



Ispapa

Instituto Universitário
de Ciências Psicológicas,
Sociais e da Vida

PENSAMENTOS AUTO-LESIVOS NÃO SUICIDAS EM ADULTOS
COM HISTÓRIA DE AUTO-LESÃO NÃO SUICIDA:
CARACTERIZAÇÃO E PROCESSO DE RESISTÊNCIA

LEONOR MARIA PAYAN CARREIRA DA SILVA HILÁRIO

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 CLÍNICA

Especialidade em Psicologia Clínica

2024/205

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.

Dissertação realizada em formato de artigo empírico

Agradecimentos

Queria agradecer primeiro à Eva, que me deu a oportunidade de realizar uma investigação pela qual eu genuinamente me apaixonei e que me guiou neste processo tão difícil, preenchendo os momentos de ansiedade com uma certa leveza e esperança. Graças a ela senti-me à vontade e livre para seguir o meu caminho.

À Xana, que me acompanhou neste percurso como mais ninguém me conseguiria acompanhar, fazendo-me rir sempre que eu queria chorar e que nunca me deixou desesperar sozinha. Tenho o orgulho de dizer que nunca me senti sozinha com ela ao meu lado. Foste a melhor colega do lado que alguma vez tive (apesar de me fazer cair da cadeira quando grita comigo sobre abacates).

À Joana, que sempre esteve lá para mim, fosse a rir ou a acalmar as minhas ansiedades, e sempre foi a primeira a acreditar em mim e a dizer que tinha orgulho de mim. A melhor amiga que alguma vez poderia ter pedido, que nunca desistiu de mim e não me deixou desistir dela, apesar de me fazer questionar a nossa amizade cada vez que me pergunta se é normal ter rins.

À malta da amadora, especialmente a irmandade do saca-rolhas, que se dispôs para ir beber comigo uma sangria do quiosque quando eu precisava ou para ir aos planos mais à toa possível. Obrigada a estes loucos que nunca deixaram de estar lá para mim por mais difícil que fosse.

Ao Vítor, também conhecido como o meu marido, que nunca levou a mal as milhares de vezes que eu pedi o divórcio e sempre amparou as minhas quedas, protegendo-me sempre. Não podia ter tido mais sorte do que naquela noite que o pedi em casamento com uma garrafa de vodka por causa de um jogo ranhoso.

Aos meus amigos da faculdade, especialmente a Clara, o Rodrigo, a Mariana e o Miguel, que nunca me deixaram congelar a matrícula, independentemente do número de

vezes que eu o ameaçava. Por mais vezes que eu quisesse desistir de tudo eles nunca me deixaram e sempre me mostraram o lado bom da faculdade. Não teria aguentado estes anos todos sem eles ao meu lado.

À Carol que partilhou o meu amor pelo Basket e sempre insistiu que eu não desistisse dele. A única pessoa que foi capaz de me levar de volta para lá. Tenho imensas saudades de quando íamos ver jogos, dormíamos em pavilhões e os treinadores pensavam que éramos gémeas. Ela será para sempre a melhor parte do Basket para mim.

Ao Dudu, que sempre esteve lá para fofocar comigo e que sempre leu a desgraça que aparecia no meu mapa astral. Por muitos traumas que aparecessem no meu mapa astral, ele nunca me abandonou e sempre esteve preparado para me dar a mão.

À minha família, que me apoiou e sempre me lembrou que a pressão toda que eu colocava em cima de mim era desnecessária e errada. E obrigada por me subornarem com livros para me motivar estes anos todos. Ao Pedro e à Rita que me fizeram acreditar que eu era capaz de superar os momentos difíceis e me convenceram a não desistir quando tinha apenas começado e estava a desesperar. Que sempre me foram buscar e ter comigo quando estava a passar por momentos maus. Não me teria permitido chegar aqui se não fossem eles.

Aos meus colegas de seminário que partilharam o desespero e os risos nas aulas, especialmente a Raquel e a Érica. Partilhamos uma grande parte deste ano ao lado umas das outras, desde as aulas até ao protocolo, e eu não podia ter pedido colegas e amigas melhores nestes momentos.

A todos os livros que eu li ao longo do ano, que me impediram de desesperar e perder toda a minha sanidade mental (que já era pouca após cinco anos de faculdade).

Por fim, há mais pessoas que queria agradecer, então deixo um breve: obrigada a todas as pessoas que passaram na minha vida e deixaram a sua marca.

Resumo

Diversos indivíduos que realizam auto-lesão não suicida (ALNS), relatam a presença de pensamentos auto-lesivos não suicidas (PALNS) previamente ao ato ou no cotidiano, identificando-os como precursores importantes dos comportamentos, sendo estes complicados de resistir. Diversas vezes, as características destes pensamentos, como a frequência e a intensidade, podem influenciar a ALNS. O presente estudo teve como objetivo caracterizar os PALNS em adultos com história de ALNS e analisar a sua relação com diferentes dimensões dos comportamentos. Paralelamente, explorou-se o processo de resistência aos PALNS, incluindo intenção, capacidade percebida, estratégias utilizadas e sentimentos associados. Participaram 126 adultos, que responderam ao Inventário de Comportamentos Auto-lesivos – Versão Expandida (ICAL+) e a perguntas formuladas pelos investigadores, seguindo uma metodologia mista, agrupando tanto uma abordagem quantitativa como qualitativa. Os resultados mostraram que a frequência e a intensidade dos PALNS se associam significativamente à frequência da ALNS e à diversidade de métodos, enquanto apenas a frequência se relacionou com a severidade. Já a duração e o intervalo de tempo entre pensamento e comportamentos não se revelaram tão relevantes. Quanto à resistência, a intensidade dos PALNS correlacionou-se negativamente com a capacidade de resistir, porém positivamente com a intenção de tal. Ainda, foram identificadas estratégias de resistência utilizadas pelos participantes, como o evitamento, e sentimentos positivos e negativos associados aos episódios de resistência. Por fim, o estudo apresenta implicações clínicas, limitações e sugestões para pesquisas futuras.

Palavras-chave: Auto-Lesão Não Suicida; Pensamentos Auto-lesivos Não Suicidas; Resistência; Intenção de resistir

Abstract

Several individuals who engage in Non-suicidal Self Injury (NSSI) report experiencing NSSI related thoughts (NSSI-T) prior to the act or in daily life, identifying them as important precursors of the behaviors and hard to resist. Often, these thoughts' characteristics, such as frequency and intensity, can influence the NSSI. The present study aimed to characterize NSSI-T in adults with a history of NSSI and to examine their relationship with different dimensions of the behaviors. Additionally, the study explored the process of resisting these thoughts, including intention, perceived capacity, strategies used and associated feelings. A total of 126 participants met the criteria and responded to the *Inventário de Comportamentos Auto-Lesivos – Versão Expandida* (ICAL+) and to investigator-developed questions, following a mixed-methods design, utilizing both quantitative and qualitative methods. The results showed that the frequency and intensity of NSSI-T were significantly associated with the frequency of NSSI and the diversity of methods, while the intensity of the thoughts was related to severity, whereas the duration of thoughts and the temporal space between thought and action were not as relevant. Regarding resistance, the intensity of these thoughts was negatively correlated with perceived capacity to resist but positively correlated with the intention to do so. Resistance strategies used by the participants, such as avoidance, were identified, as well as both negative and positive feelings associated with episodes of resistance. The study also discusses clinical implications, limitations and suggestions for future research.

Keywords: Non-Suicidal Self Injury; Non-Suicidal Self Injury Thoughts; Resistance; Intension of resisting

Índice

Introdução	1
Métodos	6
Participantes	6
Instrumentos	6
<i>Inventário de Comportamentos Auto-Lesivos – Versão Expandida (ICAL+)</i>	6
<i>Questionário de Pensamentos Auto-Lesivos Não-Suicidas</i>	7
<i>Questionário Sociodemográfico</i>	9
Procedimentos	9
Procedimentos de Análise	10
Resultados	11
Caracterização dos Pensamentos Auto-Lesivos Não Suicidas	11
Hipóteses do Estudo	13
Estratégias para Resistir aos PALNS	16
Sentimentos Associados à Resistência aos PALNS	21
Discussão	25
Implicações para a prática clínica	30
Limitações e estudos futuros	31
Referências	33

Índice de Anexos

Anexo A – Revisão de Literatura Extensa	43
Comportamentos e Pensamentos Auto-Lesivos Não-Suicidas	43
Prevalência	44
Métodos	47
Funções da ALNS.....	48
Relevância dos pensamentos sobre ALNS	51
O presente estudo	55
Anexo B – Referências da Revisão de Literatura Extensa	57
Anexo C – Análise descritiva.....	67
Tabela C1 – Informação Sociodemográfica da amostra (n=126).....	67
Anexo D – Consistência Interna.....	70
Tabela D1 – Consistência Interna ICAL+ total.....	70
Tabela D2 – Consistência Interna Subescala Escala Alta Severidade	71
Tabela D3 – Consistência Interna Subescala Severidade Moderada.....	71
Tabela D4 – Consistência Interna Subescala Consumo de Substâncias	72
Tabela D5 – Consistência Interna Subescala Outros Comportamentos de Risco	72
Tabela D6 – Consistência Interna Subescala Comportamentos Alimentares Perturbados	73
Anexo E – Panfleto.....	74
Anexo F – Consentimento Informado	75
Anexo G – Registo de respostas organizadas	76

Tabela G1 – Registo de respostas nas respetivas subcategorias da categoria	
“Estratégias Cognitivas”	76
Tabela G2 – Registo de respostas nas respetivas subcategorias da categoria	
“Estratégias de Auto-cuidado”	78
Tabela G3 – Registo de respostas nas respetivas subcategorias da pré-categoria	
“Estratégias de Evitamento”	80
Tabela G4 – Registo de respostas nas respetivas subcategorias da categoria “Fatores Interpessoais”	83
Tabela G5 – Registo de respostas nas respetivas subcategorias da categoria	
“Pensamentos e Emoções Negativas Inibidoras”	85
Tabela G6 – Registo de respostas nas respetivas subcategorias da categoria	
“Pensamentos e Emoções Positivas Inibidoras”	87
Tabela G7 – Registo de respostas nas respetivas subcategorias da categoria “Outras estratégias”	89
Anexo H – Registo de respostas organizadas	90
Tabela H1 – Registo de respostas nas respetivas subcategorias da categoria	
“Ambivalência”	90
Tabela H2 – Registo de respostas nas respetivas subcategorias da categoria “Ausência de Mudança”	90
Tabela H3 – Registo de respostas nas respetivas subcategorias da categoria	
“Sentimentos Negativos”	92
Tabela H4 – Registo de respostas nas respetivas subcategorias da categoria	
“Sentimentos Positivos”	95

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Análise descritiva da frequência, tempo entre pensamento e ação, duração e intensidade dos pensamentos auto-lesivos não suicidas.....	12
Tabela 2 – Análise descritiva da intenção de resistir à atuação de PALNS e à capacidade de resistir à atuação de PALNS.....	13
Tabela 3 – Matriz correlacional entre as variáveis.....-	15
Tabela 4 – Categorias, subcategorias, UR e UE referentes às estratégias de resistência aos PALNS.....	17
Tabela 5 – Categorias, subcategorias, UR e UE relativas aos sentimentos associadas à resistência aos PALNS.....	22
Tabela A1 – Modelo das quatro funções.....	50

Índice de Figura

Figura 1 – Objetivos do Presente Estudo	5
Figura A1 – Objetivos do Presente Estudo	56

Introdução

A Auto-Lesão Não Suicida (ALNS) caracteriza-se como o ato intencional e direto de causar lesão ao corpo do próprio sujeito, na ausência de intenção suicida (Klonsky & Glenn, 2008; Nock, 2009; Nock & Favazza, 2009). Por sua vez, pensamentos auto-lesivos consistem na existência de pensamentos relativos a praticar comportamentos auto-lesivos, podendo ou não resultar na sua realização (Nock, 2010). Estes podem ocorrer no formato de pensamentos explícitos de auto-lesão, desejo de se auto-lesionar, o planeamento desta e imagens mentais de auto-lesão que o indivíduo poderá experienciar (Fitzpatrick et al., 2020; Turner et al., 2019).

A ALNS é mais prevalente durante a adolescência, com uma idade de início entre os 12 e os 16 anos (Ammerman et al., 2018; Cipriano et al., 2017; Gholamrezaei et al., 2017; Muehlenkamp & Gutierrez, 2004; Rodham et al., 2004), geralmente diminuindo a intensidade e frequência em adultos (Mummé et al., 2017). Na população geral, a prevalência da ALNS em adolescentes e jovens adultos situa-se entre os 13% e 17%, 5.5% em adultos e entre 19% e 23% em universitários (O'Connor et al., 2018; Sivertsen et al., 2019; Swannell et al., 2014). Já em Portugal, a prevalência na população adolescente ronda os 20% (Duarte et al., 2019a; Gaspar et al., 2019; Matos et al., 2015) e 23% na população universitária (Gonçalves et al., 2024).

A maioria dos indivíduos que realiza ALNS afirma recorrer a diferentes métodos em detrimento de um único (Abdou et al., 2024; Glenn & Klonsky, 2011; Gonçalves et al., 2024; Nock, 2010). Os cortes são o método mais conhecido, em que o sujeito aplica cortes na sua pele (Abdou et al., 2024; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Nock & Prinstein 2004; Whitlock et al. 2006), mas existem também outros métodos, como queimaduras, arranhões e mordeduras (Nock, 2010). Em Portugal, os cortes, arranhões, mordeduras, queimaduras e bater com o corpo são os métodos mais frequentes (Duarte

et al., 2019a; Duarte et al., 2019b; Gonçalves et al., 2012; Gonçalves et al., 2023; Guerreiro et al., 2016).

Em adição à diversidade de métodos utilizados, a frequência e severidade da auto-lesão são também importantes de considerar, uma vez que estes podem impactar o seu tratamento (Nock, 2010). A frequência refere-se à quantidade de vezes que o sujeito recorre à ALNS, enquanto a severidade consiste no dano causado pela lesão infligida (Turner et al., 2013; Whitlock et al., 2008). Ambos os fatores estão associados a um maior risco de comportamentos suicidários (Victor & Klonsky, 2014; Victor et al., 2015).

Existem diversas funções psicológicas da ALNS (Gray et al., 2023), que podem ocorrer em simultâneo (Klonsky & Muehlenkamp, 2007) e que podem ser organizadas de acordo com o modelo das quatro funções, sendo estas caracterizadas por reforço negativo ou positivo e interpessoais ou intrapessoais (Bentley et al., 2014; Nock, 2010). Assim, num reforço intrapessoal negativo, a ALNS procura reduzir sentimentos ou pensamentos aversivos, como na auto-regulação do afeto, enquanto o positivo visa gerar sentimentos positivos, como na procura de sensações. Por sua vez, no reforço interpessoal o objetivo é promover ou evitar determinadas interações sociais, como através da influência interpessoal (Bentley et al., 2014; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Nock, 2010).

Embora seja escassa a literatura que tenha focado os pensamentos auto-lesivos não suicidas (PALNS), estes são relevantes para a compreensão da ALNS uma vez que antecedem a mesma. Frequentemente, indivíduos afirmam recorrer a estes comportamentos como consequência destes pensamentos (Fitzpatrick et al., 2020; McEvoy et al., 2017). Complementarmente, existe uma associação entre a intenção de praticar a ALNS e a frequência da ALNS (Washburn et al., 2010). Por acréscimo, a

intensidade dos pensamentos é o fator que melhor prediz a realização da ALNS, a sua frequência e a diversidade dos métodos utilizados (Fitzpatrick et al., 2020; Turner et al., 2019).

Por vezes, estes pensamentos são extremamente difíceis de resistir (Fitzpatrick et al., 2020; McEvoy et al., 2017; Nock et al., 2009). Complementarmente, em diversas ocasiões, o tempo entre o pensamento e a sua execução é reduzido, durando poucos minutos ou menos (Nock & Prinstein, 2005). Apesar da dificuldade, a maioria dos indivíduos já tentou resistir (Klonsky & Glenn, 2008). Para tal, vários indivíduos tentam somente ignorar estes pensamentos ou encontrar atividades alternativas (Fitzpatrick et al., 2020; Klonsky & Glenn, 2008; Nock et al., 2009), destacando-se falar com alguém ou sair de casa (Fitzpatrick et al., 2020; Nock et al., 2009).

Assim, a associação entre os pensamentos e a prática destes comportamentos é um fator importante a ter em conta no tratamento da ALNS, contudo, a janela de atuação é reduzida (Fitzpatrick et al., 2020; Nock et al., 2009; Turner et al., 2019). Por acréscimo, uma melhor compreensão de características específicas dos PALNS, como por exemplo a intensidade, e de estratégias específicas que ajudam os indivíduos a resistir poderá ajudar na sua intervenção e, eventual cessação (Fitzpatrick et al., 2020; Klonsky & Glenn, 2008; Turner et al., 2019). Complementarmente, uma intervenção focada nos PALNS poderá ajudar o sujeito a não realizar ALNS (Fitzpatrick et al., 2020).

Resta destacar que existem incoerências na terminologia utilizada na literatura referente ao processo de não realizar/concretizar os PALNS, incluindo termos como a supressão, inibição cognitiva ou resistência a PALNS (Fitzpatrick et al., 2020; Klonsky & Glenn, 2008; Najmi et al., 2007; Pettit et al., 2009; Richard-Devantoy et al., 2016; Turner et al., 2019). Os dois primeiros termos, contudo, não abrangem a totalidade que a

presente investigação pretende explorar, uma vez que se referem a processos cognitivos, principalmente de evitamento, distração e cessamento do pensamento (Najmi et al., 2007; Richard-Devantoy et al., 2016), embora existam registos de outras estratégias, como conversar sobre os sentimentos e utilizar medicação (Klonsky & Glenn, 2008). Deste modo, será utilizado o conceito de resistência aos PALNS, como proposto por diversos autores (Fitzpatrick et al., 2020; Klonsky & Glenn, 2008; Turner et al., 2019).

O Presente Estudo

Apesar da escassa literatura sobre os PALNS, é possível compreender a relevância destes no processo da ALNS. Assim, o objetivo central deste estudo consiste em compreender os PALNS em adultos com história de ALNS e a resistência à prática destes comportamentos (figura 1). Neste seguimento, pretende-se caracterizar os PALNS em adultos Portugueses, nomeadamente quanto à sua frequência, intensidade e duração. Por acréscimo, pretende-se igualmente explorar os motivos que levam adultos com uma história de ALNS a resistirem a PALNS e os sentimentos despoletados por tal.

Tendo em conta a literatura existente, é possível formular algumas hipóteses relativas à caracterização dos PALNS. Ao compreender que existe uma relação entre a intenção de praticar ALNS e a frequência destes comportamentos (Washburn et al., 2010), espera-se que sujeitos com maior frequência de PALNS apresentem maior frequência de ALNS (H1). Por sua vez, paralelamente aos resultados obtidos no estudo de Turner e colaboradores (2019), que reportaram uma maior frequência de ALNS quando os PALNS eram mais intensos, espera-se que indivíduos com PALNS mais intensos reportem uma maior frequência de comportamentos de ALNS (H2).

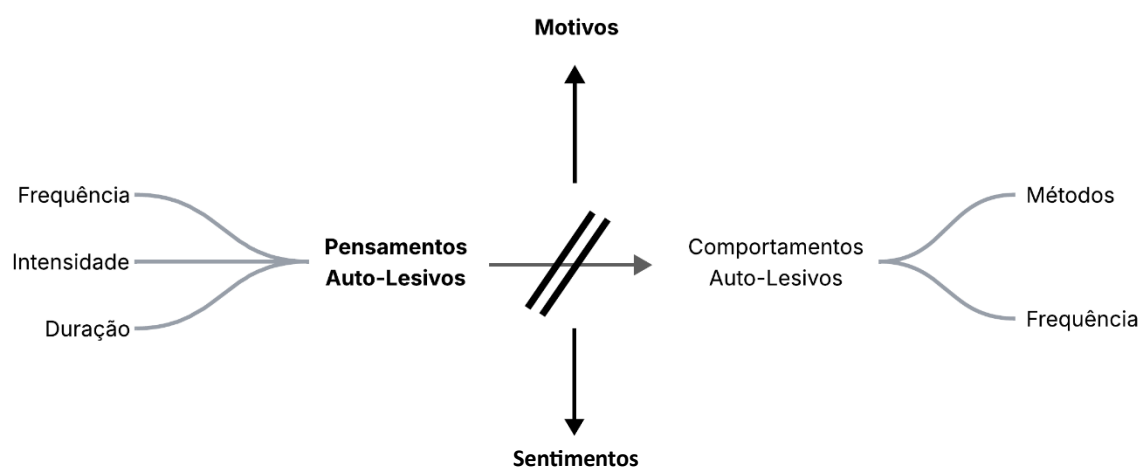
Complementarmente, este estudo procura encontrar uma associação entre as características dos PALNS com a diversidade dos métodos utilizados na ALNS, visto

este ser um fator importante a considerar perante a ALNS (Turner et al., 2013; Whitlock et al., 2008). Assim, considera-se que indivíduos com PALNS mais intensos (H3), mais frequentes (H4) e mais duradouros (H5) apresentem uma maior diversidade de métodos utilizados durante episódios de ALNS.

Adicionalmente, visto que para melhor compreender a ALNS é importante considerar a severidade dos métodos utilizados (Turner et al., 2013; Whitlock et al., 2008), procurou-se formular hipóteses que explorassem a severidade da ALNS, associando-o com as características dos PALNS. Assim, espera-se que sujeitos com PALNS mais intensos (H6), mais frequentes (H7) e mais duradouros (H8) recorram a métodos ALNS mais severos. Por fim, com base no estudo de Fitzpatrick e colaboradores (2020), espera-se que sujeitos cujos PALNS ocorram com menor intensidade (H9), menor frequência (H10) e com menor duração (H11) tenham maior probabilidade de conseguir resistir à realização de comportamentos de ALNS.

Figura 1

Objetivos do presente estudo



Métodos

Participantes

A amostra do presente estudo é composta por 126 participantes com história de ALNS e de PALNS, pertencentes a uma amostra total de 383 participantes (correspondendo a 32.9% da mesma). É importante destacar, contudo, que os PALNS não foram encontrados em todos os participantes com história de ALNS, sendo que foram excluídos três participantes que relataram uma história prévia de ALNS, mas não de PALNS.

As idades dos participantes estão compreendidas entre os 18 e 59 anos ($M=25.80$; $DP=8.20$). Nesta amostra, 79 (62.7%) participantes são do género feminino, 32 (25.4%) do género masculino, 10 de género não binário (7.9%) e cinco participantes (3.8%) identificam-se com outra identidade de género. Ainda, 119 participantes (94.4%) são de nacionalidade portuguesa, sendo que a maioria reside em Lisboa (56.3%). Os restantes dados sociodemográficos podem ser observados em maior detalhe no anexo C.

Instrumentos

Inventário de Comportamentos Auto-Lesivos – Versão Expandida (ICAL+)

O Inventário de Comportamentos Auto-Lesivos – Versão Expandida, ou ICAL+, encontra-se no seu processo de validação para a população portuguesa. Este instrumento tem como base o Inventário de Comportamentos Auto-Lesivos (ICAL), tendo este sido validado para adolescentes portugueses por Duarte e colaboradores (2019a).

Tendo em conta o foco do presente estudo no fenómeno da ALNS, foi utilizada a secção do ICAL+ que apresenta somente comportamentos sem intencionalidade suicida. Esta inclui um total de 26 itens agrupados em cinco dimensões: quatro itens relativos a

métodos de alta severidade (e.g. “cortei-me”); sete itens de consumo de substâncias psicoativas (e.g. “Consumi heroína”); cinco itens relativos a métodos severidade leve/moderada (e.g. “espetei-me com agulhas”); três itens de comportamento alimentar perturbado (e.g. “Não comi o suficiente”) e sete itens que remetem para outros comportamentos de risco com potencial auto-lesivo não suicida (e.g. “Fiz exercício físico excessivo”).

Estes itens são avaliados numa escala de frequência entre “não” e “sim”, sendo que a opção “sim” se encontra dividida entre “1 vez”, “2 a 10 vezes”, “10 a 50 vezes” e “mais de 50 vezes”.

A globalidade do instrumento revelou boa consistência interna ($\alpha = .834$). No entanto, a análise dos alfas de *Cronbach* das diversas subescalas revelou que a dimensão relativa ao consumo de substâncias psicoativas ($\alpha = .747$) e a dimensão de ALNS de severidade moderada ($\alpha = .733$) apresentam uma consistência interna aceitável; a dimensão de ALNS de alta severidade ($\alpha = .625$) e a dimensão referente a outros comportamentos de risco ($\alpha = .692$) apresentam uma consistência interna questionável; e a dimensão dos comportamentos alimentares perturbados demonstrou uma consistência interna inaceitável ($\alpha = .453$). Estes dados poderão ser melhor analisados no anexo D.

Questionário de Pensamentos Auto-Lesivos Não-Suicidas

Para caracterizar os PALNS, as estratégias utilizadas para lidar com os mesmos e os sentimentos despoletados, foi construído um questionário especificamente para o presente estudo. Este foi desenvolvido a partir de extensa revisão da literatura focada principalmente nos PALNS, nas suas características e no processo de resistência dos mesmos. A construção do presente questionário contou, ainda, com discussões com investigadores na área e psicólogos clínicos com prática de intervenção clínica no tema.

Este instrumento começa com uma breve descrição do que são PALNS, para melhor compreensão dos participantes. Após esta descrição, é colocada uma pergunta relativa à frequência destes pensamentos (“com que frequência costuma pensar em magoar-se intencionalmente?”), com resposta numa escala de *Likert* de “Nunca” a “Várias vezes por dia”. Os participantes que não reportem PALNS cessam aqui o seu preenchimento do questionário.

A questão seguinte procura explorar a temporalidade entre o pensamento e o comportamento auto-lesivo não suicida. Para tal, esta pergunta foi adaptada da segunda parte do ICAL (Duarte et al., 2019a) (“Normalmente, quanto tempo passa desde o momento em que pensa em fazer estes comportamentos até ao momento em que os faz realmente?”) e avaliada numa escala de *Likert* de sete pontos, variando desde “menos de 10 minutos” até “mais de um dia”.

Complementarmente, de forma a averiguar a duração dos PALNS, foi adaptada uma questão do estudo de Fitzpatrick e colaboradores (2020) (“Geralmente, durante quanto tempo tem estes pensamentos, independentemente de os realizar ou não?”). Esta foi avaliada numa escala de *Likert* de quatro pontos, variando entre “menos de 5 segundos” e “mais de 30 minutos”. Para medir a intensidade destes pensamentos, a seguinte questão foi elaborada com base na literatura recolhida (“Geralmente, quão intensos são estes pensamentos?”), e avaliada numa escala de *Likert* de cinco pontos, desde “nada” até “extremamente”.

Relativamente à resistência aos PALNS, esta é avaliada através de duas questões, a primeira relativa à intenção de resistir aos PALNS (“Gostaria de conseguir ignorar estes pensamentos?”) e a segunda sobre a frequência com que o sujeito consegue resistir a estes pensamentos (“Com que frequência tem estes pensamentos, mas não passa ao ato, ou seja, não os realiza?”). Ambas as questões foram avaliadas numa escala de

Likert de cinco pontos, sendo que a primeira varia entre “não” e “sempre” e a segunda entre “nunca” e “sempre”.

Seguidamente, com o intuito de compreender os comportamentos e estratégias utilizados pelos participantes para evitar recorrer à ALNS e conseguir resistir a estes pensamentos, foi incluída uma questão de resposta aberta (“Por favor descreva em algumas palavras o que o ajuda a resistir a estes pensamentos”). Por fim, a questão final deste questionário procurou identificar os sentimentos inerentes a esta questão central, ou seja, que sentimentos estavam ligados ao momento em que conseguiram resistir a praticar ALNS (“Quando consegue resistir a estes pensamentos como se sente?”).

Questionário Sociodemográfico

O questionário demográfico foi elaborado de forma a recolher informações relativas à idade, género, sexualidade, nacionalidade, zona de residência, meio em que reside, estado relacional, habilitações literárias e situação profissional (Anexo C).

Procedimentos

O protocolo da presente investigação foi construído digitalmente, através da plataforma *Qualtrics*. Após o desenvolvimento do protocolo, foi realizado um pré-teste com um grupo de 10 indivíduos, a fim de encontrar e discutir possíveis erros, incongruências ou itens confusos. Os resultados do pré-teste foram, então, discutidos com peritos no tema, psicólogos clínicos com experiência em intervenção em indivíduos com comportamentos auto-lesivos não suicida e investigadores na área. Após esta discussão, foram corrigidos erros prévios e feitas as devidas reformulações e

alterações no protocolo com o objetivo de o tornar mais claro e acessível aos participantes.

O protocolo foi compartilhado *online*, nas redes sociais (e.g. *Instagram*) e enviado a diferentes sujeitos e grupos através da plataforma *WhatsApp*. Ainda, foram criados posters e panfletos (Anexo E), distribuídos e anexados em diferentes locais (e.g. cafés, restaurantes, bares, transportes públicos), com o objetivo de alcançar mais participantes. Estes foram ainda distribuídos em diferentes regiões do país, com o intuito de alcançar uma maior diversidade na amostra.

Todos os participantes forneceram o seu consentimento informado (Anexo F) antes da realização do questionário, onde se encontrava a origem da investigação, uma breve descrição do objetivo desta, a sua natureza voluntária e anónima, o tempo estimado de resposta e fornecido um contacto para os participantes utilizarem na possibilidade de surgir alguma dúvida ou questão sobre o mesmo. Por fim, após a conclusão do questionário, foi agradecida a participação na investigação e fornecidos contactos úteis de emergência, de diferentes linhas de apoio e dos investigadores, de forma a garantir o bem-estar emocional e psicológico do participante.

Procedimentos de Análise

O presente estudo segue uma metodologia mista, utilizando técnicas de análise quantitativas e qualitativas. Para análise das hipóteses delineadas, foi utilizado o programa *SPSS Statistics*- versão 30.

Devido à natureza das variáveis do estudo (ordinais), foram utilizados testes não paramétricos. Assim, para o estudo das hipóteses foram efetuadas correlações de *Spearman*. Para efeitos de análise estatística, foi necessário recodificar algumas variáveis, nomeadamente a frequência de comportamentos auto-lesivos não suicidas e

os métodos utilizados durante a ALNS, tanto de acordo com a diversidade como com a severidade.

A vertente qualitativa do presente estudo seguiu técnicas de análise de conteúdo. Deste modo, foi realizada uma pré-análise dos dados, codificação e categorização das respostas e interpretação das mesmas, de acordo com Bardin (1994). As respostas foram analisadas de forma exaustiva, com o intuito de delimitar os elementos mais relevantes para o presente estudo. Posteriormente, estas foram agrupadas em categorias e subcategorias consoante a semelhança do conteúdo encontrado. Para melhor codificar os conteúdos encontrados nas categorias e nas suas subcategorias, foram utilizadas unidades de registo (UR), ou seja, o número de vezes que determinado segmento de conteúdo foi apresentado, e unidades de enumeração (UE), isto é, o número de participantes cujas respostas se enquadraram na presente componente (Bardin, 1994).

Resultados

Caracterização dos Pensamentos Auto-Lesivos Não Suicidas

Fazendo uma breve análise descritiva dos PALNS (Tabela 1), a maioria dos participantes (61.9%) referiu ter estes pensamentos diariamente, mais comumente entre um a 30 minutos (38.9%), com uma intensidade variando entre ligeiramente intenso (24.6%), moderadamente intenso (28.6%), ou muito intenso (27%). Focando o tempo entre o surgimento de PALNS e a prática de ALNS, os resultados revelaram que 32.5% dos participantes apresenta um intervalo temporal de menos de 10 minutos e 34.1% um intervalo temporal superior a um dia.

Tabela 1

Análise descritiva da frequência, tempo entre pensamento e ação, duração e intensidade dos pensamentos auto-lesivos não suicidas

Variável	Item de Resposta	N	%
Frequência dos PALNS	Algumas vezes por ano	31	24.6
	Algumas vezes por mês	15	11.9
	Algumas vezes por semana	2	1.6
	Uma vez por dia	71	56.3
	Várias vezes por dia. Quantas?	7	5.6
Duração dos PALNS	Menos de cinco segundos	10	7.9
	Cinco segundos a um minuto	42	33.3
	Um a 30 minutos	49	38.9
	Mais de 30 minutos	25	19.8
Intensidade dos PALNS	Nada intensos	9	7.1
	Ligeiramente intensos	31	24.6
	Moderadamente intensos	36	28.6
	Muito intensos	34	27.0
	Extremamente intensos	16	12.7
Tempo entre PALNS e prática de ALNS	Menos de 10 minutos	41	32.5
	10 minutos a uma hora	31	24.6
	Uma a três horas	4	3.2
	Três a seis horas	2	1.6
	Seis a 12 horas	2	1.6
	12 a 24 horas	3	2.4
	Mais de um dia	43	34.1

No que se refere à resistência aos PALNS (Tabela 2), apenas 2.4% dos participantes afirmou não apresentar a intenção de resistir sobre os PALNS. Os restantes participantes relatam intenção de resistir a atuar sobre os PALNS em diferentes graus. Relativamente à capacidade para resistir a estes pensamentos e não recorrer à ALNS, a

maioria dos participantes refere que tal ocorre frequentemente. Em ambas as questões, os resultados encontram-se mais concentrados em respostas que demonstram uma intenção elevada e uma capacidade elevada de conseguir resistir aos PALNS.

Tabela 2

Análise descritiva da intenção de resistir à atuação de PALNS e à capacidade de resistir à atuação de PALNS

Variável	Item de Resposta	N	%
Intenção de resistir a atuar sobre PALNS	Não	3	2.4
	Um pouco	17	13.5
	Algumas vezes	19	15.1
	Na maioria das vezes	23	18.3
	Sempre	64	50.8
Capacidade de resistir a atuar sobre PALNS	Nunca	3	2.4
	Raramente	12	9.5
	Ocasionalmente	19	15.1
	Frequentemente	55	43.7
	Sempre	37	29.4

Hipóteses do Estudo

Os resultados obtidos (Tabela 3) demonstram correlações significativas entre a frequência da ALNS e a frequência e intensidade dos PALNS, confirmando que PALNS mais frequentes (H1) e mais intensos (H2) estão correlacionados com uma maior frequência de ALNS.

Focando a diversidade dos métodos de ALNS, foram encontradas apenas duas correlações significativas. Indivíduos com maior frequência de PALNS reportaram utilizar uma maior variedade de métodos (H3), à semelhança de indivíduos cujos

PALNS eram mais intensos (H4), confirmando-se ambas as hipóteses. No entanto, não foi encontrada uma correlação significativa entre sujeitos com PALNS mais duradouros e a diversidade de métodos utilizados (H5), não sendo possível, então, confirmar a presente hipótese.

Relativamente à severidade dos métodos utilizados, verificou-se apenas que os participantes com maior frequência de PALNS recorreram a métodos de ALNS mais severos (H6), confirmando esta hipótese. No entanto, não foi confirmado que indivíduos cujos PALNS são mais intensos (H7) ou mais duradouros (H8) recorram a métodos de ALNS mais severos.

Por fim, embora todas as correlações entre os PALNS e a capacidade de resistir a estes tenham sido negativas, apenas uma revelou significância estatística. Deste modo, foi confirmado que os PALNS mais intensos estão associados a uma maior dificuldade em resistir a estes pensamentos, ou seja, indivíduos cujos PALNS sejam menos intensos, apresentam uma maior capacidade de resistir à realização de comportamentos de ALNS (H9). Por sua vez, não foi possível confirmar que sujeitos com PALNS menos frequentes (H10) e menos duradouros (H11) apresentem uma maior capacidade para resistir à realização de comportamentos de ALNS.

Foram igualmente encontradas outras correlações não contempladas nas hipóteses estipuladas que, no entanto, poderão contribuir para a compreensão deste fenómeno. Destaca-se que a frequência, a intensidade e a duração dos PALNS se correlacionam positivamente entre si, bem como a intensidade e a intenção de resistir aos PALNS. O tempo entre PALNS e ALNS e a capacidade de resistir aos PALNS também apresentaram uma correlação significativa e, por fim, foram encontradas correlações positivas e significativas entre a frequência da ALNS, diversidade e severidade de métodos de ALNS.

Tabela 3*Matriz correlacional entre as variáveis*

	Frequência	Tempo	Duração	Intensidade	Intenção	Resistência	Diversidade	Freq. Comp.
Frequência								
Tempo	-,051							
Duração	,176*	,099						
Intensidade	,282**	-,167	,369**					
Intenção	,057	,036	,140	,222*				
Resistência	-,131	,475**	-,038	-,230**	-,032			
Diversidade	,314**	,074	,173	,196*	-,091	,051		
Freq. Comp.	,371**	,074	,221*	,295**	-,044	,003	,905**	
Severidade	,206*	,143	,170	,145	-,063	,092	,655**	,657**

Nota. Encontram-se destacados os valores das correlações consideradas significativas. Frequência=Frequência de PALNS; Tempo=Tempo entre o pensamento e o comportamento auto-lesivo não suicida; Duração=Duração do PALNS; Intensidade=Intensidade do PALNS; Intenção=Intenção de conseguir resistir ao PALNS; Resistência=Capacidade de resistir ao PALNS; Diversidade=Diversidade de métodos utilizada na ALNS; Freq. Comp.=Frequência de comportamentos ALNS; Severidade=Severidade de métodos utilizados na ALNS

*a correlação é significativa no nível 0.05 (bilateral)

**a correlação é significativa no nível 0.01 (bilateral)

Estratégias para Resistir aos PALNS

Dos 126 participantes, 115 apresentaram respostas válidas na questão aberta relativa às estratégias utilizadas para resistir à atuação sobre os PALNS. Da análise de conteúdo (Tabela 4; Anexo G) emergiram 188 URs que se organizaram em sete categorias.

Em termos globais, as estratégias mencionadas basearam-se em *estratégias de evitamento* (A.3), em diversos *fatores interpessoais* (A.4), como as *relações familiares* (A.4.6), e na utilização de *estratégias cognitivas* (A.1), como as mais frequentemente referenciadas. Destacam-se as URs relativas às subcategorias *evitamento com atividades e tarefas* (A.3.2), *desvalorização do pensamento* (A.1.1) e *mecanismos de autorregulação* (A.2.1).

Tabela 4

Categorias, subcategorias, UR e UE referentes às estratégias de resistência aos PALNS

Categoria	Subcategorias	UR	UE
A.1. Estratégias cognitivas	A.1.1. Desvalorização dos PALNS Ex: “Lembrar-me de como só piora a minha saúde mental...” (P1)	20	20
	A.1.2. Foco no Positivo Ex: “Pensar em coisas positivas” (P6)	4	4
	A.1.3. Racionalização Ex: “A lógica sobrepõe-se ao sentimento.” (P83)	6	6
		Total de UR na categoria A.1 = 30	
A.2. Estratégias de Auto- regulação	A.2.1. Mecanismos de Auto-regulação Ex: “Respirar fundo, tentar acalmar-me” (P27)	11	11
	A.2.2. Prática de Exercício Físico Ex: “Correr” (P95)	6	6
	A.2.3. Referências Gerais ao Auto-Cuidado Ex: “Tenho que cuidar de mim” (P1)	5	5
		Total de UR na categoria A.2 = 22	
	A.3.1. Dormir / Fuga Emocional Ex: “Dormir” (P14)	7	7

A.3. Estratégias de Evitamento	A.3.2. Evitamento Através de Atividades e Tarefas Ex: “Focar-me noutras tarefas, como no trabalho” (P70)	31	29
	A.3.3. Evitamento Através de Conteúdo Digital Ex: “Distrações (séries ou filmes),” (P92)	9	9
	A.3.4. Evitamento Através de Música Ex: “Ouvir música” (P47)	8	8
Total de UR na categoria A.3 = 55			
A.4. Fatores Interpessoais	A.4.1. Contacto Interpessoal Ex: “Conversar com pessoas próximas” (P22)	8	8
	A.4.2. Preocupação Com a Imagem Social Ex: “Não querer que as pessoas reparem que estou mal” (P32)	3	3
	A.4.3. Relações Interpessoais Gerais Ex: “As pessoas que gosto ficariam tristes” (P7)	3	3
	A.4.4. Responsabilidade Interpessoal Ex: “Ter responsabilidades para com terceiros” (P106)	4	4
	A.4.5. Relações de Amizade Ex: “Pensar nos meus amigos” (P32)	8	8
	A.4.6. Relações Familiares Ex: “Pensar na minha família” (P19)	15	15
	A.4.7. Relações Românticas Ex: “Namorada” (P45)	2	2

Total de UR na categoria A.4 = 43

A.5. Pensamentos e Emoções Negativas Inibidoras	A.5.1. Antecipação de Arrependimentos Futuros	5	5
	Ex: “Pensar nas consequências físicas” (P32)		
	A.5.2. Auto-Depreciação	2	2
	Ex: “Achar-me parvo.” (P52)		
	A.5.3. Medo	2	2
Ex: “Medo” (P35)			
	A.5.4. Vergonha	2	2
	Ex: “Vergonha” (P87)		
	A.5.5. Outros Sentimentos Negativos Inibidores	3	3
	Ex: “O sentimento de vazio que precede o ato” (P103)		

Total de UR na categoria A.5 = 14

A.6. Pensamentos e Emoções Positivas inibidoras	A.6.1. Compromisso Pessoal	3	3
	Ex: “Penso que não me posso trair assim outra vez” (P1)		
	A.6.2. Motivação para Superar	4	4
	Ex: “Pensar no que posso ser se ultrapassar isto tudo” (P23)		
	A.6.3. Objetivos Pessoais	3	3
	Ex: “Pensar (...) naquilo que quero fazer” (P25)		
	A.6.4. Otimismo Sobre o Futuro	4	4
	Ex: “Melhores dias virão e tudo irá ficar bem” (P33)		

Total de UR na categoria A.6 = 14

A.7. Outras estratégias	A.7.1. Outras Estratégias Ex: “Magoar-me de forma mais ‘safe’.” (P114)	10	10
		Total de UR na categoria A.7 = 10	

Sentimentos Associados à Resistência aos PALNS

Dos 126 participantes, 120 apresentaram respostas válidas na questão aberta relativa aos sentimentos emergentes associados à resistência à atuação sobre os PALNS. Da análise de conteúdo (Tabela 5; Anexo H) emergiram 164 UR que se organizaram em quatro categorias.

Os conteúdos que emergiram foram organizados em *sentimentos positivos* e *negativos*, *ambivalentes* ou *ausência de mudança*. Em termos globais, foram mais frequentemente referenciados *sentimentos positivos* (B.4) e *sentimentos negativos* (B.3). Ademais, destacam-se as subcategorias *bem-estar* (B.4.2), *alívio* (B.4.1), *permanência de mal-estar* (B.3.6) e *normalidade* (B.2.3) com um maior número de URs.

Tabela 5

Categorias, subcategorias, UR e UE relativas aos sentimentos associadas à resistência aos PALNS

Categoria	Subcategorias	UR	UE
B.1. Ambivalência	B.1.1. Ambivalência Ex: “É um mix de sentimentos porque o meu eu interior está contente e nem o eu externo por não acontecido o que queria” (P23)	3	3
	Total de UR na categoria B.1 = 3		
B.2. Ausência de Mudança	B.2.1. Ausência de Sentimento Ex: “Uma vez que entrou em modo automático e de pura lógica. Nada” (P83)	3	3
	B.2.2. Indiferença Ex: “Indiferente” (P8)	5	5
	B.2.3. Normalidade Ex: “Normal, nenhuma diferença notável” (P21)	12	12
Total de UR na categoria B.2 = 20			
B.3. Sentimentos Negativos	B.3.1. Ansiedade Ex: “... ansioso...” (P47)	3	3
	B.3.2. Cansaço Ex: “Cansada (...)” (P1)	7	7
	B.3.3. Culpa	4	4

	Ex: "... mas culpada por os ter tido" (P12)		
	B.3.4. Frustração	3	3
	Ex: "Frustrada (...)" (P2)		
	B.3.5. Medo	6	6
	Ex: "Tenho medo de um dia ceder ..." (P57)		
	B.3.6. Permanência de Mal-Estar	12	12
	Ex: "Mal à mesma" (P101)		
	B.3.7. Tristeza	8	8
	Ex: "Triste (...)" (P4)		
	B.3.8. Outros Sentimentos Negativos	12	10
	Ex: "... sem coragem" (P26)		
Total de UR na categoria B.3 = 55			
B.4. Sentimentos Positivos	B.4.1. Alívio	16	16
	Ex: "Aliviado por não ter feito nada que me pudesse arrepender" (P29)		
	B.4.2. Bem-Estar	28	28
	Ex: "Bem por ter resistido ..." (P58)		
	B.4.3. Calma	11	11
	Ex: "Normalmente sinto-me mais calma..." (P3)		
	B.4.4. Conquista	7	7
	Ex: "Que consegui superar, parar o vício, arranjar outros mecanismos" (P55)		
	B.4.5. Força	6	6

Ex: “Sinto-me forte” (P119)		
B.4.6. Orgulho	9	9
Ex: “Orgulhoso pelo meu progresso ...” (P95)		
B.4.7. Outros Sentimentos Positivos	9	9
Ex: “Em controlo” (P111)		
Total de UR na categoria B.4 = 86		

Discussão

O presente estudo procurou caracterizar e compreender os PALNS, focando diferentes dimensões destes pensamentos e a sua associação com a prática de ALNS. Para cumprir os diversos objetivos investigacionais, foi adotada uma metodologia mista, englobando uma componente quantitativa, focada na caracterização dos PALNS e na sua associação com a prática de ALNS e na resistência aos PALNS, bem como uma componente qualitativa centrada na exploração de estratégias de resistência aos PALNS e sentimentos emergentes.

Os resultados evidenciam que os PALNS são fenómenos comuns em sujeitos que experienciam ALNS, breves e marcados por intensidade emocional significativa, corroborando a literatura que os identifica como experiências centrais na ALNS (Fitzpatrick et al., 2020; Janis & Nock, 2009; Nock et al., 2009; Turner et al., 2019). Relativamente ao intervalo de tempo entre os PALNS e a ALNS, um elevado número de participantes apresentou um padrão impulsivo de resposta aos PALNS, e uma percentagem semelhante demonstrou uma latência superior, destacando a subjetividade da experiência dos PALNS (Janis & Nock, 2009).

De modo geral, as características da ALNS (frequência, diversidade e severidade) demonstraram associação com as características dos PALNS (frequência, intensidade e duração), o que fortifica a crença prévia que aponta os PALNS como preditores importantes da ALNS (Fitzpatrick et al., 2020; McEvoy et al., 2017). Relativamente à frequência dos comportamentos de ALNS, a associação desta com PALNS mais frequentes, duradouros e intensos, complementa a literatura existente, que identifica a intensidade dos PALNS como preditor da frequência da ALNS (Turner et al., 2019; Fitzpatrick et al., 2020; Washburn et al., 2010). Ainda, estes dados apresentam uma semelhança com estudos focados no suicídio, que apontam a maior frequência e

intensidade de ideação suicida como preditores de tentativas de suicídio (Horwitz et al., 2015; Miranda et al., 2014; Simon et al., 2017). Esta semelhança é importante de considerar, visto que, apesar da ALNS e as tentativas de suicídio serem fenômenos distintos (Hamza et al., 2012; Muehlenkamp & Kerr, 2010), estes partilham algumas características e estão vastamente associados, por vezes ocorrendo simultaneamente (D'Agostino et al., 2018; Hamza et al., 2012; Robinson et al., 2021; Victor et al., 2015).

Paralelamente, PALNS mais frequentes e intensos demonstraram estar associados a uma maior diversidade de métodos de ALNS. Uma vez que sabemos que é comum estes indivíduos utilizarem métodos distintos em diferentes episódios de ALNS (Whitlock et al., 2008; Witt et al., 2019), existe a possibilidade de que esta diversidade de métodos possa ser influenciada pela proximidade a certos objetos, especialmente em situações em que a impulsividade se encontra presente (Anestis et al., 2015). Assim, é plausível que a frequência e a intensidade dos PALNS contribuam para uma maior diversidade de métodos, uma vez que pensamentos que ocorrem com maior regularidade e intensidade poderão ser considerados em diferentes situações e contextos, facilitando uma maior diversidade de métodos que se encontram próximos e acessíveis ao sujeito.

Por outro lado, a duração dos PALNS não demonstrou uma associação semelhante, contrariamente aos resultados obtidos por Maxfield e Pepper (2018). Existe, então, a possibilidade que esta não atue propriamente como um precipitante, mas como um mediador, conjuntamente com as restantes características dos PALNS, influenciando, por exemplo, quão longo ou severo é o episódio de ALNS (Fitzpatrick et al., 2020).

Complementarmente, os resultados demonstraram que a utilização de métodos de ALNS mais severos está associada a uma maior frequência dos PALNS. Enquanto

diversos PALNS focam-se no alívio originado pela dor física provocada pela ALNS (McEvoy et al., 2017), a habituação à dor experienciada, e consequente uso de métodos mais severos que o satisfaçam (Ammerman et al., 2018), poderá fomentar esta associação. Adicionalmente, pensamentos negativos, como a autocrítica, aumentam a severidade dos métodos utilizados (Glenn et al., 2014; Sorgi-Wilson et al., 2022), sendo este um pensamento que, diversas vezes, origina PALNS (Nock et al., 2009).

Relativamente ao processo de resistência aos PALNS, verificou-se uma discrepância entre a intenção e a capacidade de resistir a estes pensamentos. Tal demonstra que, apesar destes indivíduos procurarem estratégias que os ajudem a resistir à ALNS, muitas vezes estas não são suficientes para evitar a prática de ALNS (Wester et al., 2018), destacando a complexidade deste processo (Fitzpatrick et al., 2020; Klonsky & Glenn, 2008; McEvoy et al., 2017; Nock et al., 2009). Neste seguimento, a capacidade de resistir aos PALNS poderá ser influenciada por diferentes fatores, como a intensidade dos pensamentos (Fitzpatrick et al., 2020; Nock et al., 2009), que neste estudo demonstrou uma associação com a intenção e a capacidade de resistir aos PALNS.

Esta investigação demonstra que a intensidade dos PALNS pode atuar de forma paradoxal, visto que se apresenta simultaneamente como um fator de risco e uma motivação para a resistência aos PALNS, possivelmente ao implicar uma carga emocional mais elevada, mas também uma maior compreensão do problema. Adicionalmente, a associação entre a capacidade de resistência e o intervalo temporal entre o pensamento e os comportamentos sugere que o tempo poderá funcionar como um fator de proteção, sendo que este poderá permitir a utilização de estratégias de resistência, como a auto-regulação ou distração (Klonsky & Glenn, 2008).

Neste âmbito, e focando a componente qualitativa centrada nas estratégias para resistir aos PALNS, a maioria dos participantes enumerou mais do que uma estratégia nas suas respostas, corroborando dados anteriores (Klonsky & Glenn, 2008). Os conteúdos que emergiram vão ao encontro das estratégias mencionadas pela literatura relacionada com os processos de resistência e cessação de comportamentos auto-lesivos, incluindo ALNS e tentativas de suicídio (Bazrafshan et al., 2022; Gelinas & Wright, 2013; Klonsky & Glenn, 2008; Stanley et al., 2021; Tucker et al., 2017).

A ampla utilização de estratégias de evitamento destaca-se nos resultados, sugerindo que o evitamento, diversas vezes alcançado através da distração, constitui uma ferramenta central e facilmente acessível para estes indivíduos, permitindo um distanciamento imediato dos PALNS. Contudo, embora a distração demonstre ser eficaz a curto-prazo (Stanley et al., 2021), pode igualmente constituir um risco, uma vez que pode atuar de forma inadaptada quando é utilizada para evitar a emoção experienciada no momento (Wolgast & Lundh, 2017), como ocorre com as estratégias de evitamento dos PALNS (Turner et al., 2019) encontradas nos resultados.

Uma estratégia vastamente sustentada pela literatura são as relações interpessoais, bastante referenciadas nestes resultados, onde o sujeito recorre ao apoio social dos seus pares ou familiares (Bazrafshan et al., 2022; Gelinas & Wright, 2013; Klonsky & Glenn, 2008; Stanley et al., 2021; Tucker et al., 2017). Neste contexto, o suporte social é visto como um fator de proteção relevante na ALNS (Fortune et al., 2008; McEvoy et al., 2017), sendo frequentemente utilizado e percecionado como eficaz na resistência a estes comportamentos (Klonsky & Glenn, 2008), e também no âmbito da procura de apoio profissional para a ALNS (Hasking et al., 2015). As estratégias cognitivas, também largamente relatadas pelos participantes, incidem na manutenção de uma visão positiva por parte do indivíduo, que lhe permite repensar as consequências da

ALNS (Gelinas & Wright, 2013) e olhar para estes comportamentos como desnecessários. Esta percepção constitui também um motivo para a cessação da ALNS (Gelinas & Wright, 2013).

Sabe-se que ALNS é frequentemente utilizada com o intuito de cessar ou diminuir sentimentos negativos experienciados pelo sujeito, adotando uma função psicológica de auto-regulação do afeto (Klonsky & Muehlenkamp, 2007), sendo, diversas vezes, seguida de sentimentos de carácter positivo, como o alívio (Gonçalves et al., 2012; Klonsky & Muehlenkamp, 2007). No entanto, o alívio e outros sentimentos positivos foram semelhantemente reportados após episódios de resistência aos PALNS. Ademais, foram encontradas diversas respostas que remetem para sentimentos de autoeficácia, sendo estes um fator importante na resistência à atuação sobre PALNS (Kiekens et al., 2020). A presença destes sentimentos poderá, então, funcionar como um fator de proteção importante na resistência aos PALNS.

Por outro lado, a presença de sentimentos negativos associados à resistência aos PALNS poderá dever-se ao facto de que o indivíduo não experienciou a descarga emocional que procurava. Complementarmente, a permanência de um estado emocional negativo poderá funcionar como um fator de risco, visto o sujeito continuar a experienciar sentimentos negativos, que funcionam como precipitantes para a ALNS (Gonçalves et al., 2012; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Nock et al. 2009).

Em suma, o presente estudo reforça que os processos de resistência aos PALNS não são lineares, mas sim multifacetados, emocionalmente complexos, e ligados às vivências individuais da ALNS. Esta noção é destacada pelas respostas que remetem para a presença de sentimentos negativos imediatamente após a não atuação dos PALNS, porém positivos após algum tempo (“Mal a curto prazo, bem a longo” – P78).

Implicações para a prática clínica

O presente estudo apresenta diversos resultados relevantes no contexto da prática da psicologia clínica, nomeadamente através da caracterização dos PALNS e da exploração da sua associação com a ALNS. Identificar precocemente estes pensamentos e as suas características, bem como uma compreensão de como estas influenciam a ALNS pode originar oportunidades de intervenção, e contribuir para a não concretização destes comportamentos. Assim, esta perspetiva permite deslocar o foco exclusivo do comportamento para o seu antecedente cognitivo, favorecendo uma compreensão mais abrangente do ciclo da ALNS.

Em adição, o presente estudo apresenta um contributo relevante ao explorar a resistência aos PALNS. Uma compreensão mais aprofundada, não apenas da complexidade deste processo e como os PALNS a influenciam, mas também das estratégias utilizadas para facilitar a resistência a estes pensamentos poderá oferecer orientações práticas aos profissionais que complementem o processo terapêutico. Por sua vez, a análise dos sentimentos associados a momentos de resistência acrescenta informação relativamente ao estado emocional que o indivíduo se encontra neste momento, permitindo uma melhor compreensão do impacto dos PALNS e da sua resistência. Esta informação é clinicamente útil para que o psicólogo promova estratégias de resistência e valide o sofrimento inerente a esse processo.

Em suma, os resultados obtidos destacam a importância de uma avaliação sistemática dos PALNS em contexto clínico, não os reduzindo a meros componentes da ALNS, mas reconhecendo-os como alvos de intervenção. Um conhecimento mais detalhado sobre as características dos pensamentos, a sua relação com a ALNS e o processo de resistência apresenta uma base para intervenções mais precoces, eficazes e adaptadas ao indivíduo em questão. Deste modo, o psicólogo estará mais preparado para

compreender o ciclo da ALNS, compreendendo a importância dos PALNS, e fortalecendo uma intervenção terapêutica bem-sucedida.

Limitações e estudos futuros

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Primeiramente, a recolha da amostra foi por conveniência, não sendo representativa da população geral. Por sua vez, a metodologia mista, recolhida através de questionários, também introduziu restrições para este estudo. As respostas de auto-relato, frequentemente breves ou superficiais, limitaram a profundidade da informação recolhida. Ademais, a operacionalização da variável “severidade dos métodos de ALNS” baseou-se exclusivamente na definição do instrumento ICAL, não incorporando itens mais recentes, o que poderá ter limitado a abrangência da análise. Outra limitação encontrada é a ausência de dados relativamente à continuidade da ALNS, o que poderá ter comprometido a precisão de respostas, que poderão ser memórias mais distantes.

Com base nestas limitações, emergem diversas direções para estudos futuros. Dada a elevada prevalência da ALNS em populações jovens, seria pertinente replicar este estudo em adolescentes, de modo a compreender melhor o papel dos PALNS e dos momentos de resistência numa fase mais crítica, favorecendo intervenções mais precoces. Semelhantemente, seria importante reproduzir este estudo em populações clínicas, com a finalidade de explorar potenciais diferenças nas características dos PALNS, na sua associação à ALNS e no processo de resistência, quando comparados a populações não clínicas.

Do ponto de vista metodológico, estudos futuros beneficiariam de uma abordagem qualitativa mais aprofundada, através de entrevistas semiestruturadas. Estas

permitiriam a exploração em detalhe do conteúdo dos PALNS, os gatilhos emocionais, estratégias de resistência e os significados subjetivos atribuídos a estas experiências, por exemplo. Por fim, sugere-se a realização de estudos que investiguem os PALNS ao longo do processo terapêutico, de modo a compreender como estes pensamentos evoluem durante o tratamento e como a sua monitorização poderá orientar intervenções mais adaptadas ao indivíduo. Tal poderá permitir desenvolver estratégias clínicas mais flexíveis e individualizadas, melhorando a eficácia da intervenção.

Referências

- Abdou, E. A., Haggag, W., Anwar, K. A., Sayed, H., & Ibrahim, O. (2024). Methods and functions of non-suicidal self-injury in an adolescent and young adult clinical sample. *Middle East Current Psychiatry*, *31*(1), 10.
- Anestis, M. D., Khazem, L. R., & Law, K. C. (2015). How many times and how many ways: the impact of number of nonsuicidal self-injury methods on the relationship between nonsuicidal self-injury frequency and suicidal behavior. *Suicide & life-threatening behavior*, *45*(2), 164–177.
<https://doi.org/10.1111/sltb.12120>
- Ammerman, B. A., Jacobucci, R., Kleiman, E. M., Uyeji, L. L., & McCloskey, M. S. (2018). The relationship between nonsuicidal self-injury age of onset and severity of self-harm. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *48*(1), 31–37.
<https://doi.org/10.1111/sltb.12330>
- Bardin, L. (1994). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70. (Traduzido do original em francês L'Analyse de contenu. Presses Universitaires de France, 1977.)
- Bazrafshan, M. R., Mansouri, A., Faramarzian, Z., Soufi, O., Delam, H., Masmouei, B., & Kavi, E. (2022). Qualitative Content Analysis of Coping Strategies among Adolescents with Suicidal Thoughts. *International Journal of School Health*, *9*(1), 63-72.
- Bentley, K. H., Nock, M. K., & Barlow, D. H. (2014). The four-function model of nonsuicidal self-injury: Key directions for future research. *Clinical Psychological Science*, *2*(5), 638–656. <https://doi.org/10.1177/2167702613514563>
- Cipriano, A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal self-injury: A systematic review. *Frontiers in psychology*, *8*, 1946.

- D'Agostino, A., Pepi, R., Aportone, A., & Monti, M. R. (2018). Self-injurious thoughts and behaviors questionnaire-nonsuicidal (SITBQ-NS): Development and validation of a revised version of the self-injurious thoughts and behaviors interview (SITBI) for the self-assessment of nonsuicidal self-injury. *Clinical Neuropsychiatry*, *15*(6), 344–352.
- Duarte, E., Gouveia-Pereira, M., & Gomes, H. S. (2019a). Development and Factorial Validation of the Inventory of Deliberate Self-Harm Behaviours for Portuguese Adolescents. *Psychiatric Quarterly*, *90*(4), 761–776.
<https://doi.org/10.1007/s11126-019-09660-1>
- Duarte, E., Gouveia-Pereira, M., Gomes, H. S., & Sampaio, D. (2019b). Social representations about the functions of deliberate self-harm: Adolescents and parents. *Journal of adolescence*, *73*, 113–121.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.05.001>
- Fitzpatrick, S., Kranzler, A., Fehling, K., Lindqvist, J., & Selby, E. A. (2020). Investigating the role of the intensity and duration of self-injury thoughts in self-injury with ecological momentary assessment. *Psychiatry research*, *284*, 112761.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112761>
- Fortune, S., Sinclair, J., & Hawton, K. (2008). Adolescents' views on preventing self-harm. A large community study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *43*(2), 96–104. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0273-1>
- 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>

- Gelinas, B., & Wright, K. (2013). The Cessation of Deliberate Self-Harm in a University Sample: The Reasons, Barriers, and Strategies Involved. *Archives of Suicide Research, 17*(4), 373–386.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2013.777003>
- Gholamrezaei, M., De Stefano, J., & Heath, N. L. (2017). Nonsuicidal self-injury across cultures and ethnic and racial minorities: A review. *International journal of psychology, 52*(4), 316-326.
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2011). Prospective prediction of nonsuicidal self-injury: a 1-year longitudinal study in young adults. *Behavior therapy, 42*(4), 751–762. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.04.005>
- Glenn, J. J., Michel, B. D., Franklin, J. C., Hooley, J. M., & Nock, M. K. (2014). Pain analgesia among adolescent self-injurers. *Psychiatry research, 220*(3), 921–926.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.08.016>
- Gonçalves, S. F., Martins, C., Rosendo, A. P., Machado, B. C., & Silva, E. (2012). Self-injurious behavior in Portuguese adolescents. *Psicothema, 24*(4), 536–541.
- 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>
- Gray, N., Uren, H., Staniland, L., & Boyes, M. (2023). Why Am I Doing This? Ambivalence in the Context of Non-Suicidal Self-Injury. *Deviant Behavior, 44*(11), 1682–1700. <https://doi.org/10.1080/01639625.2023.2228451>
- Guerreiro, D. F., Sampaio, D., Figueira, M. L., & Madge, N. (2016). Self-Harm in Adolescents: A Self-Report Survey in Schools from Lisbon, Portugal. *Archives*

of Suicide Research, 21(1), 83–99.

<https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1004480>

Hamza, C. A., Stewart, S. L., & Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model. *Clinical psychology review*, 32(6), 482–495.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.003>

Hasking, P., Rees, C. S., Martin, G., & Quigley, J. (2015). What happens when you tell someone you self-injure? The effects of disclosing NSSI to adults and peers. *BMC Public Health*, 15, 1039–1048.

Horwitz, A. G., Czyz, E. K., & King, C. A. (2015). Predicting Future Suicide Attempts Among Adolescent and Emerging Adult Psychiatric Emergency Patients. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 44(5), 751–761.

<https://doi.org/10.1080/15374416.2014.910789>

Janis, I. B., & Nock, M. K. (2009). Are self-injurers impulsive?: Results from two behavioral laboratory studies. *Psychiatry research*, 169(3), 261–267.

Kiekens, G., Hasking, P., Nock, M. K., Boyes, M., Kirtley, O., Bruffaerts, R., Myin-Germeys, I., & Claes, L. (2020). Fluctuations in Affective States and Self-Efficacy to Resist Non-Suicidal Self-Injury as Real-Time Predictors of Non-Suicidal Self-Injurious Thoughts and Behaviors. *Frontiers in psychiatry*, 11, 214.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00214>

Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2008). Resisting urges to self-injure. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 36(2), 211–220.

- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology, 63*(11), 1045–1056.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20412>
- Matos, M. G., Simões, C., Camacho, I., & Reis, M. (2015). *A saúde dos adolescentes portugueses em tempos de recessão: HBSC 2014* [The health of Portuguese adolescents in times of recession]. Lisboa, Portugal: CMDT/DGS/FMH/Universidade de Lisboa.
https://aventurasocial.com/arquivo/1437158618_RELATORIO%20HBSC%202014e.pdf
- Maxfield, B. L., & Pepper, C. M. (2018). Impulsivity and Response Latency in Non-Suicidal Self-Injury: The Role of Negative Urgency in Emotion Regulation. *The Psychiatric quarterly, 89*(2), 417–426. <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9544-5>
- McEvoy, P. M., Hayes, S., Hasking, P. A., & Rees, C. S. (2017). Thoughts, images, and appraisals associated with acting and not acting on the urge to self-injure. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 57*, 163–171.
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.05.010>
- Miranda, R., Ortin, A., Scott, M., & Shaffer, D. (2014). Characteristics of suicidal ideation that predict the transition to future suicide attempts in adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 55*(11), 1288–1296. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12245>
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2004). An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide & life-threatening behavior, 34*(1), 12–23.
<https://doi.org/10.1521/suli.34.1.12.27769>

- Muehlenkamp, J.J., Kerr, P.L. (2010). Untangling a complex web: how non-suicidal self-injury and suicide attempts differ. *Prevent. Res.* 17 (1), 8–11.
- Mummé, T. A., Mildred, H., & Knight, T. (2017). How Do People Stop Non-Suicidal Self-Injury? A Systematic Review. *Archives of Suicide Research*, 21(3), 470–489. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1222319>
- Najmi, S., Wegner, D. M., & Nock, M. K. (2007). Thought suppression and self-injurious thoughts and behaviors. *Behaviour research and therapy*, 45(8), 1957–1965. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.09.014>
- 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. (2010). Self-injury. *Annual review of clinical psychology*, 6, 339–363. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
- Nock, M. K., & Favazza, A. R. (2009). Nonsuicidal self-injury: Definition and classification. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp. 9–18). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11875-001>
- 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>
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of abnormal psychology*, 114(1), 140–146. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.1.140>
- Nock, M. K., Prinstein, M. J., & Sterba, S. K. (2009). Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study

- among adolescents and young adults. *Journal of abnormal psychology*, 118(4), 816–827. <https://doi.org/10.1037/a0016948>
- O'Connor, R. C., Wetherall, K., Cleare, S., Eschle, S., Drummond, J., Ferguson, E., O'Connor, D. B., & O'Carroll, R. E. (2018). Suicide attempts and non-suicidal self-harm: national prevalence study of young adults. *BJPsych open*, 4(3), 142–148. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.14>
- Pettit, J. W., Temple, S. R., Norton, P. J., Yaroslavsky, I., Grover, K. E., Morgan, S. T., & Schatte, D. J. (2009). Thought suppression and suicidal ideation: preliminary evidence in support of a robust association. *Depression and anxiety*, 26(8), 758–763.
- Richard-Devantoy, S., Ding, Y., Lepage, M., Turecki, G., & Jollant, F. (2016). Cognitive inhibition in depression and suicidal behavior: a neuroimaging study. *Psychological medicine*, 46(5), 933–944. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002421>
- Robinson, K., Garisch, J. A., & Wilson, M. S. (2021). Nonsuicidal self-injury thoughts and behavioural characteristics: Associations with suicidal thoughts and behaviours among community adolescents. *Journal of affective disorders*, 282, 1247–1254. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.201>
- Rodham, K., Hawton, K., & Evans, E. (2004). Reasons for deliberate self-harm: comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(1), 80–87. <https://doi.org/10.1097/00004583-200401000-00017>
- Simon, G. E., Shortreed, S. M., Johnson, E., Beck, A., Coleman, K. J., Rossom, R. C., Whiteside, U. S., Operskalski, B. H., & Penfold, R. B. (2017). Between-visit

- changes in suicidal ideation and risk of subsequent suicide attempt. *Depression and anxiety*, 34(9), 794–800. <https://doi.org/10.1002/da.22623>
- Sivertsen, B., Hysing, M., Knapstad, M., Harvey, A. G., Reneflot, A., Lønning, K. J., & O'Connor, R. C. (2019). Suicide attempts and non-suicidal self-harm among university students: prevalence study. *BJPsych open*, 5(2), e26.
- Sorgi-Wilson, K. M., Cheung, J. C., Ciesinski, N. K., & McCloskey, M. S. (2022). Cognition and Non-Suicidal Self-Injury: Exploring Relationships with Psychological Functions. *Archives of Suicide Research*, 27(3), 1002–1018. <https://doi.org/10.1080/13811118.2022.2106919>
- Stanley, B., Martínez-Alés, G., Gratch, I., Rizk, M., Galfalvy, H., Choo, T. H., & Mann, J. J. (2021). Coping strategies that reduce suicidal ideation: An ecological momentary assessment study. *Journal of psychiatric research*, 133, 32–37. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.12.012>
- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide & life-threatening behavior*, 44(3), 273–303. <https://doi.org/10.1111/sltb.12070>
- Tucker, R. P., Smith, C. E., Hollingsworth, D. W., Cole, A. B., & Wingate, L. R. (2017). Do thought control strategies applied to thoughts of suicide influence suicide ideation and suicide risk?. *Personality and Individual Differences*, 112, 37-41.
- Turner, B. J., Baglole, J. S., Chapman, A. L., & Gratz, K. L. (2019). Experiencing and resisting nonsuicidal self-injury thoughts and urges in everyday life. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(5), 1332–1346. <https://doi.org/10.1111/sltb.12510>
- Turner, B. J., Layden, B. K., Butler, S. M., & Chapman, A. L. (2013). How Often, or How Many Ways: Clarifying the Relationship Between Non-Suicidal Self-Injury

and Suicidality. *Archives of Suicide Research*, 17(4), 397–415.

<https://doi.org/10.1080/13811118.2013.802660>

Victor, S. E., & Klonsky, E. D. (2014). Correlates of suicide attempts among self-injurers: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 34(4), 282–297.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.03.005>

Victor, S. E., Styer, D., & Washburn, J. J. (2015). Characteristics of nonsuicidal self-injury associated with suicidal ideation: evidence from a clinical sample of youth. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 9, 20.

<https://doi.org/10.1186/s13034-015-0053-8>

Washburn, J. J., Juzwin, K. R., Styer, D. M., & Aldridge, D. (2010). Measuring the urge to self-injure: preliminary data from a clinical sample. *Psychiatry research*, 178(3), 540–544. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.05.018>

Wester, K., Trepal, H., & King, K. (2018). Nonsuicidal Self-Injury: Increased Prevalence in Engagement. *Suicide & life-threatening behavior*, 48(6), 690–698.

<https://doi.org/10.1111/sltb.12389>

Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117(6), 1939–1948.

<https://doi.org/10.1542/peds.2005-2543>

Whitlock, J., Muehlenkamp, J., & Eckenrode, J. (2008). Variation in nonsuicidal self-injury: identification and features of latent classes in a college population of emerging adults. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, American Psychological Association, Division 53, 37(4), 725–735.

<https://doi.org/10.1080/15374410802359734>

- Witt, K., Daly, C., Arensman, E., Pirkis, J., & Lubman, D. (2019). Patterns of self-harm methods over time and the association with methods used at repeat episodes of non-fatal self-harm and suicide: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 245, 250–264. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.001>
- Wolgast, M., & Lundh, L. G. (2017). Is Distraction an Adaptive or Maladaptive Strategy for Emotion Regulation? A Person-Oriented Approach. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 39(1), 117–127. <https://doi.org/10.1007/s10862-016-9570-x>

Anexos

Anexo A – Revisão de Literatura Extensa

Comportamentos e Pensamentos Auto-Lesivos Não-Suicidas

A Auto-Lesão Não Suicida (ALNS) caracteriza-se como o ato intencional e direto de causar lesão ao corpo do próprio sujeito, na ausência de intenção suicida (Klonsky & Glenn, 2008; Nock, 2009; Nock & Favazza, 2009). Adicionalmente, esta não deve ser realizada por motivos culturais (Klonsky & Glenn, 2008; Nock & Favazza, 2009), nem ser socialmente aceitável (Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Nock & Favazza, 2009). Estas características distinguem este conceito de comportamentos cuja lesão não é propositada e de comportamentos suicidas (Nock, 2009).

De modo geral, os comportamentos realizados com a intenção de provocar lesão podem ser conceptualizados como comportamentos auto-lesivos (Nock, 2010). No entanto, esta descrição simples origina um equívoco na literatura devido à frequência com que este termo é utilizado como um sinónimo de comportamentos suicidas ou vice-versa (Khan & Ungar, 2023). Consequentemente, é compreensível que uma caracterização simples e vaga destes conceitos origine um grande obstáculo à sua compreensão na literatura (Nock, 2010).

Os comportamentos auto-lesivos adotam diferentes nomes, variando entre diferentes partes do mundo. Assim, é comum encontrar estudos que se referem a estes comportamentos por auto-lesão deliberada, auto-mutilação, auto-envenenamento (Khan & Ungar, 2023) ou cortes (Nock, 2010). Desta forma, é complicado compreender que tipo específico de auto-lesão está a ser investigado em diversos estudos (Warm et al., 2003). Em adição, novamente, estas denominações são usualmente utilizadas independentemente da intenção dos sujeitos (Khan & Ungar, 2023). Deste modo, utilizar o termo Auto-Lesão Não Suicida poderá revelar-se mais exato.

Por sua vez, pensamentos auto-lesivos consistem na existência de pensamentos relativos a praticar comportamentos auto-lesivos, podendo ou não resultar na sua realização (Nock, 2010). Complementarmente aos pensamentos explícitos de auto-lesão, vários indivíduos que recorrem a estes comportamentos reportam um sentimento de necessidade ou desejo de os realizarem, sendo este complicado de resistir (Turner et al., 2019). Ainda, a literatura refere-se, diversas vezes, a pensamentos auto-lesivos, incluindo nestes, não apenas o pensamento sobre auto-lesão e o desejo de a realizar, como também, o planeamento desta ação e as imagens mentais de auto-lesão que o indivíduo poderá experienciar (Fitzpatrick et al., 2020).

Estes pensamentos ocorrem tipicamente quando o indivíduo se encontra sozinho e experiencia sentimentos ou pensamentos de carácter negativo, possivelmente em resposta a um evento stressante (Nock et al. 2009). Ainda, é mais frequente um indivíduo reportar a presença de pensamentos passageiros e ligeiros do que intensos e persistentes (Nock et al., 2009; Turner et al., 2019). Ademais, a presença de pensamentos de auto-lesão é comumente superior aos comportamentos auto-lesivos propriamente ditos (Nock et al., 2009). É importante notar, no entanto, que a vivência de pensamentos e desejos de ALNS varia exponencialmente entre indivíduos (Turner et al., 2019).

Prevalência

No seguimento dos danos físicos e psicológicos causados pela ALNS, esta é vista como um problema de saúde global (Skegg, 2005), apresentando um aumento de casos reportados, principalmente na população mais jovem (Khan & Ungar, 2023). A ALNS apresenta maior prevalência durante a adolescência, com uma idade de início destes comportamentos entre os 12 e os 16 anos (Ammerman et al., 2018; Cipriano et

al., 2017; Gholamrezaei et al., 2017; Muehlenkamp & Gutierrez, 2004; Rodham et al., 2004), geralmente diminuindo a intensidade e frequência em adultos (Mummé et al., 2017).

As estatísticas apresentadas em diversos estudos relativamente à prevalência dos comportamentos auto-lesivos são variadas (Nock, 2010). No que se refere à população geral, a prevalência da ALNS em adolescentes e jovens adultos situa-se entre os 13% e 17%, 5.5% em adultos e, ainda, entre 19 % e 23% na população universitária (O'Connor et al., 2018; Sivertsen et al., 2019; Swannell et al., 2014). Relativamente a Portugal, a prevalência destes comportamentos tem verificado uma subida de 15% para cerca de 20% na população adolescente (Duarte et al., 2019a; Gaspar et al., 2019; Matos et al., 2015). Já a população universitária portuguesa tem uma prevalência de 23% (Gonçalves et al., 2024).

Sabe-se que estes comportamentos estão fortemente associados a psicopatologia (Klonsky et al., 2003), nomeadamente depressão, ansiedade (Gelinas & Wright, 2013), perturbações do comportamento alimentar (Ross et al., 2009) e perturbação de personalidade *borderline* (Klossika & Schmahl, 2010, cit. por Mummé et al., 2017). Neste seguimento, é compreensível uma maior prevalência em amostras clínicas, sendo que esta se encontra entre 21% e 65% nesta população (Briere & Gil, 1998; Glenn & Klonsky, 2013; Nock, 2010; Klonsky et al., 2003; Perez et al., 2012). Apesar de se verificarem percentagens menores nas populações mais envelhecidas relativamente às mais jovens, a ALNS crónica apresenta percentagens elevadas, entre os 10 e 28% (Hamza & Willoughby, 2014; Liu, 2023; Tatnell et al., 2014).

Relativamente às diferenças entre os géneros, existe um maior número de casos reportados pelo género feminino (Gaspar et al., 2019; O'Connor et al., 2018; Sivertsen et al., 2019). Adicionalmente, algumas diferenças de género foram também encontradas

nos métodos escolhidos. Enquanto indivíduos do gênero feminino recorrem com maior frequência a cortes na pele através de lâminas, indivíduos do gênero masculino recorrem mais vezes a bater e queimar o corpo (Bresin & Schoenleber, 2015; Claes et al., 2007; Laye-Gindhu & Schonert Reichl, 2005).

Ademais, existe uma maior prevalência de casos de ALNS em populações caucasianas (Gratz, 2006; Liu, 2023; Ross & Heath, 2002; Whitlock et al., 2006). Apesar da ausência de estudos que repliquem a relação entre auto-lesão e etnicidade (Whitlock et al., 2006), não existem estudos que tenham encontrado valores de prevalência menores em caucasianos em detrimento de outras etnicidades (Klonsky & Muehlenkamp, 2007).

Adicionalmente, diversos fatores de risco estão associados à ALNS. A literatura identifica o impacto do abuso ou negligência experienciados durante a infância como o fator mais frequentemente exposto por jovens (McEvoy et al., 2023). Ainda, outros fatores de risco podem ser mencionados, como a presença de patologias, abuso ou dependência de álcool ou substâncias e uma relação insatisfatória com a família ou colegas (Hawton et al., 2012; McEvoy et al., 2023; van der Kolk et al., 1991). Por fim, a exposição a comportamentos de auto-lesão realizados por outra pessoa ou nos *media*, *distress* emocional, discriminações, por exemplo, raciais ou culturais, e impulsividade são outros fatores impactantes na ALNS (McEvoy et al., 2023).

Relativamente aos fatores de proteção, estes são mais complicados de identificar, não estando tão presentes na literatura. Diversos fatores são, essencialmente, de carácter social, destacando-se a existência de uma rede de suporte social positivo (Fortune et al., 2008; McEvoy et al., 2023). Por sua vez, a resiliência, ou seja, a capacidade de, face a uma situação adversa, conseguir manter um comportamento adequado, é também um fator de proteção extremamente importante a considerar (Khan & Ungar, 2023). Por

fim, apesar de serem referenciados menos frequentemente, podem ser destacados outros fatores de proteção, como a satisfação com a vida, a existência de um grupo de amigos, um bom registo académico e a presença de crenças religiosas (McEvoy et al., 2023).

Métodos

A maioria dos indivíduos que realiza ALNS afirma recorrer a diferentes métodos de auto-lesão em detrimento de um único método (Abdou et al., 2024; Glenn & Klonsky, 2011; Gonçalves et al., 2024; Nock, 2010). Apesar de existirem diversos métodos, o mais conhecido e referenciado, tanto socialmente como cientificamente, é a auto-mutilação. Isto é, o indivíduo, através de, por exemplo, uma lâmina ou faca, induz cortes na sua própria pele. Estes cortes podem ser realizados em diferentes regiões do corpo, sendo as mais frequentes os braços, ventre ou pernas (Abdou et al., 2024; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Nock & Prinstein 2004; Whitlock et al. 2006). Adicionalmente, a auto-mutilação apresenta uma elevada prevalência, situada entre 30 a 72% (Abdou et al., 2024; Bresin, & Schoenleber, 2015; Ross & Heath, 2002; Perez et al., 2012; Whitlock et al. 2006), sendo também o método mais frequentemente utilizado em populações clínicas (Perez et al., 2012).

Outros métodos comumente utilizados podem ser também destacados. Semelhantemente aos cortes, diversos destes métodos envolvem algum nível de destruição da própria pele. Assim, este é o caso de queimar a pele, arranhá-la, por vezes com as próprias unhas, até causar sangramento, inserir objetos, como por exemplo agulhas, na pele ou por baixo desta, geralmente, removendo-os posteriormente (Shiels et al. 2009, cit. por Nock, 2010) ou morder-se (Nock, 2010). Estes métodos de ALNS apresentam uma prevalência mais reduzida, entre os 12 e os 52%, sendo o ato de arranhar a pele e de bater com ou no corpo os mais prevalentes (Abdou et al., 2024;

Bresin, & Schoenleber, 2015; Ross & Heath, 2002; Perez et al., 2012; Whitlock et al. 2006). Ainda, as áreas mais frequentemente lesionadas são os braços, mãos e pulsos (Gonçalves et al., 2024; Whitlock et al. 2006).

Em Portugal, os cortes, arranhões, mordidas, queimaduras e bater com ou no corpo são os métodos mais frequentemente reportados (Duarte et al., 2019a; Duarte et al., 2019b; Gonçalves et al., 2012; Gonçalves et al., 2024; Guerreiro et al., 2016). Entre estes, destacam-se as mordidas, com uma prevalência situada entre 56% e 67%, os cortes, entre 32 a 74% e os arranhões, entre 49 e 60% (Barreto Carvalho et al., 2017; Duarte et al., 2019a; Gonçalves et al., 2024).

Para além da diversidade de métodos utilizados, a frequência e severidade dos comportamentos de ALNS são também extremamente importantes de considerar, uma vez que estes podem impactar o seu tratamento (Nock, 2010). Primeiramente, a frequência refere-se à quantidade de vezes que o sujeito recorre à ALNS na sua vida, variando desde episódica até repetitiva (Turner et al., 2013; Whitlock et al., 2008). Enquanto é possível a pessoa recorrer a esta cerca de 10 vezes ou menos durante a sua vida, quando o seu comportamento é repetitivo, é provável que a pessoa reporte uma estimativa superior a 100 vezes (Walsh, 2012; Whitlock et al., 2008).

Por sua vez, a severidade refere-se ao dano causado pela lesão infligida, variando de baixa a elevada severidade (Whitlock et al., 2008). Deste modo, a diversidade de métodos, frequência e severidade da lesão são extremamente importantes de considerar na descrição da ALNS (Turner et al., 2013; Whitlock et al., 2008), principalmente porque se encontram associadas a um maior risco de comportamentos suicidários (Victor & Klonsky, 2014; Victor et al., 2015).

Funções da ALNS

É importante considerar que a ALNS cumpre uma determinada função para o indivíduo que a realiza (Gray et al., 2023). Existem diversas funções associadas à ALNS, podendo ocorrer simultaneamente (Klonsky & Muehlenkamp, 2007). Analisando a ALNS através de uma perspectiva funcional, de acordo com o modelo das quatro funções (Nock, 2010), quatro processos de reforço podem ser identificados (Tabela A1). Estes diferem de acordo com o tipo de reforço, ou seja, se este é negativo ou positivo, e com os eventos consequentes, sejam estes interpessoais ou intrapessoais (Bentley et al., 2014; Nock, 2010).

Deste modo, num reforço intrapessoal negativo o comportamento é executado com o objetivo de cessar ou diminuir de imediato um sentimento ou pensamento aversivo (Bentley et al., 2014; Nock, 2010). Neste seguimento, a regulação de afeto pode ser destacada. Diversos sujeitos realizam ALNS com o objetivo de aliviar emoções intensas, geralmente negativas, que experienciam previamente ao ato, como por exemplo a frustração, raiva ou ansiedade. Após a realização da ALNS, os sujeitos frequentemente experienciam sentimentos de calma ou alívio (Klonsky & Muehlenkamp, 2007).

Outra função frequentemente observada é a quebra de um estado de dissociação. Isto é, através da ALNS e, consequentemente da dor física ou sangue, a pessoa consegue parar este estado de não sentir ou de não se sentir real, interrompendo um episódio dissociativo (Klonsky & Muehlenkamp, 2007).

Por sua vez, um reforço intrapessoal positivo pretende aumentar ou proporcionar os sentimentos ou pensamentos desejados (Bentley et al., 2014; Nock, 2010). Assim, a auto-punição, através do sentimento de satisfação após se auto-punir, pode ser um bom exemplo desta (Nock, 2010). Mais especificamente, esta implica uma crença de que o

sujeito merece sofrer. Ainda, indivíduos podem realizar ALNS com o intuito de sentir algo, mesmo que este sentimento seja dor (Klonsky & Muehlenkamp, 2007).

Relativamente à perspectiva interpessoal positiva, nesta o sujeito procura aumentar ou proporcionar um evento social pretendido (Bentley et al., 2014; Nock, 2010). Aqui, a ALNS poderia ser realizada, por exemplo, com o intuito de receber atenção, apoio ou influenciar outros sujeitos, sejam estes colegas, amigos ou familiares (Bentley et al., 2014; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Nock, 2010).

Por fim, um reforço interpessoal negativo prediz que a ALNS é acompanhada pelo desejo de cessar ou diminuir um evento social em específico (Bentley et al., 2014; Nock, 2010). Nesta, o sujeito realiza este comportamento com o intuito de que este poderá, por exemplo, suceder em cessar as lutas constantes entre os pais ou os colegas de fazerem bullying (Nock, 2010).

Tabela A1:

Modelo das quatro funções

	Positivo	Negativo
Intrapessoal	Aumentar ou proporcionar os sentimentos ou pensamentos desejados (e.g. auto-punição)	Cessar ou diminuir de imediato um sentimento ou pensamento aversivo (e.g. regulação de afeto)
Interpessoal	Aumentar ou proporcionar um evento social pretendido (e.g. influência interpessoal)	Cessar ou diminuir um evento social em específico (e.g. pôr fim ao <i>bullying</i> sofrido)

É importante notar, no entanto, que funções intrapessoais, especialmente a auto-regulação do afeto, são reportadas mais frequentemente por sujeitos que realizam ALNS (Brausch & Muehlenkamp, 2018; Klonsky et al., 2015; Taylor et al., 2018). Ainda, indivíduos afirmam sentir maior eficácia da ALNS quando funções intrapessoais estão na cerne do comportamento. Neste seguimento, as funções intrapessoais estão, também, associadas a uma maior frequência, severidade e diversidade de métodos de ALNS (Brausch & Muehlenkamp, 2018; Case et al., 2020).

Assim, a ALNS pode ser executada por diferentes motivos, não sendo estes mutuamente exclusivos. Ainda, identificar as funções que levam o indivíduo a realizar estes comportamentos é extremamente relevante para o tratamento da mesma (Klonsky & Muehlenkamp, 2007).

Relevância dos pensamentos sobre ALNS

Os pensamentos auto-lesivos não suicidas (PALNS) são relevantes para a compreensão do fenômeno da ALNS, uma vez que antecedem e contextualizam a mesma. Frequentemente, indivíduos afirmam recorrerem a estes comportamentos como consequência da presença de pensamentos e desejos referentes a tal (Fitzpatrick et al., 2020; McEvoy et al., 2017).

É importante considerar, no entanto, que os PALNS podem apresentar diferentes variações. Por um lado, podem consistir em pensamentos, desejos, imagens de ocorrências de ALNS anteriores ou o planeamento desta ação (Fitzpatrick et al., 2020; McEvoy et al., 2017). Por outro lado, podem, também, aparecer durante simples momentos do quotidiano, como por exemplo quando o indivíduo está a relaxar ou a socializar com amigos ou colegas (Nock et al., 2009).

É frequente estes pensamentos serem breves, predominantemente entre um a 30 minutos (Fitzpatrick et al., 2020; Nock et al., 2009). No entanto, a duração destes pensamentos não é o fator que melhor prediz a realização da ALNS, mas sim a intensidade dos mesmos (Fitzpatrick et al., 2020). Ademais, a intensidade dos PALNS está associada a uma maior frequência destes comportamentos, bem como a uma maior diversidade de métodos utilizados (Turner et al., 2019). Neste seguimento, quanto mais intenso estes pensamentos são, mais complicado será para o indivíduo resistir (Fitzpatrick et al., 2020; Nock et al., 2009).

Ainda, enquanto desejos mais moderados de realizar ALNS ocorrem, geralmente, de forma mais frequente no quotidiano dos indivíduos, um sentimento mais intenso de realizar estes comportamentos é mais raro, contudo mais complicado de resistir (Turner et al., 2019). Por vezes, estes pensamentos são extremamente difíceis de resistir (Fitzpatrick et al., 2020; McEvoy et al., 2017; Nock et al., 2009). Em diversas ocasiões, o tempo entre o pensamento e a execução do mesmo é reduzido, durando cerca de poucos minutos ou menos (Nock & Prinstein, 2005). Adicionalmente, é mais difícil resistir a estes quando o indivíduo se encontra sozinho comparativamente quando está perto de amigos, colegas ou familiares (Nock et al., 2009). Complementarmente, existe uma associação entre o desejo de praticar a ALNS e a frequência da ALNS (Washburn et al., 2010). Neste seguimento, a associação entre os PALNS e a sua passagem ao ato é um fator importante a considerar no seu tratamento (Turner et al., 2019).

Apesar da dificuldade, a grande maioria dos indivíduos que realizam ALNS afirmam já terem tentado previamente resistir a agir sobre estes pensamentos (Klonsky & Glenn, 2008). Para tal, vários indivíduos tentam ignorar ou alterar estes pensamentos ou encontram diversas atividades alternativas, de forma a evitarem recorrer à ALNS

com sucesso (Fitzpatrick et al., 2020; Klonsky & Glenn, 2008; Nock et al., 2009). Alguns exemplos destes comportamentos de substituição são falar com alguém, dormir, ouvir música, sair de casa, entre outros (Fitzpatrick et al., 2020; Nock et al., 2009). Ainda, os indivíduos recorrem a comportamentos relacionados com o uso de redes sociais e *internet* com baixa frequência (Fitzpatrick et al., 2020). Deste modo, compreender os métodos que ajudam os indivíduos a resistir a estes comportamentos poderá fomentar um tratamento com maior sucesso da ALNS (Klonsky & Glenn, 2008).

Complementarmente, um estudo de Klonsky e Glenn (2008) procurou averiguar quais as estratégias a que os participantes mais recorriam como alternativa à ALNS e quais as mais eficazes. Neste, os autores concluíram que os métodos a que os participantes recorreram mais frequentemente foram “manter-se ocupado”, “estar rodeado de amigos” e “falar com alguém sobre como se sentiam”. Contudo, estes não revelaram ser os métodos mais eficazes.

Relativamente à eficácia, “fazer exercício ou desporto recreativamente”, “remover o instrumento tipicamente usado para auto-lesão de casa” e “encontrar alguém que compreenda” foram as alternativas mais selecionadas. Os autores apontam uma possível explicação para a discrepância entre a frequência e a eficácia dos métodos, sendo esta a possibilidade de as estratégias mais frequentemente utilizadas o serem por acessibilidade ou frequência. Ainda, é possível que as estratégias mais úteis não sejam as mais intuitivas (Klonsky & Glenn, 2008).

Por sua vez, um estudo de Turner e colaboradores (2019) concluiu que o uso de estratégias de resolução de problemas para resistir à ALNS eram mais eficazes do que estratégias de evitamento. De acordo com os autores, fomentar o uso de estratégias de resolução de problemas poderá mostrar-se benéfico para ajudar estes indivíduos.

Neste seguimento, encontrar estratégias que ajudem estes indivíduos a resistir aos PALNS possivelmente auxiliará no tratamento desta. Este conhecimento poderia ajudar os terapeutas a oferecer um tratamento mais eficaz para os pacientes, focando-se nestas possíveis estratégias (Klonsky & Glenn, 2008). Ainda, poderia ser benéfico para este monitorizar os PALNS, procurando agir sobre estes em detrimento dos comportamentos em si (Turner et al., 2019).

Assim, a associação entre os pensamentos e a atuação nestes comportamentos é um fator importante a ter em conta no tratamento da ALNS, contudo, a janela de atuação é reduzida (Fitzpatrick et al., 2020; Nock et al., 2009; Turner et al., 2019). Por acréscimo, uma melhor compreensão de características específicas dos PALNS, como por exemplo a intensidade, poderá ajudar na sua intervenção (Fitzpatrick et al., 2020). Deste modo, a incorporação do conhecimento das estratégias que ajudam sujeitos a resistir à ALNS, bem como as suas características específicas, poderá ajudar no tratamento desta e, eventualmente, na sua cessação (Fitzpatrick et al., 2020; Klonsky & Glenn, 2008; Turner et al., 2019). Complementarmente, uma intervenção focada nos pensamentos poderá ajudar o sujeito a não realizar ALNS (Fitzpatrick et al., 2020).

Resta destacar que existem incoerências na terminologia utilizada na literatura referente ao processo de não realizar/concretizar os PALNS, incluindo termos como a supressão, inibição cognitiva ou resistência a PALNS (Fitzpatrick et al., 2020; Klonsky & Glenn, 2008; Najmi et al., 2007; Pettit et al., 2009; Richard-Devantoy et al., 2016; Turner et al., 2019). Os dois primeiros termos, contudo, não abrangem a totalidade que a presente investigação pretende explorar, uma vez que se referem a processos cognitivos, principalmente de evitamento, distração e cessamento do pensamento (Najmi et al., 2007; Richard-Devantoy et al., 2016), embora existam registos de outras estratégias, como conversar sobre os sentimentos e utilizar medicação (Klonsky & Glenn, 2008).

Deste modo, será utilizado o conceito de resistência aos PALNS, como proposto por diversos autores (Fitzpatrick et al., 2020; Klonsky & Glenn, 2008; Turner et al., 2019).

O presente estudo

Apesar da escassa literatura sobre os PALNS, é possível compreender a relevância destes no processo da ALNS. Assim, o objetivo central deste estudo consiste em compreender os PALNS em adultos com história de ALNS e a resistência à prática destes comportamentos (figura A1). Neste seguimento, pretende-se caracterizar os PALNS em adultos Portugueses, nomeadamente quanto à sua frequência, intensidade e duração. Por acréscimo, pretende-se igualmente explorar os motivos que levam adultos com uma história de ALNS a resistirem a PALNS e os sentimentos despoletados por tal.

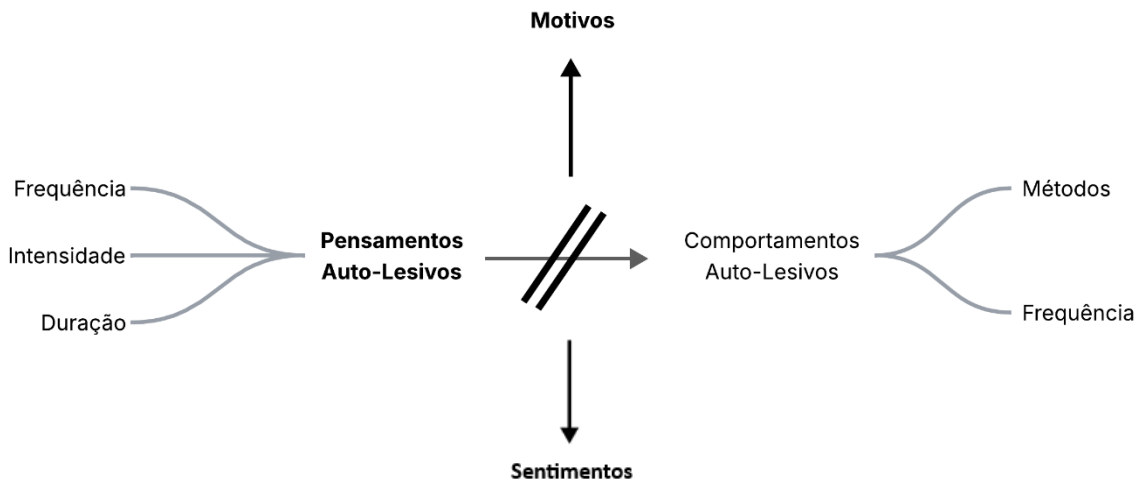
Tendo em conta a literatura existente, é possível formular algumas hipóteses relativas à caracterização dos PALNS. Ao compreender que existe uma relação entre a intenção de praticar ALNS e a frequência destes comportamentos (Washburn et al., 2010), espera-se que sujeitos com maior frequência de PALNS apresentem maior frequência de ALNS (H1). Por sua vez, paralelamente aos resultados obtidos no estudo de Turner e colaboradores (2019), que reportaram uma maior frequência de ALNS quando os PALNS eram mais intensos, espera-se que indivíduos com PALNS mais intensos reportem uma maior frequência de comportamentos de ALNS (H2).

Complementarmente, este estudo procura encontrar uma associação entre as características dos PALNS com a diversidade dos métodos utilizados na ALNS, visto este ser um fator importante a considerar perante a ALNS (Turner et al., 2013; Whitlock et al., 2008). Assim, considera-se que indivíduos com PALNS mais intensos (H3), mais frequentes (H4) e mais duradouros (H5) apresentem uma maior diversidade de métodos utilizados durante episódios de ALNS.

Adicionalmente, visto que para melhor compreender a ALNS é importante considerar a severidade dos métodos utilizados (Turner et al., 2013; Whitlock et al., 2008), procurou-se formular hipóteses que explorassem a severidade da ALNS, associando-o com as características dos PALNS. Assim, espera-se que sujeitos com PALNS mais intensos (H6), mais frequentes (H7) e mais duradouros (H8) recorram a métodos ALNS mais severos. Por fim, com base no estudo de Fitzpatrick e colaboradores (2020), espera-se que sujeitos cujos PALNS ocorram com menor intensidade (H9), menor frequência (H10) e com menor duração (H11) tenham maior probabilidade de conseguir resistir à realização de comportamentos de ALNS.

Figura A1

Objetivos do presente estudo



Anexo B – Referências da Revisão de Literatura Extensa

- Abdou, E. A., Haggag, W., Anwar, K. A., Sayed, H., & Ibrahim, O. (2024). Methods and functions of non-suicidal self-injury in an adolescent and young adult clinical sample. *Middle East Current Psychiatry*, *31*(1), 10.
- Ammerman, B. A., Jacobucci, R., Kleiman, E. M., Uyeji, L. L., & McCloskey, M. S. (2018). The relationship between nonsuicidal self-injury age of onset and severity of self-harm. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *48*(1), 31–37. <https://doi.org/10.1111/sltb.12330>
- Barreto Carvalho, C., da Motta, C., Sousa, M., & Cabral, J. (2017). Biting myself so I don't bite the dust: Prevalence and predictors of deliberate self-harm and suicide ideation in Azorean youths. *Revista brasileira de psiquiatria*, *39*(3), 252-262. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-1923>
- Bentley, K. H., Nock, M. K., & Barlow, D. H. (2014). The four-function model of nonsuicidal self-injury: Key directions for future research. *Clinical Psychological Science*, *2*(5), 638–656. <https://doi.org/10.1177/2167702613514563>
- Brausch, A. M., & Muehlenkamp, J. J. (2018). Perceived effectiveness of NSSI in achieving functions on severity and suicide risk. *Psychiatry research*, *265*, 144-150.
- 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>
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *The American journal of orthopsychiatry*, *68*(4), 609–620. <https://doi.org/10.1037/h0080369>

- Case, J. A. C., Burke, T. A., Siegel, D. M., Piccirillo, M. L., Alloy, L. B., & Olino, T. M. (2020). Functions of Non-Suicidal Self-Injury in Late Adolescence: A Latent Class Analysis. *Archives of Suicide Research*, 24(2), 165–186. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1586607>
- Cipriano, A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal self-injury: A systematic review. *Frontiers in psychology*, 8, 1946.
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2007). Self-injury in female versus male psychiatric patients: A comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation. *Personality and Individual Differences*, 42(4), 611–621. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.07.021>
- Duarte, E., Gouveia-Pereira, M., & Gomes, H. S. (2019a). Development and Factorial Validation of the Inventory of Deliberate Self-Harm Behaviours for Portuguese Adolescents. *Psychiatric Quarterly*, 90(4), 761–776. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09660-1>
- Duarte, E., Gouveia-Pereira, M., Gomes, H. S., & Sampaio, D. (2019b). Social representations about the functions of deliberate self-harm: Adolescents and parents. *Journal of adolescence*, 73, 113–121. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.05.001>
- Fitzpatrick, S., Kranzler, A., Fehling, K., Lindqvist, J., & Selby, E. A. (2020). Investigating the role of the intensity and duration of self-injury thoughts in self-injury with ecological momentary assessment. *Psychiatry research*, 284, 112761. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112761>
- Fortune, S., Sinclair, J., & Hawton, K. (2008). Adolescents' views on preventing self-harm. A large community study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(2), 96–104. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0273-1>

- 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>
- Gelinas, B., & Wright, K. (2013). The Cessation of Deliberate Self-Harm in a University Sample: The Reasons, Barriers, and Strategies Involved. *Archives of Suicide Research*, *17*(4), 373–386.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2013.777003>
- Gholamrezaei, M., De Stefano, J., & Heath, N. L. (2017). Nonsuicidal self-injury across cultures and ethnic and racial minorities: A review. *International journal of psychology*, *52*(4), 316-326.
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2011). Prospective prediction of nonsuicidal self-injury: a 1-year longitudinal study in young adults. *Behavior therapy*, *42*(4), 751–762. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.04.005>
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2013). Nonsuicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, *42*(4), 496–507. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.794699>
- Gonçalves, S. F., Martins, C., Rosendo, A. P., Machado, B. C., & Silva, E. (2012). Self-injurious behavior in Portuguese adolescents. *Psicothema*, *24*(4), 536–541.
- 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>

- Gratz, K. L. (2006). Risk factors for deliberate self-harm among female college students: the role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *The American journal of orthopsychiatry*, 76(2), 238–250. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.2.238>
- Gray, N., Uren, H., Staniland, L., & Boyes, M. (2023). Why Am I Doing This? Ambivalence in the Context of Non-Suicidal Self-Injury. *Deviant Behavior*, 44(11), 1682–1700. <https://doi.org/10.1080/01639625.2023.2228451>
- Guerreiro, D. F., Sampaio, D., Figueira, M. L., & Madge, N. (2016). Self-Harm in Adolescents: A Self-Report Survey in Schools from Lisbon, Portugal. *Archives of Suicide Research*, 21(1), 83–99. <https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1004480>
- Hamza, C. A., & Willoughby, T. (2014). A longitudinal person-centered examination of nonsuicidal self-injury among university students. *Journal of youth and adolescence*, 43(4), 671–685. <https://doi.org/10.1007/s10964-013-9991-8>
- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet (London, England)*, 379(9834), 2373–2382. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
- Khan, A., & Ungar, M. (2023). Resilience to self-harm: A scoping review of protective factors that aid in recovery among marginalized young people. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 44(1), 61–69. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000831>
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2008). Resisting urges to self-injure. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 36(2), 211–220.

- Klonsky, E. D., Glenn, C. R., Styer, D. M., Olino, T. M., & Washburn, J. J. (2015). The functions of nonsuicidal self-injury: converging evidence for a two-factor structure. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 9, 1-9.
- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1045–1056.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20412>
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *The American journal of psychiatry*, 160(8), 1501–1508.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1501>
- Laye-Gindhu, A., Schonert-Reichl, K.A. Nonsuicidal Self-Harm Among Community Adolescents: Understanding the “Whats” and “Whys” of Self-Harm. *Journal of Youth and Adolescence* 34, 447–457 (2005). <https://doi.org/10.1007/s10964-005-7262-z>
- 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>
- Matos, M. G., Simões, C., Camacho, I., & Reis, M. (2015). *A saúde dos adolescentes portugueses em tempos de recessão: HBSC 2014* [The health of Portuguese adolescents in times of recession]. Lisboa, Portugal: CMDT/DGS/FMH/Universidade de Lisboa.
https://aventurasocial.com/arquivo/1437158618_RELATORIO%20HBSC%202014e.pdf

- McEvoy, D., Brannigan, R., Cooke, L., Butler, E., Walsh, C., Arensman, E., & Clarke, M. (2023). Risk and protective factors for self-harm in adolescents and young adults: An umbrella review of systematic reviews. *Journal of Psychiatric Research, 168*, 353–380. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.10.017>
- McEvoy, P. M., Hayes, S., Hasking, P. A., & Rees, C. S. (2017). Thoughts, images, and appraisals associated with acting and not acting on the urge to self-injure. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 57*, 163–171. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.05.010>
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2004). An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide & life-threatening behavior, 34*(1), 12–23. <https://doi.org/10.1521/suli.34.1.12.27769>
- Mummé, T. A., Mildred, H., & Knight, T. (2017). How Do People Stop Non-Suicidal Self-Injury? A Systematic Review. *Archives of Suicide Research, 21*(3), 470–489. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1222319>
- Najmi, S., Wegner, D. M., & Nock, M. K. (2007). Thought suppression and self-injurious thoughts and behaviors. *Behaviour research and therapy, 45*(8), 1957–1965. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.09.014>
- 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. (2010). Self-injury. *Annual review of clinical psychology, 6*, 339–363. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
- Nock, M. K., & Favazza, A. R. (2009). Nonsuicidal self-injury: Definition and classification. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury:*

- Origins, assessment, and treatment* (pp. 9–18). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11875-001>
- 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>
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of abnormal psychology, 114*(1), 140–146. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.1.140>
- Nock, M. K., Prinstein, M. J., & Sterba, S. K. (2009). Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Journal of abnormal psychology, 118*(4), 816–827. <https://doi.org/10.1037/a0016948>
- O'Connor, R. C., Wetherall, K., Cleare, S., Eschle, S., Drummond, J., Ferguson, E., O'Connor, D. B., & O'Carroll, R. E. (2018). Suicide attempts and non-suicidal self-harm: national prevalence study of young adults. *BJPsych open, 4*(3), 142–148. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.14>
- Perez, J., Venta, A., Garnaat, S., & Sharp, C. (2012). The difficulties in Emotion Regulation Scale: Factor structure and association with nonsuicidal self-injury in adolescent inpatients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 34*(3), 393–404. <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9292-7>
- Pettit, J. W., Temple, S. R., Norton, P. J., Yaroslavsky, I., Grover, K. E., Morgan, S. T., & Schatte, D. J. (2009). Thought suppression and suicidal ideation: preliminary evidence in support of a robust association. *Depression and anxiety, 26*(8), 758–763. <https://doi.org/10.1002/da.20512>

- Richard-Devantoy, S., Ding, Y., Lepage, M., Turecki, G., & Jollant, F. (2016). Cognitive inhibition in depression and suicidal behavior: a neuroimaging study. *Psychological medicine*, 46(5), 933–944.
<https://doi.org/10.1017/S0033291715002421>
- Rodham, K., Hawton, K., & Evans, E. (2004). Reasons for deliberate self-harm: comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(1), 80–87. <https://doi.org/10.1097/00004583-200401000-00017>
- Ross, S., Heath, N. (2002). A Study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence* 31, 67–77. <https://doi.org/10.1023/A:1014089117419>
- Ross, S., Heath, N. L., & Toste, J. R. (2009). Non-suicidal self-injury and eating pathology in high school students. *The American journal of orthopsychiatry*, 79(1), 83–92. <https://doi.org/10.1037/a0014826>
- Sivertsen, B., Hysing, M., Knapstad, M., Harvey, A. G., Reneflot, A., Lønning, K. J., & O'Connor, R. C. (2019). Suicide attempts and non-suicidal self-harm among university students: prevalence study. *BJPsych open*, 5(2), e26.
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *Lancet (London, England)*, 366(9495), 1471–1483.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67600-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67600-3)
- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide & life-threatening behavior*, 44(3), 273–303. <https://doi.org/10.1111/sltb.12070>
- Tatnell, R., Kelada, L., Hasking, P., & Martin, G. (2014). Longitudinal analysis of adolescent NSSI: the role of intrapersonal and interpersonal factors. *Journal of*

abnormal child psychology, 42(6), 885–896. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9837-6>

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.

Turner, B. J., Baglole, J. S., Chapman, A. L., & Gratz, K. L. (2019). Experiencing and resisting nonsuicidal self-injury thoughts and urges in everyday life. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(5), 1332–1346. <https://doi.org/10.1111/sltb.12510>

Turner, B. J., Layden, B. K., Butler, S. M., & Chapman, A. L. (2013). How Often, or How Many Ways: Clarifying the Relationship Between Non-Suicidal Self-Injury and Suicidality. *Archives of Suicide Research*, 17(4), 397–415.

<https://doi.org/10.1080/13811118.2013.802660>

van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *The American journal of psychiatry*, 148(12), 1665–1671.

<https://doi.org/10.1176/ajp.148.12.1665>

Victor, S. E., & Klonsky, E. D. (2014). Correlates of suicide attempts among self-injurers: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 34(4), 282–297.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.03.005>

Victor, S. E., Styer, D., & Washburn, J. J. (2015). Characteristics of nonsuicidal self-injury associated with suicidal ideation: evidence from a clinical sample of youth. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 9, 20.

<https://doi.org/10.1186/s13034-015-0053-8>

Walsh, B. W. (2012). *Treating self-injury: A practical guide*. Guilford Press.

Warm, A., Murray, C., & Fox, J. (2003). Why do people self-harm?. *Psychology, health & medicine*, 8(1), 72-79.

Washburn, J. J., Juzwin, K. R., Styer, D. M., & Aldridge, D. (2010). Measuring the urge to self-injure: preliminary data from a clinical sample. *Psychiatry research*, 178(3), 540–544. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.05.018>

Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117(6), 1939–1948. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2543>

Whitlock, J., Muehlenkamp, J., & Eckenrode, J. (2008). Variation in nonsuicidal self-injury: identification and features of latent classes in a college population of emerging adults. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 37(4), 725–735. <https://doi.org/10.1080/15374410802359734>

Anexo C – Análise descritiva

Tabela C1 – Informação Sociodemográfica da amostra (n=126)

	N	%	
Orientação Sexual	Lésbica	14	11.1
	Gay	9	7.1
	Bissexual	29	23.0
	Pansexual	20	15.9
	Heterossexual	42	33.3
	Assexual	7	5.6
	Outro	5	4.0
Género	Feminino	79	62.7
	Masculino	32	25.4
	Não-Binário	10	7.9
	Outro	5	4.0
Nacionalidade	Portuguesa	119	94.4
	Brasileira	5	4.0
	Francesa	1	0.8
	Inglesa	1	0.8
Zona de Residência	Aveiro	2	1.6
	Braga	3	2.4
	Bragança	2	1.6
	Castelo Branco	2	1.6
	Coimbra	6	4.8
	Évora	2	1.6
	Faro	2	1.6

	Leiria	4	3.2
	Lisboa	70	55.6
	Portalegre	1	0.8
	Porto	5	4.0
	Santarém	3	2.4
	Setúbal	24	19.0
Meio de Residência	Urbano	89	70.6
	Suburbano	29	23.0
	Rural	8	6.3
Estatuto Relacional	Solteiro	67	53.2
	Numa relação	45	35.7
	Casado/União de Facto	11	8.7
	Divorciado/Separado	2	1.6
	Outro	1	0.8
Habilitações Literárias	1º Ciclo (Escola Primária)	1	0.8
	2º Ciclo (Escola Básica)	3	2.4
	3º Ciclo e Escola Secundária (12º ano de escolaridade)	37	29.4
	Licenciatura	63	50.0
	Mestrado	19	15.1
	Doutoramento	1	0.8
	Outro	2	1.6
Situação Profissional	Estudante	66	52.4
	Empregado	40	31.7
	Desempregado	12	9.5

Trabalhador-Estudante	4	3.2
Outro	8	6.3

Anexo D – Consistência Interna

Tabela D1 – Consistência Interna ICAL+ total

Item	α se o item for excluído
Cortei-me	.831
Mordi-me	.836
Queimei-me	.833
Puxei/Arranquei o cabelo	.837
Cocei/Arranhei-me até fazer uma ferida	.833
Consumi drogas com intenção de me magoar	.833
Espetei-me com agulhas	.837
Ingeri substâncias perigosas	.834
Bebi em excesso com intenção de me magoar	.831
Bati com o corpo ou em mim próprio	.831
Ingeri medicamento em demasia	.831
Isolei-me socialmente	.829
Fiquei acordado de propósito	.827
Procurei brigas e conflito físico	.837
Exercício físico excessivo	.836
Desportos que colocam a saúde em risco	.837
Não cuidei da higiene	.833
Não cuidei de mim (problema de saúde)	.829
Não procurei ajuda (problema de saúde)	.834
Não comi o suficiente	.828
Comi em excesso	.833
Vomitei de propósito	.830

Consumi heroína	.839
Consumi cetamina	.837
Consumi anfetaminas	.833
Fumei canabinóides	.833
Fumei cigarros/tabaco/vapes	.834
Alfa de Cronbach total da escala	.838

Tabela D2 – Consistência Interna Subescala Escala Alta Severidade

Item	α se o item for excluído
Cortei-me	.522
Queimei-me	.553
Ingeri substâncias perigosas com a intenção de me magoar	.602
Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de me magoar	.525
Alfa de Cronbach total da escala	.625

Tabela D3 – Consistência Interna Subescala Severidade Moderada

Item	α se o item for excluído
Mordi-me	.680
Puxei/Arranquei o cabelo	.689
Cocei/Arranhei-me até fazer uma ferida (sem ser por causa de comichão)	.659
Espetei-me com agulhas	.753
Bati com o corpo ou bati em mim próprio	.630

Alfa de Cronbach total da escala	.733
---	-------------

Tabela D4 – Consistência Interna Subescala Consumo de Substâncias

Item	α se o item for excluído
Consumi drogas com a intenção de me magoar	.731
Bebi em excesso com a intenção de me magoar	.707
Consumi heroína	.760
Consumi cetamina	.744
Consumi anfetaminas (Speed, Cristal ou MDMA/Ecstasy)	.698
Fumei marijuana, haxixe, outros canabinoídes	.660
Fumei cigarros, tabaco de enrolar, cigarros eletrônicos, <i>vapes</i>	.673
Alfa de Cronbach total da escala	.747

Tabela D5 – Consistência Interna Subescala Outros Comportamentos de Risco

Item	α se o item for excluído
Isolei-me socialmente	.640
Fiquei muito tempo acordado de propósito	.657
Procurei brigas e contacto físico com outras pessoas	.699
Fiz exercício físico excessivo	.679
Fiz desportos que colocaram a minha saúde em risco	.684
Não cuidei da minha higiene	.656
Quando tive um problema de saúde, não cuidei de mim	.630
Não procurei ajuda quando tive um problema de saúde	.647
Alfa de Cronbach total da escala	.692

Tabela D6 – Consistência Interna Subescala Comportamentos Alimentares

Perturbados

Item	α se o item for excluído
Não comi o suficiente	.421
Comi grandes quantidades de comida em pouco tempo	.438
Vomitei de propósito	.229
Alfa de <i>Cronbach</i> total da escala	.453



Vivências da Sexualidade e Saúde Mental

No âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, estamos a realizar um estudo e precisamos da sua colaboração!

Se tiver mais de 18 anos e 10 minutos livres faça *scan* do QR code abaixo. Agradecemos desde já a sua participação!



EM CASO DE DÚVIDA:
GRUPOALISPA@GMAIL.COM

Anexo F – Consentimento Informado

O presente estudo insere-se no âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica do ISPA – Instituto Universitário, estando a ser realizado sob a orientação da Professora Doutora Eva Duarte.

Convidamo-lo/a a colaborar nesta investigação, que tem como objetivo **compreender** como algumas **pessoas vivenciam dificuldades pessoais no âmbito da saúde mental**.

A participação é totalmente **voluntária e anónima**. Estima-se que o tempo de resposta ronde os **15 minutos**.

Agradecemos a sua colaboração. Se tiver dúvidas ou outras questões relativas a este estudo, pode utilizar o e-mail: grupoalisp@gmail.com

Compreendo as informações acima descritas e aceito participar:

- Sim
- Não

Anexo G – Registo de respostas organizadas

**Tabela G1 – Registo de respostas nas respetivas subcategorias da categoria
“Estratégias Cognitivas”**

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo
A.1. Estratégias cognitivas	A.1.1. Desvalorização dos PALNS	<p>“Lembrar-me de como só piora a minha saúde mental...” P1</p> <p>“Pensar que é só momento difícil...” P3</p> <p>“São inúteis” P8</p> <p>“Não vale a pena” P10</p> <p>“Penso que não faz sentido” P15</p> <p>“É um comportamento que não ajuda a resolver os meus problemas” P18</p> <p>“Não vale a pena, melhores dias virão e tudo irá ficar bem ...” P33</p> <p>“caio em mim é vejo que não adianta” P34</p> <p>“...mudar o ponto de vista.” P36</p> <p>“...É uma fase.” P41</p> <p>“Focar no facto de que são apenas pensamentos, e não "ordens".” P50</p> <p>“Não vale a pena ...” P53</p> <p>“Pensar que não faz sentido tê-los” P58</p> <p>“São pensamentos automáticos, por isso é como se não fossem meus realmente” P60</p> <p>“Isto não é aceitável” P66</p>

		<p>“Tento pensar no facto de ser okay em não me sentir bem, e que agir de acordo com esses pensamentos não irá ajudar com a dor” P94</p> <p>“"não é isto que me vai ajudar"” P112</p> <p>“Pensar que vou me sentir pior depois.” P113</p> <p>“Saber que já estive pior” P120</p> <p>“É só um dia mau, já passaste por pior.” P126</p>
	<p>A.1.2. Foco no positivo</p>	<p>“Pensar em coisas positivas” P6</p> <p>“Pensar nas coisas boas da vida...” P25</p> <p>“As coisas boas da minha vida” P37</p> <p>“Simplesmente olhar para as coisas boas da vida” P78</p>
	<p>A.1.3. Racionalização</p>	<p>“...e pensar se é realmente aquilo que eu quero fazer.” P39</p> <p>“Por exemplo, posso estar a trabalhar com uma faca afiada e pensar "eu podia cortar um dedo" de forma involuntária e quase imediatamente penso, de forma voluntária "mas também posso não o fazer", e tento seguir com a minha vida a partir daí.” P71</p> <p>“Saber que estes comportamentos são auto destrutivos e que não aliviam o mal estar psicológico que estou a sentir, antes o agravam. ...” P76</p>

	<p>“... e racionalizar os sentimentos que me estão a tentar levar a isto” P78</p> <p>“Autodeterminação” P79</p> <p>“A lógica sobrepõe-se ao sentimento.</p> <p>Geralmente passo a agir de modo automático e robótico. É um instinto de sobrevivência que o meu cérebro criou.” P83</p>
Total de UR na categoria A.1 = 30	

Tabela G2 – Registo de respostas nas respetivas subcategorias da categoria “Estratégias de Auto-cuidado”

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo
A.2. Estratégias de Auto- regulação	A.2.1. Mecanismos de Auto-regulação	<p>“Apertar a cabeça/ o peito, cerrar os punhos, respirar alto e um pouco mais rápido até eventualmente abrandar” P16</p> <p>“.... chorar” P20</p> <p>“Respirar fundo, tentar me acalmar.” P27</p> <p>“Respirar fundo...” P39</p> <p>“...ou geralmente usar algo gelado nas mãos” P44</p> <p>“...chorar” P47</p> <p>“...Escrever num diário sobre aquilo que estou a sentir...” P56</p> <p>“Respirar... Stim.” P73</p>

		<p>“Desenvolvi ferramentas alternativas para lidar com emoções negativas. Tenho uma série de cenários que visualizo para acalmar o meu sistema nervoso.” P77</p> <p>“Lavar a cara e as mãos com água fria, ... abraçar os meus gatos” P95</p> <p>“Água fria (estratégia de grounding)” P96</p>
	<p>A.2.2.Prática de Exercício Físico</p>	<p>“Posso distribuir a minha raiva e energia para me magoar colocando em outro foco como por exemplo praticar exercício físico (box, correr)” P40</p> <p>“... fazer exercício.” P56</p> <p>“... Desporto” P67</p> <p>“... Também já usei propositadamente corrida para externalizar a energia” P81</p> <p>“...correr.” P95</p> <p>“Andar...” P123</p>
	<p>A.2.3. Referências Gerais ao Auto-Cuidado</p>	<p>“... e que tenho que cuidar de mim.” P1</p> <p>“Eu tive terapia” P11</p> <p>“O meu corpo não tem que sofrer por isso” P18</p> <p>“Psicoterapia, cuidar de Mim” P59</p> <p>“Ao longo do tempo, e tendo feito terapia, aprendi a lidar com eles.” P71</p>

Total de UR na categoria A.2 = 22

**Tabela G3 – Registo de respostas nas respetivas subcategorias da pré-categoria
“Estratégias de Evitamento”**

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo
A.3. Estratégias de Evitamento	A.3.1. Dormir / Fuga Emocional	<p>“...dormir” P14</p> <p>“...sentir-me melhor (sem me aperceber - por exemplo, se dormir, no outro dia já m sinto melhor)...” P20</p> <p>“durmo ...” P51</p> <p>“Prefiro ir dormir agora, do que lidar comigo” P66</p> <p>“.... Dormir ...” P73</p> <p>“dormir.” P93</p> <p>“dormir” P122</p>
	A.3.2. Evitamento Através de Atividades e Tarefas	<p>“Focar-me noutras coisas, distrair-me.” P4</p> <p>“Distrair-me com algo que requer foco, como crochet ... e outras atividades” P17</p> <p>“Distrair-me, ...” P20</p> <p>“Foco-me noutra coisa” P21</p> <p>“Distrair...” P23</p> <p>“Interromper os pensamentos com outra atividade que requeira pensar” P24</p> <p>“... ler.” P25</p> <p>“Alguma atividade que ocupa minha mente” P42</p> <p>“Distrair com outra coisa” P46</p>

	<p>“...distrair-me com outras atividades” P49</p> <p>“Distrair me com coisas que gosto de fazer...”</p> <p>P54</p> <p>“Distrair-me com outra coisa....” P56</p> <p>“...trabalhar...” P56</p> <p>“Se ocupar a mente com algo diferente” P63</p> <p>“...Escrever Comida...” P67</p> <p>“Tentar focar-me noutras tarefas, como no trabalho.” P70</p> <p>“... Tomar banho” P73</p> <p>“Ir fazer outra tarefa...” P73</p> <p>“Ter alguma coisa para fazer. Por exemplo, quero o fazer mas tenho que ir para uma aula, ou seja, não tenho tempo/espço...” P81</p> <p>“Distrair-me com algo” P84</p> <p>“ou simplesmente distraio me com outras coisas. Se eu não conseguir pensar, esses pensamentos não se conseguem materializar”</p> <p>P86</p> <p>“Procurar distrações” P89</p> <p>“Pensar ... e nas minhas obrigações” P102</p> <p>“Distrair-me com outras coisas” P104</p> <p>“Escrever” P105</p> <p>“Ter responsabilidades para com terceiros”</p> <p>P106</p>
--	--

	<p>“Não pensar neles, distrair-me.” P112</p> <p>“Ouvir música” P115</p> <p>“Musica” P121</p> <p>“... distrair-me em geral” P123</p> <p>“Distrair-me com alguma coisa.” P124</p>
<p>A.3.3. Evitamento Através de Conteúdo Digital</p>	<p>“Foco me noutra coisa, comi mexer no telemóvel” P5</p> <p>“Distrair-me com estimulação digital ...” P14</p> <p>“Distrair-me com algo que requer foco, como ... vídeo jogos ...” P17</p> <p>“... distrair me a ver um filme ou uma série, ...” P25</p> <p>“Distração (seja ...ou ir para o computador ver um filme ou serie)” P29</p> <p>“... faço alguma coisa que goste (como jogar, ou ver a minha série favorita, etc.) para tentar distrair-me” P51</p> <p>“Distraime com outras coisas como televisão ou jogos” P82</p> <p>“Distrações (séries ou filmes),” P92</p> <p>“distrações momentaneamente como internet, jogos, youtube.” P93</p>
<p>A.3.4. Evitamento Através de Música</p>	<p>“Distração (seja ouvir musica ...” P29</p> <p>“Distrair-me com música” P44</p> <p>“ouvir música...” P47</p>

	<p>“Música ...” P67</p> <p>“... ouvir e gritar música metal, ...” P95</p> <p>“Ouvir música” P115</p> <p>“Musica” P121</p> <p>“... ouvir música...” P123</p>
Total de UR na categoria A.3 = 55	

Tabela G4 – Registo de respostas nas respetivas subcategorias da categoria “Fatores Interpessoais”

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo
A.4. Fatores Interpessoais	A.4.1. Contacto Interpessoal	<p>“falar com alguém” P20</p> <p>“Conversar com pessoas próximas” P22</p> <p>“ou estar com a minha família” P54</p> <p>“...ou falar com outra pessoa também ajuda.” P56</p> <p>“Falar com alguém” P73</p> <p>“falar com a minha namorada” P92</p> <p>“estar com amigos ou família.” P93</p> <p>“Falar com alguém que confio” P122</p>
	A.4.2. Preocupação com a Imagem Social	<p>“...não querer que as pessoas reparem que estou mal” P32</p> <p>“Vergonha, medo que outros descubram...” P49</p> <p>“Medo das outras pessoas descobrirem” P90</p>

<p>A.4.3. Relações Interpessoais Gerais</p>	<p>“As pessoas que gosto ficariam tristes” P7</p> <p>“Pensar na dor que causaria aos meus ente queridos” P28</p> <p>“...Penso nas pessoas que gostam de mim e penso também nas pessoas que são importantes para mim.” P33</p>
<p>A.4.4. Relações de Amizade</p>	<p>“Pensar ... nos amigos à volta.” P9</p> <p>“Pensar ... e amigos” P19</p> <p>“... amigos.” P31</p> <p>“Pensar nos meus amigos...” P32</p> <p>“Nao querer magoar ... amigos.” P57</p> <p>“Pensar no impacto que teria ... nos meus amigos” P69</p> <p>“Amigos ...” P75</p> <p>“Pensar ... nós meus amigos” P119</p>
<p>A.4.5. Relações Familiares</p>	<p>“Pensar nos familiares ...” P9</p> <p>“Pensar no meu irmão” P12</p> <p>“Pensar na minha família ...” P19</p> <p>“Família ...” P31</p> <p>“Nao querer magoar a minha familia ...” P57</p> <p>“Família” P61</p> <p>“Filhos” P65</p> <p>“Pensar no impacto que teria na minha família e nos meus amigos” P69</p> <p>“... família” P75</p>

	<p>“Pensar nos meus pais.” P88</p> <p>“Filhos” P98</p> <p>“Lembrar-me de que agora existem pessoas que se preocupam comigo e que isso as deixaria preocupadas e tristes.” P99</p> <p>“Pensar na minha família” P102</p> <p>“O meu filho” P109</p> <p>“Pensar na minha mãe ...” P119</p>
A.4.6. Relações Românticas	<p>“Namorada” P45</p> <p>“Meu namorado.” P118</p>
A.4.7. Responsabilidade Interpessoal	<p>“... porque há demasiado investido em mim” P53</p> <p>“Vais desiludir os teus pais” P101</p> <p>“Ter responsabilidades para com terceiros” P106</p> <p>“Não querer desiludir os outros.” P116</p>
Total de UR na categoria A.4 = 43	

Tabela G5 – Registo de respostas nas respetivas subcategorias da categoria

“Pensamentos e Emoções Negativas Inibidoras”

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo
A.5. Pensamentos e Emoções Negativas Inibidoras	A.5.1. Antecipação de Arrependimentos Futuros	<p>“...pensar na consequência física que vai causar ao meus corpo, pensar sobre como teria de limpar ou cuidar das feridas ...” P32</p> <p>“As consequências” P43</p>

	<p>“que as consequências serão más” P58</p> <p>“Arrependimento futuro principalmente se ficar marcado na pele” P87</p> <p>“Pensar que vou me sentir pior depois.” P113</p>
A.5.2. Auto-Depreciação	<p>“Covardia” P48</p> <p>“achar me parvo” P52</p>
A.5.3. Medo	<p>“O medo” P26</p> <p>“Medo...” P35</p>
A.5.4. Vergonha	<p>“...e eventualmente vergonha e pena de mim próprio.” P87</p> <p>“Vergonha. Mesmo não atuando sobre, ou verbalizando, é constante.” P111</p>
A.5.5. Outros Sentimentos Negativos Inibidores	<p>“O sentimento de vazio que precede o ato.” P103</p> <p>“...dúvida, perda” P35</p> <p>“Acho que não há palavras que ajudem” P80</p>
Total de UR na categoria A.5 = 14	

Tabela G6 – Registo de respostas nas respetivas subcategorias da categoria

“Pensamentos e Emoções Positivas Inibidoras”

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo
A.6. Pensamentos e Emoções Positivas inibidoras	A.6.1. Compromisso Pessoal	<p>“Penso que não me posso trair assim outra vez” P1</p> <p>“Lembro-me de que não quero voltar á estaca 0.” P11</p> <p>“já o fiz muitas vezes e não o quero voltar a fazer” P18</p>
	A.6.2. Motivação Para Superar	<p>“...pensar no que eu posso ser se ultrapassar isto tudo” P23</p> <p>“Estás quase lá.” P41</p> <p>“Não o quero fazer mais, quero parar” P55</p> <p>“Arranjo motivação para os mandar calar ...” P86</p>
	A.6.3. Objetivos Pessoais	<p>“...e que tenho muita coisa para viver ainda. Tenho sítios que quero ir, quero passear com os meus amigos e a minha família. Basicamente pensar no futuro, em vez de pensar no momento mau que estou a viver.” P3</p> <p>“Pensar ... e naquilo que quero fazer...” P25</p> <p>“Tenho alguns objetivos profissionais que quero atingir e a pouca esperança de ter sorte</p>

	no amor (vou fazer 30 anos e nunca beijei ninguém).” P107
A.6.4. Otimismo Sobre o Futuro	<p>“... e que tenho muita coisa para viver ainda.” P4</p> <p>“...melhores dias virão e tudo irá ficar bem” P33</p> <p>“Depois da tempestade, vem a bonança” P38</p> <p>“Futuro” P117</p>

Total de UR na categoria A.6 = 14

Tabela G7 – Registo de respostas nas respetivas subcategorias da categoria

“Outras estratégias”

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo
A.7. Outras estratégias	A.7.1. Outras estratégias	<p>“...afastar me dos objetos que uso....” P32</p> <p>“...fantasiar sobre o comportamento....” P47</p> <p>“largar o telemóvel, estar focada, porque se estiver muito cansada, estes pensamentos são contantes” P59</p> <p>“...ou se o que despoleta esses pensamentos ficou resolvido.” P63</p> <p>“Passar à frente” P64</p> <p>“... mindfulness...” P67</p> <p>“evitar pensar em coisas que levam a esses pensamentos” P89</p> <p>“sair de casa” P97</p> <p>“sair de casa” P100</p> <p>“As vezes magoar-me duma maneira mais</p> <p>“”safe”””” P114</p>

Total de UR na categoria A.7 = 10

Anexo H – Registo de respostas organizadas

Tabela H1 – Registo de respostas nas respetivas subcategorias da categoria

“Ambivalência”

Categoria	Subcategorias	Unidades de registo
B.1. Ambivalência	B1.1. Ambivalência	<p>“É um mix de sentimentos porque o meu eu interior está contente e nem o eu externo por não acontecido o que queria” P23</p> <p>“Alivia um pouco a curto prazo mas não ajuda a longo prazo pois não resolve o problema” P40</p> <p>“Sinto me ambivalente, algumas vezes. Talvez ceder a um impulso seja mais libertador do que ficar enredado num emaranhado de auto censura e auto controle que são lesivos a nível interno.” P76</p>

Total de UR na categoria B.1 = 3

Tabela H2 – Registo de respostas nas respetivas subcategorias da categoria

“Ausência de Mudança”

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo
B.2. Ausência de Mudança	B.2.1. Ausência de Sentimento	<p>“Nada” P64</p> <p>“Uma vez que entrou em modo automático e de pura lógica. Nada. ...” P83</p> <p>“estou a tentar nao pensar nisso, logo nao sinto nada em relacao a isso” P100</p>

B.2.2. Indiferença	<p>“Indiferente” P8</p> <p>“Indiferente...” P13</p> <p>“Não sinto nada de especial” P19</p> <p>“indiferente” P51</p> <p>“Indiferente.” P118</p>
B.2.3. Normalidade	<p>“Agora já não passo ao ato à muito tempo, por isso é habitual e não muda o meu bem estar no momento” P17</p> <p>“Normal, nenhuma diferença notável” P21</p> <p>“Normal” P38</p> <p>“Normal” P42</p> <p>“Normal” P54</p> <p>“Normal, porque não sinto que os pensamentos sejam meus” P60</p> <p>“normal” P72</p> <p>“Normal. Já ligo com eles há anos então já é rotineiro.” P73</p> <p>“Normal.” P112</p> <p>“Normal.” P116</p> <p>“Normal” P125</p> <p>“Normal, estou habituada.” P126</p>

Total de UR na categoria B.2 = 20

Tabela H3 – Registo de respostas nas respetivas subcategorias da categoria

“Sentimentos Negativos”

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo
B.3. Sentimentos Negativos	B.3.1. Ansiedade	<p>“... ansioso...” P47</p> <p>“Ansioso” P85</p> <p>“Ansiosa” P106</p>
	B.3.2. Cansaço	<p>Cansada (...)” P1</p> <p>“Sobrecarregada” P32</p> <p>“Exausto” P66</p> <p>“... Resistir ao impulso também as vezes me deixa cansada.” P67</p> <p>“Sinto cansaço” P71</p> <p>“No momento, cansada...” P99</p> <p>“Cansada e sem vontade de fazer nada nas horas seguintes” P122</p>
	B.3.3. Culpa	<p>“(...) mas não deixo de ter a sensação de culpa por ter esses pensamentos” P5</p> <p>“... mas culpada por os ter tido” P12</p> <p>“Muito culpada” P18</p> <p>“Culpada” P48</p>
	B.3.4. Frustração	<p>“Frustrada (...)” P2</p> <p>“Frustrada porque independentemente se resisti a esses pensamentos ou não, tudo na minha vida continua igual” P28</p> <p>“Frustrada” P89</p>

<p>B.3.5. Medo</p>	<p>“...mas ao mesmo tempo nervoso que volte a acontecer e que deixe de conseguir controlar na próxima vez” P44</p> <p>“... medo” P47</p> <p>“Com medo de não conseguir resistir da próxima vez” P49</p> <p>“Tenho medo de um dia ceder e fazer qualquer coisa irreversível.” P57</p> <p>“Nervoso e com medo de perder o controle” P79</p> <p>“Cobarde” P88</p>
<p>B.3.6. Permanência de Mal-Estar</p>	<p>“Situações em que tenho estes pensamentos geralmente são de grande zanga ou frustração pelo que, ao resistir, continuo a sentir-se mal” P14</p> <p>“... mas mal por ter os pensamentos” P15</p> <p>“Mal durante ...” P46</p> <p>“... mas mal por continuar a tê-los” P58</p> <p>“Acho que não muito melhor, porque fazê-lo acabar por exteriorizar o que sinto. É como se fosse um grito e assim fica reprimido.” P63</p> <p>“Não tem nenhum impacto positivo. Sinto me da mesma forma do que quando estava a ter o pensamento” P68</p> <p>“Mal a curto prazo...” P78</p> <p>“Mal à mesma” P101</p>

	<p>“Como estava antes...” P103</p> <p>“Uma merda.” P108</p> <p>“Mal” P114</p> <p>“Igual” P115</p>
B.3.7. Tristeza	<p>“Triste (...)” P4</p> <p>“triste na mesma” P7</p> <p>“Triste” P10</p> <p>“Na mesma triste.” P31</p> <p>“... triste ...” P47</p> <p>“... mas sem eliminar os sentimentos de tristeza.” P70</p> <p>“...mas triste por ter de fazer esse esforço. ...” P102</p> <p>“Deprimida” P109</p>
B.3.8. Outros Sentimentos Negativos	<p>“... mas eles acabam por voltar.” P9</p> <p>“Incomodada ...” P11</p> <p>“Fraca (...)” P26</p> <p>“(...) sem coragem” P26</p> <p>“Confuso...” P35</p> <p>“... Pensativo, Refletivo” P35</p> <p>“... mas não ajuda a longo prazo pois não resolve o problema” P40</p> <p>“insatisfeito...” P47</p> <p>“... porque não sinto que os pensamentos sejam meus” P60</p>

	<p>“Quando eu me estou a magoar é porque preciso de externalizar enegeria e emoções. Se não o fizer, sinto uma grande angústia no peito...” P81</p> <p>“sinto me um pouco fora do meu corpo. como se não estivesse totalmente nele” P93</p> <p>“... Penso que outras pessoas não passam por isso” P102</p>
--	---

Total de UR na categoria B.3 = 55

Tabela H4 – Registo de respostas nas respetivas subcategorias da categoria “Sentimentos Positivos”

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo
B.4. Sentimentos Positivos	B.4.1. Alívio	<p>“(…) aliviada” P2</p> <p>“(…) Aliviado porque, efetivamente, descarreguei a zanga.” P13</p> <p>“Aliviado” P24</p> <p>“Aliviado” P27</p> <p>“Aliviado por não ter feito nada que me pudesse arrenpender” P29</p> <p>“Alivia um pouco a curto prazo ...” P40</p> <p>“Aliviado ...” P44</p> <p>“Aliviada” P45</p> <p>“Aliviado” P61</p> <p>“Um pouco aliviado...” P70</p>

		<p>“Sinto alivio (...)” P77</p> <p>“...Muito mais tarde, quando já não é preciso está barreira, fico aliviada por não ter agido.”</p> <p>P83</p> <p>“Aliviada” P90</p> <p>“... mas aliviado por não chegar tão longe.”</p> <p>P103</p> <p>“Sinto-me aliviada” P104</p> <p>“Aliviada” P117</p>
<p>B.4.2. Bem-estar</p>		<p>“(...) mas bem por não ter feito nada” P4</p> <p>“Sinto me melhor (...)” P5</p> <p>“Sinto me feliz durante um tempo” P9</p> <p>“Melhor...” P12</p> <p>“Bem” P16</p> <p>“Depois de lhes resistir (depois de algum tempo), sinto-me bem (...)” P20</p> <p>“Sinto-me bem comigo própria” P25</p> <p>“Muito bem (...) sinto me muito bem quando penso isso (menos pensamentos)” P33</p> <p>“bem” P34</p> <p>“Bem.” P36</p> <p>“Bem.” P39</p> <p>“Bem” P43</p> <p>“... e bem depois, do género, (não foi preciso)” P46</p>

	<p>“Feliz” P53</p> <p>“Bem, depois de já não ter vontade de fazer essas coisas.” P56</p> <p>“Bem por ter resistido ...” P58</p> <p>“(...) muito bem Comigo e com a vida” P59</p> <p>“Feliz...” P67</p> <p>“...bem a longo [prazo]” P78</p> <p>“Ok” P82</p> <p>“Eu sinto me ok” P86</p> <p>“Sinto-me bem (...)” P87</p> <p>“melhor (...)” P92</p> <p>“Bem?” P96</p> <p>“melhor (...)” P97</p> <p>“Bem feliz” P98</p> <p>“Bem” P120</p> <p>“Awesome sauce” P121</p> <p>“Bem (...)” P124</p>
<p>B.4.3. Calma</p>	<p>“Normalmente sinto me mais calma...” P3</p> <p>“Leve mentalmente ...” P22</p> <p>“Mais tranquilo.” P41</p> <p>“Em paz.” P62</p> <p>“... relaxada...” P67</p> <p>“Em paz” P75</p> <p>“Calmo” P84</p> <p>“(...) relaxado.” P87</p>

	<p>“(...) mais calmo” P92</p> <p>“Sinto-me mais calmo (...)” P94</p> <p>“Sinto-me em paz” P105</p>
B.4.4. Conquista	<p>“... mas satisfeita com a minha resiliência.”</p> <p>P11</p> <p>“(...) sinto que ultrapassei mais uma "crise" (...)” P33</p> <p>“Que consegui superar, parar o vício, arranjar outros mecanismos” P55</p> <p>“Vitoriosa (...)” P59</p> <p>“Vitoriosa” P65</p> <p>“Realizado, completei um objectivo” P113</p> <p>“(...) porque sinto que me superei.” P124</p>
B.4.5. Força	<p>“(...) mas forte” P1</p> <p>“Forte...” P15</p> <p>“(...) "forte" (...)” P20</p> <p>“(...) sinto me cada vez mais "forte" para ultrapassar as próximas (crises) (...)” P33</p> <p>“Forte” P80</p> <p>“Sinto-me forte” P119</p>
B.4.6. Orgulho	<p>“(...) com orgulho por resisti-los.” P22</p> <p>“... orgulhoso ...” P47</p> <p>“Muito orgulho” P50</p> <p>“Vitoriosa (...)” P59</p> <p>“(...) orgulho de mim mesma.” P77</p>

	<p>“Orgulhoso pelo meu progresso e controlo que tenho das minhas ações.” P95</p> <p>“(…) orgulhoso” P97</p> <p>“... Posteriormente, orgulhosa de mim mesma.” P99</p> <p>“Orgulhosa ...” P102</p>
<p>B.4.7. Outros Sentimentos Positivos</p>	<p>“Recuperado” P6</p> <p>“(…) capaz” P20</p> <p>“(…) Também sinto que cada vez menos penso nisso (…)” P33</p> <p>“Resistente” P37</p> <p>“menos parvo” P52</p> <p>“(…) mais atento de modo a tentar que esses pensamentos não retornem outra vez” P94</p> <p>“(…) controlo que tenho das minhas ações.” P95</p> <p>“Em controlo” P111</p> <p>“gratificante” P112</p>

Total de UR na categoria B.4 = 86