progress was evident, with significant behavioral changes and NSSI reduction, supported by the quality of the therapeutic relationships and trust in the mental health professionals. Though certain aspects of the psychological support acted as hurdles for the therapeutic relationships, increased dropout rates and consequently worsened the engagement in NSSI. The intake of psychopharmaceuticals revealed mixed outcomes. While some found it helpful, it was often accompanied by undesired side-effects, highlighting the need for careful management. In spite of these challenges, all participants showed appreciation and general satisfaction for their psychological support. This effectiveness was supported by strategies and

tools used both in and outside sessions, enabling them to manage their NSSI and emotional distress in a guided and autonomous way. Ultimately, this study sought to shed light on the topic of NSSI, offering professionals a clearer understanding of it, and useful insights to potentially be applied in future practice.

## References

- Andover, M. S., Morris, B. W., Wren, A., & Bruzzese, M. E. (2012). The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: Distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 11–11. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-11>
- Antuña-Cambor, C., Gómez-Salas, F. J., Burgos-Julián, F. A., González-Vázquez, A., Juarros-Basterretxea, J., & Rodríguez-Díaz, F. J. (2024). Emotional Regulation as a Transdiagnostic Process of Emotional Disorders in Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(3), e2997. <https://doi.org/10.1002/cpp.2997>
- Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic Alliance and Outcome of Psychotherapy: Historical Excursus, Measurements, and Prospects for Research. *Frontiers in Psychology*, 2. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00270>
- Bardin, L. (2015). *Bardin-laurence-analise-de-conteudo*. <http://archive.org/details/bardin-laurence-analise-de-conteudo>
- Barrocas, A. L., Hankin, B. L., Young, J. F., & Abela, J. R. Z. (2012). Rates of Nonsuicidal Self-Injury in Youth: Age, Sex, and Behavioral Methods in a Community Sample. *Pediatrics*, 130(1), 39–45. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2094>
- Bentley, K. H., Cassiello-Robbins, C. F., Vittorio, L., Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2015). The association between nonsuicidal self-injury and the emotional disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 37, 72–88. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.006>
- Breen, A., Lewis, S., & Smoliak, O. (2013). Brief Report: Non-suicidal Self-injury in the

- Context of Self and Identity Development. *Journal of Adult Development*, 20.  
<https://doi.org/10.1007/s10804-013-9156-8>
- Bresin, K., & Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 55–64.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.009>
- Brown, R. C., & Plener, P. L. (2017). Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Current Psychiatry Reports*, 19(3), 20. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0767-9>
- Calati, R., & Courtet, P. (2016). Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. *Journal of Psychiatric Research*, 79, 8–20. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.04.003>
- Calvo, N., García-González, S., Perez-Galbarro, C., Regales-Peco, C., Lugo-Marin, J., Ramos-Quiroga, J.-A., & Ferrer, M. (2022). Psychotherapeutic interventions specifically developed for NSSI in adolescence: A systematic review. *European Neuropsychopharmacology*, 58, 86–98. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2022.02.009>
- Cassels, M., Neufeld, S., van Harmelen, A.-L., Goodyer, I., & Wilkinson, P. (2022). Prospective Pathways From Impulsivity to Non-Suicidal Self-Injury Among Youth. *Archives of Suicide Research*, 26(2), 534–547. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1811180>
- Cassels, M., & Wilkinson, P. (2016). Non-suicidal self-injury in adolescence. *Paediatrics and Child Health*, 26(12), 554–558. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2016.08.006>
- Chen, Z., Xu, J., Zhang, R., Wang, Y., & Shang, Z. (2025). The Relationship Between Self-Control and Non-Suicidal Self-Injury in Adolescent Psychiatric Outpatients: Exploring the Role of Self-Control. *Children*, 12(1), 99. <https://doi.org/10.3390/children12010099>
- Chui, H., Li, X., & Luk, S. (2022). Therapist emotion and emotional change with clients: Effects

- on perceived empathy and session quality. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 59(4), 594–605.  
<https://doi.org/10.1037/pst0000442>
- Cipriano, A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01946>
- Collins, J. C., Wheeler, A. J., McMillan, S. S., Hu, J., El-Den, S., Roennfeldt, H., & O'Reilly, C. L. (2024). Side Effects of Psychotropic Medications Experienced by a Community Sample of People Living With Severe and Persistent Mental Illness. *Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 27(6), e70122. <https://doi.org/10.1111/hex.70122>
- Conigliaro, A., & Ward-Ciesielski, E. (2023). Associations between social contagion, group conformity characteristics, and non-suicidal self-injury. *Journal of American College Health*, 71(5), 1427–1435. <https://doi.org/10.1080/07448481.2021.1928141>
- Crouch, W., & Wright, J. (2004). Deliberate Self-Harm at an Adolescent Unit: A Qualitative Investigation. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(2), 185–204.  
<https://doi.org/10.1177/1359104504041918>
- Dempsey, R. C., Fedorowicz, S. E., & Wood, A. M. (2023). The role of perceived social norms in non-suicidal self-injury and suicidality: A systematic scoping review. *PLOS ONE*, 18(6), e0286118. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0286118>
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders | Psychiatry Online*. (2025). DSM Library. <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Duarte, E., Gomes, H. S., & Gouveia-Pereira, M. (2024). Is suicidal intent present when adolescents engage in non-suicidal self-injury?: A research note. *Psychiatry Research*, 342, 116286. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116286>

- Duarte, E., Gouveia-Pereira, M., & Sampaio, D. (2019). Social Representations about the Functions of Deliberate Self-Harm from Adults and Adolescents: A Qualitative Study. *Trends in Psychology, 27*, 879–894. <https://doi.org/10.9788/TP2019.4-05>
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing, 62*(1), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Engle, D., & Arkowitz, H. (2008). Viewing Resistance as Ambivalence: Integrative Strategies for Working With Resistant Ambivalence. *Journal of Humanistic Psychology, 48*(3), 389–412. <https://doi.org/10.1177/0022167807310917>
- Forrester, R. L., Slater, H., Jomar, K., Mitzman, S., & Taylor, P. J. (2017). Self-esteem and non-suicidal self-injury in adulthood: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 221*, 172–183. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.027>
- Galili-Weinstock, L., Chen, R., Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Peri, T., & Rafaeli, E. (2018). The association between self-compassion and treatment outcomes: Session-level and treatment-level effects. *Journal of Clinical Psychology, 74*(6), 849–866. <https://doi.org/10.1002/jclp.22569>
- Glenn, C. R., Esposito, E. C., Porter, A. C., & Robinson, D. J. (2019). Evidence Base Update of Psychosocial Treatments for Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 48*(3), 357–392. <https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1591281>
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2009). Social context during non-suicidal self-injury indicates suicide risk. *Personality and Individual Differences, 46*(1), 25–29. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.08.020>
- Gonçalves, S., Vieira, A. I., Machado, B. C., & Bessa, C. (2024). Non-suicidal self-injury in

- Portuguese college students: Relationship with emotion regulation, resilience and self-compassion. *Current Psychology*, 43(9), 7877–7886. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04985-4>
- Gouveia-Pereira, M., Duarte, E., Gomes, H. S., da Silva, C. T., & Santos, N. (2022). Exploring the suicidal continuum: Deliberate self-harm diversity and severity as predictors of suicidal ideation and suicide attempts. *Psychiatry Research*, 309, 114400. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114400>
- Gray, N., Hasking, P., & Boyes, M. E. (2021). The impact of ambivalence on recovery from non-suicidal self-injury: Considerations for health professionals. *Journal of Public Mental Health*, 20(4), 251–258. <https://doi.org/10.1108/JPMH-07-2020-0093>
- Haw, R., Hartley, S., Trelfa, S., & Taylor, P. J. (2023). A systematic review and meta-ethnography to explore people’s experiences of psychotherapy for self-harm. *British Journal of Clinical Psychology*, 62(2), 392–410. <https://doi.org/10.1111/bjc.12414>
- Hawton, K., Bergen, H., Cooper, J., Turnbull, P., Waters, K., Ness, J., & Kapur, N. (2015). Suicide following self-harm: Findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000–2012. *Journal of Affective Disorders*, 175, 147–151. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.062>
- He, K., Chen, L., Fan, H., Sun, L., Yang, T., Liu, H., & Wang, K. (2025). Effects of Rumination and Emotional Regulation on Non-Suicidal Self-Injury Behaviors in Depressed Adolescents in China: A Multicenter Study. *Psychology Research and Behavior Management*, Volume 18, 271–279. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S483267>
- He, X., Huang, P., Xu, X., Yu, Q., Huang, H., Yang, P., & Yang, B. (2025). Impulsivity and non-suicidal self-injury in adolescents: A systematic review and meta-analysis of

- longitudinal studies. *Frontiers in Psychiatry*, 16.  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1586922>
- He, Y., Wei, Y., Wang, Y., Liang, F., & Ma, T. (2024). A cross-sectional study of non-suicidal self-injury in adolescent depression: Association with demographic characteristics and physiological indicators. *Frontiers in Psychiatry*, 15.  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1359400>
- Heigham, J., & Croker, R. (2009). *Qualitative Research in Applied Linguistics: A Practical Introduction*. Springer. <https://doi.org/10.1057/9780230239517>
- Holdsworth, E., Bowen, E., Brown, S., & Howat, D. (2014). Client engagement in psychotherapeutic treatment and associations with client characteristics, therapist characteristics, and treatment factors. *Clinical Psychology Review*, 34(5), 428–450.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.06.004>
- Hunsley, J., Elliott, K., & Therrien, Z. (2014). The efficacy and effectiveness of psychological treatments for mood, anxiety, and related disorders. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 55(3), 161–176. <https://doi.org/10.1037/a0036933>
- Johnson, B. N., & McKernan, L. (2021). Co-Occurring Trauma and Non-Suicidal Self-Injury Among People With Chronic Pain: A Systematic Review. *Current Pain and Headache Reports*, 25(11), 70. <https://doi.org/10.1007/s11916-021-00984-x>
- Júnior, B., & Patrício, J. (2022). Social desirability bias in qualitative health research. *Revista de Saúde Pública*, 56, 101. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004164>
- Kamazaki, D. F., & Dias, A. C. G. (2021). Intervenções para autolesão não suicida: Uma revisão sistemática da literatura. *Contextos Clínicos*, 14(1), 228–251.  
<http://hdl.handle.net/10183/259285>

- Kapur, N., Cooper, J., O'Connor, R. C., & Hawton, K. (2013). Non-suicidal self-injury v. attempted suicide: New diagnosis or false dichotomy? *The British Journal of Psychiatry*, 202(5), 326–328. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.116111>
- Kelada, L., Hasking, P., Melvin, G., Whitlock, J., & Baetens, I. (2018). “I Do Want to Stop, At Least I Think I Do”: An International Comparison of Recovery From Nonsuicidal Self-Injury Among Young People. *Journal of Adolescent Research*, 33(4), 416–441. <https://doi.org/10.1177/0743558416684954>
- Kiekens, G., Hasking, P., Boyes, M., Claes, L., Mortier, P., Auerbach, R. P., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Green, J. G., Kessler, R. C., Myin-Germeys, I., Nock, M. K., & Bruffaerts, R. (2018). The associations between non-suicidal self-injury and first onset suicidal thoughts and behaviors. *Journal of Affective Disorders*, 239, 171–179. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.06.033>
- Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: Prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*, 41(9), 1981–1986. <https://doi.org/10.1017/S0033291710002497>
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 31(3), 215–219. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z>
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate Self-Harm in a Nonclinical Population: Prevalence and Psychological Correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1501–1508. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1501>
- Knorr, A. C., Ammerman, B. A., Hamilton, A. J., & McCloskey, M. S. (2019). Predicting status

- along the continuum of suicidal thoughts and behavior among those with a history of nonsuicidal self-injury. *Psychiatry Research*, 273, 514–522.
- <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.067>
- Kociuba, S. K., Owens, C. A., Hagan, C. R., & Muehlenkamp, J. J. (2019). *Interpersonal and intrapersonal functions of NSSI*. <https://minds.wisconsin.edu/handle/1793/79949>
- Kolovos, S., Kleiboer, A., & Cuijpers, P. (2016). Effect of psychotherapy for depression on quality of life: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 209(6), 460–468.
- <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.175059>
- Ladmanová, M., Řiháček, T., Timulak, L., Jonášová, K., Kubantová, B., Mikoška, P., Polakovská, L., & Elliott, R. (2025). Client-identified outcomes of individual psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 12(1), 18–31.
- [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00356-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00356-0)
- Large, M., Corderoy, A., & McHugh, C. (2021). Is suicidal behaviour a stronger predictor of later suicide than suicidal ideation? A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 55(3), 254–267.
- <https://doi.org/10.1177/0004867420931161>
- Law, G. U., Rostill-Brookes, H., & Goodman, D. (2009). Public stigma in health and non-healthcare students: Attributions, emotions and willingness to help with adolescent self-harm. *International Journal of Nursing Studies*, 46(1), 108–119.
- <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.08.014>
- Li, X., Mu, F., Liu, D., Zhu, J., Yue, S., Liu, M., Liu, Y., & Wang, J. (2022). Predictors of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death among people with major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Journal of Affective*

- Disorders*, 302, 332–351. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.103>
- Lindgren, B.-M., Svedin, C. G., & Werkö, S. (2018). A Systematic Literature Review of Experiences of Professional Care and Support Among People Who Self-Harm. *Archives of Suicide Research*, 22(2), 173–192. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1319309>
- Liu, R. T. (2023). The epidemiology of non-suicidal self-injury: Lifetime prevalence, sociodemographic and clinical correlates, and treatment use in a nationally representative sample of adults in England. *Psychological Medicine*, 53(1), 274–282. <https://doi.org/10.1017/S003329172100146X>
- Luo, D., Tan, L., Huang, X., Lai, M., Shi, H., Li, J., Chen, X., Xu, J., & Guo, W. (2024). Functions of nonsuicidal self-injury and repeated nonsuicidal self-injury among adolescents: A moderating role of addictive features. *Journal of Psychiatric Research*, 175, 251–258. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.04.049>
- Macrynika, N., Miranda, R., & Soffer, A. (2018). Social connectedness, stressful life events, and self-injurious thoughts and behaviors among young adults. *Comprehensive psychiatry*, 80, 140–149. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.09.008>
- Martin, A., Oehlman, M., Hawgood, J., & O’Gorman, J. (2023). The Role of Impulsivity and Self-Control in Suicidal Ideation and Suicide Attempt. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6), 5012. <https://doi.org/10.3390/ijerph20065012>
- McAndrew, S., & Warne, T. (2014). Hearing the voices of young people who self-harm: Implications for service providers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(6), 570–579. <https://doi.org/10.1111/inm.12093>
- McCauley, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, K., Avina, C.,

- Hughes, J., Harned, M., Gallop, R., & Linehan, M. M. (2018). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents at High Risk for Suicide: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 75(8), 777. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1109>
- Migliorini, C., Barrington, N., O’Hanlon, B., O’Loughlin, G., & Harvey, C. (2023). The Help-Seeking Experiences of Family and Friends Who Support Young People With Mental Health Issues: A Qualitative Study. *Qualitative Health Research*, 33(3), 191–203. <https://doi.org/10.1177/10497323221147130>
- Molina, N., Viola, M., Rogers, M., Ouyang, D., Gang, J., Derry, H., & Prigerson, H. (2019). Suicidal Ideation in Bereavement: A Systematic Review. *Behavioral Sciences*, 9, 53. <https://doi.org/10.3390/bs9050053>
- Moritz, S., Nestoriuc, Y., Rief, W., Klein, J. P., Jelinek, L., & Peth, J. (2019). It can’t hurt, right? Adverse effects of psychotherapy in patients with depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269(5), 577–586. <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0931-1>
- Moyer, M., Haiyasoso, M., & Novoa, S. (2024). Experiences and Interactions Young Adults Who Participate in Non-Suicidal Self-Injury Perceive as Helpful and Unhelpful. *Journal of Professional Counseling: Practice, Theory & Research*. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15566382.2023.2235959>
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Quigley, K., Prosser, E., Claes, S., & Jans, D. (2013). Association of Training on Attitudes Towards Self-Injuring Clients across Health Professionals. *Archives of Suicide Research*, 17(4), 462–468. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.801815>
- Nock, M. K. (2008). Actions speak louder than words: An elaborated theoretical model of the

- social functions of self-injury and other harmful behaviors. *Applied and Preventive Psychology*, 12(4), 159–168. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2008.05.002>
- Nock, M. K. (2009). Why do People Hurt Themselves? New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury. *Current directions in psychological science*, 18(2), 78–83. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x>
- Norheim, A. B., Grimholt, T. K., Loskutova, E., & Ekeberg, O. (2016). Attitudes toward suicidal behaviour among professionals at mental health outpatient clinics in Stavropol, Russia and Oslo, Norway. *BMC Psychiatry*, 16, 268. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0976-5>
- Orlando, C. M., Broman-Fulks, J. J., Whitlock, J. L., Curtin, L., & Michael, K. D. (2015). Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Self-Injury: A Taxometric Investigation. *Behavior Therapy*, 46(6), 824–833. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.01.002>
- Owen, J., & Hilsenroth, M. J. (2014). Treatment adherence: The importance of therapist flexibility in relation to therapy outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 61(2), 280–288. <https://doi.org/10.1037/a0035753>
- Pal, A., & Roy, P. (2022). Nonsuicidal Self-Injury and Family Environment among College Students in Kolkata, West Bengal: Mixed Method Explanatory Sequential Design. *Journal of Mental Health and Human Behaviour*, 27(2), 105. [https://doi.org/10.4103/jmhbb.jmhbb\\_11\\_22](https://doi.org/10.4103/jmhbb.jmhbb_11_22)
- Peel-Wainwright, K.-M., Hartley, S., Boland, A., Rocca, E., Langer, S., & Taylor, P. J. (2021). The interpersonal processes of non-suicidal self-injury: A systematic review and meta-synthesis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(4), 1059–1082. <https://doi.org/10.1111/papt.12352>
- Peluso, P. R., & Freund, R. R. (2018). Therapist and client emotional expression and

- psychotherapy outcomes: A meta-analysis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(4), 461–472. <https://doi.org/10.1037/pst0000165>
- Piarulli, F. M., Margari, A., Margari, F., Matera, E., Croce, F., Furente, F., Gabellone, A., & Petruzzelli, M. G. (2023). Do Cortisol and Dehydroepiandrosterone Influence Motivational Factors for Non-Suicidal Self-Injury in Female Adolescents? *Journal of Clinical Medicine*, 12(5), Artigo 5. <https://doi.org/10.3390/jcm12051924>
- Pintar Babič, M., Bregar, B., & Drobnič Radobuljac, M. (2020). The attitudes and feelings of mental health nurses towards adolescents and young adults with nonsuicidal self-injuring behaviors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00343-5>
- Podolan, M., & Gelo, O. C. G. (2023). The Functions of Safety in Psychotherapy: An Integrative Theoretical Perspective Across Therapeutic Schools. *Clinical neuropsychiatry*, 20, 193–204. <https://doi.org/10.36131/cnforitieditore20230304>
- Reinhardt, M., Kökönyei, G., Rice, K. G., Drubina, B., & Urbán, R. (2021). Functions of nonsuicidal self-injury in a Hungarian community adolescent sample: A psychometric investigation. *BMC Psychiatry*, 21, 618. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03613-4>
- Rheinberger, D., Ravindra, S., Slade, A., Callear, A. L., Wang, A., Bunyan, B., Christensen, H., Mahony, I., Gilbert, I., Boydell, K., Hankin, L., & Tang, S. (2025). Exploring Support Preferences for Young Women Who Self-Harm: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(4), Artigo 4. <https://doi.org/10.3390/ijerph22040587>
- Robertson, R. A., Nester, M. S., & Dardis, C. M. (2021). Emotional Consequences of Participating in Research: How Does a History of Non-Suicidal Self-Injury and Trauma

- Exposure Affect Participants' Experiences? *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, 16(1–2), 105–116. <https://doi.org/10.1177/1556264620979618>
- Robinson, K., Dayer, K. F., Mirichlis, S., Hasking, P. A., & Wilson, M. S. (2023). Who are we missing? Self-selection bias in nonsuicidal self-injury research. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 53(5), 843–852. <https://doi.org/10.1111/sltb.12987>
- Rosenrot, S. A., & Lewis, S. P. (2020). Barriers and responses to the disclosure of non-suicidal self-injury: A thematic analysis. *Counselling Psychology Quarterly*, 33(2), 121–141. <https://doi.org/10.1080/09515070.2018.1489220>
- Roths, I., & Henriques, M. (2018). Health Professionals Facing Suicidal Patients: What Are Their Clinical Practices? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 1210. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061210>
- Rozental, A., Kottorp, A., Boettcher, J., Andersson, G., & Carlbring, P. (2016). Negative Effects of Psychological Treatments: An Exploratory Factor Analysis of the Negative Effects Questionnaire for Monitoring and Reporting Adverse and Unwanted Events. *PLOS ONE*, 11(6), e0157503. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157503>
- Saunders, K. E. A., Hawton, K., Fortune, S., & Farrell, S. (2012). Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 139(3), 205–216. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.08.024>
- Selby, E. A., & Joiner Jr., T. E. (2009). Cascades of Emotion: The Emergence of Borderline Personality Disorder from Emotional and Behavioral Dysregulation. *Review of General Psychology*, 13(3), 219–229. <https://doi.org/10.1037/a0015687>
- Shaw, S. N. (2006). Certainty, Revision, and Ambivalence: A Qualitative Investigation into Women's Journeys to Stop Self-Injuring. *Women & Therapy*, 29(1–2), 153–177.

[https://doi.org/10.1300/J015v29n01\\_08](https://doi.org/10.1300/J015v29n01_08)

Shen, Y., Hu, Y., Zhou, Y., & Fan, X. (2023). Non-suicidal self-injury function: Prevalence in adolescents with depression and its associations with non-suicidal self-injury severity, duration and suicide. *Frontiers in Psychiatry, 14*.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1188327>

Simundic, A., Argento, A., Mettler, J., & Heath, N. L. (2024). Perceived Social Support and Connectedness in Non-Suicidal Self-Injury Engagement. *Psychological Reports, 332941241254323*. <https://doi.org/10.1177/00332941241254323>

Smith, N. B., Kouros, C. D., & Meuret, A. E. (2014). The Role of Trauma Symptoms in Nonsuicidal Self-Injury. *Trauma, Violence, & Abuse, 15*(1), 41–56.

<https://doi.org/10.1177/1524838013496332>

Stänicke, L. I., Haavind, H., & Gullestad, S. E. (2018). How Do Young People Understand Their Own Self-Harm? A Meta-synthesis of Adolescents' Subjective Experience of Self-Harm. *Adolescent Research Review, 3*(2), 173–191. <https://doi.org/10.1007/s40894-018-0080-9>

Stewart, T., & Richardson, G. (2004). A qualitative study of therapeutic effect from a user's perspective. *Journal of Fluency Disorders, 29*(2), 95–108.

<https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2003.11.001>

Swannell, S., Martin, G., Page, A., Hasking, P., & John, N. (2014). Prevalence of Nonsuicidal Self-Injury in Nonclinical Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. *Suicide & life-threatening behavior, 44*. <https://doi.org/10.1111/sltb.12070>

Swannell, S., Martin, G., Scott, J., Gibbons, M., & Gifford, S. (2008). Motivations for Self-Injury in an Adolescent Inpatient Population: Development of a Self-Report Measure. *Australasian Psychiatry, 16*(2), 98–103. <https://doi.org/10.1080/10398560701636955>

- Taylor, P. J., Jomar, K., Dhingra, K., Forrester, R., Shahmalak, U., & Dickson, J. M. (2018). A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *Journal of Affective Disorders*, 227, 759–769. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.073>
- Turner, B. J., Austin, S. B., & Chapman, A. L. (2014). Treating Nonsuicidal Self-Injury: A Systematic Review of Psychological and Pharmacological Interventions. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 576–585. <https://doi.org/10.1177/070674371405901103>
- Unni, E. J., Gupta, S., & Sternbach, N. (2024). Reasons for non-adherence with antidepressants using the Medication Adherence Reasons Scale in five European countries and United States. *Journal of Affective Disorders*, 344, 446–450. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.10.010>
- Vafaei, T., Samavi, S. A., Whisenhunt, J. L., & Najarpourian, S. (2023). An investigation of self-injury in female adolescents: A qualitative study. *Quality & Quantity*, 57(6), 5599–5622. <https://doi.org/10.1007/s11135-023-01632-9>
- Victor, S. E., Hipwell, A. E., Stepp, S. D., & Scott, L. N. (2019). Parent and peer relationships as longitudinal predictors of adolescent non-suicidal self-injury onset. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s13034-018-0261-0>
- Wang, L., Zou, H., Yang, Y., & Hong, J. (2023). Adolescents' attitudes toward non-suicidal self-injury (NSSI) and their perspectives of barriers to seeking professional treatment for NSSI. *Archives of Psychiatric Nursing*, 45, 26–35. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2023.04.016>
- Wang, Y.-J., Li, X., Ng, C. H., Xu, D.-W., Hu, S., & Yuan, T.-F. (2022). Risk factors for non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescents: A meta-analysis. *Clinical Medicine*, 46,

101350. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101350>

Watson, J. C., Steckley, P. L., & McMullen, E. J. (2014). The role of empathy in promoting change. *Psychotherapy Research, 24*(3), 286–298.

<https://doi.org/10.1080/10503307.2013.802823>

Yan, H., & Yue, W. (2023). Risk factors, theoretical models, and biological mechanisms of nonsuicidal self-injury: A brief review. *Interdisciplinary Nursing Research, 2*(2), 112–120. <https://doi.org/10.1097/NR9.0000000000000023>

Yasmeen, N., & Sitwat, A. (2024). Interpersonal and Intrapersonal Functions of Non Suicidal Self Injury in University Students. *Pakistan Journal of Psychological Research, 39*(3), 545–558. <https://doi.org/10.33824/PJPR.2024.39.3.30>

Yue, L., Zhao, R., Zhuo, Y., Kou, X., & Yu, J. (2024). Experiences and attitudes of psychiatric nurses in caring for patients with repeated non-suicidal self-injury in China: A qualitative study. *BMC Psychiatry, 24*(1), 629. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06064-9>

## Appendix A - Interview Script

---

I. Motivações para Iniciar a Terapia	<p>Introdução: Sabemos que as pessoas procuram ajuda através do acompanhamento formal no âmbito da saúde mental (psicologia/psicoterapia) em determinadas alturas e por diversas razões. Gostaria que me falasse um pouco sobre a sua história e a sua experiência neste sentido.</p> <hr/> <p>Perguntas: Em que momento iniciou o acompanhamento psicoterapêutico? (temporalidade) Como encontrou o psicólogo/a? Procurou um psicólogo com alguma especialização específica, qual? (perfil do psicólogo) Com que regularidade eram as sessões? (temporalidade) De quanto tempo eram as sessões? (detalhes do acompanhamento psicológico) Como foi o processo de decidir iniciar o acompanhamento psicoterapêutico? (motivo) O que o levou a decidir iniciar o acompanhamento psicológico? (motivo) Estava a lidar com alguma situação específica na altura que considerou importante abordar em acompanhamento psicológico? (motivo) Que situação foi essa? (motivo) Iniciou o acompanhamento psicoterapêutico para lidar com questões relacionadas a comportamentos autoagressivos? (motivo) Que expectativas tinha ao começar o acompanhamento psicoterapêutico? (expectativas)</p> <hr/>
II. -Caracterização da História de ALNS	<p>Introdução: Por vezes algumas pessoas podem apresentar comportamentos e gestos em que se magoam a si mesmas, por exemplo, podem-se cortar, queimar ou bater, entre outros, para lidar com emoções e sentimentos muito fortes e difíceis. Gostaria que partilhasse um pouco da sua experiência neste sentido.</p> <hr/> <p>Perguntas: Que impacto é que estes comportamentos tiveram na sua decisão de começar o acompanhamento psicológico? (motivo) Com que idade começaram os seus comportamentos autoagressivos? (historial) Como foi a primeira vez que teve estes comportamentos? (historial) Onde estava e o que estava a acontecer à sua volta? (sozinho, em casa, com amigos, na escola, etc.). (historial) Que situações e emoções o levaram a ter estes comportamentos pela primeira vez? (historial) Ainda mantém estes comportamentos nos dias de hoje? (historial) Se ainda os pratica, com que regularidade? (historial) Porque tinha esses comportamentos? (funções) Como começaram esses comportamentos? (funções) Quais eram os objetivos por detrás dos seus comportamentos autoagressivos? (funções)</p> <hr/>

	<p>Como pensava em magoar-se? (funções)</p> <p>Com que frequência surgiram esses pensamentos? (funções)</p> <p>Esses pensamentos eram de alguma forma controláveis? (funções)</p> <p>Há quanto tempo tem esses comportamentos? (funções)</p> <p>Identifica algum acontecimento em específico ou uma mudança que tenha ocorrido quando começou com esses comportamentos? (funções)</p> <p>Existe alguma razão em específico para esses comportamentos? (funções)</p> <p>O que pensa e sente durante esses comportamentos? (funções)</p> <p>Esses comportamentos tinham algum propósito ou ajudavam de alguma forma? (funções)</p> <p>E depois, como é que se sentia? (funções)</p>
III. Abordagem da ALNS no Contexto Terapêutico	<p>Introdução: Sabemos que o acompanhamento psicológico pode ser uma experiência única para cada pessoa e que pode trazer mudanças significativas nos comportamentos autoagressivos. Gostaria que me falasse um pouco sobre como foi para si estar em acompanhamento psicológico e como esta influenciou os seus comportamentos neste sentido.</p> <hr/> <p>Perguntas: Como acha que correu o seu acompanhamento psicológico? (percepção pessoal)</p> <p>O que pensa no geral sobre a sua experiência psicoterapêutica? (percepção pessoal)</p> <p>O acompanhamento psicológico correspondeu às expectativas que tinha quando decidiu iniciá-la? (percepção pessoal)</p> <p>Como descreveria a relação com o/a psicólogo? (relação terapêutica)</p> <p>De que forma é que o acompanhamento psicológico influenciou a forma como vê os seus comportamentos autoagressivos? (consequências do acompanhamento psicológico)</p> <p>Sentiu-se compreendido? (relação terapêutica)</p> <p>Sentiu-se julgado? (relação terapêutica)</p> <p>Sentiu estigma? (relação terapêutica)</p> <p>Sentiu-se apoiada? (relação terapêutica)</p> <p>Que emoções foram mais frequentes durante as sessões de acompanhamento psicológico? (experiências terapêuticas)</p> <p>Que momentos específicos nas sessões lhe foram emocionalmente marcantes? (experiências terapêuticas)</p> <p>Pode partilhar como se sentiu nesses momentos? (experiências terapêuticas)</p> <p>Como descreveria a atmosfera emocional durante as sessões? (experiências terapêuticas)</p> <p>Que aspetos do acompanhamento psicológico acha relevante mencionar que tenham influenciado os seus comportamentos autoagressivos? (experiências terapêuticas)</p> <p>Como foi partilhar com o seu psicólogo que praticava comportamentos autoagressivos? (experiências</p>

---

terapêuticas)  
 O que sentiu durante essa partilha? (compreendido, acolhido, julgado) (experiências terapêuticas)  
 Qual foi a reação do psicólogo quando lhe partilhou que tinha comportamentos autoagressivos? (experiências terapêuticas)  
 Como se sentiu com essa reação? (experiências terapêuticas)  
 Como foi explorar os seus comportamentos autoagressivos com o seu psicólogo? (experiências terapêuticas)  
 O seu psicólogo ajudou-o a perceber estes pensamentos e comportamentos (funções)? (envolvimento do psicólogo)  
 O seu psicólogo ajudou-o a perceber os gatilhos que o levaram a autolesionar? (envolvimento do psicólogo)  
 De que modo é que o seu psicólogo o ajudou a desenvolver estratégias para aprender a lidar com os comportamentos autoagressivos? (envolvimento do psicólogo)  
 Que estratégias eram estas? (estratégias de coping)  
 Desde que iniciou a o acompanhamento psicológico, notou alguma mudança na frequência dos seus comportamentos autoagressivos? (consequências do acompanhamento psicológico)  
 Pode dar exemplos de mudanças específicas positivas que ocorreram? (consequências do acompanhamento psicológico)  
 Pode dar exemplos de mudanças específicas negativas que ocorreram? (consequências do acompanhamento psicológico)  
 De que modo é que a relação terapêutica influenciou estas mudanças? (relação terapêutica)  
 Como avalia a sua capacidade de gerir os comportamentos autoagressivos? (perceção pessoal)  
 Consegue identificar estratégias aprendidas em acompanhamento psicológico que utiliza no dia-a-dia? (mudanças)  
 Que aspetos do seu comportamento autoagressivo achou difícil abordar com o seu psicólogo? Porquê? (dificuldades)  
 Há situações fora do acompanhamento psicológico que ainda considera difíceis de gerir? (dificuldades)  
 Como enfrenta possíveis situações difíceis no dia-a-dia? (dificuldades)  
 O seu acompanhamento psicológico desempenhou algum papel no término/diminuição dos seus comportamentos autoagressivos? (consequências do acompanhamento psicológico)  
 Se não, porque se mantém?

---

V. Reflexão sobre a Experiência Terapêutica

Introdução: Por último, gostaria que refletisse um pouco sobre a sua jornada terapêutica e o impacto que o acompanhamento psicológico teve na sua vida. O que seria importante destacar?

---

Perguntas: Quais considera ser os aspetos mais valiosos da sua experiência em acompanhamento psicológico? (perceção pessoal)

---

---

	Existe algo sobre o seu processo terapêutico que considera importante para a sua jornada com os comportamentos autoagressivos? (percepção pessoal) Se pudesse mudar algo no processo terapêutico, o que seria? (percepção pessoal) Há algo que a psicóloga poderia ter mudado no processo terapêutico? (percepção pessoal)
Encerramento	Perguntas: Chegámos ao fim da nossa conversa. Gostaria de saber como se sente após falar sobre a sua experiência terapêutica. Há algo que gostaria de acrescentar ou algum aspeto que acha importante que não foi abordado? Muito obrigado(a) pela sua participação e partilha.

---

## Appendix B – Socio-Demographic Questionnaire

### Informação Sociodemográfica

Idade: \_\_\_\_\_

Gênero: \_\_\_\_\_

Nível de escolaridade: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

Local de residência: \_\_\_\_\_

Estado relacional: \_\_\_\_\_

Tipos de acompanhamento psicológico recebidos: \_\_\_\_\_

Situação de acompanhamento (em acompanhamento/terminado): \_\_\_\_\_

## Appendix C - Consent Form

### Consentimento Informado

A presente investigação surge no âmbito da Dissertação de Mestrado de Psicologia Clínica, no ISPA - Instituto Universitário, realizada sob a orientação da Professora Doutora Eva Duarte. O objetivo da investigação é explorar o modo como pessoas com uma história pessoal de comportamentos autoagressivos descrevem as suas vivências e experiências terapêuticas, e o impacto que estas têm no seu bem-estar emocional. A participação solicitada consiste numa entrevista.

Os dados obtidos são totalmente confidenciais e anónimos, e serão exclusivamente utilizados nesta investigação. A participação neste estudo é estritamente voluntária, sendo que poderá interromper a sua participação em qualquer altura sem quaisquer consequências.

Ao assinar declara que aceita os termos deste consentimento, que tomou conhecimento das indicações dadas anteriormente e que aceita participar nesta investigação.

\_\_\_\_\_ (local), \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_(data)

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura:

## Appendix D – Support Resources Document

**Obrigada pela sua participação!**

**Caso necessite de algum esclarecimento no que toca à presente entrevista, pode contactar:**

**Maria Rebelo - Responsável pela investigação**

Email: [31572@alunos.ispa.pt](mailto:31572@alunos.ispa.pt)

Telefone: 913106329

**Caso sinta necessidade de falar com alguém sobre o tema anteriormente abordado, pode contactar:**

**Aconselhamento Psicológico – SNS 24:**

Telefone: 808 24 24 24

**Conversa Amiga (15:30h – 22:00h):**

Telefone: 808 237 327 | 210 027 159

**SOS Voz Amiga (15:30h – 00:30h):**

Telefone: 213 544 545

Telemóvel: 912 802 669 | 963 524 660

Email: [sosvozamiga.org](mailto:sosvozamiga.org)

**Voices Amigas de Esperança de Portugal (16:00h – 22:00h):**

Telefone: 222 030 707

**Telefone da Amizade (16:00h – 23:00h):**

Telefone: 222 080 707

**Núcleo de Estudos do Suicídio (NES) Hospital Sta Maria (11:00h – 13:00h, 2ª a 6ª):**

Email: [nesuicidio@gmail.com](mailto:nesuicidio@gmail.com)

**Voz de Apoio (21:00h – 24:00h):**

Telefone: 225 506 070

Telemóvel: 912 802 669 | 963 524 660

**Programa Nacional para a Saúde Mental:** [www.saudemental.min-saude.pt](http://www.saudemental.min-saude.pt)

**Serviço Nacional de Saúde:** [www.sns.gov.pt](http://www.sns.gov.pt)

**Direção-Geral da Saúde:** [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

**Sociedade Portuguesa de Suicidologia:** [www.spsuicidologia.com](http://www.spsuicidologia.com)

## **Appendix E - Extensive Literature Review**

### **Introduction**

Deliberate self-harm (DSH) can be characterized as the intentional act of hurting oneself, in which the individual engages in direct, culturally unacceptable, destruction of body tissue with or without suicidal intent (Fonseca et al., 2018; Guerreiro & Sampaio, 2013; Mangnall & Yurkovich, 2008). DSH can be distinguished into non-suicidal self-injury (NSSI) and suicidal behavior, such as suicide attempts (Gouveia-Pereira et al., 2022).

Suicidal thoughts and behaviors, in which DSH is conceptualized within, refers to a wide spectrum of self-injurious thoughts and actions related to the wish of ending one's life, that can differ in intent and severity, and which include suicidal ideation, suicide planning, suicide attempts and consummated suicide (Croyle & Waltz, 2007; Duarte et al., 2024; Skegg, 2005). On the other hand, NSSI can be characterized as behavior in which one purposely hurts oneself resulting in physical damage to the body without the intent of dying (Knorr et al., 2019). Examples of these behaviors include cutting, burning, scratching and self-hitting, describes self-harming behavior without suicidal intent (Orlando et al., 2015).

Although it is closely related to suicide, engaging in NSSI stems from different motivations and psychological characteristics and should therefore be properly distinguished. Although not everyone who engages in NSSI behavior attempts to commit suicide, these individuals are certainly at a higher risk for, not only attempting, but also completing it (Andover et al., 2012; Cassels & Wilkinson, 2016; Duarte et al., 2024; Gouveia-Pereira et al., 2022; Hawton et al., 2015). The current study will focus specifically on NSSI, as it differs from suicidal behaviors in both intent and clinical characteristics. In addition, its recent inclusion in

the DSM-5 as an independent diagnostic category highlights the need for understanding it as an autonomous phenomenon (American Psychiatric Association, 2022).

Regarding the occurrence of NSSI, recent data from a meta-analysis indicate that its worldwide lifetime prevalence among children and adolescents is 22.1% (Lim et al., 2019). Whereas, in the United States, the lifetime prevalence of NSSI in adulthood was 5.9% (Klonsky, 2011; Lucena et al., 2022). In Portugal, a study which included 3262 Portuguese adolescents, revealed that 20.3% reported at least one episode of NSSI within the previous year (Gaspar et al., 2019). Existing literature reveals diverse estimates of NSSI prevalence, but findings of a meta-analysis indicate that the pooled prevalence of NSSI in nonclinical samples was estimated at 17.2% in adolescents, 13.4% among young adults and 5.5% among adults (Swannell et al., 2014). Although these rates tend to be higher in adolescence, past research has shown high rates in adult samples too. For instance, according to recent data, in a sample of 385 Portuguese young adults aged between 18 and 35 years old, 23.4% have reported lifetime NSSI behavior (Gonçalves et al., 2024). Thus, the current study will focus specifically on NSSI due to its high prevalence and recent inclusion in the DSM-5 as an independent diagnostic category, highlighting the need for further research (American Psychiatric Association, 2022).

Adolescents and young adults seem to display the highest prevalence of NSSI when compared to other age groups. However, these behaviors are often carried out till late adulthood, at times even after cessation, especially in the absence of proper psychological intervention and emotional regulation skills. These cases are often the most severe and displayed with associated comorbidities (Brown & Plener, 2017). In adults, the lifetime prevalence of NSSI has been reported to be between four to six percent in the American population (Klonsky, 2011; Klonsky

et al., 2003). These metrics have stayed consistent according to a more recent study which included a sample of English adults and revealed a lifetime prevalence of four point nine percent of NSSI behavior (Liu, 2023). In regard to gender differences, women tend to engage in NSSI at a significantly higher rate than men, despite the age group differences, such that between the ages of 12 and 15, the ratio female child-to-male child is five/six to one (Guerreiro & Sampaio, 2013; Hawton et al., 2012). According to Bresin & Schoenleber (2015), women present higher rates of NSSI than men due to several emotional, social and biological factors. For example, they tend to be more ruminative, possibly leading to NSSI as a coping mechanism (He et al., 2025). Moreover, sociocultural influences, like gender expectations and social norms can also make them more vulnerable for engaging in NSSI when compared to men (Dempsey et al., 2023). Besides, biological factors such as hormonal differences may also increase their vulnerability to develop mental illness which is commonly associated to NSSI behavior (He et al., 2024; Piarulli et al., 2023).

Individuals practice NSSI for intrapersonal or interpersonal functions, being the former more prevalent in the general population, according to a meta-analysis (Kociuba et al., 2019; Taylor et al., 2018). Within intrapersonal functions, it has been found that emotional regulation plays a big role when it comes to NSSI. Individuals may engage in these behaviors as a way of dealing with and processing strong unwanted emotions such as anger, sadness, acute stress or anxiety. By doing as a way to release strong emotions they cannot express in other ways, individuals can experience a temporary sense of relief, further reinforcing the behavior (Stänicke et al., 2018).

Individuals may also engage in NSSI as a maladaptive coping mechanism (Shen et al., 2023; Stänicke et al., 2018). These behaviors are often adopted as a way of dealing with

emotions like anger, numbness and helplessness as it provides a sense of being in control over them. This emerges as individuals feel empowered by having the choice and control over when they decide to hurt themselves, as well as how to do it. In result, individuals are perceived with a sense of temporary relief, as revealed in a study with a sample of psychiatric outpatients (Shahwan et al., 2022).

Shen and colleagues (2023), in their research about the relationship between shame and self-harm behavior, found that many participants described how they engaged in NSSI as a way of punishing themselves for their shameful and guilty feelings as well as their perceived failures. These findings further support many others, highlighting the strong association between self-punishment as a meaningful function for engagement in NSSI (Edmondson et al., 2016; Kumar et al., 2004; Parfitt, 2005). Lastly, another relevant function for NSSI is anti-dissociation. Dissociative experiences can be extremely distressing as feelings of numbness and depersonalization may enhance a sense of disconnection from reality and negatively impact one's life and general wellbeing (Swannell et al., 2008). Individuals can engage in NSSI as a way of stopping the dissociative behavior (regaining control) that they might experience (Calati et al., 2017; Polskaya & Melnikova, 2020). In situations of this nature, it could be helpful for clinicians to adapt their patient's interventions for targeting this particular function, and work towards healthier alternative behavior skills and problem-solving abilities to deal with the dissociation and consequently reduce NSSI (Calvo et al., 2022).

Oftentimes, individuals will engage in NSSI as a way of signaling to others a certain emotional distress, particularly when other forms of communication fail to do so (Crouch & Wright, 2004). In fact, it has been argued that individuals might choose to communicate with these types of actions rather than verbally, due to the bigger impact that these can have in social

situations when compared to words. For instance, they might engage in NSSI to communicate their emotional distress because, socially, it will have a stronger impact than words will. In essence, “*actions speak louder than words*” (Nock, 2008). In situations like this, clinicians might want to focus on exploring this specific emotional distress or on developing healthier communication skills, aiming at ultimately reducing or ceasing the NSSI behavior.

In situations that involve difficult relational dynamics or constant conflicts, individuals might turn to NSSI as a way of coping with the negative feelings that these situations bring up. This can often happen in contexts of disempowerment, victimization, vulnerability or subordinate positions in relationships. One person might be in power over another more vulnerable, leaving them feeling victimized, to the point that they turn to self-injurious behaviors as a way of coping (Peel-Wainwright et al., 2021). In therapy, professionals can work with their patients by addressing their power-wise unbalanced or toxic relationships to reduce the NSSI and their overall wellbeing (Levesque et al., 2021).

NSSI may serve several psychological functions (Nock, 2009). The Four-Function Model of NSSI has been widely utilized for explaining both the interpersonal and intrapersonal functions of NSSI (Hepp et al., 2020). As described in Table 5, this model defines the NSSI behavior into four distinct categories which fall under within two main dimensions, the automatic/social motivations and the positive/negative reinforcement (Lloyd-Richardson et al., 2024). This model characterizes automatic negative reinforcement as the way individuals engage in NSSI to reduce or avoid certain unwanted emotions or feelings. Automatic positive reinforcement occur when the goal of the NSSI is to induce a certain emotional state, like the long for feeling something when feeling numb or empty, or to self-punish. Social negative reinforcement explains how individuals use NSSI to avoid undesired situations or tasks and

social positive reinforcement happens when an individual used NSSI to get something from others, being the most common things care and attention (Nock & Prinstein, 2004).

**Table 5**

*Four-Function Model of NSSI (Power et al., 2016)*

	Positive reinforcement	Negative reinforcement
Automatic	<p><i>Automatic-Positive reinforcement</i>  <i>Function of NSSI:</i> To create a desirable physiological state (i.e., generate feelings, not alleviate them).</p> <p>Examples: Self-punishment; Sensation seeking; Sexual gratification; Control/empowerment</p>	<p><i>Automatic-Negative reinforcement</i>  <i>Function of NSSI:</i> To alleviate tension or other negative affective states.</p> <p>Examples: Affect-regulation; Anti-dissociation; Chronic mental illness; Dissociation; Substance abuse; Reenact past trauma</p>
Social	<p><i>Social-positive reinforcement</i>  <i>Function of NSSI:</i> To gain attention or access to materials.</p> <p>Examples: Interpersonal influence; Institutional influence; Communication; Game; Friend was self-injuring</p>	<p><i>Social-negative reinforcement</i>  <i>Function of NSSI:</i> To avoid responsibilities, consequences, or interpersonal task demands.</p> <p>Examples: To hurt self instead of others; Hurt self before someone hurt you</p>

NSSI represents a significant challenge for the healthcare services as it is often associated with comorbid mental health conditions like borderline personality disorder, eating disorders and higher risk of suicide (Cipriano et al., 2017; Glenn & Klonsky, 2009). Therapeutic interventions have revealed significant efficacy in the reduction and cessation of NSSI in which the dialectic behavioral therapy and cognitive behavioral therapy are highlighted for being among the most efficient, presenting compelling evidence in the reduction of frequency and severity of NSSI, as

well as for improving emotional regulation (Glenn et al., 2019; Kamazaki & Dias, 2021; McCauley et al., 2018). Although therapeutic interventions tend to reduce NSSI behavior, specific data concerning its efficacy is still mostly scarce. There is also a need to better understand which strategies are most efficient and adaptable to patients who have a history of NSSI, considering the individual specificities of each patient, and subsequently promote more tailored approaches (Kamazaki & Dias, 2021).

Within the therapeutic settings, it is crucial to explore the role of the psychological functions of NSSI in regulating one's emotions, to better inform and guide clinicians in their chosen strategies and interventions when approaching issues of this nature (Holliday et al., 2020). Likewise, in therapy, the maladaptive coping mechanisms can be worked out and replaced with healthier strategies, further highlighting the importance of conducting research in this area to develop effective interventions focused on targeting these behaviors (Cliffe & Stallard, 2023). Thus, it is important to explore and understand the underlying functions behind the patient's NSSI, as well as the different therapeutic approaches these individuals get which will ultimately influence this behavior.

The different characteristics of one's therapy may have an impact on one's further engagement or cessation of the NSSI behavior (Moyer et al., 2024). These aspects may promote improvement or undermine it for the outcomes of the NSSI, considering their nature, and consequently, work positively for its cessation, or as a poor way to stop it (Calvo et al., 2022; Haw et al., 2023; Turner et al., 2014). For example, as shown in a systematic review, the following therapeutic characteristics were considered to have a significant influence on the therapeutic processes: therapeutic alliance, readiness for change, validation and collaboration. Within the therapeutic alliance, certain points like trust, safety, patience and a non-judgmental

approach were referred to as vital for patient engagement in the therapeutic process (Haw et al., 2023). Readiness for change was also a key factor as sometimes patients expressed ambivalence towards changing their NSSI due to fear of confronting deeper inner issues, or the loss of self-identity tied to their self-harm. They explained it was helpful when therapists were able to balance this fear by providing comfort but at the same time constructive challenges to combat these fears (Haw et al., 2023). Another systematic review that focused on the personal perspectives of recovery in individuals with a history of NSSI, emphasized the personal and multifaceted nature of NSSI recovery (Hudson et al., 2024). The authors described how a person-centered approach can be valuable to improve the patient's therapeutic experiences by validating their individual journeys and building a collaborative and non-judgmental approach. Moreover, they highlight that treatment guidelines should be focused on the patient's perspectives of recovery and foster open dialogues about personal goals and expectations.

Other aspects such as individuals feeling they were heard, not judged, and trusting their therapists were also helping characteristics for facilitating a positive therapeutic experience in adolescent patients (McAndrew & Warne, 2014; Sass et al., 2022). Additionally, adults who self-harm have indicated valuing the quality of a caring therapeutic relationship and tailored interventions adjusted to their needs (Lindgren et al., 2018).

Exploring the positive aspects of therapeutic experiences is crucial to understand what promotes growth and should currently be practiced amongst professionals. Along with that, the difficulties faced by individuals who practice NSSI when accessing and engaging with these services should also be considered, accounting for the negative impact these can have on their therapeutic journeys (McAndrew & Warne, 2014). Adolescents have expressed experiencing unfortunate therapeutic-related situations which have negatively impacted their help-seeking

journeys, after they felt ignored and disregarded when sharing their struggles with school healthcare services (McAndrew & Warne, 2014). Although this further supports the idea that poor therapeutic experiences might negatively impact and perpetuate further NSSI behavior, these specific situations were school specific incidents and not necessarily related to psychological support settings.

Supporting this point of view, Lindgren et al. (2018) described how patients have felt judged, not understood or disrespected by healthcare professionals in regard to their self-harm behavior, leaving them feeling vulnerable, powerless and further delaying their engagement with therapeutic services. In addition, people's frequent feelings of shame towards their NSSI behavior are also another important aspect to be considered, as shame has been found to be a significant barrier for the individual's journey of seeking help (Rosenrot & Lewis, 2020). In therapy, patients may experience shameful feelings, especially when they experience a setback in their NSSI behavior which can lead to reluctance to continue seeking professional help (Gray et al., 2021). Adolescents have reported negative experiences in treatment contexts in which they felt misunderstood by clinicians, felt a lack of empathy and disgust from the therapist towards their NSSI, felt forced to talk and to open up, and felt treated as a "small child" in their experiences with mental health professionals (Kelada et al., 2018). These experiences led the patients to shut down and not want to talk about their NSSI anymore. Shaw (2006) has also highlighted that adult participants displayed high awareness of the discomfort that the topic of NSSI could generate among professionals. For instance, if they felt that the therapist was uncomfortable when approaching the topic of self-injury, they became reluctant to open up and mention their NSSI.

In terms of clinical intervention, a patient's trust in the healthcare professionals, psychological wellbeing, treatment adherence, and future help-seeking behavior can be very influenced by the quality of the therapeutic encounter (Fortune et al., 2008; Mitten et al., 2016; Taylor et al., 2009). The attitudes of healthcare professionals towards NSSI are meaningful for the course of intervention, as having negative attitudes and stigmatized beliefs may hinder their ability to be empathetic and validate the patient's experiences and NSSI behavior (Law et al., 2009).

Studies have revealed that, although healthcare professionals may have specific training and certification, they often still face challenges when dealing with patients who engage in NSSI, many times due to stigma and lack of clear protocol (Yue et al., 2024). For instance, a study conducted in health clinics in Russia and Norway revealed that healthcare professionals often feel unprepared to deal with patients with this type of behavior, which can negatively influence the quality and attitudes of the care that is provided (Muehlenkamp et al., 2013; Norheim et al., 2016). Another study highlighted that the healthcare professional's attitudes and beliefs towards NSSI, shape the way they practice, which in turn affects patient outcomes. Although most of their attitudes were positive and caring, some prevalent emotions such as powerlessness, uncertainty, anger and despair towards NSSI were also noted (Pintar Babič et al., 2020).

With this, Rothes & Henriques (2018) emphasized the importance of suicide intervention training and skill-building practitioners should endure to boost their confidence and competence, thereby improving patient care. Nonetheless, it is crucial to note that most research on the attitudes of healthcare professionals towards NSSI focuses on mental health nurses and emergency care professionals and not specifically in formal mental health settings such as psychology and psychiatry clinics. Moreover, there is a scarcity of studies examining the

attitudes of healthcare professionals who work with adults who self-harm, as most research focuses on those working with adolescents.

## Appendix F – Reference Section of the Extensive Literature Review

- Andover, M. S., Morris, B. W., Wren, A., & Bruzzese, M. E. (2012). The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: Distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 11–11. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-11>
- Bresin, K., & Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.009>
- Brown, R. C., & Plener, P. L. (2017). Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Current Psychiatry Reports*, 19(3), 20. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0767-9>
- Calati, R., Bensassi, I., & Courtet, P. (2017). The link between dissociation and both suicide attempts and non-suicidal self-injury: Meta-analyses. *Psychiatry Research*, 251, 103–114. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.035>
- Calvo, N., García-González, S., Perez-Galbarro, C., Regales-Peco, C., Lugo-Marin, J., Ramos-Quiroga, J.-A., & Ferrer, M. (2022). Psychotherapeutic interventions specifically developed for NSSI in adolescence: A systematic review. *European Neuropsychopharmacology*, 58, 86–98. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2022.02.009>
- Cipriano, A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01946>
- Cliffe, B., & Stallard, P. (2023). University students' experiences and perceptions of interventions for self-harm. *Journal of Youth Studies*, 26(5), 637–651. <https://doi.org/10.1080/13676261.2022.2033187>
- Crouch, W., & Wright, J. (2004). Deliberate Self-Harm at an Adolescent Unit: A Qualitative

- Investigation. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(2), 185–204.  
<https://doi.org/10.1177/1359104504041918>
- Croyle, K., & Waltz, J. (2007). Subclinical Self-Harm: Range of Behaviors, Extent, and Associated Characteristics. *The American journal of orthopsychiatry*, 77, 332–342.  
<https://doi.org/10.1037/0002-9432.77.2.332>
- Dempsey, R. C., Fedorowicz, S. E., & Wood, A. M. (2023). The role of perceived social norms in non-suicidal self-injury and suicidality: A systematic scoping review. *PLOS ONE*, 18(6), e0286118. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0286118>
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders | Psychiatry Online*. (2025). DSM Library. <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Duarte, E., Gomes, H. S., & Gouveia-Pereira, M. (2024). Is suicidal intent present when adolescents engage in non-suicidal self-injury?: A research note. *Psychiatry Research*, 342, 116286. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116286>
- Duarte, E., Gouveia-Pereira, M., & Sampaio, D. (2019). Social Representations about the Functions of Deliberate Self-Harm from Adults and Adolescents: A Qualitative Study. *Trends in Psychology*, 27, 879–894. <https://doi.org/10.9788/TP2019.4-05>
- Edmondson, A. J., Brennan, C. A., & House, A. O. (2016). Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts. *Journal of Affective Disorders*, 191, 109–117. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.043>
- Fonseca, P. H. N. da, Silva, A. C., Araújo, L. M. C. de, & Botti, N. C. L. (2018). Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 70(3), 246–258.  
[https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1809-52672018000300017&script=sci\\_arttext](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1809-52672018000300017&script=sci_arttext)

- Fortune, S., Sinclair, J., & Hawton, K. (2008). Help-seeking before and after episodes of self-harm: A descriptive study in school pupils in England. *BMC Public Health*, 8(1), 369. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-369>
- Gaspar, S., Reis, M., Sampaio, D., Guerreiro, D., & de Matos, M. G. (2019). Non-suicidal Self-Injuries and Adolescents High Risk Behaviours: Highlights from the Portuguese HBSC Study. *Child Indicators Research*, 12(6), 2137–2149. <https://doi.org/10.1007/s12187-019-09630-w>
- Glenn, C. R., Esposito, E. C., Porter, A. C., & Robinson, D. J. (2019). Evidence Base Update of Psychosocial Treatments for Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(3), 357–392. <https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1591281>
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2009). Social context during non-suicidal self-injury indicates suicide risk. *Personality and Individual Differences*, 46(1), 25–29. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.08.020>
- Gonçalves, S., Vieira, A. I., Machado, B. C., & Bessa, C. (2024). Non-suicidal self-injury in Portuguese college students: Relationship with emotion regulation, resilience and self-compassion. *Current Psychology*, 43(9), 7877–7886. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04985-4>
- Gouveia-Pereira, M., Duarte, E., Gomes, H. S., da Silva, C. T., & Santos, N. (2022). Exploring the suicidal continuum: Deliberate self-harm diversity and severity as predictors of suicidal ideation and suicide attempts. *Psychiatry Research*, 309, 114400. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114400>
- Gray, N., Hasking, P., & Boyes, M. E. (2021). The impact of ambivalence on recovery from non-

- suicidal self-injury: Considerations for health professionals. *Journal of Public Mental Health*, 20(4), 251–258. <https://doi.org/10.1108/JPMH-07-2020-0093>
- Guerreiro, D. F., & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: Uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(2), 213–222. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.05.001>
- Haw, R., Hartley, S., Trelfa, S., & Taylor, P. J. (2023). A systematic review and meta-ethnography to explore people’s experiences of psychotherapy for self-harm. *British Journal of Clinical Psychology*, 62(2), 392–410. <https://doi.org/10.1111/bjc.12414>
- Hawton, K., Bergen, H., Cooper, J., Turnbull, P., Waters, K., Ness, J., & Kapur, N. (2015). Suicide following self-harm: Findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000–2012. *Journal of Affective Disorders*, 175, 147–151. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.062>
- Hawton, K., Saunders, K. E., & O’Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373–2382. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
- He, K., Chen, L., Fan, H., Sun, L., Yang, T., Liu, H., & Wang, K. (2025). Effects of Rumination and Emotional Regulation on Non-Suicidal Self-Injury Behaviors in Depressed Adolescents in China: A Multicenter Study. *Psychology Research and Behavior Management*, Volume 18, 271–279. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S483267>
- He, X., Huang, P., Xu, X., Yu, Q., Huang, H., Yang, P., & Yang, B. (2025). Impulsivity and non-suicidal self-injury in adolescents: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Frontiers in Psychiatry*, 16. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1586922>
- He, Y., Wei, Y., Wang, Y., Liang, F., & Ma, T. (2024). A cross-sectional study of non-suicidal

- self-injury in adolescent depression: Association with demographic characteristics and physiological indicators. *Frontiers in Psychiatry*, 15.
- <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1359400>
- Hepp, J., Carpenter, R. W., Störkel, L. M., Schmitz, S. E., Schmahl, C., & Niedtfeld, I. (2020). A systematic review of daily life studies on non-suicidal self-injury based on the four-function model. *Clinical psychology review*, 82, 101888.
- <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101888>
- Holliday, R., Brennan, C., & Cottrell, D. (2020). Understanding Adolescents' Experiences of Self-Harm: Secondary Analysis of Family Therapy Sessions from the SHIFT Trial. *Archives of Suicide Research*, 24(sup1), 190–203.
- <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1501448>
- Hudson, E., Hemmings, B., Hartley, S., & Taylor, P. (2024). A systematic review and meta-ethnography exploring personal perspectives of recovery among those with lived experience of non-suicidal self-injury. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 97(4), 686–705. <https://doi.org/10.1111/papt.12552>
- Kamazaki, D. F., & Dias, A. C. G. (2021). Intervenções para autolesão não suicida: Uma revisão sistemática da literatura. *Contextos Clínicos*, 14(1), 228–251.
- <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/259285/001168613.pdf?sequence=1>
- Kapur, N., Cooper, J., O'Connor, R. C., & Hawton, K. (2013). Non-suicidal self-injury v. attempted suicide: New diagnosis or false dichotomy? *The British Journal of Psychiatry*, 202(5), 326–328. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.116111>
- Kelada, L., Hasking, P., Melvin, G., Whitlock, J., & Baetens, I. (2018). “I Do Want to Stop, At Least I Think I Do”: An International Comparison of Recovery From Nonsuicidal Self-

- Injury Among Young People. *Journal of Adolescent Research*, 33(4), 416–441.  
<https://doi.org/10.1177/0743558416684954>
- Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: Prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*, 41(9), 1981–1986. <https://doi.org/10.1017/S0033291710002497>
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate Self-Harm in a Nonclinical Population: Prevalence and Psychological Correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1501–1508. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1501>
- Knorr, A. C., Ammerman, B. A., Hamilton, A. J., & McCloskey, M. S. (2019). Predicting status along the continuum of suicidal thoughts and behavior among those with a history of nonsuicidal self-injury. *Psychiatry Research*, 273, 514–522.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.067>
- Kociuba, S. K., Owens, C. A., Hagan, C. R., & Muehlenkamp, J. J. (2019). *Interpersonal and intrapersonal functions of NSSI*. <https://minds.wisconsin.edu/handle/1793/79949>
- Kumar, G., Pepe, D., & Steer, R. A. (2004). Adolescent Psychiatric Inpatients' Self-Reported Reasons for Cutting Themselves. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(12), 830. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000146737.18053.d2>
- Law, G. U., Rostill-Brookes, H., & Goodman, D. (2009). Public stigma in health and non-healthcare students: Attributions, emotions and willingness to help with adolescent self-harm. *International Journal of Nursing Studies*, 46(1), 108–119.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.08.014>
- Levesque, C., Lafontaine, M.-F., Lonergan, M., & Bureau, J.-F. (2021). Young women with and

- without non-suicidal self-injury: A comparison of romantic relationship functioning. *European Review of Applied Psychology*, 71(3), 100668.  
<https://doi.org/10.1016/j.erap.2021.100668>
- Lim, K.-S., Wong, C. H., McIntyre, R. S., Wang, J., Zhang, Z., Tran, B. X., Tan, W., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2019). Global Lifetime and 12-Month Prevalence of Suicidal Behavior, Deliberate Self-Harm and Non-Suicidal Self-Injury in Children and Adolescents between 1989 and 2018: A Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22), Artigo 22. <https://doi.org/10.3390/ijerph16224581>
- Lindgren, B.-M., Svedin, C. G., & Werkö, S. (2018). A Systematic Literature Review of Experiences of Professional Care and Support Among People Who Self-Harm. *Archives of Suicide Research*, 22(2), 173–192. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1319309>
- Liu, R. T. (2023). The epidemiology of non-suicidal self-injury: Lifetime prevalence, sociodemographic and clinical correlates, and treatment use in a nationally representative sample of adults in England. *Psychological Medicine*, 53(1), 274–282.  
<https://doi.org/10.1017/S003329172100146X>
- Lloyd-Richardson, E. E., Baetens, I., & Whitlock, J. L. (2024). *The Oxford Handbook of Nonsuicidal Self-Injury*. Oxford University Press.  
<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780197611272.013.10>
- Lucena, N. L., Rossi, T. A., Azevedo, L. M. G., & Pereira, M. (2022). Self-injury prevalence in adolescents: A global systematic review and meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 142, 106634. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106634>
- Mangnall, J., & Yurkovich, E. (2008). A Literature Review of Deliberate Self-Harm. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44(3), 175–184. <https://doi.org/10.1111/j.1744->

[6163.2008.00172.x](#)

- McAndrew, S., & Warne, T. (2014). Hearing the voices of young people who self-harm: Implications for service providers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(6), 570–579. <https://doi.org/10.1111/inm.12093>
- McCauley, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, K., Avina, C., Hughes, J., Harned, M., Gallop, R., & Linehan, M. M. (2018). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents at High Risk for Suicide: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 75(8), 777. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1109>
- Mitten, N., Preyde, M., Lewis, S., Vanderkooy, J., & Heintzman, J. (2016). The perceptions of adolescents who self-harm on stigma and care following inpatient psychiatric treatment. *Social Work in Mental Health*, 14(1), 1–21. <https://doi.org/10.1080/15332985.2015.1080783>
- Moyer, M., Haiyasoso, M., & Novoa, S. (2024). Experiences and Interactions Young Adults Who Participate in Non-Suicidal Self-Injury Perceive as Helpful and Unhelpful. *Journal of Professional Counseling: Practice, Theory & Research*. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15566382.2023.2235959>
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Quigley, K., Prosser, E., Claes, S., & Jans, D. (2013). Association of Training on Attitudes Towards Self-Injuring Clients across Health Professionals. *Archives of Suicide Research*, 17(4), 462–468. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.801815>
- Nock, M. K. (2008). Actions speak louder than words: An elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors. *Applied and Preventive Psychology*, 12(4), 159–168. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2008.05.002>

- Nock, M. K. (2009). Why do People Hurt Themselves? New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury. *Current directions in psychological science*, 18(2), 78–83. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x>
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885–890. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>
- Norheim, A. B., Grimholt, T. K., Loskutova, E., & Ekeberg, O. (2016). Attitudes toward suicidal behaviour among professionals at mental health outpatient clinics in Stavropol, Russia and Oslo, Norway. *BMC Psychiatry*, 16, 268. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0976-5>
- Orlando, C. M., Broman-Fulks, J. J., Whitlock, J. L., Curtin, L., & Michael, K. D. (2015). Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Self-Injury: A Taxometric Investigation. *Behavior Therapy*, 46(6), 824–833. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.01.002>
- Parfitt, A. (2005). On aggression turned against the self. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 19(2), 160–173. <https://doi.org/10.1080/02668730500115127>
- Peel-Wainwright, K.-M., Hartley, S., Boland, A., Rocca, E., Langer, S., & Taylor, P. J. (2021). The interpersonal processes of non-suicidal self-injury: A systematic review and meta-synthesis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(4), 1059–1082. <https://doi.org/10.1111/papt.12352>
- Piarulli, F. M., Margari, A., Margari, F., Matera, E., Croce, F., Furente, F., Gabellone, A., & Petruzzelli, M. G. (2023). Do Cortisol and Dehydroepiandrosterone Influence Motivational Factors for Non-Suicidal Self-Injury in Female Adolescents? *Journal of Clinical Medicine*, 12(5), Artigo 5. <https://doi.org/10.3390/jcm12051924>
- Pintar Babič, M., Bregar, B., & Drobnič Radobuljac, M. (2020). The attitudes and feelings of

- mental health nurses towards adolescents and young adults with nonsuicidal self-injuring behaviors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14(1), 37.  
<https://doi.org/10.1186/s13034-020-00343-5>
- Polskaya, N. A., & Melnikova, M. A. (2020). Dissociation, trauma and self-harm. *Konsul'tativnaia psikhologiya i psikhoterapiia*, 28(1), 25–48.  
<https://doi.org/10.17759/cpp.2020280103>
- Power, J., Smith, H., & Beaudette, J. (2016). Examining Nock and Prinstein's Four-Function Model With Offenders Who Self-Injure. *Personality disorders*, 7.  
<https://doi.org/10.1037/per0000177>
- Rosenrot, S. A., & Lewis, S. P. (2020). Barriers and responses to the disclosure of non-suicidal self-injury: A thematic analysis. *Counselling Psychology Quarterly*, 33(2), 121–141.  
<https://doi.org/10.1080/09515070.2018.1489220>
- Roths, I., & Henriques, M. (2018). Health Professionals Facing Suicidal Patients: What Are Their Clinical Practices? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 1210. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061210>
- Sass, C., Brennan, C., Farley, K., Crosby, H., Rodriguez Lopez, R., Romeu, D., Mitchell, E., House, A., & Guthrie, E. (2022). Valued attributes of professional support for people who repeatedly self-harm: A systematic review and meta-synthesis of first-hand accounts. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(2), 424–441.  
<https://doi.org/10.1111/inm.12969>
- Shahwan, S., Zhang, Y., Sambasivam, R., Ong, S. H., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2022). A qualitative study of motivations for non-suicidal self-injury in a sample of psychiatric outpatients in Singapore. *Singapore Medical Journal*, 63(12), 723.

<https://doi.org/10.11622/smedj.2021161>

Shaw, S. N. (2006). Certainty, Revision, and Ambivalence: A Qualitative Investigation into Women's Journeys to Stop Self-Injuring. *Women & Therapy, 29*(1–2), 153–177.

[https://doi.org/10.1300/J015v29n01\\_08](https://doi.org/10.1300/J015v29n01_08)

Shen, Y., Hu, Y., Zhou, Y., & Fan, X. (2023). Non-suicidal self-injury function: Prevalence in adolescents with depression and its associations with non-suicidal self-injury severity, duration and suicide. *Frontiers in Psychiatry, 14*.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1188327>

Skegg, K. (2005). Self-harm. *The Lancet, 366*(9495), 1471–1483. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67600-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67600-3)

Stänicke, L. I., Haavind, H., & Gullestad, S. E. (2018). How Do Young People Understand Their Own Self-Harm? A Meta-synthesis of Adolescents' Subjective Experience of Self-Harm. *Adolescent Research Review, 3*(2), 173–191. <https://doi.org/10.1007/s40894-018-0080-9>

Swannell, S., Martin, G., Page, A., Hasking, P., & John, N. (2014). Prevalence of Nonsuicidal Self-Injury in Nonclinical Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. *Suicide & life-threatening behavior, 44*. <https://doi.org/10.1111/sltb.12070>

Swannell, S., Martin, G., Scott, J., Gibbons, M., & Gifford, S. (2008). Motivations for Self-Injury in an Adolescent Inpatient Population: Development of a Self-Report Measure. *Australasian Psychiatry, 16*(2), 98–103. <https://doi.org/10.1080/10398560701636955>

Taylor, P. J., Jomar, K., Dhingra, K., Forrester, R., Shahmalak, U., & Dickson, J. M. (2018). A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *Journal of Affective Disorders, 227*, 759–769. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.073>

Taylor, T. L., Hawton, K., Fortune, S., & Kapur, N. (2009). Attitudes towards clinical services

among people who self-harm: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 194(2), 104–110. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.046425>

Turner, B. J., Austin, S. B., & Chapman, A. L. (2014). Treating Nonsuicidal Self-Injury: A Systematic Review of Psychological and Pharmacological Interventions. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 576–585. <https://doi.org/10.1177/070674371405901103>

Yue, L., Zhao, R., Zhuo, Y., Kou, X., & Yu, J. (2024). Experiences and attitudes of psychiatric nurses in caring for patients with repeated non-suicidal self-injury in China: A qualitative study. *BMC Psychiatry*, 24(1), 629. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06064-9>

## Appendix G – Categorical Grid of The Pre-Category A: NSSI Characterization

Categories	Sub-categories	Sub-subcategories	Recording Units
A.1. Association with suicidal thoughts and behaviors References to the association between NSSI, suicidal thoughts and behaviors	A.1.1. Suicidal behavior	References to suicide attempts or actions, intending to end one's life.	<p>"Depois houve uma tentativa de suicídio." (EK)</p> <p>"...tentativa de suicídio..." (EK)</p> <p>"E também a duas tentativas de suicídio." (EJ)</p> <p>"As tentativas de suicídio, foram só essas no nono ano." (EJ)</p> <p>"E quando parei de sentir esse alívio foi quando fiz as duas tentativas de suicídio. Que não resultaram, né? Mas ao mesmo tempo essas tentativas de suicídio abriram um pouco... Tipo, não é? Como é que eu digo? Basicamente que abriram que tipo, "ok, isto não está correto e não devia estar a fazer isto". (EJ)</p> <p>"Eu tentei me suicidar quando tinha treze anos, tomei uma data de comprimidos, fizeram uma lavagem ao estômago e a partir daí fui acompanhada, ok." (EG)</p> <p>"Foi uma tentativa de suicídio falhada fez-me ver que eu precisava mesmo de ajudar a sério." (EF)</p> <p>"Cheguei a tentar o suicídio também quatro vezes." (EE)</p> <p>"O resto foi em comprimidos, pronto. Mas foi em tentativas de suicídio." (EE)</p> <p>"E na altura eu não queria isso e agora na minha cabeça, porque é que eu na altura queria tanto tirar uma coisa tão boa e agora luto para isso? Basicamente parece que foi um castigo." (EE)</p> <p>"...tentativas de suicídio." (ED)</p>
	A.1.2. Suicidal ideation	References to thoughts, plans or wishes to end one's life.	<p>"...ideação suicida..." (EK)</p> <p>"Também foi quando cresceu a ideiação suicida." (EK)</p> <p>"Isso e a ideiação suicida." (EK)</p> <p>"Sem o plano. Mas era uma coisa que consumia todos os teus pensamentos no dia. Praticamente. Tipo, olhavas para fora da janela e não conseguias não pensar nisso." (EK)</p> <p>"...tentativa de suicídio..." (EJ)</p> <p>"...poder acabar com a minha vida" (EI)</p> <p>"...eu romantizava essa questão de, por exemplo, numa banheira, afogar-me de alguma maneira ou assim." (EI)</p> <p>"Não a parte de me magoar, porque eu já sabia que era errada e que não me levava a lado nenhum, mas a parte de ideiação suicida. Isso sim, vinha com mais recorrência." (EI)</p> <p>"E hoje em dia, apesar de sentir que essa parte está bem resolvida, se estiver num momento muito aflitivo de aperto, acho que o meu primeiro raciocínio é vou sair daqui e desaparecer. Com suicídio, não é desaparecer para a Rússia." (EI)</p> <p>"...eu é que tive pensamentos suicidas, eu é que sei como é que é" (EG)</p> <p>"Eu já tinha pensamentos suicidas e autolesivos desde a infância, muito jovem." (EF)</p> <p>"Eu hoje não entendo porque é que eu fazia tal coisa, porque é que me magoava mesmo a</p>

		<p>mim mesma, porque é que tinha vontade de... tirar a vida" (EE)</p> <p>"ideação suicida" (ED)</p> <p>"ideação suicida" (ED)</p> <p>"um dos meus livros favoritos na altura, e eu li-o demasiado cedo, era o Por 13 razões. E de ela deixar as cassetes e dizer as razões pelas quais se suicidou. E eu romantizava muito isso na minha cabeça porque não só sentia que me iria dar liberdade de poder acabar com a minha vida" (EI)</p> <p>"A falta de vontade de viver basicamente." (EC)</p> <p>"...quando tinha as taquicardias e quando tinha aquelas coisas que me vinham, vinham-me ideias de suicídio." (EB)</p> <p>"tinha muitas ideias de suicídio" (EB)</p> <p>"eu queria fazer que nem um espantalho, varrer daqui de cima, vai-te embora, vai-te embora." (EB)</p> <p>"realmente eu tinha ideias pretas" (EB)</p>
<p>A.2. Interpersonal risk/predisposing factors References to challenging interactions with others that made them vulnerable to engage in NSSI.</p>	<p>A.2.1. Family conflicts References to family confrontations which contributed to NSSI.</p>	<p>"...principalmente questões familiares, questões de relações interpessoais e gestão de emoções..." (EK)</p> <p>"Principalmente questões a nível da autoestima. Muito... como é que eu hei de explicar? Muito a nível das relações interpessoais familiares, principalmente." (EK)</p> <p>"Não era uma casa emocionalmente segura." (EK)</p> <p>"Eu sentia-me muito injustiçada pela minha família. Pelas dinâmicas familiares. Sentia-me sobrecarregada com o peso das dores de toda a gente." (EK)</p> <p>"...eu sentia que eu estava a ser negligenciada emocionalmente, psicologicamente. E estar a pedir ia ser motivo de escrutínio ou de questionamento incessante e isso era uma coisa que eu não queria ter que lidar, não queria ter que justificar a dor, a dor psicológica, a tristeza, para ter ajuda." (EK)</p> <p>"E os meus pais sempre foram muito agarradinhos ao dinheiro, então isso depois era outro assunto que eu não queria perturbar." (EK)</p> <p>"Não de ser o centro das atenções, como foi acusado muitas vezes, mas era tipo pedir ajuda." (EK)</p> <p>"...a relação com os meus pais sempre foi uma merda." (EK)</p> <p>"E eu comecei a ver padrões na minha família que antes eu não tinha noção. E comecei a comparar com experiências dos meus amigos e ficar tipo, a família disfuncional, pa cacete, como assim?" (EK)</p> <p>"Enquanto que os meus pais, tipo, empurraram-me à parede e ficaram tipo, "qual é o teu problema?" (EK)</p> <p>"Foi durante uma situação mais específica, mas é uma situação que ocorre desde criança, basicamente. Que é... Como é que eu explico? A situação vem a partir do meu pai, mais por aí." (EJ)</p> <p>"...ele tem uma maneira de falar que não é muito boa. Que, por exemplo, pode acontecer que nós estamos assim a falar, eu estou com o telefone na mão e faço assim com o</p>

---

telefone escorregou. E foi sem querer, obviamente. Para ele não foi sem querer. Para ele até pode ser de sem querer, mas... começam a mandar vir de uma maneira muito bruta." (EJ)

"E chama nomes, não nomes maus, quero dizer todos os nomes são maus de qualquer maneira, não vou estar a desculpar isso." (EJ)

"Mas, por exemplo, uma das situações, posso fazer mais específico uma das situações, que eu acho que tinha 9 anos, 8 ou 9 anos, qualquer coisa, e tínhamos aqueles rádios mais antigos em casa, e o rádio para ligar e para desligar é o botão de volume. Pronto, e agora sei né, na altura não sabia. Que para ligar, viras, que vai juntamente com o volume, porque aquilo faz um tuc, e depois faz o volume, e depois desligar viras ao contrário, e aquilo faz outra vez um tuc para desligar. E eles pediram para desligar o rádio, que estava a tocar em casa. E eu fui, puxei para um lado, ah espera, não é assim, puxei para o outro. Ou seja aquilo aumentou de volume rapidamente e eu baixei outra vez. Basicamente, ele saiu e começou a gritar na minha cara a dizer, a tua cabeça serve para o quê?" (EJ)

"Nem para usar chapéu serve. Ai! Chapéu, serve, coisas assim. E eu como vou procurar... Ah, fogo, está difícil." (EJ)

"E outro mais recente, recente no mês passado, foi outro dos momentos em que... foi uma situação que poderia ter sido completamente resolvida de outra maneira, mas pronto, pessoas são pessoas, que basicamente eu tinha um espetáculo, que os bilhetes tinham sido comprados para mim. Entrevistador: Ah, ias ver o espetáculo? Participante: Ia ver o espetáculo, sim. Com os bilhetes que tinham sido comprados para mim, que eu e o ver juntamente, neste caso tinha sido a minha mãe que me tinha oferecido, que era uma coisa que nós já queríamos ver há algum tempo. E tinha o meu pai que tinha vindo, nesse fim de semana. E começou com uma história de... "Ah, vão-me deixar sozinho nesta casa". Venho cá para estar sozinho. E a minha mãe ficou ali no meio. Vou ou não? E eu estava a dizer-lhe, mas tu compraste bilhetes? Vais estar a gastar dinheiro, não sei agora quanto é que foi, mas o dinheiro, desperdiçado, porque não vai mais ninguém, e se eu o convidar a alguém, eu não vou pedir a essa pessoa o dinheiro, não é? Parece mau. Estou-te a convidar e estou-te a pedir o dinheiro de volta. Ou ficas com ele? Como é que é? E passámos nisto, uma semana inteira, disto. Decide-te, praticamente, o que levou-me a ficar irritada, eu quando estou irritada também choro, o que não ajuda." (EJ)

"E foi uma das coisas que eu tinha tido uma discussão com ela antes." (EJ)

"...da parte da minha família, que nessa altura era crianças, não é? Da parte da minha família não dava para eu procurar sem ser julgada mais por aí, porque a minha família, mais a parte do meu pai é muito de... eu estou em Psicologia, o é engraçado de... os psicólogos são para malucos, pronto..." (EJ)

"...os meus pais falharam aqui, ou acolá, eles não estiveram lá para mim..." (EI)

"...compreender os motivos pelos quais os fiz, e não num ponto de vista narcisista que às vezes obtemos por parte dos nossos familiares de, fizeste isto, o que é que eu fiz de mal para agora tu fazeres disto, e às vezes é só, não tem a ver com os outros, tem a ver

---

---

conosco." (EI)

"A minha mãe, ela está viva, mas eu não tenho contacto nenhum com ela." (EG)

"...é só a questão de lidar com uma criança neurodivergente, sendo eles próprios adultos neurodivergentes não diagnosticados, sem as ferramentas para, e a frustração, acabar por se tornar comportamentos violentos e abusivos." (EF)

"...também vivia num ambiente familiar e social instável e com muitos elementos traumáticos, incluindo abuso sexual na infância, abusos físicos e psicológicos por parte de pessoas que deviam cuidar de mim." (EF)

"Mas, ao mesmo tempo, tratavam-me bem. Ou seja, os básicos eram mantidos. Alimentação, saúde, vestir-me, ir à escola e tudo mais. E até carinho até certo ponto. Mas também eram as mesmas pessoas que tratavam de mim que tinham uns comportamentos abusivos em relação a mim." (EF)

"Tinha tido uma discussão, acho que foi com o meu pai." (EE)

"Não. Não foi, na altura não foi. E a minha mãe foi mais compreensível do que o meu pai. O meu pai não aceitava porque é que eu fazia tal coisa." (EE)

"Muitas vezes era com os meus pais, as discussões que eu tinha com eles, que não era nada de especial, mas na minha cabeça eram uma coisa assim do outro mundo." (EE)

"...problemas familiares..." (ED)

"Eu tinha muitos problemas familiares em casa com a minha mãe." (ED)

"Tinha muitos problemas em casa com a minha mãe." (ED)

"As coisas não estavam a correr bem em casa." (ED)

"...eu nunca tive uma abertura muito grande com a minha irmã mais nova, nem os meus outros irmãos." (EB)

"A minha irmã mais nova faz conta que é a ovelha negra da família." (EB)

"...ela é tão... Apanhou o carácter do meu pai. É uma cabeça dura. A gente está sempre de pé atrás com ela. Quando ela diz qualquer coisa, a gente está sempre desconfiada." (EB)

"Quando não precisa, passam-se meses sem a gente falar." (EB)

"...o meu pai era muito cabeça dura." (EB)

"E ele é o pai que eu nunca tive." (EB)

"Eu fui casada com um marroquino aqui, né? Eles lá, Alá, Alá, nem Acá, nem Acá.

Porque eles para maltratarem as mulheres..." (EB)

"Mas um dia dentro de um pontapé, vai lá até com Alá ou com Acá. Porque já não estava certo" (EB)

"Eu não posso mais ver à minha frente. Dá, arruma as tuas malas de lado, vai-te embora daqui para fora." (EB)

"Só que depois o nosso casal acabou por ir abaixo porque eu, eu é que já não o suportava mais." (EB)

"...a minha relação com os meus pais. Que era muito complicado." (EC)

"...apesar de estar melhor na relação com os meus pais, às vezes traz situações em que eu não sei bem lidar. e ainda me deixo afetar muito, mas acho que é basicamente isso." (EC)

---

	<p>"Sei que fiquei mesmo bué magoada. Porque eu e a minha avó nunca discutimos. Acho que foi a única vez que nós discutimos. A única vez na vida. E eu fiquei mesmo muito magoada." (EA)</p> <p>"Sinto que a minha família é sempre a questão mais difícil para mim de gerir e é que me dá mais triggers em geral." (EA)</p> <p>"...porque os meus pais iam separar." (EA)</p> <p>"...também havia questões com o meu irmão. O meu irmão é toxicodependente. E muitas questões familiares estavam naquela altura a ser... Estava a acontecer muita coisa a nível de familiares. Então eu não estava muito bem. Estava a lidar muito mal. Entrei mesmo na depressão. Um episódio depressivo." (EA)</p>
<p><b>A.2.2. Loss and grief</b> References to significant losses and associated grieving process as a factor increasing vulnerability to engage in NSSI.</p>	<p>"Tinha uma pessoa muito querida a mim, doente, com cancro. Ela faleceu no mês seguinte." (EK)</p> <p>"Quando faleceu um tio meu. E um tio e um amigo, na verdade." (EJ)</p> <p>"...eu agora quando eu perdi a minha casa..." (EG)</p> <p>"Pronto, eu perdi os meus pais." (EG)</p> <p>"O meu pai já faleceu." (EG)</p> <p>"E isto parece que não, mas na sociedade e nos comportamentos que eu tenho, por exemplo, com amigos, nas coisas normais, uma família... Quando nós lidamos, quando nós temos perdas, vamos imaginar assim, sou uma pessoa que é, e eu tenho isso imensas vezes com os meus amigos. Tenho amigos meus que têm problemas com os pais, com não sei o quê, e eles têm imensos problemas psicológicos, e eu penso assim, agora imagina uma pessoa que cresceu sozinha, passou fome." (EG)</p> <p>"Eu, quando eu perdi a casa... Foi muito... Foi horrível. E pensava..." (EG)</p> <p>"...perdi a minha casa..." (EG)</p> <p>"E eu decidi eliminar esta relação tóxica no meio de ter perdido a minha casa." (EG)</p> <p>"...morte de um familiar." (EF)</p> <p>"A doença declarou-se, seguindo depois à morte do meu pai..." (EB)</p> <p>"...o meu pai morreu subitamente em 2002..." (EB)</p> <p>"...ele faleceu em 2002, sim, faleceu em 2002. Morreu de um dia para o outro." (EB)</p> <p>"Teve um AVC" (EB)</p> <p>"Está nos cuidados intensivos, mas não temos grande esperança." (EB)</p> <p>"Depois foi a morte do meu pai." (EB)</p> <p>"...onde eu trabalhava, a empresa faliu." (EB)</p> <p>"...minha querida mãe, que nem a vi falecer." (EB)</p> <p>"Aí é que eu me senti culpada de não poder fazer nada pela minha querida mãe..." (EB)</p>
<p><b>A.2.3. Peer conflicts</b> References to family disagreements which contributed to NSSI.</p>	<p>"Foi mais, não em bullying, mas mais em desentendimentos causados por outra pessoa que não tinha nada a ver, mas caiu por cima de mim." (EJ)</p> <p>"Dos acontecimentos que andavam à volta." (EJ)</p> <p>"...certo tipo de coisas entre amigos, que às vezes posso dizer que não são amigos, ou algumas pessoas, mais conhecidos, mais por aí, que amigos por acaso não é uma coisa. Às</p>

---

A.2.4. Social exclusion/rejection  
References to experiences of feeling  
excluded or rejected by peers and family  
members contributing to NSSI  
engagement.

---

vezes podiam fazer certo tipo, eu vou dizer piadas, mas não tinha piada nenhuma..." (EJ)  
"...isso começou a manifestar-se bastante mais e na altura havia uma pessoa com quem eu  
tinha uma relação de dependência muito, muito, muito forte. E houve um acontecimento  
que, na verdade, não foi nada de especial, mas que me fez repensar a forma como esta  
pessoa se sentia em relação a mim." (EH)  
"Às vezes na escola, por alguma coisa que corresse mal..." (EE)  
"...problemas com amigos..." (ED)  
"Tinha problemas na escola também." (ED)  
"As coisas não estavam a correr bem na escola com colegas de turma." (ED)  
"Estava a ter muitos problemas com amigos. Estava a ser mesmo caótico." (EA)  
"As coisas não estavam muito bem com as colegas e assim." (EA)

---

"...lembro-me de ficar, tipo, eles nem sequer reparam." (EK)  
"Eu estou na merda, eles não reparam. Eu comecei-me a automutilar e, tipo, eles nem  
sequer reparam, eles não querem saber, etc, etc." (EK)  
"Eu acho que naquela altura eu era uma menina tão mal-amada que eu precisava que  
gostassem de mim." (EK)  
"Nessa altura eu estava a sofrer de bullying, muitos pensamentos negativos." (EJ)  
"Sentimento de não pertencer a lado nenhum." (EJ)  
"Também porque tive, durante essa altura, do 8º, 9º ano, também, por exemplo, em minha  
casa não se estava a prestar atenção a mim, basicamente, porque o meu pai trabalha fora  
do país, por isso só está de vez em quando, basicamente não está na fotografia." (EJ)  
"E a minha mãe estava mais preocupada com o meu irmão por ter de ser internado com  
anorexia, por isso, basicamente, nessa altura estava um pouco posto de lado, porque ele  
era a importância naquela altura. O que também fez com que eu conseguisse esconder  
muito mais facilmente." (EJ)  
"A única coisa foi que a cena de...como não tinha pessoas que conseguissem prestar  
atenção a mim naquela altura, dava para eu fazer mais facilmente, mais por aí." (EJ)  
"Basicamente, o que pensava na altura do comportamento é aquilo que eu pensava antes  
de fazer o comportamento. Que é eu sentir os sentimentos não para pertencer a lado  
nenhum. Não sou bem-vinda aqui." (EJ)  
"...situações de bullying." (EJ)  
"Não me sentia propriamente dentro da turma da maneira que eu gostava de ter os amigos  
que eu queria." (EI)  
"Sofria algum bullying." (EI)  
"...o bullying que eu recebia." (EI)  
"E que me fez pensar que talvez esta pessoa não quisesse saber de mim de todo." (EH)  
"E também às vezes é muito difícil porque inevitavelmente há sempre a comparação com  
as pessoas à nossa volta. E eu sinto que sou muito diferente das pessoas à minha volta,  
que as pessoas estão a ter experiências completamente diferentes." (EH)  
"...eu fui abandonada pelos meus pais." (EG)

---

---

A.2.5. Social influences to initiate NSSI  
References to direct social modeling (peers) or media influences (movies) to engage in NSSI.

"...abandono dos meus pais..." (EG)

"Foi o abandono." (EG)

"...eu não fui adotada." (EG)

"...eu trabalhei num sítio onde sofri de bullying." (EG)

"Da mesma forma que quase toda a gente tinha professores e outros colegas, bullying.

Sempre as interações com outras pessoas sempre foram muito... difíceis." (EF)

"Normalmente o gatilho seria sempre uma situação social em particular. Uma rejeição, uma pessoa que seria mais uma prova de que realmente eu não conseguia encaixar-me ou fazer as coisas resultarem." (EF)

"...senti um pouco desiludida porque pensei, oh não agora vou ter de encontrar outra psicóloga porque já andava à procura de uma psicóloga há algum tempo..." (ED)

"...então fiquei um pouco desiludida e pensei, agora vou ter de procurar outra vez mas depois no fim a doutora acabou por aceitar e trabalhar comigo." (ED)

"Nós não temos meios de te enviar para a faculdade." (EB)

"...andei à procura de emprego, não encontrei." (EB)

"...eu expliquei-lhe, expliquei-lhe, mas o meu cunhado não se interessa muito por essas coisas." (EB)

"Começou quando eu era mais nova e eu fui vítima de bullying..." (EA)

---

"Foi uma coisa que começou um bocadinho por curiosidade, eu diria, porque eu reparei que a minha prima começou a ter esse tipo de comportamentos, eu e a minha prima éramos muito próximas, andávamos na mesma escola e eu notei que ela começou a ter esse tipo de comportamentos e foi uma coisa que me confundiu na altura, eu não percebia qual era o objetivo e então decidi experimentar para saber exatamente qual era o que é que esse tipo de comportamentos lhe trazia." (EH)

"...foi a tal questão de eu começar a pensar na minha prima e pensar o que é que será , porque é que será que ela faz isto, o que é que será que isto lhe traz. E foi daí que surgiu essa curiosidade e na verdade foi..." (EH)

"...a ideia do comportamento não vem do nada. A ideia de fazer um comportamento autolesível não vem do nada. Tem de existir alguma coisa que eu tivesse visto que fez com que eu tivesse visto esse tipo de comportamento também. Por isso, muito possivelmente, foi de qualquer coisa que eu vi que naquela altura... Ok, deixa eu ver se isto dá para me aliviar." (EJ)

"...e também porque na altura romantizava-se muito isso e as imagens que eu via, etc, então quase que fazia sentido essa sofrência, de certa forma, ser aquela rapariga misteriosa que faz esse tipo de coisa, só que era problemático de igual forma." (EI)

"Tumblr..." (EI)

"E acho que também aquilo que eu consumia na altura fosse a nível de leitura de filmes, etc, também me levou um bocadinho esse caminho. É um bocadinho específico da nossa geração, mas eu venho de uma geração que era muito comum termos Tumblr e na altura o Tumblr tinha muitos conteúdos desse género, sem qualquer tipo de regulação, portanto, eu

---

---

#### A.2.6. Social isolation

References to a lack of social connection and intense isolating feelings as factors increasing vulnerability to engage in NSSI.

---

via muita coisa que ia levar a ideias suicidas ou a automutilação, etc. Portanto, foi fácil de eu enveredar por esse caminho." (EI)

"Eu acho que descobri isso no Tumblr." (EK)

"O Tumblr era uma grande coisa e não havia aquela proteção de conteúdos nem nada que há hoje. Tu vias literalmente tudo." (EK)

"E eu entrei num rabbit hole do Tumblr porque já estava sofrida com outras questões." (EK)

"Mas, foi o ter ido para o Tumblr, o ter tido contacto com uma realidade no Tumblr que validava este sofrimento psicológico," (EK)

"Era tipo modinha. Tipo, "oh meu Deus, eu amo esta pessoa, quero o nome dela para sempre". Tipo, na minha coxa, assim, estás a ver? Fangirling hardcore. Lembro-me de ficar tipo, yeah, ok, sure, vou fazer aqui as iniciais da minha cantora favorita, mas não foi uma coisa muito a sério. Nem foi com intuito de autolesão. Foi só tipo, isto é estranho, sure." (EK)

"Lembro-me que houve uma vez na escola em que haviam umas miúdas que estavam tipo a escrever, ou a arranhar, digamos assim. Arranharem com um bocadinho mais de força o nome do ídolo." (EK)

---

"...o isolamento era muito grande lá em cima." (EK)

"Mas eu estava sozinha e tudo o que aconteceu foi naquela direção e eu acompanhei." (EK)

"...não tinha falado com ninguém nessas alturas." (EJ)

"Estava em casa, tinha voltado da escola, não tinha ninguém em casa. E foi instinto, praticamente." (EJ)

"Que basicamente era uma criança a precisar de ajuda e não tinha onde pedir." (EJ)

"...não tinha a coragem de ir ter com ela, sabendo o que se estava a passar, com tudo o que se estava a passar à volta dela, neste caso com o meu irmão." (EJ)

"Sabia que se fosse para lá seria mais um peso, mais por aí." (EJ)

"...acaba por ser um bocadinho uma jornada solitária, mesmo tendo lá a terapeuta. Pronto, é uma coisa que temos de pensar sozinhos e fazer assim." (EI)

"Lembro-me que estava em casa, estava sozinha, estava no meu quarto..." (EH)

"Provavelmente por estar por causa da isolamento social, acima de tudo..." (EF)

"Entrevistador: E eram, de alguma forma, controláveis? Participante: Mais ou menos.

Quando eu sabia que não tinha hipótese de me aleijar, tinha que o controlar. Mas quando estava sozinha, já não... Não controlava nada, só queria fazer me mal a mim mesma." (EE)

"Quando eu não conseguia gerir, eu já tinha dito à minha irmã. "Mana, quando eu estiver nesse estado, faz de conta que eu não existo"." (EB)

"Eu precisava de me isolar. Eu ia para o quarto, isolava-me ali. Ninguém me vinha a chatear." (EB)

"Eu gritava e a minha irmã, coitadinha, estava na sala e ouvia-me. E custava-lhe, mas não vinha ter comigo. Ela nunca me, ela deixou-me, pronto." (EB)

---

		<p>"...quando tinha esses comportamentos, eu tentava isolar-me para não agredir, seja verbalmente ou fisicamente, alguém." (EB)  "Eu queria estar sozinha." (EB)  "Parecia que estava num convento. Eu não queria ver nem falar com ninguém." (EB)  "...e agora estou a viver sozinha." (EB)  "Estava em casa sozinha." (EC)</p>
<p>A.3.  Intrapersonal  risk/predisposing  factors  References to the  characteristics or  events that increase  vulnerability to  NSSI engagement.</p>	<p>A.3.1. Emotional and physical  weakness  References to an internal vulnerability or  physical condition (chronic illness) that  predispose the NSSI.</p>	<p>"Eu acho que me lembro que eu tinha muita raiva. Tinha muita raiva acumulada." (EK)  "Tinham uma autoestima muito em baixo." (EK)  "Portanto, eu sentia uma desilusão para comigo. Eu sentia uma tristeza profunda das coisas serem como eram na altura." (EK)  "E era a raiva. A certo ponto começou a transformar-se em numbness." (EK)  "Eu já trazia algumas tendências." (EK)  "Eu sempre fui uma miúda, daquelas introspectivas. Que ficou tipo, “porquê que a vida é assim”? Então, eu acho que eu tinha um que, tipo biológico de personalidade, um temperamento mais sensível, que me associava, se calhar, mais a esse tipo de estar." (EK)  "E depois foi o desenvolvimento, tipo, físico, pós-menstruação. E tudo o que veio com isso. Porque veio aumentos de peso. Veio, tipo... Encheram-me as coxas, encheu-me a barriga. E eu sentia-me, tipo... Pouco bonita. Sentia-me pouco atraente." (EK)  "Depois, baixa autoestima..." (EK)  "Então foi tipo ali um bolo de invalidações e baixa autoestima e cenas..." (EK)  "Foi um processo muito gradual de uma saúde mental em declínio que depois culminou nisso." (EK)  "...eu tenho uma tendência de ser muito people pleaser, ao ponto de me anular. E eu acho que isso tem sido o principal ponto para mim, é a raiva associada ao processo com os meus pais e é as expectativas." (EK)  "Estava a sentir muita raiva do mundo à volta, basicamente. Também de mim. Tinha mais raiva do que tinha tristeza, angústia, se quiseres. Mas o primeiro foi basicamente isso." (EJ)  "Às vezes eu estava muito triste, às vezes eu estava muito zangada, às vezes eu estava, simplesmente, apática." (EH)  "E depois também há muita questão da idade. Eu já, por esta altura, já devia estar a ter um trabalho estável e já devia ter casa e filhos e o que quer que seja..." (EH)  "Mas eu diria que na minha adolescência havia muito uma sensação de angústia e de desamparo. Sinto que esses eram os sentimentos mais presentes nas minhas sessões." (EH)  "Não é que pensava em suicidar. Eu estava cansada. Estava muito cansada." (EG)  "...ao fim de muitos anos descobri que tinha esclerose e eu acho que, não sei, na altura já tinha algumas indicações que podia ter, mas pronto, nunca foi diagnosticado nada." (EE)  "E talvez porque eu não tenho só esclerose, eu tenho hipotireoidismo..." (EE)  "...a esclerose dá esse tipo de comportamento de ter depressões e pode ter sido isso que</p>

---

me fez ter aquela depressão..." (EE)  
"...tinha membros com demência, dores de cabeça que ficavam com alguma parte da cara dormente..." (EE)  
"...porque eu não dormia." (EB)  
"...então aumentava ainda muito mais as minhas dores de cabeça, porque eu sou muito... como se diz, tenho muitas vezes enxaquecas." (EB)  
"E era uma exaustão. Eu chegava à exaustão. Eu chegava a desmaiar. Eu chegava a desmaiar." (EB)  
"Uma exaustão mesmo, profunda mesmo." (EB)  
"Cansada, muito cansada. Porque cansava-me muito psicologicamente." (EB)  
"...mesmo exausta, exausta." (EB)  
"Chego sempre à mesma conclusão, uma exaustão por completo, até desmaiar." (EB)  
"A minha mãe, coitadinha, chorou muito, porque tinha pena que eu fosse tão frágil." (EB)  
"Tenho impressão que tenho cá um grãozinho de areia. Vem assim de repente Pás! Como tu abres uma porta assim de repente ou bates uma porta." (EB)  
"Bum! Bate-me aqui no coiso, e depois não vem um, vem um, dois, três, quatro, cinco, seis, até a minha cabeça para estourar, que não posso mais, chego à exaustão..." (EB)  
"...era um sofrimento permanente." (EB)  
"...aquele peso em cima das costas." (EB)  
"Eu já sou sensível para caramba." (EB)  
"Porque eu comeci outra vez a sentir mal." (EB)  
"...menopausa..." (EB)  
"Estou magoada, não estou bem, estou mal disposta, estou com uma raiva terrível." Só me dá vontade de apanhar alguém e estrafogá-lo." (EB)  
"Tenho doenças. Tenho uma doença muscular." (EB)  
"Há três anos que eu estou na cama. Não me mexo, não vou para lado nenhum." (EB)  
"Eu não consigo tomar banho, eu preciso de ajuda." (EB)  
"...quando sentia aquela taquitardia, aquilo que cansava-me tanto, tanto, tanto, tanto..." (EB)  
"Eu era muito influenciável naquela época. E como estava fraca, o meu espírito estava completamente obscuro." (EB)  
"Eu estava agitada, eu estava angustiada." (EB)  
"Eu estava Super, super frágil." (EB)  
"Eu tenho muitos problemas de saúde e infelizmente, por isso que eu estou na invalidez..." (EB)  
"...perdi o primeiro ano de faculdade. Eu continuei a ir à faculdade, continuava a ir, mas não ia com regularidade porque eu estava completamente despedaçada" (EB)  
"Mana, ajuda-me por favor, eu não posso mais, eu não posso mais, eu estou exausta, exausta, exausta", eu parecia que ia morrer no segundo que seguia..." (EB)  
"Muito intolerante. Eu que sou uma doçura de pessoa, ainda há bocado me disseram por

---

A.3.2. Significant life changes  
References to important stressful life  
events contributing to NSSI.

---

ter um coração mesmo de ouro, comecei a ser intolerante e malcriada mesmo, coisa que eu não sou." (EB)  
"Não tinha paciência para nada nem para ninguém. Que é exatamente o oposto daquilo que eu realmente sou." (EB)  
"Eu sofria de fazer sofrer os outros." (EB)  
"Eu tinha tanta vida, tanta alegria de viver e ver-me ali como uma boneca de trapos." (EB)  
"chego à exaustão, e depois vem a taquicardia, depois vem a crise de angústia, e depois vem o ataque de pânico." (EB)

---

"Depois, quando eu me mudei, eu fui morar no Porto de 2022 a 2024." (EK)  
"...por causa da mudança e etc..." (EK)  
"Eu lembro-me que tinha uma figura maternal, que foi tipo a minha ama, que ela estava a começar a adoecer." (EK)  
"Estes comportamentos foram desde o sétimo, mais ou menos a meio do sétimo ano, até inícios do décimo, sendo que parei nessa altura. Também houve mudança de escola." (EJ)  
"No décimo primeiro houve outra mudança de escola." (EJ)  
"Não décimo primeiro e no décimo segundo. Décimo segundo já estava na outra escola." (EJ)  
"Houve outra mudança de escola também, pelas mesmas razões." (EJ)  
"Portanto eu que tive de mudar de escola. Nessa escola tive uma recaída no dezembro para janeiro..." (EJ)  
"E veio numa ordem de ter estado a trabalhar fora, sozinha, ter estado a viver sozinha há algum tempo. E quando voltei para Portugal, ter sentido uma diferença drástica e ter precisado dessa ajuda para me voltar a estruturar no sítio onde estava e na casa outra vez da minha família, etc." (EI)  
"Foi justamente essa mudança drástica de ter saído de casa dos meus pais e de Portugal e ter ido viver e trabalhar sozinha e ao regressar foi difícil voltar a encaixar-me nesses moldes. E acho que isso acabou por disputar o que já existia desde a infância e adolescência. Portanto, foi na mesma uma adolescência sempre um bocadinho conturbada a nível de saúde mental e chegou a um ponto de ruptura, simplesmente." (EI)  
"Quando entrei para o secundário, foi também uma mudança drástica na minha vida. Então, eu não estava a saber lidar muito bem com isso." (EI)  
"...eu nasci na África do Sul e vim para cá e então eu vi-me obrigada a vir para cá, era muito nova, estava num país estranho." (EG)  
"Estive ali um bocadinho em baixo quando descobri pronto a doença e fiquei acamada." (EE)  
"Depois o meu pai ficou doente, eu ia todos os anos a Portugal." (EB)  
"O meu pai adoeceu." (EB)  
"Eu tinha-me divorciado do meu primeiro marido, eu tinha 30 anos, 30, 31." (EB)  
"Depois foi a minha mãe que teve um cancro." (EB)  
"Mas não estava a correr bem. Viver em Lisboa não estava a correr nada bem." (EA)

---

		<p>"...eu e o meu namorado acabámos. Entretanto voltámos. Por isso foi tipo um mês de pausa, I guess. E a primeira semana foi muito, muito dura. E aí eu tive vontade." (EA)</p> <p>"...quando estava na faculdade, que foi aquele que eu fiquei, que eu fui viver para Lisboa, que estava a falar, fiquei muito mal outra vez. Voltei a ter muitas desejos outra vez de me magoar." (EA)</p>
	<p><b>A.3.3. Traumatic experiences</b> References to having experienced traumatic events contributing to NSSI.</p>	<p>"Participante: Ok. Eu quando tinha 15 anos, eu vivia numa casa sem água e sem luz. Ok? E eu passava fome. E eu ia para uma escola. E eu não tinha mesmo... Desculpa, custa-me falar isto. E eu não tinha o que comer. Pronto." (EG)</p> <p>"...eu era uma miúda, eu comecei a trabalhar muito cedo, não é, para me sustentar..." (EG)</p> <p>"...eu fui violada quando tinha seis." (EG)</p> <p>"...sofri como vítima de violência doméstica." (EG)</p> <p>"Eu tive coisas horríveis que me aconteceram, como pode imaginar, não é? Eu era uma miúda, num país estranho. Percebe? Então aconteceram muitas coisas que..." (EG)</p> <p>"Ok. Eu quando tinha 15 anos, eu vivia numa casa sem água e sem luz. Ok? E eu passava fome. E eu ia para uma escola. E eu não tinha mesmo... Desculpa, custa-me falar isto. E eu não tinha o que comer. Pronto." (EG)</p> <p>"Coisas básicas como, eu não tive ninguém que me ensinasse, uma coisa estúpida, que vai parecer estúpida, mas não é estúpida. Vamos fazer o IRS. Ah, vamos, "há PG é preciso de tirar a carta". Eu não tive ninguém que me dissesse, mesmo em coisas perigosas, como drogas, álcool." (EG)</p> <p>"Porque ele tinha tido uma infância não muito, é assim... Eu e os meus irmãos, né? Porque o meu pai...era alcoólico e pronto, estás a imaginar a situação. Não foi essa uma infância muito alegre. E eu fiquei muito traumatizada com a minha infância." (EB)</p> <p>"Depois, uma das minhas melhores amigas vivia na Ucrânia e começou lá a guerra. Ela achava que ia morrer." (EA)</p>
<p><b>A.4. Methods of NSSI</b> Methods used by the participants to self-harm</p>	<p><b>A.4.1. Hitting self</b> References to self-hitting (punching, hitting with the head) as one of the methods used</p> <p><b>A.4.2. Other methods</b> References to other methods like self-burning and pinching as one of the methods used.</p>	<p>"Eu lembro-me que tentava esmorrar" (EK)</p> <p>"...já bati com a cabeça na parede, com a cabeça no guarda-fato." (ED)</p> <p>"Eu batia, eu batia, eu deitava-me ao comprido na cama, e batia com os pés." (EB)</p> <p>"...bater com a cabeça..." (ED)</p> <p>"Alguns pinchings da pele." (EK)</p> <p>"Mas depois percebi que na vida adulta eu continuava a recorrer a esse tipo de comportamento, simplesmente não eram tão óbvios como a automutilação." (EI)</p> <p>"...todos os outros comportamentos como não comer, etc. já podiam ter começado antes ou depois eu não tinha noção porque eu não percebia que eles eram igualmente graves." (EI)</p> <p>"...cheguei-me a queimar com cigarros, com o isqueiro" (EE)</p> <p>"...às vezes pegava no cinto do robe, aportava aqui no meu pescoço, assim muito, assim apertava muito apertado e fazia assim uma pressão aqui na minha cabeça e a minha cara ficava assim com muita pressão. Às vezes fazia isso também." (ED)</p>

	<p>"...ao longo da minha adolescência, sempre que eu estava muito triste e muito angustiada, eu mordia-me. Morder era uma coisa que eu usava muito." (EA)</p> <p>"...eu arrancava a minha pele, eu arrancava os meus cabelos." (EB)</p> <p>"Eu tinha uma raiva dentro de mim de não poder curar, que arrancava muitos os meus cabelos." (EB)</p> <p>"E eu arrancava mesmo bocados de cabelo. Arranhava-me muito" (EB)</p> <p>"...arrancar os cabelos e isso" (EB)</p> <p>"talvez me tenha mordido. Morder é sempre aquela coisa que eu faço..." (EA)</p> <p>"...às vezes, depois quando não houve muito tempo durante que eu não tinha para me cortar, tinha para o álcool, para beber." (EA)</p>
<p><b>A.4.3. Self-mutilation</b> References to self-mutilation as one of the methods used.</p>	<p>"...tinha comportamentos autolesivos" (EK)</p> <p>"Pronto, automutilei-me à grande e à francesa nesse..." (EK)</p> <p>"automutilação." (EK)</p> <p>"auto-mutilação." (EK)</p> <p>"Eu lembro-me de quando eu me cortava, claramente com queimaduras é diferente, é outro tipo de dor, outro tipo de experiência. Mas quando eu me cortava, era aquela cena de vai-me doer, mas não vai doer assim tanto. Portanto, eu fazia o slash, depois tinha aquele ponto que não era bem dor, era uma cena difícil de descrever, mas era um apontamento muito agudo. Tipo um zip, agudo. Mas não era aquela dor que precisaria de alívio, estás a ver? Metes gelo, dói alguma coisa. Não era isso." (EK)</p> <p>"O que levou a comportamentos autolesivos. Mais especificamente mutilação." (EJ)</p> <p>"Os comportamentos autolesivos que eu tive. Tive automutilação, neste caso em corte. Em corte e em magoar-me." (EJ)</p> <p>"Eu tive esses comportamentos mais quando era adolescente, por volta do décimo ano, décimo primeiro ano, e eram sempre mais recorrendo "...automutilação." (EI)</p> <p>"Em especificamente, os cortes..." (EI)</p> <p>"Tenho um currículo bastante... de comportamentos autolesivos, especialmente com automutilação por cortes." (EF)</p> <p>"...descobriu que eu me automutilava" (EE)</p> <p>"...eu ia às vezes à casa de banho da escola e cortava-me." (EE)</p> <p>"E depois ele saiu e eu fui para a casa de banho e comecei a cortar os braços." (EE)</p> <p>"...desde os meus quinze anos, que eu tenho tido problemas com automutilação" (ED)</p> <p>"...automutilação" (ED)</p> <p>"...mas já me cortei" (ED)</p> <p>"A minha automutilação foi mais cortar..." (ED)</p> <p>"...e cortar ao ponto levar pontos, de precisar ir ao hospital, levar pontos." (ED)</p> <p>"Voltei a cortar-me no secundário, para aí." (EA)</p> <p>"...lembro-me que nas coxas, ou tipo nos braços um bocado." (EA)</p> <p>"...lembro-me de ter ido buscar um x-ato." (EA)</p> <p>"Eu cortava-me." (EC)</p>

		<p>"Era com cortes." (EC)</p> <p>"...quando tinha para aí onze anos, comecei a ter... Lembro-me que tive uma discussão, que foi uma coisa muito estúpida, tive uma discussão com a minha avó e depois fui-me tentar cortar." (EA)</p> <p>"Os meus comportamentos autolesivos sempre foram muito superficiais e muito pouco perigosos, a nível de... Nunca vi sangue, nunca vi, assim... sangue" (EA)</p> <p>"Mas era tipo com um compasso ou assim." (EA)</p> <p>"Não era tanto uma obsessão. Quer dizer, às vezes já foi. Eu lembro que até tipo fazia com tesouras na aula." (EA)</p> <p>"Eu entendia que na minha cabeça que não estava bem e fazia esse tipo de coisas." (EE)</p> <p>"Houve uma altura que era com muita frequência, era diariamente há muitos anos. Houve uma altura que era diariamente, que eu fazia diariamente esses comportamentos." (ED)</p> <p>"...eu tinha esses comportamentos que não são normais, não são normais." (EB)</p> <p>"O que me marcou mesmo foi essa da lâmina..." (EB)</p>
	<p><b>A.4.4. Using a rubber band</b> References to the use of a rubber band hitting on skin as one of the methods used</p>	<p>"Os elásticos de cabelo. Ao fazeres pressão, está sempre a bater. Pronto acaba por ficar vermelho..." (EJ)</p> <p>"O elástico, por exemplo, mas no caso da automutilação, o elástico já poderia ser mais vezes por semana." (EJ)</p> <p>"O elástico era... Era muito mais vezes. E já podes meter basicamente uma vez por dia..." (EJ)</p> <p>"Cheguei também a fazer com elástico." (EE)</p> <p>"E comecei a usar um elástico para... Basicamente em vez de me cortar usava um elástico e consegui parar com isso." (EA)</p>
<p><b>A.5. Protective factors</b> References to resources that hindered the participant's vulnerability to engage in NSSI.</p>	<p><b>A.5.1. Family support</b> References to family as a supporting presence in their lives.</p>	<p>"...foram os meus pais que me levaram." (EK)</p> <p>"...da parte da minha mãe já não, se eu tivesse falado ela possivelmente teria me levado." (EJ)</p> <p>"Foi quando peguei a minha mãe e falei com ela sobre o que tinha acontecido." (EJ)</p> <p>"Sabia como, sabia que se fosse pronto ter com a minha mãe, ok, eu preciso de ajuda, ela dava-me." (EJ)</p> <p>"Acho que em parte estava a fazer-me sentir ouvida, amada, mas também tinha uma preocupação de muitas vezes estar atenta às minhas emoções, se eu estava mais aflita, mais depressiva ou não. Muitas vezes verificar os meus braços, etc. Isso também me dava uma sensação de ok, sei que ele vai ver, portanto, se calhar não posso fazer." (EI)</p> <p>"Bem, no início, como os cortes apareceram foi um bocado... Os meus pais foram um bocado obrigados a pôr-me num psiquiatra quando descobrirem, não é?" (EF)</p> <p>"Então, eu fui seguida a psiquiatria a partir dos catorze. Foi a minha mãe que me levou à emergência." (EE)</p> <p>"E ela acarinhava-me muito, ela ajudou-me muito. Os meus irmãos foram, foram e são uns amores para mim. Sempre. Eles acompanham, eles sabem, depois o..." (EB)</p> <p>"A minha irmã chamava-me para ir jantar." (EB)</p>

---

"A mana faz-te um caldinho e tu..." (EB)

"E naquele dia que a minha irmã entrou e que eu desmaiei, ela viu-me assim, ela foi buscar-me um copo d'água com açúcar." (EB)

"Eu tenho a minha família toda a rodear. Todos me rodeiam de carinho. Ainda tenho os meus queridos pais." (EB)

"Os meus irmãos, bom, a minha família foi e é um espetáculo." (EB)

"...eu expliquei aos meus irmãos do que é que sofria." (EB)

"Senti-me mal em casa de um irmão, em casa de outra irmã, mas nunca ninguém me julgou." (EB)

"A minha irmã explicou melhor que eu. Até porque, como eu estava a viver com ela lá, ela dava-se melhor conta da situação do que eu. Ela explicou aos meus pais." (EB)

"A PB está assim. Mas os pais não têm que se preocupar com ela, porque nós, assim, se ela tem uma crise ou alguma coisa, nós estamos..." (EB)

"Quantas vezes eu ia de urgências para Cascais. O meu cunhado apanhava-me no carro." (EB)

"A minha família... Gostava tanto de mim e tomava tanta conta de mim, parece que me meteram dentro de uma coisa de cristal que ninguém podia chegar ao pé de mim, me magoar, me dizer uma palavra que eu interpretasse mal." (EB)

"Sempre fui protegida." (EB)

"Fui protegida numa bolinha de cristal. Ninguém me contrariava. Tentavam compreender-me. Se eu tivesse uma crise em casa do meu irmão, por exemplo, ele tentava compreender-me, falava comigo normalmente, calmamente." (EB)

"...foram todos sempre, sempre, sempre do meu lado." (EB)

"Ajudaram-me e continuam a ajudar-me imenso. Temos uma solidariedade imensa." (EB)

"Os meus irmãos é que foram seguindo." (EB)

"...a minha família, para mim, é única solidaria, somos todos solidários." (EB)

"...se algum de nós tiver um problema, o outro vem logo a ajudar." (EB)

"É uma comunhão mesmo, nós somos muito, muito unidos." (EB)

"Graças a Deus que eu tenho uma família assim, porque senão não sei, não sei como é que eu teria reagido." (EB)

"como é que você geriu estes 15 dias?" E eu disse assim "olhe, geri por mim mesma e com a ajuda da minha família, porque eles todos me rodearam como se eu fosse um bebê." (EB)

"Trataram-me todos realmente com muito amor, carinho, compreensão..." (EB)

"...o meu cunhado estava à minha espera. Porque o meu cunhado é que me levava às consultas. O meu cunhado estava à minha espera, no carro." (EB)

"E ele disse-me assim, "então, o que é que se passa, filha?" Porque o meu cunhado trata-me como se fosse uma filha dele." (EB)

"ele é para mim um pai." (EB)

"É um pai para mim." (EB)

---

---

A.5.2. Peer support  
References to peers as a supporting  
presence in their lives.

"E expliquei à minha irmã, porque a minha irmã estava ansiosa." (EB)  
"Entre a minha família..." (EB)  
"E os meus irmãos, "Óh PB, não estejas com essas conversas, nós somos família, não tens, porque nós somos todos PB." Em vez de diminuir o nome, eu sou a PB de toda a gente." (EB)  
"Não fui sozinha. Fui com a minha irmã, duas das minhas irmãs, porque a outra era mais pequenita. A minha mãezinha, que naquela altura ainda conseguia andar." (EB)  
"A minha irmã ajudava-me. "PB, faz como a mana." Fazíamos a dois. Ela agarrava-me nas mãos." (EB)  
"Ele sabia bem lidar quando eu tinha as minhas crises, ele sabia bem lidar com elas, acalmava-me e tudo, ajudou-me imenso." (EB)  
"...os meus irmãos já me estavam a apoiar em todas as coisas..." (EB)  
"Porque eu pensava na minha família, dizia assim, eu tenho a minha família que me ama, que eu amo..." (EB)  
"E os meus irmãos, nós somos seis, reunimo-nos todos e eles disseram, "mana, vais fazer a faculdade, sim." Eu, por exemplo, a minha irmã mais velha disse-me logo, "eu como estou ali em Lisboa ofereço-te." Pronto, vivi na casa dela como se fosse filha dela, era como se fosse uma mãe para mim." (EB)  
"O outro pagava-me, por exemplo, material escolar." (EB)  
"Um ocupava-se, por exemplo, dos transportes." (EB)  
"Pronto, cada qual contribuiu para que eu pudesse fazer aquilo." (EB)  
"O meu patrão. Foram uns amores comigo. Toda a vida que eu lá trabalhei foram uns amores comigo. Toda a gente me... Olhava por mim." (EB)  
"Toda a gente olhava por mim. "Ah, ela não está bem hoje. Tenho que olhar por ela. Não lhe dei alguma tarefa, não sei quê."" (EB)  
"E ela disse-me, "PB, deixa os senhores virem a tua casa."" (EB)  
"...os meus irmãos estavam preocupados comigo também, pronto e apoiaram-me para que eu me procurasse alguém." (EC)  
"Tive uma quantidade absurda de psicólogos. O que é bom e mau, o que é bom quer dizer que a minha família esteve muito atenta e não me deixou, pronto, um, que tem recursos económicos e dois, que nunca foi um estigma na minha família." (EA)  
"Coitados dos meus pais, tiveram que pagar tanta coisa." (EA)  
"...tinha falado com uma amiga minha." (EJ)  
"A única mudança que eu tive foi ter conhecido o meu primeiro namorado no secundário, quando isto estava a acontecer, e acho que foi o primeiro e a única pessoa que teve contato com aquilo que eu fazia de se aperceber e de então, a partir daí, começar a tentar ajudar-me a parar com isso." (EI)  
"...quando eu falo abertamente, explico, quando falo com as minhas amigas e falo abertamente sobre isso." (EG)  
"Eu dormia aqui no sofá de uma pessoa, depois dormia ali, depois a vida foi

---

			acontecendo." (EG) "Tem uma ou outra amiga que sabe, mas porque também tiveram histórias parecidas à minha. Agora, o resto das pessoas, não." (EA)
A.6. Psychological functions References to the underlying reasons or goals for engagement in NSSI	A.6.1. Interpersonal functions References to the motivations focused on others or in relationships to engage in NSSI.	A.6.1.1. Interpersonal Influence References to using NSSI to seeking care from others or communicate inner suffering	"Também acho que havia um pedido de atenção não consciente." (EK) "Mas não conseguia pedir isso. Nem conseguia fazer ver isso a ninguém. Então acho que os comportamentos autolesivos acabaram por ser uma... "Olha o quão grave está. leva-me a algum sítio sem eu ter de dizer que preciso ou que quero." (EK) Portanto, eu meio que arranjei uma forma de obrigá-los a tomar conta de mim. Eu acho que era isso. Portanto, a automutilação não me levou a querer procurar ou a motivar para procurar. A minha vontade de procurar já lá estava. Eu sinto que a automutilação foi um veículo de transação." (EK) "Eu queria que tomassem conta de mim. E não estavam a tomar conta de mim." (EK) "Portanto, havia claramente uma necessidade de ficar, tipo, acordem, olhem para aqui o que está a acontecer com as vossas filhas." (EK) "...mas depois havia um fator de pedido de ajuda, não é?" (EK) "Porque eu lembro-me que eu escondia, mas não fazia, tipo, mil e uns esforços para esconder. Tipo, eu tentava esconder. Se vissem, viram. Se não vissem, não viram." (EK) "Mas depois era orgulhosa, então não queria que vissem. Era uma altura complicada. Mas havia, claramente, um ponto de pedido de ajuda." (EK) "E depois era pedir ajuda." (EK) "Sempre, sempre. Era horrível. Era muito chato. Era o meu tipo, "Ah tira-me daqui." (EK) "Sei que se diz muito que é para obtermos atenção." (EI) "Toda a gente que olha para o meu braço percebe-se perfeitamente o que é que isto é." (EG) "Eu fiz aquilo e sei perfeitamente porque é que eu fiz aquilo. Aquilo era uma chamada de atenção. Percebe? Era uma chamada de atenção porque quando fui para a escola, no dia a seguir, eles viram. Eles viram, chamaram-me. O que é que se passa aqui? E eles acabaram por... dar-me comida, toda a comida do refeitório, eu levava taparueres." (EG) "...era um grito, era um grito, ninguém me via e era, "hello, eu estou aqui, eu preciso de ajuda", eu era uma miúda, percebe? Então, é isso." (EG) "Entrevistador: Usavas os cortes como forma de comunicação? Participante: Em retrospectiva, sim. Naquela altura não tinha noção que era isso" (EF)
		A.6.1.2. Peer Bonding References to using NSSI to feel connected to a certain social group, get a sense of	"Não me lembro, mas também há o aspeto cultural da subcultura gótica e assim. Na qual eu já me inseria na altura em que havia esse escape, alguma normalização ou músicas a falar sobre isso. Então... havia aquela sensação de comunidade nesses comportamentos. Então, suponho que no início houvesse algum entusiasmo sobre fazer parte de alguma coisa." (EF) "...a questão social porque eu sempre tive dificuldades sociais, não é? Integrar-me socialmente. E... Era uma forma de interagir socialmente com pessoas. É uma forma de

	community and acceptance.	comunicar, acho eu. Acabou por ser uma forma de comunicar." (EF)
	A.6.1.3. Revenge References to using NSSI to blame others responsible for certain acts.	"...mas ao mesmo tempo responsabilizar as pessoas que me faziam mal." (EI) "Também depende do nível de maturidade, de achar que as pessoas iam ver e iam sentir-se culpadas pelo que me tinham feito, não é.. assim iam saber que me tinham magoado." (EF)
A.6.2. Intrapersonal functions References to the self-focused motivations to engage in NSSI.	A.6.2.1. Affect regulation References to using NSSI to deal with strong undesired emotions.	"Acontece sempre em momentos de maior sofrimento psicológico. Acontece. Praticamente sempre." (EK) "E acho que a única forma que eu tinha de me expressar, ou expressar a zanga, ou o desconforto, ou a dor, acabava por ser essa. Porque outras formas de expressão não eram permitidas." (EK) "Mas, principalmente, o motivo era interno de, tipo, relief. Porque aquilo dava uma sensação de alívio." (EK) "Alívio" (EK) "Curiosamente, eu acho que anulava a raiva. Porque depois focavas-te só naquele, no vermelho e no líquido. E era tipo, ok, quanto sangue é que há, quanto mais sangue, mais razão eu tinha. Portanto, era mesmo uma coisa de alívio e auto-validação." (EK) "Porque imagina, depois de vir, depois daquele alívio, esqueci-me de mencionar há bocado, mas sentia muita culpa, e muita raiva para com a mesma pessoa." (EK) "Existe aquele alívio após, porque é um alívio psicológico porque estás a sofrer fisicamente, basicamente." (EJ) "Entrevistador: Quais eram os objetivos por detrás dos comportamentos autoagressivos? Participante: Começou com alívio, basicamente." (EJ) "Sinto que sentir o alívio." (EJ) "...alívio." (EJ) "Eu acho que não tinha uma regularidade em específico. Era quando tinha mais raiva, quando tinha mais tristeza. Por exemplo, não era todos os dias, não era dia sim, dia não." (EJ) "Por exemplo, adultos, como os meus pais, aperceberem-se de tal coisa. Nem mesmo na escola não faziam a menor ideia. Por isso eu diria que o objetivo era mesmo interno." (EI) "Era lutar contra os meus demónios internos e libertar-me de alguma maneira do que estava a sentir." (EI) "...libertar as emoções que eu estava a sentir de alguma maneira. Acho que era isso que ajudava." (EI) "Mais raiva, se calhar até, do que outra coisa." (EI) "...não saber arrumar os pensamentos" (EI) "...porque maior parte das pessoas guarda isto dentro delas por não saber como pôr cá para fora..." (EI)

---

"...portanto era uma forma de aliviar algum tipo de dor..." (EI)

"Eu quero dizer... talvez... tristeza, mas eu acho que também ao longo do tempo e na verdade é uma coisa que ainda se mantém, raiva, zanga, também acho que é uma coisa que sempre foi... que sempre esteve muito presente." (EH)

"E, depois, eventualmente, com o tempo, fui percebendo que isso, de alguma forma, mesmo que eu não conseguisse necessariamente verbalizar isso na altura, de alguma forma, trazia-me algum alívio." (EH)

"E eu, com o tempo, fui percebendo que, para mim, a função desse tipo de comportamentos era muito uma... uma espécie de libertação." (EH)

"Eu sentia que tinha muita dor e muita angústia que não conseguia concretizar e com a qual eu não conseguia lidar e, portanto, acabava por me virar para esse tipo de comportamentos. E esta era pelo menos uma das funções." (EH)

"Foi tipo raiva. Foi raiva... Foi raiva mesmo." (EE)

"E eu sentia que era um bocadinho uma transformação da dor psicológica em dor física." (EH)

"Acho que ao longo do tempo isso foi... foi diminuindo um pouco essa função, mas a função de libertação, de manifestação de uma dor em algo mais real, de uma dor emocional em algo mais real, isso foi-se mantendo ao longo do tempo." (EH)

"O chorar já não me aliviava. A dor era tão grande por dentro que, ao fazer mal a mim mesma, parecia que aliviava a dor interior. Fazer mal ao exterior, a dor interior aliviava. Basicamente." (EE)

"Aliviada." (EE)

"Entrevistador: E quais é que eram os objetivos por detrás desses comportamentos?

Participante: Era para aliviar a dor." (ED)

"Aliviar os sentimentos que eu sentia." (ED)

"A dor e os sentimentos fortes que eu sentia, ao cortar-me, aliviava-me a dor." (ED)

"...acho que talvez pensava que me ia aliviar, que era o que precisava de fazer naquela altura" (ED)

"Às vezes sentia um alívio..." (ED)

"Eu cortava-me. Não sei bem explicar porquê. Eu acho que era para pôr cá para fora essa dor que eu tinha por dentro." (EC)

"Sentia-me um bocadinho melhor." (EC)

"Por um lado sentia-me um bocadinho mais perto da morte, mas por outro lado sentia-me um bocadinho aliviada." (EC)

"Entrevistador: ok. E eles ajudavam de alguma forma? Participante: Na minha cabeça sim, mas na prática se calhar não." (EC)

"Eu com onze anos depois, aquilo começou a ser muito a minha maneira de lidar com os meus sentimentos." (EA)

"Era tipo o meu coping" (EA)

"E esses comportamentos tinham algum propósito ou ajudavam de alguma forma?"

---

---

A.6.2.2. Anti-dissociation  
References to using NSSI for grounding purposes, to feel something and break emotional apathy.

Participante: Paravam a minha histeria, tipo, o meu choro histérico, tipo, acabava." (EA)  
"E depois o que é que se sentia? Como é que se sentia? Participante: Era uma calma triste." (EA)  
"Acho que era uma ressaca de dor quase, é tipo..." (EA)  
"Estava mais calmo, tipo... A dor, tipo, cá dentro estava mais calmo, mas eu estava, tipo... um resto daquilo, daquela tristeza, daquela... mas parecia mais apagado." (EA)  
"Era a minha maneira de expulsar o mal que me fazia tanto mal aqui no meu peito e na minha cabeça." (EB)  
"E, tipo, observar, aquilo validava o sofrimento em que eu estava. Eu sei que isto é bué cliché de dizer, mas era claramente isso. Tipo, validava o sofrimento em que a pessoa estava. Porque olhavas e ficavas tipo, claramente eu não estou bem da cabeça. Está aqui a prova, não me digam que não estou. Ou não me digam que estou, ou que estou, tipo, a dramatizar. Está aqui uma prova de que as coisas são sérias." (EK)  
"Depois havia o ritual que era tipo, ok, eu estou a ver que eu fiz. A dor é real. A dor psicológica, não a dor física." (EK)  
"Agora o alívio que me trazia era quando surgia sangue. Se não surgisse sangue era tipo... "Eu não fui boa o suficiente nisto. Tenho que fazer-me outra vez". Até haver sangue suficiente para validar a ação autolesiva." (EK)  
"Eu acho que o objetivo principal não era o pedir ajuda, era sentir alívio e validação." (EK)  
"Relief, auto-validação, porque depois olhavas e eras tipo, ya, estou... estou a sofrer, claramente." (EK)  
"Era o sangue. Era só mesmo aquela cena de ver o sangue. Tomar conta do sangue. E depois ter aquelas cicatrizes comigo, a crosta e etc." (EK)  
"Era quase que como uma sensação prazerosa esquisita de... não sei... quase que no fim ficar com as marcas e as cicatrizes era quase como uma medalha que eu tinha ali" (EI)  
"...não era bem de dor ou de vergonha, porque eu só escondia porque não queria que ninguém soubesse, mas no fundo aquilo era quase o meu segredinho de estar aqui, eu sou capaz disto, não sei." (EI)

---

"E quando havia sangue, era um momento do tipo, ok, agora consigo respirar. Agora consigo, tipo, sentir...se calhar era uma cena de mindfulness e agora consigo perceber isso porque há ali um foco dos sentidos e etc." (EK)  
"Portanto, eu, mas eu acho que, no geral, existe sempre uma... talvez isto não seja bem o durante, porque eu sinto que durante há um bocadinho uma névoa em que eu estou simplesmente concentrada naquilo que estou a fazer e não estou propriamente a pensar, mas eu sempre, pelo menos no momento a seguir, eu sempre o descrevi da mesma forma, e aplicou-se sempre ao longo da minha vida. Que é uma sensação de que, depois de eu ter esses comportamentos, é como se eu estivesse dentro de uma bolha transparente, em que eu estou dentro da bolha e todas as coisas que me estavam a incomodar antes estão fora, mas a bolha é transparente, portanto eu consigo ver as coisas lá fora, mas como estão fora

---

		<p>da bolha eu não as sinto." (EH)</p> <p>"Aquilo no fundo, mas depois o meu psicólogo acabou por me explicar mais tarde, não é? Que eu queria, eu cortei-me para... como é que ele disse que era? Eu precisava de uma dor física para me tapar a psicológica, eu precisava de esquecer, eu precisava de uma distração..." (EG)</p> <p>"Mas o meu eu da altura ajudava, ajudava a parte, a dor que eu sentia cá dentro, quando fazia, tinha que me concentrar na dor exterior e esquecer a dor interior." (EE)</p> <p>"Quando tinha aquela dor física e que tinha a preocupação de ter que esconder os braços, ter que me esconder, ter que tomar banho em casa e ter medo que alguém aparecesse na casa do banho, basicamente tinha a minha mente ocupada a pensar o que é que eu ia fazer nessas alturas." (EE)</p> <p>"Entrevistador: Então era uma substituição de... preocupações, de uma preocupação mais emocional para uma preocupação mais momentânea, mais fácil de resolver, talvez? Participante: Sim, isso mesmo." (EE)</p> <p>"Desviar a minha atenção de alguma maneira." (EC)</p> <p>"...desviar a minha dor, a minha atenção, pôr cá para fora a dor que eu sentia por dentro, de experienciar, não sei bem, foi isso." (EC)</p> <p>"Mas sem sentir dor, porque a minha dor era tão interna e tão profunda, eu comecei a cortar com a lâmina e via o sangue a cair," (EB)</p> <p>"...foi um dia que eu estava no duche, lembro-me perfeitamente, eu estava no duche e peguei a lâmina do meu cunhado. Eu comecei a me cortar, mas estranhamente não senti dor." (EB)</p> <p>"O que pensa e sente durante esses comportamentos? Participante: Nada. Acho que é essa a questão, é que não se pensa em nada. Tipo, apaga. É quase tipo o álcool que é uma coisa estranha." (EA)</p> <p>"Entrevistador: Eu estou a perceber, é como se não tivesse lá nada. Ou seja, há uma abstração dessas emoções mesmo. Como se tivesse no presente, portanto. Participante: Sim, sim, sim, exato. Exato." (EA)</p>
	A.6.2.3. Self-punishment References to using NSSI to express feelings of self-aversion.	<p>"Mas também, muitas vezes, especialmente no pico da minha adolescência, tinha também uma função punitiva." (EH)</p> <p>"...também tinha uma função muito punitiva." (EH)</p> <p>"...ganhar autonomia e a interiorizar que se tudo estava mal, que a culpa era minha. E, então, era um pouco, se calhar, comportamentos autopunitivos, suponho." (EF)</p> <p>"...durante muitos anos, até para aí aos meus 21 eu tipo agarrava-me às cicatrizes e ao que eu passei como tipo isto é uma prova que eu sou uma merda, basicamente. Isto é uma prova que eu não tenho competências ou que eu sou um falhanço, etc, etc." (EK)</p>
A.7. Role of control and impulsivity in	A.7.1. Control Ability References to being able to control NSSI thoughts and behavior.	<p>"...lembro-me dos rituais que eu tinha agarrado e lembro-me de ficar, tipo, ok, tenho medo de fazer. Estava muito ansiosa. Muitas das vezes que eu fazia, eu sentia ansiedade porque, tipo, queria fazer. Tinha medo de ir demasiado fundo. Mas, ao mesmo tempo, também sabia que eu não ia demasiado fundo porque eu era coninhas nesse sentido." (EK)</p>

---

the NSSI

References to the influence of self-control and impulsivity in managing NSSI.

"Mas ao mesmo tempo não queria refazer, portanto era um bocado confuso e ambíguo." (EK)

"...se calhar, será que eu consigo ir mais longe? Será que posso fazer outra parte do corpo? Se fizer outra parte do corpo, como é que me vou sentir depois no futuro? Será que eu vou ter futuro? Era tipo uma salada de pensamentos muito..." (EK)

"...tu seres gay não consegues controlar agora, agora levas a lamina ao braço kinda consegues. Então diz mais sobre o teu carácter do que ser gay." (EK)

"Entrevistador: E eles eram de alguma forma controláveis? Participante: Não. Com o tempo, depois passaram a ser, tanto é que depois do 9º até ao 12º, que foi a última vez, daí já era com muito menos regularidade, até que já nem fazia, foi só mesmo aquela depois recaída, mas aí tinha alguns pensamentos, mas não era nada constante." (EJ)

"... ao mesmo tempo senti, ok, eu não devia estar a fazer isto." (EJ)

"Eu, a maior parte das vezes que tinha esses pensamentos, na verdade, não agia sobre eles. Ou seja, eu tinha muito mais pensamentos do que ações..." (EH)

"Às vezes havia alturas que era muito difícil de controlar. Havia alturas que já era mais fácil de controlar." (ED)

"Entrevistador: E eles eram controláveis, de alguma forma, os pensamentos? Participante: Por vezes eu conseguia gerir, por vezes eu conseguia gerir." (EB)

"Muitas eu geria, mas havia algumas que eu não conseguia. E então isso ainda me enervava mais e, claro, aumentava mais ainda mais a dimensão da crise." (EB)

"...eu sentia, eu sentia em mim uma raiva, uma arrogância, uma coisa... que eu não conseguia controlar." (EB)

"Entrevistador: E os pensamentos eram controláveis de alguma forma? Participante: Alguns sim, outros não." (EC)

"Entrevistador: Mas os pensamentos de querer fazer, eram de alguma forma controláveis? Participante: Eu acho que sim, sim. Eu depois consegui, eu sinto que tive, depois rapidamente ganhava controle sobre isso." (EA)

---

"...apesar de não manter comportamentos, há respostas impulsivas ou pensamentos automáticos que surgem que são muito nesta lógica de e se eu fizesse isto agora." (EK)

"Quando vinha à cabeça, logicamente." (EJ)

"Não, não pensava que iria mais à frente a fazer. Era uma coisa na altura." (EJ)

"Entrevistador: Ok. Com que frequência surgiam esses pensamentos? Participante: Constantes. Na altura era, pronto." (EJ)

"...os pensamentos eu não os conseguia controlar propriamente." (EI)

"Até nem foi uma coisa particularmente muito pensada porque a única coisa que eu tinha na mão era uma lapiseira. Então eu basicamente fui me arriscando com a lapiseira até fazer uma ferida." (EH)

"...gostava muito de dizer que hoje em dia não é muito prevalente, mas não é propriamente verdade. Em termos de pensamentos, os comportamentos não são de todo muito prevalentes, mas em termos de pensamentos é uma coisa muito, muito presente

---

### A.7.2. Impulsivity

References that NSSI happens in an impulsive way without prior planning.

---

ainda. Não sinto que sejam muito controláveis." (EH)

"Eu não pensava eu agarrava e fazia." Entrevistador: Ok, não havia uma ruminação antes do processo? Participante: "Não, não." Entrevistador: Era uma coisa mais impulsiva?

Participante: "Era." (EG)

"Às vezes eram tão fortes que eu tinha o pensamento, tenho de fazer, tenho de fazer.

Então fazia." (ED)

"Exatamente. Impulsividades." (EB)

"Entrevistador: Os comportamentos autolesivos vinham provenientes de uma impulsão?

Sentia que vinham? Participante: Sim." (EB)

"Mas inevitavelmente há momentos que eu sinto que são momentos de muita impulsividade. Quase uma coisa que eu não consigo controlar. Não é uma coisa planeada, pensada, muito estruturada. Tende a ser uma coisa mais impulsiva. E quando é esse o caso, obviamente é muito mais difícil de gerir e muito mais difícil de controlar." (EH)

"Eu acho que não pensava nada, sinceramente. Eu tinha aquele... parecia que o cérebro fazia assim um clique, vou-me fazer mal e fazia. Acho que não tinha nada assim específico em pensar, sinceramente." (EE)

"...eram muito impulsivos, muito cansativos a nível psicológico e físico. Eu ficava feita numa boneca de trapos. Mesmo, mesmo exausta, exausta." (EB)

"E as minhas impulsividades chegavam de repente." (EB)

"Eu continuar a controlar a minha impulsividade." (EB)

"São gestos que eram feitos impulsivamente mesmo." (EB)

"...é importante eu mencionar rapidamente só o quão poderosos estes pensamentos podem ser. E quão é horrível, às vezes, parece que estás... Mesmo quando eu não o fazia, eu já não o faço há muito tempo, mas só os pensamentos é quase uma compulsão para o fazer, às vezes pode ser muito violenta." Entrevistador: É como se fosse uma urgência de fazer ou um craving. Participante: Um craving, quase." (EA)

"...mesmo agora mais recentemente, eram picos, não é uma obsessão constante. Quando havia aqueles picos de dor e aqueles picos do craving, era mesmo, precisava de todas as minhas forças para resistir." (EA)

"...parecia quase uma coisa externa a mim que me estava a dar ordens." (EA)

---

## Appendix H – Categorical Grid of The Pre-Category B: Psychological Support

Categories	Sub-categories	Sub-sub-categories	Recording Units
B.1. Identification of strategies and tools used References to the methods and strategies provided to the participant throughout the psychological support process.	B.1.1. Strategies and tools used in sessions References to the exercises, techniques, and tools learned and used during sessions.	B.1.1.1. Cognitive and behavioral tools References to the tools to change cognition and behavior connected to insight, behavior replacement, psychoeducation and others.	"Ajudou-me a empatizar comigo mesma e com esses comportamentos. Isso era um veículo naquela altura. Agora, há outras coisas, há outras estratégias que se pode fazer." (EK) "Põe um elástico, usa o elástico. Magoa-te com o elástico." (EK) "O mindfulness, a compaixão, focar-me nas emoções, falar com pessoas, não me isolar, focar em outras coisas, faço desenhos, faço... toco guitarra, faço... coisas." (EK) "Ela tentou saber da história toda desde que nasci, basicamente. A tentar perceber, ok, mas o que é que te levou a...? E para além disso, para além desses comportamentos autolesivos, ela procurou outras formas que eu poderia estar a fazer comportamento agressivo sem ser autolesivos, neste caso." (EJ) "As estratégias até foram mais direcionadas para os ataques de pânico e ansiedade, porque era uma forma de precaver que o resto não acontecesse, porque assim não entrava nessa espiral." (EI) "típicos exercícios de respiração, que uso até ao dia de hoje." (EI) "ajudou-me a encontrar estratégias alternativas e a entender de que forma é que essas estratégias alternativas podiam... nunca senti que atingissem o mesmo efeito dos comportamentos autoagressivos, mas tentar encontrar estratégias que se aproximassem." (EH) "Quando eu era mais nova, ajudou-me bastante naquilo que eu também já falei sobre encontrar as estratégias de coping alternativas." (EH) "ao longo do do meu processo terapêutico, dos meus processos terapêuticos, ter conseguido adquirir as ferramentas para conseguir fazer um pouco isso sozinha, também." (EH) "Eu comecei a pôr pequenos notas num frasco, a focar no positivo. Eu tive que utilizar estas ferramentas, que eu também aprendi com a minha psicóloga, etc." (EG) "Nós criamos e ensinou-me uma coisa que eu ainda hoje faço, até no meu trabalho, que é criar barreiras, boundaries. Porquê? Porque ele uma vez disse-me, PG, se nós não conseguimos construir um muro físico, nós então temos que construir um muro transparente. E então como é que nós fazemos isso, PG? Nós fazemos isso com a barreira das palavras, das ações, sempre obviamente com educação, não é? Mas a Terzinha tem que perceber que, em primeiro lugar, é o seu bem-estar, ok? E para a Terzinha ter o seu bem-estar, a Terzinha tem que então criar isso." (EG) "Ele é uma pessoa que me dá ferramentas." (EG) "Ele ensinou-me pequenos grandes truques, ok? Isso da barreira, por exemplo." (EG) "Eu nunca teria que ter essa força se não tivesse estas ferramentas comigo. Nunca!" (EG)

---

"Eu consegui ter esta força, não foi sozinha. Foi porque eu tinha as minhas ferramentas." (EG)

"Ele não estava comigo. O meu psicólogo, mas no fundo estava. Percebe? Portanto, é isso que é importante, é nós guardarmos as ferramentas, nem que seja apontá-las." (EG)

"mas é utilizar as ferramentas que nos são ensinadas para o nosso futuro, seja profissional, seja numa amizade, seja conosco mesmo, seja numa relação. Mas é super importante utilizar estas ferramentas, porque senão, o que é que nós estamos a fazer?" (EG)

"Entrevistador: Ok. E de que forma é que a psicoterapia influenciou a forma como tu vês os comportamentos autoagressivos? Participante: Ah...Ajuda... dá-me mais ferramentas para racionalizar e conseguir talvez moldar ou controlar os comportamentos." (EF)

"Entretanto, já fiz terapia, já aprendi estratégias para lidar com as minhas emoções, gerir as minhas emoções e assim." (ED)

"Entretanto, já superei isso. Já aprendi estratégias." (ED)

"...tinha com quem falar sobre o que eu sentia e aprendi estratégias na terapia aprendi estratégias para gerir as minhas emoções, aprendi estratégias para lidar com esse tipo de comportamentos" (ED)

"também a minha psicóloga diz se eu tiver muito muito alterada, para o contactar, para lhe ligar. Então, foram essas as estratégias." (ED)

"mas a doutora tem o número da minha mãe, então se alguma coisa acontecer ela liga à minha mãe." (ED)

"Os mais valiosos serão as estratégias que eu aprendi. Estratégias que eu aprendi e a psicoterapia mudou a minha vida para melhor." (ED)

"Agora é que sempre que tenho uma consulta, tenho trabalhos de casa e estratégias" (ED)

"porque a minha psiquiatra incitou-me tanto, ela disse-me tanto. Madame, eu tenho o nome do meu ex-marido, um nome italiano. "Escreva. Você tem..."", como terapia, aqui depois, foi isso que ela disse, "escreva, porque você tem uma facilidade na escrita e a explicar-se." (EB)

"Ela deu-me conselhos preciosíssimos que eu guardarei para o resto da minha vida. Que me ajudou, que depois, quando ela foi para a reforma, que me ajudou a ter uma melhor convivência com este psiquiatra também" (EB)

"Ela sempre me deu muitas soluções para os meus problemas" (EC)

"E também houve outra coisa que ela insistiu muito que eu fizesse análises à vitamina D, por exemplo. Ela dizia que estava conectada com a depressão e eu fiz análises e realmente estava mesmo baixa, comecei a tomar e também senti muitas melhorias nesse aspeto. Pronto, foi essas duas coisas que eu acho que me ajudaram." (EC)

"Então, a cognitivo comportamental foi muito mesmo, era aquilo que ajudou na altura porque foi tipo, ok, isto está a acontecer. Vamos, tipo, na altura eram os pensamentos, mais, ok, como é que vamos fazer, como é que vamos ajudar? Vamos perceber quando é que isto está a acontecer e porquê, quais é que são os triggers e quem é que, quando acontece, quais é que são as pessoas que vamos ligar? O que é que vamos fazer para

---

---

ajudar?" (EA)

"Portanto, foi muito em substituição de comportamentos mais saudáveis. Participante:

Sim, muito isso." (EA)

"...eram mais atividades diferentes, tipo ir fazer, tentar perceber que coisas é que eu podia estar a fazer que me ajudavam. Por exemplo, fazer pulseiras, ou pintar, ou ir ver uma série." (EA)

"quando eu tinha essa vontade, estivemos a experimentar várias coisas para ver o que era mais útil para eu ir fazer, em vez daquilo. O que é que me ajudava mais a acalmar. Ligo ao meu namorado, ou escrevo sobre o assunto ou só penso, choro muito até deixar de doer." (EA)

"Então, a cognitivo comportamental foi muito mesmo, era aquilo que ajudou na altura porque foi tipo, ok, isto está a acontecer. Vamos, tipo, na altura eram os pensamentos, mais, ok, como é que vamos fazer, como é que vamos ajudar? Vamos perceber quando é que isto está a acontecer e porquê, quais é que são os triggers e quem é que, quando acontece, quais é que são as pessoas que vamos ligar? O que é que vamos fazer para ajudar? (EA)""

"Portanto, foi muito em substituição de comportamentos mais saudáveis. Participante:

Sim, muito isso. (EA)""

"Entrevistador: Ok. E a psicóloga ajudou a perceber os pensamentos e os comportamentos autoagressivos? Participante: Sim, bastante." (EF)

"Entrevistador: E a perceber os gatilhos também, não só os comportamentos, mas os triggers, os gatilhos que levam aos comportamentos? Participante: Sim, isso foi muito relevante." (EF)

"Ao ajudar-me a entendê-los e a compreendê-los e ao validar a minha experiência." (EF)

"Entrevistador: Como é que foi explorar com a psicóloga os comportamentos autoagressivos em geral? Participante: Foi... Foi... Nós explorámos o porquê. O porquê que eu não auto-mutilava. O porquê e o que é que eu sentia. O que é que eu sentia quando não auto-mutilava ou quando queria auto-mutilar. Então explorámos isso. O porquê e o que eu sentia. E os sentimentos que eu sentia. Os meus sentimentos. E foi isso." (ED)

"E também ajudou a perceber os gatilhos? Participante: A primeira, sim. Entrevistador: A primeira, ok. Participante: A da cognitiva," (EA)

"Entrevistador: E ela ajudou a perceber os gatilhos? Participante: Sim, sim. Ajudou sim a perceber os gatilhos, exatamente." (ED)

"Entrevistador: Se ela ajudou a perceber os gatilhos? Participante: Acho que sim, acho que sim." (EC)

"Para além de ver aquilo que eu estou a ver, ela também me dá uma outra perspectiva sobre os assuntos." (EJ)

"Como, por exemplo, restrições alimentares, não é a verificação do corpo, mas a maneira como eu vejo o meu próprio corpo, se estou a fazer alguma coisa que faça mal. Por acaso gostei que ela... ok, não podes não estar a fazer comportamento autolesivos, mas podes

---

---

estar a fazer comportamento de outra forma, quero ver se estás a fazer comportamento de outra forma." (EJ)

"O ambiente é bom, é bom porque a minha psicóloga é muito brincalhona, então está sempre a brincar e assim. Então o ambiente é bom, é bom. Boas energias. Diria boas energias." (ED)

"Senti que a psicóloga entendeu, a psicóloga estava a apontar, a fazer apontamentos sobre o que eu estava a contar na primeira sessão. Estava-lhe a contar o meu historial e a psicóloga estava a fazer apontamentos. Então senti que foi compreendida, senti que a psicóloga foi compreensível e sim." (ED)

"...a doutora estava a fazer apontamentos e fez perguntas sobre a minha automotilação, fez perguntas sobre a minha automotilação." (ED)

"Entrevistador: E qual foi a reação dela quando partilhou? Participante: Começou-me a fazer perguntas para entender melhor porquê e em que circunstâncias é que eu fazia isso. Perguntavam se eu chupava sangue, coisas assim mais específicas." (EC)

"... falei logo com a minha psicóloga e ela disse que, a minha psicóloga é muito prática. Não é prática, mas é muito tipo, "isso é que não, não vais usar essa energia para te destruir". (EA)

"Ela é mais virada para a psicanálise, que era uma abordagem que eu nunca tinha tido e está a correr muito bem." (EA)"

"E depois estes momentos em que ela me toca nas feridas e que eu fico a chorar a sessão toda, são mesmo tipo... ok. Mas também a partir daí é quando a pessoa dá o salto." (EK)"

"... aquilo que a minha psicóloga de agora, a psicoterapeuta de agora fez, foi bué tipo, não olhou para as cicatrizes como o problema, porque não são, porque não está a acontecer. Olhou para aquilo que está por baixo, que é claramente uma necessidade de perfeccionismo, de expectativas altas, então trabalhámos isso. E isso também me ajuda a não fixar sobre as cicatrizes." (EK)

"...eu acho que ela me ajudou a focar naquilo que importa. Que é, não era tanto o comportamento, mas era a emoção por baixo. E lá está. Isso era uma coisa que eu precisava." (EK)

"Deixou de ser um bocado tabu, quando ela me pede para ver. Foi bué tipo... É uma realidade, não vamos tratar isto como um bicho de sete cabeças, porque não era um bicho de sete cabeças." (EK)

"Aparecer uma pessoa que é tipo, "ah ok, mostra-me. E porquê que fizeste? O que é que aconteceu para teres feito?" Foi uma atitude completamente diferente." (EK)

"Era só tipo, ok, nós sabemos que estas coisas estão a acontecer, então como é que vamos lidar com elas? Nunca foi tipo, onde é que está o gatilho? Foi tipo, ok, está ali. Vamos lidar." (EK)

"Eu até achei piada com a minha psicóloga porque é diferente, é um bocadinho diferente daquilo que nós aprendemos, na verdade. E daquilo que eu tive em estágio de curricular também, porque eu separei as duas coisas. Porque, por exemplo, nós estamos habituados,

---

ok, a outra pessoa tem de falar tudo e mais alguma coisa e tu praticamente estás calada. Tu só falas de uma coisa ou outra só para puxar outra vez a sardinha à pessoa. E eu, em estágio curricular, também estava mais ou menos a fazer isso, que era o que a minha orientadora lá no estágio queria que eu fizesse. Só que com os clientes que eu estava, não dava bem para fazer isso. Tinhas de partilhar um bocadinho de teu, mesmo que fosse um bocadinho falso, na verdade, porque não se pode estar a dizer completamente a verdade. Tinhas de partilhar um bocadinho de teu e eles partilhavam depois imenso da parte deles. Que é uma coisa que esta também faz, ou seja, ela faz aquilo que eu tinha de fazer." (EJ)  
 "E é um bocadinho uma forma de ter um colo que às vezes não obtemos fora da terapia." (EI)  
 "...e é isso que me deixou sempre mais à vontade e que me deu sempre muito espaço para eu chegar às minhas próprias conclusões e trabalhar muito o meu raciocínio." (EI)  
 "...ele que me ensinou isso." (EB)  
 "...quando lá cheguei, ele disse-me, “então como é que vai hoje?” Naquela altura eu chamava-me Figueira, não é? “Como é que vai hoje?” Mas ele chamava-me PB. “Como é que vai hoje a PB?” Eu disse, “ai, hoje tenho muitas coisas para contar e quero ter as respostas porque eu estou-me a ir mesmo à exaustão.” (EB)  
 "O seu problema é a impulsividade. Ele disse-me “O seu problema é a impulsividade”." (EB)  
 "Lembro-me dela falar de coisas mais cognitivas até do que emocionais." (EA)  
 "...a psicóloga me explicou que eu estava num episódio depressivo. Era assim uma rapariga nova. E ela era uma rapariga nova e ela foi ok. Gostava dela." (EA)  
 "E eu saía dali... Ele desconstruía-me as coisas, e desconstrói-me as coisas, lá está. E eu saía dali e tinha um peso em cima das costas e saía dali a pensar, “fogo, tem razão. Não é assim, não é?” Eu não... Ok." (EG)

B.1.1.2.  
 Experiential and somatic exercises  
 References to the techniques connected to body experiences, breathing, emotion, mindfulness and others.

"Havia sessões em que ela pôs-me tipo a fazer estátuas e a fazer uma linha da vida, isto foi logo no início do processo, em que eu acabei em posição fetal no chão. Just crying, just bawling. Ela pôs-me uma manta por cima, uma música toda cumbaiá e eu fiquei ali. Mas foi tipo... foi bué bom libertar." (EK)  
 "na minha última consulta de psicodrama grupal, faz-se uma avaliação de ganhos e uma linha cronológica do início da terapia. E eu lembro muito que fiz essa linha através de estátuas, através do corpo, através de andar à roda do palco. E foi muito emocionante fazer aquilo de uma maneira, tipo, não sei bem o que é que estou a fazer. Estou só a fazer, tipo, porque, pronto. E depois ver a análise das pessoas, foi muito marcante para mim porque foi uma avaliação de ganhos positiva." (EK)  
 "por o meu corpo, libertar o meu corpo, foi um grande momento, que foi bem no início." (EK)  
 "E no psicodrama o toque é uma coisa usada com muito... Quando a pessoa quer que você sinta as emoções e quer que te foques, a pessoa toca-te." (EK)  
 "Era muito naquele tipo de refocar noutras sensações." (EK)

---

"Elas as duas eram muito tipo, introduziram uma mindfulness" (EK)  
"uma cena fixe do psicodrama é que põe-te o corpo a falar." (EK)  
"Nunca foi aquela cena, tipo, não te magoes. Faz-me uma coisa menos grave, vá, por agora." (EK)  
"uma muito simples, que é com a mão e à medida que subimos com o dedo, inspiramos, descemos, inspiramos e vamos fazendo este movimento. E sinto que funcionava melhor." (EI)  
"E funcionava melhor do que estar só a fazer respiração, não sei, a parte da mão, do tato ajudava-me, não sei se era pela sensação na pele ou o que fosse, mas isso era bom." (EI)  
"sentir às vezes força no corpo, um abraço mais forte ou agarrar-me com força ajuda quase a simular essa sensação, mas ao mesmo tempo sem magoar diretamente, então isso também é uma boa forma." (EI)  
"é criar barreiras para me proteger," (EG)  
"Estratégias uma delas era, quando eu sentia muito, muito, muita alterada, muita emoção negativa era pôr a minha cara, ligar a torneira de água e pôr a minha cara debaixo da torneira de água, água fria, durante trinta segundos, acho eu, para me acalmar." (ED)  
"Ou pegar, ir buscar gelo, ir buscar gelo e segurar gelo. Isso também ajuda a acalmar." (ED)  
"Então, foram essas essas estratégias que eu aprendi e mais o quê gerir as minhas emoções, aprendi a respirar quando..." (ED)  
"Entrevistador: Estratégias de respiração, sim. Participante: Exatamente, para me acalmar" (ED)  
"Então, além das estratégias, foi ter com quem falar e não guardar tudo para mim" (ED)  
"Então, foi falando, as estratégias," (ED)  
"deu-me exercícios de respiração, por exemplo exercícios de respiração, pontos de acupuntura. Hã... O que é que me deu mais? Sim, eram pontos de acupuntura ou nos pés ou nos punhos. Hã... Como é que eu devia respirar?" (EB)  
"Pela respiração, os pontos de hipnose." (EB)  
"de vez em quando tinha umas crises de taquicardia, respirava profundamente. Sabia, lembrava-me das palavras do médico. Respirava profundamente." (EB)  
"Fazia ali 5, 10 minutos de respiração," (EB)  
"A minha terapeuta insistiu muito nos exercícios de respiração, meditação e quando eu me sentia pior" (EC)  
"Inicialmente estava sempre muito ansiosa, ela até colocava uma coisa na minha orelha e ligava ao computador para me ir pronto... (EC)""  
"Inicialmente estava sempre muito ansiosa, ela até colocava uma coisa na minha orelha e ligava ao computador para me ir pronto..." (EC)  
"a tal meditação e tentar perguntar-me a mim mesma porquê e se vale a pena, e pronto essas coisas." (EC)  
"Fazer-me perguntas a mim mesma. Para, se porquê vale a pena fazer isso. O que é que

---

---

vai resolver?" (EC)

"...na quarta sessão ele fez uma coisa que eu fiquei chocada, ele disse naquele dia que hoje a PG vai se sentar na minha cadeira e eu vou sentar na cadeira da PG, vamos fazer uma coisa diferente e ele disse-me assim, nos meus 23 anos de de experiência e isto vai ser a quarta ou quinta vez que eu vou fazer isto e eu pensei ok, e ele disse-me assim a PG tem alta, e eu disse como assim, eu pensava que ia lá passar a vida não é com a minha história e eu disse, como assim tem alta?" (EG)

"ele fazia-me exercícios que aquilo mexia de uma maneira comigo, foi duro, foi muito duro" (EG)

"Entrevistador: Como é que descreve a atmosfera emocional durante as sessões?.

Participante: Leve. Muito leve até. Apesar de eu estar a falar sobre coisas pesadas, neste caso, nunca senti estranheza ou peso de um assunto desses. É sempre muito... Não é conversa de café, obviamente, mas tem essa leveza." (EJ)

"Porque ele disse, “você não sabe respirar. O seu problema é que você não sabe respirar. Você entra em pânico porque você... Entra aí e... Fica sem ar porque você não sabe respirar. Você tem que fazer... Como nós temos feito os dois.”" (EB)

"Porque a gente fazia a dois." (EB)

---

### B.1.2. Strategies and tools used outside of sessions

References to the exercises, techniques, and tools used outside of sessions.

"Isso e foi ter também, com a terapia, eu li um livro, recomendo super é pai “Filhos adultos de pais emocionalmente imaturos”, é um livro incrível." (EK)

"Eu li esse livro e senti que o livro finalmente falou comigo de uma maneira que a terapia ainda não tinha falado, mas que estavam a dizer a mesma coisa, estás a ver? Só que eu consegui perceber a linguagem do livro melhor. E consegui aplicar isso à terapia. Eu acho que a junção dessas duas foi bem, tipo, bom." (EK)

"fazer tatuagens para tapar e para embelezar a coisa, ajudou." (EK)

"Depois foi refocar para outros estímulos, tipo o desenhar na pele. Eu gosto de artes, sou artista, então vamos fazer o quê? Vamos utilizar esse veículo, vamos desenhar na pele." (EK)

"Como é que eu lido? I try, tipo, tento escrever, tento ler livros sobre isso, falar com pessoas e depois cry about it na terapia, sinto que ajuda. Faço as minhas queixinhas e ajuda." (EK)

"Eu tenho um jornal, por exemplo, para escrever." (EJ)

"Para mim, neste caso, foi muito de ter mais o meu espaço, em vez de estar num espaço comunitário, por assim dizer. Por exemplo, não estar na sala de estar, não estar na cozinha, ter o meu espaço ou no meu quarto ou no escritório." (EJ)

"Um jornal, sim. E isso ajuda? Ajuda, ajuda. Tanto isso como..." (EJ)

"No meu caso ajuda-me mais a fazer coisas físicas. Ir correr, fazer exercício, isso tudo é o que me ajuda mais." (EJ)

"No meu caso eu prefiro estar a mexer-me e a fazer hobbies, seja o que for, do que estar, por exemplo, num dia que se eu tiver num dia parada, aborrecida, sem fazer nenhum," (EJ)

---

---

"Escrever sobre o assunto, falar com alguém também me ajuda normalmente muito, ou seja, ligar ao meu namorada ou uma amiga, por exemplo." (EI)

"...o que fiz muito, muito durante a minha adolescência foi escrever." (EH)

"Eu sempre que tinha algum pensamento ou estava a sentir o que quer que fosse, eu escrevia sobre isso. Isso ajudava-me muito a visualizar as coisas e a... talvez a pôr um bocadinho mais os pés no chão e estar mais ligada à realidade. E isso foi me ajudando muito ao longo dos anos e era uma coisa que a minha terapeuta encorajava." (EH)

"Mas, pronto, depois eram coisas que... talvez parecem muito básicas, mas encontrar distrações, ter pessoas, ter uma rede de apoio, ter amigos e família com quem eu posso falar quando tenho vontade de ter esse tipo de comportamentos, ter hobbies, ter interesses de música, filmes, coisas às quais eu pudesse agarrar e focar-me em vez de ceder a esse tipo de comportamentos" (EH)

"...eu faço mindfulness, eu faço journaling, eu faço meditação" (EG)

"O journaling para mim é uma coisa que mudou completamente a minha vida." (EG)

"a tal meditação e tentar perguntar-me a mim mesma porquê e se vale a pena, e pronto essas coisas." (EC)

"A minha terapeuta insistiu muito nos exercícios de respiração, meditação e quando eu me sentia pior." (EC)

"...eram mais atividades diferentes, tipo ir fazer, tentar perceber que coisas é que eu podia estar a fazer que me ajudavam. Por exemplo, fazer pulseiras, ou pintar, ou ir ver uma série." (EA)

"...quando eu tinha essa vontade, estivemos a experimentar várias coisas para ver o que era mais útil para eu ir fazer, em vez daquilo. O que é que me ajudava mais a acalmar. Ligo ao meu namorado, ou escrevo sobre o assunto ou só penso, choro muito até deixar de doer." (EA)

"a tal meditação e tentar perguntar-me a mim mesma porquê e se vale a pena, e pronto essas coisas." (EC)

"Fazer-me perguntas a mim mesma. Para, se porquê vale a pena fazer isso. O que é que vai resolver?" (EC)

"E também houve outra coisa que ela insistiu muito que eu fizesse análises à vitamina D, por exemplo. Ela dizia que estava conectada com a depressão e eu fiz análises e realmente estava mesmo baixa, comecei a tomar e também senti muitas melhorias nesse aspeto. Pronto, foi essas duas coisas que eu acho que me ajudaram." (EC)

"vou falar sobre isto, se calhar com o meu namorado e não ter medo de se expor, ou escrever, ou simplesmente vou tomar um ansiolítico se estiver muito mal." (EI)

"Imagino, eu trabalhei num sítio onde sofri de bullying e uma vez disse a ele, "eu não vou sair daqui antes que me ensine, tipo uma ferramenta, eu não consigo, não consigo", eu não sei." (EG)

"Se não puder ter nenhum dos dois dizer, olha, em vez de simplesmente vir estudar, tenho uma aula, tenho uma reunião, tenho qualquer coisa para poder sair do espaço. E, mesmo

---

			que eu não vá estudar nem para nada, vou ter com amigos ou outra coisa qualquer. Basicamente é sair daquele espaço ou ficar sozinha, e ter com pessoas que eu conheço, basicamente." (EJ)
B.2. Negative experience References to the negative aspects related to the psychological support process.	B.2.1. Difficulties within the psychological support process References to issues and challenges related to the psychological support process.	B.2.1.1. Challenges related to the pace and approaches used References to the inadequacy of the rhythm of process (too slow) or of the intervention approaches used.	"Entrevistador: E há alguma coisa em que acha que a psicóloga deveria mudar ou ter feito diferente? Participante: Acho que a doutora podia ter dado estratégias mais cedo no processo terapêutico." (ED) "No início, durante alguns meses, nós só falávamos, não havia assim grandes estratégias, só trabalhos de casa, assim." (ED) "demorou algum tempo para chegarmos a esse ponto," (ED) "...porque nas duas, três primeiras consultas com o psicólogo, vou dizer uma babuzeira, mas senti, foi assim uma espécie de uma coisa tão superficial." (EB) "Parecia que estava-me a fazer cócegas, eu precisava de uma coisa de punho." (EB) "Entrevistador: Porque senti que o psicólogo não estava a ir exatamente aonde precisava de ir? Participante: Exato." (EB) "Entrevistador: Ou seja, foi pelo tempo que o psicólogo demorou a dar as estratégias. Participante: A dar-me as armas, as estratégias, muito tempo." (EB) "...ao início é difícil ver resultados, não é?" (EC) "Entrevistador: E ela ajudou a perceber os comportamentos? Ou seja, o porquê que os tinha, os pensamentos... Como é que ela ajudou a perceber? Participante: Na verdade eu ainda não percebi muito bem." (EC) "Se pudesse mudar alguma coisa no processo terapêutico, o que é que mudaria? Participante: Que fosse mais rápido, mas é difícil. É um processo. Entrevistador: Que fosse mais rápido o quê? a sentir a melhoria ou... Participante: sim os resultados." (EC) "E tinha-me curado mais depressa, tinha curado mais depressa." (EB) "Mas o que eu sinto é que a cognitiva, eu sinto que foi muito superficial, que é ok, aqui estou-me a aguentar. É um bocado é isso, é tipo, aguentava a ferida." (EA) "Que era superficial? Participante: Sim. Entrevistador: Muito despachar o assunto? Participante: Sim" (EA) "Não sei, parecia que eu contava tudo. Estava ali a contar, mas depois não íamos a fundo. Nós fazíamos muitas tabelas, tipo... Ah, ok. Sentia que estava a fazer trabalho de causa, quando lá estava." (EA) "É tipo, ok, vou contar isto, isto e isto, e agora vamos fazer uma tabela, e agora vamos fazer isto e isto." (EA) "E se pudesse mudar dar algo no meu processo terapêutico, o que seria? Participante: Se calhar, ter tipo... desistido mais cedo quando um processo não estava a funcionar para mim." (EA) "Mas o que eu sinto é que a cognitiva, eu sinto que foi muito superficial, que é ok, aqui estou-me a aguentar. É um bocado é isso, é tipo, aguentava a ferida. (EA)"" "Que expectativas é que tinha ao começar esse acompanhamento psicoterapêutico? Participante: Estava com expectativas de ir um bocadinho mais fundo." (EA)"

---

"...estava com a expectativa de ir um bocadinho mais fundo e resolver feridas mais interiores e não tanto daquela coisa do momento, do que é que se está a passar agora." (EA)"

"...podia-se ter feito mais, com um tipo de intervenção mais intensa, mais frequente." (EK)

"Mas fui ficando, vamos trabalhando, eu senti que as coisas que ela me dizia eram muito redundantes. Mas acho que é tipo, ok, tens razão." (EK)

---

B.2.1.2.  
Communication  
issues  
References to  
barriers in  
communication  
between patent and  
mental health  
professional  
(difficulty in  
expressing oneself).

"O que pode ter sido difícil era, às vezes ela não ter resposta de mim, que eu ficava calada a pensar. Porque, sendo que a outra pessoa não está a falar, tu também não consegues falar nada. Por muito que tu puxes, se a outra pessoa está calada, tu não consegues fazer nada." (EJ)

"...que aspetos do seu comportamento ou pensamentos autoagressivos achou difícil abordar com a sua psicóloga? Participante: As tentativas de suicídio, porque é um assunto muito mais pesado e, para além de dizer que foi uma tentativa suicida, tudo bem, tinha de explicar o porquê, onde foi, como foi, o que é que parou, o que é que não parou e acaba por ser um bocadinho mais pesado." (EJ)

"Entrevistador: Houve algum aspeto ou que aspetos do comportamento autoagressivo é que foi difícil abordar para a psicóloga? Participante: Tudo." (EC)

"E, mesmo nas psicólogas, eu sempre tive muita dificuldade a falar disso." (EA)

"Que aspectos do comportamento autoagressivo achou difícil abordar com a sua psicóloga e porquê? Participante: Só o facto de eu o fazer. A pessoa dizer que quer se magoar a si própria é... Entrevistador: É difícil. Participante: É pesado, é difícil. Pelo menos para mim foi." (EA)

"como é que foi explorar estes comportamentos com a psicóloga? Participante: Como é que foi? Sempre que eu sinto, é sempre duro." (EA)

" Eu mudava a minha a dificuldade que eu tive nos primeiros meses em expor-me e abrir-me com a minha psicóloga, mudava isso porque houve alturas que eu omitia coisas à minha psicóloga e isso só me prejudica a mim no processo terapêutico, então mudava isso, mudava isso." (ED)

"Entrevistador: Pode partilhar como é que se sentiu nesses momentos? Participante: Vulnerável e com vergonha. E triste." (EC)

"Senti muita vergonha, mas acabei por falar, porque não era bom para mim." (EC)

"Vulnerável. Super vulnerável. Eu sinto-me sempre um bocado ashamed de falar, tipo fico com vergonha." (EK)

"Vulnerabilidade, medo, vergonha." (EK)

"Sentia só vergonha" (EK)

"Super vergonha. Super vergonha." (EK)

"Vergonha, ansiedade, medo, culpa. Era muito por aí." (EK)

"Era sempre difícil por causa da vergonha e por causa daquela ideia de dizer tipo, "yah eu

---

magoo-me”, isto é um título meu, portanto era sempre difícil." (EK)  
"Sentir que repetia um erro. Vergonha, nesse sentido." (EG)  
"... hoje em dia aquilo que eu sinto maioritariamente, eu sinto muita vergonha falar sobre o assunto hoje em dia, porque sinto que este tipo de comportamentos são muito imaturos..." (EH)

---

**B.2.1.3. Financial difficulties**  
References to challenges with the price of the sessions, as an impeding feature.

"...a questão financeira continua a ser um fator." (EK)  
"...capacidade financeira." (EK)  
"Entrevistador: Se pudesses mudar algo no processo terapêutico, o que seria? Participante: O valor das consultas." (EK)  
"Não tenho acesso porque valores." (EK)  
"...não tinha os meios para tal, acho que não tinha idade nem independência financeira para o fazer." (EI)  
"O psicoterapêutico foi uma coisa mais tarde, porque os custos são diferentes, não é? Porque não abrange, não é? Ainda é considerado um luxo, digamos assim." (EG)  
"Entrevistador: E se pudesses mudar algo no processo terapêutico, o que seria? Participante: Não sei porque, se calhar gostava que fosse mais acessível financeiramente." (EF)  
"...eu não podia ir ao psiquiatra e pagar, naquela altura ainda era em contos, não eram euros. Nem eu me atrevia. Aí então, se eu pudesse, se fosse nas minhas possibilidades, eu teria ido ao psiquiatra, sim." (EB)  
"...era mais barato, é trinta e cinco euros. E como os meus pais já me pagaram tantos psicólogos, eu achei que era uma opção melhor para não ser tão caro, porque havia uns mesmo mesmo muito caros." (EA)

---

**B.2.1.4. Issues with the impact of psychological support**  
References to the negative unexpected aspects that emerged as a consequence of the psychological support process.

"Acho que pode ter danificado alguns pontos da relação com os meus pais, não por causa da psicoterapia, mas porque era isso, ou continuarem em sofrimento." (EK)  
"Aliás, foi para um ponto, desculpa aqui só para te enquadrar, foi para um ponto de total descontrolo, ao ponto de fazer automutilação, há um controle excessivo de tensão de não conseguir sentir emoções ou manifestá-las. Então agora estou a trabalhar para reintegrar a experiência de sentir emoções sem ser desadaptativo." (EK)  
"E lá está, quando comecei a recorrer à terapia, aí esses pensamentos regressaram muito." (EI)  
"Eu acho que o mais negativo foi sentir tudo o que na vida, nós percebemos os nossos próprios traumas, passar por uma fase de muita tristeza muita revolta, acima de tudo." (EI)  
"Mas, ao mesmo tempo, eu também sinto que ao longo do tempo eu fui... criando uma necessidade de racionalização excessiva. Portanto, enquanto no início essa racionalização de determinados aspetos, determinados pensamentos, determinadas emoções, enquanto no início isso era benéfico, muito também para a sua organização mental, ao longo do tempo eu sinto fui sobre-racionalizando coisas quando, na verdade, isso acaba por ser um

---

---

bocadinho mais prejudicial. Eu sinto que, hoje em dia, às vezes tenho alguma dificuldade em sentir as coisas porque estou mais preocupada em pensar no que estou a sentir do que propriamente a sentir." (EH)

"Foi depois de eu ter psicóloga já que comecei a ter vontade outra vez." (EA)

"...que emoções foram mais frequentes durante as sessões de psicoterapia? Estamos a falar agora destas últimas duas. Participante: Na primeira, muito desespero, muito... Não é desespero, era sentia que não tinha tempo para nada." (EA)

"...minhas emoções eram de desespero." (EF)

"Angústia. É mais pela angústia. Como faço duas a duas semanas, trago muita coisa dessas duas semanas. Ou não trago nada e está tudo bem, ou trago demasiada coisa. Depende muito do que aconteceu nessas semanas. Por isso é muito... Vem muito entre angústia e não se passa nada." (EJ)

"...raiva, tristeza, frustração..." (EK)

"Estava a chorar imenso." (EJ)

"Entrevistador: E que emoções é que foram mais frequentes durante a psicoterapia? Durante as sessões? Participante: Acho que... de, se calhar, maior raiva porque eu estava muito apática e depressiva ao mesmo tempo e então conseguir trazer ao de cima o que estava guardado e perceber que era ok sentir raiva, estar chateada com o mundo e com as pessoas em geral." (EI)

"Eu acho que o sentimento que mais prevalece, ou pelo menos que tem prevalecido foi, e não digo isto de uma maneira pouco positiva, eu sei que é perfeitamente aquilo que é suposto ser no meu caso, mas é zanga, tristeza e alívio, zanga, tristeza, frustração, muita frustração. Mas não é uma coisa má, não é uma coisa má de todo. É a frustração de eu quero ser melhor, ainda não consegui chegar ao ponto que quero e tenho que trabalhar esta frustração que vem ligada à raiva, que vem ligada à tristeza e etc. Portanto, frustração, raiva, tristeza, alívio e compaixão." (EK)

---

**B.2.2. Lack of quality in the  
therapeutical relationship**  
References to a negative and weakened  
connection between them and mental  
health professionals.

"...no início estava a ser acompanhada por uma psiquiatra que me medicou, mas a nível de talk therapy eu não gostava muito dela, não me dava muito bem com ela." (EK)

"Aliás, acho que teve um ou outro... ela deu uma outra resposta que eu fiquei tipo... não gostei." (EK)

"Eu tentei ser acompanhada por uma outra psicóloga, tive cerca de três consultas com ela, mas não me identifiquei com ela. Então, parei o processo." (EK)

"Como é que eu descrevo a minha relação com a minha psicóloga? É uma relação um bocado... É mais formal do que eu gostaria que fosse. Já lhe pedi para ela me tratar por tu, porque me faz confusão que ela me trate por você mas eu acho que ela não consegue. Às vezes lá lhe sai o tú, mas pronto." (EK)

"...é uma relação que durante muito tempo eu senti muita raiva dela. Eu ficava tipo, why? Porquê és assim? Porque ela é muito dura comigo. Portanto, é uma relação estranha." (EK)

"Demos melhor no início." (EK)

---

---

"Portanto, eu gostava de saber mais sobre ela, gostava que tivéssemos uma relação mais mais fofinha, mas eu sei que isso é da minha forma de ser, eu sou muito cuchicuchi com toda a gente. Ela não, ela tem a sua formalidade e tem." (EK)

"...é uma pequena diferença entre sentir que ela me compreende e que ela tem compaixão. Eu queria que ela tivesse compaixão, mas ela compreende de uma postura muito...uma postura quase que longínqua." (EK)

"Às vezes ela dá-me respostas que eu fico, tipo, “ah, não, audácia, the fuck, não estou a fazer isso”. E nem sempre ela tem razão né, mas às vezes grande parte das vezes eu fico, tipo, ya tens razão." (EK)

"Entrevistador: E com essa psicóloga sentiu-se julgada? Participante: Sim, um bocadinho. Um bocadinho. Não muito, mas um bocadinho. Do tipo, qual é a razão. Não foi compreendida, foi logo..." (EE)

"Entrevistador: A psicóloga é que teve uma reação mais... Participante: Sim mais “wow”. Tipo, um drama assim grande. O que é que eu andava a fazer? Sim, foi assim mais..." (EE)

"Ela não é que ela fosse uma psicóloga, mas nós simplesmente não encaixámos uma com a outra. Eu sentia que ela não me compreendia." (EH)

"No final nós já tínhamos uma relação que eu sentia que talvez fosse um bocadinho demasiado familiar." (EH)

"Mas lembro-me de, nessa fase, pensar realmente não estou a sentir muito muito apoiada aqui neste aspeto." (EH)

"Não acho, especialmente depois de ela ter lido o que leu, em que eu falava sobre todos os sentimentos negativos associados com esses comportamentos, não acho que tenha sido adequado ela ter feito esse comportamento, ela ter feito esse comentário. E foi uma coisa que, pronto, até hoje fica comigo." (EH)

"Às vezes as minhas consultas eram, sentia mais como se fosse uma conversa amiga do que propriamente uma sessão de psicoterapia. E eu sinto que é uma coisa que nem eu nem ela conseguimos evitar nesta fase, depois de tantos anos." (EH)

"...por acaso tenho um momento específico que me lembro de ter ficado zangada com a minha terapeuta e de ter ficado em silêncio o resto da sessão porque foi um dos momentos em que eu tinha escrito umas coisas no meu caderno e levei para ela ler e o que eu tinha escrito estava relacionado com comportamentos de automutilação que eu tinha tido no dia anterior ou dois dias antes. Enquanto ela estava a ler, eu pensei, ok, eu aqui estou num espaço seguro, estou num espaço confortável. Portanto, eu arregacei as minhas mangas e pus-me assim senta-se na cadeira de forma a mostrar os pulsos. Um bocadinho a relaxar na cadeira. E a minha terapeuta acabou de ler o que eu tinha escrito. E o que ela disse foi algo do género... “Ah, a PH fala aqui muito sobre sentir culpa e sentir vergonha dos cortes, mas agora está aí a mostrá-los para mim”. E eu... Pus logo as mangas para baixo e fiquei... zangadíssima com ela e não disse nada ao resto da sessão. E hoje em dia eu ainda acho que não foi uma coisa adequada de se dizer." (EH)

---

---

"Eu sei, não só por experiência em psicoterapia, mas também por experiência de experiência acadêmica, sei que às vezes é necessário no contexto terapêutico os terapeutas serem mais confrontativos, mas eu sinto que aquilo não era o momento." (EH)

"...mais para o final do meu acompanhamento com a minha terapeuta anterior houve aquela sensação de demasiada familiaridade com ela. Mas eu sinto que isso foi uma coisa que era quase como inevitável, tendo em conta a quantidade de anos e de tudo aquilo que no fundo nós passámos juntas." (EH)

"Entrevistador: Ok. Em geral, como é que foi explorar os comportamentos autoagressivos com a psicóloga? Participante: Se calhar um bocado constrangedor." (EF)

"Às vezes, no início, quando comecei a psicoterapia com a minha nova psicóloga, eu tinha muita ansiedade porque era uma pessoa nova e eu sou uma pessoa muito ansiosa ao pé de pessoas novas." (ED)

Participante: Ela era muito fria. Diziam-me para eu ler a Bíblia e rezar antes de dormir e assim." (EC)

"E às tantas enervei-me tanto, comecei a gritar com eles assim. "Ai, não mexa nos coisas, eu posso aqui." E ele dizia assim, "Mas você está no meu gabinete, quem manda aqui sou eu." "Controle as suas emoções. Controle as suas emoções. Respire." (EB)

"...não eu estava com muita raiva." (EB)

"...ela começou-me a atacar. Ela picava-me ela picava-me." (EB)

"Não houve muita empatia." (EA)

"Antes esta não era má. Só não era... Não era A psicóloga." (EA)

"...sem ser aquela, aquela que eu disse que era má da familiar, que ela ia a fundo só que errava, dizia assim umas coisas muita estranhas, enfim." (EA)

"Ela tentava, mas não era assim coisas mesmo ao lado. Eu ficava assim a olhar para ela... w\*\*." (EA)

"Eu fico, tipo, ai, estou a ter merda. Tenho medo de, tipo, é um bocado uma resposta impulsiva e invalidante de eu não sei o que é que eu estou aqui a dizer. Portanto, há é esse tipo de... que vem ligado à frustração, porque é a minha pessoa. Mas é muito uma atmosfera vulnerável." (EK)

"Eu fico... ok, agora estou a dizer isto, tenho bué medo que a minha psicóloga me faça sentir ou me leve a sentir que eu estou...errada." (EK)

"...porque ela é muito dura. E eu tenho uma tendência a personalizar o feedback vindo dela. E internalizo sempre isso como mau. Ela está sempre tipo, "eu não estou a dizer que é mau, ou que é bom, estou a dizer que é assim" e eu tipo "ah isto é horrível ah". (EK)

"Não me lembro exatamente qual foi, mas basicamente ela fez entender que o facto de eu não querer ser mãe não era correto. E eu... Oi? Não." (EG)

"Entrevistador: E isso levou a desistir da psicoterapia com ela? Participante: Sim, ela não tem que me julgar. Não." (EG)

"Entrevistador: E o que é que sentiu durante a partilha? Participante: Medo. Foi medo de... Senti medo, senti receio." (EE)

---

	<p>"Entrevistador: Que emoções é que foram mais frequentes durante as sessões de psicoterapia? Participante: Emoções... Às vezes, ansiedade." (ED)</p> <p>"Pois, senti que era um bocado esquisita. Mas eu senti um bocado não sei. Entrevistador: Invasivo? Participante: Um bocadinho, talvez." (EC)</p> <p>"Eu sou bissexual e já sei isto desde os meus 14 anos. E na altura em que falei sobre isto na terapia, houve alguma insistência por parte da minha terapeuta de que talvez eu não fosse bissexual e que isto talvez estivesse relacionado com a minha relação com homens e a forma como eu vejo homens e coisas desse tipo. E eu senti que houve demasiada insistência nisso e não senti, senti que... não é que eu sentisse que houvesse..." (EH)</p> <p>"Eu não sabia muito bem o que pensar porque não sabia se era uma questão de preconceito por parte dela ou se era genuinamente uma preocupação que talvez isto não tivesse relacionado com a minha orientação sexual." (EH)</p> <p>"Entrevistador: Alguma vez te sentiu julgada ou estigma? ...mas estive com uma psicóloga uma vez e por isso é que eu acabei o tratamento com ela que me senti." (EG)</p>
<p><b>B.2.3. Lack of trust in the psychologist</b> References to perceived judgement and stigma from mental health professionals and difficulties in trusting them.</p>	<p>"Entrevistador: E com essa psicóloga sentiu-se julgada? Participante: Sim, um bocadinho. Um bocadinho. Não muito, mas um bocadinho. Do tipo, qual é a razão. Não foi compreendida, foi logo... Eu tive algumas sessões até conseguir ter confiança para contar e na primeira sessão que eu contei, ela contou logo aos meus pais." (EE)</p> <p>"Entrevistador: Como descreveria a relação com a psicóloga? Participante: Para mim não era confiável, na minha cabeça não era confiável porque ela também foi a pessoa que contou aos meus pais e na altura, na minha cabeça, ela ao ter contado que eu fazia, que tinha comportamentos de automutilação, deixei de confiar nela e deixei de querer ir às sessões também." (EE)</p> <p>"Antes de ser acompanhada fui pela psicóloga, mas basicamente como ela traiu a minha confiança na minha cabeça na altura, era isso que eu pensava, eu deixei de querer falar com ela e quando ia lá ficava calada. Não contava nada da minha vida, basicamente. Até que depois desistimos de ser acompanhada por ela." (EE)</p> <p>"...às vezes receio, receio de dizer certas coisas à minha psicóloga." (ED)</p> <p>"Não havia muita confiança. Não sei, sinto que não confiava assim muito nela." (EA)</p> <p>"Entrevistador: Como é que foi partilhar com o seu psicólogo que praticava estes comportamentos? E o que é que sentiu durante essa partida? Sentiu-se compreendida, acolhida, julgada. Participante: É sempre assustador falar disso. Pelo menos para mim. Tenho sempre muita relutância, demoro a conseguir falar." (EA)</p> <p>"Então, depois ela contava coisas da minha mãe a mim, de mim à minha mãe, e não sei o quê. Aquilo não... Não era muito boa, honestamente." (EA)</p> <p>"...o que foi complicado foi quando estava na terapia e tinha-me auto-mutilado e tinha de contar à minha psicóloga isso é que era um bocado, tinha receio, medo e um bocado de ansiedade em contar à minha psicóloga que tinha-me auto-mutilado." (ED)</p>
<p><b>B.2.4. Negative feedback</b> References to negative global evaluations</p>	<p>"...entre a psicóloga da escola e esta psicóloga com quem eu tive durante muitos anos, eu tive uma psicóloga durante uns meses e duas coisas não correram bem." (EH)</p>

of the psychological support process and mental health professional's characteristics (being disorganized).	<p>"Eu tinha outra psicóloga que era na zona de Lisboa e só que essa psicóloga estava sempre a querer desmarcar." (ED)</p> <p>"...era um bocado desorganizada." (ED)</p> <p>"Era boa psicóloga, mas era um bocado desorganizada, tinha muitos pacientes e assim." (ED)</p> <p>"Não desmarcava, na última hora, no dia da consulta ou no dia antes da consulta, pedia para remarcar. Isso acontecia quase todas as semanas, a pedir para remarcar, e já estava marcado há uma semana ou há duas semanas, e na última hora pedia para remarcar." (ED)</p> <p>"E acontecia quase todas as semanas..." (ED)</p> <p>"...e depois o zoom também cortava e a consulta era só de quarenta minutos e eu pensava que precisava de mais de quarenta minutos." (ED)</p> <p>"Também tive experiência com psicóloga no hospital. Mas não correu bem." (EC)</p> <p>"E depois fiz umas consultas com a ela sozinha. Com a terapeuta familiar. Que...Também não correu grande coisa. Mas eu sinto que ela não era muito boa. Eu achei que ela era assim um bocado... Ela não era muito boa." (EA)</p> <p>"...é quase uma lista de atividades que podes fazer, quando estás a pensar nisso. Uma lista de pessoas a ligar, quais é que são os triggers? Quando é que acontece? Pronto. E foi muito por aí. e não sei se ajudou." (EA)"</p>
<p><b>B.2.5. Resistance to change</b> References to difficulties in accepting or implementing the strategies proposed.</p>	<p>"Depois eu comecei a criar, tipo, comecei a sentir-me a afastar do processo e criar ali muita raiva, muito, tipo, não estou a gostar disto, até ponderei deixar." (EK)</p> <p>"Eu fico frustrada com ela, não fico frustrada comigo. Mas é claramente uma cena de espelho. Tipo, eu sinto-me assim. Não é isso que ela está a dizer. Eu é que interpreto assim. E às vezes eu já lhe disse, tipo," eu sinto que me está a dizer bla bla bla" e ela, "eu não está a dizer nada" e eu, "eu sei, eu estou a projetar." (EK)</p> <p>"...houve momentos, principalmente no início, que eu me sentia frustrada e até um bocadinho desmotivada porque pensei, ok, isto não vai fazer nada." (EI)</p> <p>"Continuo a ter o mesmo padrão comportamental de evitar às vezes e não querer perceber, mas mais tarde depois chego lá e sei que foi uma escolha simplesmente que eu fiz, de não querer perceber na altura, mas agora tenho essa capacidade sozinha de entender as coisas." (EI)</p> <p>"No início eu tinha alguma relutância em aceitar ajuda." (EF)</p> <p>"E eu fizia assim, "Não, não estou a pensar em nada." (EB)</p> <p>"Eu não tinha muita esperança que viesse a melhorar. Pronto, inicialmente não tinha grandes expectativas." (EC)</p> <p>"E eu nunca, era muito raro eu falar disso. Acho que só falei disso com duas delas, falei com as minhas últimas duas e foi sempre passado muito tempo e nunca foi a razão pela qual eu fui lá." (EA)</p>
<p><b>B.3. Positive experience</b></p>	<p><b>B.3.1. Adaptations for patients</b> References to how psychologists tailored the psychological support process to the</p> <p>"Normalmente é a típica consulta de uma hora, mas ela é muito fofa e às vezes tendo uma hora e meia, uma vez fizemos uma consulta complicada foi duas horas e não cobrou mais nem nada. O que é bom." (EK)</p>

References to the positive aspects related to the psychological support process.	patient's individual needs.	<p>"Não, é claramente terapia focada nas emoções. Porque também, eu acho que era essa a minha necessidade. Eu não sei se essa é a intervenção específica dela, mas essa era a minha necessidade." (EK)</p> <p>"Está sempre disposta a ajudar em alturas de crise. Quando eu não estou bem, a doutora diz "PD, qualquer coisa, pode me ligar."" (ED)</p> <p>"...ele até desmarcou. Desmarcou uma consulta com uma senhora para ficar mais tempo comigo." (EB)</p> <p>"temos que aproveitar este momento, porque depois só temos consulta daqui a 15 dias, e este momento, hoje temos que resolver o pico da coisa."" (EB)</p> <p>"...falámos durante uma hora e meia, quase duas horas." (EB)</p> <p>"Pedi para ficar mais tempo." (EB)</p> <p>"...comunicou com o meu médico de família para ele aumentar." (EB)</p> <p>"Entre o médico da família e o psicólogo. E equilibrou." (EB)</p> <p>"E ele às vezes diz-me, quando você não puder vir ao consultório, a gente faz pelo WhatsApp." (EB)</p> <p>"E eu atendi e disse... E ele disse, "ah, madame, como é que está? Não sei o que, não sei o que mais." E eu disse "Estou bem. Mas nós não temos consulta hoje." E ele disse, "não, queria saber como é que está."" (EB)</p> <p>"Porque ele trabalhava em conjunto, em parceria, com a minha psiquiatra." (EB)</p> <p>"Mesmo que eu não tenha consulta, ele telefona-me, ele vai de férias, manda-me sempre mensagens para saber se eu estou bem. É impecável." (EB)</p> <p>"Ele vai para a Costa Rica. Fica lá três semanas ou um mês. Depois, duas vezes por semana, manda-me sempre uma mensagem local. "E se precisar de alguma coisa, não se esqueça de telefonar para o meu colega, que eu deixei o seu nome."" (EB)</p> <p>"Eu então fui falar com o psicólogo e ele... Eu falava com o meu médico de família e ao mesmo tempo com o psicólogo. Tive um acompanhamento. Por acaso, ...ele foi bestial. Bestial, bem besta, mas não é com esse sentido pejorativo." (EB)</p> <p>"Às vezes estende-se um bocadinho. Às vezes, quando eu estou a precisar, marco mais para a semana." (EA)</p>
B.3.2. Personal engagement References to personal engagement and effort within the psychological support process.		<p>"Mas quando eu fiz psicodrama era semanal, era todas as segundas-feiras, estava lá batida." (EK)</p> <p>"Sei que o mérito foi meu, porque eu é que decidi e eu é que consegui, mas a psicoterapia foi sem dúvida um impulsionador para isso." (EK)</p> <p>"Agora, eu continuo a procurá-la e acho que ela tipo me ajuda bastante." (EK)</p> <p>"Com o passar dos anos fui-me informando mais, ok?" (EG)</p> <p>"...só que com o passar do tempo eu fui-me informando." (EG)</p> <p>"...não é só, ai nós vamos ao médico, mas o médico vai resolver tudo, isso não é verdade, nós temos que fazer o nosso trabalho de casa e eu faço um grande trabalho de casa, ok?" (EG)</p> <p>"Porque lá está, nós temos a ferramenta, eles podem nos ensinar, mas, meus queridos, se</p>

---

nós não fazemos o nosso trabalho." (EG)

"...eu fiz um grande trabalho com o meu psicólogo e com o meu psiquiatra." (EG)

"E ele disse-me, PG, tudo aquilo que a PG faz, eu faço mindfulness, eu faço journaling, eu faço meditação, ele disse-me que as pessoas não têm a noção do impacto que isso tem." (EG)

"Nós, para fazermos o nosso trabalho interior, também é preciso fazer, é preciso lá está, é preciso fazer trabalho. É preciso mexer. E nem toda a gente está disposta a isso. Pronto." (EG)

"...eu consigo fazer isto porque eu fiz o meu trabalho interior e continuo a fazer o meu trabalho interior, ok." (EG)

"É super importante nós tomarmos muita atenção quando nós estamos com os nossos psicólogos, ok. Porque nós também temos que fazer o nosso trabalho de fazer entender onde é que estão os nossos problemas para que eles nos consigam dar as ferramentas." (EG)

"É difícil sempre realmente saber que estou a conseguir transmitir o que realmente estou a sentir para a outra pessoa, não é? Comunicar a minha experiência interna e eu preocupo-me com a necessidade e a intenção da minha comunicação, se o que eu estou a dizer é sincero ou se será que é por querer ter algum resultado. Então, eu tento ser o mais sincera possível. Essa é a minha preocupação." (EF)

"...e eu própria deixei de tomar a medicação e eu fiz o desmame sozinha e, que não devia ter feito mas fiz, e automaticamente quando meti na minha cabeça que queria melhorar e que já não queria ser aquela pessoa eu consegui." (EE)

"Na terapia eu, ajudou-me muito com os comportamentos porque eu falava sobre o que eu sentia, não tinha tudo guardado para mim" (ED)

"...e também falar sobre o que se passava e como eu me sentia também ajudou." (ED)

"E eu também dei muito de mim. Eu não estou à espera que ele venha com uma varinha mágica a tirar-me uma doença, não é? A doença está cá, está cá." (EB)

"Ele explicava-me as coisas. Mas eu lia também, como ia à biblioteca. Eu estava depressiva, mas eu ia muito à biblioteca. E lia muitos livros sobre isso." (EB)

"E depois eu vou ler. Vou ler aqueles livros que eu trouxe da biblioteca." (EB)

"E fiz muito. Eu não estava à espera que o médico fizesse o milagre por mim." (EB)

"Eu senti que se ficasse à espera que o médico fizesse um milagre por mim, vou aqui ficar uma vida inteira." (EB)

"E isso ajudou-me imenso, porque eu assim sentia-me menos dependente de alguém." (EB)

"...geria as minhas crises." (EB)

"Fui aprendendo a controlar por mim mesma. Porque eu sabia que se não fosse a minha cabeça, ninguém pode entrar no meu cérebro." (EB)

"Eu tentava consolar-me em mim mesma." (EB)

"...eu fazia com o psicólogo, era assim, uma espécie de ping-pong." (EB)

---

---

### B.3.3. Positive feedback

References to favorable global evaluations of the psychological support process.

"...eu expliquei exatamente aquilo que eu sentia. Tudo." (EB)

"Assim não eu tenho a minha cabeça própria, só eu é que lhe posso explicar o que se passa no meu cérebro, não é?" (EB)

"Então, quando ele estava a explicar as coisas, ele dizia assim, “você está-me a perceber?” E eu dizia assim, “estou a perceber. E até porque eu li e trouxe para lhe mostrar ao senhor”" (EB)

"Foi entre 2023 e 2024, eu fiz parte de um grupo psicoterapêutico de psicodrama. Era muito fácil. É, e foi bom ali para combater coisas de isolamento, digamos assim." (EK)

"Eu acho que me salvou a vida." (EK)

"Talvez eventualmente eu tivesse conseguido virar-me sozinha, acredito que sim, mas não trocava por nada, eu acho." (EK)

"Acho que correu bem. Olhando agora, fazendo uma avaliação de ganhos, eu acho que correu bem." (EK)

"Acho que resultou bem, pelo menos agora olhando para trás." (EK)

"Continuo a precisar e continuo a ver valor, mas acho que na altura, para as dificuldades que eu tinha na altura, fez o que se podia ter feito" (EK)

"...mas para aquilo que se podia fazer na altura acho fez o seu, que cumpriu o objetivo." (EK)

"Onde eu estou agora? Sinto que cumpre mais as minhas expectativas. Porque eu acho que não é aconselhamento, é psicoterapia. Então, vamos a um ponto que eu antes nunca tinha conseguido ir. Portanto, estas consultas nutram mais as minhas expectativas do que na altura." (EK)

"Muito honestamente falando, eu acho que só me trouxe coisas boas." (EK)

"...acho que só me trouxe coisas positivas e depois ajudou-me em todos os níveis." (EK)

"Há uma certa paz com o processo." (EK)

"Sim, não mudava assim nada de extraordinário. Se calhar tinha mais continuidade. Era só isso. Porque eu gosto também de estar nesta jornada de autoconhecimento e auto-melhoramento, digamos assim. Portanto, eu gostava de ter mais acesso." (EK)

"Teve um impacto muito positivo, isso teve." (EJ)

"Logo nas primeiras sessões percebi que devia ter vindo muito mais cedo." (EJ)

"Eu acho que estava num ponto um bocadinho desesperada, achar que ia salvar a vida. Acabou por acontecer, portanto, estava correto." (EI)

"Correu muito bem. Ao ponto que, se eu pudesse fazer com que toda a gente fosse à terapia, faria." (EI)

"...pelo menos para mim, mudou totalmente a minha vida drasticamente. Acho que se não fosse isso, genuinamente, não estaria cá hoje." (EI)

"Influenciou muito e de uma forma positiva." (EI)

"Acho que não mudava nada. Acho que fez sentido a jornada assim." (EI)

"Eu sinto que a terapia definitivamente me ajudou bastante." (EH)

"...eu sem o meu psicólogo e o meu psiquiatra eu não teria chegado onde cheguei na vida,"

---

---

ok? Com a minha história toda, não tenho de ninguém, e eu acho que é super importante as pessoas perceberem o quanto isso é importante." (EG)

"...foi me aconselhado pelo meu psiquiatra na altura, e foi incrível." (EG)

"A psicologia, para mim, salvou a minha vida, digamos assim." (EG)

"Tive consultas, etc. E ajudou muito, não é?" (EG)

"Correu muito bem. Muito bem." (EG)

"Entrevistador: E acha que correspondeu às expectativas que tinha quando decidiu iniciar?"

Participante: Sim." (EG)

"Que é importante haver pessoas que nos ouçam e que façam esforço para compreender e também que é importante que os terapeutas consigam, às vezes, ter humildade para saber que erram. Especialmente em casos como o meu, porque o meu diagnóstico foi complicado e envolveu a minha terapeuta ter que dizer que realmente errou ou dizer que eu não tinha déficit de atenção, e afinal tenho. E... Nem todos os médicos têm essa humildade. Às vezes preferem, se calhar, não estar errados. Pensam mais no ego do que no paciente." (EF)

"É importante preocuparmos-mos com a nossa saúde mental, sejamos mais velhos, sejamos mais novos, porque é uma situação que pode, pode provocar qualquer coisa, nós estamos bem e de repente estamos mal. É uma situação difícil e a terapia ajuda bastante. Ajuda mesmo. Eu, para mim, foi uma ajuda a 100%." (EE)

"...não é só a medicação que me fez estável, também foi a terapia. A terapia, a medicação ajuda a estabilizar o bipolar, mas a terapia ajuda-me a lidar com os problemas que vão surgindo na vida." (ED)

"Eu acho que a experiência terapêutica pode ser muito benéfica." (ED)

"Acho que, para mim, tem sido muito benéfica." (ED)

"Acho que é uma coisa muito benéfica e que ajuda muito as pessoas, dependente dos problemas que tenham..." (ED)

"Para mim tem sido muito benéfico." (ED)

"Então, acho que a terapia é muito bom." (ED)

"A doutora é muito boa, é muito boa psicóloga." (ED)

"Então, a doutora é muito boa." (ED)

"Tenho aprendido muita coisa na terapia e tem-me ajudado bastante e tenho sido muito benéfico." (ED)

"Entrevistador: E há alguma, exemplos de mudanças negativas que ocorreram?"

Participante: Negativas não. Sinceramente não tenho nada de negativo que aconteceu. A doutora tem sido super muito boa e recomendo muito." (ED)

"...mas ajudou-me bastante." (ED)

"A psicoterapia tem-me ajudado bastante, acho muito benéfico." (ED)

"Ajudou-me em coisas diferentes e recomendo muito a psicoterapia." (ED)

"Até para pessoas que não têm diagnósticos. Pessoas que não têm diagnósticos, eu recomendo muito a psicoterapia." (ED)

---

---

B.3.4. Psychologist's practice style  
Positive references to the mental health professional's way of practice, highlighting their attitudes and characteristics.

"...acho que a terapia é muito benéfica e foi muito benéfico para mim." (ED)

"O psicólogo acompanhou-me super bem. Não tenho nada que dizer." (EB)

"...tive um acompanhamento maravilhoso." (EB)

"Agora tenho perfeito conhecimento do funcionamento do meu cérebro. E estou muito bem seguida aqui. Muito bem seguida." (EB)

"A terapia cognitivo e comportamental... ajudou-me imenso. Ajudou-me imenso a controlar a impulsividade, a gerir, eu mesma sem ter de estar sempre a contar com os outros." (EB)

"A primeira vez foi numa casa de saúde em Condeixa. Era privado. E estive lá dois meses e pronto aí era todos os dias. Gostei muito, é um psicólogo muito bom." (EC)

"Entrevistador Ok. E a terapia correspondeu às expectativas que tinha? Participante: Sim, sim. Entrevistador: Quando decidiu iniciá-la? Participante: Superaram." (EC)

"Ela ajudou-me muito." (EC)

"...salvou-me a vida, basicamente." (EC)

"...se não fosse pela terapia, eu não estava aqui." (EC)

"Foi além das minhas expectativas." (EA)

---

"Ela por si, nessa altura, não teve nenhuma reação que conseguisse perceber. Estava muito neutra, estava naquela coisa de compreensiva, mas tirando isso, não teve qualquer outro tipo de reação." (EJ)

"Para além de ver aquilo que eu estou a ver, ela também me dá uma outra perspectiva sobre os assuntos." (EJ)

"Como, por exemplo, restrições alimentares, não é a verificação do corpo, mas a maneira como eu vejo o meu próprio corpo, se estou a fazer alguma coisa que faça mal. Por acaso gostei que ela... ok, não podes não estar a fazer comportamento autolesivos, mas podes estar a fazer comportamento de outra forma, quero ver se estás a fazer comportamento de outra forma." (EJ)

"Muito normal, muito neutro, sinto que a minha psicóloga nesse aspeto é muito neutra, acho que não há nada que se possa dizer que ela vai ficar verdadeiramente chocada, eu nunca vi choque na cara dela." (EI)

"...estar a falar de algo triste e no meio meter uma piada no assunto e vê-la a rir e isso já aconteceu. Ou ela próprio também me mostrar uma certa zanga para que tal da mesma maneira que eu e isso às vezes é importante para eu perceber que que ela me está a ouvir porque sente o mesmo que eu estou a sentir um bocadinho, e reflete essas emoções, mas no resto eu acho que ela demonstra uma expressão facial neutra simplesmente para me demonstrar que não é nada de chocante." (EI)

"E ela, eu às vezes escrevia coisas e levava para a terapia e dava-lhe o meu caderno em vez de de falar, e ela sempre foi muito apoiante disso. Ela nunca me disse do género, mas agora não quero o caderno, quero que me digas, quero que fales. Ela nunca fez isso e eu acho que foi muito importante ela não ter feito isso. Porque, obviamente, nós depois falávamos sobre o que estava escrito, mas foi importante para mim essa validação, ela

---

---

apoiar essa minha forma de expressão." (EH)

"...na quarta sessão ele fez uma coisa que eu fiquei chocada, ele disse naquele dia que hoje a PG vai se sentar na minha cadeira e eu vou sentar na cadeira da PG, vamos fazer uma coisa diferente e ele disse-me assim, nos meus 23 anos de de experiência e isto vai ser a quarta ou quinta vez que eu vou fazer isto e eu pensei ok, e ele disse-me assim a PG tem alta, e eu disse como assim, eu pensava que ia lá passar a vida não é com a minha história e eu disse, como assim tem alta?" (EG)

"Acho que foi uma reação profissional, não é? Só ouviu-me e lidou com isso." (EF)

"Normal, tranquila. Não me assustou. Não foi do tipo... Ai, o que é que andas a fazer?

Disse que ia me ajudar. E foi super calma. Sempre foi. Foi muito calma." (EE)

"Entrevistador: Teve uma reação mais neutra. Participante: Sim, sim. Mais neutra. Mais... Do tipo, eu estou aqui. Não vamos fazer grande alarido com isto. Mas vou-te ajudar. Eu senti." (EE)

"Entrevistador: Ok. Como é que se sentiu com a reação dela? Participante: Fiquei surpreendida. Como a psicóloga tinha tido aquela reação... Aquela reação, assim, mais... Oh, que desgraça." (EE)

"O ambiente é bom, é bom porque a minha psicóloga é muito brincalhona, então está sempre a brincar e assim. Então o ambiente é bom, é bom. Boas energias. Diria boas energias." (ED)

"Senti que a psicóloga entendeu, a psicóloga estava a apontar, a fazer apontamentos sobre o que eu estava a contar na primeira sessão. Estava-lhe a contar o meu historial e a psicóloga estava a fazer apontamentos. Então senti que foi compreendida, senti que a psicóloga foi compreensível e sim." (ED)

"...a doutora estava a fazer apontamentos e fez perguntas sobre a minha automotilação, fez perguntas sobre a minha automotilação." (ED)

"Entrevistador: E qual foi a reação dela quando partilhou? Participante: Começou-me a fazer perguntas para entender melhor porquê e em que circunstâncias é que eu fazia isso. Perguntavam se eu chupava sangue, coisas assim mais específicas." (EC)

"Quando ele via que eu estava para explodir, ele olhava para mim e não dizia nada. E depois retomava a coisa assim, podemos continuar?" (EB)

"...falei logo com a minha psicóloga e ela disse que, a minha psicóloga é muito prática. Não é prática, mas é muito tipo, "isso é que não, não vais usar essa energia para te destruir". (EA)

"...qual foi a reação da psicóloga quando partilhou esses comportamentos, que tinha esses comportamentos? Participante: A primeira vez foi só ouvir e estar tipo ok, sim, para eu elaborar e falar depois. e continuar a raciocinar sobre isso." (EA)

"E desta última vez é que foi mesmo... Isso é que não pode ser, não podes usar isso para destruir. Não podes usar esta energia e esta tristeza para destruir. Tens de usar esta tristeza como energia para te conseguires reconstruir. Entrevistador E como é que se sentiu com essa reação? Participante: Esta última? Entrevistador: Sim. Participante: É assim, muito...

---

		<p>Foi um balde de água fria, mas foi num bom sentido." (EA)</p> <p>"A atitude delas perante os meus comportamentos autolesivos foi bem tipo, "ok, mostra-me". Como é que queres lidar para a próxima?" Nunca fui com uma atitude judicatória, estás a ver? Eu estava a precisar de alguém que olhasse e não ficasse... "Ah, és maluca!" Foi... Ok. "Cortaste-te, deixa-me ver", e eu... "Não te vou deixar ver". "Não, mas eu preciso ver. E eu, "Ok, está bem. Ok. pronto." (EK)</p> <p>"Houve outro em que ela foi muito dura comigo e eu fiquei assim um bocado atordoada. Mas foi... Praticamente ela mostrou-me que eu estava a fazer desculpas para mim mesma. E isso também foi muito marcante." (EA)"</p> <p>"Ela é mais virada para a psicanálise, que era uma abordagem que eu nunca tinha tido e está a correr muito bem." (EA)"</p> <p>"E depois estes momentos em que ela me toca nas feridas e que eu fico a chorar a sessão toda, são mesmo tipo... ok. Mas também a partir daí é quando a pessoa dá o salto." (EK)"</p> <p>"... aquilo que a minha psicóloga de agora, a psicoterapeuta de agora fez, foi bué tipo, não olhou para as cicatrizes como o problema, porque não são, porque não está a acontecer. Olhou para aquilo que está por baixo, que é claramente uma necessidade de perfeccionismo, de expectativas altas, então trabalhamos isso. E isso também me ajuda a não fixar sobre as cicatrizes." (EK)</p> <p>"...eu acho que ela me ajudou a focar naquilo que importa. Que é, não era tanto o comportamento, mas era a emoção por baixo. E lá está. Isso era uma coisa que eu precisava." (EK)</p> <p>"ele fazia-me exercícios que aquilo mexia de uma maneira comigo, foi duro, foi muito duro" (EG)</p>
<p>B.3.5. Psychological support progress</p> <p>References to the progress and improvements achieved with the psychological support.</p>	<p>B.3.5.1. Changes in self-perception and autonomy</p> <p>References to positive changes in behavior and improved autonomy.</p>	<p>"Não porque trabalhei a 100% o que estava cá dentro, mas foi porque eu tive que mudar literalmente o meu cenário externo. Porque se não era completamente... Porque era uma imersão tipo 24/7 naquilo." (EK)</p> <p>"Acelerou o processo. Lá está eu acho que eu poderia chegar lá por mim mesma, porque sou uma pessoa sensível. Eu sinto que pessoas sensíveis, ou pessoas que internalizam muito as emoções, têm uma tendência para se... para ir por esse caminho de qualquer das formas, mas eu acho que a terapia, para mim, orientou-me." (EK)</p> <p>"Eu não seria a pessoa que sou hoje se não tivesse tido esse trabalho. Ou se fosse, acho que era uma versão muito mais desorganizada de mim mesma." (EK)</p> <p>"O entrar em contacto comigo e perceber coisas sobre mim mesma que eu se calhar antes não percebia e tentar tipo humanizar-me a mim mesma." (EK)</p> <p>"Posso-te dizer que fiquei mais em paz comigo própria, tanto comigo própria como com o resto do mundo, por assim dizer, desde que comecei, por isso." (EJ)</p> <p>"Aprender a estar comigo própria." (EJ)</p> <p>"Ao aprender a estar comigo própria, ok, eu sou assim, eu sinto-me assim, o que é que podemos alterar, o que é que não conseguimos alterar mesmo de todo. Isso fez com que ok, isto sou eu, o que é que eu consigo dar, e o que é que eu não consigo dar. Depois abre</p>

---

as portas para o resto." (EJ)

"É nós vemos a nossa evolução, é extraordinário, a organização, as pequenas coisas de levantar-me e fazer a minha cama, ter o meu espaço organizado, percebe." (EG)

"...eu não tenho que ir a todos os jantares, eu não tenho que fazer tudo por toda a gente e é aí que é tão importante a psicologia, percebe? Vou ler, ouvir os meus podcasts, é super importante." (EG)

"E muito bem estou eu! Muito bem estou eu! Percebe? E lá está! Vem outra vez a questão de trabalhar a mente, educar a mente, percebe? Porque a psicoterapia é super importante para nós, na sociedade, hoje em dia, conseguimos nos incluir e estarmos sãs e sabermos lidar tanto com os outros, acima de tudo, connosco mesmos." (EG)

"Ter compreendido a minha a minha história de vida e a minha estrutura e a minha posição nisso tudo e começar a desenvolver algum sentido de individualidade." (EF)

"...se eu não tivesse sido acompanhada, não tinha melhorado. Não tinha tido... Pronto, não tinha mudado e continuava na mesma espiral. Basicamente ajudou-me a 100%.." (EE)

"...eu acho importante nós termos sempre uma ajuda, porque se não fosse a ajuda eu não estava bem como estou hoje." (EE)

"Depois, entretanto, quando eu andei no psicólogo, depois fiquei melhor, voltei para a universidade, acabei a universidade." (EB)

"Acabei a universidade, tudo muito bem, nunca mais tive crises." (EB)

"Os aspetos mais valiosos... Reconhecer bem esta doença. Levei 10 anos para reconhecer, desde que me puseram o diagnóstico, levei 10 anos para..." (EB)

"E reconhecer que tinha esta doença, para mim foi uma vitória." (EB)

"E outro aspeto é eu agora estar de novo a ser independente." (EB)

"...já passei a minha fase de estabilidade e já consigo, faço muitas coisas..." (EB)

"E tenho a minha independência de volta." (EB)

"Agora estou-me a ajudar a mim. Estou a reviver. Estou a reviver. Aos meus 61 anos estou, enfim, a reviver, por ter estado aqui," (EB)

"Que aspectos da psicoterapia é que acha relevante mencionar que tenham influenciado os seus comportamentos autoagressivos? Participante: procura de gostar de mim." (EA)

"E mudou radicalmente a minha personalidade, a forma como eu via o mundo, a forma como eu interagia com as pessoas, até a forma como eu me vestia" (EH)

"Porque se não fosse assim, eu não sei se estaria viva nesta altura." (EB)

"Passado dois meses ou três meses, volto-me a dar um questionário virgem. Eu já não me lembrava o que tinha escrito no outro, não me lembrava. Pronto aqui foi o meu resseni, como é que se diz? O que eu ressentia naquele momento... Passado dois meses, três meses, ele voltou-me a dar o mesmo questionário. E quando eu respondi... Entrevistador As respostas eram diferentes. Participante: Sim, completamente." (EB)

"fez-me ver como se fosse uma expressão de umas feridas. que eu tinha." (EA)

"Mas nunca pensei... Ai, como é que eu me vou... Nunca. Era incapaz. Não. Porque eu gosto muito de mim. E a psicoterapia ensinou-me isso. A psicoterapia ... ensinou-me a

---

---

	<p>amar-me a mim mesma." (EG)</p> <p>"Entrevistador: Mas para si sentiu que a psicoterapia foi uma grande ajuda? Participante: Sem dúvida." (EG)</p> <p>"Entrevistador: E sentes que a psicologia, a psicoterapia te ajudou a chegar a este ponto? Participante: Sim." (EF)</p>
<p>B.3.5.2. Cognitive restructuring References to changes in the way of thinking and interpreting situations to more functional ones.</p>	<p>"Porque eu acho que eu não seria a pessoa que eu sou hoje se eu não tivesse começado a pensar em cenas. Se não tivesse tido aquele trabalho de auto-validação, ou pelo menos de reconhecimento que eu estava mal, etc." (EK)</p> <p>"Estás a ver? Não, eu acho que não me culpabilizo. Responsabilizo-me QB, porque ao mesmo tempo eu era uma criança, mas já não me culpabilizo. Já não sou uma caca de pessoa porque fui por esse caminho. Foi tipo olha, viraste como te viraste e mesmo assim não te deste assim tão mal." (EK)</p> <p>"...a psicoterapia de agora tem-me ajudado a olhar de maneira diferente para o que se passou na altura e a ficar tipo, foi o que eu tive, foi o que eu tinha de acesso. Se eu tivesse tido acesso a drogas e cocaína, se calhar tinha sido drogas e cenas assim. Se eu tivesse tido acesso a outro tipo de cena. Se eu tivesse, tipo, se me tivessem posto num desporto, se calhar eu canalizava para o desporto." (EK)</p> <p>"Eu sei claramente que estou a projetar. Eu tenho essa autoconsciência. Sei que não é dela, mas como eu me julgo a mim mesma, eu projeto nela isso, que é porque assim eu não tenho que lidar." (EK)</p> <p>"Consigno ver as coisas de outra maneira. Certo tipo de... Por exemplo, quando falo da minha família, falo dos meus amigos, o que é que se está a passar, que ao mesmo tempo estou a falar sobre mim também nessas alturas." (EJ)</p> <p>"...até ali eu ainda tinha alguns pensamentos por causa do... Os pensamentos não são propriamente meus, mas aquilo que me diziam e que ficavam. E pensava muitas vezes nisso, cada vez que falhava alguma coisa. A maior parte das vezes era quando falhava alguma coisa. E agora troquei mais ou menos a maneira de ver isso, que é, em vez de vir com esses pensamentos, mesmo que às vezes venha, porque vem, não é? Tento bloquear ao máximo esse pensamento de, ok, não, eu falhei, tudo bem, tenho outra oportunidade, vamos aprender, cada coisa ao seu tempo." (EJ)</p> <p>"Fez-me ver a minha família e os meus amigos de outra forma, numa outra perspetiva, seja por bom, seja por mau. Para também tomar mais precauções na maneira como eu falo, na maneira como eu reajo, o que é que eu estou a expressar, se estou a expressar bem, se não estou." (EJ)</p> <p>"... rapidamente percebi que, através da psicoterapia, que ia ser um trabalho mais de associação, de eu própria ir dentro da minha cabeça e arrumar as coisas e chegar lá." (EI)</p> <p>"E só depois é que entendi que realmente estava a funcionar e que, de certa forma, eu me estava a salvar de muitas coisas." (EI)</p> <p>"Mesmo quando eu às vezes até tentava dizer, ok, mas se calhar o problema pode ser meu. Ao ter uma terapeuta que me diz, não, não, não há problema em sentirmos raiva com os</p>

---

---

outros e sentir que o problema é deles, por exemplo." (EI)

"É só a minha história e está tudo bem que não me defino por isso." (EI)

"...perceber certas coisas que eu nunca tinha entendido até então de, ok, realmente os meus pais falharam aqui, ou acolá, eles não estiveram lá para mim, e nós tentamos sempre às vezes pôr umas lendas de cor-de-rosa de não, mas foi por este motivo ou aquele, e às vezes aceitar só a verdade nua e crua de não foi isto que aconteceu e não foi agradável."

(EI)

"Em o que diz respeito a esses comportamentos de autoagressão foi perceber, como eu tinha dito antes, perceber que um comportamento autoagressivo não tem de ser apenas algo físico, como cortes, etc, que podem ser as tais coisas de privação de sono, de comida, de tudo isso. De estar constantemente, isso é uma coisa que faço também ainda hoje em dia, quando estou nervosa, de estar constantemente a exprimir coisas ou a puxar a pele ou algo do género, às vezes sem dar conta, até fazer ferida, porque acho que a apatia às vezes me exige isto um bocadinho, ou da dor ser prazerosa de alguma maneira, porque é familiar." (EI)

"Eu sinto que o que também às vezes contribuía para eu ter esse tipo de comportamentos era muito uma desorganização mental e a terapia ajudava-me a organizar-me mentalmente um pouco melhor, ajudava-me às vezes a dar nome a coisas que eu não entendia muito bem, ajudava-me" (EH)

"...é mais nessa perspetiva que nós falamos sobre isso hoje em dia, tentar desconstruir um bocadinho o porquê que há esta associação à imaturidade e o que é que isso significa para mim." (EH)

"...a terapia, no geral, ajuda-me muito a organizar-me mentalmente." (EH)

"...a questão da organização mental é mesmo muito importante para mim e foi muito importante para mim eu ter conseguido não só hoje em dia ainda ter um espaço onde me possa organizar mentalmente." (EH)

"A PG não tem que dizer sim a toda a gente. A PG não é a mãe de toda a gente." (EG)

"A pressão social que, "ah eu tenho que ser perfeita". Não, não. Tu não tens que ser perfeita. Tu tens que estar bem contigo mesma." (EG)

"Eu tenho muitas vezes pessoas que me admiram que eu não me preocupo com a opinião. Olha, eu não quero saber. É que eu não quero mesmo. Mas isso foi um superpoder, como as pessoas vão dizer, que eu fui criando. Porque eu trabalhei a minha mente, ok?" (EG)

"E ele ajudou-me, ele fez literalmente um desenho na parede onde me ensinou que o problema não era eu, o problema estava nas pessoas, ok. As pessoas não estavam bem com elas mesmas e ele dizia-me, tu quando fores executar o teu trabalho, tu vais fazer o trabalho, porque as pessoas eram mesmo, tratava-me mesmo muito mal, tu vais ter com a pessoa, a pessoa tudo bem, vai-te tratar mal e não sei o que não sei o que mais, mas tu deixas a culpa, ou whatever, ali com a pessoa, ok? E tu vais-te embora, não levas isso contigo, ok? Não levas o problema, o mal-estar, isso é, a pessoa é que não está bem, não és tu! Ponto!" (EG)

---

---

	<p>"Lembrar-me que eu sou a pessoa mais importante da minha vida. Sempre. E não vale a pena magoar-me" (EG)</p> <p>"E quem me ensinou isso foi o meu psicólogo. E que apesar de os meus pais não me terem escolhido, eu posso-me escolher." (EG)</p> <p>"A minha terapeuta me ajudou a entender as pessoas à minha volta e a origem dos meus problemas e das minhas emoções ajudou-me a sentir algum controle ou a dar alguma estrutura ao que se passava." (EF)</p> <p>"Entrevistador: Ok. E os comportamentos tinham algum propósito ou ajudavam de alguma forma? Participante: Sim. Para mim ajudava. Agora, para mim, vendo no passado não ajudava em nada." (EE)</p> <p>"...mas eu acho que foi quando na minha cabeça eu entendi, não, eu tenho que parar com isto e eu tenho que tentar, pronto tentar, tentar ser eu outra vez." (EE)</p> <p>"Comecei a perceber que não adiantava de nada, que era errado. Que não me ia salvar de nada. E pronto decidi parar." (EC)</p> <p>"...falei sobre isso e ele disse que estivemos a refletir e chegámos à conclusão que era a minha mente a tentar, a todo o custo de ter mais dopamina, porque era, estava mesmo muito em baixo." (EA)</p>
<p><b>B.3.5.3.</b>  <b>Development of affect-regulation and coping skills</b>  References to the improvement of affect-regulation skills and coping strategies.</p>	<p>"Principalmente agora, com a minha psicoterapia de agora, a principal cena é sentir emoções. Eu estava uma coisa gelada, eu estava tipo pedra, muito Elsa. E agora consigo sentir mais as emoções." (EK)</p> <p>"...gerir as minhas próprias expectativas, ter consciência dos meus boundaries e implementá-los." (EK)</p> <p>"...um foco no processo e na autocompaixão. Processo e autocompaixão. Dá tempo ao tempo e perdoa-te a ti mesma. Foi muito isso que andou de mão em mão." (EK)</p> <p>"Porque agora tenho muito mais facilidade." (EJ)</p> <p>"...desde que comecei a psicoterapia fiquei mais à tona com as minhas próprias emoções, isso foi. Fiquei... como é que eu digo? Posso dizer que fiquei mais calma, porque consigo tanto falar sobre coisas no geral, ou coisas em especificamente, e expressar-me de uma maneira completamente diferente do que eu fazia antes." (EJ)</p> <p>"Antes era muito mais impulsivo. Não agressivo, mas mais impulsivo. E reagia com muita facilidade, também. Já não tanto." (EJ)</p> <p>"As mudanças positivas foram, sem dúvida, coisas como a autoconfiança, a consciência do que se passava comigo, colocar tudo em caixinhas, organizar a minha cabeça." (EI)</p> <p>"Acho que agora estão, sem dúvida, muito melhores. Acho que agora consigo parar um bocadinho e identificar que, ok, se calhar estou a fazer isto, porquê, e tentar ir rever porque é que eu estou ansiosa." (EI)</p> <p>"Acho que já não há nada que seja assim tão assustador ou difícil. Portanto, sinto que já consigo gerir sozinha." (EI)</p> <p>"Às vezes, acontece por agendas, ou é que preciso avançar duas semanas para a frente, ou assim. E sentir que já não há aquela aflição de, ok, precisava mesmo terapia esta semana e</p>

---

---

já consigo gerir sozinha." (EI)

"E de sentir que sozinhos, entre aspas, conseguimos tornar-nos seres humanos funcionais, porque acaba por ser um bocadinho uma jornada solitária, mesmo tendo lá a terapeuta." (EI)

"Conseguir, às vezes, em momentos de maior desorganização, sentar-me e pensar e conseguir organizar-me, talvez não de uma forma tão estruturada como no espaço terapêutico, mas conseguir, pelo menos, não estar tão à toa." (EH)

"Isso e... Alívio." (EG)

"Eu cheguei a verbalizar ao meu ex-namorado. Eu disse-lhe, comigo não. Felizmente, eu aprendi muito com o meu psicólogo. Eu disse isto, "comigo não"." (EG)

"E eu, como fui abandonada, eu tinha o hábito de fazer o quê? Eu cuidava de toda a gente, eu era mãe de toda a gente, eu esgotava-me a mim mesma, percebe? Então eu tive que começar aqui a criar aquelas ferramentas, aquelas barreiras de não, ok? A partir daqui não o farei mais." (EG)

"...em relação pronto à doença, porque há dias que não dá sequer para levantar da cama e eu tento... pronto, eu tento combater a doença e tentar viver cada dia." (EE)

"Entrevistador: Como é que enfrenta possíveis situações difíceis do dia-a-dia?

Participante: De frente, agora encaro bem. Consigo resolver a situação. Na altura, ou se não for na altura, ao fim de uma hora depois de pensar, mas eu consigo resolver bem as minhas situações." (EE)

"...já estou mais estabilizada, já trabalhamos muita coisa nas sessões, então agora estou numa fase que acho que só preciso de duas em duas semanas." (ED)

"...sem ser comportamentos autolesivos. Há outras maneiras de lidar com isso." (ED)

"...tem-me ajudado imenso a gerir as minhas emoções, a lidar com os problemas que vão surgindo na vida e tem-me ajudado imenso." (ED)

"Eu sei agora quais são os meus gatilhos e ajudou também a gerir, a ajudar-me a gerir as emoções." (ED)

"Sinto que agora estou muito mais estável emocionalmente." (ED)

"Que ajudou-me bastante." (ED)

"A ajuda que a psicoterapia tem mudado a minha vida para melhor e é muito benéfico." (ED)

"E foi ele que começou a estar a fazer comigo." (EB)

"...foi ele que me ensinou isso e que me... Ajudou imenso a acalmar." (EB)

"Foi mesmo sentir-me descarregada." (EB)

"Muito, muito aliviada." (EB)

"A gente de 15 em 15 dias a gente pode falar, porque eu sinto-me tão à vontade agora." (EB)

"Sou capaz de estar duas semanas sem falar com ele." (EB)

"...estou num lugar muito melhor na minha vida, e em nível emocional, coping emocional muito melhor e acho que isso vem destes acompanhamentos." (EA)

---

"...a missão que esta psicóloga tem comigo é eu estar lá para mim, porque ela diz sempre que pode ir toda a gente embora, mas eu tenho de saber ter a confiança em mim que mesmo se toda a gente for embora eu vou estar lá para mim." (EA)

"...mostrou-me a importância de eu cuidar de mim própria, como mimar-me a mim própria, estar lá para mim própria, e que é uma coisa muito difícil para mim, muito, muito difícil para mim." (EA)

"...eu nunca me sinto saber dar colo a mim própria, ela fala muito nisso, e é uma coisa muito difícil para mim, mas é uma coisa que eu estou a aprender e desde que eu comecei a aprender isso fez muita diferença no tipo de pensamentos que eu tenho quando estou mal." (EA)

"acho que um dos meus grandes problemas era que eu guardava todas essas emoções para mim," (ED)

"guardava todas as emoções para mim e isso não era saudável" (ED)

"quando as pessoas guardam tudo para elas próprias, aquilo vai amontoando, amontoando, amontoando, até que a pessoa explode." (ED)

"...eu vou lá e começo a falar sobre aquilo e depois, no fim, eu própria crio uma lógica para aquilo. Tipo, a minha própria lógica para aquilo, mas as coisas ficam mais claras." (EA)

"De que forma é que a psicoterapia influenciou a forma como eu vejo os meus comportamentos autoagressivos? Tenho que pensar. Eu acho que... ajudou-me a contextualizá-los." (EK)

"Por exemplo, não é questão mesmo de comportamento autolesivos, neste caso, mas mesmo o comportamento emocional que eu possa estar a ter ou outras coisas, próprias reações a certo tipo de coisas que não são boas depois para aquilo que eu estou a experienciar, para aquilo que eu estou a sentir." (EJ)

"Tenho aprendido a lidar com os problemas que vão surgindo na vida. Tenho aprendido a lidar com a minha insatisfação que sinto com a minha vida e como melhorar isso. Tenho aprendido a gerir emoções." (ED)

"...apesar de sentir muita raiva em muitos momentos, eu também sei que isso faz parte do processo e há que libertar a raiva de uma forma saudável." (EK)

"Tenho aprendido a lidar com os problemas que vão surgindo na vida. Tenho aprendido a lidar com a minha insatisfação que sinto com a minha vida e como melhorar isso. Tenho aprendido a gerir emoções." (ED)

B.3.5.4.  
 Identification of  
 patterns  
 References to the  
 identification and  
 understanding of

"Eu tive que quebrar estes padrões de só ouvir música de deprimente, só estar no Tumblr, etc, com a roupa e etc. Foi aí que eu comecei a melhorar... E foi quando eu me apercebi e consegui melhorar." (EK)

"Eu sabia-os. Eu conseguia ter consciência deles, porque eu escolhia deliberadamente fazê-lo." (EK)

"Comecei também a identificar certo tipo de coisas que eu deixava passar em questão de amigos, família, coisas que eu deixava passar e pisavam-me constantemente em cima.

<p>disruptive patterned thoughts and behaviors.</p>	<p>Nesse caso, eu comecei a debater-me, nesse caso." (EJ)  "...podia haver certo tipo de comportamentos que eu não estava a associar que pudessem ser maus para mim, em que ela fez-me basicamente abrir os olhos que, ok, há que ter mais cuidado nisto, ou naquilo." (EJ)  "Depois em terapia percebi como fazer-me passar fome durante muito tempo, não dormir, que era na mesma uma autoagressão e eu só percebi isso mais tarde." (EI)  "Fez-me perceber que existiam muitos mais para além daqueles que eram óbvios e fez-me perceber que podem acontecer sem nós sequer nos darmos conta que estão a acontecer e que é uma jornada longa de constantemente nos lembrarmos deles, pelo menos aqueles que não são tão óbvios." (EI)  "Só entender o que eu estava a fazer para ter a capacidade de mudar porque também acabavam por ser um bocado comportamentos já não propriamente conscientes. São respostas automáticas. Então tomar consciência dos comportamentos para poder mudá-los." (EF)  "...a psicóloga que eu tive, alguém que tive o comportamento real põe-me a fazer tipo um quando é que apareciam e começámos a perceber que era mesmo um PMS que eu comecei a ter outra vez." (EA)</p>
<p><b>B.3.5.5.</b>  Improved interpersonal relationships  References to positive changes in their interpersonal relationships.</p>	<p>"Pode ser o meu relacionamento com o meu irmão, neste caso." (EJ)  "Para positivo. Mas o que também... Por exemplo, nós conseguimos já falar melhor do que falávamos antes. Basicamente, o que falávamos antes era às turras. Já conseguimos falar melhor e temos, basicamente, tema de conversa." (EJ)  "Com o meu pai, eu estava a dizer que não houve mudanças, mas na verdade com o meu pai comecei a saber lidar, mais por aí, e por muito que ele diga certo tipo de coisas, sei dar a volta, e saber lidar com aquilo. E sei como lhe responder de volta. Não responder mal, mas sei como lhe responder de volta." (EJ)  "Com os meus amigos, tenho mais à vontade, apesar de tudo, de me expor emocionalmente." (EJ)  "Basicamente também aprendi a dizer que não, porque dizia que sim é muita coisa. E depois lixava-me às vezes. E dizer que não sem ter de inventar uma desculpa. É dizer, não, não quero, acabou. Basicamente." (EJ)  "...certo tipo de coisas entre amigos, que às vezes posso dizer que não são amigos, ou algumas pessoas, mais conhecidos, mais por aí, que amigos por acaso não é uma coisa. Às vezes podiam fazer certo tipo, eu vou dizer piadas, mas não tinha piada nenhuma, que, por exemplo, eu posso dizer-te qualquer coisa que tu não estás a gostar, mas ficas calada acerca disso, e deixas passar e continuam a fazer, pode não ser a mesma coisa, mas continuam a dizer certo tipo de coisas que não gostas. E eu comecei a notar mais isso e que antes dizia, ah, sim, sim, está bem. E comecei a dizer, não, calma lá, até que estás a dizer isso, porque estás a vir para cima de mim com isso, tu sabes que eu não gosto disso, pronto, comecei a lutar mais nesse caso." (EJ)  "Fico mais à vontade, não só a falar sobre esse tipo de coisas, mas também, muito no</p>

	<p>geral, tenho mais à vontade a falar, mais por aí." (EJ)</p> <p>"E agora tenho mais à vontade a falar com este tipo de pessoas. E também a não deixar pessoas falarem por cima de mim. Não é de não deixar tudo. Há pessoas que falam por cima, ok, pronto. Mas mais naquele de eu falo por cima, tu ficas calada e acabou." (EJ)</p> <p>"eu fui pedir desculpa à minha família, a todos os que me rodeavam. Desculpem lá se eu fui uma autentica besta, que fui," (EB)</p>
<p><b>B.3.5.5. Positive results</b></p> <p>References to the general benefits of psychological support (relief, freedom feelings).</p>	<p>"...teve resultados bastante úteis para mim." (EK)</p> <p>"Portanto, eu acho que a psicoterapia, para mim, teve um papel muito importante no mitigar dos comportamentos, dos impulsos autolesivos teve." (EK)</p> <p>"Eu acho que a psicologia, ou estar em consultas de acompanhamento naquela altura, deu-me aquilo que os meus pais não conseguiam dar, ou que mais ninguém conseguia dar. Portanto, sim, teve um papel crucial, não único, não foi a única coisa que me ajudou, mas teve um papel crucial para mim, para parar com os comportamentos." (EK)</p> <p>"...eu acho que a terapia o que me ajudou foi tipo a enquadrar-me, ter mais compaixão sobre a mim mesma e sobre essa altura da minha vida." (EK)</p> <p>"...consegui enquadrar bué a relação que eu tenho com os meus pais, que apesar de ainda me incomodar, porque agora sou filha boomerang, saí de casa e tive que voltar, então tudo isso é complicado, mas sinto que ajudou-me a enquadrar." (EK)</p> <p>"Eu acho que a psicoterapia, quando eu me consegui dar bem com a psicóloga, quando tipo encaixámos bem, eu acho que tipo me salvou bué." (EK)</p> <p>"...senti-me escutada, senti-me validada e teve resultados bastante úteis para mim." (EK)</p> <p>"E correspondeu às expectativas que tinhas quando decidiste iniciar a psicoterapia?"</p> <p>Participante: Sim. Sim, bastante." (EK)</p> <p>"O resultado era bom porque ela validava, mas o processo era sempre marcante." (EK)</p> <p>"Entrevistador: Houve algum alívio, houve algum... Participante: Houve, por acaso eu saio de todas as sessões dela aliviada. Foi uma coisa que eu percebi. Nunca saí... Eu saio pesada, eu saio aliviada. Nunca saí de lá pesada." (EJ)</p> <p>"Influenciou no sentido de que se eu não tivesse ido à psicóloga continuava a ter esse mesmo tipo de comportamento e deixaram-me passar por cima, basicamente. E foi ela que, como é que eu digo, sem ser a coisa que me abriu os olhos, basicamente para isso." (EJ)</p> <p>"Mas, no fundo, no fundo, acabo por sair das consultas tranquila e, enfim, tipo, ya, tens bem razão. Ok, vou tentar. Portanto, no final de contas, apesar de ter alguns sentimentos menos positivos, a grande maioria são sentimentos positivos..." (EK)</p> <p>"momentos mais cruciais foi uma consulta ou outra em que tipo, passei a consulta toda just bawling my eyes out e foi incrível, foi bué bom." (EK)</p> <p>"E eu acho que uma coisa que me ajudou, mas ao mesmo tempo sinto que talvez tenha sido um bocadinho prejudicial, a terapia fez com que eu conseguisse conhecer-me a mim mesma muito melhor." (EH)</p> <p>"E eu sinto que é uma coisa com a qual, é uma coisa com a qual eu tenho dificuldade</p>

---

muitas vezes, é eu sentir muita desorganização mental, e a terapia realmente ajuda muito nesse sentido, ajudou-me muito ao longo dos anos nesse sentido." (EH)

"... o processo terapêutico pelo qual eu passei ajudou-me bastante a conhecer-me, e a entender-me melhor." (EH)

"Especialmente tendo feito terapia durante muitos anos, eu sinto que tenho um bom insight sobre mim, sobre os meus sentimentos e as razões pelas quais eu tenho determinados comportamentos. Sinto que... pronto, sinto que tenho esse bom insight." (EH)

"quando saí de lá, vinha em lágrimas, mas lágrimas de alegria." (EB)

"De alívio, exatamente." (EB)

"Entrevistador: Como é que enfrenta essas possíveis situações do dia-a-dia? Participante: Com tudo o que eu aprendi na psicoterapia." (EG)

"Eu não tinha possibilidades financeiras de ir ao meu psicólogo, mas eu lembro-me de parar e pensar tudo o que aprendi com ele. Tudo o que eu aprendi com ele." (EG)

"...eu sinto que retiro dela aquilo que ela me pode dar e isso é suficiente para aquilo que eu preciso dela também." (EK)

"E o que é que a PG sentiu quando partilhou? Participante: Alívio." (EG)

"Mas sim, ela ajudou-me bastante." (EE)

"Mas no final da consulta senti-me aliviada." (EE)

"Eu senti-me...senti-me livre." (EB)

"Olhe que você tem feito um bom trabalho. Se eu lhe comparar as respostas que você me deu no primeiro questionário, e as que eu lhe dou agora..." (EB)

"E quais considera ser os aspectos mais valiosos da sua experiência em psicoterapia?"

Participante: Desenvolvimento pessoal e inteligência emocional." (EA)

"Dar colo a mim mesma e cuidar de mim mesma. Acho que isso foi o mais significativo para eu não ter esses pensamentos." (EA)

"...sinto-me aliviada, quando acabo normalmente, e muita clareza. Tipo, eu acabo, eu posso ir lá e as coisas estão meio confusas, depois chego lá e as coisas parecem mais claras. Ela ajuda-me muito a pensar." (EA)

---

B.3.5.6.  
Reduction or  
cessation of NSSI  
References to the  
NSSI reduction or  
cessation.

"E é tipo, E se eu fizesse isto agora? E eu tipo wow, já ultrapassámos isto." (EK)

"Só que a capacidade de olhar para isso e ficar tipo, ok, isto não sou eu, isto são tipo réplicas do passado, é muito maior. Mas para aí desde 2017, estão nos meus 17 anos que eu não faço coisas assim." (EK)

"Hoje em dia só não quero ter que pensar nisso, não quero ter que associar a minha pessoa a isso. Eu sinto que caminhei num processo de dissociação saudável, espero eu, tanto das minhas tendências autolesivas como das tendências mais suicidas, digamos assim. Então o facto de não focarmos nisso também ajuda." (EK)

"...eu acho que elas fizeram um trabalho de refocus e aos bocadinhos eu fiquei, tipo, yah ok isto não é, não quero fazer mais." (EK)

"Super bem. Tipo, onze de dez. Tipo não acontecem, estás a ver, estão geridos." (EK)

---

---

"Tenho ainda uma pequena tendência para tentar esmorrar cenas, mas protejo as mãos para não me magoar." (EK)

"E o esmorrar cenas, para mim, já não é uma cena de autolesão, é uma cena de... eu não sei libertar muito bem a raiva ainda, de todas as vezes. Não posso partir coisas, nem... Então, eu acho que a cena de tentar esmorrar não acontece muito, mas quando acontece é para libertar aquela adrenalina, não para...autoinfligir." (EK)

"Eu não tenho os comportamentos como faço psicoterapia." (EJ)

"Entrevistador: Relativamente aos pensamentos? Participante: Fez com que baixasse imenso." (EJ)

"Entrevistador: Ok. Ainda mantém estes comportamentos nos dias de hoje? Participante: Não." (EI)

"Acho que nessa altura com alguma frequência, apesar que depois houve uma fase em que deixaram de existir." (EI)

"Eventualmente isso foi melhorando com o tempo." (EH)

"Eu sinto que hoje em dia, em comparação com há alguns anos atrás, tenho muito mais capacidade de controlar esse tipo de impulso e gerir esse tipo de pensamentos. Tanto que a frequência com a qual eles acontecem é muito baixa." (EH)

"Mas eu diria que hoje em dia tem uma capacidade de... especialmente tendo em conta a quantidade de vezes que eu tenho esse tipo de pensamentos, eu diria que tenho uma capacidade muito boa de gerir..." (EH)

"Entrevistador: E ainda pratica os comportamentos autoagressivos nos dias de hoje? Participante: Não, nunca mais." (EG)

"Eu hoje em dia era incapaz de me magoar. Incapaz." (EG)

"Já não tenho feito há muito tempo." (EF)

"Entrevistador: Como é que avalias a tua capacidade de gerir os comportamentos autoagressivos? Participante: Extremamente elevada." (EF)

"Entrevistador: E ainda mantém esses comportamentos nos dias de hoje? Participante: Não, não. Nada." (EE)

"Há muitos anos que eu não tenho comportamentos autoagressivos, nem nada que se pareça." (EE)

"...influenciou porque ajudou a passar a depressão..." (EE)

"Foi totalmente uma mudança, ao ponto de... Foi uma mudança completa, a 100%, porque eu todos os dias cortava-me e chegou a um ponto que, só de falar do assunto, eu dizia porquê que eu fiz isso." (EE)

"...porque é que tinha vontade de... tirar a vida que é tão bonita e que agora eu luto para ter uma... Como é que eu ia explicar? Agora eu luto para ter uma vida mais ou menos boa." (EE)

"Eu nem penso sequer num assunto. Não penso sequer em uma guarda, por isso. Nem sequer tenho esse pensamento. Ah, tenho que me controlar. Não, não penso sequer." (EE)

"Não, nada disso. Já tenho o corpo que faz isso por ele próprio. Eu tento sempre por ficar

---

---

bem. É uma coisa que não penso e não gosto de pensar e ainda hoje não entendo o porquê. Mas pronto." (EE)

"Entrevistador: E ainda mantém os comportamentos no dia de hoje? Participante: Não, já parei, já parei. Já superei isso." (ED)

"Então, hoje em dia, já não." (ED)

"...desde que comecei a tomar a medicação para o bipolar, estou completamente estável, estou muito estável. Não tenho esses comportamentos, não tenho esses pensamentos." (ED)

"Mas isso já foi há muitos anos que eu estava assim tão mal. Já foi há muitos anos. Entretanto, já superei isso." (ED)

"...agora estou estável..." (EB)

"eu acho que podemos ficar por aqui pelo momento você tem que, se você consegue, se você conseguiu até agora gerir as suas crises que estão pelo que eu vejo estão muito mais baixas." (EB)

"Entrevistador: E a psicoterapia desempenhou um papel término ou uma diminuição?

Uma diminuição, já percebi que sim, mas desempenhou um papel término nos comportamentos autoagressivos? Participante: Sim, já não tenho, por exemplo, agora não tenho nada de autoagressividade. Entrevistador: Mas por causa da psicoterapia? Participante: Exatamente." (EB)

"Eu não tinha comportamentos impulsivos nem nada." (EB)

"Eu não tinha comportamentos impulsivos nem nada." (EB)

"Aí já estava melhor, graças a Deus. E depois os anos passaram e o sintoma foi-se... desaparecendo, sim. Devagarinho." (EB)

"E eu "Sim, estou bem, graças a Deus, não tenho sentido aquelas..." ele "Ah, está-se a estabilizar." E eu "Sim, estou. Estou sentindo-me mais estável, mais independente." (EB)

"Uma vez por mês, uma hora. Porque agora estou melhor. Antes era uma vez por semana, depois passou a ser duas em duas semanas." (EC)

"...e estava sempre muito ansiosa, mas aos poucos fui deixando estar e agora é natural." (EC)

"Agora estou estável. Já há algum tempo não tenho episódio nem depressivo nem maníaco. Sinto-me mais... Já não estou deprimida, basicamente." (EC)

"Entrevistador: Como é que avalia a sua capacidade de gerir os comportamentos autoagressivos? Participante: Atualmente, consigo gerir bem, sim." (EC)

"...senti que a sua psicoterapia desempenhou algum papel na diminuição ou término, ou seja, a terminar nos seus comportamentos autoagressivos? Acho que também já respondeu a isto, mas só para confirmar. Participante: Acho que sim, acho que em geral sim." (EA)

"E agora melhorei. Realmente com ela. Melhorei imenso. Vou deixar de tomar a medicação em princípio." (EA)

"...mudou-me como pessoa e eu já não tenho necessidade, já não tenho esses pensamentos." (EA)

"A terapia fez-me realizar que eu não preciso me automutilar para lidar com essas

---

		emoções." (ED) "há outras maneiras para lidar com as emoções sem ser auto-mutilação" (ED) "Entrevistador: Ok. E... De que modo é que a relação terapêutica influenciou as mudanças nos comportamentos autoagressivos ao longo do tempo? Participante: Acho que de forma positiva. Ajudou a... A diminuir." (EF)
B.3.6. Quality of the Therapeutic Relationship References to positive descriptions of the therapeutic relationship.	B.3.6.1. Connection References to the connection built between them and mental health professionals.	"...com a psicóloga conseguimos criar rapport. Foi um processo em que eu me senti acompanhada." (EK) "Mas também porque eu me dei muito bem com a psicóloga. Dei-me muito bem com ela." (EK) "...sinto-me bem a ser acompanhada por ela." (EK) "Mas também uma cumplicidade, porque ela já viu... ela conhece-me já." (EK) "Eu prefiro vulnerabilidade ao máximo. Em tudo. Tipo... ser o mais honesta, o mais... Mas com compaixão, claro, of course. Mas tipo... Go there, queres me perguntar cenas sobre tudo e mais alguma coisa. Eu vou contigo e vamos falar sobre tudo e mais alguma coisa, está bem." (EK) "Participante: Não, eu fui falando e foi... Entrevistador: Foi naturalmente? Participante: Sim." (EJ) "...saber que todas as semanas está lá alguém para nós." (EI) "A relação com a minha psicóloga anterior? Nós nos demos muito bem logo desde o início." (EH) "Acho que ela foi uma parte essencial do meu desenvolvimento e que nunca, não houve nunca nenhum momento na minha terapia em que eu pusesse em causa a nossa relação terapêutica." (EH) "E relativamente à minha terapeuta atual, eu tenho, não estamos juntas assim há tanto tempo, mas também logo desde o início senti-me muito bem com ela, senti que senti ali um encaixe, senti que realmente isto seria uma pessoa que, com quem eu poderia falar e que me iria compreender." (EH) "...eu sempre tive uma ótima relação terapêutica com a minha terapeuta com quem tive muitos anos e com a terapeuta que tenho agora. Eu acho que sempre foi uma relação muito estável." (EH) "...a nossa relação sempre foi muito estável, sempre foi com limites muito bem definidos. E eu acho que, precisamente por haver essa estabilidade e essa definição de limites, foi possível construir... Ou seja, foi a base essencial para nós podermos construir todo o trabalho terapêutico que foi feito." (EH) "Entrevistador: Como é que descreveria a relação com o seu psicólogo? Participante: Incrível." (EG) "A atenção. Pronto, a atenção e estar disponível sempre. Porque qualquer coisa que eu sentisse ou que não estava bem, se eu tivesse que ir para o hospital e ela mesmo que não tivesse serviço ou não lá tivesse, os médicos ligavam-me para ela e ela estava sempre disponível para ajudar em tudo." (EE)

	<p>"Tenho uma boa relação com a minha atual psicóloga." (ED)</p> <p>"Uma relação muito, muito boa." (ED)</p> <p>"...na terapia eu tinha com quem falar, um profissional com quem falar sobre essas emoções." (ED)</p> <p>"Eu tenho uma boa relação terapêutica com a minha psicóloga, então acho que isso ajudou bastante." (ED)</p> <p>"Isso ajuda bastante porque tendo uma boa relação terapêutica com a minha psicóloga." (ED)</p> <p>"Entrevistador Ok. Como é que descreveria a relação com a psicóloga? Participante: Muito próxima." (EC)</p> <p>"Uma ótima relação." (EB)</p> <p>"Muita cumplicidade." (EB)</p> <p>"...ele percebia-me e éramos muito cúmplices." (EB)</p> <p>"...nós somos super cúmplices." (EB)</p> <p>"Foi amor à primeira vista. Foi. Foi logo uma cumplicidade extraordinária." (EB)</p> <p>"...disse que estava a gostar muito do acompanhamento e ela disse que também gostava muito de mim e que explicou que ela só consegue ser psicóloga a pessoas que ela gostava. Isso foi marcante, foi interessante." (EA)</p> <p>"E ela quer saber. E acho que foi bom nós mantermos a distância. Acho que é um bom equilíbrio. Acho que aprecio isso, é um bom equilíbrio" (EA)</p> <p>"Às vezes, se eu lhe mandar a mensagem, ela responde, mas é sempre dentro dos limites de... Acho que essa distância também é o que ajuda a manter a relação terapêutica boa. Então acho que tem um bom equilíbrio." (EA)</p>
<p>B.2.6.2. Empathy, understanding and validation</p> <p>References to a positive and empathic connection between them and mental health professionals.</p>	<p>"Na altura a psicóloga tratou-me como uma pessoa, não como uma maluca ou como uma adolescente já com aquele preconceito de "ah adolescentes não são difíceis." (EK)</p> <p>"...senti-me escutada, senti-me validada." (EK)</p> <p>"...eu sinto-me compreendida." (EK)</p> <p>"Se calhar mais do que compreendida, eu sinto-me vista e enquadrada." (EK)</p> <p>"Eu acho que elas lidaram com a cena de uma forma que foi confortável, foi humanizador, foi com compaixão, eu acho. Isso fez a diferença toda." (EK)</p> <p>"Compaixão." (EK)</p> <p>"...pelo menos na altura em que eu estava a fazê-lo, a minha psicóloga mostrou que gostava de mim. Não mostrou aquela imparcialidade muito tradicional ou conservadora. Ela abraçou-me. Ela, tipo, tocou-me. E isto é uma coisa que nós não ouvimos, não é? Mas isso fez a diferença toda. Toda." (EK)</p> <p>"Ele abraçava-me no final das sessões. E se ele via que eu não saía, tipo, muito aliviada, ele abraçava-me e dizia, "desculpa se eu não te conseguia ajudar hoje." E isso para mim foi bem tipo, oh meu Deus, há uma relação humana aqui." (EK)</p> <p>"...senti-me bastante compreendida." (EJ)</p> <p>"Entrevistador: E como é que se sentiu relativamente a isso? Participante: Até preferi, na</p>

---

verdade. Do que ter aquele olhar de pena, preferi que ela estava, ok, isso aconteceu, tudo bem, não acontece. Vamos tentar explorar o porquê de ter acontecido, o porquê de não ter acontecido, coisas assim. Do que ter aquela, “ah, tadinha”, estas a ver? Odeio." (EJ)

"Disso, porque como não teve aquela coisa de... de awkward, está a ver? Senti-me aliviada nessa altura, basicamente." (EJ)

"Acho que nunca senti estigma, de forma nenhuma. Senti-me sempre apoiada e compreendida." (EI)

"...senti aquilo que deveria ser a reação por parte das outras pessoas, que é dar colo a esse sofrimento, em vez de julgar..." (EI)

"...perguntar porque é que estamos a fazer isto, se não pensamos nos outros, que estamos também a causar dor aos outros. De sentir esse abraço de, ok, pronto, isto aconteceu, fizeste o melhor que podias enquanto era adolescente..." (EI)

"Enquanto que com esta psicóloga com quem eu estive durante muitos anos, eu senti-me logo compreendida e senti-me logo ouvida logo das primeiras vezes que estive com ela. E ela... fomos construindo essa relação ao longo dos anos." (EH)

"Senti-me ouvida e apoiada, sim. Senti que ela estava a fazer o trabalho dela, sim, e que estava interessada realmente e envolvida no que estava a fazer." (EF)

"Sempre compreendida, sempre. Principalmente com a psiquiatra que me acompanha, sempre compreendida. Sempre cinco estrelas." (EE)

"Entrevistador: Portanto, não sentiu julgamento, não se sentiu julgada em nenhum momento? Participante: Não, não." (EE)

"Poder contar a alguém o que se estava a passar e o que é que eu fazia comigo sem ser julgada." (EE)

"Senti-me mais acolhida por ela." (EE)

"Entrevistador: Ok. Durante a terapia alguma vez se sentiu julgada ou sentiu estigma? Participante: Não, por acaso não. Por acaso acho que nunca. Não, não." (ED)

"Entrevistador: Sentiu compreensão e apoio? Participante: Sim, sinto. Sinto definitivamente." (ED)

"Como é que eu me sentia? Ao início eu só chorava, basicamente. Não conseguia falar nada. Depois comecei a falar mais, a abrir-me mais, mas nunca senti julgamento, não." (EC)

"Entrevistador: Sentia compreensão e apoio? Participante: Sim, sim." (EC)

"...ela não me julgou nem nada..." (EC)

"E pronto e ela falava sempre com muito amor, ou seja, eu sabia que ela estava ali para mim." (EC)

"Ele compreendia-me perfeitamente bem." (EB)

"Enfim, alguém que me compreende." (EB)

"...expliquei-lhe isso tudo e ele disse, é perfeitamente normal, você reagiu perfeitamente normalmente, estou muito... contente que você possa reagir e explicar-me tão bem as suas reações." (EB)

---

---

"...ele percebeu muito bem..." (EB)  
"E alguma vez sentiu estigma ou julgada durante essa psicoterapia? Participante: Não. Nunca. Nunca. Nunca." (EB)  
"Ele teve uma paciência genial comigo. Porque eu estava em histeria ali no gabinete dele." (EB)  
"E insultei-a muito. E insultei-a muito. E ela dizia assim... "Pode me insultar o quanto quiser. É o meu trabalho." (EB)  
"Nunca, eu não me senti julgada." (EA)  
"Também me senti apoiada. Não me senti julgada." (EA)  
"Acho que me fez ver com empatia até." (EA)  
"Não me senti julgada. Não me senti julgada" (EA)  
"...mas não me senti julgada." (EA)  
"...eu posso ser o que eu quiser naquele espaço, eu posso mandar vir, eu posso chorar, eu posso mandar piadas estúpidas porque preciso de mandar piadas. Posso tudo e ela está lá..." (EA)  
"amável da parte dele" (EB)  
"a pessoa era muito querida, dava-me apoio. Eu desabafava e tinha estas diferenças de comportamento. Mas eu sinto que a de agora, agora, é muito como fomos às feridas e como fomos à confiança..."(EA)  
"Portanto, acho que isso também me ajudou a tornar-me muito consciente das minhas emoções, das coisas que estão à minha volta, a analisar as coisas e é, acima de tudo, um espaço seguro." (EI)  
"Entrevistador: Alguma vez te sentiu julgada ou estigma? ... Participante: Por ele, não." (EG)

---

**B.2.6.3. Support and guidance**  
References to the way mental health support provides guidance and aid.

"E foi tipo, eu sinto que a psicoterapia foi um bocadinho a minha mãe. Quando a minha mãe falhou, a psicoterapia estava lá, mais ou menos." (EK)  
"E sinto-me apoiada, ela está disponível sempre quando eu preciso..." (EK)  
"Acho importante destacar que lá está, a terapia foi para mim uma mãe que eu não tive e fez muito do trabalho da mãe, que é um trabalho quase de um amor ou compaixão incondicional. Eu sinto, orientou-me muito." (EK)  
"E eu precisava dele para, como se fossem umas gavetas, pôr algumas coisas no sítio, não é? Perceber e também verbalizar a um profissional coisas que eu precisava de dizer, não é?" (EG)  
"Na altura que eu a tive já não tive crises de automutilação, mas tinha crise de ansiedade e ela também ajudou-me em controlar a ansiedade, como é que eu havia de fazer..."(EE)  
"Ele tentou ajudar-me." (EB)  
"Se precisar de mim, não hesite em telefonar-me." (EB)  
"...eu adoro-a, está a correr mesmo muito bem e estamos a trabalhar todas estas questões da autoestima." (EA)  
"E quando acabei a relação no dia a seguir e tive terapia também foi muito marcante. Ela

---

---

ajudou-me muito nesse dia." (EA)

"...passei situações dramáticas na minha vida e ter, mesmo quando não era aquela psicóloga groundbreaking para mim, foi sempre positivo ter aquele apoio." (EA)

"...mesmo quando elas estavam no superficial, acho que aquele apoio é sempre importante." (EA)

---

### B.3.7. Trust in the psychologist

References to feelings of safety and trust towards the mental health professional.

"E foi num dos momentos em que eu entrei ali e simplesmente desabafei tudo, o que tinha de desabafar, irritada, estava a chorar e pronto, foi outro dos momentos." (EJ)

"Entrevistador: E como é que foi explorar os seus comportamentos autoagressivos com ela, em geral? Foi difícil? O que é que sentiu? Ou seja, não só a partilha, mas o explorar em geral. Participante: Não diria que foi difícil." (EJ)

"...vai ser sempre o único local onde eu consigo ter confiança para acreditar que, ok, para tomar isso, mesmo que eu tinha um psiquiatra a dar-me a medicação, mas eu precisava de ouvir a voz da minha psicóloga a dizer-me sim, podes tomar, está tudo bem, porque é a pessoa em quem eu confio. Tudo o que vier de fora, pronto, e acho que foi dessa forma que ela ajudou." (EI)

"Entrevistador: Ok. O que é que sentiste durante a partilha? Participante: Eu acho que... Muitas vezes, especialmente em interações sociais, eu estou num estado dissociativo, então não sinto grande coisa. E como sei que estou num espaço seguro e é uma interação objetiva, estando no espectro do autismo, para mim a sensação é uma interação social, mas ok, se eu sei, se as regras estão todas lá e os papéis estão bem estipulados, não me faz, não me sinto nenhuma sensação particularmente forte." (EF)

"Entrevistador: Não foi difícil a partilha? Participante: Não foi difícil." (EF)

"Entrevistador: Ok. Houve algum aspeto nos comportamentos autoagressivos que achaste difícil de abordar com a psicóloga? Participante: Não." (EF)

"...vejo que posso desabafar tudo com ela. E isso é uma coisa muito boa." (EE)

"Foi fácil, tornou-se fácil com ela. Eu não sei, ela deu-me uma confiança com ela que eu não tinha tido com ninguém, que podia falar sobre o assunto e eu contava-lhe sempre o que fazia, sempre o que acontecia." (EE)

"...eu sei que posso chegar lá e desabafar com a minha psiquiatra mesmo que ela não me vá dizer, ah, tens de tomar medicação por causa disso. Não, não acontece isso." (EE)

"...eu consigo expor-me mais facilmente, falar sobre coisas difíceis eu confio nela, há aquela confiança." (ED)

"Eu sei que ela é muito dura comigo, mas eu continuo a marcar a consulta com ela, porque eu vejo que, apesar dela ser dura comigo, she's right." (EK)

"Tanto que eu fico tipo, yah esta senhora sabe tudo sobre a minha vida e sobre o meu funcionamento interno. É claro que não né, mas eu acho que me sinto vista." (EK)

"Então, para mim, dizer-lhe que eu praticava isto era a mesma coisa que ter dito que fui passear ao Algarve. Porque fazia parte da minha história e sabia que era importante falar." (EI)

"...uma relação em que é fácil confiar, que nunca me julgou de forma nenhuma." (EI)

---

---

"Foi normal. Partilho tudo com ele. E ele sempre me fez sentir confortável." (EG)

"Partilhei coisas piores com ele. Para mim não eram piores. Lá está. Eu partilhei coisas com ele que eu achava que eram o fim do mundo. E ele olhava para mim. Não é que revirava os olhos, não é? Fazia-me sentir uma leveza, uma... E dizia-me, PG, isso não é isso tudo que a "PG, isso não é isso tudo que a PG está a criar na sua cabeça". Percebe?" (EG)

"Não... super tranquilo, super como tudo. Como tudo que eu partilho com ele. Nunca... como já disse, partilho coisas super chocantes com ele. Para mim, lá está super chocantes e ele nunca..." (EG)

"Foi difícil. Foi difícil porque na primeira consulta a minha mãe estava presente e depois só admiti quando a minha mãe saiu do consultório. E.. mas depois ganho... não sei, a doutora deu-me uma confiança e que eu confiava bastante nela e que me... não sei o que foi que me... como é que eu hei de explicar, parece que ela entrava assim no cérebro e conseguia que eu... que eu conseguisse lhe explicar tudo o que eu sentia e ela conseguiu-me ajudar, ajudar bastante e eu confiava e confio 100% nela." (EE)

"Eu não sei, ela deu-me uma confiança com ela que eu não tinha tido com ninguém, que podia falar sobre o assunto e eu contava-lhe sempre o que fazia, sempre o que acontecia." (EE)

"Ajudou muito porque acho que tem a ver com uma confiança. O cliente tem de confiar no seu psicólogo e tem de confiar no seu psicólogo, tem de sentir-se confortável a expor-se com o seu psicólogo." (ED)

"...partilho com quem tem o saber. O saber da coisa." (EB)

"Senti-me tão... tão aberta que expus como se tivesse a falar para uma amiga, para uma irmã, como estou a falar para ti, à vontade." (EB)

"...é como se eu tivesse aberto uma torneira e saiu tudo." (EB)

"Entrevistador: Mas como é que foi partilhar? Participante: Muito fácil." (EB)

"Sou muito próxima a ela e por isso sentia muito mais vontade para falar das coisas e para me abrir." (EC)

"...quando aconteceu essa questão da pausa na relação, ela, pronto, ela aí foi mais dura e foi tipo, nope, Tipo, curtiu-me logo, que era o que eu precisava, e já tenho confiança com ela para isso, não é?" (EA)

"E de que modo é que a relação terapêutica influenciou essas mudanças? Participante: Ah, influenciou muito, muito, muito. Principalmente esta última. Acho que a questão da confiança." (EA)

"Como eu já tinha uma distância temporal um pouco grande, sentia que não me fazia qualquer confusão partilhar porque já não era algo tão próximo e atual, por isso não o sentia de forma tão íntima, por isso era quase como dizer Ok, eu também sempre tive uma perspetiva muito aberta e sem tabus sobre esse assunto à medida que fui crescendo." (EI)

"partilhei abertamente" (EB)

"eu fui ganhando a confiança, porque eu não tinha confiança nenhuma em mim," (EB)

---

<p>B.4. Psychopharmacological impact References to the positive and negative impact of psychopharmaceuticals.</p>	<p>B.4.1. Negative impact of psychopharmacology References to the negative side effects of psychopharmaceuticals.</p>	<p>"Comecei com 5mg de ketiopina. Depois, no internamento, foi subindo até aos 200. E depois fiquei histérica e fiquei tipo, “vocês têm que me baixar isto porque odeio”. Então baixaram." (EK)  "Lembro-me na altura, eu engordei imenso e aí cometi o erro de os deixar de tomar sozinha." (EG)  "Queria ter começado a fazer o meu desmame mais cedo." (EG)  "Mais, posso dizer, se calhar aos 19, é que eu comecei a pensar que isto não é só popping pills. Isto não é normal, não pode ser. Isto mexe com muita coisa que as pessoas não imaginam. Isto mexe com o líbido. Isto mexe com o nosso bem estar." (EG)  "Deixam-nos sempre, para já com um aspeto, eu agora noto mais, e vejo nas minhas amigas que tomam antidepressivos, aquele ar de quando acabamos de acordar. Perceba que estamos com os olhos inchados. É uma sensação que não deseja ninguém atingir um orgasmo." (EG)  "Isto mexe com muita coisa que as pessoas não falam, ok. Isto é tudo um mundo... pronto." (EG)  "Entrevistador: O que é que mudaria no processo terapêutico? Participante: Ter começado a fazer o meu desmame mais cedo." (EG)  "...teve alguns efeitos negativos por causa disso. Mas mesmo assim ajudou, mas não foi ideal. Entrevistador: Por causa da medicação errada? Participante: Sim." (EF)  "Mas já falei com o meu psiquiatra para... substituir o comportamento e abandonar essa, a dependência através de medicação." (EF)  "...eu não tinha força sequer para me levantar da cama, tanto que tive dois meses sem ir à escola, porque a medicação era demasiado forte, eu ficava a babar-me e não tinha energia sequer para pensar nisso. Basicamente. Mas a medicação, a medicação ao início é muito forte..." (EE)  "Foi em Portugal, eu fui ao médico de família duas, três vezes. Ele deu uns comprimidos que para mim... Eu andava completamente por... Eu disse para a minha irmã, “mas eu assim não aguento, assim não tenho vida.” (EB)  "Tenho uma quantidade de medicamentos que dá para fazer um cocktail do México." (EB)  "Eu não, nem tinha fome. Perdi o apetite. Eu me emagreci imenso. (por causa da medicação)" (EB)  "...na altura, medicaram-me, quando eu era muito pequenina, eu estava a ter muitos sintomas secundários." (EA)  "...tive a ser medicada para o PHDA, não correu bem..." (EA)  "A parte dos sintomas secundários de medicação, etc, que também não foram muito fáceis de lidar no início. (EI)  "...eu tomava o comprimido de não fazer o efeito que deveria fazer." (EB)  "Porque a medicação, eu estou a tomar uma medicação tão forte, mas tão forte, tão forte, uma dose de elefante. Às vezes faz efeito, outras vezes não faz efeito." (EB)</p>
---	---	--

<p>B.4.2. Positive impact of psychopharmacology References to the benefits of psychopharmaceuticals (symptom reduction).</p>	<p>"O que eu tive foram muitos tremores. Eu tinha muitos tremores por causa dos medicamentos que são muito fortes. (EB)</p> <p>"Fui medicada. Tive acompanhamento psicológico e acompanhamento medicamentoso. Com ketiapina e melatonina." (EK)</p> <p>"...melatonina para dormir." (EK)</p> <p>"Mas é verdade que chegou a um ponto que eu tive de tomar medicação, portanto, uma das ajudas também foi essa e tomar ansiolíticos e antidepressivos, portanto, não chegou apenas a terapia." (EI)</p> <p>"Neste momento, estou a utilizar ketamina todos os dias, mas o ponto não é ser autolesivo, é ser uma escapatória." (EF)</p> <p>"...no início quando eu comecei a fazer terapia em comprimidos..." (EE)</p> <p>"Entrevistador: Eram antidepressivos? Participante: Sim, e com os comportamentos bipolares. Foi bastante medicação que eu fiz. Bastante mesmo. Até, pronto, acertar. E pronto, foi basicamente isso." (EE)</p> <p>"...uma medicação assim bastante estranha, mas ajudou." (EE)</p> <p>"A psiquiatria de seis em seis meses também é por causa mais da ansiedade, pronto e para estar controlada com a medicação." (EE)</p> <p>"Acredito que era porque tinha bipolar e não estava diagnosticado ainda, e então quando a pessoa tem bipolar e não está medicada, tem, o humor está completamente descontrolado." (ED)</p> <p>"...mas se deixar de tomar a medicação, tenho." (ED)</p> <p>"Porque já há algumas vezes que deixei de tomar a medicação." (ED)</p> <p>"...estava medicada para o bipolar..." (ED)</p> <p>"Até cheguei agora aos dois antidepressivos que eu tomava e consigo gerir melhor a ansiedade (EC)"</p> <p>"E, em vez de eu estar a tomar, por exemplo, um miligrama, ele disse para dar um miligrama e meio e depois aumentar para dois miligramas daqui três a semanas, um mês." (EB)</p> <p>"De vez em quando tinha uma crise de angústia. Começava com muita taquicardia, começava babababababa.... Tomava logo um comprimidinho." (EB)</p> <p>"Continuava a tomar os antidepressivos. Ainda continuo a tomar. E voltei quando voltei dos Erasmus. Estava tudo bem. Estava tudo a correr bem." (EA)</p> <p>"...quando comecei a ser medicada deixou de acontecer." (EA)</p> <p>"Disfunção emocional, que é, pronto, é... Entretanto já fui medicada e já está tudo muito melhor." (EA)</p>
<p>B.5. Reasons to initiate the psychological support</p>	<p>B.5.1. Family and peer influence References to family and peers as direct influencers to initiate psychological support.</p> <p>"Entrevistador: Como é que encontrou a psicóloga que tem recentemente? Participante: Foi através da recomendação do meu irmão." (EC)</p> <p>"Foi recomendado por uma amiga que estudava psicologia." (EF)</p> <p>"Eu a encontrei através de uma amiga minha." (ED)</p> <p>"...foi através de uma amiga minha que eu vim a saber da psicóloga do Oeiras." (ED)</p>

References to the motives that led participants to search for and initiate psychological support.		<p>"...tinha encontrado a doutora através de uma amiga minha." (ED)</p> <p>"...a minha irmã não queria que eu fosse ao psiquiatra e eu segui o que a minha irmã disse." (EB)</p> <p>"Porque a minha amiga, tinha uma amiga que estava... Também tive que ir buscar um psicólogo." (EA)</p> <p>"Uma amiga minha tinha uma psicóloga, que ela ia, e que não era muito cara, então eu pedi à minha mãe se podia ir." (EA)</p> <p>"Eu na altura tinha procurado um bocadinho por hipnoterapia porque era das poucas coisas que eu conhecia por uma colega já ter feito também." (EI)</p>
	<p><b>B.5.2. NSSI Behaviors</b></p> <p>References to self-harm behavior as a leading motive to initiate psychological support.</p>	<p>"Depois fui encaminhada para o hospital Beatriz Ângelo, porque tinha comportamentos autolesivos" (EK)</p> <p>"...eu fui indicada para a Psicóloga da escola precisamente por comportamentos de automutilação." (EH)</p> <p>"Claro, percebo. Na altura procurou ajuda psicológica por alguma razão específica? Participante: Era mais para eu lidar com os problemas tipo a automutilação, ideação suicida..." (ED)</p> <p>"Tiveram um grande impacto, porque foi mais pelos comportamentos autolesivos que eu decidi fazer psicoterapia" (ED)</p> <p>"Então, foi mais por esses problemas autolesivos e de ideação suicida, foi mais por causa disso." (ED)</p> <p>"Entrevistador Ok. Iniciou o acompanhamento terapêutico para lidar com as questões mais relacionadas com comportamentos autoagressivos? Participante: Também, sim." (EC)</p> <p>"...eu fui indicada para a Psicóloga da escola precisamente por comportamentos de automutilação." (EH)</p> <p>"Entrevistador: Ok. Que impacto é que esses comportamentos tiveram na decisão de começar a psicoterapia? Participante: Epá, esse... esse e vários, não é?" (EG)</p>
<p><b>B.5.3. Psychopathology</b></p> <p>References to mental health diagnosis or symptoms as a reason to initiate psychological support.</p>	<p><b>B.5.3.1. Mood disorders</b></p> <p>References to symptoms of depression as a reason to initiate psychological support.</p>	<p>"Nunca tive um diagnóstico formal para além de um quadro depressivo." (EK)</p> <p>"Mas eu acho que acima de tudo era aquela tristeza profunda." (EK)</p> <p>"Porque eu estava claramente com o quadro depressivo." (EK)</p> <p>"Depois disso foi também com o ritual de começar a usar roupas mais deprimentes, começar a consumir só música mais emo, mais sad indie, mais angry rap, coisas assim. Portanto, o meu comportamento e as minhas atitudes focaram-se completamente na aquisição deste novo estilo de vida deprimido." (EK)</p> <p>"...e ela própria também estava com depressão nessa altura." (EJ)</p> <p>"...sintomas depressivos." (EI)</p> <p>"Entrevistador: ...sintomas depressivos? Pelo o que eu percebi. Foi isso que a levou a querer iniciar a psicoterapia, certo? Participante: Exatamente" (EI)</p> <p>"...durante a minha adolescência toda eu sempre tive muitos problemas de autoestima, muitos problemas com a culpabilidade e a culpabilização." (EH)</p>

---

	<p>"Só que as pessoas muitas vezes estão tão frustradas no seu mundo que ficam deprimidas..." (EG)</p> <p>"... em 2015 eu tive um surto psicótico depois de um episódio depressivo." (EF)</p> <p>"...episódio maníaco depressivo." (EF)</p> <p>"...eu conto esse surto psicótico também como um burnout." (EF)</p> <p>"Então, nesta altura, já estou no meu terceiro burnout da vida." (EF)</p> <p>"Como sou uma pessoa depressiva não faço muito plano de futuro." (EF)</p> <p>"...eu fui diagnosticada com bipolaridade e às vezes eu não entendia esses comportamentos..." (EE)</p> <p>"...várias depressões graves." (EE)</p> <p>"...estava tão alterada que nem sei o que pensava..." (ED)</p> <p>"...fiz uma grande depressão, efetivamente. E até perdi o primeiro ano da faculdade por causa disso." (EB)</p> <p>"...eu sou bipolar e hipersensível." (EB)</p> <p>"Eu sou muito, como sou bipolar hipersensível, vivo tudo a mil à hora." (EB)</p> <p>"...a doença que estava já cá em mim, porque a bipolaridade já cá estava, estava aqui num cantinho à espera de saltar." (EB)</p> <p>"Eu tenho bipolaridade..." (EC)</p> <p>"Eu estava muito deprimida e assim." (EC)</p> <p>Entrevistador: Procurou um psicólogo por alguma razão em específico? Participante: Sim, eu queria acabar com a vida." (EC)</p> <p>"Primeiro achavam que era esquizofrenia, depois é que chegaram à bipolaridade." (EC)</p> <p>"Muita depressão..." (EC)</p> <p>"A minha memória ainda é péssima, mas... Principalmente em episódios depressivos ou maníacos, a minha cabeça não memoriza muita coisa," (EC)</p> <p>"Eu depois também fui diagnosticada com, não sei se sabes o que é, mas o Premenstrual Dysphoric Disorder." (EA)</p> <p>"A fase que foram mais incontroláveis e que foi quando eu fiquei muito, muito assustada foi quando aquela altura que eu estava depressiva que eu estava em Lisboa." (EA)</p> <p>"...ele percebeu que eu estava em alta depressão." (EA)</p>
<p><b>B.5.3.2. Anxiety disorders</b> References to symptoms of anxiety as a reason to initiate psychological support.</p>	<p>"Depois lembro-me... Eu não dizia que era ansiedade. Se calhar hoje eu consigo perceber que era ansiedade." (EK)</p> <p>"Mas eu só me sentia nervosa e tensa." (EK)</p> <p>"Eu tinha, por exemplo, eu tinha muita dificuldade a falar com pessoas... mais velhas, mas mais velhas era tipo 10, 15 anos mais velha." (EJ)</p> <p>"Tinha muita dificuldade a falar com este tipo de pessoas, porque atrapalhava-me imenso, mas imenso. Entrevistador: Ok. Tipo professores? Participante: Sim, posso dizer. Tipo professores? Auxiliares? Auxiliares não tanto, mas eram mais professores. Figuras de autoridade, se quiseres, se calhar é mais fácil." (EJ)</p> <p>"Ataques de pânico..." (EI)</p>

---

	<p>"Eu sou uma pessoa com ansiedade e, portanto, há várias coisas que me causam ansiedade, algumas mais do que outras." (EH)</p> <p>"...há muitas outras situações na minha vida que são stressantes, que me causam ansiedade..." (EH)</p> <p>"Eu sou relativamente claustrofóbica, é uma coisa na qual eu tenho estado a trabalhar, mas... sei lá, coisas tão simples como entrar no elevador... parece uma coisa muito simples, mas é realmente um desafio para mim, se for uma coisa que eu tenho de fazer todos os dias." (EH)</p> <p>"...porque é a sociedade, é a pressão social, "ah porque a minha mãe quer que eu faça", porque por causa disto e aquilo e depois acabam por ter ansiedade, ataques de pânico..." (EG)</p> <p>"...sou uma pessoa muito ansiosa..." (ED)</p> <p>"...ansiedade..." (ED)</p> <p>"...ansiedade..." (ED)</p> <p>"Uma crise de angústia, um ataque de pânico. Eu tremia por tudo quanto era a parte. Parecia que tinha posto os dedos no coiso elétrico." (EB)</p> <p>"Eu tive alturas que eu não ia à rua. Meses estava em casa. Porque só de ver duas, três pessoas na rua, para mim era... Entrevistador Era difícil." (EB)</p> <p>"Era mesmo agorafobia." (EB)</p> <p>"Eu não podia ir às compras. Eu não ia às compras." (EB)</p> <p>"Muitos ataques de pânico. Foi mesmo um período difícil para mim." (EB)</p> <p>"Eu tinha crises de histeria, eu tinha crises de histeria." (EB)</p> <p>"...eu também tenho muita ansiedade." (EC)</p> <p>"...muita ansiedade..." (EC)</p>
<p><b>B.5.3.3.</b>  <b>Neurodevelopmental disorders</b>  References to neurodevelopmental disorders as a reason to initiate psychological support.</p>	<p>"...um diagnóstico de infância de déficite de atenção e hiperatividade." (EF)</p> <p>"...estou no espectro de autismo, tenho hiperatividade também..." (EF)</p> <p>"Ela primeiro pensava que eu não tinha déficite de atenção, depois apercebeu-se que tinha, de facto, déficite de atenção e que estava mesmo no espectro do autismo..." (EF)</p> <p>"...fui diagnosticada com bipolaridade e PHDA." (ED)</p> <p>"Então faço psicoterapia por causa do bipolar e do PHDA." (ED)</p> <p>"...autismo e PHDA." (EC)</p> <p>"...eu tinha sido diagnosticada com PHDA quando era pequena." (EA)</p>
<p><b>B.5.3.4. Other mental health disorders</b>  References to other mental health disorders like</p>	<p>"...problemas de alimentação. Eu quase desenvolvi uma anorexia na altura também, porque why not?" (EK)</p> <p>"...eu tenho perturbação da personalidade borderline." (EH)</p> <p>"...stress pós-traumático." (EF)</p> <p>"...encontrei uma terapeuta que me diagnosticou com Distúrbio de Personalidade Borderline." (EF)</p>

<p>substance abuse and borderline personality disorder.</p>	<p>"...neste momento tenho problemas com o abuso de substâncias." (EF)</p>
<p><b>B.5.4. Search for self-improvement</b> References to search for self-improvement and developing emotional capabilities as a motivator to initiate psychological support.</p>	<p>"A minha expectativa é sempre a mesma, que é algum tipo de crescimento pessoal, um melhoramento pessoal. E trabalhar cenas que eu sei que ficaram desta época da adolescência e da infância, principalmente questões familiares, questões de relações interpessoais e gestão de emoções." (EK)</p> <p>"Aprender a sentir e gerir as emoções. Esses sempre foram os meus objetivos principais. Portanto, uma ótica mais grandiosa é melhorar a qualidade de vida e tratar trauma. Custame dizer trauma, mas pronto, é trauma." (EK)</p> <p>"E, por exemplo, às vezes acontecia qualquer coisa, vamos dizer, que tinha uma má nota, ou acontecia qualquer coisa, um desentendimento qualquer, e vinham essas palavras que ele dizia, essas palavras que ele dizia, à tona outra vez. Se calhar é melhor ir procurar alguém. Pronto, foi mais, a partir daí." (EJ)</p> <p>"A procurar a minha psicóloga, foi numa destas situações que aconteceu. Que é quando ele vem para casa, basicamente. Que aconteceu, e eu, ok, não, não estou para isto. Convém se calhar procurar qualquer coisa, porque depois essas coisas acontecem, e cada vez que acontecem eu lembro-me das outras coisas que aconteceram anteriormente, para cima dessa." (EJ)</p> <p>"Decidi para o procurar psicoterapia porque isto tinha de ser falado de alguma maneira. Tinha de estar mais à tona com as minhas próprias emoções, porque não conseguia... não é que não conseguia, mas tinha muita dificuldade a dizer o que é que eu estava a sentir. Tanto, assim, a falar normalmente, como a meter um nome na emoção. Podia dizer facilmente felicidade e tristeza, mas todas as outras emoções era tipo, "o que é isto"?" (EJ)</p> <p>"Entrevistador: Iniciou o acompanhamento psicoterapêutico para lidar com questões relacionadas com os comportamentos autolesivos? Participante: Não. Foi uma questão emocional e cognitiva." (EJ)</p> <p>"... não foram os comportamentos em si que fizeram que eu quisesse começar." (EJ)</p> <p>"Entrevistador: Houve algum acontecimento em específico que a fez começar? Participante: Não foi bem um acontecimento em específico, mas foi a continuidade de acontecimentos." (EJ)</p> <p>"Ok, pronto eu procurei ajuda terapêutica em 2021, portanto há cerca de 4 anos, e foi numa lógica de saber que estava a chegar num limite e que precisava de ajuda verdadeiramente." (EI)</p> <p>"... foi ter de chegar a esse ponto de ruptura de perceber que já não tinha qualquer motivação para viver, estava a ter ataques de pânico constantes, portanto, foi mesmo chegar a um ponto de, ok, ou eu arranjo ajuda ou já estou no fundo do poço." (EI)</p> <p>"Não estou confortável aqui e que tinha de tornar o meu corpo e a minha cabeça um espaço seguro e confortável." (EI)</p>

---

"... os problemas do dia-a-dia, ter um profissional com quem falar sobre os problemas do dia-a-dia..." (ED)

"As expectativas que eu tinha era ter alguns conselhos para os problemas que eu tinha na minha vida." (ED)

"alguém que me desse conselhos desse uma guia sobre o que fazer e como lidar com os problemas, aprender estratégias. Acho que eram essas as expectativas." (ED)

"Pronto, e então ainda me ajudar a perceber melhor o que é que se passava comigo, como é que eu podia gerir a ansiedade." (EC)

"...porque os meus pais iam separar." (EE)

"...eu não estava a lidar muito bem com o assunto emocionalmente, então pedi à minha mãe para..." (EA)

"Eu percebi-me, ok, eu deixei que isto, que esta pessoa me fizesse estas coisas e eu continuo com ela, é porque a minha autoestima não está muito boa e eu quero fortalecer esta questão." (EA)

---