



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Cátia Sofia Macedo Braga

**Ferimentos Autoinfligidos, Psicopatologia e Vinculação:
Um estudo com Estudantes Universitários**



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Cátia Sofia Macedo Braga

**Ferimentos Autoinfligidos, Psicopatologia e
Vinculação:
Um estudo com Estudantes Universitários**

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia
Área de Especialização em Psicologia Clínica

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Sónia Gonçalves

Outubro de 2011

Nome: Cátia Sofia Macedo Braga

Endereço Eletrónico: catiabraga83@hotmail.com

Número do Bilhete de Identidade: 12348937

Título Dissertação:

Ferimentos Autoinfligidos, Psicopatologia e Vinculação:
Um estudo com Estudantes Universitários

Orientador: Professora Doutora Sónia Gonçalves

Ano de Conclusão: Outubro de 2011

Área de Especialização do Mestrado: Psicologia Clínica

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, ___/___/_____

Assinatura: _____

Agradecimentos

Este trabalho representa o fecho de um processo de cinco anos de experiências e aprendizagens do qual participaram várias figuras importantes. A participação de umas foi proximal, manifesta, e a de outras, mais distal e menos evidente, mas ainda assim não menos indispensável.

À Professora Dr.^a Sónia Gonçalves, por toda a ajuda e disponibilidade e, essencialmente, pela simpatia e naturalidade honestas com que sempre me apoiou durante a realização deste trabalho: desde a escolha do tema à versão final da dissertação.

À Professora Dr.^a Isabel Soares pela ajuda fundamental a esta realização, por me ter possibilitado o contacto com a Dr.^a Marisa Fonseca e com o Professor Pedro Dias, dois sustentáculos centrais de todo este trabalho, e que me possibilitaram a realização das Adult Attachment Interviews. Também a todo o Grupo de Estudos da Vinculação os meus sinceros agradecimentos pelas cotações das entrevistas.

A todos os Diretores de Curso e Professores das várias licenciaturas da Universidade do Minho e da Universidade Católica do Porto seleccionadas para o estudo, pela gentil cedência dos minutos finais de uma das aulas lecionadas para aplicação dos instrumentos.

A todos os participantes desta investigação, pela colaboração espontânea e gratuita, e especialmente àqueles que acederam participar em todas as fases, pela ajuda, partilha e confiança depositadas.

Ao Carlos e à Filipa, pela presença e amizade, pela confiança e pelos momentos ao longo destes anos.

À Ana, pela força, partilha e ajuda ao longo de um longo ano.

Ao Israel, pela força, dedicação, ajuda e amizade sinceras.

Ao João, pela presença ao longo de todo o caminho.

E finalmente, um reconhecimento especial, como será sempre, à minha irmã e aos meus pais, a quem gostaria de dedicar este trabalho por tudo aquilo que neles há de incondicional.

Resumo

O presente estudo sustenta seis objetivos essenciais: 1) caracterizar os ferimentos autoinfligidos numa amostra da comunidade constituída por estudantes universitários portugueses; 2) aferir a existência de relações entre os ferimentos autoinfligidos e o sexo dos participantes; 3) avaliar diferenças entre indivíduos com e sem ferimentos autoinfligidos ao nível da psicopatologia; 4) aferir a relação entre a presença de ferimentos e o estilo de vinculação e comparar indivíduos com e sem ferimentos autoinfligidos ao nível de dimensões relevantes para a vinculação; 5) avaliar a percentagem de indivíduos cujos ferimentos descritos num instrumento de autorrelato são confirmados através da realização de uma entrevista e 6) compreender a distribuição dos indivíduos com ferimentos autoinfligidos pelos diferentes estilos de vinculação avaliados pela Adult Attachment Interview (George, Kaplan & Main, 1984).

Para a concretização destes objetivos, o estudo foi dividido em duas fases. Numa primeira fase foram utilizados instrumentos de autorrelato para a caracterização dos ferimentos autoinfligidos, avaliação da sintomatologia psicopatológica e classificação do estilo de vinculação e a amostra compôs-se por 518 estudantes universitários com idades compreendidas entre os 17 e os 62 anos, sendo 347 (67.0 %) dos participantes do sexo feminino e 171 (33.0%) do sexo masculino.

Numa segunda fase, foi aplicada uma entrevista de confirmação/infirmção da presença de ferimentos autoinfligidos e a Adult Attachment Interview (George, Kaplan & Main, 1984) e nesta fase a amostra compôs-se por 6 dos participantes que haviam participado na primeira fase, com idades compreendidas entre os 18 e os 22 anos, sendo 2 (33.3%) dos participantes do sexo masculino e 4 (66.7%) do sexo feminino.

Relativamente aos resultados da primeira fase, verificou-se que 16.2% dos participantes haviam realizado, nalgum momento das suas vidas, algum tipo de ferimento autoinfligido e que 52.4% daqueles que os realizaram recorreram a mais de um método. No que respeita à frequência, 80.7% dos ferimentos foram realizados “de um a cinco dias por mês” e 54.8% realizaram-se “menos de uma vez por dia”. Não foi encontrada uma associação entre a presença de ferimentos e o sexo dos participantes, nem diferenças entre eles ao nível do número de métodos utilizados. Relativamente à psicopatologia, foram encontradas diferenças significativas entre indivíduos sem e com ferimentos, com estes últimos a pontuarem significativamente mais em todos os índices de psicopatologia. Verificou-se também uma associação significativa entre a presença de ferimentos e os estilos de vinculação, assim como diferenças entre indivíduos com e sem ferimentos ao nível de dimensões relevantes para a vinculação.

Quanto aos resultados da segunda fase, em 83.3% dos casos a presença de ferimentos autoinfligidos referidos foi confirmada e em 16.7% dos casos infirmada, e 100% dos participantes foram classificados como inseguros-preocupados através da Adult Attachment Interview (George, Kaplan, & Main, 1984). Estes resultados são discutidos com recurso a uma interseção da literatura respeitante aos ferimentos autoinfligidos e à teoria da vinculação.

Abstract

The present study encompasses 6 major purposes: 1) to describe non-suicidal self injury on a Portuguese, community sample of university students; 2) to assess the existence of relationships between non-suicidal self injury and the sex of participants; 3) to explore differences between self-injurers and non self-injurers on measures of psychopathology and 4) to assess the relationship between the presence of non-suicidal self injury and styles of attachment and compare self-injurers and non self-injurers on attachment relevant measures; 5) to assess the amount of participants whose injuries described on a self-report measure are confirmed by means of an interview and 6) to evaluate the distribution of self-injurers throughout the different attachment styles evaluated by the Adult Attachment Interview (George, Kaplan, & Main, 1984).

In order to fulfill these purposes, the study was divided in 2 stages. On a first stage, participants filled in self-report measures of non-suicidal self injury, psychopathology and attachment and the sample was composed by 518 university students: 347 (67.0%) female and 171 (33.0%) male participants, ages ranging from 17 to 62 years old.

On a second stage, a confirmation/disconfirmation of non-suicidal self injury interview and Adult Attachment Interviews were conducted and this second stage sample was composed by 4 (80%) female and 2 (20%) male participants, ages ranging from 18 to 22 years old.

First stage results revealed that 16.2% of participants reported having injured themselves in some moment of their lives and 52.4% out of these 84 participants used more than one method. In what concerns behavior frequency, 80.7% of the reported injuries were inflicted “from one to five days per day” and 54.8% were inflicted “less than once a day”. No association was found between non-suicidal self injury and the sex of participants, nor did males and females differ on number of used methods. Significant differences were found between non self-injurers and self-injurers on psychopathology measures, these having scored significantly higher on all psychopathology scales. An association between non suicidal self-injury and attachment styles and significant differences between self-injurers and non self-injurers on relevant attachment measures were also demonstrated.

In what concerns second stage results, the presence of non-suicidal self injury was confirmed in 83.3% of cases and disconfirmed in 16.7%, and 100% of participants were classified as insecure-preoccupied on the Adult Attachment Interview (George, Kaplan & Main, 1984).

These results are discussed by means of an intercrossing of non suicidal self-injury and attachment theory literatures.

Índice

Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	iv
Índice.....	vi
Índice de Figuras.....	vii
Índice de Quadros.....	vii
Introdução.....	8
Capítulo I - Introdução Teórico-Empírica.....	10
1. Ferimentos Autoinfligidos.....	10
1.1. Definição do conceito de ferimento autoinfligido.....	10
1.2 Prevalência dos Ferimentos.....	13
1.3. Caraterísticas fenomenológicas.....	14
1.4. Psicopatologia Associada.....	15
1.5. Abordagens explicativas aos ferimentos autoinfligidos.....	16
2. A Teoria da Vinculação.....	18
2.1 Introdução.....	18
2.2. Vinculação e Emoções..	20
3. Vinculação e Ferimentos Autoinfligidos.....	22
Capítulo II – Estudo Empírico.....	23
1. Metodologia.....	23
1.1. Objetivos do Estudo.....	23
1.2. Participantes..	23
1.3. Instrumentos.....	24
1.4. Procedimento.....	28
2. Apresentação dos Resultados da Primeira Fase.....	30
3. Apresentação dos Resultados da Segunda Fase.....	38
4 . Discussão dos Resultados.....	38
Conclusão.....	45
Referências Bibliográficas.....	46

Índice de Figuras

Figura 1: Critérios de Diagnóstico para *Non-Suicidal Self Injury*

Figura 2. Esquema do Procedimento de Recolha de Dados para a Primeira e Segunda Fases

Índice de Quadros

Quadro 1: Descrição Sociodemográfica da Amostra da Primeira e Segunda Fases do Estudo

Quadro 2: Instrumentos de Avaliação, Objetivos e Fase de Aplicação

Quadro 3: Frequências da Presença de Ferimentos e do Número de Métodos de Ferimento Utilizados

Quadro 4: Frequências dos Vários Métodos de Ferimento Autoinfligido

Quadro 5: Data do Último Ferimento Autoinfligido

Quadro 6: Frequência, Dor, Planeamento e Compreensão dos Ferimentos Autoinfligidos

Quadro 7: Medidas Descritivas das Funções dos Ferimentos Autoinfligidos

Quadro 8: Medidas Descritivas da Presença de Ferimentos Autoinfligidos para o Sexo Feminino e Masculino

Quadro 9: Comparação entre Participantes do Sexo Feminino e Masculino ao Nível do Número de Métodos de Ferimento Autoinfligido

Quadro 10: Comparação entre Participantes Com e Sem Ferimentos Autoinfligidos ao nível das Sub-Escalas e Índices do BSI

Quadro 11: Comparação entre Participantes Com Ferimentos *Há Uma Semana* e *Há Mais de Um Ano* ao nível das Subescalas e Índices do BSI

Quadro 12: Distribuição dos Indivíduos Sem e Com Perturbação Emocional pelas Categorias Sem e Com Ferimentos Autoinfligidos

Quadro 13: Distribuição dos Participantes Com e Sem Ferimentos pelos Diferentes Estilos de Vinculação

Quadro 14: Comparação entre Participantes Com e Sem Ferimentos ao Nível das Dimensões Ansiedade, Conforto com a Proximidade e Confiança nos Outros (EVA)

Quadro 15: Comparação entre Participantes com Ferimentos *Há Uma Semana* e *Há Mais de Um Ano* ao Nível da Ansiedade, Conforto com a Proximidade e Confiança nos Outros

Introdução

Os ferimentos autoinfligidos são definidos como atos deliberados, não aceitos socialmente, que envolvem danos aos tecidos corporais e que são realizados sem intenção suicida (Favazza, 1996) e em populações universitárias, estudos internacionais têm apontado para uma prevalência deste comportamento que se situa entre 12% (Favazza et al., 1989) e 35% (Gratz, 2001).

Alguma controvérsia tem sido gerada relativamente à prevalência deste comportamento no sexo feminino e masculino, com alguns estudos apresentando valores mais elevados para as mulheres do que para os homens (Suyemoto & MacDonald, 1995; Zila & Kiselica, 2001) e outras investigações não encontrando diferenciação entre eles a este nível (Gratz, 2001; Stanley, Gameroff, Michalsen, & Mann, 2001).

No que respeita a fatores de risco associados aos ferimentos autoinfligidos, vários estudos têm demonstrado associações entre a presença destes comportamentos e várias perturbações psicopatológicas como Perturbações Depressivas (Briere & Gil, 1998; Stanley et al., 2001), Perturbações de Ansiedade e Perturbações de Personalidade (Haw, Hawton, Houston, & Townsend, 2001). No entanto, e como várias destas investigações foram realizadas com amostras clínicas, algumas questões se levantam relativamente a estas associações, quando avaliadas junto de amostras da comunidade.

Em Portugal, os estudos que abordam tanto as questões da prevalência como os fatores de risco associados aos ferimentos autoinfligidos são escassos pelo que, contribuir para uma maior compreensão destas questões, assim como das características fenomenológicas do comportamento, é um dos objetivos centrais deste estudo.

Mas para além destas questões, o presente estudo tem ainda outro propósito que se relaciona com a tentativa de alcançar uma maior compreensão deste comportamento através de um encontro conceptual entre a problemática dos ferimentos autoinfligidos a teoria da vinculação.

Assim, e no sentido da compreensão das razões que os indivíduos sustentam para o envolvimento neste tipo de comportamento, várias teorias explicativas têm sido apresentadas (Daldin, 1990; Miller & Bashkin, 1974; Crouch & Wright, 2004; Stanley et al., 1992; Nock & Prinstein, 2004, 2005;). No entanto, são aquelas que concetualizam os ferimentos autoinfligidos como um método de regulação emocional, ou seja, como um meio de diminuição ou evitamento de estados emocionais sentidos como negativos, as que têm recebido maior suporte empírico (ver Klonsky, 2006 para uma revisão).

Segundo a teoria da vinculação (Bowlby, 1969/1988), é no contexto das relações de vinculação que os indivíduos aprendem a regular-se emocionalmente e é através delas que, dependentemente de vários fatores relacionais, poderão desenvolver estratégias de regulação emocional mais ou menos adaptativas. Estas estratégias de regulação emocional estão, por sua vez, associadas a diferentes estilos de vinculação que podem, aliás, ser em si mesmos concetualizados como diferentes formas de regulação emocional (Sroufe, 1996; Main, 1990).

Portanto, se os ferimentos autoinfligidos são percebidos como uma forma desadaptativa de regulação do afeto e se a regulação das emoções se desenvolve, segundo a teoria da vinculação, no seio das relações de vinculação, então um cruzamento entre a teoria da vinculação e a literatura disponível sobre ferimentos autoinfligidos poderá representar uma forma de ampliação da compreensão deste tipo de comportamento. E este constitui-se então como outro dos objetivos da presente investigação.

Desta forma, e de modo a explicitar e justificar os objetivos expostos, os meios empregues para os alcançar e os resultados obtidos, o presente estudo foi dividido em 3 capítulos: Introdução Teórico-Empírica, Estudo Empírico e Conclusão.

O Capítulo I - Introdução Teórico-Empírica - foi subdividido em 3 partes no sentido de alcançar, desejavelmente, uma exposição mais clara da informação. Numa primeira parte, aborda-se em profundidade a temática dos ferimentos autoinfligidos, explorando-se questões que se relacionam com a sua definição e classificação, prevalência, características fenomenológicas, psicopatologia associada e abordagens explicativas. Numa segunda parte, expõem-se, sumariamente, as linhas gerais da teoria da vinculação que se consideram pertinentes para este estudo. Isto é, depois de uma introdução à teoria, explora-se com maior detalhe a relação entre vinculação e regulação emocional. Numa terceira e última parte, explicita-se a interseção destas duas áreas de investigação (ferimentos autoinfligidos e teoria da vinculação) no presente estudo.

O Capítulo II consiste na exposição geral do estudo empírico realizado e encontra-se dividido em três partes: 1) Metodologia – onde se descrevem os Objetivos do estudo, os Participantes, os Instrumentos e o Procedimento; 2) Apresentação dos Resultados e 3) Discussão dos Resultados.

No que respeita especificamente à Apresentação dos Resultados, a sua exposição foi dividida em 2 partes gerais, que ilustram as duas fases da investigação: 1) Apresentação dos Resultados da Primeira Fase e 2) Apresentação dos Resultados da Segunda Fase. Relativamente à Discussão dos Resultados, esta é realizada sem distinção entre resultados da primeira e segunda fase, de forma a alcançar uma melhor integração da informação.

Finalmente, no Capítulo III, é apresentada uma Conclusão onde se pretende, em modo de reflexão, expor as principais limitações ou fragilidades do estudo, assim como sublinhar alguns dos seus aspetos mais importantes.

Capítulo I - Introdução Teórico-Empírica

1. Ferimentos Autoinfligidos

1.1. Definição do conceito de ferimento autoinfligido. Os ferimentos deliberados realizados ao próprio corpo não devem ser concebidos como um fenómeno algo recente. De facto, e recuando consideravelmente, o nosso imaginário clássico está impregnado de mitos que recorrem a este fenómeno para dramatizar as suas narrativas. A história de Rei Édipo que perfura os próprios olhos quando se apercebe de que a profecia do oráculo se havia cumprido e o mito de Cibele e Atis que reconta a automutilação genital deste último em resposta à frustração por ter traído Cibele, são apenas dois dos exemplos. Mesmo depois do período clássico, já durante o século XIII, e com a proliferação do Cristianismo e o aparecimento dos Flagelantes, a mortificação da carne tornou-se num tema de grande centralidade e mais tarde, já no século XIX, Vincent Van Gogh, após várias discussões e de uma perseguição obstinada a Gauguin pelas estradas de Arles, no sul de França, acaba por cortar um pedaço da sua orelha esquerda, ato que retratou numa das suas obras mais célebres.

De facto, ao longo da história, envoltos em diferentes contextos e praticados por distintas motivações, vários episódios que envolvem ferimentos realizados pelo próprio indivíduo ao próprio corpo foram sendo retratados. Já na atualidade, várias personagens mediáticas vieram a público partilhar as suas experiências com esta a prática e a internet disponibiliza várias páginas com os seus relatos.

Efetivamente, os autoferimentos deliberados não se constituem como um fenómeno recente ou específico do nosso tempo, no entanto, a investigação científica só recentemente começou a debruçar-se seriamente sobre o tema e suas especificidades contextuais e psicológicas. Em todos os exemplos atrás citados, é evidente a presença de um fator comum entre eles: o infligir de ferimentos ao próprio corpo. No entanto, as características contextuais e fenomenológicas de cada um deles são também claramente distintas (eg., a sancionalidade cultural do ato e a gravidade do ferimento) pelo que se torna fundamental a definição e operacionalização do tipo de comportamento abordado no presente estudo.

Importa assim definir *ferimento autoinfligido*. A literatura existente é ainda pouco clara no que respeita à própria definição do conceito e uma pequena revisão da mesma anuncia isso mesmo, através das diferentes expressões utilizadas para a descrição de um dano ao corpo causado pelo próprio: *deliberate self-harm* (Gratz, 2001), *self-mutilation* (Suyemoto, 1998), *self-injurious behavior* (Muehlenkamp & Gutierrez, 2004) e *self-cutting* (Suyemoto & MacDonald, 1995) são apenas algumas delas. E quando cada um destes conceitos abrange diferentes tipos de comportamento e muitas vezes diferentes motivações para cada comportamento, as dificuldades que se levantam ao nível da investigação são evidentes.

Neste contexto, uma das grandes questões da literatura que se debruça sobre esta temática e, em especial, sobre a delimitação e operacionalização dos conceitos envolvidos, é a necessidade de diferenciar, antes de mais, entre ferimentos realizados com e sem intenção suicida (Gratz, 2001; Zila

& Kiselica, 2001) no sentido de identificar, conceitualizar e intervir de forma eficaz junto de cada um dos comportamentos (Messer & Fremouw, 2008).

Procurando uma aproximação a este objetivo, Favazza (1996) delineou uma definição de ferimento autoinfligido que distingue este de outros tipos de comportamento que envolvem danos ao próprio corpo: um ferimento autoinfligido é um ato deliberado, não aceito socialmente, que envolve danos aos tecidos corporais e que é levado a cabo sem intenção suicida. Esta definição sublinha que este comportamento, para além de não ser um ato suicida, não é culturalmente sancionado (como acontece por exemplo, com os ritos de iniciação e de passagem de culturas aborígenes, ou com as decorações corporais através de *piercings* e tatuagens) e não se limita ao ferimento através de cortes - já que alguns autores se referem aos ferimentos autoinfligidos como *self-cutting* (Suyemoto & MacDonlad, 1995), incluindo apenas este tipo de ferimento nos seus estudos.

Para além da delimitação do conceito de ferimento autoinfligido, Favazza (1996) construiu um sistema de classificação dos ferimentos autoinfligidos. Segundo o autor, estes comportamentos podem ser inseridos em três tipos de categorias distintas: *Major*, *Estereotipado* e *Superficial a Moderado*. Na categoria *Major* inserem-se ferimentos infrequentes, incomuns e maioritariamente relacionados com doenças mentais como Esquizofrenia, Psicose secundária a substâncias ou Atraso mental, sendo a destruição do globo ocular e a mutilação genital exemplos destes ferimentos. A categoria *Estereotipado* é integrada por ferimentos repetitivos, não programados e que não envolvem uma resposta emocional (e.g. bater com a cabeça), sendo caraterísticos também de algumas perturbações como Lesch-Nylan, Tourette's de Lange, Rett, Psicose Aguda, Esquizofrenia ou Autismo. Finalmente, os ferimentos superficiais a moderados são os mais comuns e podem, em si mesmos, ser divididos em duas categorias distintas: *Compulsivos* e *Impulsivos*. A primeira subcategoria é caraterizada por um comportamento ritualista e repetitivo (e.g. tricotilomania) que ocorre várias vezes ao longo do dia e que visa a libertação da tensão. Por outro lado, a subcategoria *Impulsivo* integra ferimentos que ocorrem em resposta a um stressor, tendo também como finalidade a diminuição da tensão e podendo ser de carácter episódico ou repetitivo.

No que respeita a este último subtipo, existe atualmente uma proposta de inclusão de uma nova categoria nosológica no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM – V) que se refere a este tipo de comportamento sob a designação de *Non-Suicidal Self Injury* (aqui tratado como *ferimento autoinfligido*). Atendendo a que no DSM-IV-TR (APA, 2002) a designação que mais se assemelha a esta condição é um dos critérios para Perturbação Estado-Limite da Personalidade (“Comportamentos, gestos ou ameaças recorrentes de suicídio ou comportamento automutilante”), e tendo que os ferimentos autoinfligidos surgem muitas vezes associados a outro tipo de perturbações (Herpertz, 1995; Zlotnick, Mattia, & Zimmerman, 1999) e frequentemente não associados à Perturbação Estado-Limite da Personalidade, então torna-se justificável a ponderação da criação de uma nova categoria nosológica para o DSM-V. Os critérios de diagnóstico propostos para *Non-Suicidal Self Injury* (Ferimentos Autoinfligidos) estão expostos na figura 1.

A. No último ano, o indivíduo realizou, em 5 ou mais dias, danos autoinfligidos intencionalmente sobre a superfície do corpo que provocaram hemorragias ou hematomas ou dor, para fins não socialmente sancionados, mas realizados com a expectativa de que o ferimento conduziria apenas a danos leves ou moderados.

B. A lesão intencional está associada a pelo menos dois dos seguintes:

1. Sentimentos ou pensamentos negativos como depressão, ansiedade, tensão, raiva, angústia generalizada ou autocrítica, ocorrendo no período imediatamente anterior ao ferimento autoinfligido.
2. Antes de consumir o ato, um período de preocupação com o comportamento desejado que é difícil de resistir.
3. O desejo de se envolver em comportamentos de autolesão ocorre frequentemente, embora possa não ser satisfeito.
4. A atividade é realizada com um objetivo, podendo este ser o alívio de um sentimento/estado cognitivo negativo, o alívio das dificuldades interpessoais ou a indução de um estado emocional positivo

C. O comportamento e as suas consequências causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento interpessoal, acadêmico ou em outras áreas importantes do funcionamento do indivíduo.

D. O comportamento não ocorre exclusivamente durante um estado de psicose, delírio ou intoxicação. Em indivíduos com uma perturbação do desenvolvimento, o comportamento não faz parte de um padrão estereotipado repetitivo. O comportamento não pode ser explicado por outra perturbação mental ou condição médica (perturbação psicótica, perturbação do desenvolvimento, deficiência mental, Síndrome de Lesch-Nyhan).

Fonte: <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=443#>; acessado a 4 de agosto de 2011

Figura 1. Critérios de Diagnóstico para Non-Suicidal Self Injury

Considerando que estes critérios de diagnóstico espelham os aspetos essenciais da definição de Favazza (1996) de Ferimento Autoinfligido e sendo esta uma das definições mais utilizadas na literatura (Claes, Vandereycken & Vertommen, 2006; Klonsky & Muehlenkamp, 2007), esta será também a definição utilizada no presente estudo.

1.2 Prevalência dos Ferimentos Autoinfligidos. A prevalência dos ferimentos autoinfligidos não é ainda clara. Esta imprecisão parece envolver essencialmente o carácter privado do ato em si mesmo e o desacordo entre clínicos e investigadores relativamente à sua definição – principalmente no que respeita à concetualização do comportamento como um ato suicida *versus* um ato de automutilação (Messer & Fremouw, 2008).

De qualquer modo, alguns estudos têm procurado avaliar a prevalência dos ferimentos quer na população geral quer em amostras específicas.

Por exemplo, Briere e Gil (1998) encontraram uma prevalência de 21% na população psiquiátrica geral, enquanto em populações clínicas de adolescentes as percentagens tendem a ser mais elevadas: entre 40 a 61% (Darche, 1990; DiClemente, Ponton, & Harley, 1991).

No que concerne à população geral, as percentagens oscilam entre os 4% (Briere & Gil, 1998; Brunner et al., 2007) e 7% (Brunner et al., 2007). Já em adolescentes do ensino secundário foram encontradas percentagens mais elevadas: entre 6 e 17% (Csorba et al., 1998) e entre estudantes universitários as percentagens situam-se entre os 12% (Favazza et al., 1989) e 35% (Gratz, 2001).

Efetivamente, os ferimentos autoinfligidos parecem ser mais frequentes em populações clínicas, assim como na adolescência e no início da idade adulta, tendo tendência a diminuir em idades mais tardias (Yates, 2004), o que integra aquilo que é a perceção comum da prevalência deste comportamento. No entanto, e embora a descrição convencional de um indivíduo com ferimentos autoinfligidos seja aquela que o define como um indivíduo do sexo feminino, adolescente ou jovem adulto, solteiro e proveniente de um meio sócioeconómico médio alto (Suyemoto & MacDonald, 1995; Zila & Kiselica, 2001), estudos recentes não têm reportado diferenças entre ambos os sexos ao nível da prevalência destes comportamentos (Gratz, 2001; Stanley et al., 2001). Aliás, um aspeto interessante encontrado aquando da revisão da literatura é a existência de diferenças de género em amostras clínicas mas não em amostras da comunidade (Jacobsen, Muehlenkamp, & Miller, 2006; Nixon, Cloutier, & Aggarwal, 2002). Heath, Toste, Nedecheva, e Charlebois (2008) sugerem que tal poderá dever-se ao facto de as mulheres terem uma maior probabilidade de pedir ajuda do que os homens, ou mesmo à inclusão de *overdose* ou ingestão inapropriada de medicação sem intenção suicida em muitos dos estudos conduzidos em contextos clínicos, comportamentos que têm sido consistentemente associados ao sexo feminino (e.g., Briere & Gil, 1998).

Quanto à investigação no nosso país, destaca-se sobretudo a escassez de estudos no âmbito dos ferimentos autoinfligidos. No entanto, recentemente, o estudo Health Behavior in School-aged Children da Organização Mundial de Saúde e liderado em Portugal pela equipa Aventura Social revelou que 15.6% dos adolescentes que frequentam o 8º e 10º anos de escolaridade realizaram algum tipo de ferimento autoinfligido no último ano (Matos, 2011).

Também em Portugal, um estudo de Gonçalves, Rosendo, Martins e Machado (2010) com adolescentes revelou uma prevalência do comportamento de 27.8% nesta população.

Finalmente, importa alertar para os métodos de recolha de dados utilizados nas investigações que abordam o tema dos ferimentos autoinfligidos. Isto justifica-se pela existência de algumas evidências para a amplificação da prevalência destes comportamentos, quando avaliada através de instrumentos de autorrelato. Por exemplo, Ross e Heath (2002), depois de analisarem esta questão, concluíram que, em média, apenas cerca de 2 em 3 adolescentes que haviam indicado terem-se ferido deliberadamente alguma vez ao longo da vida num questionário de autorrelato, viram esta indicação confirmada com base numa entrevista. Segundo os autores, a infirmação da presença de ferimentos devia-se essencialmente ao facto de os participantes considerarem como ferimentos autoinfligidos comportamentos que, de facto, não caberiam nesta definição (e.g., magoarem-se psicologicamente ou correrem algum risco). Esta constatação alerta assim para a necessidade de algum cuidado na construção e escolha do instrumento de recolha de dados, assim como para a utilidade da utilização de entrevistas de confirmação dos ferimentos autoinfligidos, sempre que possível.

1.3. Caraterísticas fenomenológicas. Investigações têm demonstrado que a idade média de início dos ferimentos autoinfligidos se situa entre os 12 e os 14 anos de idade (Muehlenkamp & Gutierrez, 2004; Nock & Prinstein, 2004; Ross & Heath, 2003) e que os métodos de ferimento mais comumente utilizados são *cortar-se com um objeto afiado e bater em si próprio* (Muehlenkamp & Gutierrez, 2004; Ross & Heat, 2002; Ross & Heath, 2003). Já relativamente ao número de métodos utilizados, Jacobson e Gould (2007), numa revisão da literatura, apontam para a existência de diferenças entre populações clínicas e não clínicas. Especificamente, em populações da comunidade, a maioria dos indivíduos utiliza apenas um método, enquanto em populações clínicas a média de métodos utilizados é de 2.5.

No que respeita à frequência dos ferimentos autoinfligidos, esta parece ser largamente variável (Jacobson & Gould, 2007). Num estudo de Claes, Vandereycken e Vertommen (2007) com uma amostra clínica, a maioria dos indivíduos (62.5%) relataram ferirem-se entre 1 e 5 dias por mês enquanto 13.7% o faziam em mais de 15 dias no espaço de um mês. No estudo de Ross e Heath (2002), com uma amostra não clínica, 13.1% dos participantes referiram ferimentos diários, 27.9% bissemanais, 19.6% bimensais, 18% apenas um episódio e 19.6% ferimentos esporádicos. A grande variabilidade da frequência do comportamento encontrada entre a literatura, tanto com amostras clínicas como da comunidade, parece então apontar para a necessidade de estudos que abordem fatores de risco associados a uma maior frequência de ferimentos autoinfligidos.

Em Portugal, o único estudo encontrado que abordou as caraterísticas comportamentais dos ferimentos autoinfligidos (Gonçalves, Rosendo, Martins e Machado, 2010) revelou que no mês precedente à aplicação dos instrumentos de autorrelato, 26.8% haviam-se arranhado, 30.4% magoado, 26.8% cortado, 5.4% queimado, 44.6% mordido e 19.6% usaram outros métodos. A maioria referiu também que o ato não havia sido planeado, e que os ferimentos resultantes haviam sido escondidos. Sendo este o único estudo encontrado em Portugal que se debruçasse sobre a descrição

fenomenológica dos ferimentos autoinfligidos, é evidente a carência de uma maior atenção por parte dos investigadores e a indispensabilidade de mais estudos nesta área.

1.4. Psicopatologia Associada. Os ferimentos autoinfligidos são normalmente conceptualizados como característicos de outras perturbações em que o comportamento autodestrutivo é proeminente (Yates, 2004). De facto, vários estudos têm demonstrado relações significativas entre os Ferimentos Autoinfligidos e Perturbações de Abuso de Substâncias (Langbehn & Pfohl, 1993; Zlotnick, Mattia, & Zimmerman, 1999) ou Perturbações do Comportamento Alimentar (Herpertz, 1995).

Outros estudos têm revelado que muitos dos indivíduos com ferimentos autoinfligidos preenchem também critérios para Perturbações Depressivas (Briere & Gil, 1998; Stanley, Gameroff, Michalsen, & Mann, 2001), Perturbações de Ansiedade e Perturbações de Personalidade (Haw, Hawton, Houston, & Townsend, 2001), especialmente Perturbação de Personalidade Estado-Limite (Herpertz, Sass, & Favazza, 1997; Zweig-Frank, Paris, & Guzder, 1994) para a qual os ferimentos autoinfligidos são um critério de diagnóstico.

Uma história de abuso sexual e um diagnóstico de Stress Pós-Traumático têm sido fortemente associados à presença de ferimentos autoinfligidos (Crowe & Bunclark, 2000; Sansone, Gaither & Songer, 2002; Weaver, Chard, Mechanic & Etzel, 2004). Esta especial relação entre os ferimentos autoinfligidos e histórias de abuso sexual e diagnóstico de Stress Pós-traumático poderá, segundo Yates (2004), estar relacionada com vários fatores. Antes de mais, o abuso sexual evoca “*defesas dissociativas e sintomas pós-traumáticos que, por sua vez, poderão ativar comportamentos de redução da tensão como os ferimentos autoinfligidos*” (Briere & Gil, cit in Yates, 2004). Por outro lado, o abuso sexual localiza o trauma no domínio corporal que mais tarde se tornará o alvo dos ferimentos autoinfligidos. E finalmente, o abuso sexual por parte de progenitores é muitas vezes acompanhado de negligência parental que bloqueia o desenvolvimento de experiências parentais compensatórias que poderiam minimizar os efeitos de outros tipos de maus tratos.

Já em Portugal, o estudo de Gonçalves e colaboradores (2010), com uma amostra não clínica de adolescentes revelou que, em comparação com indivíduos que nunca haviam realizado ferimentos autoinfligidos, aqueles que os haviam praticado nalgum momento das suas vidas pontuaram significativamente mais em todas as escalas de psicopatologia do Brief Symptom Inventory (BSI) (Derogatis, 1982; versão portuguesa: Canavarro, 1999).

De qualquer modo, todas estas associações entre os ferimentos autoinfligidos e distintas perturbações psicopatológicas ou acontecimentos stressantes levaram alguns autores, como Favazza (1998), a sugerir que os ferimentos autoinfligidos exigem uma classificação diagnóstica distinta, materializada na proposta de inclusão de uma nova categoria nosológica no DSM-V.

No entanto, e porque muitos estudos que associam os ferimentos autoinfligidos a distintos quadros psicopatológicos são realizados com amostras clínicas (Haw, Hawton, Houston, & Townsend, 2001; Stanley, Gameroff, Michalsen, & Mann, 2001; Zweig-Frank, Paris, & Guzder, 1994), é possível que a

coocorrência dos ferimentos autoinfligidos com várias perturbações psicopatológicas possa estar sobre-representada. Deste modo, investigações que recorram, como o presente estudo, a amostras não clínicas poderão ser importantes para a apreciação da existência de um enviesamento neste sentido.

1.5. Abordagens explicativas aos ferimentos autoinfligidos. Messer e Fremouw (2008) realizaram uma revisão da literatura existente e distinguiram sete abordagens distintas à problemática dos ferimentos autoinfligidos. Serão aqui brevemente apresentados seis dos modelos: o Modelo Sexual ou Sadomasoquista; o Modelo de Despersonalização; o Modelo Interpessoal ou Sistémico; o Modelo Fisiológico ou Biológico; o Modelo Comportamental e o Modelo da Regulação Emocional. Seguidamente, será oferecido um especial destaque àqueles que têm sido empiricamente mais suportados.

O Modelo Sexual enfatiza a importância do desenvolvimento sexual e das preocupações sexuais, conceptualizando os ferimentos autoinfligidos como uma forma de providenciar gratificação sexual, como uma tentativa de punição do impulso sexual ou como um controlo do desenvolvimento sexual. Neste contexto, Daldin (1990) refere que *“a luta contra a masturbação pode resultar num deslocamento das energias agressivas e libidinais”*, que seriam materializadas na realização de ferimentos autoinfligidos.

O Modelo da Dissociação ou despersonalização baseia-se no estado psicológico de dissociação ou despersonalização, considerando que estes sintomas têm origem em sentimentos de isolamento ou abandono que provocam no indivíduo sensações de irrealidade ou adormecimento. Os ferimentos autoinfligidos surgem neste modelo como forma de restabelecer a identidade ou o sentimento do self e as cicatrizes provocadas pelos ferimentos acabam por funcionar como *“lembretes para o indivíduo de que ele realmente existe e tem uma identidade”* (Miller & Bashkin, 1974).

O Modelo Sistémico enfatiza os ferimentos autoinfligidos como sintomáticos da disfunção familiar ou ambiental, sendo que os indivíduos se envolvem nestes comportamentos como uma tentativa de escapar dessa disfunção ou de *obter a atenção dos outros*. Nesta abordagem, o ambiente é tido como extremamente reforçador do comportamento na medida em que este tem uma função distratora em relação a outros problemas ambientais (Crouch & Wright, 2004).

O Modelo Fisiológico ou Biológico sugere uma vulnerabilidade biológica para o envolvimento em ferimentos autoinfligidos que se relaciona com disfunções no sistema de neurotransmissão e com uma resposta psicofisiológica disfuncional aos ferimentos autoinfligidos que envolve a diminuição da tensão (Haines, Williams, Brain, & Wilson, 1995)

O Modelo Comportamental enfatiza as variáveis que podem dar início ou manter os ferimentos autoinfligidos, sublinhando que estes comportamentos são reforçados através de ganhos externos provenientes do ambiente (reforço positivo) ou através do alívio interno (reforço negativo) (Nock & Prinstein, 2004, 2005).

O Modelo da Regulação Emocional apoia-se em investigações que verificaram a existência de vários estados emocionais precedentes aos ferimentos autoinfligidos e a relação destes comportamentos com a regulação emocional. São exemplos de estados emocionais precedentes: aumento da tensão, aumento de ansiedade, raiva em relação ao próprio, hostilidade em relação aos outros e sentimentos de irrealidade. Várias investigações têm demonstrado o caráter regulador das emoções assumido pelos ferimentos autoinfligidos, indicando que (a) emoções negativas agudas precedem os ferimentos autoinfligidos, (b) menor emocionalidade negativa e maior alívio estão presentes depois dos ferimentos autoinfligidos, (c) os ferimentos autoinfligidos são levados a cabo principalmente para diminuir a emocionalidade negativa e, (d) a emocionalidade e ativação negativas são reduzidas pelos ferimentos autoinfligidos (ver Klonsky, 2006 para uma revisão da literatura). Ainda no sentido da corroboração do modelo da regulação emocional, vários estudos têm demonstrado que os processos de reforço automático negativo são, em média, aqueles mais citados pelos indivíduos para o envolvimento em ferimentos autoinfligidos, sendo que percentagens menores de indivíduos relatam envolverem-se no comportamento por motivações que se relacionam com processos de reforço automático positivo, reforço social positivo e reforço social negativo (ver Jacobson & Gould, 2007 para uma revisão da literatura).

Enquanto os estudos no âmbito dos modelos Sexual, da Despersonalização e Sistémico apresentam limitações consideráveis (amostras reduzidas e/ou muito específicas e, especialmente em relação ao Modelo Sexual, dificuldades em testar/refutar as hipóteses levantadas pelo modelo), os Modelos Biológico, Comportamental e da Regulação emocional têm sido especialmente validados por vários estudos (particularmente os Modelos Comportamental e da Regulação Emocional) (Messer & Fremouw, 2008).

No que respeita ao Modelo Comportamental, este baseia-se essencialmente nos estudos de Nock e Prinstein (2004) que culminaram na sistematização das várias razões pelas quais um indivíduo poderá realizar ferimentos autoinfligidos. Segundo o modelo dos autores, os sujeitos envolvem-se neste tipo de comportamentos por quatro razões primárias que se colocam entre duas dimensões dicotómicas: contingências automáticas ou sociais, e reforços que são positivos ou negativos. A título de exemplo, um reforço automático negativo pode consistir na diminuição da tensão após a realização de um ferimento autoinfligido; um reforço automático positivo poderá ser a indução de um estado emocional positivo através do ferimento (e.g. sentir alguma coisa, ainda que seja dor); um reforço social positivo poderá envolver a obtenção da atenção dos outros com a realização deste comportamento e um reforço social negativo poderia ser, através dos ferimentos autoinfligidos, evitar fazer algo desagradável. Efectivamente, este modelo integra aspectos dos modelos Interpessoal (através dos processos de reforço social), da Despersonalização (através dos processos de reforço automático negativo) e da Regulação Emocional (também através dos processos de reforço automático negativo) pelo que surge como o Modelo com maior poder explicativo.

Relativamente ao Modelo da Regulação Emocional - que é integrado no modelo comportamental de Nock e Prinstein (2004) através da inclusão dos processos de manutenção do comportamento por reforço automático negativo - várias investigações demonstram que indivíduos que realizam ferimentos autoinfligidos apresentam dificuldades ao nível da experiência (Gratz, Conrad, & Roemer, 2002; Zlotnick et al., 1996), da consciência (Zlotnick et al., 1996) e da expressão das emoções (Gratz, 2006) e é então neste contexto que os ferimentos autoinfligidos assumem uma função reguladora da experiência emocional. Ou seja, os indivíduos, apresentando dificuldades ao nível da regulação emocional, envolvem-se neste tipo de comportamentos como forma de regulação do afeto.

É neste contexto, isto é, no contexto da conceptualização dos ferimentos autoinfligidos como uma forma desadaptativa de regulação emocional, que a teoria da vinculação (Bowlby, 1969/1982) poderá representar um modelo conceptual interessante para a exploração da temática dos ferimentos autoinfligidos. Assim, de seguida, será apresentada uma introdução à teoria da vinculação ao que se seguirá um maior aprofundamento da regulação emocional, tal como conceptualizada nesta teoria.

2. A Teoria da Vinculação

2.1 Introdução. A Teoria da Vinculação assenta na central noção de que a capacidade humana para estabelecer laços afetivos com outros seres humanos é uma característica essencial para a sobrevivência da espécie (Bowlby, 1969/1988). Se no início da vida o ser humano é especialmente vulnerável e dependente dos cuidados de uma figura adulta, é evolutivamente compreensível que um dos sistemas comportamentais mais relevantes do indivíduo seja aquele que lhe permite sinalizar as suas necessidades, a serem satisfeitas por esta figura de cuidado. A este sistema comportamental dá-se o nome de sistema de vinculação. Mas, para além desta função de aproximação entre a criança e o prestador de cuidados, especialmente em situações de medo ou ameaça, o sistema de vinculação funciona também como forma de proporcionar à criança um sentimento de segurança - *felt security* - (Cummings & Davies, 1996). Este sentimento de segurança é desenvolvido através do estabelecimento de uma relação de *base segura* com uma figura de vinculação que possibilitará à criança a exploração do ambiente, com a certeza de que poderá recorrer a esta “*base segura*” na eventualidade de qualquer dificuldade.

Assim, a qualidade das relações de vinculação precoces – a qualidade dos cuidados prestados ao bebé, o modo como o prestador de cuidados responde às necessidades da criança - relaciona-se com o grau em que a criança aprende a confiar na sua figura de cuidados como uma figura de segurança, o que irá determinar o seu estilo particular de vinculação.

Com base nos momentos de separação e reunião da criança em relação à figura de vinculação, observados numa situação laboratorial, Ainsworth e colaboradores (1978), identificaram três estilos de vinculação que refletem a qualidade da vinculação na infância: vinculação segura, vinculação insegura-resistente e insegura-evitante. O padrão seguro de vinculação inclui a procura da figura de vinculação em momentos de stress, a capacidade da criança de ser confortada pela mesma nestas

situações, e uma boa receção da figura de vinculação nos momentos de reunião. No fundo, reflete o comportamento *base segura*, o sentimento de *felt-security* e a capacidade da criança de sinalizar adequadamente as suas necessidades pois confia nas respostas da figura de cuidados. Crianças com um padrão de vinculação inseguro-resistente demonstram um comportamento ambivalente (ou seja, existe tanto uma procura como uma resistência ativa ao contacto) em relação ao prestador de cuidados e uma incapacidade para serem confortadas nos momentos de reunião. Finalmente, as crianças com um padrão de vinculação classificado como ansioso-evitante evitam a proximidade ou interação com o prestador de cuidados nos momentos de reunião (ignorando-o ou afastando-se) e não protestam na ausência da figura de vinculação.

Até este ponto, expusemos a relação entre um prestador de cuidados e uma figura que é cuidada, e a influência desta relação no desenvolvimento de estilos particulares de vinculação. No entanto, o sistema comportamental de vinculação não vê cessada a sua função com o término da infância e com a capacidade crescente do indivíduo se autonomizar. Pelo contrário, e segundo Bowlby, o sistema de vinculação está presente ao longo de todo o ciclo de vida: *from the cradle to the grave* (Bowlby, 1969/1988), ainda que as relações se vão tornando progressivamente mais simétricas: da infância, durante a qual a criança é a única recetora de cuidados, até à adolescência e idade adulta onde as relações que se tendem a formar são simétricas, ou seja, onde cada um dos elementos da relação fornece e recebe cuidados (Allen, 2008; Soares, 2007).

Efetivamente, segundo a teoria de Bowlby (1969/1988), ao longo do tempo as crianças vão internalizando as experiências com os prestadores de cuidados de forma que estas relações precoces se tornarão no protótipo de relações futuras, a desenvolverem-se fora do seio familiar, na adolescência e idade adulta. O impacto das relações precoces de vinculação em futuros relacionamentos justifica-se, segundo Bowlby, pela persistência de modelos mentais do *self* e dos outros, que são componentes essenciais da personalidade. Os modelos internos dinâmicos tendem a ser estáveis por se desenvolverem e operarem num contexto de um ambiente familiar relativamente estável e porque, como as formas de pensamento integradas nos modelos se tornam habituais ao longo do tempo, estas começam a operar externamente à consciência, o que as torna mais resistentes à mudança (Feeney & Noller, 1996). Ainda, alguns autores sugerem que os modelos internos dinâmicos poderão ter um carácter auto-cumpridor (*self-fulfilling*) porque as ações que neles se baseiam tendem a produzir respostas que os reforçam. Por exemplo, a aproximação a novos contactos sociais através de uma atitude defensiva aumenta a probabilidade de rejeição, o que por sua vez, reforça a insegurança (Douglas & Atwell, 1998 cit in Fenney & Noller, 1996).

No entanto, os modelos internos dinâmicos não podem ser tidos como uma entidade fixa e imutável ao longo de todo o ciclo de vida e Bowlby (1969/1988) advertiu para a possibilidade de mudança ao nível destes modelos e dos padrões de vinculação associados ao longo do tempo, especialmente através de novos acontecimentos dentro dos relacionamentos que exigem uma adaptação dos modelos internos, de forma a melhor se ajustarem à realidade.

A par das questões de continuidade e descontinuidade dos modelos internos dinâmicos e dos padrões específicos de vinculação ao longo da vida, a teoria da vinculação foi de facto alargada para abranger o desenvolvimento humano para além da infância e desde então, várias investigações se debruçam sobre a vinculação na idade adulta.

No que diz respeito a esta fase desenvolvimental, e especificamente àquela que é a de um jovem adulto¹, fase na qual se situam a maioria dos participantes deste estudo, existem algumas tarefas desenvolvimentais² centrais que nos ajudam a compreender a importância do sistema comportamental de vinculação também neste período. Na sociedade ocidental, esta fase do desenvolvimento traduz-se em acontecimentos como o ingresso no ensino superior, o conseqüente afastamento da família nuclear, o estabelecimento em espaço próprio, o desenvolvimento de relações íntimas, o final da educação, início da vida profissional e a parentalidade (Cavanaugh, 2005). No fundo, poderíamos resumir todas estas tarefas a dois pólos essenciais: o estabelecimento da autonomia e da intimidade (Soares, 2007).

Em 1987, Hazan e Shaver conceptualizaram o amor romântico como um processo de vinculação do adulto e desde então várias investigações têm explorado o funcionamento do sistema de vinculação nesta fase do desenvolvimento (Feeney, 2004; Feeney, 2007; Feeney & Noller, 1990; Zeifman & Hazan, 2008). A investigação nesta área demonstra que a noção de *base segura* se assume como nuclear no contexto das relações íntimas, permitindo ao indivíduo a exploração “*dentro e para além da relação*” (Soares, 2007), ou seja, estas relações são importantes não só ao nível do estabelecimento da intimidade, mas também ao nível do comportamento exploratório, ao influenciarem a segurança com que os indivíduos enfrentam os vários desafios com que se deparam.

Desta forma, as relações de vinculação também na idade adulta desempenham papéis fundamentais ao nível do desenvolvimento do indivíduo, permitindo – ou dificultando - a realização das duas tarefas desenvolvimentais essenciais a esta fase de desenvolvimento: o estabelecimento da intimidade e a consolidação da autonomia.

2.2. Vinculação e Emoções. A Teoria da Vinculação pretende explicar o desenvolvimento da vinculação segura - a forma como ela auxilia o indivíduo a sobreviver episódios de dor, desconforto ou angústia e como ela assiste ao restabelecimento da esperança, do otimismo e da equanimidade emocional. Por outro lado, a teoria da vinculação explica também como várias formas de insegurança da vinculação desenvolvem e interferem com a regulação emocional, o ajustamento social e a saúde mental (Mikulincer & Shaver, 2008).

¹ Período inicial da adultez situado genericamente entre os 18 e os 35 anos (Pascarella & Terenzini, 2005)

² Tarefas que surgem num determinado período da vida de um indivíduo e cuja realização ótima conduz à adaptação e ao sucesso em tarefas posteriores, enquanto o fracasso poderá ter como consequência a inadaptação, desaprovação social e dificuldade com tarefas posteriores (Havighurst, 1972).

Desde a infância ao final da vida, os seres humanos recorrem às figuras de vinculação (pais, companheiros, cônjuges, terapeutas) para obterem ajuda no sentido da regulação emocional³ (Mikulincer & Shaver, 2008). O modo como o indivíduo vê respondida a sua procura de proximidade e como as suas emoções são reguladas no contexto das relações de vinculação conduzirão a diferentes formas de regulação, diferentes estilos de vinculação, que podem aliás, em si mesmos, ser concebidos como diferentes formas de regulação emocional (Sroufe, 1996).

Os padrões seguro, inseguro-ambivalente e inseguro-evitante relacionam-se então com diferentes estratégias de regulação emocional. O padrão seguro integra a estratégia primária de regulação emocional que é a procura de proximidade - estratégia que é possibilitada pelas experiências repetidas de restabelecimento e potenciação da segurança que alimentam um sentido de “*felt security*” (Mikulincer & Shaver, 2008). Pelo contrário, a vinculação insegura está relacionada com estratégias secundárias de regulação emocional que poderão envolver a hiperativação ou a desativação do sistema comportamental de vinculação (Cassidy & Cobak, 1988). As estratégias de hiperativação derivam de experiências anteriores nas quais figuras de vinculação desatentas, auto-centradas ou ansiosas foram percebidas como respondendo de forma favorável com maior probabilidade se as estratégias normativas de chamar e chorar fossem aumentadas ao ponto de exigirem uma resposta (Mikulincer & Shaver, 2008). Quando consolidadas ao longo de vários anos, estas estratégias e seus efeitos originam um estilo de vinculação inseguro-ansioso. Por outro lado, as estratégias de desativação derivam de experiências anteriores nas quais as figuras de vinculação emocionalmente frias, distantes, rejeitantes ou hostis reagiram aos pedidos de ajuda normativos desaprovando-os, desconsiderando-os ou reagindo com raiva (Mikulincer & Shaver, 2008). Se este comportamento por parte da figura ou figuras de vinculação for persistente, é provável que origine a inibição ou desativação do comportamento normativo de vinculação, conduzindo a um padrão de vinculação evitante.

Assim, a disponibilidade e responsividade das figuras de vinculação são aspetos centrais para o desenvolvimento de diferentes padrões de vinculação e estratégias de regulação emocional, sendo que os principais benefícios psicológicos da disponibilidade das figuras de vinculação são a regulação bem sucedida da emocionalidade negativa e o restabelecimento do equilíbrio emocional que permitirão aos indivíduos com uma vinculação segura (em contraste com indivíduos com uma vinculação insegura) permanecer relativamente menos perturbados emocionalmente durante períodos de stress (Mikulincer & Shaver, 2008). Por outro lado, a interdependência do sistema de vinculação e do sistema de exploração permite que indivíduos com uma vinculação segura, ao apresentarem menores níveis de preocupação, ansiedade e vigilância relativamente à vinculação, possam dirigir uma maior atenção para atividades orientadas para o crescimento pessoal, com a segurança da presença de uma *base segura* à qual regressar na eventualidade de qualquer dificuldade (Mikulincer & Shaver, 2008).

³ A regulação emocional pode ser definida como o processo relacionado com as mudanças no funcionamento do indivíduo que se associam à ativação de uma emoção (Cole, Martin, & Dennis, 2004).

Depois de exposta a forma como as relações de vinculação influenciam as estratégias de regulação emocional do indivíduo, assim como a contribuição da insegurança da vinculação para uma maior dificuldade ao nível da regulação emocional, passa-se a justificar a interseção da temática dos ferimentos autoinfligidos com a teoria da vinculação.

3. Vinculação e Ferimentos Autoinfligidos

Como foi já referido, um dos modelos explicativos mais corroborados para os ferimentos autoinfligidos é o Modelo de Regulação Emocional que conceptualiza os ferimentos autoinfligidos como forma de evitamento/diminuição da emocionalidade negativa e, de facto, tem sido demonstrada a “eficácia” deste comportamento em cumprir este objetivo, no sentido em que, pelo menos a (muito) curto prazo (Favazza & Conterio, 1989; Ross & Heath, 2002) a emocionalidade negativa relatada após os ferimentos é efetivamente menor (Klonsky, 2006).

Discutiu-se no ponto anterior o papel do sistema de vinculação ao nível da regulação emocional, compreendendo-se que é no contexto das relações de vinculação que os indivíduos aprendem a modular a sua experiência emocional e que esta regulação terá impacto, por exemplo, ao nível da maior ou menor perturbação emocional em períodos de stress (Mikulincer & Shaver, 2008). Desta forma, e se a) os ferimentos autoinfligidos surgem em consequência de vários estados emocionais experienciados como negativos e b) os estilos de vinculação inseguros se relacionam com maior perturbação emocional em momentos de stress, então esperar-se-ia que indivíduos com ferimentos autoinfligidos apresentassem, em comparação com aqueles que não os realizam, maior prevalência de estilos inseguros de vinculação que seriam então concetualizados como um factor de risco para o envolvimento em ferimentos autoinfligidos.

Alguns estudos recentes têm demonstrado a associação entre este comportamento e estilos inseguros de vinculação (Gratz, Conrad, & Roemer, 2002; Levesque et al., 2009). No entanto, e como referem Gratz, Conrad, e Roemer (2002), estas investigações são ainda bastante escassas e exploratórias internacionalmente e, em Portugal, além de muito raros, os estudos sobre o tema dos ferimentos autoinfligidos ou recorrem a populações muito específicas, como por exemplo, reclusos (Duque & Neves, 2004) ou se debruçam essencialmente sobre a prevalência e características fenomenológicas dos ferimentos autoinfligidos (Matos, 2010; Gonçalves, Rosendo, Martins & Machado, 2010), não iluminando ainda, para além da sintomatologia psicopatológica associada, variáveis ou fatores de risco que poderão estar-lhes associados.

Assim, o presente estudo empírico, seguidamente exposto, procurará contribuir para um melhor conhecimento dos fatores associados aos ferimentos autoinfligidos, abordando, além de uma descrição fenomenológica do comportamento e da abordagem de outras problemáticas encontradas na literatura acerca do mesmo, as relações existentes entre a vinculação e os ferimentos autoinfligidos, numa população portuguesa universitária não clínica.

Capítulo II – Estudo Empírico

1. Metodologia

1.1. Objetivos do Estudo. A presente investigação tem seis objetivos essenciais a serem cumpridos: 1) caracterizar os ferimentos autoinfligidos numa população portuguesa não clínica, universitária 2) aferir a existência de relações entre os ferimentos autoinfligidos e o sexo dos participantes; 3) avaliar diferenças entre indivíduos com e sem ferimentos autoinfligidos ao nível de vários índices de perturbação psicopatológica e 4) aferir relações entre ferimentos autoinfligidos e vinculação, nomeadamente a relação entre a presença de ferimentos e o estilo de vinculação e a comparação de indivíduos com e sem ferimentos autoinfligidos ao nível de dimensões relevantes para a vinculação; 5) avaliar a percentagem de indivíduos cujos ferimentos descritos no instrumento de autorrelato, aplicado na primeira fase, são confirmados através da realização de uma entrevista e 6) compreender a distribuição dos indivíduos com ferimentos autoinfligidos pelos diferentes estilos de vinculação avaliados pela Adult Attachment Interview (George, Kaplan & Main, 1984).

1.2. Participantes. O quadro 1 apresenta a descrição sociodemográfica da amostra para a primeira e segunda fases do estudo. A amostra da primeira fase é constituída por 518 participantes com idades compreendidas entre os 17 e os 62 anos, com uma média de 20.9 ($DP = 6.1$), sendo que 171 (33.0%) são do sexo masculino e 347 (67.0 %) dos participantes são do sexo feminino. Dos 518 participantes, 495 (95.6%) são solteiros, 18 (3.5%) são casados, 2 (0.4%) são divorciados e 3 (0.6%) vivem em união de facto.

Os dados da primeira fase foram recolhidos junto de estudantes universitários provenientes de 32 cursos distintos de duas instituições de ensino superior: 470 (90.7%) da Universidade do Minho e 48 (9.3%) da Universidade Católica do Porto, sendo que 444 (85.7%) são estudantes do primeiro ano, 20 (3.9%) do segundo, 37 (7.1%) do terceiro, 15 (2.9%) do quinto e 2 (0.4%) são estudantes de Doutoramento.

A amostra da segunda fase do estudo é constituída por 6 dos participantes que participaram na primeira fase, com idades compreendidas entre os 18 e os 22 anos de idade e uma média de 19 ($DP = 1.6$). Dois (33.3%) dos participantes são do sexo masculino e 4 (66.7%) do sexo feminino, 6 (100%) são solteiros e 6 (100%) são provenientes da Universidade do Minho.

Quadro 1
Descrição Sociodemográfica da Amostra da Primeira e Segunda Fases do Estudo

	Primeira Fase		Segunda Fase	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sexo				
Masculino	171	33.0	2	33.3
Feminino	347	67.0	4	66.7
Estado Civil				
Solteiro	495	95.6	6	100
Casado	18	3.5	0	0
Divorciado	2	0.4	0	0
União de Facto	3	0.6	0	0
Universidade				
Univ. Minho	470	90.7	6	100
Univ. Católica	48	9.3	0	0
Ano Frequentado				
Primeiro Ano	444	85.7	6	100
Segundo Ano	20	3.9	0	0
Terceiro Ano	37	7.1	0	0
Quinto Ano	15	2.9	0	0
Doutoramento	2	0.4	0	0

1.3. Instrumentos. O quadro 2 apresenta os instrumentos utilizados. Posteriormente, as medidas serão descritas pormenorizada e individualmente.

Quadro 2
Instrumentos de Avaliação, Objetivo e Fase de Aplicação

Instrumento	Objetivo	Fase
Questionário Demográfico	Recolher dados demográficos	1
Self-Injury Questionnaire – Treatment Related (SIQ-TR) (Claes & Vandereycken, 2007) versão portuguesa Gonçalves, Martins, Rosendo, Machado & Silva, no prelo.	Avaliação e Caracterização dos Ferimentos Autoinfligidos	1
Adult Attachment Scale (AAS) (Collins & Read, 1990). Versão portuguesa: Canavarro, Dias e Lima, 2006.	Identificar o estilo particular de vinculação do adulto	1
Brief Symptom Inventory (BSI) (Derogatis, 1982) Versão portuguesa: Canavarro, 1999.	Avaliação da Sintomatologia Psicopatológica	1
Entrevista de Confirmação da Presença de Ferimentos Autoinfligidos	Confirmar/Infirmar a presença de ferimentos autoinfligidos	2
Adult Attachment Interview (AAI) (George, Kaplan e Main, 1984):	Avaliação das diferenças individuais na representação da vinculação.	2

Questionário demográfico. Construído no sentido de recolher dados demográficos junto dos participantes. Neste questionário, os participantes indicaram o curso do ensino superior a que pertenciam, o ano do curso que frequentavam, a idade, o sexo, o estado civil e a nacionalidade. Facultativamente, aqueles participantes que se disponibilizassem para participar na segunda fase do estudo podiam ainda indicar o nome e o contato de correio eletrónico.

Self-Injury Questionnaire – Treatment Related (SIQ-TR) (Claes & Vandereycken, 2007; versão portuguesa: Gonçalves, Martins, Rosendo, Machado, & Silva, no prelo). Instrumento de autorrelato cuja resposta implica, para cada questão, o assinalar da opção que melhor descreve vários aspetos dos ferimentos autoinfligidos realizados pelo indivíduo. O SIQ-TR avalia cinco diferentes tipos de ferimentos autoinfligidos: *arranhar-se até sangrar, magoar-se até fazer nódoas negras, cortar-se, queimar-se e morder-se*, possibilitando ainda a especificação de um outro tipo de ferimento autoinfligido que não aqueles mencionados. No caso de existirem ferimentos realizados há, no máximo, um mês, os participantes são convidados a dar mais informações acerca dos mesmos: data do último ferimento; localização corporal; frequência mensal e diária do comportamento e frequência e intensidade da dor sentida. Ainda, o instrumento procura avaliar as características atitudinais do comportamento: (a) se o ferimento autoinfligido foi planeado, (b) se o participante sabe porque este ocorreu, (c) se tratou das feridas e (d) se o participante escondeu as feridas dos outros.

Aferem-se depois os antecedentes e consequentes afetivos dos ferimentos autoinfligidos. A lista inclui quatro emoções básicas: felicidade (especificada como satisfeito, aliviado), tristeza (especificada como triste ou culpado), raiva (especificada como zangado comigo mesmo, zangado com os outros) e ansiedade (nervoso, aborrecido, ansioso). Existe ainda a possibilidade de o participante indicar uma emoção não incluída na lista anterior.

Finalmente, o participante deverá indicar a funcionalidade dos ferimentos autoinfligidos. São oferecidas 11 possibilidades de resposta e um item de resposta livre. Estes itens são baseados na literatura existente, mais concretamente no modelo de Nock e Prinstein (2004) anteriormente referenciado. Estes itens saturam depois em três índices que se relacionam com os processos envolvidos na manutenção do comportamento: *Reforço Automático Positivo, Reforço Automático Negativo e Reforço Social Positivo*

Estudos de validação da escala demonstraram que o coeficiente *alpha* dos diferentes tipos de ferimentos é de 0.62, um valor aceitável de consistência interna dos itens. Relativamente aos antecedentes e consequentes afetivos, o coeficiente *alpha* da dimensão Emoções Negativas Antes dos Ferimentos foi de 0.61, o da dimensão Emoções Positivas Antes dos Ferimentos foi de 0.78, o do fator Emoções Negativas Depois dos Ferimentos foi de 0.89 e o do fator Emoções Positivas Depois dos Ferimentos foi de 0.51. Desta forma, os coeficientes *alpha* resultantes demonstram uma consistência interna de *moderada a boa* para cada sub-escala. No que respeita aos valores obtidos para as funções dos ferimentos, os valores de *alpha* estão entre 0.65 e 0.70 o que sugere uma consistência interna

aceitável das três dimensões encontradas (*Reforço Automático Positivo, Reforço Automático Negativo e Reforço Social Positivo*).

Adult Attachment Scale (Collins & Read, 1990; versão portuguesa: Canavarro, Dias, e Lima, 2006). Instrumento de autorrelato desenvolvido com o objetivo de identificar o estilo particular de vinculação do adulto. A escala é composta por 18 itens tipo Lickert de 5 pontos (de (1) *nada característico em mim* a (5) *extremamente característico em mim*) que saturam em três dimensões: *Ansiedade, Conforto com a Proximidade e Confiança nos Outros*. O fator *Ansiedade* refere-se ao grau de ansiedade sentida pelo indivíduo relacionada com questões interpessoais de receio de abandono ou de não ser bem querido. O fator *Conforto com a Proximidade* refere-se ao grau em que o indivíduo se sente confortável com a proximidade e a intimidade e o fator *Confiança nos Outros* diz respeito ao grau de confiança que os sujeitos têm nos outros, assim como na disponibilidade destes quando sentida como necessária (Canavarro, Dias, e Lima, 2006). A escala permite dois tipos de cotação distintos: um que faculta a identificação de 3 estilos de vinculação: seguro, preocupado e evitante e um outro que, baseando-se no modelo de quatro categorias de Bartholomew e Horowitz (1991), prevê a identificação de quatro estilos de vinculação: seguro, evitante, preocupado e medroso. O estilo seguro caracteriza-se por uma baixa dependência, um elevado evitamento, um modelo positivo do self e dos outros e pelo conforto com a intimidade e autonomia. O estilo preocupado é caracterizado por alta dependência, baixo evitamento, modelo positivo dos outros e negativo do *self* e pela preocupação com as relações. O estilo desligado designa um indivíduo com baixa dependência, elevado evitamento, modelo positivo do *self* e negativo dos outros e desligado da intimidade. O estilo medroso inclui uma elevada dependência, um elevado evitamento, um modelo negativo do *self* e dos outros, o medo da intimidade e o evitamento social. A cotação do instrumento no presente estudo foi realizada tendo em conta este último método.

Os estudos de validação indicam que a sub-escala *Ansiedade* apresenta um valor elevado de *alpha* (0,84), o que já não acontece com as sub-escalas *Conforto com a Proximidade* e sobretudo com a *Confiança nos Outros*, que apresentam valores de 0,67 e de 0,54, respetivamente, constituindo valores um pouco inferiores ao desejável. O valor total de *alpha* para o total da escala é elevado (0,81), registando-se o mesmo para os índices de *Spearman-Brown* (0,84) e de correlação *split-half* (0,83).

Brief Symptom Inventory (BSI) (Derogatis, 1982; versão portuguesa: Canavarro, 1999). Este instrumento de autorrelato consiste em 53 itens tipo Lickert de 5 pontos nos quais os participantes deverão indicar, numa escala de 0 - *Nunca* a 4 - *Muitíssimas vezes*, o grau em que cada um dos sintomas psicopatológicos os incomodou na última semana. Estes 53 itens saturam depois em 9 dimensões de sintomatologia e é possível também o cálculo de três índices globais, constituindo-se estes últimos como avaliações sumárias de perturbação emocional. As nove dimensões são: *Somatização* (reflete o mal-estar resultante da perceção do funcionamento somático), *Obsessões-Compulsões* (inclui cognições, impulsos e comportamentos percecionados como persistentes, irresistíveis, ego-distónicos e indesejados), *Sensibilidade Interpessoal* (sentimentos de inadequação

pessoal, inferioridade, particularmente na comparação com outras pessoas), *Depressão* (refletem os indicadores de depressão clínica), *Ansiedade* (indicadores gerais como nervosismo e tensão, assim como sintomas de ansiedade generalizada e de pânico e correlatos somáticos da ansiedade), *Hostilidade* (inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afetivo negativo da cólera), *Ansiedade Fóbica* (a ansiedade fóbica é definida como o medo persistente que sendo irracional em relação ao estímulo, conduz ao comportamento de evitamento), *Ideação Paranoide* (inclui o pensamento projetivo, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo da perda de autonomia e delírios) e *Psicoticismo* (abrange itens indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizoide, assim como sintomas primários de esquizofrenia como alucinações e controle do pensamento).

Os três índices são: o *Índice Geral de Sintomas* (IGS) que representa uma pontuação combinada que pondera a intensidade do mal-estar experienciado com o número de sintomas assinalados; o *Índice de Sintomas Positivos* (ISP) que representa a média da intensidade de todos os sintomas que foram assinalados e o *Total de Sintomas Positivos* (TSP) que representa o número de queixas sintomáticas apresentadas. Teoricamente, é possível apresentar um ISP baixo, o que indica que os sintomas não são particularmente intensos mas possuir um TSP elevado, o que reporta para uma constelação complexa de sintomatologia (Canavarro, 1999). Existe também um ponto de corte que permite a diferenciação entre indivíduos perturbados e não perturbados emocionalmente que envolve o *Índice de Sintomas Positivos* ($ISP \geq 1.7$: indicador de perturbação emocional). Estudos no âmbito da precisão reportam uma boa consistência interna das sub-escalas: valores de *alpha* entre os desejáveis (entre .7 e .8), à exceção das sub-escalas *Ansiedade Fóbica* e *Psicoticismo* que têm valores de *alpha* ligeiramente inferiores ao desejável (.62 para ambas). Finalmente, correlações de Pearson entre os valores obtidos em cada escala (entre .63 e .81) nas duas aplicações do inventário indicam também uma boa estabilidade temporal do instrumento.

Entrevista Breve de Confirmação da Presença de Ferimentos Autoinfligidos: construída no sentido de confirmar/infirmar a presença de ferimentos autoinfligidos. O guião foi construído com base nos critérios de diagnóstico para *Non-Suicidal Self Injury* (Ferimentos Autoinfligidos), uma categoria nosológica proposta para inserção no próximo DSM-V (acedido a 21 de Junho de 2011 em: <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=443>).

Adult Attachment Interview (AAI) (George, Kaplan, & Main, 1984): entrevista semi-estruturada de tipo clínico para a avaliação das diferenças individuais na representação da vinculação. Avalia a segurança do modelo interno da vinculação de modo global e não relativamente a uma relação específica. Começa-se por um conjunto de questões abertas que visam a descrição geral da relação do sujeito com os seus pais na infância. São depois pedidos cinco adjetivos que caracterizem a relação com a mãe e depois com o pai sendo que o sujeito deverá corroborar, com episódios específicos, a seleção de cada um dos adjetivos. Posteriormente, são abordadas questões mais específicas como dificuldades pessoais, acidentes, separações, ameaças de abandono, castigos, maus-tratos, rejeições e

perdas de figuras significativas. O sujeito é ainda convidado a analisar a sua relação atual com os pais e a projetar a relação que tenha ou venha a ter com os seus próprios filhos. (Soares, 2007).

O método de cotação Q-Sort (Kobak, 1993) consiste na cotação de cada entrevista de forma independente por dois juizes. Cada um deles deverá avaliar de que forma cada um de 100 descritores são mais ou menos característicos de cada entrevista distribuindo-os num número pré-definido por categoria. Cada entrevista é avaliada tendo em conta o recurso do sujeito a estratégias de segurança ou insegurança e de hiperativação versus desativação e em função dos protótipos seguro, desligado ou preocupado.

1.4. Procedimento. O processo de recolha de dados foi realizado em duas fases distintas (figura 2). Numa primeira fase foram aplicados os instrumentos *Self-Injury Questionnaire – Treatment Related* (SIQ-TR) (Claes & Vandereycken, 2007), *Adult Attachment Scale* (Collins & Read, 1990; versão portuguesa: Canavarro, Dias e Lima, 2006), *Brief Symptom Inventory* (BSI) (Derogatis, 1982; versão portuguesa: Canavarro, 1999) e um questionário demográfico no qual os participantes poderiam também disponibilizar o seu contacto no sentido de serem posteriormente chamados para as próximas fases.

Depois de uma primeira análise dos instrumentos, foi efetuada uma seleção daqueles participantes cujos resultados indicaram a presença de ferimentos autoinfligidos e que haviam disponibilizado o contacto. Posteriormente, os alunos foram contactados no sentido de agendar a segunda fase da participação que consistiu a) numa entrevista de confirmação/infirmação da presença de ferimentos autoinfligidos e b) no caso da confirmação da presença de ferimentos, na aplicação da *Adult Attachment Interview* (George, Kaplan, & Main, 1984).

No que diz respeito ainda à primeira fase de recolha dos dados, isto é, à aplicação dos instrumentos, esta foi realizada na Universidade do Minho e na Universidade Católica do Porto: 90.70% ($n = 470$) dos dados foram recolhidos na U.M. e 9.30% ($n = 48$) na U.C.P. Os dados foram recolhidos de duas formas distintas: 90 % ($n = 466$) presencialmente, nas salas de aula, e os restantes 10.0% ($n = 52$) de forma não presencial (via e-mail). A recolha presencial envolveu, antes de mais, o contacto via e-mail dos Diretores de Curso e, após obtida a autorização para a aplicação dos questionários numa das aulas lecionadas, foram contactados os respetivos Professores. Depois de obtido o consentimento dos Professores, foi então realizada a recolha dos dados, ora no início, ora no final da aula, conforme indicação e preferência dos Docentes. Todos os dados recolhidos junto dos alunos da Universidade Católica obedeceram a este procedimento. Quanto aos alunos da Universidade do Minho, para além deste meio de recolha, foi também utilizado um outro método, não presencial. O procedimento de recolha não presencial envolveu o envio de um *email* para todos os alunos da Universidade do Minho solicitando a participação dos estudantes. Ao *email* foram anexados os instrumentos em versão digital que os estudantes preencheram e reencaminharam.

Finalmente, importa referir que todos os participantes foram informados dos objetivos gerais da investigação, assinando o consentimento informado para cada uma das fases do estudo.

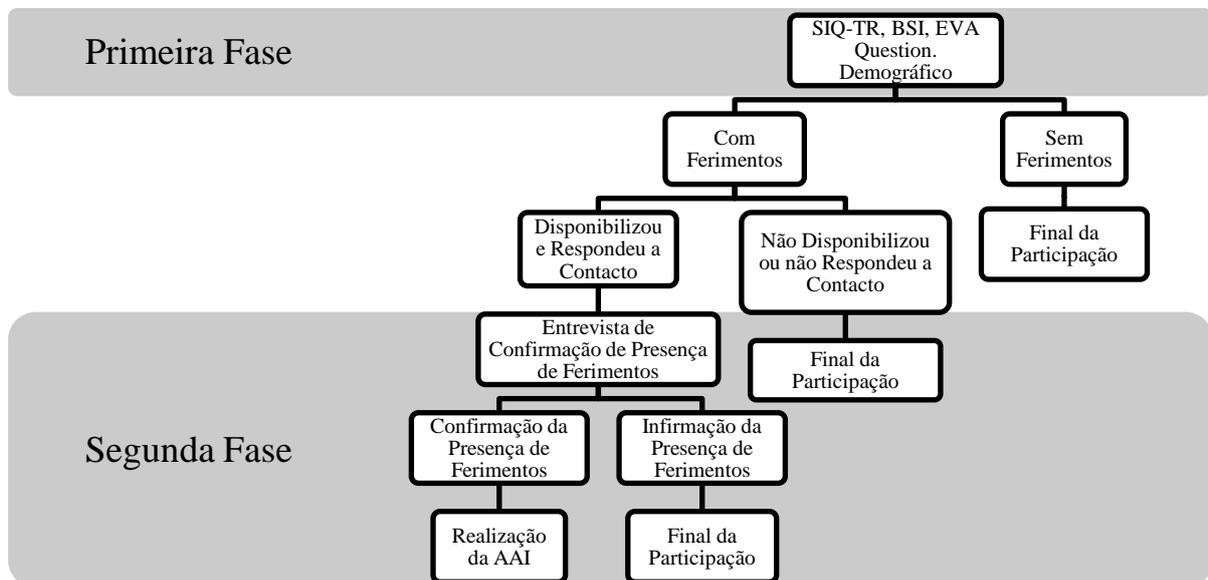


Figura 2. Esquema do Procedimento de Recolha de Dados para a Primeira e Segunda Fases

Relativamente às análises estatísticas, estas foram realizadas através do programa IBM SPSS (versão 19.0 para Windows). Sendo que após a análise exploratória dos dados se verificou que nenhuma das variáveis intervalares apresentava uma distribuição normal, e que nenhuma das modificações possíveis das variáveis contornou esta dificuldade, foram sempre utilizados testes não paramétricos para estas variáveis.

De seguida são então apresentados os resultados da primeira e segunda fases do estudo.

2. Apresentação dos Resultados da Primeira Fase

2.1 Presença de Ferimentos Autoinfligidos e Número de Métodos de Ferimento Utilizados.

Dos 518 participantes, 434 (83.8%) não reportaram ferimentos autoinfligidos e 84 participantes (16.2%) reportaram algum ferimento ao longo da vida. Dos 84 participantes que referiram algum tipo de ferimento, 40 (47.6%) adotaram um método de ferimento autoinfligido, 20 (23.8%) usaram dois métodos, 10 (11.9%) utilizaram três métodos e 14 (16.7%) mais de três métodos (quadro 3).

Quadro 3

Frequências da Presença de Ferimentos e do Número de Métodos de Ferimento Utilizados

	<i>n</i>	%
Presença de Ferimentos		
Sem Ferimentos	433	83.8
Com Ferimentos	84	16.2
Total	518	100
Número de Métodos Utilizados		
1	40	47.6
2	20	23.8
3	10	11.9
Mais de 3	14	16.7
Total	84	100

2.2. Frequência dos Diferentes Métodos de Ferimentos Autoinfligidos. Embora o número de participantes que reportaram algum tipo de ferimento fosse de $n = 84$, no total, 172 ferimentos foram reportados, o que significa, como foi já exposto no ponto anterior, que alguns participantes ($n = 44$) reportaram mais do que um método de ferimento. No quadro 3 apresentam-se os valores descritivos para cada um dos métodos. Como se pode verificar, 38 (22%) ferimentos inserem-se na categoria “arranhar”, seguindo-se, por ordem decrescente, a categoria “morder” (21.5%), “magoar” (18.9%) e “cortar” (18.9%), “queimar” (10.5%) e “outro” (6.4%).

Quadro 4

Frequências dos Vários Métodos de Ferimento Autoinfligido

	Arranhar		Magoar		Cortar		Queimar		Morder		Outro		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Métodos	38	22	34	19.8	34	19.8	18	10.5	37	21.5	11	6.4	172	100

2.3. Data do Último Ferimento. Dos 84 participantes que realizaram ferimentos autoinfligidos, 12 participantes (14.3%) realizaram o último ferimento há uma semana, 16 (19%) há um mês, 22 (26.2%) há vários meses e 34 (40.5%) há mais de um ano (quadro 5).

Quadro 5
Data do Último Ferimento Autoinfligido

	<i>n</i>	%
Data do último ferimento		
Há uma semana	12	14.3
Há um mês	16	19
Há vários meses	22	26.2
Há mais de um ano	34	40.5
Total	84	100

A SIQ-TR está construída de forma a que apenas os indivíduos que tenham realizado ferimentos autoinfligidos na última semana ou no último mês possam responder a questões que detalham vários aspetos destes mesmos ferimentos. Desta forma, das análises seguintes (alíneas 2.4., 2.5., e 2.6.) farão parte apenas os indivíduos ($n = 28$) que realizaram algum tipo de ferimento no último mês ou na última semana. De notar, no entanto, que estes 28 participantes reportaram e descreveram 31 ferimentos (ou seja, alguns deles utilizaram mais de um método de ferimento), pelo que o n apresentado se refere ao número de ferimentos e não ao número de indivíduos. Finalmente, a categoria “Outro ferimento” não será integrada nas análises porque nenhum dos participantes relatou outro tipo de ferimento no último mês ou na última semana.

2.4. Frequência, Dor, Compreensão e Planeamento dos Ferimentos Autoinfligidos. O quadro 6 expõe as frequências e percentagens das várias características associadas aos ferimentos autoinfligidos. Relativamente à frequência mensal, 80.7% ($n = 25$) dos ferimentos foram realizados “*de um a cinco dia por mês*” e, no que respeita à frequência diária, 54.8% ($n = 17$) foram realizados “*menos de uma vez por dia*”. Quanto à frequência da dor experienciada aquando dos ferimentos, 48.4% ($n = 15$) dos ferimentos envolveram a experiência de dor “*às vezes*” e, no que diz respeito à intensidade da dor, a 32.3% ($n = 10$) dos ferimentos provocaram dor com “*pouca*” intensidade. Relativamente ao planeamento dos ferimentos, 74.2% ($n = 23$) “*nunca*” foram planeados e 51.6% ($n = 16$) envolveram “*sempre*” a compreensão das razões para a sua ocorrência.

Quadro 6
Frequência, Dor, Planeamento e Compreensão dos Ferimentos Autoinfligidos

	Arranhar (n = 7) n (%)	Magoar (n = 5) n (%)	Cortar (n = 6) n (%)	Queimar (n = 1) n (%)	Morder (n = 12) n (%)	Total (n = 31) n (%)
Frequência (dias/mês)						
1 - 5	6 (85.70)	4 (80)	6 (100)	1 (100)	8 (66.70)	25 (80.65)
6 - 10	0	0	0	0	2 (16.70)	2 (6.45)
10 - 15	0	0	0	0	0	0
>15	1 (14.30)	1 (20)	0	0	2 (16.70)	4 (12.90)
Frequência (vezes/dia)						
<1	4 (57.10)	3 (60)	3 (50)	0	7 (58.30)	17 (54.84)
1 - 2	3 (42.90)	2 (40)	3 (50)	1 (100)	3 (25)	12 (38.70)
3 - 4	0	0	0	0	1 (8.30)	1 (3.23)
>5	0	0	0	0	1 (8.30)	1 (3.23)
Frequência Dor						
Nunca	3 (42.90)	1 (20)	3 (50)	0	2 (16.70)	9 (29.03)
Às vezes	2 (28.60)	2 (40)	2 (33.30)	1 (100)	8 (66.70)	15 (48.39)
Frequentemente	2 (28.60)	2 (40)	1 (16.70)	0	0	5 (16.13)
Sempre	0	0	0	0	2 (16.70)	2 (6.45)
Intensidade Dor						
Nenhuma	3 (42.90)	1 (20)	2 (33.30)	0	2 (16.70)	8 (25.81)
Pouca	2 (28.60)	1 (20)	0	1 (100)	6 (50.00)	10 (32.26)
Moderada	1 (14.30)	1 (20)	4 (66.70)	0	3 (25.00)	9 (29.03)
Forte	1 (14.30)	2 (40)	0	0	1 (8.30)	4 (12.90)
Muito Forte	0	0	0	0	0	0
Planeamento do Ato						
Nunca	6 (85.7)	5 (100)	5 (83.30)	1 (100)	6 (50.00)	23 (74.20)
Às vezes	1 (14.3)	0	0	0	1 (8.30)	2 (6.45)
Muitas vezes	0	0	1 (16.70)	0	1 (8.30)	2 (6.45)
Sempre	0	0	0	0	4 (33.30)	4 (12.90)
Compreensão do Ato						
Nunca	2 (28.6)	0	0	0	2 (16.70)	4 (12.90)
Às vezes	1 (14.30)	1 (20)	3 (50)	0	2 (16.70)	7 (22.58)
Muitas vezes	1 (14.30)	1 (20)	1 (16.70)	0	1 (8.30)	4 (12.90)
Sempre	3 (42.90)	3 (60)	2 (33.30)	1 (100)	7 (58.30)	16 (51.62)

2.5. Antecedentes e Consequentes Afetivos dos Ferimentos Autoinfligidos. No que respeita aos antecedentes e consequentes afetivos dos ferimentos autoinfligidos, foi aferida a existência de diferenças entre as emoções positivas e negativas relatadas antes e depois dos ferimentos autoinfligidos. Testes de Wilcoxon revelaram diferenças estatisticamente significativas entre as emoções positivas ($Z = -3.29, p < .01$) e negativas ($Z = -3.43, p < .01$) antes e depois dos ferimentos. Particularmente, os participantes relataram significativamente mais emoções positivas e menos emoções negativas depois dos ferimentos.

2.6. Funções dos Ferimentos Autoinfligidos. O quadro 7 apresenta as medidas descritivas para os índices relativos às funções dos ferimentos autoinfligidos. Em média, os participantes referiram utilizar estes comportamentos primeiro, por razões que se prendem com processos de Reforço Automático Negativo ($M = 1.96, DP = 1.07$), depois por razões que se relacionam com processos de Reforço Automático Positivo ($M = 1.40, DP = .72$) e finalmente, por razões que se relacionam com processos de manutenção do comportamento por Reforço Social Positivo ($M = 1.25, DP = .34$).

Quadro 7

Medidas Descritivas das Funções dos Ferimentos Autoinfligidos

	<i>Média (DP)</i>	<i>Min-Max</i>
Funções		
Reforço Automático Positivo	1.40 (0.72)	1-4
Reforço Automático Negativo	1.96 (1.07)	1-5
Reforço Social Positivo	1.25 (0.34)	1-2

2.7. Ferimentos Autoinfligidos no Sexo Feminino e Masculino. O quadro 8 apresenta as medidas descritivas para ambos os sexos no que respeita à presença ou ausência de ferimentos autoinfligidos. No sentido de aferir a existência de uma associação entre o sexo e a presença de ferimentos autoinfligidos, foi aplicado o teste de Qui-quadrado que revelou não existir uma associação entre as variáveis ($\chi^2(1) = .50, p = .34$).

Quadro 8

Medidas Descritivas da Presença de Ferimentos Autoinfligidos para o Sexo Feminino e Masculino

	Feminino ($n = 347$)		Masculino ($n = 171$)		Total ($n = 518$)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sem Ferimentos	287	82.7	147	86	434	83.8
Com Ferimentos	60	17.3	24	14	84	16.2
Total	347	66.1	171	33.9	518	100

Procurou-se também compreender se existiam diferenças entre sexos ao nível do número de métodos de ferimento utilizados. Com este intuito, foi realizado um teste de Mann-Whitney (quadro 9)

que demonstrou não existirem diferenças significativas entre grupos ao nível do número de métodos de fermento utilizados ($U = -.89, p = .37$).

Quadro 9

Comparação entre Participantes do Sexo Feminino e Masculino ao Nível do Número de Métodos Utilizados

	Feminino ($n = 60$) Média (DP)	Masculino ($n = 24$) Média (DP)	U
Número de Tipos de Ferimentos	0.33 (0.84)	0.30 (0.90)	-.89

2.8. Ferimentos Autoinfligidos e Psicopatologia. Testes Mann Whitney foram realizados no sentido da verificação da existência de diferenças entre os indivíduos com e sem ferimentos autoinfligidos ao nível das várias subescalas do BSI (Derogatis, 1982). Diferenças significativas entre grupos foram encontradas ao nível de todas as dimensões da escala: *Somatização* ($U = -5.94, p < .001$); *Obsessões-Compulsões* ($U = -3.83, p < .001$); *Sensibilidade Interpessoal* ($U = -3.14, p < .01$); *Depressão* ($U = -4.35, p < .001$); *Ansiedade* ($U = -5.16, p < .001$); *Hostilidade* ($U = -5.40, p < .001$); *Ansiedade Fóbica* ($U = -4.82, p < .001$); *Ideação Paranoide* ($U = -3.24, p < .01$); *Psicoticismo* ($U = -5.21, p < .001$); *Índice Geral de Sintomas (IGS)* ($U = -5.37, p < .001$); *Índice de Sintomas Positivos (ISP)* ($U = -3.55, p < .01$) e *Total de Sintomas Positivos (TSP)* ($U = -5.01, p < .001$). Particularmente, os indivíduos com ferimentos autoinfligidos pontuaram significativamente mais em todas as dimensões de psicopatologia do BSI (Derogatis, 1982) (quadro 10).

Quadro 10

Comparação entre Participantes Com e Sem Ferimentos Autoinfligidos ao nível das Sub-Escalas e Índices do BSI

	Sem Ferimentos ($n = 434$) Média (DP)	Com Ferimentos ($n = 84$) Média (DP)	U
Somatização	0.49 (0.51)	0.95 (0.72)	-5.94***
Obs.-Compulsões	1.17 (0.66)	1.53 (0.79)	-3.83***
Sensib. Interpessoal	0.82 (0.69)	1.15 (0.91)	-3.14**
Depressão	0.81 (0.69)	1.25 (0.88)	-4.35***
Ansiedade	0.81 (0.61)	1.26 (0.79)	-5.16***
Hostilidade	0.85 (0.63)	1.34 (0.80)	-5.40***
Ansiedade Fóbica	0.43 (0.51)	0.81 (0.76)	-4.82***
Ideação Paranoide	0.90 (0.71)	1.20 (0.79)	-3.24**
Psicoticismo	0.63 (0.60)	1.08 (0.80)	-5.21***
IGS	0.78 (0.52)	1.21 (0.71)	-5.37***
ISP	1.52 (0.38)	1.73 (0.55)	-3.55**
TSP	25.08 (13.40)	33.29 (13.36)	-5.01***

*** $p < .001$ ** $p < .01$

No sentido de aferir a existência de diferenças entre indivíduos que realizaram ferimentos autoinfligidos na última semana e no último ano, ao nível da sintomatologia psicopatológica, realizaram-se testes Mann-Whitney e os resultados estão expostos no quadro 11. Diferenças significativas foram encontradas entre grupos ao nível das dimensões *Somatização* ($U = -2.98, p < .01$), *Sensibilidade Interpessoal* ($U = -2.51, p < .05$), *Depressão* ($U = -2.78, p < .05$), *Ansiedade* ($U = -2.16, p < .05$), *Hostilidade* ($U = -3.28, p < .01$), *Ansiedade Fóbica* ($U = -2.14, p < .05$), *Ideação Paranoide* ($U = -2.96, p < .05$), *Psicoticismo* ($U = -1.99, p < .05$), *Índice Geral de Sintomas* ($U = -2.95, p < .01$) e *Índice de Sintomas Positivos* ($U = -3.04, p < .10$). Diferenças marginalmente significativas foram encontradas ao nível das dimensões *Obsessões Compulsões* ($U = -1.66, p < .10$) e *Total de Sintomas Positivos* ($U = -1.45, p < .10$). Ou seja, os participantes com ferimentos há uma semana apresentam maiores níveis psicopatologia do que aqueles que realizaram ferimentos há mais de um ano em todas as subescalas do BSI (Derogatis, 1982) e tendem também a apresentar maiores níveis de psicopatologia ao nível das dimensões *Obsessões-Compulsões* e *Total de Sintomas Positivos*.

Quadro 11

Comparação entre Participantes Com Ferimentos Há Uma Semana e Há Mais de Um Ano ao nível das Subescalas e Índices do BSI

	Há uma semana ($n = 12$) Média (DP)	Há mais de um ano ($n = 34$) Média (DP)	U
Somatização	1.65 (0.86)	0.80 (0.67)	-2.98**
Obs.-Compulsões	1.85 (0.81)	1.38 (0.80)	-1.66 [†]
Sensib. Interpessoal	1.89 (1.13)	0.94 (0.82)	-2.51*
Depressão	1.98 (1.00)	1.03 (0.82)	-2.78*
Ansiedade	1.88 (1.03)	1.08 (0.71)	-2.16*
Hostilidade	2.15 (0.85)	1.15 (0.74)	-3.28**
Ansiedade Fóbica	1.40 (1.06)	0.68 (0.58)	-2.14*
Ideação Paranoide	1.85 (0.84)	1.02 (0.74)	-2.96**
Psicoticismo	1.62 (1.16)	0.86 (0.68)	-1.99*
IGS	1.85 (0.86)	1.02 (0.66)	-2.95**
ISP	2.08 (0.63)	1.56 (0.49)	-3.04**
TSP	39.67 (11.35)	31.56 (13.46)	-1.45 [†]

** $p < .01$ * $p < .05$ [†] $p < .10$

Como já referido anteriormente, o *Índice de Sintomas Positivos* (ISP) do BSI (Derogatis, 1982) é utilizado como medida geral de perturbação emocional, sendo que poderá ser considerada a presença de perturbação quando a pontuação nesta subescala do instrumento é igual ou superior a 1.7. De forma a compreender se de facto a perturbação emocional se encontra associada à presença de ferimentos autoinfligidos, foi realizado o teste de Qui-Quadrado. O teste revelou existir uma associação significativa entre a presença de ferimentos autoinfligidos e a presença de perturbação emocional, quando avaliada pelo ISP ($\chi^2(1) = 9.12, p < .01$): 26.5% dos indivíduos sem ferimentos autoinfligidos

encontram-se emocionalmente perturbados contra 42.9% dos indivíduos com ferimentos autoinfligidos (quadro 12).

Quadro 12
Distribuição dos Indivíduos Sem e Com Perturbação Emocional pelas Categorias Sem e Com Ferimentos Autoinfligidos

	Sem Ferimentos		Com Ferimentos		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sem Perturbação (ISP < 1.7)	319	73.5	48	57.1	367	70.8
Com Perturbação (ISP ≥ 1.7)	115	26.5	36	42.9	151	29.2
Total	434	100	84	100	518	100

2.9. Ferimentos Autoinfligidos e Vinculação.

2.9.1. Presença/ausência de ferimentos e estilo de vinculação.

O quadro 13 expõe a distribuição dos participantes com e sem ferimentos autoinfligidos pelos diferentes estilos de vinculação. O teste de Qui-Quadrado foi realizado no sentido de aferir a associação entre as variáveis. Este teste revelou a existência de uma associação significativa entre a presença de ferimentos autoinfligidos e o estilo de vinculação ($\chi^2(4) = 15.59, p < .01$): enquanto a maioria (69.6%) dos participantes sem ferimentos apresenta um estilo de vinculação seguro, metade (50.0%) dos participantes com ferimentos autoinfligidos apresentam estilos inseguros ou não classificáveis.

Note-se que 37 participantes não responderam a parte ou a todo o instrumento de avaliação da vinculação pelo que o total de participantes cujos resultados foram levados em conta nesta análise foi de $n = 481$.

Quadro 13
Distribuição dos Participantes Com e Sem Ferimentos pelos Diferentes Estilos de Vinculação

	Sem Ferimentos (<i>n</i> = 401)		Com Ferimentos (<i>n</i> = 80)	
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%
Seguro	279	69.6	40	50.0
Preocupado	45	11.2	12	15.0
Desligado	21	5.2	12	15.0
Amedrontado	26	6.5	7	8.8
Não Classificável	30	7.5	9	11.2
Total	400	100	81	100

2.9.2. Ferimentos, ansiedade, conforto com a proximidade e confiança nos outros. Realizaram-se testes Mann-Whitney no sentido de aferir diferenças entre os participantes com e sem ferimentos ao nível de cada uma das dimensões da EVA (Canavarro, Dias & Lima, 2006). Os testes revelaram a existência de diferenças significativas entre os participantes com e sem ferimentos ao nível das

subescalas de *Ansiedade* ($U = -2.92, p < .01$) e de *Conforto com a Proximidade* ($U = -3.18, p < .01$). Especificamente, os participantes com ferimentos autoinfligidos relataram maior ansiedade e menor conforto com a proximidade do que aqueles que não reportaram qualquer ferimento. No que diz respeito à dimensão *Confiança nos Outros*, não foram encontradas diferenças entre grupos ($U = -1.57, p = .11$).

Quadro 14

Comparação entre Participantes Com e Sem Ferimentos ao Nível das Dimensões Ansiedade, Conforto com a Proximidade e Confiança nos Outros (EVA)

	Sem Ferimentos ($n = 401$) Média (DP)	Com Ferimentos ($n = 80$) Média (DP)	U
Ansiedade	2.35 (0.79)	2.62 (0.83)	-2.92**
Conforto Proximidade	3.58 (0.57)	3.33 (0.60)	-3.18**
Confiança Outros	3.31 (0.60)	3.15 (0.70)	-1.57

** $p < .01$

2.9.3. Comparação entre indivíduos com ferimentos há uma semana e há mais de um ano ao nível da Ansiedade, Conforto com a Proximidade e Confiança nos Outros. Testes Mann-Whitney (quadro 14) revelaram a existência de diferenças significativas entre participantes ao nível da *Confiança nos Outros* ($U = -2.40, p < .05$), diferenças marginalmente significativas ao nível do *Conforto com a Proximidade* ($U = -.69, p < .10$) e a não existência de diferenças ao nível da *Ansiedade* ($U = -.28, p = .78$). Especificamente, os participantes que realizaram o último ferimento há mais de um ano revelaram maior confiança nos outros e uma tendência para um maior conforto com a proximidade, quando comparados com aqueles que realizaram ferimentos na semana anterior à aplicação dos instrumentos.

Quadro 15

Comparação entre Participantes com Ferimentos Há Uma Semana e Há Mais de Um Ano ao Nível da Ansiedade, Conforto com a Proximidade e Confiança nos Outros.

	Ferimentos Há Uma Semana ($n = 12$) Média (DP)	Ferimentos Há Mais de Um Ano ($n = 34$) Média (DP)	U
Ansiedade	2.47 (1.06)	2.50 (0.83)	-.28
Conforto Proximidade	3.15 (0.71)	3.50 (0.56)	-1.69 [†]
Confiança Outros	2.74 (0.71)	3.31 (0.78)	-2.40*

* $p < .05$ / [†] $p < .10$

3. Apresentação dos Resultados da Segunda Fase

3.1. Entrevista de Confirmação/Infirmação da Presença de Ferimentos Autoinfligidos e Adult Attachment Interview. Das 6 entrevistas realizadas, em 5 (83.33%) dos casos a presença de ferimentos autoinfligidos foi confirmada, isto é, 5 participantes cumpriram os critérios de diagnóstico para *Non-Suicidal Self Injury* expostos no Capítulo I, e em 1 (16.67%) dos casos, infirmada.

Dos 5 participantes que cumpriram os critérios de diagnóstico para *non-suicidal self injury*, 5 realizaram a Adult Attachment Interview (George, Kaplan & Main, 1984) e 5 (100%) foram, através desta entrevista, classificados como inseguros-preocupados.

4. Discussão dos Resultados

No presente estudo, 16.2% dos participantes reportaram algum tipo de ferimento autoinfligido ao longo da vida, um valor que se insere no intervalo encontrado na literatura para populações universitárias não clínicas: entre 12% e 35% (Favazza et al., 1989; Gratz, 2001). Igualmente na direção da literatura existente com amostras não clínicas, foi a não existência de uma associação entre a presença de ferimentos e o sexo dos participantes, e a inexistência de diferenças entre sexos ao nível do número de métodos de ferimento reportados. Estes resultados viabilizam a hipótese colocada por Heath, Toste, Nedecheva e Charlebois (2008) que sugerem a possibilidade de as diferenças de prevalência do comportamento encontradas entre sexos em populações clínicas se deverem mais à maior procura de ajuda clínica por parte das mulheres, do que propriamente a uma maior prevalência deste comportamento entre as mesmas. Ainda, a prevalência de 16.2% entre estudantes universitários é claramente inferior àquela encontrada por Gonçalves, Rosendo, Martins e Machado (2010) entre adolescentes portuguesas (27.8%), o que poderá corroborar a noção de que os ferimentos autoinfligidos tendem a atingir um valor máximo de prevalência em indivíduos nesta fase do desenvolvimento, tendendo depois a decrescer na idade adulta (Yates, 2004). Aliás, esta ideia parece revelar-se igualmente quando analisamos as datas do último ferimento encontradas no presente estudo: 40.5% dos participantes referiram que o último ferimento foi realizado há mais de um ano, ou seja, grande parte dos participantes que relataram ferimentos autoinfligidos, já não os realizavam há mais de um ano, sugerindo então um decréscimo do comportamento com o avançar da idade.

Este estudo demonstrou ainda que a maioria dos indivíduos com ferimentos autoinfligidos o faz com recurso a mais de um método: dos 84 participantes com ferimentos, 40 referiram apenas um método de ferimento e 44 referiram dois ou mais. Estes resultados contrariam aqueles encontrados por alguns estudos em populações não clínicas (ver Jacobson & Gould, 2007 para uma revisão) segundo os quais os indivíduos da comunidade tendem a escolher apenas um método, ao contrário de populações clínicas, entre as quais a média de métodos é de 2.5 (Jacobson & Gould, 2007). Por outro lado, o método mais frequentemente usado é “arranhar” (22%), seguido de “morder” (21.5%),

“magoar” (19.8%) “cortar” (19.8%), “queimar” (10.5%) e, finalmente, o uso de outros métodos (6.4%). Estes resultados contrariam estudos que apontam *cortar-se com um objeto afiado e bater em si próprio* (Muehlenkamp & Gutierrez, 2004; Ross & Heat, 2002; Ross & Heath, 2003) como os métodos mais frequentes, sugerindo antes uma distribuição mais uniformizada dos métodos, com os ferimentos *arranhar, morder, magoar e cortar* obtendo frequências relativamente semelhantes.

Em relação à frequência mensal e diária, a maioria dos ferimentos foram realizados com uma frequência *de um a cinco dias por mês e menos de uma vez por dia*, o que vai de encontro aos resultados de Claes, Vandereycken e Vertomenn (2007). Estes resultados sugerem que os ferimentos autoinfligidos poderão não ser um comportamento realizado muito frequentemente, ou seja, poderão não acontecer diária ou mesmo mensalmente (aliás, o critério de diagnóstico proposto relativo à frequência do comportamento refere uma frequência de pelo menos 5 episódios no último ano), podendo ocorrer com vários dias ou meses de intervalo entre episódios. Assim, mais investigações são necessárias no sentido de compreender quais os fatores relacionados com uma maior ou menor frequência dos ferimentos autoinfligidos.

No que respeita ao planeamento dos ferimentos, a maioria - 74.20% - dos ferimentos relatados no presente estudo “*nunca*” foram planeados, o que vai de encontro aos resultados de Gonçalves, Rosendo, Martins e Machado (2010). Estes resultados parecem então apontar para a corroboração da natureza eminentemente impulsiva do comportamento, destacada aliás por Favazza (1996) na sua classificação dos ferimentos autoinfligidos.

Relativamente à compreensão das razões para o envolvimento em ferimentos autoinfligidos por parte dos participantes, a maioria dos ferimentos implicou “*sempre*” o seu entendimento. Assim, o aprofundamento ao nível da investigação qualitativa das razões percebidas pelos próprios indivíduos para o envolvimento nestes comportamentos poderia ser especialmente útil e interessante. Isto porque, compreendendo, valorizando e partindo da experiência e significação do indivíduo e não apenas de modelos teóricos estabelecidos *a priori* que procuramos testar, alguns aspetos novos e interessantes poderão emergir, abrindo novas direções a futuras investigações.

No que respeita à frequência da dor, a maioria dos ferimentos acarretou dor “*às vezes*” e quase 30% dos ferimentos “*nunca*” tiveram dor associada. Quando a dor foi sentida, a maioria das vezes atingiu “*pouca*” intensidade e em 25.81% das vezes, foi mesmo nula. Estes resultados, que têm sido também relatados por alguns estudos (Nock & Prinstein, 2005; Suyemoto, 1998), parecem indicar a necessidade de futuras investigações, possivelmente situadas no âmbito do modelo biológico dos ferimentos autoinfligidos, que esclareçam os processos de dor envolvidos neste tipo de comportamento. Estudos no âmbito deste modelo defendem a existência de uma resposta psicofisiológica disfuncional aos ferimentos autoinfligidos que envolve a diminuição da tensão (Haines, Williams, Brain & Wilson, 1995). Neste contexto, seria interessante compreender, por exemplo, se existem características biológicas distintivas deste tipo de população, nomeadamente ao nível da nociceção, que ajudem a compreender a baixa frequência e intensidade de dor relatadas.

Para além da descrição fenomenológica dos ferimentos autoinfligidos, o presente estudo procurou também compreender se em populações não clínicas a presença de ferimentos autoinfligidos se encontra associada a psicopatologia geral e a diagnósticos específicos. Efetivamente, e de acordo com a literatura existente, os ferimentos autoinfligidos parecem estar associados a um extenso número de dimensões psicopatológicas (Briere & Gil, 1998; Haw, Hawton, Houston, & Townsend, 2001; Stanley, Gameroff, Michalsen, & Mann, 2001) quando avaliados em populações clínicas. O presente estudo, embora realizado com uma população não clínica revelou também a existência de uma associação significativa entre a presença de ferimentos e a presença de perturbação emocional, com 42.9% dos indivíduos com ferimentos classificados como emocionalmente perturbados contra 26.5% dos indivíduos sem ferimentos.

Ainda, os indivíduos com ferimentos autoinfligidos obtiveram pontuações mais elevadas em todas as subescalas e índices calculados pelo BSI (Derogatis, 1982). Estes resultados apoiam a proposta de Favazza (1998) de, face a estas associações entre a presença de ferimentos autoinfligidos e diferentes perturbações psicopatológicas, conceptualizar os ferimentos autoinfligidos como uma categoria nosológica distinta e não como parte integrante de um quadro psicopatológico específico (e.g., Perturbação Estado-Limite da Personalidade ou Perturbações Alimentares).

Por outro lado, e se assumirmos que os ferimentos autoinfligidos se relacionam com maiores índices psicopatológicos, e levarmos em conta que o BSI (Derogatis, 1982) é respondido com base nos sintomas da semana anterior ao preenchimento do instrumento, então esperaríamos que aqueles indivíduos que já não realizam ferimentos há mais de um ano pontuassem significativamente menos nas subescalas do instrumento do que aqueles que realizaram o último ferimento há uma semana. De facto, o presente estudo demonstrou a existência de diferenças significativas entre estes dois grupos, com os indivíduos com ferimentos há uma semana pontuando significativamente mais na maioria das escalas do BSI (Derogatis, 1982) do que aqueles que realizaram ferimentos há mais de um ano. Estes resultados indicam que a diminuição da perturbação emocional se relaciona com a diminuição dos ferimentos autoinfligidos, o que, além de representar alguma evidência para o Modelo da Regulação Emocional dos ferimentos autoinfligidos, oferece uma direção ao nível da intervenção com esta população ao sugerir que o enfoque na diminuição da sintomatologia psicopatológica poderá ser útil no sentido da diminuição ou erradicação dos ferimentos autoinfligidos.

No entanto, constatou-se também que 57.1% dos participantes com ferimentos autoinfligidos não foram classificados como emocionalmente perturbados segundo o ponto de corte da escala ISP do BSI ($ISP \geq 1.7 =$ perturbação emocional) (Derogatis, 1982). Ou seja, embora quando confrontados com participantes sem ferimentos, aqueles com ferimentos autoinfligidos tenham obtido classificações significativamente mais elevadas em todas as subescalas do instrumento, mais de metade dos participantes com ferimentos autoinfligidos não apresentam perturbação emocional, pelo menos quando esta é avaliada através do BSI (Derogatis, 1982). Desta forma, parece-nos que também à luz destes resultados, uma nova categoria nosológica que conceptualizasse estes comportamentos como

independentes de outros diagnósticos seria, de facto, útil para a concetualização, diagnóstico e tratamento dos ferimentos autoinfligidos.

Os resultados da presente investigação apoiam o Modelo da Regulação Emocional dos Ferimentos Autoinfligidos também porque os participantes relataram experienciar significativamente mais emoções positivas depois do que antes da realização dos ferimentos autoinfligidos e significativamente menos emoções negativas depois dos ferimentos do que antes dos mesmos. Ou seja, os ferimentos autoinfligidos parecem funcionar como uma forma de regulação emocional, ainda que desadaptativa, tal como vários estudos têm sugerido (ver Klonsky, 2006 para uma revisão da literatura).

Neste sentido, foi interessante a análise descritiva dos índices da SIQ-TR (Claes & Vandereycken, 2007) relativos às funções dos ferimentos autoinfligidos. Em média, os participantes referiram envolverem-se neste tipo de comportamentos principalmente por razões que se relacionam com processos de reforço automático negativo, ou seja, razões que envolvem o evitamento ou supressão de estados emocionais negativos, o que é coerente com alguns estudos que referem que os processos de reforço automático negativo são, em média, aqueles mais citados pelos indivíduos para o envolvimento em ferimentos autoinfligidos (ver Jacobson & Gould, 2007 para uma revisão da literatura). De facto, se for levado em conta que os indivíduos com ferimentos autoinfligidos têm sido caracterizados como indivíduos com especiais dificuldades ao nível da experiência (Gratz et al., 2002; Zlotnick et al., 1996), da consciência (Zlotnick et al., 1996) e da expressão das emoções (Gratz, 2006), compreende-se que a razão mais citada para o seu envolvimento neste tipo de comportamento se relacione com um esforço no sentido da redução do mal-estar associado à ativação emocional.

Ainda, o presente estudo vem apoiar a associação entre a presença de ferimentos autoinfligidos e o estilo de vinculação, pontualmente referida pela literatura (Gratz, Conrad, & Roemer, 2002; Levesque et al., 2010), com os indivíduos com ferimentos a distribuírem-se de forma diferente daqueles sem ferimentos pelos diferentes estilos de vinculação. Especificamente, enquanto cerca de 70% dos participantes sem ferimentos apresentaram um estilo de vinculação seguro, metade (50.0%) dos participantes com ferimentos autoinfligidos foram classificados com estilos inseguros ou não classificáveis. Por outro lado, os indivíduos com e sem ferimentos autoinfligidos diferiram ao nível de duas dimensões da Escala de Vinculação do Adulto (Canavarro, Dias, & Lima, 2006): *Ansiedade* e *Conforto com a Proximidade*. Em particular, os participantes com ferimentos referiram maior receio de abandono ou de não serem bem queridos (*Ansiedade*) e menor conforto com a proximidade e intimidade (*Conforto com a Proximidade*) do que aqueles que nunca realizaram ferimentos autoinfligidos. Estes resultados poderão ajudar-nos a compreender algumas das dificuldades interpessoais sentidas por indivíduos com ferimentos autoinfligidos, o que poderá tornar-se bastante relevante aquando do processo de conceptualização de caso e de intervenção junto de clientes com este tipo de comportamentos. Por outro lado, e como foi já discutido, os jovens adultos têm como tarefas desenvolvimentais centrais o estabelecimento da intimidade e da autonomia (Cavanaugh, 2005; Soares, 2007). Ora, se existem dificuldades ao nível do conforto necessário com a proximidade para

que esta intimidade seja possibilitada e consolidada, assim como receios intensos de abandono, então dificilmente estes indivíduos perceberão o outro como uma *base segura* à qual recorrer e a partir da qual poderão explorar o seu ambiente. Desta forma, estes indivíduos poderão ver comprometida não só a exploração “dentro” mas também “para além” (Soares, 2007) das relações, isto é, poderão ver perturbado o comportamento de vinculação, nesta fase espelhado pelo estabelecimento da intimidade, assim como o comportamento exploratório, manifesto na consolidação da autonomia.

Um resultado interessante que se relaciona ainda com a presença de ferimentos e estas dimensões relevantes para a vinculação foi a diferença entre participantes que realizaram o último ferimento *há uma semana* e aqueles que o realizaram *há mais de um ano*: os participantes que realizaram o último ferimento *há mais de um ano* revelaram maior confiança nos outros e uma tendência para um maior conforto com a proximidade, quando comparados com aqueles que realizaram ferimentos na última semana à aplicação dos instrumentos. Ou seja, uma maior confiança nos outros - o grau de confiança que os indivíduos têm nos outros, assim como na disponibilidade destes quando sentida como necessária -, assim como a tendência para um maior conforto com a proximidade – grau em que o indivíduo se sente confortável com a proximidade e a intimidade -, relacionam-se com a diminuição ou mesmo interrupção dos ferimentos autoinfligidos (Canavarro, Dias, & Lima, 2006). Estes resultados não só parecem sublinhar a importância das relações de vinculação para o envolvimento em ferimentos autoinfligidos, como sugerem que uma alteração ao nível destas relações (ou da forma como o indivíduo as representa ou se representa a ele próprio nas relações) poderá ter um impacto significativo na frequência ou mesmo na continuidade destes comportamentos, o que, mais uma vez, poderá constituir uma orientação importante ao nível da conceptualização e intervenção com indivíduos com ferimentos autoinfligidos.

Os resultados da segunda fase do estudo revelaram que a) 5 em 6 participantes viram confirmada, através de uma entrevista, a presença de ferimentos autoinfligidos inicialmente indicada no instrumento de autorrelato e b) dos 5 participantes cujo diagnóstico de ferimentos autoinfligidos foi confirmado através da entrevista, 5 foram classificados como inseguros-preocupados através da Adult Attachment Interview (George, Kaplan & Main, 1984). Relativamente a estes resultados interessa, antes de mais, chamar a atenção para o reduzido número de participantes que acederam participar na segunda fase. De facto, com uma amostra tão reduzida de participantes, a realização de um tratamento estatístico dos dados tornar-se-ia irrisória. Uma reflexão acerca desta questão será apresentada mais à frente, aquando da conclusão do estudo. Importa aqui tentar discutir os dados possíveis que foram obtidos nesta segunda fase.

Antes de mais, a existência de uma infirmação da presença de ferimentos através da realização da entrevista, quando apenas 6 entrevistas foram realizadas, poderá sugerir que, de facto, a prevalência dos ferimentos autoinfligidos poderá ser menor do que aquela encontrada neste e noutros estudos, tal como sugerem Ross e Heath (2002). Neste estudo, o único falso positivo encontrado justificou-se, segundo o participante, por um lapso na compreensão do comportamento abordado pela SIQ-TR

(Claes & Vandereycken, 2007). Ou seja, o participante assinalou ter realizado ferimentos autoinfligidos, quando tal nunca tinha acontecido, porque não compreendeu que as questões do instrumento se reportavam a ferimentos deliberadamente realizados, e não a ferimentos acidentais. Embora se trate apenas de um participante, esta constatação poderá levantar algumas questões relativamente à avaliação dos ferimentos autoinfligidos através de instrumentos de autorrelato, nomeadamente acerca do número de participantes que compreenderam, tal como este participante, que os comportamentos a avaliar seriam ferimentos acidentais. Face a estas questões, mas também à impossibilidade prática de avaliar a prevalência deste - ou de outros - comportamentos através de entrevistas, um especial cuidado na clareza e explicitação das questões dos instrumentos de autorrelato deverá ser levado em conta.

No que respeita aos resultados obtidos através da Adult Attachment Interview (George, Kaplan & Main, 1984), o facto de todos os participantes avaliados terem sido classificados como inseguros-preocupados relativamente à representação da vinculação, embora não sendo um resultado estatisticamente muito relevante devido à dimensão reduzida da amostra, é, ainda assim, um resultado interessante já que todos os participantes foram classificados na mesma categoria. Indivíduos avaliados através da AAI (George, Kaplan, & Main, 1984) como inseguros-preocupados têm como principal característica a confusão, a incoerência, a não objetividade relativamente às relações e suas influências (Soares, 2007). Esta incoerência ou confusão relaciona-se com o emaranhamento do indivíduo nas relações precoces e este emaranhamento resulta, por um lado, na dificuldade de pensar as relações com maior objetividade e distanciamento e, por outro, no impedimento do desenvolvimento da identidade pessoal, particularmente de uma identidade separada da família ou dos pais (Soares, 2007).

Foi também referido anteriormente que o padrão de vinculação inseguro-preocupado se relaciona com estratégias secundárias de regulação emocional, particularmente com estratégias de hiperativação, que envolvem uma exacerbação das estratégias normativas de vinculação com o objetivo de obter uma resposta da figura de vinculação (Mikulincer & Shaver, 2008).

Desta forma, esta hiperativação emocional associada ao padrão inseguro-preocupado poderá ajudar-nos a compreender algumas das dificuldades dos indivíduos que realizam ferimentos autoinfligidos e que têm sido relatadas por estudos na área. Isto porque, a vir-se a confirmar por estudos subsequentes que, efetivamente, estes indivíduos tendem a adotar principalmente estratégias de hiperativação emocional, seria compreensível que a intensidade da sua experiência afetiva lhes levantasse alguns obstáculos. Por outro lado, tendo em conta o emaranhamento nas relações precoces, a confusão, a incoerência e a não objetividade relativamente às relações, características desta organização da vinculação, seriam também melhor compreendidos os resultados de estudos que revelam as dificuldades dos indivíduos com ferimentos autoinfligidos ao nível não só da experiência (Gratz et al., 2002), mas também da consciência (Zlotnick et al., 1996) e da expressão das emoções (Gratz, 2006).

Não obstante, os resultados da primeira fase do estudo revelaram que apenas 15% dos indivíduos com ferimentos autoinfligidos tinham um estilo de vinculação inseguro-preocupado e que metade (50%) apresentava uma vinculação segura, quando avaliada através da EVA (Canavarro, Dias e Lima, 2006). Assim, e tendo em conta a discrepância do número de participantes da primeira e segunda fase do estudo, mais estudos são necessários no sentido da clarificação da prevalência dos vários estilos de vinculação entre indivíduos que realizam ferimentos auto-infligidos. De qualquer forma, algumas razões para a discrepância entre estes resultados, para além do reduzido número de participantes da segunda fase poderão ser a) enquanto a EVA (Canavarro, Dias e Lima, 2006) avalia o estilo de vinculação do adulto em relação a relações específicas, neste caso, a relações românticas, a AAI (George, Kaplan & Main, 1984) avalia a segurança do modelo interno da vinculação de modo global e não relativamente a uma relação específica e b) embora a vinculação do adulto assente nas interações com as figuras de vinculação durante a infância, ela é influenciada ao longo da vida por outras experiências que, desafiando a validade dos modelos internos dinâmicos, poderão conduzir à sua alteração (Bowlby, 1988). Ambas as constatações poderão auxiliar na compreensão dos dados encontrados mas, apesar deste esforço no sentido do cruzamento dos dados da primeira e segunda fases do estudo, é essencial recordar que análises estatísticas não puderam ser realizadas em virtude do reduzido número de participantes que integraram a segunda fase, pelo que qualquer inferência a partir destes dados será, no mínimo, prematura. Assim, embora estas questões possam ser aqui levantadas e uma tentativa de resposta possa ser equacionada, elas devem, acima de tudo, ser desenvolvidas e respondidas por estudos subsequentes que, em melhores condições relativamente ao número de participantes, ajudem a compreender quais as organizações e os estilos de vinculação preponderantes em indivíduos com ferimentos autoinfligidos, tanto quando avaliados relativamente a relações específicas como através da Adult Attachment Interview (George, Kaplan & Main, 1984).

De qualquer forma, e apesar das limitações deste estudo, este parece ter demonstrado que o enquadramento das características e dificuldades sentidas por indivíduos que realizam ferimentos autoinfligidos através da teoria da vinculação, poderá ajudar à compreensão mais aprofundada da sua experiência e das suas motivações. Efetivamente, se for levado em consideração que, em comparação com indivíduos que não realizam ferimentos autoinfligidos, aqueles que o fazem apresentam uma maior intensidade e complexidade de sintomas psicopatológicos, um maior receio de serem abandonados ou não queridos e um maior desconforto com a proximidade relativamente a figuras que são, para eles, importantes, tornar-se-á talvez mais facilmente compreensível o seu envolvimento num comportamento como os ferimentos autoinfligidos no sentido da regulação emocional: *“Acima de tudo, sinto que a dor física, impondo-se a outra que não compreendo nem controlo, torna esta, nem que seja apenas um pouco, mais fácil de suportar.”*⁴

⁴ Resposta de um participante da segunda fase, quando questionado acerca das suas auto-explicações para o envolvimento em ferimentos auto-infligidos.

Capítulo III – Conclusão

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser apontadas. Antes de mais, a utilização de testes não paramétricos para todas as variáveis intervalares, constitui uma limitação. Isto porque estes testes, não sendo tão robustos como os testes paramétricos equivalentes, acabam por aumentar a probabilidade de erro ao nível da significância dos resultados. Esta foi, no entanto, uma dificuldade intransponível já que a não normalidade das distribuições das variáveis intervalares, assim como a manutenção desta distribuição não normal após a tentativa de transformação das mesmas, impediu a realização de testes paramétricos. Neste sentido, investigações subsequentes são necessárias no sentido de confirmar (ou infirmar) os resultados aqui apresentados.

Em segundo lugar, a segunda fase do estudo foi composta por apenas 6 participantes, o que impediu a realização de análises estatísticas dos dados. De facto, inicialmente pretendiam-se utilizar os dados da Adult Attachment Interview (George, Kaplan & Main, 1984), não só para descrever a qualidade da representação e o estilo de vinculação dos participantes com ferimentos autoinfligidos, mas também para contrastar os resultados da AAI (George, Kaplan & Main, 1984) com aqueles obtidos através dos instrumentos de autorrelato da primeira fase, assim como utilizar os mega-itens obtidos (Kobak, 1993) no sentido da compreensão de possíveis relações entre eles e as características fenomenológicas dos ferimentos autoinfligidos. Infelizmente, tal não foi possível, pelo que esta poderá ser uma orientação interessante para futuros estudos nesta área. É no entanto compreensível que a amostra da segunda fase do estudo tenha sido reduzida. Isto porque os ferimentos autoinfligidos são normalmente comportamentos mantidos em torno de um secretismo compreensível e a sua exposição poderia revelar-se muito dolorosa para os indivíduos que os realizam, pelo que muitos deles, com certeza, se abstiveram de tal exposição.

De qualquer modo, e apesar destas limitações, este estudo cumpriu com os seus objetivos iniciais essenciais que se prendiam com o prestar de uma contribuição para um conhecimento mais aprofundado da problemática dos ferimentos autoinfligidos em populações não clínicas portuguesas, especificamente em populações universitárias, assim como com o cruzamento da teoria da vinculação e dos estudos que se debruçam sobre os ferimentos auto-infligidos. E, além de todos os outros resultados encontrados, aqueles que apontaram que: a) a diminuição da sintomatologia psicopatológica, b) uma maior confiança nos outros e na sua disponibilidade quando sentida como necessária e c) um maior grau de conforto com a proximidade e intimidade se relacionam com a diminuição ou interrupção dos ferimentos autoinfligidos, poderão ser especialmente interessantes ao nível da orientação da intervenção junto de indivíduos com ferimentos autoinfligidos, ou de futuras investigações que se ocupem especificamente destas questões.

E, efetivamente, se for levado em conta que, por um lado, em Portugal os estudos nesta área são escassos e que, por outro, 16.2% dos estudantes universitários relataram envolverem-se atualmente ou terem-se envolvido no passado neste tipo de comportamentos, a pertinência de estudos que abordem este tema afigura-se facilmente justificável.

Referências Bibliográficas

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N J: Erlbaum.
- Allen, J. P. (2008). *The attachment system in adolescence*. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp.419-435). New York: The Guilford Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Attachment*. London: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Separation*. London: Basic Books.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London:Tavistock.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss: Loss, sadness and depression*. London: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base. Clinical implications of attachment theory*. London: Routledge.
- Brier, J., Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Psychiatry*, 68, 609-620.
- Brunner, R., Parzer, P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M., & Resch, F. (2007). Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harming adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 161(7), 641–649.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma Revisão crítica dos Estudos Realizados em Portugal. In L. Almeida, M. Simões, C. Machado e M. Gonçalves (Eds.) *Avaliação Psicológica. Instrumentos validados para a População Portuguesa*, vol.III. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M., Dias, P., Lima, V. (2006). A Avaliação da Vinculação do Adulto: Uma Revisão Crítica a Propósito da Aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na População Portuguesa. *Psicologia*, 20, 155-186.
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: influences of attachment relationships. In N. A. Fox (Ed.) *The development of emotion regulation: biological and behavioral consequences. Monographs of the society for research in child development*, 59, 228-249.
- Cassidy, J. & Cobak, R. R. (1988). Avoidance and its relationship with other defensive processes. In J. Belsky & T. Nezworsky (eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 300-323). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cavanaugh, J. (2005). *Adult development and aging*. California: Cole Publishing Company.
- Claes, L., Vandereycken, W., Vertommen, H. (2007). Self-Injury in female versus male psychiatric patients: A comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation. *Personality and Individual Differences*, 42, 611-621.
- Claes, L., & Vandereycken, W. (2007). The Self-injury Questionnaire-Treatment Related (SIQ-TR): Constructions, Reliability and Validity in a sample of Eating Disorder Patients. In Goldfarb, P. M. (ed.) *Psychological Tests and Testing Research Trends*. New York: Nova Science Publishers.

- Cole, P. M., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development, 75*, 317–333.
- Colin, V. (1996). *Human attachment*. New York: McGraw-Hill.
- Collins, N. & Read, S. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 644-663.
- Contreras, J. M., Kerns, K. A., Weimer, B. L., Gentzler, A. L., & Tomich, P. L. (2000). Emotion regulation as a mediator of associations between mother-child attachment peer relationships in middle childhood. *Journal of Family Psychology, 14*, 111-124.
- Cooper, M. L., Shaver P. R., Collins, N. L. (1998). Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *Journal of Personality & Social Psychology, 74*, 1380–1397.
- Crouch, W., & Wright, J. (2004). Deliberate self-harm at an adolescent unit: A qualitative investigation. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 9*, 185-204.
- Crowe, M. & Bunclark, J. (2000). Repeated self-injury and its management. *International Review of Psychiatry. Special Issue: Suicide and attempted suicide, 12*, 48-53.
- Csorba, J., Dinya, E. Plener, P. Nagy, Páli, E. (2009). Clinical diagnoses, characteristics of risk behavior, differences between suicidal and non-suicidal subgroups of Hungarian adolescent outpatients practicing self-injury. *European Child and Adolescent Psychiatry, 18*, 309-20.
- Cummings, E. M., & Davies, P. T. (1996). Emotional Security as a regulatory process in normal development and the development of psychopathology. *Development and Psychopathology, 8*, 123-139.
- Daldin, H. (1990). Self-mutilating behavior in adolescence with comments on suicidal risk. *Bulletin of Anna Freud Centre, 13*, 279-293.
- Darche, M. A. (1990). Psychological factors differentiating self-mutilating and non self-mutilating adolescents. *The Psychiatric Hospital, 21*, 31-35
- Derogatis, L. R. (1982). *BSI: Brief Symptom Inventory*. Minneapolis: National Computers System.
- DiClemente, R. J., Ponton, L. E., & Harley, D. (1991). Prevalence and correlates of cutting behavior: Risk for HIV transmission. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30*, 735-739.
- Fabes, R. A., & Eisenberg, N. (1997). Regulatory control in adults' stress-related responses to daily life events. *Journal of Personality and Social Psychology, 73*, 1107–1117
- Favazza, A. R., & Conterio, K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 79*, 283-289.
- Favazza, A. R., De Rosear, L., & Conterio, K. (1989). Self-mutilation and eating disorders. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 19*, 352-361
- Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. Baltimore: John Hopkins University Press.

- Fenney, B.C. (2004). A secure base: responsive support of goal strivings and exploration in adult intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 631-648.
- Feeney, B. C. (2007). The dependency paradox in close relationships: accepting dependence promotes independence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 268-295
- Feeney, B. C. (2010). Relationship Influence on Exploration in Adulthood: The Characteristics and Function of a Secure Base. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98, 57-76.
- Feeney, J. & Noller, P. (1990). Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 281-291.
- Feeney, J. & Noller, P. (1996). *Adult Attachment*. California: Sage Publications.
- George, C., Kaplan, N. & Main, M. (1984). *Adult Attachment Interview*. Manuscrito não publicado. University of California ate Berkeley, EUA.
- Gonçalves, S., Rosendo, A., Martins, C., e Machado, B. (2010). *Ferimentos autoinfligidos na população portuguesa*. Atas do VII Simpósio de Investigação em Psicologia, pp. 36.
- Gonçalves, S., Martins, C., Rosendo, A.P., Machado, B.C., & Silva, E. (paper submetido para publicação). Self-injurious behavior in a communiny sample of portuguese adolescents.
- Gonçalves, S., Martins, C., Rosendo, A.P., Machado, B.C., & Silva, E. (paper submetido para publicação). *Self-injurious behavior in a communiny sample of portuguese adolescents*.
- Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the deliberate self-harm inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 253-263.
- Gratz, K. L., Conrad, S. D., & Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 128-140
- Gratz, K. L. (2006). Risk factors for deliberate self-harm among female college students: The role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 238-250
- Haines, J., Williams, C., Brain, K. & Wilson, G. (1995). The psychophysiology of self-mutilation. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 471-489.
- Havighurst, R. J. (1972). *Developmental tasks and education*. New York: David McKay Com, Inc.
- Haw, C., Hawton, K., Houston, K., & Townsend, E. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *British Journal of Psychiatry*, 178, 48-54.
- Hazan, C. & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.v
- Heath, Nancy L.; Toste, Jessica R.; Nedecheva, Tatiana; Charlebois, Alison. (2008). An examination of nonsuicidal self-injury among college students. *The Free Library*.
- Herpertz, S. (1995). Self-injurious behaviour: Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Ata Psychiatrico Scandinavica*, 91, 57-68.
- Herpertz, S., Sass, H., & Favazza, A. R. (1997). Impulsivity in self-mutilative behavior: psychometric and biological findings. *Journal of Psychiatric Research*, 31 (4), 451-465.

- Jacobsen, C. M., & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a Critical Review of the Literature. *Archives of Suicide Research, 11*, 129-147.
- Jacobsen, C. M., Muehlenkamp, J. J., & Miller A. L. (2006). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. Manuscript submitted for publication.
- Klonsky, E. D. (2006) The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review, 27*, 226, 239.
- Klonsky, E. D., Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-Injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology, 63*, 1045-1056.
- Kobak, R. (1993). Attachment and the problem of coherence. Implications for treating disturbed adolescents. *Adolescent Psychiatry, 19*, 137-149.
- Langbehn, D. R., & Pfohl, N. B.(1993) Clinical correlates of self mutilation among psychiatric inpatients. *Annals of Clinical Psychiatry, 5*, 45-51.
- Levesque, C., Lafontain, M., Bureau, P & Dandurand, C. (2010). The influence of romantic attachment and intimate partner violence on non-suicidal self injury in young adults. *Journal of Youth and Adolescence, 39*, 474-483.
- Matos, M. e Equipa do Projeto Aventura Social (2011). Health Behavior in School-aged Children: Dados Nacionais 2010. Acedido em 14 de Agosto de 2011 em: http://aventurasocial.com/arquivo/1302897373_2b-HBSC%20Adolescentes%202010-11.pdf
- Messer, J. Fremouw, W. (2008). A critical review of explanatory models for self-mutilating adolescents. *Psychology Review, 28*, 162-178.
- Mikulincer, M. & Shaver, P. (2008). Adult Attachment and Affect Regulation in J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 503-531). New York: Guilford Press.
- Miller, F., & Bashkin, E. A. (1974). Depersonalization and self-mutilation. *Psychoanalytic Quarterly, 43*, 638-649.
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P.M. (2004). An investigation of the differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 34*(1), 12-23.
- Nixon, M. K., Cloutier, P. F., & Aggarwal, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*, 1333-1341.
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 885-890.
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2005). Contextual Features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 114*, 140-146.

- Pascarella, E. T. & Terenzini, P. T. (2005). *How college affects students: A third decade of research*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ross, S., & Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(1), 67–77.
- Ross, S. & Heath, N. (2003). Two Models of adolescent self-mutilation. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 33, 277-287.
- Sansone, R., Gaither, G. Songer, D. (2002) The relationships among childhood abuse, borderline personality and self harm behavior in psychiatric inpatients. *Violence and Victims*, 17, 49-56
- Soares, I. (2007). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e Avaliação*. Braga: Psiquilibrios.
- Stanley, B., Gameroff, M., Michalsen, V., Mann, J. (2001). Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *American Journal of Psychiatry*, 158, 427-432
- Stroufe, L. A. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.
- Suyemoto, K. L., & MacDonald, M. L. (1995). Self-cutting in female adolescents. *Psychotherapy*, 32, 162-171.
- Suyemoto, K. L. (1998). The Functions of Self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18, 554
- Weaver, T., Chard, K. M., Mechanic, M. B., Etzel, J. C. (2004). Self-injurious behaviours, PTSD arousal, and general health complaints within a treatment-seeking sample of sexually abused women. *Journal of interpersonal violence*, 19, 558-575
- Yates, T. M. (2004). The Developmental Psychopathology of Self-injurious Behavior: Compensatory regulation in post-traumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*, 24, 35-74.
- Zeifman, D., & Hazan, C. (2008). *Pair bonds as attachments: Reevaluating the evidence*. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 436-455). New York: Guilford Press.
- Zila, L. M. & Kiselica, M. S. (2001). Understanding and counseling self-mutilation in female adolescents and young adults. *Journal of Counseling & Development*, 79, 46-52.
- Zlotnick, C., Mattia, J. I., & Zimmerman, M. (1999). Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(5), 296–301.
- Zlotnick, C., Shea, M. T., Pearlstein, T., Simpson, E., Costello, E., & Begin, A. (1996). The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 12-16
- Zweig, F. H., Paris, J. & Guzder, J. (1994). Psychological risk factors for dissociation and self-mutilation in female patients with borderline personality disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 259-264.