



LSPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

*“ O Que Sentiste Antes? O Que Sentiste Depois?
Porque os Fizeste?”*

As Emoções e Funções dos
Comportamentos Autolesivos
Na Adolescência

ADRIANA RAFAELA LOPES PALMA

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA MARIA GOUVEIA-PEREIRA

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2018

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

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Gouveia-Pereira. Muito Obrigada, por tudo. Num momento de desespero, aquele abraço na rua fez toda a diferença. Obrigada por cada palavra sua e por ter sido das pessoas mais compreensivas comigo durante todo este período.

Aos MEUS QUERIDOS PAIS, por serem como são. Obrigada por terem acreditado sempre em mim, mesmo quando eu própria achava que não ia conseguir. Obrigada por não me terem deixado desistir do meu sonho. Mãe, obrigada por teres sido o meu suporte a tempo inteiro! Para além de te agradecer, tenho de te pedir desculpa por não ter facilitado todo este processo. Pus-te muitas vezes os cabelos em pé, mas eram os teus braços e o teu aperto que me acalmavam e me davam força para continuar. Obrigada pelas noitadas que passaste comigo, obrigada por nunca me teres deixado durante um segundo! Pai, a tua calma, o teu encorajamento e a tua força foram um exemplo para mim. Todas as conversas que tiveste comigo eram como um balão de oxigénio que me faziam ganhar um bocadinho mais de força para continuar “ *Só quero que tentes e que faças o teu melhor, não te preocupes com o resto, diverte-te e sê feliz*” foi das frases que mais ouvi de ti. Pois deixa-me dizer-te uma coisa pai, eu sou feliz, contigo aqui ao meu lado. Podia estar aqui a dizer centenas de Obrigadas, não iam ser suficientes para demonstrar o quanto vos estou agradecida. Vocês são, sem dúvida, os melhores Pais do Mundo.

Ao Meu Mano, que uma vez me disse assim - “ *Mana, já te disse que não podes ser tão pessimista. Não podes assumir logo que não consegues e não podes fazer disso um drama. E se não conseguires não é o fim do mundo. Por isso, vê se alivias essa pressão e fazes o teu melhor, que é bastante. Eu acho que consegues!*”. Obrigada Mano, por também tu teres acreditado sempre em mim. És um dos meus maiores exemplos e, “quando for grande”, vou querer ser igual a ti. Continuas a ser a minha pessoa favorita de todo o Mundo e não há melhor Mano do que tu.

À Minha Sobrinha Linda. O teu Sorriso, o teu Olá e o teu “*Ia*” faziam-me sorrir. Eram as tuas fotos e os teus vídeos que eu ia ver quando sentia-me mais triste. Davas-me força e, quando fores um bocadinho mais crescida, vou dizer-te o quão importante foste para mim nesta fase. Obrigada Meu Amor!

À Minha Avó, que nunca deixou de rezar por mim. Avó, já podes ficar descansada, está quase quase a acabar. Obrigada Avó, por me incentivares, por dizeres que tudo ia correr bem!

À Minha Priminha Catarina, por seres a melhor prima que alguém poderia ter e por me teres acompanhado neste percurso. Por querereres sempre o melhor para mim e por teres sido das pessoas que mais me diverti nestes últimos meses. Obrigada Prima!

Aos Meus Tios, Lurdes e Paulo. Por me mostrarem todos os dias que posso contar com vocês. Por ambos terem acreditado em mim e por me dizerem para ter calma e força que eu ia conseguir. Obrigada Tios, do fundo do meu coração.

À Joana, por me mostrares sempre mais oportunidades e por me incentivares a fazer mais e melhor.

Aos meus Tios Fátima e Rui e primo Ricardo, Obrigada.

À Rita Guerreiro! Rita, Obrigada, por tudo! Foste uma das pessoas que mais apoio me deu. Não só ao longo de todos estes anos, como principalmente na reta final. Obrigada pelas chamadas que demoravam horas, onde eu chorava ou simplesmente ficava em silêncio. Obrigada por teres vindo sempre ter comigo nos momentos em que estava aflita e Obrigada ainda pelas tuas tentativas de me fazer pensar em outras coisas. A tua amizade foi fundamental neste processo, e eu sou uma pessoa sortuda por te ter ao meu lado. Obrigada Sininho!

Aos Porto D`Abrigo! Vocês são, sem dúvida alguma, os melhores amigos do Mundo! Ao longo destes cinco anos, vocês estiveram sempre lá. Obrigada por serem como são.

À Patrícia Canaverde, à Inês Mendes, Leonor Lavradio, Shaline Correia, Mariana Viçoso e Mariana de Paiva! Se eu gostei tanto destes cinco anos de curso, quase tudo deve-se a vocês. Vocês ajudaram-me a chegar até aqui! Obrigada pelas vossas amizades que vou levar para a vida, tenho a certeza disso.

À Catarina Real e à Catarina Sousa! As nossas conversas existenciais no intervalo vou levar para a vida. Obrigada pela vossa amizade e principalmente por estes dois anos.

Por fim, às três estrelinhas que estão lá em cima a olhar por mim. Continuam a não saber a quantidade de vezes em que penso em vocês. Obrigada Avós!

RESUMO

A presente investigação tem como objetivo analisar nos adolescentes os Comportamentos Autolesivos, as Funções dos Comportamentos Autolesivos e ainda as Emoções que poderiam estar envolvidas na prática destes comportamentos. Desta forma, correlações foram feitas entre os CAL e as suas Funções Intrapessoais e Interpessoais, entre as Emoções e os CAL e, por fim, foi feita uma diferença entre médias das emoções estudadas com o objetivo de analisar diferenças significativas nas emoções entre o momento Antes e Depois da realização dos CAL. A amostra considerou apenas os adolescentes que relataram ter praticado comportamentos autolesivos. Desta forma, dos 230 adolescentes inquiridos, 90 adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 21 anos, relataram ter tido comportamentos autolesivos sendo que, 33.3% pertencem ao género masculino e 66.7% ao género feminino. Os instrumentos usados neste estudo foram: Inventário dos Comportamentos Autolesivos (*ICAL*), Inventário das Emoções e por fim, o Inventário das Funções dos Comportamentos Autolesivos. Os dados revelaram que os CAL encontravam-se mais fortemente associados às Funções Intrapessoais, especialmente à Função Auto-Punição. Revelaram ainda que as Emoções Negativas Antes e Depois da realização dos CAL encontram-se correlacionadas positivamente com os Comportamentos Autolesivos e por fim, pode concluir-se que existe uma diminuição significativa das Emoções Raiva, Injustiça, Ansiedade, Desespero, Frustração e Revolta e um aumento significativo nas emoções Alívio, Satisfação, Culpa e Vergonha do momento Antes para o Depois da realização dos Comportamentos Autolesivos.

Palavras-Chave: Adolescência; Comportamentos Autolesivos; Funções; Emoções

ABSTRACT

The present study aims at analyzing in adolescents the Self-Injurious Behavior (SIB), the Functions of Self-Injurious Behavior and the Emotions that could be involved in the practice of these behaviors. In this way, correlations were made between SIB and their Intrapersonal and Interpersonal Functions, between Emotions and SIB's and, finally, a difference was made between the means of the studied emotions in order to analyze significant differences in the emotions between the time Before and After the practice of SIBs. The sample considered only the adolescents who reported having practiced self-injurious behaviors. Thus, of the 230 adolescents surveyed, 90 adolescents aged between 15 and 21 reported self-injurious behaviors, with 33.3% belonging to the male gender and 66.7% to the female gender. The instruments used in this study were Inventory of Self-Injurious Behaviors, Inventory of Emotions and, finally, Inventory of Functions of Self-Injurious Behavior. The data revealed that SIB were more strongly associated with Intrapersonal Functions, especially the Self-Punishment Function. They also revealed that the Negative Emotions before and after the SIB are positively correlated with the Self-injurious Behaviors and, finally, it can be concluded that there is a significant decrease in the Emotions: Anger, Injustice, Anxiety, Despair, Frustration and Revolt and significant increase in emotions Relief, Satisfaction, Blame and Shame of the moment Prior to the After Self-Injurious Behaviors.

Key-words: Adolescence; Self-injurious Behaviors; Functions; Emotions

ÍNDICE

ENQUADRAMENTO TEÓRICO	1
1. A Adolescência.....	1
2. Comportamentos Suicidários e Comportamentos Autolesivos	2
2.1. Comportamentos Autolesivos	4
2.2. Fatores de Risco	6
2.3. O desenvolvimento e manutenção dos Comportamentos Autolesivos	7
3. Funções dos Comportamentos Autolesivos.....	8
4. Emoções nos Comportamentos Autolesivos	13
OBJETIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	18
MÉTODO	19
1. Participantes	19
2. Instrumentos	20
2.1- Inventário dos Comportamentos Autolesivos – ICAL.....	20
2.2- Inventário das Emoções	20
2.3- Inventário das Funções dos Comportamentos Autolesivos	21
2.4 – Dados Sociodemográficos.....	22
3. Procedimentos	22
RESULTADOS	23
1. Análise Descritiva.....	23
2. Análise das Hipóteses de Investigação	27
DISCUSSÃO	33
REFERÊNCIAS	40
ANEXOS	47

ÍNDICE DE SIGLAS

CAL - Comportamentos Autolesivos

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição dos adolescentes com CAL segundo a idade e gênero.....	19
Tabela 2- Distribuição dos adolescentes com CAL por tentativa de suicídio e gênero.....	20
Tabela 3- Distribuição dos Adolescentes com CAL por tentativa de suicídio e gênero.....	20
Tabela 4- Tabela Relativa à frequência de dor física.....	25
Tabela 5- Tabela de frequência face ao estar sozinho quando realiza os CAL.....	25
Tabela 6- Tabela de frequência referente ao local de realização dos CAL.....	26
Tabela 7- Tabela de frequência no que concerne ao tempo de espera para a passagem ao ato.....	26
Tabela 8- Tabela de frequência face à vontade de parar com os CAL.....	26
Tabela 9- Matriz Correlacional entre os CAL e as Funções Intrapessoais e Funções Interpessoais.....	27
Tabela 10- Matriz Correlacional entre os CAL e cada uma das Funções Intrapessoais.....	27
Tabela 11- Matriz Correlacional entre os CAL e as Emoções Negativas Antes e Depois da realização dos CAL.....	28
Tabela 12- Matriz Correlacional entre os CAL e as Emoções Positivas Antes de Depois da realização dos CAL	28
Tabela 13- Diferença de médias nos momentos Antes e Depois nas emoções Tristeza, Angústia, Raiva, Injustiça, Culpa, Ansiedade, Desespero, Infelicidade, Irritação, Vazio, Desilusão, Nojo, Vergonha, Depressão, Frustração e Revolta.....	32

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Frequência de Tipologia dos Comportamentos.....	24
Figura 2. Frequência do número de jovens que relataram sentir cada emoção negativa.....	30
Figura 3. Frequência do número de jovens que relataram sentir cada emoção positiva.....	31

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A- Autorização para as Escolas.....	48
Anexo B- Autorização para os Encarregados de Educação.....	49
Anexo C- Folha de Rosto do Questionário.....	50

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. A Adolescência

Foi no início do século XV que a Adolescência viu as suas primeiras definições a serem discutidas, contudo, foi nos anos de 1980 que foi caracterizada com uma fase essencial ao desenvolvimento humano e apenas no século XX que se tornou tema de crescente interesse para a história da Psicologia (Senna & Dessen, 2012). Foi ainda neste mesmo século que a Adolescência foi compreendida como um período onde existe uma inter-relação entre fatores desde ordem individual, até histórica e cultural, realçando assim a importância da adoção de modelos sistêmicos para uma melhor compreensão deste período.

Ao adotar uma visão mais abrangente, as investigações focadas no desenvolvimento do adolescente começaram a determinar relações entre os aspetos do indivíduo e seus contextos de desenvolvimento, e a identificar obstáculos, potencialidades e possibilidades no desenvolvimento das competências do adolescente (Lerner & Steinberg, 2004, cit por. Senna & Dessen, 2012).

Para Erickson (1976), a Adolescência é um dos vários estágios que faz parte do desenvolvimento humano e reflete uma crise que tem por base o desenvolvimento da identidade, que se encontra em constante transformação, e que está também dependente das experiências e informações processadas nas interações diárias do adolescente com outros, reconhecendo igualmente a influência dos ambientes e o impacto da experiência social durante o curso de vida.

Para Guerreiro e Sampaio (2013) a Adolescência é definida como um período de desenvolvimento e de maturação que ocorre entre a infância e a idade adulta e é caracterizado não só por importantes mudanças fisiológicas como também por mudanças psicossociais. É um processo fortemente marcado pela influência que o ambiente em redor do adolescente tem sobre ele e é também considerado um período onde o adolescente inicia separações importantes, tentando desenvolver uma autonomia em relação à família, dando início à construção de uma identidade que irá permanecer na sua idade adulta.

Por ser um processo que acarreta grandes mudanças, representado por ganhos e perdas, torna-se um período de grande vulnerabilidade, também de alguma precariedade psíquica que não deve de todo ser desvalorizado (Cyssau, 2005) e que pode levar ao desenvolvimento de problemas emocionais e de comportamento (Jacobsa, Reinecke, Gollan, & Kane, 2008) uma vez que é também caracterizado como um período de grande instabilidade emocional (Hess & Falcke, 2013).

Segundo Jorge, Queirós e Saraiva (2015), além das transformações físicas, o adolescente experimenta um período especialmente frágil, onde existe uma probabilidade elevada de mudança, mas também de desequilíbrio. Este, encontra-se numa fase onde necessita de capacidades de simbolização e de representar o seu caos interno, nascendo então uma tendência de passagem ao ato, como expressão de um conflito ou dificuldade em ultrapassar a situação em que se encontra.

A Adolescência é também considerada um desafio devido às mudanças profundas que ocorrem em diferentes contextos e níveis sistémicos durante esse período. Essas mudanças são principalmente individuais, familiares e sociais. A adaptação bem-sucedida a essas mudanças é o desafio da adolescência, e o desfecho influencia fortemente o bem-estar do adolescente. Segundo Soares (2000; cit. por Cruz, Narciso, Muñoz, Pereira & Sampaio, 2013) quando a adaptação bem-sucedida não é realizada, pode surgir uma crise que pode resultar em trajetórias de desenvolvimento menos adaptativas e eventualmente psicopatológicas. Trajetórias negativas dos adolescentes, incluindo pensamentos e comportamentos autodestrutivos, merecem uma atenção especial da investigação clínica, pois têm sido considerados uma das principais causas de morte em adolescentes e jovens adultos (15 a 24 anos), e representam um grave problema de saúde pública (WHO, 2006).

2. Comportamentos Suicidários e Comportamentos Autolesivos

Uma das grandes dificuldades no estudo de Comportamentos Autolesivos (CAL) assenta no facto de tanto investigadores como clínicos utilizarem diferentes nomenclaturas e definições para estudarem o mesmo fenómeno (Nock, 2010). É importante não só a utilização clara e consistente dos termos para o aperfeiçoamento das investigações sobre o tema, como também a sua compreensão de forma a promover melhores avaliações e intervenções clínicas.

A literatura tem demonstrado essa falta de consenso, tanto a nível da função como do conteúdo. Termos como auto-mutilação (*self-mutilation*), auto-agressão deliberada (*deliberate self-harm*), auto-lesão episódica e repetitiva (*episodic and repetitive self-injury*), auto-agressão (*self-harm*), corte (*cutting*) e parasuicídio (*parasuicide*), auto-lesão repetida (*repeated self-injury*), auto-ferimento (*self-wounding*) ou comportamento auto-destrutivo (*autodestructive behavior*) descrevem o fenómeno que é a agressão autodirigida (Mangnall & Yurkovich, 2008; Nock, 2010; Nock, & Favazza, 2009)

No entanto, e apesar do foco deste estudo ser os CAL, uma das grandes dificuldades na sua definição ao longo da literatura assenta também no facto destes estarem irremediavelmente associados ao Suicídio, existindo assim uma enorme dificuldade em estudar as temáticas separadamente (Guerreiro & Sampaio, 2013). Face a esta dificuldade, e de modo a poder elaborar-

se um plano mais adequado à prevenção deste tipo de comportamentos, é necessário antes de mais, compreendê-los, e, esta compreensão passa em primeira instância pelas suas definições.

Desta forma, o suicídio pode ser definido como todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato esse em que a vítima deveria saber o seu resultado (Carvalho, et al., 2013).

No entanto, os comportamentos suicidários não se limitam ao suicídio, compreendendo um alargado espectro de comportamentos que variam na potencialidade da morte iminente, podendo aproximar-se ou afastar-se desta.

Existem diferentes formas do sujeito causar lesões a si próprio, e de acordo com a literatura específica da suicidologia, a nomenclatura atualmente aceite dos comportamentos suicidários compreende 3 conceitos: o suicídio consumado, a tentativa de suicídio e a ideação suicida (Hill, Castellanos, & Pettit, 2011).

A ideação suicida é caracterizada por pensamentos ou ideias acerca do suicídio e/ou planeamento da própria morte; a tentativa de suicídio refere-se a um ato levado a cabo com o intuito efetivo de pôr termo à vida, mas que por razões diversas, geralmente alheias ao indivíduo, resulta frustrado; e o suicídio consumado é então, o ato anteriormente descrito, levado a cabo e que culmina com a morte do sujeito (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Por outro lado, e em contraste com os comportamentos suicidários, tem de se considerar os Comportamentos Autolesivos que diferem na intenção de morte. Apesar de existirem algumas divergências na comunidade científica relativas à definição dos CAL, sobretudo no que diz respeito à sua intencionalidade suicidária, distinguem-se na literatura anglo-saxónica dois grandes grupos:

- Comportamentos autolesivos deliberados (do inglês, *Deliberate Self-Harm, DSH*): inclui todos os métodos de auto-lesão, desde sobre dosagens ou cortes na superfície corporal, não diferenciando se o comportamento é ou não uma tentativa de suicídio, evitando assim a questão da intencionalidade (ou a falta desta), assumindo ser um conceito de difícil medição (Guerreiro, 2014).

- Comportamentos autolesivos não suicidários (do inglês, *Non-Suicidal Self-Injury, NSSI*): que se refere apenas à lesão do próprio corpo, na ausência de intencionalidade de morrer, incluindo apenas cortes e comportamentos associados, como queimaduras, arranhões, etc (Guerreiro, 2014)

Apesar da dificuldade existente na definição dos CAL, existem 4 conceitos-chave que são utilizados em todos os termos: método, resultado, letalidade e intencionalidade.

O método é o meio ou processo utilizado para a autolesão. Alguns dos métodos possíveis são: sobredosagem de substâncias tóxicas, feridas ou queimaduras corporais, precipitação de alturas, etc. Aparentemente, o método utilizado é algo objetivo e de fácil precisão, mas a sua aferição pode tornar-se difícil visto que se baseia no autorrelato do indivíduo (Guerreiro & Sampaio, 2013).

O resultado destes comportamentos pode ser a morte (acidental ou suicídio), a sobrevivência com lesões/ferimentos ou a sobrevivência sem lesões/ferimentos (Guerreiro, 2014).

O conceito de letalidade refere-se ao potencial de perigo de morte, associando-se ao método utilizado. Desta forma, alguns métodos são considerados mais letais comparativamente a outros, como por exemplo o enforcamento e as armas de fogo apresentam maior probabilidade de morte do que algumas automutilações ou sobredosagens medicamentosas (consideradas menos letais). O conceito de letalidade pode envolver duas dimensões, a letalidade objetiva sendo que esta é avaliada por um médico ou a letalidade subjetiva, que é avaliada pelo próprio sujeito (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Por fim, o conceito de intencionalidade que revela ser o mais difícil de mensurar. Pode ser definido como a determinação do sujeito em alcançar o seu objetivo, neste caso, o suicídio (Guerreiro & Sampaio, 2013)

Na tentativa de clarificação e uniformização de conceitos, o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio optou pela seguinte definição dos CAL: “*comportamentos sem intencionalidade suicida mas envolvendo atos autolesivos intencionais, como por exemplo: cortar-se ou saltar de um local relativamente elevado; ingerir fármacos em doses superiores às posologias terapêuticas reconhecidas; ingerir uma droga ilícita ou substância psicoativa com propósito declaradamente autoagressivo; ingerir uma substância ou objetos não ingeríveis, como por exemplo, lixívia, detergente, lâminas ou pregos*” (Carvalho, et al., 2013).

A definição usada neste estudo vai de encontro à definição de Comportamentos autolesivos deliberados (do inglês, *Deliberate Self-Harm, DSH*) exatamente pelo facto de evitar a questão da intencionalidade por esta ser de difícil mensuração.

2.1. Comportamentos Autolesivos

Os Comportamentos Autolesivos na Adolescência têm vindo a tornar-se cada vez mais um problema de saúde pública. Embora a variância internacional exista, investigações de diferentes

comunidades mostram que 10% dos adolescentes relatam ter comportamentos autolesivos (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012). Segundo Muehlenkamp, Claes, Hvertape, e Plener (2012), os índices de Comportamentos Autolesivos em adolescentes de amostras não clínicas variam entre 5% a 37%.

Os comportamentos autolesivos tornam-se cada vez mais comuns a partir dos 12 anos de idade, particularmente nas raparigas, de tal forma que, entre as idades de 12 anos e 15 anos, a proporção de raparigas para rapazes é de cinco a seis para um (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012).

Os métodos de autolesão são heterogêneos, incluindo comportamentos de cortes, saltar de alturas e bater no próprio corpo (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012).

Um estudo que abrangeu 6 países europeus- Bélgica, Inglaterra, Hungria, Irlanda, a Holanda e a Noruega- com um total de 30477 estudantes investigou a prevalência de CAL e os resultados indicaram que 8,9% das raparigas e 2,6% dos rapazes reportaram episódios de CAL no ano anterior e 13,5% e 4,3% respetivamente relataram episódios de CAL ao longo da sua vida. No geral, as mulheres tinham mais de duas vezes a probabilidade de relatar episódios no último mês e mais de três vezes de probabilidade de relatar episódios no último ano ou ao longo da vida (Madge, et al., 2008).

Quanto à metodologia dos CAL usada pelos estudantes, esta envolvia cortes (55,9%), overdose (22,3%), outro método (11,7%) e os restantes utilizavam múltiplos métodos (10,7%). Quanto à premeditação, quase metade (48%) de todos os jovens que relataram auto-lesão no ano anterior afirmaram que tinham decidido fazê-lo dentro de uma hora do episódio em questão, 22,7% decidiram mais de uma hora mas menos de uma semana antes e 29,3% tomaram a decisão de executar CAL mais de uma semana antes (Madge, et al., 2008).

Num outro estudo que abrangeu 390 estudantes com idade média de 16 anos, 15,9% (n=62) afirmaram envolver-se em comportamentos autolesivos não existindo diferenças de género quanto à prática de comportamentos autolesivos. Dos que se envolveram em comportamentos, 42% dos participantes disseram que o seu mais recente comportamento autolesivo foi com a idade atual e 24% relataram que o seu último comportamento teria ocorrido ainda dentro do ano da sua corrente idade. A idade do primeiro CAL variou entre os 5 e os 17 anos, com a maioria a reportar o seu começo aos 13 anos (14,5%), 14 (26,5%), ou 15 (16,9%). A maioria da metodologia usada pelos jovens estudantes para se magoarem envolviam cortes, arranhões e baterem-se a eles próprios (Muehlenkamp & Gutierrez, 2004).

Uma investigação realizada por Gonçalves, Martins, Rosendo, Machado, e Silva (2012) que incluía 569 adolescentes portugueses com idades entre os 12 e 20 anos, revelou uma prevalência de quase 28% de CAL sendo que dos 158 adolescentes que revelaram ter comportamentos, 56 (35,4%) afirmam ter tido o comportamento no último mês. O estudo não revelou qualquer diferença de género quanto à prática de comportamentos. O comportamento mais evidenciado pelos jovens estudantes foi o de “morder” (5,1%), seguido de “arranhões” (3,3%), hematomas (2,9%), cortes (2,6%) e queimaduras (0,5%). As partes do corpo mais lesadas foram os braços, as mãos e as unhas e relativamente à dor, a maioria dos estudantes admitem sentir de leve a moderado dores no momento da realização dos comportamentos e após.

Ainda um estudo realizado por Guerreiro, Sampaio, Figueira e Madge (2017), cujo um dos principais objetivos era determinar a prevalência de CAL numa amostra representativa de estudantes a frequentar escolas portuguesas, concluiu que dos 1713 adolescentes estudados, com idades compreendidas entre os 12 e os 20 anos, 125 praticaram CAL pelo menos numa ocasião. A maioria dos jovens teria tido comportamentos autolesivos nos últimos 12 meses (56,2%), incluindo 19% que se teria auto-lesado no último mês. Comparativamente ao género, verificou-se que as raparigas relatavam 3 vezes mais CAL dos que os rapazes. Quanto à metodologia dos CAL, a maioria dos episódios envolvia apenas cortes (64,8%), 18,4% apenas overdose e 6,4% combinavam o método do corte com a overdose. Não se encontrou diferenças de género face ao método escolhido.

Relativamente ao tempo, mais de metade (58,1%) dos jovens adolescentes que praticaram CAL no último ano afirmou que deste a ideia do comportamento até mesmo à realização do mesmo, passou-se uma hora, 20,2% decidiram mais de uma hora, mas menos de uma semana antes e, 21,8% dos jovens já pensavam em magoar-se há mais de uma semana antes do momento da realização dos CAL (Guerreiro, Sampaio, Figueira, & Madge, 2017).

Quanto ao local onde os jovens executavam o comportamento, a maioria dos comportamentos (87,1%) ocorria em casa, mas 17,7% ocorriam na escola e 8,9% em sítios públicos (Guerreiro, Sampaio, Figueira, & Madge, 2017).

2.2. Fatores de Risco

Apesar de não ser possível determinar com exatidão quais os fatores ou combinações de circunstâncias que contribuem para a prática de comportamentos autolesivos, são evidenciados constantemente pela literatura alguns dos principais fatores de risco encontrados globalmente com maior frequência na realização destes comportamentos.

Entre os fatores sociodemográficos e educacionais, encontramos o gênero feminino com uma probabilidade significativamente maior de realização de CAL comparativamente com o gênero masculino. Encontra-se também uma associação entre o baixo nível educacional, dificuldades ou abandono escolar e a prática de comportamentos autolesivos. Para além dos fatores sociodemográficos e educacionais, os fatores familiares e a exposição a eventos de vida negativos abrangem também aspetos que se encontram relacionados com a prática de comportamentos autolesivos. A ausência de suporte familiar, rigidez familiar, pobre comunicação familiar, conflitos e dificuldades interpessoais, separação ou divórcio parental, morte de um dos progenitores, experiências adversas na infância, stresse e história de suicídio na família, assim como comportamentos autolesivos praticados na família são algumas variáveis que revelaram ser preditoras de comportamentos autolesivos. Ser vítima de *bullying* e vítima de abuso físico ou sexual também foram considerados importantes preditores para comportamentos autolesivos. (O'Connor, Rasmussen, & Hawton, 2009; Madge, et al., 2011; Guerreiro & Sampaio, 2013; Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012; Guerreiro, Sampaio, & Figueira, 2014; Zhang, Song, & Wang, 2016).

Dentro dos Fatores Psiquiátricos e Psicológicos, verifica-se que os adolescentes e jovens adultos que realizam CAL relatam níveis maiores de depressão, ansiedade, impulsividade e baixa auto-estima (Madge, et al., 2011), elevados níveis de autocriticismo (Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto, & Nock, 2007), uma maior tendência de ruminação perante acontecimentos de vida negativos ou stressantes (Voon, Hasking, & Martin, 2014), um aumento de estados dissociativos ou sentimentos de vazio (Rallis, Deming, Glenn, & Nock, 2012) e pobres capacidades de resolução de problemas, tornando-se assim a estratégias de confronto usadas pelos jovens uma variável preditora de pensamentos e comportamentos associados à autodestruição, nomeadamente estratégias de *coping* focadas no evitamento (Cruz, Narciso, & Sampaio, 2016) e ainda na supressão de sentimentos e pensamentos aversivos (Najmi, Wegner, & Nock, 2007).

2.3. O desenvolvimento e manutenção dos Comportamentos Autolesivos

Há fatores de risco que estão associados aos CAL, contudo, não há uma noção clara de como esses mesmos fatores levam à realização de Comportamentos Autolesivos. O Modelo Teórico Integrado tenta dar resposta para o desenvolvimento e a manutenção dos CAL começando por afirmar que os CAL iniciam-se devido à existência de fatores de risco que criam vulnerabilidades intrapessoais e interpessoais nos jovens, sendo que, são essas mesmas vulnerabilidades que dificultam os jovens a encontrarem soluções adaptadas e saudáveis para os eventos stressantes ou

até mesmo para os desafios e obstáculos ao longo das suas vidas, aumentando assim a probabilidade da prática de Comportamentos Autolesivos (Nock, 2010).

De seguida, o Comportamento Autolesivo é mantido porque os jovens conseguem ver nos comportamentos um método eficaz na regulação das suas experiências afetivas/ cognitivas e/ ou um método capaz de influenciar o ambiente social de uma forma desejada pelos jovens. Por fim, o Modelo assenta que a propensão à repetição da auto-lesão é aumentada por vários fatores específicos associados ao próprio CAL que levam os jovens a escolher esse comportamento em vez de outros (Nock, 2010).

3. Funções dos Comportamentos Autolesivos

Seguindo a linha de que os Comportamentos Autolesivos funcionam como um método eficaz na regulação de experiências Afetivas/ Cognitivas e/ou em influenciar o ambiente social, Nock e Prinstein (2004), desenvolveram um Modelo de Quatro Funções que propõe que os CAL são mantidos por quatro processos de reforço distintos que se podem dividir em Funções de Reforço Automático e Funções de Reforço Social.

Das primeiras fazem parte as Funções de Reforço Automático Negativo, que se referem ao uso dos CAL pelo jovem como forma de alcançar uma redução da tensão ou de outros estados afetivos negativos (e.g: parar de ter sentimentos maus) - esta função é a mais comumente evocada (Nock & Prinstein, 2004). Ainda nesta função de Reforço Automático temos as Funções de Reforço Automático Positivo em que os jovens envolvem-se nos comportamentos com a função de criar estados psicológicos desejados (e.g: para sentir alguma coisa mesmo que seja dor). Os comportamentos autolesivos podem assim ter como finalidade a remoção de sentimentos, mas também podem ser utilizados como um meio para gerar sentimentos (Brown, Comtois, & Linehan, 2002)

Em contraste às Funções de Reforço Automático, as Funções de Reforço Social referem-se ao uso dos comportamentos autolesivos com a função de modificar ou regular o contexto social do próprio. Pode ser também dividida em Reforço Social Negativo em que a envolvência do adolescente aos comportamentos autolesivos é seguida pela diminuição ou cessão de algum evento social (e.g: para evitar ser vítima de bullying) (Nock, 2010) e por fim, na Função de Reforço Social Positiva, onde os jovens têm como objetivo ganhar a atenção dos outros ou ganhar alguma coisa (e.g: obter a reação de alguém mesmo que seja negativa) (Nock & Prinstein, 2004).

No seu estudo, Nock e Prinstein (2004) perceberam que as funções mais referidas pelos jovens referiam-se às Funções de Reforço Automático, tendo a maioria dos jovens o objetivo de regulação (redução e/ou aumento) de experiências emocionais ou fisiológicas.

Um estudo realizado por Klonsky e Olin (2008), que abrangeu 205 alunos com idades compreendidas entre os 17 e os 19 anos, concluiu que 10% dos jovens que utilizava como método exclusivo o corte, praticava os comportamentos autolesivos maioritariamente ao serviço das Funções de Reforço Automático. Os CAL eram realizados de forma menos impulsiva e face à forte envolvimento às Funções Automáticas, os autores sugeriram que os CAL poderiam ser vistos como uma estratégia de regulação de emoções negativas.

Uma investigação realizada por Nock, Prinstein, e Sterba (2009) demonstrou que os comportamentos autolesivos dos adolescentes teriam maioritariamente uma Função de Reforço Automático Negativo (64.7% dos episódios de CAL), seguido de Funções de Reforço Automático Positivo (24.5%) e, muito menos frequente, as Funções de Reforço Social Negativo (14.7%) e Funções de Reforço Social Positivo (3.9%).

Contudo, um estudo que contemplou 633 estudantes com idade média de 15 anos demonstrou que entre 22% e 28 % dos adolescentes envolveram-se na prática de CAL ao serviço das Funções Automáticas, assim como entre 19% e 31% dos participantes relataram a execução de CAL ao serviço das Funções Sociais. Desta forma, os jovens da comunidade relataram envolver-se em Comportamentos Autolesivos tanto para influenciar os comportamentos dos outros como os seus estados emocionais (Lloyd- Richardson, Perrine, Dierker, & Kelley, 2007).

Porém, o presente estudo optou pelo modelo de Klonsky e Glenn (2009). Numa amostra de 235 estudantes universitários foram avaliadas 13 funções assim como a frequência dos comportamentos autolesivos. Consistentes com literatura anterior, os resultados concluíram que as 13 funções avaliadas compreendiam dois fatores conceptualizados como Funções Intrapessoais e Funções Interpessoais que correspondem aos fatores automático e social de Nock e Prinstein (2005), respetivamente (Klonsky, Glenn, Styer, Olin, & Washburn, 2015).

O primeiro fator representado pelas Funções Intrapessoais, cujo o objetivo seria diminuir estados cognitivos/afetivos aversivos ou aumentar estados de desejo (Nock, 2010), englobariam 5 funções: a Regulação de Afetos, Auto-Punição, Anti-Dissociação, Anti-Suicídio e, por fim, a Sinalização de Mau Estar (Klonsky, Glenn, Styer, Olin, & Washburn, 2015).

Relativamente à função Regulação Emocional, os CAL são vistos como uma estratégia para aliviar emoções negativas intensas e indesejadas. Emoções como raiva, ansiedade e frustração tendem a estar presentes antes da prática dos CAL e sensações de calma e alívio são experienciadas no momento posterior à realização dos comportamentos. Jovens com uma disposição biológica para a instabilidade emocional possuem dificuldades na gestão das suas emoções e tornam-se propensos a usar a autolesão como estratégia desadaptada de regulação emocional. Razões como “*Para libertar a pressão emocional que se construiu dentro de mim*”, “*Para parar emoções más*” ou “*Para gerir o stress*” são mencionadas por jovens que praticam CAL (Klonsky & Muehlenkamp, 2007).

Já na função Auto-Punição, os CAL funcionam como uma forma de expressão de raiva ou de diminuição contra o próprio (Klonsky E. D., 2007). Os CAL são experienciados como algo familiar e egosintónico e tornam-se um método eficaz para atingir a calma quando se é confrontado com angústia emocional. As razões mais citadas para o envolvimento em CAL incluem “*Para expressar a raiva de mim mesmo*” e “*Para me castigar a mim próprio*” (Klonsky & Muehlenkamp, 2007).

No que concerne a função Anti-Dissociação, os CAL são caracterizados como uma resposta a períodos de dissociação ou despersonalização. Episódios de dissociação ou de despersonalização podem ocorrer como resultado a emoções intensas que os jovens acabam por sentir. A dor física ou a observação do sangue pode ajudar os jovens a recuperar o sentido do *Self*. Razões como “*Para sentir alguma coisa, mesmo que seja dor*”, “*Para me sentir real outra vez*”, “*Para parar de me sentir vazio*” são muitas vezes citadas por jovens que realizam comportamentos com esta função (Klonsky & Muehlenkamp, 2007).

Face à função Anti-Suicídio, os CAL representam uma estratégia de *coping* para resistir a desejos de tentativas de suicídio. As razões mais apresentadas pelos jovens incluem “*Para me impedir de atuar sobre sentimentos suicidas*” e “*impedir ideações ou tentativas de suicídio*”. Esta função pode estar também associada à função de Regulação Emocional por aliviar emoções negativas intensas que levam os jovens a sentirem-se suicidas (Klonsky & Muehlenkamp, 2007).

Por fim, na Sinalização de Mau-Estar, uma jovem, de 15 anos, confessa: “*Não estava bem, sentia-me sozinha, precisava de ajuda, mas não sabia como o fazer, estava sem saídas e sem conseguir respirar...caía tudo sobre mim e não aguentava mais*” (Jorge, Queirós, & Saraiva, 2015). Desta forma, os CAL podem exercer um papel de comunicador de sofrimento quando mais nenhuma outra estratégia saudável é visualizada pelos jovens.

Já o último fator, as Funções Interpessoais que têm como objetivo aumentar a rede de suporte social e influenciar os outros (Nock, 2010; Klonsky, Glenn, Styer, Olino, & Washburn, 2015) representariam 8 funções : Limites Interpessoais; Auto-Cuidado; Procura de Sensação; Ligação entre Pares; Influência Interpessoal; Resistência; Vingança e Autonomia.

Com a função Limites Interpessoais, os CAL são praticados para afirmarem os limites do *Self*. Marcar a pele, que separa as pessoas do ambiente e das outras pessoas, pode ajudar a sentirem-se mais independentes, autónomos ou distintos de outros. “ *Eu tinha controlo e ninguém mais podia controlar*” é uma das razões que podem levar os jovens à prática dos comportamentos com esta função (Klonsky & Muehlenkamp, 2007).

Na função Auto-Cuidado, razões como “ *Dar-me um motivo para cuidar de mim*”, “ *Magoar-me porque é mais fácil cuidar da ferida do que do meu sofrimento emocional*” podem ser evocadas por jovens que praticam CAL (Klonsky & Glenn, 2009).

Relativamente à função Procura de Sensações, os CAL servem como um meio para gerar excitação ou euforia. Razões como “ *Para experienciar adrenalina*”, “ *Eu pensava que ia ser divertido*” ou “ *Por excitação*” são evocadas por jovens que praticam CAL. Face às características deste tipo de função, os comportamentos autolesivos tendem a ser executados ao pé de amigos e colegas comparativamente aos CAL realizados com a função de Regulação Emocional, Auto-Punição, Anti-Dissociação ou Anti-Suicídio que são tendencialmente realizados em privados e mantidos em segredo (Klonsky & Muehlenkamp, 2007).

Na função Ligação Entre Pares, os jovens pretendem criar um vínculo com o outro. Razões como “ *Criar uma ligação com os meus amigos/colegas*” ou “ *Tentar sentir-me integrado com as outras pessoas*” podem ser mencionadas (Klonsky & Glenn, 2009).

Na função Influência Interpessoal, os CAL são vistos como um meio de obtenção de afeto por parte do outro (Klonsky E. D., 2007). Em alguns casos, a autolesão pode surgir como uma via de relação para com amigos que se auto mutilam, fornecendo assim a sensação de pertença a um grupo. Razões como “ *Procurar ajuda e apoio dos outros*”, “ *Controlar o comportamento dos outros*”, “ *Obter ajuda de outros*” e “ *Para me relacionar com amigos*” podem ser apresentadas nesta função dos comportamentos (Klonsky & Muehlenkamp, 2007).

Relativamente à função Resistência, Favazza (2011), afirma que por vezes o corpo é transformado de forma a testar a resistência, ou seja, os adolescentes que adotam esta função, fazem-no para testar o seu limite, até onde aguentam. Razões como “ *Ver se aguento a dor*”, “ *Demonstrar*

que sou resistente ou forte” e *“Provar a mim próprio ou aos outros que aguento a dor física”* podem ser citados pelos jovens que praticam CAL.

No que concerne a Vingança, os CAL podem carregar uma mensagem destinada a tornar os outros conscientes dos seus erros, das suas negligências (Orri, et al., 2014). Desta forma, razões como *“Vingar-me de alguém”* ou *“Tentar magoar alguém que me é próximo”* podem ser encontradas em jovens que executam CAL com esta finalidade.

Por fim, a função Autonomia, Jorge et al., (2015) encontraram o relato de uma jovem de 17 anos *“Faço-os porque preciso, às vezes é demais e não consigo controlar tudo o que se passa à minha volta e na minha cabeça. Quando os faço, sinto-me bem porque sou eu que mando no que sinto, ponho um ponto final”*.

Pesquisas prévias encontraram um suporte para as funções intrapessoais e interpessoais na prática de CAL, sendo estudadas de forma independente ou em conjunto. O estudo realizado por Sadeh, et al., (2014) têm demonstrado que a prática de CAL envolve um maior número de funções intrapessoais que funções interpessoais, sendo que as primeiras são maioritariamente utilizadas como mecanismos de regulação de afetos ou de auto-punição e as segundas possui como maior motivação a imposição de limites interpessoais.

Ainda na mesma linha, num outro estudo, jovens adolescentes relataram que a prática de comportamentos autolesivos servia como um meio para evitar ou cessar sentimentos negativos, para evitar ou cessar imagens e memórias dolorosas, para punição do próprio e ainda para evitar fazer algo de mal (Gonçalves, Martins, Rosendo, Machado, & Silva, 2012).

Um estudo realizado por Guerreiro, Sampaio, Figueira e Madge (2017) veio explorar um pouco mais a razões que levavam os adolescentes a praticarem CAL e numa amostra de 125 adolescentes, 1 a 8 possíveis razões foram demonstradas pelos estudantes para justificarem o seu último comportamento autolesivo. Mais de metade dos jovens, (54,4%) relataram mais do que uma justificação para a prática de CAL sendo que as respostas mais frequentes foram *“Eu quero obter alívio de um terrível estado de espírito”* (59%), *“Eu quero punir-me a mim próprio”* (41%), *“Eu queria mostrar o quão desesperado eu estava sentir-me”* (36%), e *“Eu quero morrer”* (35%). Outras possíveis respostas como *“Eu queria assustar alguém”*, *Eu queria descobrir quem realmente me amava*, *“Eu queria obter alguma atenção”* e *“Eu queria voltar para alguém”* foram apenas apresentadas por 12% a 16% dos adolescentes.

“*Eu queria mostrar o quão desesperado eu estava a sentir-me*” foi a resposta mais frequente dos adolescentes que apenas selecionaram uma possível razão para o seu comportamento (56%), seguido de “*Eu quero obter alívio de um terrível estado de espírito*” (39%) (Guerreiro, Sampaio, Figueira, & Madge, 2017).

O estudo supracitado também demonstrou diferenças face aos adolescentes que executavam repetidas vezes os CAL comparativamente aos adolescentes que relataram apenas um episódio de CAL. Os que afirmavam ter repetido episódios de CAL demonstraram querer autopunir-se e libertarem-se mais de estados insuportáveis do que mostrar o seu sofrimento perante os outros (Guerreiro, Sampaio, Figueira, & Madge, 2017).

A frequência de CAL também foi encontrada em alguns estudos longitudinais como tendo uma associação com as funções intrapessoais, mas não com as interpessoais (Glenn e Klonsky, 2011) enquanto outros estudos apresentaram associações com ambas as funções, apesar de revelarem uma maior relação com as funções intrapessoais (Saraff & Pepper, 2014).

Um estudo realizado por Yates, Carlson, e Egeland (2008) veio comprovar que os jovens adultos que se envolviam em comportamentos autolesivos de forma recorrente, revelavam maiores motivações intrapessoais, como por exemplo “*Para fugir ou escapar de sentimentos maus*” ou “*Para punir-me a mim próprio*”, do que motivações interpessoais como “*Chocar, impressionar ou voltar para outros*”. Jovens com comportamentos autolesivos mais recorrentes eram significativamente mais propensos a envolverem-se em CAL em função das motivações intrapessoais em contraste aos jovens com menos CAL que se encontravam mais propensos à realização dos CAL ao serviço de motivações interpessoais.

4. Emoções nos Comportamentos Autolesivos

O comportamento autolesivo é um comportamento intrigante exatamente pela sua natureza de autodestruição. Contudo, e apesar da existência de diferentes perspetivas teóricas que tentam explicar o porquê das pessoas intencionalmente agredirem-se a si próprias, todas elas estão unidas pela noção comum de que os CAL de alguma forma ajudam a pessoa a escapar ou a regular as emoções (Chapman, Gratzb, & Brown, 2006). Tendo em consideração este último aspeto, o desenvolvimento de competências na regulação emocional abrange muitos fatores, sendo necessário que o próprio adolescente consiga ter uma autoconsciência da sua emoção, consiga construir um raciocínio sobre as origens daquela emoção, consiga perceber quais as potenciais consequências da

sua expressão emocional em diferentes ambientes e, por fim, conseguir elaborar estratégias para modificar a emoção (In-Albon, Bürli, Ruf, & Schmid, 2013).

Dada todas estas condições/exigências para a aquisição de capacidades de controlo emocional, não é de estranhar que a adolescência seja considerada uma etapa de elevado stress e ainda de elevada incidência de psicopatologias uma vez que é um período de muitas mudanças que se não for controlado poderá levar a profundos desequilíbrios (Cruz, Narciso, Pereira, & Sampaio, 2014).

Um pressuposto é garantido, um dos princípios fundamentais do comportamento humano é proporcionar ao próprio o máximo de prazer e tentar minimizar o mais que possível o sofrimento sentido (McKenzie & Gross, 2014). Minimizar este sofrimento poderá passar pela estratégia da não confrontação com a dor ou com a emoção que o perturba, existindo assim uma evitação da experiência sentida levando assim a uma desregulação emocional (Nielsen, Kapil, & Townsend, 2016). Desta forma, os comportamentos autolesivos podem ser conceituados como comportamentos que se encaixam na classe mais ampla de comportamentos de evitação experiencial (Chapman, Gratzb, & Brown, 2006).

A evitação experiencial inclui comportamentos que tenham como função o evitar ou escapar de experiências internas indesejadas ou das condições externas que as provocam. Essas experiências evitadas abrangem pensamentos, sentimentos, sensações somáticas ou outras experiências internas que se tornam desconfortáveis ou angustiantes. A Evitação Experiencial é uma categoria ampla ou uma classe de comportamentos unidos pela função comum de evitar ou escapar a experiências internas indesejáveis (Chapman, Gratzb, & Brown, 2006).

Apesar de se propor que os CAL são principalmente comportamentos de evitação emocional, eles também podem funcionar para ajudar as pessoas a evitar pensamentos, memórias, sensações somáticas ou outras experiências internas aversivas. Inevitavelmente, evitar experiências internas também pode servir para uma função emocionalmente evitante já que, é muito provável que experiências internas sejam indesejadas exatamente por causa das emoções associadas a essas mesmas experiências (Chapman, Gratzb, & Brown, 2006).

Apesar das visíveis consequências negativas face à envolvimento em CAL, estes conseguem ser bastante funcionais até certo momento, pois durante um curto prazo podem tornar-se eficazes na interrupção de estados emocionais indesejáveis. De acordo com o Modelo de Evitação Experiencial, os Comportamentos Autolesivos são mantidos e fortalecidos através de reforço negativo. Essencialmente, ocorre um evento emocionalmente evocativo e, conseqüentemente é desencadeada uma resposta emocional aversiva. O jovem experimenta o desejo de escapar ao estado desagradável e envolve-se em CAL, reduzindo assim, ou até mesmo eliminando por completo o seu estado aversivo. Porém, um ciclo vicioso acaba por ser desenvolvido e, repetidas tentativas de reforço

negativo fortalecem a associação entre estados emocionais aversivos e os CAL, de modo que os CAL se tornem uma resposta automática de escape (Chapman, Gratzb, & Brown, 2006).

Uma investigação produzida por McKenzie e Gross (2014), analisou uma amostra na comunidade (N=1332) com idades compreendidas entre os 16 e os 69 anos. Com o objetivo de explorar a relação entre a evitação experiencial, as estratégias de *coping* e os CAL, os participantes preencheram questionários via online. Os resultados suportam a hipótese colocada no estudo. De facto, os participantes que se envolvem em comportamentos autolesivos apresentam uma elevada tendência de evitamento experiencial comparativamente aos participantes que nunca executaram CAL. Mais, os resultados preveem ainda que quanto mais elevado forem os níveis de evitamento experiencial e ainda utilização do evitamento como estratégia de *coping* , maior será a frequência de CAL ao longo da vida.

Ainda num estudo realizado por Gratz (2004, in Chapman, Gratzb, & Brown, 2006) onde comparou um grupo de estudantes do género feminino (N=22) com historial de CAL com um outro grupo de raparigas sem historial de CAL, os resultados indicaram que o grupo que apresentava comportamentos autolesivos relatava níveis significativamente mais elevados de experiências de evitação. Num estudo similar, Gratz e Roemer (2004) descobriram que a frequência dos comportamentos autolesivos estava associada a uma não-aceitação emocional entre estudantes do género masculino, um facto que possivelmente poderá aumentar o risco de evitação experiencial.

Apesar de poucos estudos terem explorado a ligação entre as tendências de evitação e os CAL, os resultados preliminares fornecem apoio provisório para que a presença de tendências de evitação experiencial seja mais forte entre os indivíduos que praticam CAL.

Contudo, são vários os fatores que podem estar associados à prática de comportamentos de evitação, e neste caso específico, os CAL. Por exemplo, é possível que a prática dos CAL seja uma tendência de resposta emocional ou um padrão que ocorre em determinadas experiências emocionais. Na imaginação popular, os comportamentos autolesivos são vistos como uma forma de se lidar com emoções (McKenzie & Gross, 2014) e indivíduos com uma elevada intensidade emocional podem experienciar as suas emoções como indesejadas. No entanto, e apesar da intensidade emocional não ser um fator suficiente para a evitação experiencial ou a prática de CAL, pessoas com uma forte intensidade emocional correm maior risco de execução de CAL como meio de escapar às suas emoções (Chapman, Gratzb, & Brown, 2006).

Assim, se a evitação experiencial é vista como uma estratégia discreta de regulação emocional (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010), se os CAL podem ser vistos como um

comportamentos de evitação emocional (Chapman, Gratzb, & Brown, 2006) e, tendo em conta a abordagem funcional que propõe que os comportamentos autolesivos são pelos seus antecedentes e consequentes (Nock, 2010), duas perguntas podem ser colocadas:

1) Afinal, que emoções estão os jovens a sentir imediatamente antes da realização dos CAL que se tornam insustentáveis?

2) Qual a consequência imediata após a realização dos CAL relativamente às emoções?

Numa tentativa de resposta a estas questões, um estudo realizado por Laye-Gindhu & Schonert-Reichl (2005), com 424 estudantes adolescentes (236 raparigas e 188 rapazes) com idades compreendidas entre os 13 e 18 anos, conseguiu confirmar que 15% (n=64) dos adolescentes que praticavam comportamentos autolesivos sentiam diferentes emoções no Antes, Durante e Após a realização dos comportamentos. Neste estudo as emoções foram organizadas em categorias sendo estas: Negativas; de Autoconsciência; Positivas e Neutras. Os jovens relataram que Estados Negativos (e.g: Raiva, Depressão, Solidão, Frustração) foram sentidos Antes da prática dos CAL, sendo que estes Estados Negativos sofreram uma redução no Durante e especialmente no Após à realização dos CAL. Por outro lado, as emoções de Autoconsciência (e.g: Vergonha, Culpa, Nojo) aumentaram Após a execução dos CAL. A percentagem de Emoções Positivas (e.g: Felicidade, Excitação) aumentou apenas marginalmente Durante o episódio de CAL, com a exceção do aumento dos sentimentos de Alívio que foram sentidos Durante e Após a autolesão.

Numa investigação de Kamphuis, Ruyling e Reijntjes (2007), foi pedido a 106 mulheres que relatassem as suas experiências de emoção negativas imediatamente Antes e Depois de se envolverem em CAL e descobriram que a grande maioria das mulheres relatou uma redução significativa e confiável nas emoções negativas (e.g: *Raiva, Depressão, Fadiga e Tensão*) do Antes para o Após a execução de CAL. As participantes relataram ainda níveis significativamente mais altos de Vigor imediatamente após a realização de CAL.

Numa outra investigação conduzida por Klonsky (2009), com 39 jovens adultos os resultados indicaram que os estados emocionais mais sentidos pelos jovens Antes da realização dos CAL passa pela *Frustração, Tristeza*, o sentirem-se *Sobrecarregados* e ainda *Emocionalmente Magoados*. Após a realização dos CAL, *Alívio, Raiva contra o próprio* e *Calma*, eram as emoções mais experienciadas, sendo que as maiores diferenças do momento Antes para o momento Depois foram encontradas nas emoções *Alívio, Calma, Satisfação* e *Relaxamento*, que sofreram um aumento após os CAL. Foi ainda encontrada uma diferença significativa no sentirem-se *Sobrecarregados* que

sofreu uma diminuição após a prática de CAL. Desta forma, estas mudanças afetivas tornavam-se preditivas dos CAL, sugerindo assim que estas alterações emocionais tornar-se-iam um ponto a favor para a realização dos comportamentos.

Um estudo realizado com 30 adolescentes e jovens adultos com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos veio concluir que a envolvimento dos jovens em comportamentos autolesivos teria como objetivo não só o escapar a estados afetivos aversivos como a *Ansiedade* (34.8% dos CAL), *Tristeza* (24.2%), e *Raiva* (19.7%), como também estados cognitivos aversivos como pensamentos maus (28.8%) ou más memórias (13.6%) (Nock, Prinstein, & Sterba, 2009).

Um estudo mais recente utilizou uma aplicação de smartphone com o nome de “*Track it*” para investigar os antecedentes emocionais e consequências dos CAL em tempo real. Os participantes, 24 adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 21 anos, utilizaram a aplicação durante duas semanas com o objetivo de monitorizar os estados afetivos, os pensamentos sobre CAL e os próprios CAL. Os resultados indicaram a presença de diferentes antecedentes emocionais para os pensamentos sobre os CAL e os próprios CAL. Adicionalmente, imediatamente a seguir à prática dos CAL, existiu uma redução significativa nas emoções negativas e um aumento nas emoções positivas (Kranzler, 2016). Através de uma análise exploratória foram examinadas as diferenças para cada emoção negativa e positiva, especificamente. As seguintes emoções negativas demonstram reduções significativas do Antes para o Depois dos CAL: *Raiva*; *Ferido/Rejeitado*; *Frustração*; *Ansiedade/Medo* e por fim, *Sobrecarregado*. Pelo contrário, níveis significativos de *Culpa* aumentaram a seguir à realização dos CAL. Não houve qualquer alteração significativa nas seguintes emoções negativas: *Tristeza*; *Vergonha*; *Solidão* e *Vazio* (Kranzler, 2016).

Quanto às emoções positivas, estas foram as que apresentaram aumentos significativos do Antes para o Depois dos CAL: *Felicidade*; *Orgulho*; *Alívio*; *Calma/Relaxamento* e por fim, *Satisfação*. Houve ainda um aumento significativo nos níveis médios de *Dor Física*. Não houve diferenças significativas na *Excitação* (Kranzler, 2016).

Desta forma, os resultados sugerem que os CAL são predominantemente associados a reduções de estados afetivos negativos em oposição ao aumento de estados afetivos positivos, e portanto, possivelmente um comportamento negativo, em vez de positivamente reforçado.

OBJETIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

A presente investigação tem como objetivos analisar os Comportamentos Autolesivos (CAL) nos adolescentes e, especialmente, tentar perceber quais são as funções destes comportamentos e a relação entre as emoções e os CAL.

A literatura tem evidenciado vários resultados face à associação dos CAL com as suas funções. Em alguns estudos longitudinais foi encontrada uma associação entre a frequência dos CAL e as funções intrapessoais, mas não com as funções interpessoais (Glenn e Klonsky, 2011) enquanto outros estudos apresentaram associações com ambas as funções, apesar de revelarem uma maior relação com as funções intrapessoais (Saraff & Pepper, 2014). Desta forma, na primeira hipótese esperamos que *“Exista uma correlação mais forte entre as Funções da dimensão Intrapessoal dos Comportamentos Autolesivos do que as Funções Interpessoais e os CAL. Espera-se ainda que dentro das funções da dimensão Intrapessoal, a Função Regulação Emocional seja a mais fortemente associada aos CAL.”*

De acordo com o Modelo de Evitação Experiencial, os Comportamentos Autolesivos são mantidos e fortalecidos através de reforço negativo. Essencialmente, ocorre um evento emocionalmente evocativo e, conseqüentemente é desencadeada uma resposta emocional aversiva. O jovem experimenta o desejo de escapar ao estado desagradável e envolve-se em CAL, reduzindo assim, ou até mesmo eliminando por completo o seu estado aversivo. Porém, um ciclo vicioso acaba por ser desenvolvido e, repetidas tentativas de reforço negativo fortalecem a associação entre estados emocionais aversivos e os CAL, de modo que os CAL se tornem uma resposta automática de escape (Chapman, Gratzb, & Brown, 2006). Desta forma, na segunda hipótese espera-se que *“Exista uma correlação positiva entre as Emoções Negativas Antes e Depois da Realização dos CAL e os Comportamentos Autolesivos”*. Na terceira hipótese, espera-se *“Uma correlação negativa entre as emoções positivas Antes e Depois da realização dos CAL e os Comportamentos Autolesivos”*.

Relativamente à quarta hipótese, os resultados de diversos estudos sugerem que os CAL são predominantemente associados a reduções de estados afetivos negativos em oposição ao aumento de estados afetivos positivos (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005) (Klonsky, 2009) (Nock, Prinstein, & Sterba, 2009) (Kranzler, 2016). Desta forma, na quarta hipótese espera-se que *“Existam diferenças a nível emocional entre o Antes e Depois dos CAL nas emoções Tristeza, Angústia, Raiva, Alívio, Injustiça, Culpa, Ansiedade, Desespero, Infelicidade, Satisfação, Irritação, Vazio, Desilusão, Nojo, Vergonha, Depressão, Frustração, Revolta e Excitação”*

MÉTODOS

1. Participantes

Participaram neste estudo um total de 230 adolescentes pertencentes aos distritos de Lisboa e Alverca. Dos 230 adolescentes, 42.6% do género masculino e 57.4% do género feminino, sendo as idades compreendidas entre os 15 e os 21 ($M= 17.44$, $DP=1.030$).

Posteriormente, dos 230 adolescentes foram selecionados apenas os que apresentavam pelo menos um Comportamento Autolesivo. Deste modo, para responder às hipóteses propostas foram considerados 90 adolescentes com Comportamentos Autolesivos.

Dos 90 adolescentes, 33.3% são do género masculino e 66.7% do género feminino, sendo as idades compreendidas entre os 15 e os 21 ($M= 17.58$, $DP=1.005$). Na tabela 1, encontra-se a caracterização dos participantes segundo a idade e género.

Tabela 1- Distribuição dos adolescentes com CAL segundo a idade e género

Idade	Género		Total
	Masculino	Feminino	
15	0	1	1
16	3	2	5
17	11	34	45
18	8	16	24
19	7	4	11
20	1	2	3
21	0	1	1
Total	30	60	90

Face às dinâmicas familiares, 16.7 % dos jovens vivem com a mãe, 1.1% com o pai, 17.8% com ambos, 38.9% com mãe, pai e irmão (s) e 25.6% com outros familiares. No que concerne ao estado civil dos pais dos jovens, 5.6% encontra-se solteiro, 30% está divorciado, 53.3% é casado, 3.3% são viúvos e 7.8% encontra-se em união de facto.

Relativamente às tentativas de suicídio, 17.8% ($n= 16$) realizaram uma tentativa de suicídio, 2.2% ($n=2$) duas tentativas de suicídio e 2.2 % ($n=2$) mais de duas tentativas de suicídio. A tabela 2 apresenta a distribuição dos adolescentes por género e tentativas de suicídio.

Tabela 2- Distribuição dos adolescentes com CAL por tentativa de suicídio e género

Tentativa de Suicídio	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Nunca	26	44	70
Uma vez	3	13	16
Duas vezes	1	1	2
Mais de duas vezes	0	2	2
Total	30	60	90

O jovem ao ser questionado se na sua família alguém teria realizado tentativas de suicídio, 22,2% (n=20) responderam que sim.

2. Instrumentos

2.1- Inventário dos Comportamentos Autolesivos – ICAL

O Inventário dos Comportamentos Autolesivos foi desenvolvido por Duarte e Gouveia- Pereira (2018) e encontra-se adaptado para a população portuguesa mas ainda em processo de validação. Este instrumento consiste numa escala de auto-preenchimento, cujo objetivo pretende avaliar a ocorrência, ou não, de comportamentos autolesivos no jovem.

A escala é composta por 13 itens apresentando como categorias de resposta uma escala *tipo Likert* que varia entre “Não” e “Sim”, sendo que a categoria “Sim” subdivide-se em três categorias que pretendem determinar a frequência de cada comportamento em: “1 vez”; “2 a 10 vezes” e “mais de 10 vezes”. Para exemplificar esta escala, podemos observar itens como “Cortei-me”, “Queimei-me”, “Puxei/ Arranquei o cabelo”, “Espetei-me com agulhas”, “Ingeri em demasia um medicamento com intenção de me magoar”.

Na presente investigação, a escala apresenta $M= 0.380$; $DP=0,367$ e um Alfa de Cronbach de .75.

2.2- Inventário das Emoções

O seguinte instrumento é composto por 19 emoções e tem como objetivo medir numa escala que vai de Nada (1) a Muito (7) a intensidade das emoções experienciadas pelos jovens Antes e Depois da realização dos CAL. O conjunto de emoções experienciadas Antes da realização dos CAL apresenta $M=$

3.837; DP= 1.388 e um Alfa de Cronbach de 0.831 ($\alpha= 0,831$). O conjunto de Emoções Depois da realização dos CAL apresenta M= 3.617; DP= 1.501 e um Alfa de Cronbach de .93 ($\alpha= 0,933$).

Neste estudo, as emoções também foram divididas em dimensões Positivas (*Alívio, Satisfação e Excitação*) e Negativas (*Tristeza, Angustia, Raiva, Injustiça, Culpa, Ansiedade, Desespero, Infelicidade, Irritação, Vazio, Desilusão, Nojo, Vergonha, Depressão, Frustração, Revolta*), sendo que cada uma das dimensões subdividia-se em Antes e Depois da realização dos CAL.

As dimensões Emoções Positivas Antes e Depois da realização dos CAL apresentam como M= 1.598; DP= 0.928 e um Alfa de Cronbach de 0.595 e, M=2.34; DP= 1.38 e Alfa de Cronbach de .67 ($\alpha= 0,674$), respectivamente.

As dimensões Emoções Negativas Antes e Depois da realização dos CAL apresentam como M=4,252; DP= 1,599 e Alfa de Cronbach de 0,835 e M= 3,850; DP= 1,718 e Alfa de Cronbach de 0,947, respectivamente.

2.3- Inventário das Funções dos Comportamentos Autolesivos

Klonsky e Glenn (2009), desenvolveram o *Inventory of Statements About Self-Injury* (ISAS), que se encontra em processo de adaptação e validação para a população portuguesa por Duarte e Gouveia-Pereira (2018).

As funções presentes no inventário original eram divididas em dois grandes fatores, a Função Interpessoal e a Função Intrapessoal. A Função Interpessoal abrange 8 tipos de funções, sendo elas: “Fronteiras/Limites interpessoais (ex: “Criar uma fronteira entre mim e os outros”); “Auto-cuidado” (ex: “Dar-me um motivo para cuidar de mim (ao tratar da ferida)”); “Procura de Sensações” (ex: “Fazer algo que me entusiasme ou me faça sentir eufórico”); “Ligação com os Pares” (ex: “Criar uma ligação com os meus amigos/ colegas”); “Influência Interpessoal” (“ex :Dar a conhecer ao outros o tamanho da minha dor”); “Resistência” (ex: “ Ver se aguento a dor); “Vingança”(ex: Vingar-me de alguém”) e “Autonomia” (“ Provar que sou capaz de fazer as coisas sozinho”). Na presente investigação, a dimensão da Função Interpessoal apresenta M= 1,596; DP=0,588 e um Alfa de Cronbach de .91 ($\alpha= 0,909$).

As Funções Intrapessoais são constituídas por: “Auto-Regulação do Afeto” (ex: “Acalmar-me”; “Auto-punição” (ex: “Castigar-me”); Anti-Dissociação ou Geração de Sensações” (ex: “Provocar dor para que sinta alguma coisa”); “Anti-Suicídio” (ex: “Evitar o desejo de me suicidar”) e “Simbolização do Sofrimento” (ex: “Criar uma marca que mostre como me sinto muito mal”).

Na presente investigação, a dimensão da Função Intrapessoal apresenta $M= 2.401$; $DP=0.815$ e um Alfa de Cronbach de $.89$ ($\alpha= 0,886$).

Segundo Klonsky e Glenn (2009), cada função é avaliada por 3 itens, cujo o score pode variar de 0 “não relevante” a 2 “muito relevante”. A pontuação para cada função é dada através da soma dos 3 itens, que vai de 0 a 6 pontos.

2.4 – Dados Sociodemográficos

No fim do questionário são pedidos alguns dados sociodemográficos, como o género, idade, ano de escolaridade, se sofreu de Bullying, grau de parentesco com quem reside, tentativas de suicídio e suicídio conhecidos.

3. Procedimentos

Os dados provenientes do presente estudo foram recolhidos em escolas da área de Lisboa e Alverca.

Antes da aplicação dos instrumentos, foi estabelecido o contacto com doze estabelecimentos de ensino, por e-mail, de forma a dar a conhecer o presente estudo e o seu propósito. Após a autorização de três escolas para a realização do estudo (Anexo A), submeteu-se uma autorização (Anexo B) para os encarregados de educação com o objetivo de informar os responsáveis pelos participantes com idades inferiores a 18 anos sobre o âmbito da investigação, sobre as condições de anonimato e confidencialidade e por fim, a duração do preenchimento do questionário, sendo aproximadamente 20 minutos. Ainda, solicitou-se ao jovem a sua participação no presente projeto através da folha de rosto do questionário (Anexo C).

Após a recolha dos consentimentos e autorizações, uma nova data foi agendada com os professores que iriam dispensar as suas turmas para o preenchimento do questionário em *setting* de sala de aula.

Foi pedido aos participantes que preenchessem as diversas escalas: o Inventário dos Comportamentos Autolesivos, seguido do Inventário das Emoções e por fim, o Inventário das Funções dos Comportamentos Autolesivos, acompanhado por dados sociodemográficos.

No fim do questionário apresentam-se disponíveis contatos especializados (HSM, Voz amiga e Serviço de Urgência geral), caso o jovem sinta necessidade de pedir apoio sobre alguns comportamentos apresentados. Ao terminar a tarefa, os adolescentes entregavam diretamente o questionário.

RESULTADOS

Num primeiro momento, começar-se-á este tópico por uma análise descritiva apenas dos 90 adolescentes que apresentam Comportamentos Autolesivos. Posteriormente, num segundo momento, irão analisar-se as hipóteses de investigação colocadas inicialmente.

Os dados referentes à investigação serão analisados através do *software IBM SPSS 22*.

1. Análise Descritiva

Começaremos então por apresentar uma análise descritiva face às seguintes variáveis: idade com que realizaram o primeiro CAL; frequência relativamente à tipologia dos CAL praticada; se sentem dor física ao praticá-los; se se encontram sozinhos quando realizam os comportamentos; o local onde realizam os comportamentos; o tempo passado desde o pensamento à prática do comportamento; se já quiseram parar com os comportamentos e, por fim, se já recorreram a ajuda profissional.

Recorrendo a uma análise de frequências caracterizou-se os participantes do presente estudo.

Relativamente à primeira vez que os jovens realizaram CAL, 14 anos foi a idade que os jovens mais relataram (18.9%) o início de CAL, seguido dos 15 anos (17.8%) e, por fim, os 13 anos (15.6%). Os resultados podem ser observados na Tabela 3.

Tabela 3- Tabela de Frequências relativamente à primeira vez que os jovens realizaram CAL

Idade	Frequência	Percentagem
8	1	1.1%
9	1	1.1%
10	3	3.3%
11	2	2.2%
12	8	8.9%
13	14	15.6%
14	17	18.9%
15	16	17.8%
16	4	4.4%
17	7	7.8%
18	3	3.3%
Total	76	84.4%

De forma a percebermos qual a tipologia de CAL mais frequente nos adolescentes, foi elaborado um gráfico de barras onde se pode concluir que os comportamentos autolesivos mais praticados pelos adolescentes de uma forma global são: “*Mordi-me*” ($n_i= 47$), “*Bati com o corpo ou bati em mim próprio*” ($n_i= 44$) e em terceiro lugar, “*Cortei-me*” ($n_i= 36$). Pode observar-se também que o comportamento “*Queimei-me*” foi o menos praticado pelos jovens ($n_i=3$). Contudo, e relativamente à repetição dos comportamentos, o comportamento mais repetido pelos jovens passa pelos cortes (mais do que 10x) e o menos repetido passa por bater com o corpo ou bater no próprio (apenas 1x).

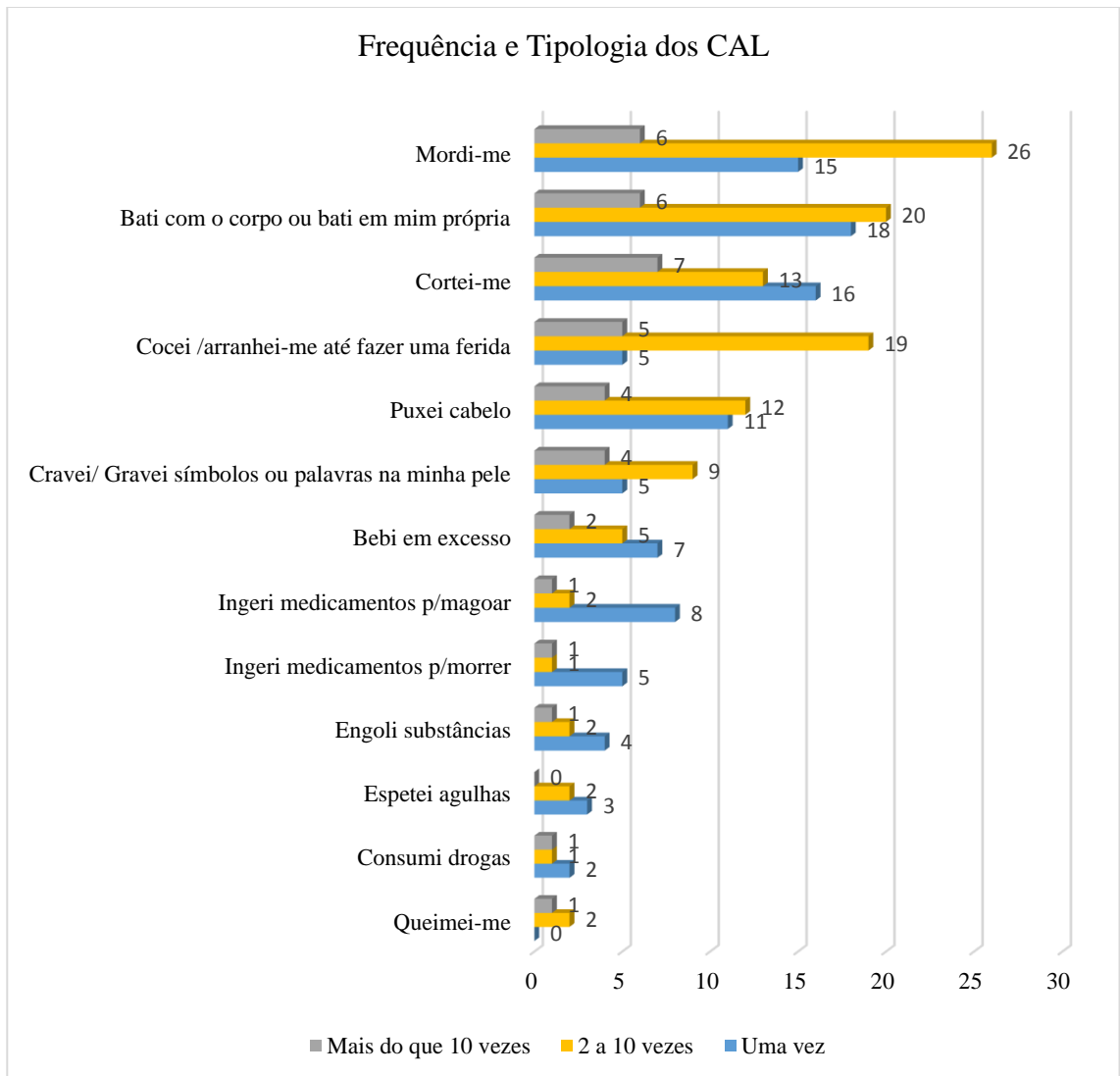


Figura 1- Frequência de Tipologia dos Comportamentos Autolesivos

Torna-se pertinente também tentar perceber se o adolescente sente dor física quando realiza os comportamentos, sendo que 21.1 % dos jovens afirmam sentir “Sempre” dor. Na tabela 4 apresenta-se a frequência de dor física sentida pelos adolescentes sendo que 5 jovens não responderam a esta questão.

Tabela 4- Tabela relativa à frequência de dor física

Dor Física	Frequência	Percentagem
Nunca	15	16.7%
Raramente	14	15.6%
Algumas vezes	19	21.1%
Quase sempre	18	20.0%
Sempre	19	21.1%
Não Respondeu	5	5.5%
Total	90	100.0%

Quanto à questão da prática dos CAL, 57.8% dos jovens refere estar “*Sempre*” sozinho e 7.8% “*Quase Sempre*” sozinho quando realizam estes comportamentos. Na tabela 5 pode verificar-se a frequência relativa ao jovem estar ou não acompanhado quando realiza os comportamentos tendo em conta que 8 jovens não responderam a esta questão.

Tabela 5- Tabela de frequência face ao estar sozinho quando realiza os CAL

Sozinho	Frequência	Percentagem
Nunca	8	8.9%
Raramente	5	5.6%
Algumas vezes	10	11.1%
Quase sempre	7	7.8%
Sempre	52	57.8%
Não Respondeu	8	8.8%
Total	90	100.0%

No que concerne ao local onde os jovens realizam os comportamentos. 75.6% afirmam realizar em casa sendo que em segundo lugar encontra-se a resposta “Outros” tendo sido obtida respostas como no “*Trabalho*”, na “*Rua*” ou em “*Festas*”. Na tabela 6 apresenta-se a frequência relativamente ao local de realização dos comportamentos.

Tabela 6- Tabela de frequências referente ao local de realização dos CAL

Local	Frequência	Percentagem
Casa	68	75.6%
Escola	2	2.2%
Outro	10	11.1%
Casa + Escola	3	3.3%
Total	83	92.2

Relativamente ao tempo passado entre o surgir a ideia e a execução dos CAL, 72. 2% dos jovens referem esperarem menos de 1 hora para iniciar a passagem ao ato. Na tabela 7 pode verificar-se a frequência relativamente ao pensamento e a passagem ao ato, sendo que 9 jovens não responderam a esta questão.

Tabela 7- Tabela de frequência no que concerne ao tempo de espera para a passagem ao ato

Tempo	Frequência	Percentagem
Menos de 1 hora	65	72.2%
1 a 3 horas	3	3.3%
3 a 6 horas	2	2.2%
6 a 12 horas	2	2.2%
Mais de um dia	9	10.0%
Total	81	90.0

No que concerne ao facto dos jovens quererem ou não parar com os comportamentos, 73.3 % afirmam querer parar. Na tabela 8 verifica-se a frequência relativamente à vontade de querer parar os comportamentos.

Contudo, dos que responderam à questão da ajuda profissional, só 11. 1% já recorreu a ajuda profissional.

Tabela 8- Tabela de frequência face à vontade de parar com os CAL

Vontade de Parar	Frequência	Percentagem
Não	15	16.7%
Sim	66	73.3%
Total	81	90.0%

2. Análise das Hipóteses de Investigação

Relativamente à primeira hipótese de investigação, “*Existe uma correlação mais forte entre as Funções da dimensão Intrapessoal dos Comportamentos Autolesivos do que as Funções Interpessoais e os CAL*”, foi realizado uma correlação de *Pearson*.

Tabela 9- *Matriz Correlacional entre os CAL e as Funções Intrapessoais e Funções Interpessoais*

	1	2	3
1. CAL	-		
2. Funções Intrapessoais	.49**	-	
3. Funções Interpessoais	.19	.70**	-

Nota. ** $p < .01$

Os Comportamentos autolesivos encontram-se significativamente e positivamente associados às funções intrapessoais, ou seja, à medida que os comportamentos autolesivos aumentam as funções intrapessoais também aumentam. Os Comportamentos autolesivos não se encontram significativamente associados às funções interpessoais.

Ainda nesta hipótese, era esperado que “*Entre as funções da dimensão Intrapessoal, a Função Regulação Emocional fosse a mais fortemente associada aos CAL*”. Realizou-se novamente uma Correlação de *Pearson*.

Tabela 10- *Matriz Correlacional Entre os CAL e cada uma das Funções Intrapessoais*

	1	2	3	4	5	6
1. CAL	-					
2. Regulação Emocional	.25*	-				
3. Auto Punição	.47**	.16	-			
4. Anti Dissociação	.34**	.28*	.54**	-		
5. Anti Suicídio	.25*	.11	.51**	.62**	-	
6. Sinalização de Mau Estar	.34**	.10	.57**	.60**	.43**	-

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$

Os resultados demonstraram que todas as funções pertencentes à dimensão Intrapessoal estão correlacionadas com os Comportamentos Autolesivos. No entanto, é a função “Auto-Punição” que está mais fortemente correlacionada com os CAL e não a função Regulação Emocional.

Desta forma, a primeira hipótese encontra-se parcialmente corroborada.

Quanto à segunda hipótese, “*Há uma correlação positiva entre as Emoções Negativas Antes e Depois da Realização dos CAL e os Comportamentos Autolesivos*”, foi realizada uma Correlação de Pearson. Os resultados podem ser observados na Tabela 11.

Tabela 11- Matriz Correlacional entre os CAL e as Emoções Negativas Antes e Depois da realização dos CAL

	1	2	3
1. CAL	-		
2. Emoções Negativas Antes	,32**	-	
3. Emoções Negativas Depois	,35**	,78**	-

Nota. ** $p < .01$

Os resultados demonstram que as Emoções Negativas Antes e Depois da realização dos Comportamentos Autolesivos encontram-se correlacionadas positivamente com os CAL, ou seja, à medida que as Emoções Negativas Antes da realização dos CAL aumentam, os Comportamentos Autolesivos também aumentam. Podemos também aferir que, à medida que os Comportamentos Autolesivos aumentam, as Emoções Negativas Depois da realização dos CAL também aumentam.

Relativamente à terceira hipótese, “*Há uma correlação negativa entre as emoções positivas Antes e Depois da realização dos CAL e os Comportamentos Autolesivos*” foi realizada novamente uma correlação de Pearson. Os resultados podem ser observados na Tabela 12.

Tabela 12- Matriz Correlacional entre os CAL e as Emoções Positivas Antes e Depois da realização dos CAL

	1	2	3
1. CAL	-		
2. Emoções Positivas Antes	-.01	-	
3. Emoções Positivas Depois	.07	.42**	-

Verifica-se nos resultados que as Emoções Positivas no momento Antes da realização dos Comportamentos Autolesivos encontram-se de facto inversamente associadas aos Comportamentos Autolesivos, porém, não revela ser uma relação estatisticamente significativa. Verifica-se também que os CAL encontram-se positivamente associados às Emoções Positivas Depois mas não apresenta ser uma relação estatisticamente significativa.

Ainda relativamente às emoções, tornou-se importante apresentar dois gráficos de barras para as Emoções Negativas e Emoções Positivas que abrange o momento Antes e Depois de cada emoção específica, de forma a tentar perceber se existiu um aumento ou uma diminuição do número de jovens a sentir a emoção estudada. Para estes gráficos, ao número total de jovens que responderam para cada emoção, foi subtraído o número de frequência relativo ao grau 1 que corresponde a “ Sentir *Nada*” no inventário. Desta forma, os resultados apresentados no gráfico abrangem apenas os graus 2, 3, 4, 5,6 e 7 (*Sentir Muito*), graus esses que refletem em crescente a presença da emoção no momento antes e no momento depois da realização dos CAL.

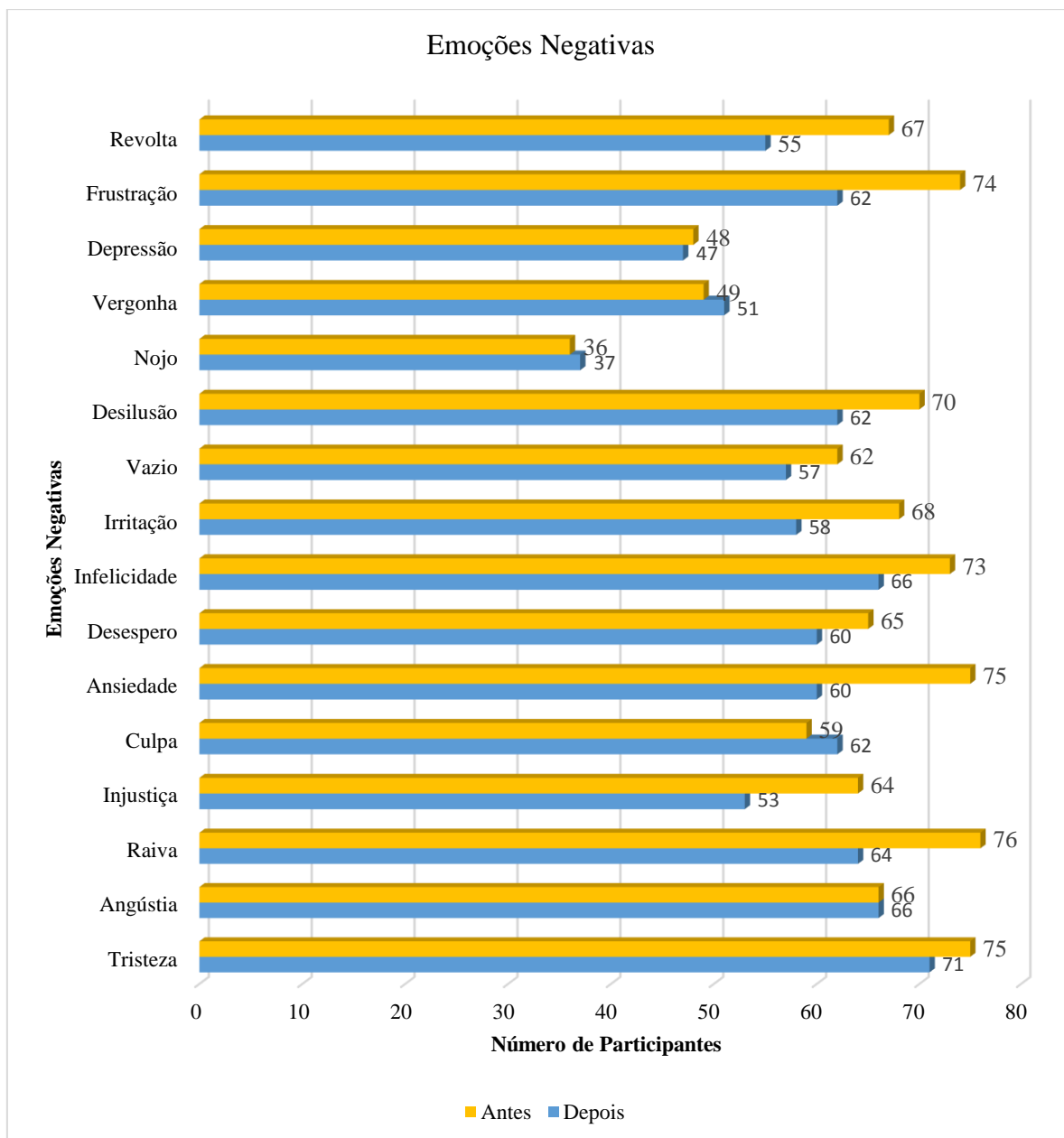


Figura 2- Frequência do número de jovens que relataram sentir cada emoção negativa

Pode observar-se através do gráfico de barras que, no momento Antes, houve um maior número de jovens ($n= 76$) a sentir Raiva, seguido de Tristeza ($n=75$), Ansiedade ($n=75$), Frustração ($n=74$), Infelicidade ($n=73$), Desilusão ($n=70$), Irritação ($n=68$), Revolta ($n=67$), Angústia ($n=66$), Desespero ($n= 60$), Injustiça ($n=64$), Vazio ($n= 62$), Culpa ($n=59$), Vergonha ($n=49$), Depressão ($n= 48$) e por fim, Nojo ($n=36$).

No momento Depois, houve um maior número de jovens a sentir Tristeza ($n= 71$), Angústia ($n= 66$), Infelicidade ($n=66$), Raiva ($n=64$), Frustração ($n=62$), Desilusão ($n=62$), Culpa ($n=62$), Desespero

($n=60$), Ansiedade ($n=60$), Irritação ($n=58$), Vazio ($n=57$), Revolta ($n=55$), Injustiça ($n=53$), Vergonha ($n=51$), Depressão ($n=47$) e, por fim, Nojo ($n=37$).

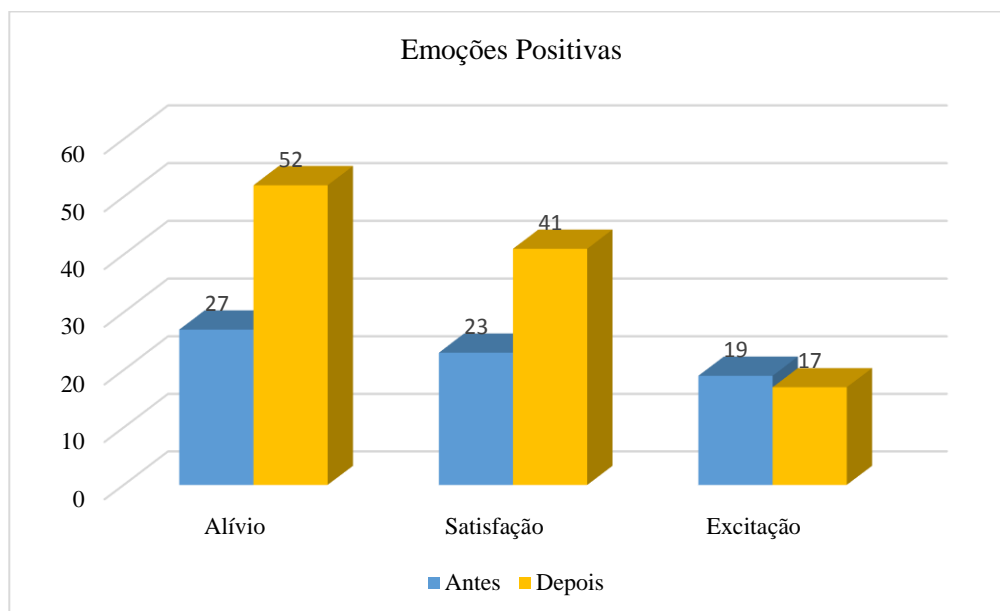


Figura 3- Frequência do número de alunos que relataram sentir cada emoção positiva

No que concerne ao gráfico de barras das Emoções Positivas, pode observar-se que no momento Antes, houve um maior número de adolescentes a relatar sentir Alívio ($n=27$), seguido de Satisfação ($n=23$) e, por fim, Excitação ($n=19$). No momento Depois, houve um aumento do número de adolescentes a referir a emoção Alívio ($n=52$), Satisfação ($n=41$) e, por último, Excitação ($n=17$).

Uma nota importante a realçar é que em ambos os gráficos não se pode concluir se existem diferenças significativas nas emoções do momento Antes para o Depois. Desta forma, e na quarta hipótese, foi verificar-se se “Existem diferenças a nível emocional entre o Antes e Depois dos CAL nas emoções Tristeza, Angústia, Raiva, Alívio, Injustiça, Culpa, Ansiedade, Desespero, Infelicidade, Satisfação, Irritação, Vazio, Desilusão, Nojo, Vergonha, Depressão, Frustração, Revolta e Excitação realizando-se assim 19 testes t-student para amostras emparelhadas.

Como a amostra é composta por mais do que 30 participantes não foi testado o pressuposto da normalidade, pois segundo o teorema do limite central, a amostra tende para a normalidade

Os resultados podem ser observados na Tabela 13.

Tabela 13- Diferença de médias nos momentos Antes e Depois nas emoções Tristeza, Angústia, Raiva, Injustiça, Culpa, Ansiedade, Desespero, Infelicidade, Irritação, Vazio, Desilusão, Nojo, Vergonha, Depressão, Frustração e Revolta.

Variável	Média Antes	Desvio Padrão	Média Depois	Desvio Padrão	t	p
Tristeza	5.10	2.01	5.04	2.25	.29	.772
Angústia	4.51	2.16	4.39	2.28	.71	.481
Raiva	5.18	2.12	3.91	2.20	4.89***	<.001
Alívio	1.65	1.18	3.06	2.10	-5.57***	<.001
Injustiça	4.11	2.24	3.48	2.33	3.20*	<.002
Culpa	3.58	2.23	4.12	2.29	-2.26*	<.026
Ansiedade	4.51	2.00	3.61	2.22	4.35***	<.001
Desespero	4.23	2.33	3.82	2.35	2.09*	<.040
Infelicidade	4.80	2.08	4.49	2.24	1.53	.130
Satisfação	1.54	1.10	2.29	1.69	-4.08***	<.001
Irritação	5.18	8.29	3.60	2.23	1.81	.075
Vazio	4.24	2.42	4.08	2.47	.86	.394
Desilusão	4.49	2.17	4.21	2.39	1.09	.279
Nojo	2.60	2.24	2.66	2.22	-.28	.781
Vergonha	3.04	2.27	3.42	2.46	-2.10*	<.039
Depressão	3.16	2.31	3.10	2.30	.44	.662
Frustração	4.63	2.08	3.84	2.24	3.56***	<.001
Revolta	4.40	2.27	3.50	2.30	4.30***	<.001
Excitação	1.65	1.45	1.63	1.46	.158	.875

Nota. * $p < .05$; *** $p < .001$

A Tabela 13 mostra que as emoções Raiva, Injustiça, Ansiedade, Desespero, Frustração e Revolta revelam diferenças estatisticamente significativas sendo que estas diminuem após a realização dos Comportamentos Autolesivos. A Tabela 13 revela ainda diferenças estatisticamente significativas nas emoções Alívio, Satisfação, Culpa e Vergonha sendo que, após a realização dos Comportamentos Autolesivos, estas experiências emocionais aumentam.

DISCUSSÃO

A presente investigação tinha como objetivo analisar nos adolescentes os Comportamentos Autolesivos, as suas Funções e ainda as Emoções que poderiam estar envolvidas na prática destes comportamentos. Desta forma, correlações foram feitas entre os CAL e as suas Funções Intrapessoais e Interpessoais, entre os CAL e as Emoções e, por fim, foi feita uma diferença entre médias das emoções estudadas com o objetivo de analisar diferenças significativas nas mesmas entre o momento Antes e Depois da realização dos CAL.

Primeiramente, realizou-se uma análise descritiva de algumas das variáveis em estudo. Esta análise demonstrou que dos 230 adolescentes inquiridos, 90 (39%) apresentaram pelo menos a prática de um comportamento autolesivo ao longo da sua vida, resultado este que vai de encontro a literatura que demonstra que os índices de Comportamentos Autolesivos em adolescentes de amostras não clínicas variam entre os 5% e os 37% (Muehlenkamp, Claes, Havertape, & Plener, 2012). Contudo, estes resultados revelam-se surpreendentes quando comparados com estudos realizados em Portugal que evidenciam uma taxa de prevalência de Comportamentos Autolesivos entre os 7% e os 30% (Guerreiro, Sampaio, Figueira, & Madge, 2017; Xavier, Cunha, & Gouveia, 2015; Gonçalves, Martins, Rosendo, Machado, & Silva, 2012; Carvalho, Da Motta, Sousa, & Cabral, 2017). Os resultados deste estudo alertam para a necessidade de intervenções nas escolas com o objetivo de promover a saúde mental. Os adolescentes com comportamentos autolesivos encontram-se em risco de desenvolverem psicopatologias e torna-se indispensável uma intervenção que consiga responder às necessidades destes jovens.

Apesar da existência de estudos que não revelaram diferenças de género quanto à prática de Comportamentos Autolesivos (Muehlenkamp & Gutierrez, 2004; Gonçalves, Martins, Rosendo, Machado, & Silva, 2012; Carvalho, Da Motta, Sousa, & Cabral, 2017), nesta investigação, dos 90 adolescentes que relataram práticas de CAL, 60 pertencem ao género feminino, indo assim de acordo com estudos anteriormente realizados que concluíram uma maior presença de CAL nas mulheres, comparativamente aos homens (Madge, et al., 2008; Xavier, Cunha, & Gouveia, 2015; Guerreiro, Sampaio, Figueira, & Madge, 2017).

Neste estudo apurou-se ainda que as idades para a realização do primeiro Comportamento Autolesivo variaram entre os 8 e os 18 anos de idade, com a maioria a reportar o seu início entre os 13 e os 15 anos. Este resultado vai também de encontro a literaturas anteriores que referenciam o início dos CAL maioritariamente aos 14 anos e que consideram o intervalo de idade entre os 12 e

os 15 anos o mais propício para a realização dos CAL por parte das raparigas (Muehlenkamp & Gutierrez, 2004; Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012). Os resultados obtidos neste estudo mostram que o início dos comportamentos autolesivos abrange duas fases do desenvolvimento humano: a Infância e a Adolescência, evidenciando que a realização deste tipo de comportamentos surge ainda antes da entrada para a Adolescência.

Se tivermos em conta os 8 anos de idade revelados neste estudo, podemos pensar que esta é uma idade que ainda reflete uma grande dependência por parte da família e principalmente por parte dos pais e que fatores associados ao aspecto familiar poderão contribuir para o início destes comportamentos. De encontro a esta teoria, a literatura revela que um fraco apoio social da família e sintomas depressivos maternos poderão estar associados ao surgimento destes comportamentos por parte dos jovens (Hankin & Abela, 2011). A literatura ainda mostra que, quanto mais cedo os comportamentos autolesivos são iniciados, mais comportamentos autolesivos severos são praticados ao longo do tempo (Ammerman, Jacobucci, Kleiman, Uyeji, & McCloskey, 2017). Desta forma, uma deteção rápida dos CAL nos jovens torna-se essencial pois poderá influenciar o curso dos mesmos.

Face à tipologia dos CAL, os jovens deste estudo, de uma forma geral, recorreram a diversos métodos, sendo os mais praticados o “*Mordi-me*”, seguido do “*Bati com o corpo ou bati em mim próprio*” e em terceiro lugar, “*Cortei-me*”.

Apesar dos comportamentos autolesivos serem comportamentos que autoinfligem dor, alguns adolescentes relatam sentir nenhuma ou quase nenhuma dor física quando praticam comportamentos autolesivos. Dada esta contradição, tornou-se relevante neste estudo perceber se os jovens sentiam ou não alguma dor quando realizavam estes comportamentos.

Neste estudo pode verificar-se que 32.3% dos adolescentes afirmaram sentir “*Nunca*” e “*Raramente*” Dor Física durante a prática dos Comportamentos Autolesivos. Estes resultados podem sugerir que os adolescentes que praticam Comportamentos Autolesivos refletem uma espécie de “analgesia” à dor que pode ser explicada, primeiramente, por um processo de habituação onde, repetidas práticas de comportamentos autolesivos faz com que os jovens sejam expostos várias vezes ao estímulo desencadeador de dor, existindo assim uma diminuição automática na intensidade da resposta, levando assim a uma menor sensibilidade à dor ao longo do tempo (Glenn, Michel, Franklin, Hooley, & Nock, 2014). Em suporte a esta teoria, a literatura tem evidenciado que adultos com uma longa história de comportamentos autolesivos revelam um limite à dor mais alargado

(Hooley, Ho, Slater, & Lockshin, 2010) e uma maior resistência à dor (St. Germain & Hooley, 2013).

Em segundo lugar, processos de dissociação poderão também explicar esta ausência de dor na realização dos comportamentos autolesivos, sendo que sintomas dissociativos podem “mascarar” a sensação de dor tornando assim a sensação física menos saliente e ainda, a dor física pode ser percebida como algo positivo quando esta consegue reduzir estados dissociativos desagradáveis (Hooley, Ho, Slater, & Lockshin, 2010).

Por fim, um processo de auto-criticismo pode moderar a relação entre os Comportamentos Autolesivos e a Dor. Ou seja, jovens com crenças negativas sobre si mesmos podem desenvolver uma maior disposição para suportar a dor, isto devido à existência de uma visão da experiência da dor como congruente consigo mesmo (Glenn, Michel, Franklin, Hooley, & Nock, 2014). Estudos realizados anteriormente têm sugerido que a autocrítica está associada a uma maior resistência à dor (Hooley, Ho, Slater, & Lockshin, 2010) e que, pessoas que são altamente autocríticas podem visualizar a dor como algo que merecem permitindo assim que a autolesão desempenhe uma função de autopunição ou de redução da culpa (St. Germain & Hooley, 2012).

Quanto à questão da prática dos CAL, 57,8% dos jovens refere estar “*Sempre*” sozinho e 7,8% “*Quase sempre*” sozinho, o que corrobora com estudos realizados anteriormente (Gaspar de Matos, Simões, Camacho, Reis, & Equipa Aventura Social, 2014). Esta preferência por parte dos jovens em realizar CAL sozinho pode estar associada a sentimentos de vergonha e um medo de serem estigmatizados (Brown & Kimball, 2013).

Face ao tempo passado entre o surgir da ideia e a execução dos Comportamentos Autolesivos, 72,2% dos jovens referiram esperar menos de 1 hora para iniciar a passagem ao ato, o que poderá sugerir que estes jovens agem em momentos de impulsividade, sendo que esta mesma impulsividade é considerada em vários estudos como sendo um fator associado à prática de comportamentos autolesivos (O’Connor, Rasmussen, & Hawton, 2009; Madge, et al., 2011).

No que concerne à vontade de parar com os Comportamentos Autolesivos, 73,3% dos jovens afirmam querer parar, no entanto, um aspeto interessante a ser discutido é o facto de apenas 11,1% afirmar ter recorrido a ajuda profissional. Para este valor reduzido face à ajuda, pode-se colocar como hipóteses explicativas o facto de os jovens poderem sentir algum receio em serem estigmatizados pela prática dos seus comportamentos e de sentirem que poderá não existir uma compreensão da outra pessoa face ao seu sofrimento (Brown & Kimball, 2013).

Pode surgir também como hipótese o facto de os jovens sentirem que têm controlo sobre os comportamentos e que conseguem parar por iniciativa própria não precisando de ajuda profissional para o fazer e ainda, como se verificou em algumas respostas dadas pelos jovens ao longo da investigação “ *porque é uma coisa que faço de vez em quando e não considero assim tão grave*”, indicando assim que este tipo de comportamentos, para alguns dos jovens, são vistos como práticas levianas e rotineiras.

Sem esquecer os fatores económicos, o baixo estatuto socioeconómico poderá ser um fator que dificulta o recurso a profissionais, pois muitos jovens ao preencherem os seus questionários revelaram que os seus pais encontravam-se ambos desempregados, podendo este também ser considerado um elemento influenciador relativamente à procura de ajuda profissional.

De seguida, foram avaliadas as hipóteses de investigação. Relativamente à primeira hipótese, confirmou-se através de uma Correlação de Pearson que os Comportamentos Autolsivos encontram-se mais fortemente associados às Funções da Dimensão Intrapessoal dos Comportamentos Autolesivos do que às Funções Interpessoais, corroborando assim diversos estudos (Sadeh, et al., 2014; Saraff & Pepper, 2014).

Ainda nesta hipótese, era esperado que dentro da dimensão Função Intrapessoal, fosse a Função Regulação Emocional a função mais fortemente associada aos CAL como evidenciado em estudos anteriores (Nock & Prinstein, 2004). Contudo, verificou-se que é a Função Auto-Punição a função mais fortemente associada aos CAL, também evidenciada em alguns estudos como sendo das primeiras funções mais mencionadas (Nock & Prinsteins, 2004; Gonçalves, Martins, Rosendo, Machado, & Silva, 2012; Guerreiro, Sampaio, Figueira, & Madge, 2017). Seguidamente verificou-se a Função Anti-Dissociação, Sinalização de Mal-Estar e, apenas em quarto lugar, a Função Regulação Emocional.

Estes dados parecem sugerir que alguns adolescentes utilizam os Comportamentos Autolesivos como forma de se autopunir, por alguma irregularidade que, na visão dos próprios, tenham cometido, como também os Comportamentos Autolesivos poderão significar uma forma de responder ao ódio que sentem por si ou ao sentimento de desvalorização (Nock, 2010). Jovens que realizam estes comportamentos com esta finalidade têm tendência a castigarem-se e a sentirem-se infelizes com eles próprios, desenvolvendo crenças negativas sobre si mesmos. Os resultados sugerem também que os jovens utilizam os CAL para interromper estados dissociativos, realizando os comportamentos como reflexo de algo físico em que os jovens se podem concentrar ajudando-os a retornar à realidade. Estes episódios podem ser desenvolvidos face a intensas emoções sentidas

pelos jovens que como estratégia de *coping* acabam por bloquear essas mesmas emoções ficando impossibilitados de sentir o que quer que seja. A autolesão pode permitir que eles sintam algo após os episódios dissociativos (Klonsky, 2007).

Relativamente à segunda hipótese, confirmou-se novamente através de uma Correlação de *Pearson* que existe uma correlação positiva entre as Emoções Negativas Antes e Depois da realização dos CAL com estes comportamentos, sendo que, a correlação entre os Comportamentos Autolesivos e as Emoções Negativas estão mais fortemente associadas no momento Depois dos CAL. Ou seja, os resultados evidenciam que, quanto mais emoções negativas Antes da realização dos CAL, mais Comportamentos Autolesivos e, quanto mais Comportamentos Autolesivos, mais emoções negativas Depois. Estes resultados são consistentes com investigações longitudinais que concluíram que Comportamentos Autolesivos realizados num primeiro momento predizem emoções negativas de maneira prospectiva, sugerindo assim que os autoagressores podem experimentar emoções negativas aumentadas ao longo do tempo (You, Leung, & Fu, 2012). Isto torna-se consistente com observações em investigações anteriores que indicaram que os Comportamentos Autolesivos podem levar a mais emoções negativas a longo prazo (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005).

Uma possível explicação para estes resultados centra-se na dificuldade que os adolescentes têm em desenvolver uma capacidade de tolerância à frustração ou ainda na dificuldade dos adolescentes aprenderem formas mais saudáveis e adaptativas de gerirem emoções negativas, vendo assim os comportamentos autolesivos como uma estratégia de *coping* para lidar com estados afetivos aversivos (Nock & Mendes, 2008). Consequentemente, emoções negativas podem escalar ao longo do tempo, principalmente quando os jovens percebem que os Comportamentos Autolesivos nunca irão resolver os seus problemas (You, Leung, & Fu, 2012).

Ainda relativamente à segunda hipótese, os resultados permitem colocar algumas questões. Tendo em conta que neste estudo os resultados mostraram que a realização dos Comportamentos Autolesivos está associada a uma escalada das Emoções Negativas, será que poderíamos pensar que ao longo do tempo os Comportamentos Autolesivos poderiam ser considerados um “portão aberto” para formas mais severas de autodestruição face a estas intensas emoções negativas? Será que este aumento das emoções negativas derivadas dos Comportamentos Autolesivos estão associados ao desenvolvimento de ideação suicida e, posteriormente, tentativas de suicídio?

Estudos têm indicado que o início e a manutenção de comportamentos autolesivos estão associados a um aumento do risco de ideação suicida e comportamentos suicidas (Koenig, et al.,

2017). A literatura também revela que a execução de Comportamentos Autolesivos triplica o risco de Comportamentos Suicidas posteriores e concomitantes (Whitlock, et al., 2013). Se pensarmos no Modelo *Gateway*, em que os Comportamentos Autolesivos e os Comportamentos Suicidas são vistos num continuum ou num espetro e estão ambos posicionados em extremidades opostas, os resultados acima citados sugerem que os Comportamentos Autolesivos poderão ser considerados um portão de entrada para formas mais graves de autolesão (Grandclerc, De Labrouhe, Spodenkiewicz, Lachal, & Moro, 2016) .

Face à terceira hipótese, realizou-se novamente uma Correlação de Pearson para analisar a existência de uma correlação inversa entre as Emoções Negativas Antes e Depois da realização dos Comportamentos e os CAL. Esta hipótese revelou não ser estatisticamente significativa sugerindo assim que as emoções positivas como alívio, satisfação ou excitação não desencadeiam, de forma significativa, a realização de Comportamentos Autolesivos.

No que concerne à quarta hipótese, pretendeu-se verificar se “ *Existem diferenças a nível emocional entre o Antes e Depois dos CAL nas emoções Tristeza, Angústia, Raiva, Alívio, Injustiça, Culpa, Ansiedade, Desespero, Infelicidade, Satisfação, Irritação, Vazio, Desilusão, Nojo, Vergonha, Depressão, Frustração, Revolta e Excitação*”, para tal foram realizados 19 testes *t-student* para amostras emparelhadas e os resultados indicaram uma diminuição significativa nas emoções Raiva, Injustiça, Ansiedade, Desespero, Frustração e Revolta e um aumento significativo nas emoções Alívio, Satisfação, Culpa e Vergonha. Os resultados obtidos neste estudo corroboraram com investigações realizadas anteriormente, sugerindo assim que os Comportamentos Autolesivos poderão funcionar como uma estratégia eficaz na regulação de afetos, reduzindo assim estados aversivos e aumentando emoções positivas (Laye-Gindhu & Schonert- Reichl, 2005; Gonçalves, Martins, Rosendo, Machado, & Silva, 2012; Kranzler, 2016).

Para além das emoções Culpa e Vergonha serem caracterizadas como emoções negativas, estas também fazem parte de uma grupo de emoções conhecidas como emoções auto-conscientes na medida em que requerem uma avaliação interna do eu contra regras, padrões ou objetivos estabelecidos e, estas emoções são sentidas quando o eu ou algum aspeto do eu é visto como tendo falhado. Sendo os comportamentos autolesivos em algumas definições vistos como socialmente inadequados, este aumento das emoções Culpa e Vergonha podem ser justificados através das avaliações que estão associadas às emoções e ainda ao papel crucial que estas têm na sociedade (Power & Dalgleish, 2008). Relativamente à vergonha, a avaliação fundamental é tanto do próprio como do outro, sendo que avaliação que o próprio faz de si é negativa, enquanto que a culpa envolve

um fracasso em cumprir padrões. Os jovens querem seguir padrões normativos da sociedade e ainda se importam com a opinião das outras pessoas (Power & Dalgleish, 2008). Ao praticarem este tipo de comportamentos, os jovens de alguma forma podem sentir-se em parte mal consigo próprios por não terem conseguido arranjar estratégias saudáveis de regulação dos seus estados afetivos e ainda, podem sentir-se rejeitados, ou até mesmo excluídos pela sociedade face à prática de comportamentos autolesivos.

Por fim, é importante considerar as limitações da presente investigação. O estudo foi realizado em escolas públicas o que obrigou, inicialmente, a um contacto com vários estabelecimentos de ensino de forma a obter um maior número de participantes possíveis. De doze escolas contactadas pessoalmente e por via e-mail, apenas três revelaram-se recetivas e mostraram disponibilidade para participar no estudo. Em segundo lugar, durante a aplicação dos questionários e apesar de todo o processo de confidencialidade e privacidade ter sido explicado, alguns jovens podem ter sentido que descreverem os seus episódios de comportamentos autolesivos era demasiado pessoal ou até mesmo doloroso e podem ter escolhido não o fazer, afetando assim a validade da prevalência de comportamentos autolesivos estabelecida. Em terceiro lugar, alguns jovens podem ter dados respostas que vão de acordo com a desejabilidade social. Por último, nesta investigação foram usadas Correlações, o que mostra que os fatores associados aos CAL não podem ser considerados fatores de risco ou causas.

Relativamente a investigações futuras, seria importante a realização de estudos longitudinais, para podermos tentar perceber se os comportamentos autolesivos podem ser de facto considerados uma porta aberta para a ideação suicida e tentativas de suicídio. Seria também interessante comparar as Funções dos Comportamentos Autolesivos com as Emoções.

REFERÊNCIAS

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, pp. 217-237.
- Ammerman, B. A., Jacobucci, R., Kleiman, E. M., Uyeji, L. L., & McCloskey, M. S. (2017). The Relationship Between Nonsuicidal Self-Injury Age of Onset and Severity of Self Harm. *The American Association of Suicidology*, pp. 1-7.
- Brown, M. Z., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2002). Reasons for Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in Women With Borderline Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, pp. 198-202.
- Brown, T. B., & Kimball, T. (2013). Cutting To Live: A Phenomenology. *Journal of Marital and Family Therapy*, pp. 1-14.
- Carvalho, Á., Peixoto, B., Saraiva, C. B., Sampaio, D., Amaro, F., Santos, J. C., . . . Santos, N. (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Carvalho, C. B., 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*, pp. 252-262.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, pp. 371-394.
- Cruz, D., Narciso, I., & Sampaio, D. (2016). Adolescents' maps about well-being, distress and selfdestructive trajectories: what's in their voices? *Psychologica*, pp. 95-115.
- Cruz, D., Narciso, I., Pereira, C., & Sampaio, D. (2014). Self-Destructive Symptomatic Frames In Clinical Adolescents: Is the Same Different? *Journal of Research on Adolescence*, pp. 524-533.
- Cruz, D., Narciso, I., Muñoz, M., Pereira, C. R., & Sampaio, D. (2013). Adolescents and Self-Destructive Behaviour: An Exploratory Analysis Of Family and Individual Correlates. *Behavioral Psychology*, pp. 271-288

- Cyssau, C. (2005). *A Entrevista Em Clínica*. Lisboa: Climepsi.
- Erickson, E. (1976). *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Favazza, A. R. (2011). *Bodies under Siege: Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*. Baltimore: JHU:Press.
- Gaspar de Matos, M., Simões, C., Camacho, I., Reis, M., & Equipa Aventura Social. (2014). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses em Tempos de Recessão - Dados nacionais do estudo HBSC de 2014*. Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais /IHMT/UNL.
- Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L., & Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour Research and Therapy*, pp. 2483–2490.
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2011). One-Year Test-Retest Reliability of the Inventory of Statements about Self-Injury (ISAS). *Assessment*, pp. 1- 4
- Glenn, J. J., Michel, B. D., Franklin, J. C., Hooley, J. M., & Nock, M. K. (2014). Pain analgesia among adolescent self-injurers. *Psychiatry Research*, pp. 1-25.
- Gonçalves, S. F., Martins, C., Rosendo, A. P., Machado, B. C., & Silva, E. (2012). Self-Injurious behaviour in Portuguese adolescents. *Psicothema*, pp. 536-541.
- Grandclerc, S., De Labrouhe, D., Spodenkiewicz, M., Lachal, J., & Moro, M.-R. (2016). Relations between Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behavior in Adolescence: A Systematic Review. *PLoS ONE*, pp. 1-15.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, pp. 41-54.
- Guerreiro, D. (2014). *Comportamentos autolesivos em adolescentes: Características epidemiológicas e análise de fatores psicopatológicos, temperamento afetivo e estratégias de coping*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.

- Guerreiro, D. F., & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista portuguesa de saúde pública*, 204-213.
- Guerreiro, D. F., Sampaio, D., & Figueira, M. L. (2014). *Relatório da Investigação "Comportamentos autolesivos em adolescentes: Características epidemiológicas e análise de fatores psicopatológicos, temperamento afetivo e estratégias de coping"*. Lisboa: Universidade de Lisboa- Faculdade de Lisboa.
- Guerreiro, D. F., Sampaio, D., Figueira, M. L., & Madge, N. (2017). Self-Harm in Adolescents: A Self-Report Survey in Schools from Lisbon, Portugal. *Archives Of Suicide Research*, pp. 83-99.
- Hankin, B. L., & Abela, J. R. (2011). Nonsuicidal self-injury in adolescence: Prospective rates and risk factors in a 2 ½ year longitudinal study. *Psychiatry Research*, pp. 1-15.
- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Sel-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, pp. 2373-2382.
- Hess, A. R., & Falcke, D. (2013). Sintomas internalizantes na adolescência e as relações familiares: uma revisão sistemática da literatura. *Psico-USF*, pp. 263-276.
- Hill, R. M., Castellanos, D., & Pettit, J. W. (2011). Suicide-related behaviors and anxiety in children and adolescents: A review. *Clinical Psychology Review*, pp. 1133-1144.
- Hooley, J. M., Ho, D. T., Slater, J., & Lockshin, A. (2010). Pain Perception and Nonsuicidal Self-Injury: A Laboratory Investigation. *American Psychological Association*, pp. 170-179.
- In-Albon, T., Bürli, M., Ruf, C., & Schmid, M. (2013). Non-suicidal self-injury and emotion regulation: a review on facial emotion recognition and facial mimicry. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, pp. 1-11.
- Jacobsa, R. H., Reinecke, M. A., Gollan, J. K., & Kane, P. (Junho de 2008). Empirical evidence of cognitive vulnerability for depression among children and adolescents: A cognitive science and developmental perspective. *Clinical Psychology Review*, pp. 759-782.

- Jorge, J. C., Queirós, O., & Saraiva, J. (2015). Descodificação dos comportamentos autolesivos sem intenção suicida- Estudo qualitativo das funções e significados na adolescência. *Análise Psicológica*, pp. 207-219.
- Kamphuis, J. H., Ruyling, S. B., & Reijntjes, A. H. (Novembro de 2007). Testing the Emotion Regulation Hypothesis Among Self-Injuring Females: Evidence for Differences Across Mood States. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, pp. 912-918.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, pp. 226-239.
- Klonsky, E. D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Research*, pp. 260-268.
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the Functions of Non-suicidal Self-injury: Psychometric Properties of the Inventory of Statements. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, pp. 215-219.
- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-Injury: A Research Review for the Practitioner. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, pp. 1045-1056.
- Klonsky, E. D., & Olino, T. M. (2008). Identifying Clinically Distinct Subgroups of Self-Injurers Among Young Adults: A Latent Class Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, pp. 22-27.
- 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 & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, pp. 1-9.
- Koenig, J., Brunner, R., Fischer-Waldschmidt, G., Parzer, P., Plener, P. L., Park, J., . . . Kaess, M. (2017). Prospective risk for suicidal thoughts and behaviour in adolescents with onset, maintenance or cessation of direct self-injurious behaviour. *European Child & Adolescent Psychiatry*, pp. 345-354.
- Kranzler, A. (2016). An Ecological Momentary Assessment Study Of the Emotion Regulation Functions Of Nonsuicidal Self-Injury Among Adolescents And Young Adults. *Graduate School-New Brunswick / Rutgers University*. New Jersey, New Brunswick: Tese de Doutorado.

- Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal Self-Harm Among Community Adolescents: Understanding the "Whats" and "Whys" of Self-Harm. *Journal of Youth and Adolescence*, pp. 447-457.
- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, pp. 1183-1192.
- Madge, N., Hawton, K., McMahon, E. M., Corcoran, P., De Leo, D., Jan de Wilde, E., . . . Arensman, E. (2011). Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, pp. 1-10.
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Wilde, E. J., Corcoran, P., Fekete, S., . . . Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, pp. 667-677.
- Mangnall, J., & Yurkovich, E. (2008). A Literature Review of Deliberate Self-Harm. *Perspectives in Psychiatric Care*, pp. 175-184
- McKenzie, K. C., & Gross, J. J. (2014). Nonsuicidal Self-Injury: An Emotion Regulation Perspective. *Psychopathology*, pp. 207-219.
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2004). An Investigation of Differences Between Self-Injurious Behavior and Suicide Attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, pp. 12-23.
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent nonsuicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, pp. 2-9.
- Najmi, S., Wegner, D. M., & Nock, M. K. (2007). Thought suppression and self-injurious thoughts and behaviours. *Behaviour Research and Therapy*, pp. 195-65.
- Nielsen, E., Kapil, S., & Townsend, E. (21 de Julho de 2016). Exploring the Relationship between Experiential Avoidance, Coping Functions and the Recency and Frequency of Self-Harm. *PlosOne*, pp. 1-20.

- Nock, M. K. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 339-363.
- Nock, M. K., & Favazza, A. R. (2009). Nonsuicidal self-injury: Definition and Classification. Em M. K. Nock, *Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origins, assessment, and treatment* (pp. 9-18). Washington, DC: American Psychological Association
- Nock, M. K., & Mendes, W. B. (2008). Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, pp. 28-38.
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, pp. 885-890.
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2005). Contextual Features and Behavioral Functions of Self-Mutilation. *Journal of Abnormal Psychology*, pp. 140-146.
- 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. *Journal of Abnormal Psychology*, pp. 816-827.
- O'Connor, R. C., Rasmussen, S., & Hawton, K. (2009). Distinguishing adolescents who think about self-harm from those who engage in self-harm. *British Journal of Psychiatry*, pp. 330-335.
- Orri, M., Paduanello, M., Lachal, J., Falissard, B., Sibeoni, J., & Revah-Levy, A. (2014). Qualitative Approach to Attempted Suicide by Adolescents and Young Adults: The (Neglected) Role of Revenge. *PLoS ONE*, pp. 1-8.
- Power, M., & Dalgleish, T. (2008). *Cognition and Emotion: From Order to Disorder*. Nova Iorque: Psychology Press.
- Rallis, B. A., Deming, C. A., Glenn, J. J., & Nock, M. K. (2012). What Is the Role of Dissociation and Emptiness in the Occurrence of Nonsuicidal Self-Injury? *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, pp. 287-298.
- Sadeh, N., Londahl-Shaller, E. A., Piatigorsky, A., Fordwood, S., Stuart, B. K., McNie, D. E., . . . Ozer, E. M. (2014). Functions of non-suicidal self-injury in adolescents and young adults with Borderline Personality Disorder symptoms. *PsychiatryResearch*, pp. 217-222.

- Saraff, P. D., & Pepper, C. M. (2014). Functions, lifetime frequency, and variety of methods of non-suicidal self-injury Among college students. *Psychiatry Research*.
- Senna, S. R., & Dessen, M. A. (2012). Contribuições das Teorias do Desenvolvimento Humano para a Concepção Contemporânea da Adolescência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28, pp. 101-108
- St. Germain, S. A., & Hooley, J. M. (2012). Direct and indirect forms of non-suicidal self-injury: Evidence for a distinction. *Psychiatry Research*, pp. 78-84.
- St. Germain, S. A., & Hooley, J. M. (2013). Aberrant pain perception in direct and indirect non-suicidal self-injury: An empirical test of Joiner's interpersonal theory. *Comprehensive Psychiatry*, pp. 694-701.
- Voon, D., Hasking, P., & Martin, G. (2014). The roles of emotion regulation and ruminative thoughts in non-suicidal self-injury. *British Journal of Clinical Psychology*, pp. 95-113.
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Eckenrode, J., Purington, A., Abrams, G. B., Barreira, P., & Kress, V. (2013). Nonsuicidal Self-Injury as a Gateway to Suicide in Young Adults. *Journal of Adolescent Health*, pp. 486-492.
- WHO. (2006). *Suicide prevention and special programmes*. Geneva: World Health Organization .
- Xavier, A., Cunha, M., & Gouveia, J. P. (2015). Deliberate self-harm in adolescence: The impact of childhood experiences, negative affect and fears of compassion. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, pp. 41-49.
- Yates, T. Y., Carlson, E. A., & Egeland, B. (2008). A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Development and Psychopathology*, pp. 651- 671.
- You, J., Leung, F., & Fu, K. (2012). Exploring the Reciprocal Relations between Nonsuicidal Self-Injury, Negative Emotions and Relationship Problems in Chinese Adolescents: A Longitudinal Cross-Lag Study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, pp. 829-836.
- Zhang, J., Song, J., & Wang, J. (2016). Adolescent self-harm and risk factors. *Asia-Pacific Psychiatry ISSN*, pp. 287-295.

ANEXOS

ANEXO A- Autorização para as Escolas



À Direção da Escola/Agrupamento de Escolas

Excelentíssimos Senhores,

No âmbito da Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, área de especialização em Psicologia Clínica do 5ºano, as alunas do ISPA-IU, têm de desenvolver um trabalho com uma componente prática de investigação.

Com o objetivo de recolher dados para o referido trabalho, subordinado ao tema: “Funcionamento familiar e comportamentos de risco na adolescência”, vimos por este meio solicitar o apoio para que as nossas alunas XXX e XXX possam levar a bom termo a sua investigação.

Antecipadamente gratos pela atenção dispensada, subscrevemo-nos atenciosamente.

Lisboa, 4 de Janeiro de 2018

ANEXO B- Autorizações para os Encarregados de Educação



Exmo (a). Sr. ou Sra. Encarregado de Educação,

No âmbito da realização de um Mestrado em Psicologia Clínica, sob a orientação da Professora Doutora Maria Gouveia Pereira, do ISPA-Instituto Universitário, as alunas Catarina Real e Adriana Palma estão a desenvolver um estudo sobre funcionamento familiar e comportamentos de risco na adolescência.

Para tal, foi solicitada a sua colaboração e do seu educando sendo que a recolha de dados será feita através de um questionário, de preenchimento voluntário, tendo a duração aproximada de 20 minutos. O questionário é anónimo e confidencial e a sua participação é crucial para a realização desta investigação.

Vimos assim pedir-lhe autorização para que o seu educando participe neste estudo. Nesse sentido, pedimos que destaque este documento pelo tracejado e o devolva ao Diretor de Turma, depois de preenchido e assinado.

Caso algo esteja incorreto ou não esteja claro, não hesite em solicitar mais informações para o correio eletrónico [XXX](#) ou [XXX](#).

Muito Obrigado

Declaro que li e compreendi este documento. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, o meu educando recusar participar nesta investigação sem qualquer tipo de represálias. Desta forma,

AUTORIZO

NÃO AUTORIZO

que o/a meu/minha educando/a (nome) _____, turma _____, participe no estudo sobre funcionamento familiar e comportamentos de risco na adolescência e permito a utilização dos seus dados de forma voluntária, confiando que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas neste documento.

Assinatura do Encarregado de Educação: _____

Anexo C- Folha do Rosto do Questionário



Este estudo está a ser desenvolvido pelo ISPA - IU e servirá para que possamos conhecer alguns comportamentos que os jovens da tua idade podem ter.

Este questionário é completamente anónimo e confidencial.

Não existem respostas certas ou erradas e o preenchimento demora cerca de 20 minutos. Pedimos-te que sejas o mais sincero possível.

Aceitas participar neste estudo

SIM ___ NÃO _

Questionário nº _____