



**Universidade do Minho**  
Escola de Psicologia

Eliana Marisa Araújo Silva

**Relações Íntimas, Regulação Emocional e Ferimentos Autoinfligidos em Estudantes Universitários**



**Universidade do Minho**

Escola de Psicologia

Eliana Marisa Araújo Silva

**Relações Íntimas, Regulação Emocional e  
Ferimentos Autoinfligidos em Estudantes  
Universitários**

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

Trabalho realizado sob a orientação da  
**Professora Doutora Sónia Gonçalves**

Junho de 2012

**Nome:** Eliana Marisa Araújo Silva

**Endereço Eletrónico:** eliana.marisa@hotmail.com

**Número do Cartão de Cidadão:** 13540955

**Título da Dissertação:** Relações Íntimas, Regulação Emocional e Ferimentos Autoinfligidos  
em Estudantes Universitários

**Orientador:** Professora Doutora Sónia Gonçalves

**Ano de Conclusão:** 2012

**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 CÔMPROMETE;

Universidade do Minho, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## **Agradecimentos**

A concretização deste trabalho significa o culminar de um percurso de cinco anos de aprendizagens no qual participaram várias pessoas significativas, a quem gostaria de agradecer.

À Professora Doutora Sónia Gonçalves, por ao longo destes anos ter contribuído de forma ímpar para o meu desenvolvimento académico. Agradeço todo o apoio e disponibilidade ao longo da realização desta dissertação. Agradeço ainda por ter orientado o início do meu percurso na área da investigação, por ter possibilitado o contacto com a temática dos Ferimentos Autoinfligidos, assim como o incentivo a publicar os meus trabalhos.

A todos os autores dos instrumentos utilizados na recolha dos dados, agradeço a autorização, disponibilização dos instrumentos assim como o esclarecimento de questões emergentes.

A todos os Diretores de Curso e Professores da Universidade do Minho e da Universidade Católica do Porto pela gentil cedência de uns minutos das suas aulas para aplicação dos instrumentos.

Aos 616 participantes desta investigação, agradeço muito, pois foi com a disponibilização do seu tempo e colaboração que me permitiram concretizar o presente estudo.

A todos os colegas de percurso ao longo destes cinco anos, agradeço por tudo!

E finalmente, um agradecimento especial aos meus pais e à minha irmã, a quem gostaria de dedicar este trabalho como forma de agradecimento pelo apoio incondicional. Obrigada por acreditarem sempre!

## Resumo

### **Relações Íntimas, Regulação Emocional e Ferimentos Autoinfligidos em Estudantes Universitários**

O presente estudo sustenta como principal objetivo avaliar a influência da qualidade das relações íntimas e regulação emocional no envolvimento em ferimentos autoinfligidos. Apresenta ainda como objetivos específicos: 1) caracterizar os ferimentos autoinfligidos numa amostra da comunidade constituída por jovens adultos estudantes universitários; 2) aferir a existência de relações entre os ferimentos autoinfligidos e o sexo dos participantes; 3) aferir a relação entre ferimentos autoinfligidos e o envolvimento em comportamentos de risco; 4) avaliar diferenças entre indivíduos com e sem ferimentos autoinfligidos ao nível das dificuldades de regulação emocional; 5) aferir a relação entre o estilo de vinculação nas relações íntimas e o envolvimento em ferimentos autoinfligidos e comparar indivíduos com e sem ferimentos ao nível de dimensões relevantes para a vinculação; 6) aferir relações entre ferimentos autoinfligidos e estratégias de resolução de conflitos (abuso e negociação) e 7) determinar os fatores preditores do envolvimento em ferimentos autoinfligidos.

Para a concretização destes objetivos foram utilizados instrumentos de autorrelato para a caracterização dos ferimentos autoinfligidos, avaliação das dificuldades de regulação emocional, avaliação da vinculação e presença de violência e negociação nas relações íntimas. A amostra foi constituída por 616 jovens adultos estudantes universitários com idades compreendidas entre os 18 e os 35 anos, sendo 442 (71.8%) dos participantes do sexo feminino e 174 (28.2%) do sexo masculino.

Relativamente aos resultados, verificou-se que 15.3% ( $n = 94$ ) dos participantes haviam realizado, nalgum momento das suas vidas, algum tipo de ferimento autoinfligido e que 50.0% daqueles que os realizaram recorreram a mais de um método. No que respeita à frequência, a maioria dos ferimentos foi realizada “de um a cinco dias por mês” e “menos de uma vez por dia”. Não foi encontrada uma associação entre a presença de ferimentos e o sexo dos participantes. Relativamente às dificuldades de regulação emocional, foram encontradas diferenças significativas entre indivíduos sem e com ferimentos, com estes últimos a apresentarem mais dificuldades de regulação emocional.

Verificou-se 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. Foi ainda verificada uma associação entre a experiência e perpetração de diferentes tipos de abuso e os ferimentos autoinfligidos. A dificuldade no controlo de impulsos emergiu como um preditor marginalmente significativo do envolvimento em ferimentos autoinfligidos.

Estes resultados são discutidos com recurso a uma interseção da literatura respeitante aos ferimentos autoinfligidos, à qualidade das relações íntimas em termos de vinculação e violência e as dificuldades de regulação emocional.

## **Abstract**

### **Romantic Relationships, Emotional Regulation and Non-Suicidal Self-Injury Among College Students**

The present study has the main objective to examine the impact of romantic relationships and emotional regulation on non-suicidal self-injury. The study encompasses as specific purposes: 1) to describe non-suicidal self injury in a community sample of young adults college students; 2) to assess the existence of relationships between non-suicidal self-injury and the sex of participants; 3) to assess the existence of relationships between non-suicidal self-injury and risk taking behaviors; 4) to explore differences between self-injurers and non self-injurers in terms of difficulties in emotion regulation; 5) to assess the relationship between the presence of non-suicidal self-injury and romantic attachment and compare self-injurers and non self-injurers on attachment relevant measures; 6) to assess the existence of relationships between non-suicidal self-injury and strategies to solve conflicts (abuse and negotiation) and 7) to determine what predicts the engagement in non-suicidal self-injury.

In order to fulfill these purposes, participants filled in self-report measures of non-suicidal self injury, difficulties in emotion regulation, romantic attachment and the presence of intimate partner violence and negotiation in romantic relationships. The sample was composed by 616 young adults college students, ages ranging from 18 to 35 years old, 442 (71.8%) female and 174 (28.2%) male participants.

Results revealed that 15.3% ( $n = 94$ ) of participants reported having injured themselves in some moment of their lives and 50.0% out of these 94 participants used more than one method. In what concerns behavior frequency, the majority of the reported injuries were inflicted “from one to five days per month” and “less than once a day”. No association was found between non-suicidal self injury and the sex of participants. Significant differences were found between non-suicidal self-injurers and self-injurers on emotion regulation difficulties, these having scored higher on all emotional dysregulation subscales.

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 demonstrated. It was also verified an association between the experience and perpetration of different kinds of abusive behavior and non-suicidal self-injury. Impulse control difficulties emerged as a marginally significant predictor of non-suicidal self-injury.

These results are discussed by means of an intercrossing of non suicidal self-injury, intimate relationship quality in what concerns of romantic attachment and violence and difficulties in emotion regulation.

## Índice

Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	iii
Abstract.....	v
Índice.....	vi
Índice de Figuras.....	vii
Introdução.....	8
Capítulo I - Introdução Teórico-Empírica.....	9
1. Ferimentos Autoinfligidos.....	9
1.1. Definição e sistemas de classificação.....	9
1.2. Prevalência dos ferimentos autoinfligidos.....	12
1.3. Características fenomenológicas.....	13
1.4. Ferimentos autoinfligidos e comportamentos de risco.....	13
1.5. Ferimentos autoinfligidos e regulação emocional.....	15
1.6. Abordagens explicativas aos ferimentos autoinfligidos.....	16
2. Relações Íntimas em Jovens Adultos.....	18
2.1. A Teoria da Vinculação.....	18
2.1.1. Introdução.....	18
2.1.2. Vinculação nas relações íntimas.....	19
2.1.3. Vinculação e ferimentos autoinfligidos.....	20
2.2. Violência nas relações íntimas.....	21
2.2.1. Introdução.....	21
2.2.2. Abuso físico, sexual e psicológico: prevalência.....	21
2.2.3. Violência e ferimentos autoinfligidos.....	22
Capítulo II – Estudo Empírico.....	24
1. Metodologia.....	24
1.1. Objetivos do Estudo.....	24
1.2. Participantes.....	24
1.3. Instrumentos.....	25
1.4. Procedimento.....	28
1.5. Análise Estatística.....	28
2. Apresentação dos Resultados.....	29
3. Discussão dos Resultados.....	40
Capítulo III - Conclusão.....	45
Referências.....	46

## Índice de Figuras

Figura 1. Critérios de Diagnóstico para <i>Non-Suicidal Self-Injury</i> .....	11
---	----

## Índice de Quadros

Quadro 1: Descrição Sociodemográfica da Amostra do Estudo .....	25
Quadro 2: Frequências da Presença de Ferimentos e do Número de Métodos de Ferimentos Utilizado .....	29
Quadro 3: Frequências e Percentagens dos Vários Métodos de Ferimentos Autoinfligidos ao Longo da Vida.....	29
Quadro 4: Data do Último Ferimento Autoinfligido.....	30
Quadro 5: Localização Corporal, Frequência, Dor, Planeamento e Compreensão dos Ferimentos Autoinfligidos.....	31
Quadro 6: Medidas Descritivas das Funções dos Ferimentos Autoinfligidos.....	32
Quadro 7: Medidas Descritivas da Presença de Ferimentos Autoinfligidos para o Sexo Feminino e Masculino.....	32
Quadro 8: Medidas Descritivas da Presença de Comportamentos de Risco para os Indivíduos Com e Sem Ferimentos Autoinfligidos (Teste de Qui-Quadrado) .....	33
Quadro 9: Comparação entre Participantes Sem e Com Ferimentos Autoinfligidos ao Nível das Subescalas de Dificuldade de Regulação Emocional.....	33
Quadro 10: Distribuição dos Participantes Sem e Com Ferimentos Autoinfligidos pelos Diferentes Estilos de Vinculação.....	34
Quadro 11: Comparação entre Participantes Sem e Com Ferimentos ao Nível das Dimensões Evitamento da Proximidade e Ansiedade sobre o Abandono.....	35
Quadro 12: Prevalência das Diferentes Estratégias de Resolução de Conflito Atendendo à Presença de Ferimentos Autoinfligidos (Teste de Qui-Quadrado) .....	37
Quadro 13: Preditores dos Ferimentos Autoinfligidos.....	39



## **Introdução**

Os ferimentos autoinfligidos são definidos como atos deliberados, não aceites socialmente, que envolvem danos aos tecidos corporais e que são realizados sem intenção suicida (ISSS, 2007). Em populações universitárias, os estudos têm revelado uma prevalência deste comportamento que se situa entre 12% a 38% (Gratz, Conrad & Roemer 2002; Heath, Toste, Nedecheva & Charlebois, 2008).

No que respeita a fatores de risco associados aos ferimentos autoinfligidos, vários estudos têm demonstrado a importância das relações familiares, nomeadamente a associação entre estes comportamentos e o estilo de vinculação aos progenitores (Gratz et al., 2002) e a presença de abuso na infância (Gratz, 2006). Comparativamente com a investigação acerca dos fatores familiares, poucos estudos têm avaliado a importância das relações íntimas no envolvimento em ferimentos autoinfligidos. Este constitui-se então como um dos objetivos do presente estudo.

No sentido da compreensão das razões que os indivíduos sustentam para o envolvimento neste tipo de comportamento, várias teorias explicativas têm sido apresentadas (Miller & Bashkin, 1974; Nock & Prinstein, 2004). No entanto, são aquelas que concetualizam os ferimentos autoinfligidos como um método de regulação emocional, ou seja, como um meio de diminuição de estados emocionais sentidos como negativos, as que apresentam maior suporte empírico (ver Klonsky, 2006 para uma revisão), justificando a avaliação das dificuldades de regulação emocional no presente estudo.

Em Portugal, a investigação acerca das questões da prevalência e fatores de risco associados aos ferimentos autoinfligidos é escassa, o que demonstra a importância de contribuir para uma maior compreensão destas questões, assim como das características fenomenológicas do comportamento.

Desta forma, e de modo a explicitar e justificar os objetivos expostos, os meios 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 2 partes para uma exposição mais clara da informação. Numa primeira parte, é abordada a temática dos ferimentos autoinfligidos, e a exploração de questões que se relacionam com a sua definição e classificação, prevalência, características fenomenológicas, comportamentos de risco associados, regulação emocional e abordagens explicativas. Numa segunda parte, expõe-se as relações íntimas em jovens adultos, abordando a vinculação e violência no contexto destes relacionamentos, assim como a interseção destas duas áreas de investigação com os ferimentos autoinfligidos 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, o Procedimento e a Análise Estatística; 2) Apresentação dos Resultados e 3) Discussão dos Resultados.

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

## Capítulo I - Introdução Teórico-Empírica

### 1. Ferimentos Autoinfligidos

**1.1. Definição e sistemas de classificação.** Atualmente objeto de muita atenção, o comportamento de ferimentos deliberados realizados ao próprio corpo não deve ser concebido como um fenómeno recente. Recuando até cerca de 500 ac o dramaturgo grego Sófocles, em sua tragédia, Rei Édipo, descreveu o comportamento que se seguiu a Édipo saber que tinha dormido com a sua mãe. Para superar a vergonha, arrancou os seus próprios olhos. Outro exemplo célebre de comportamento de ferimentos autoinfligidos ocorreu na véspera de Natal de 1888 quando Vicente Van Gogh cortou a sua orelha esquerda, ato retratado numa das suas obras mais célebres (Messer & Fremouw, 2008). Este não foi o único ato de ferimentos realizados contra si próprio, 6 anos antes, queimou a própria mão na chama de uma lâmpada, evento desencadeado pela paixão por uma prima viúva. Também na literatura desde cedo este comportamento foi descrito, por exemplo, Sylvia Plath, cujo poema, “*The Other*”, descreve um dos métodos de ferimentos autoinfligidos mais utilizados, o corte da pele (Plath, 1962, cit in Hooley, 2008). De facto, é visível que ao longo da história episódios que envolvem ferimentos realizados pelo indivíduo ao seu próprio corpo têm sido retratados das mais diversas formas.

Efetivamente, os ferimentos autoinfligidos não se constituem como um fenómeno recente ou particular do nosso tempo, apesar de a investigação científica só recentemente considerar o ato de infligir dano ao próprio corpo um problema de saúde importante (Fliege, Lee, Grimm, & Klapp, 2009). Várias razões apontam para a necessidade de compreender e estudar este comportamento. Primeiro, os ferimentos autoinfligidos causam danos psicológicos e físicos significativos para o indivíduo (Nock, Prinstein, & Sterba, 2010), devido à associação com psicopatologia e suicídio (Tantam & Whittaker, 1992), e o envolvimento nestes comportamentos é prejudicial para o corpo e pode comprometer as relações sociais, tratamento médico, e psicoterapia (Fliege et al., 2009).

Apesar do reconhecimento da necessidade de estudar os ferimentos autoinfligidos, os problemas persistem devido ao uso de diferentes termos para designar o comportamento na literatura (Jacobson & Gould, 2007): *self-injury* (Muehlenkamp, 2005); *deliberate self-harm* (Gratz, 2001); *self-wounding* (Tantam & Whittaker, 1992), e *parasuicide* (Ogundipe, 1999). Em resposta à necessidade de um consenso quanto à definição e operacionalização do ato de infligir dano ao próprio corpo, *The International Network for the Study of Self-injury [ISSS]* estabeleceu a seguinte definição de ferimentos autoinfligidos, utilizada no presente estudo:

A destruição direta, deliberada do tecido corporal resultante em danos imediatos, sem intenção suicida consciente e para propósitos não socialmente sancionados. Desta forma, este comportamento distingue-se de: comportamentos suicidas que envolvem intenção de morrer, overdoses, e outras formas de ferimentos autoinfligidos, incluindo comportamentos culturalmente aprovados para propósitos estéticos; formas repetitivas, estereotipadas encontradas em indivíduos com perturbações do desenvolvimento e perturbações cognitivas, e formas graves (e.g. autoimolação e autocastração) encontradas em indivíduos com psicose. (ISSS, 2007)

Para além das várias propostas de delimitação do conceito de ferimento autoinfligido, no sentido de melhor operacionalizar o comportamento também vários autores criaram diferentes sistemas de classificação. Menninger (1935), embora tenha recebido pouco mérito, na época, pelo seu trabalho, é atualmente referenciado como sendo o pioneiro da criação de um sistema de classificação. Segundo o autor, os atos de ferimentos autoinfligidos são categorizados em várias dimensões, incluindo a extensão da disfunção psicológica ou fisiológica provocada pelo ferimento, o seu significado com base no contexto cultural e os determinantes intrapsíquicos deste comportamento. Em 1979, Ross e McKay introduziram um sistema de classificação que realçou a importância de distinguir entre formas diretas (e.g. cortar-se, morder-se, queimar-se, bater em si próprio) e indiretas (e.g. abuso de substâncias, recusa de tratamento médico). Os esforços de classificação não alteraram significativamente até que Favazza e Rosenthal (1990) introduziram a sua taxonomia dos ferimentos autoinfligidos, que permanece como a mais abrangente e amplamente reconhecida até ao momento. A versão mais recente desta taxonomia propõe quatro categorias para os ferimentos autoinfligidos: (1) *Esteriotipado*, (2) *Major*, (3) *Compulsivo*, e (4) *Impulsivo* (Simeon & Favazza, 2001). A categoria *Esteriotipado* inclui comportamentos tipicamente realizados independentemente do contexto social (e.g. na presença de outros), repetitivos e desprovidos de conteúdo afetivo (e.g., sentimento, significado, pensamento). Estes comportamentos são característicos de algumas perturbações como Autismo, Rhet, Síndrome de Lesch–Nyhan ou Esquizofrenia. A categoria *Major* inclui ferimentos infrequentes, incomuns (e.g., autocastração, autoenucleação) que resultam em danificação grave e permanente do tecido corporal, ocorrendo frequentemente como um ato isolado durante um episódio psicótico. A categoria *Compulsivo* está relacionada com comportamentos repetitivos ou ritualistas, que ocorrem várias vezes ao longo do dia (e.g., arrancar cabelo, arranhar). Estes comportamentos são frequentemente categorizados como uma Perturbação do Controlo dos Impulsos (e.g., tricotilomania). Por outro lado, a categoria *Impulsivo* integra ferimentos que podem ser episódicos ou repetitivos, tendo como finalidade a diminuição da tensão (e.g. cortar, queimar, autoagressão), ocorrendo como resposta a um stressor.

Relativamente a esta última categoria, apesar de a sua presença no *DSM-IV-TR* (APA, 2002) constituir um critério de diagnóstico da Perturbação Estado Limite da Personalidade (“Comportamentos, gestos ou ameaças recorrentes de suicídio ou comportamento automutilante”), ao longo das últimas três décadas, vários autores têm apontado a necessidade de criar uma categoria nosológica distinta para este comportamento (Favazza & Rosenthal, 1990; Muehlenkamp, 2005). A elevada prevalência, a presença em indivíduos sem diagnóstico de Perturbação Estado Limite da Personalidade e outras Perturbações do eixo I, e comprometimento semelhante a outras Perturbações do eixo I, justificam a ponderação da criação de uma nova categoria nosológica para o *DSM-V* (Shaffer & Jacobson, 2009). Os critérios de diagnóstico propostos para *Non-Suicidal Self Injury*<sup>1</sup> (Ferimentos Autoinfligidos) estão expostos na figura 1.

---

<sup>1</sup> É apresentada a nomenclatura em inglês devido à inclusão da Perturbação constituir apenas uma versão de trabalho do *DSM-V*.

**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 (e.g., cortar, queimar), para fins não socialmente sancionados (e.g., tatuagem), 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:

B1. Sentimentos ou pensamentos negativos como depressão, ansiedade, tensão, raiva, angústia generalizada, ou autocrítica, ocorrendo no período imediatamente anterior ao ferimento autoinfligido.

B2. Antes de consumir o ato, um período de preocupação com o comportamento desejado que é difícil de resistir.

B3. O desejo de se envolver em comportamentos de autolesão ocorre frequentemente, embora possa não ser satisfeito e

B4. A atividade é realizada com um objetivo, podendo este ser o alívio de um sentimento/estado cognitivo negativo, ou dificuldades interpessoais ou a indução de um estado emocional positivo. O indivíduo antecipa que tal ocorra durante ou imediatamente a seguir ao comportamento.

**C.** O comportamento e as suas consequências causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento interpessoal, académico 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 (i.e., perturbação psicótica, perturbação do desenvolvimento, deficiência mental, Síndrome de Lesch-Nyhan).

**E. *Non-Suicidal Self-Injury Disorder, Not Otherwise Specified (NOS), Type 1, Subthreshold:*** O indivíduo cumpre todos os critérios para *Non-Suicidal Self-Injury Disorder*, mas estes atos ocorreram menos de cinco vezes nos últimos doze meses. Pode incluir indivíduos que, apesar da baixa frequência do comportamento, frequentemente pensam acerca da realização do ato.

**F. *Non-Suicidal Self-Injury Disorder, Not Otherwise Specified (NOS), Type 2, Intent Uncertain:*** O indivíduo cumpre os critérios para *Non-Suicidal Self-Injury Disorder* mas insiste que, para além dos pensamentos expressos em B4 também têm intenção de cometer suicídio.

Fonte: <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=443#>: acedido a 6 de fevereiro de 2012

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

A criação de uma perturbação de ferimentos autoinfligidos parece ter vários benefícios como a estimulação de novas pesquisas e potencialmente melhorar os cuidados prestados aos indivíduos com um diagnóstico mais específico que as atuais grandes categorias de diagnóstico que podem ser usadas, como Perturbação de Personalidade sem outra especificação (Shaffer & Jacobson, 2009).

**1.2. Prevalência dos Ferimentos Autoinfligidos.** A prevalência dos ferimentos autoinfligidos não é ainda clara ao nível da investigação. Alguns fatores explicativos para as diferenças observadas incluem o desacordo entre clínicos e investigadores quanto à definição e operacionalização do comportamento, o método de avaliação (i.e. as taxas de prevalência são mais elevadas quando são utilizados instrumentos de autorrelato em vez de entrevistas de confirmação/infirmação da presença dos ferimentos autoinfligidos) (e.g. Ross & Heath, 2002), a frequência do comportamento necessária para cumprir os critérios (i.e. as taxas são mais elevadas quando um único episódio é necessário), assim como as características da amostra e métodos de recrutamento (Nock et al., 2010).

Apesar das limitações apresentadas, vários estudos têm procurado avaliar a prevalência dos ferimentos autoinfligidos na população geral e em amostras específicas. Investigações efetuadas em populações clínicas revelaram uma prevalência de 21% na população adulta (Briere & Gil, 1998), e de 40% a 80% em adolescentes (Nock & Prinstein, 2004). No que concerne à população geral, estudos com adolescentes indicaram uma prevalência de ferimentos autoinfligidos ao longo da vida entre 13% a 46.5% (Muehlenkamp & Gutierrez, 2007; Ross & Heath, 2002), em estudantes universitários, entre 12% a 38% (Gratz et al., 2002; Heath et al., 2008), e em adultos as percentagens são de aproximadamente 4% (Briere & Gil, 1998).

De facto, a investigação tem demonstrado que os ferimentos autoinfligidos parecem ser mais frequentes em populações clínicas (Briere & Gil, 1998) assim como na adolescência e no início da idade adulta (Gratz, 2001), tendo tendência a diminuir em idades mais tardias (Yates, 2004), o que é consistente com a perceção comum da prevalência deste comportamento. Outros aspetos que integram a descrição comum de um indivíduo com ferimentos autoinfligidos são o facto de ser solteiro, do sexo feminino, adolescente ou jovem adulto e proveniente de um meio sócioeconómico médio alto (Zila & Kiselica, 2001). Contudo, atualmente os dados são inconclusivos se este comportamento é mais comum em indivíduos do sexo feminino ou masculino (Jacobson & Gould, 2007). Aliás, verificam-se diferenças de género em amostras clínicas (Claes, Vandereycken, & Vertommen, 2007) mas não em amostras da comunidade (e.g., Muehlenkamp & Gutierrez, 2004). Segundo Heath e colaboradores (2008) tal poderá dever-se ao facto de indivíduos do sexo feminino apresentarem uma maior probabilidade de pedir ajuda que os indivíduos do sexo masculino, ou devido à inclusão de overdose ou ingestão inapropriada de medicação sem intenção suicida em estudos com amostras clínicas, comportamentos associados consistentemente ao sexo feminino (e.g., Briere & Gil, 1998).

Relativamente à investigação no nosso país, verifica-se a existência de poucos estudos acerca deste comportamento. Contudo, um estudo de Gonçalves, Rosendo, Martins, Machado e Silva (no prelo) com adolescentes revelou uma prevalência do comportamento ao longo da vida de 27.8%. Um estudo com estudantes universitários verificou que 16.2% dos participantes haviam realizado, nalgum momento das suas vidas, algum tipo de ferimento autoinfligido (Braga, 2011).

Finalmente, importa alertar que obter estimativas rigorosas das taxas de ferimentos é essencial para compreender este problema, de forma a providenciar serviços e monitorizar mudanças neste

comportamento ao longo do tempo. Apesar das limitações apresentadas, verifica-se que a prevalência dos ferimentos autoinfligidos está a aumentar (Jacobson & Gould, 2007), embora alguns autores considerem que tal pode ser o resultado dos indivíduos se apresentarem mais dispostos a revelar os comportamentos e procurar apoio (Heath et al., 2008).

**1.3. Características Fenomenológicas.** A investigação tem demonstrado que a idade típica de início dos ferimentos autoinfligidos é entre os 12 e 14 anos (Muehlenkamp & Gutierrez, 2007; Nock & Prinstein, 2004), e que os métodos mais comumente utilizados são cortar-se com um objeto afiado e bater em si próprio, seguido de queimar-se, arranhar-se e interferir com a cicatrização de feridas (Muehlenkamp & Gutierrez, 2004; Nock et al., 2010). A maioria destes comportamentos ocorre nos braços e nas pernas (Nock et al., 2010). Quanto ao número de métodos utilizados varia em amostras clínicas e comunitárias. Em amostras comunitárias a maioria dos indivíduos utiliza apenas um método em amostras clínicas a média de métodos utilizados é de 2.5 (Jacobson & Gould, 2007).

No que respeita à frequência dos ferimentos autoinfligidos, parece ser largamente variável. Um estudo de Ross e Heath (2002), com uma amostra não clínica, verificou que 13.1% dos participantes referiram ferimentos diários, 27.9% bissemanais, 19.6% bimensais, 18% apenas um episódio e 19.6% ferimentos esporádicos. Em amostras clínicas, a frequência média de ferimentos autoinfligidos ao longo da vida varia entre 7 a 101 episódios (Jacobson & Gould, 2007). A grande variabilidade da frequência do comportamento encontrada entre a literatura, quer em amostras clínicas como da comunidade, parece apontar para a necessidade de estudos que clarifiquem os fatores de risco associados a uma maior frequência deste comportamento.

Em Portugal, um estudo com estudantes universitários revelou que 22% dos participantes haviam-se arranhado, seguindo-se, por ordem decrescente, a categoria “*morder*” (21.5%), “*magoar*” (18.9%), “*cortar*” (18.9%), “*queimar*” (10.5%) e “*outro*” (6.4%) (Braga, 2011). Este foi o único estudo realizado até ao momento com esta população, o que demonstra a evidente carência de uma maior atenção por parte dos investigadores e a indispensabilidade de mais estudos.

**1.4. Ferimentos autoinfligidos e comportamentos de risco.** Face ao crescente reconhecimento de que comportamentos de risco geralmente coocorrem, a investigação tem destacado a relação entre diferentes tipos de comportamentos autodestrutivos (Van der Kolk & Fisler, 1994). Em consequência, os ferimentos têm sido associados com o envolvimento em outros comportamentos de risco para a saúde como o consumo de substâncias (e.g. álcool, drogas e tabaco) (Gollust, Eisenberg, & Golberstein, 2008), suicídio (Whitlock & Knox, 2007) e envolvimento em pensamentos de ferimentos autoinfligidos<sup>2</sup> (Nock et al., 2010; Levesque, Lafontain, Bureau, & Dandurand, 2010).

No que concerne ao consumo de substâncias, apesar da existência de investigação acerca da associação entre o consumo excessivo de álcool e saúde mental, poucos estudos avaliaram a relação

---

<sup>2</sup>Expressão utilizada para designar *non-suicidal self-injury thoughts*.

com os ferimentos autoinfligidos e a literatura disponível apresenta resultados inconclusivos. Em amostras clínicas tem-se verificado que cerca de um terço a aproximadamente metade dos episódios de ferimentos autoinfligidos ocorrem cerca de 6 horas após a ingestão de álcool (Hawton & Harriss, 2007). Em amostras comunitárias de adolescentes verificou-se que o abuso de álcool constitui um fator de risco para o envolvimento em ferimentos autoinfligidos (Deliberto & Nock, 2008). Relativamente ao consumo de substâncias ilícitas, verifica-se que os ferimentos são comuns em amostras clínicas de indivíduos com Dependência de Substâncias, com taxas de prevalência entre os 34% a 50% (Evren & Evren, 2005). Além disso, o consumo de substâncias é um fator de risco significativo para o envolvimento em ferimentos autoinfligidos em adolescentes (Deliberto & Nock, 2008; Hawton & Harriss, 2007). Nos estudantes universitários a associação entre ferimentos e o abuso de substâncias não é clara. No que concerne ao consumo tabágico, investigação recente com estudantes universitários indicou que os indivíduos que se envolvem em ferimentos autoinfligidos apresentam taxas mais elevadas de tabagismo (Gollust et al., 2008).

Apesar de os ferimentos autoinfligidos e o consumo de substâncias receberem separadamente atenção significativa, poucos estudos têm avaliado a associação entre os dois comportamentos. Contudo, o consumo excessivo de substâncias e a elevada prevalência dos ferimentos em estudantes universitários justificam a necessidade de estudos neste âmbito. A importância de compreender a associação entre estes comportamentos deriva ainda da possibilidade de aumento da letalidade dos ferimentos autoinfligidos sob a influência dos diferentes consumos.

Por outro lado, um comportamento de risco associado à história de ferimentos autoinfligidos é o suicídio. Na literatura, o envolvimento em ferimentos autoinfligidos tem sido apresentado como um preditor de tentativas de suicídio (Whitlock & Knox, 2007). Em Portugal, apenas um estudo avaliou a relação entre ferimentos autoinfligidos e suicídio numa amostra clínica de adolescentes. Os resultados, congruentes com a investigação a nível internacional, mostraram que o envolvimento em ferimentos autoinfligidos estava associado com risco de suicídio consumado (Guerreiro et al., 2009).

Por último, a ideação de ferimentos autoinfligidos, isto é, ter pensamentos de se envolver no comportamento mas não o fazer, tem sido amplamente ignorada na literatura e tipicamente apenas é estudada como um precursor dos ferimentos autoinfligidos (Jacobson & Gould, 2007). Um estudo de Nock e colaboradores (2010) foi o primeiro a abordar a frequência, intensidade, e duração dos pensamentos de ferimentos autoinfligidos. Os resultados revelaram que a ocorrência do comportamento é predita por pensamentos de ferimentos autoinfligidos de grande intensidade e curta duração, o que pode refletir a cessação dos pensamentos após o envolvimento no comportamento. Um estudo com adolescentes verificou uma prevalência de 15% de ferimentos autoinfligidos e cerca de 42% dos participantes apresentava ideação de ferimentos, com quase 10% a relatar preocupação com esses pensamentos. Os resultados deste estudo indicaram que uma proporção significativa de adolescentes lesiona-se intencionalmente, e outros apresentam pensamentos autodestrutivos que podem, como outras autocognições negativas, ter um impacto negativo na saúde e

bem-estar (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005). Além disso, ideação de ferimentos autoinfligidos pode ser um fator de risco para o envolvimento no comportamento, contudo, mais investigação deverá determinar esta relação.

**1.5. Ferimentos autoinfligidos e regulação emocional.** Atualmente verifica-se uma atenção crescente na literatura acerca da regulação emocional, sendo considerada uma dimensão unificadora dos vários sintomas psicopatológicos e comportamentos desadaptados (Gratz & Romer, 2004). Um dos trabalhos mais reconhecidos acerca do papel da desregulação emocional é o trabalho teórico de Linehan (1993) no desenvolvimento da Perturbação Estado Limite da Personalidade. Na conceitualização de Linehan a desregulação emocional é uma das características centrais desta Perturbação e dos comportamentos associados, incluindo os ferimentos autoinfligidos.

Apesar da ênfase teórica no papel da desregulação emocional nos ferimentos, poucos estudos têm avaliado esta relação (e.g. Gratz & Roemer, 2004), o que pode justificar-se, em parte, pela falta de consenso quanto à definição de regulação emocional. Verifica-se um desacordo na literatura se a regulação emocional se refere ao controlo das emoções negativas ou ao controlo do comportamento quando o indivíduo experiencia este tipo de emoções. A abordagem que conceitualiza a regulação emocional como o controlo e redução das emoções negativas (e.g., Kopp, 1989) sugere que experienciar estas emoções é um sinal de desregulação emocional. Embora esta hipótese defenda que as emoções negativas devem ser controladas, investigação recente sugere que os esforços para controlar estas emoções podem não ser sempre eficazes ou saudáveis. Por exemplo, os estudos têm demonstrado que os esforços para controlar, suprimir ou evitar experiências internas indesejáveis (incluindo emoções) podem ter efeitos paradoxais, como aumentar a frequência, e gravidade destas experiências. Por outro lado, mais consistente com a investigação são as conceitualizações de regulação emocional que enfatizam a funcionalidade de todas as emoções e concebem a regulação emocional adaptativa como a capacidade de controlar os próprios comportamentos (e.g., inibindo comportamentos impulsivos e/ou envolvimento em comportamentos orientados por objetivos) quando os indivíduos experienciam emoções negativas, em vez da capacidade para controlar as próprias emoções (Linehan, 1993; Gratz & Roemer, 2004). Esta conceitualização sublinha que a regulação adaptativa pode envolver esforços para modular a intensidade ou duração da experiência emocional, em vez de eliminar a emoção em si. Neste estudo, será considerada a teoria de Gratz e Roemer (2004) que define a regulação emocional como (a) consciência, compreensão, e aceitação das emoções; (b) capacidade de se envolver em comportamentos orientados por objetivos e inibir comportamentos impulsivos quando o indivíduo experiencia emoções negativas; (c) o uso flexível de estratégias situacionalmente adequadas para modular a intensidade e/ou duração das respostas emocionais em vez de eliminar as emoções. Por outro lado, défices em cada uma destas quatro áreas são considerados indicativos de desregulação emocional. A investigação tem indicado uma relação entre ferimentos



autoinfligidos e desregulação emocional em geral, e em dimensões específicas, como a dificuldade no controle de impulsos e aceitação das emoções (Evren & Evren, 2005; Heath et al., 2008).

Dado o papel central da regulação emocional nas teorias dos ferimentos (Linehan, 1993) e a sua importância clínica, assim como a ausência de investigação no país acerca desta temática, será considerada no presente estudo.

**1.6. Abordagens explicativas aos ferimentos autoinfligidos.** Messer e Fremouw (2008) realizaram uma revisão da literatura relativa aos modelos explicativos do envolvimento em comportamentos de ferimentos autoinfligidos. Foram destacados sete modelos que serão brevemente apresentados: o Modelo Sexual ou Sadomasoquista; o Modelo da Despersonalização; o Modelo Interpessoal ou Sistémico; o Modelo de Suicídio; o Modelo Fisiológico ou Biológico; o Modelo da Regulação Emocional e o Modelo Comportamental.

O Modelo Sexual ou Sadomasoquista enfatiza a importância do desenvolvimento sexual e preocupações com a sexualidade, concetualizando os ferimentos autoinfligidos, como um meio de providenciar gratificação sexual, como uma tentativa de punição do impulso sexual ou de controle do desenvolvimento sexual. Em adição, os ferimentos autoinfligidos estão ainda relacionados com problemas com a imagem corporal (Zila & Kiselica, 2001).

O Modelo da Despersonalização baseia-se no estado psicológico de dissociação ou despersonalização experienciado pelos indivíduos que se envolvem em ferimentos autoinfligidos. Estes sintomas têm origem em sentimentos de abandono ou isolamento, provocando no indivíduo sensações de irrealidade. O modelo concetualiza que os indivíduos se envolvem nestes comportamentos de forma a restabelecer o sentimento de *self* ou a identidade. Segundo Miller e Bashkin (1974) as cicatrizes resultantes dos ferimentos autoinfligidos podem funcionar como lembretes ao indivíduo de que realmente existe e tem uma identidade.

O Modelo Sistémico enfatiza os ferimentos autoinfligidos como sintomáticos da disfunção familiar ou ambiental, em que os indivíduos se envolvem nestes comportamentos numa tentativa de escapar dessa disfunção ou obter atenção. Por sua vez, o ambiente pode ser reforçador do comportamento, na medida em tem uma função distratora em relação a outros problemas (Suyemoto & MacDonald, 1995).

O Modelo de Suicídio considera os atos de ferimentos autoinfligidos como um mecanismo de *coping* para resistir aos impulsos de tentativas de suicídio (Firestone & Seiden, 1990).

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

O Modelo de Regulação Emocional apoia-se na investigação que apresenta vários estados emocionais precedentes aos atos de ferimentos autoinfligidos, incluindo aumento da tensão e

ansiedade, raiva em relação ao próprio, hostilidade, e sentimentos de irrealidade ou despersonalização (Van der Kolk, Perry, & Herman, 1991). A investigação tem fornecido suporte para este modelo, na medida em que a razão mais apontada para o envolvimento neste comportamento envolve o reforço automático negativo (Nock & Prinstein, 2004; Ross & Heath, 2002), o que inclui o desejo de aliviar a tensão, ansiedade e/ou medo, e reduzir a raiva (ver Jacobson & Gould, 2007 para uma revisão da literatura).

O modelo Comportamental ou Ambiental baseia-se nos fatores que podem dar início e manter os ferimentos autoinfligidos, destacando que estes atos são reforçados através de ganhos externos provenientes do ambiente (reforço positivo) ou através do alívio interno (reforço negativo) (Suyemoto & MacDonald, 1995). Este modelo baseia-se na investigação de Nock e Prinstein (2004), em que os autores conceitualizam os ferimentos autoinfligidos como tendo funções automáticas (i.e. regulação emocional) e sociais (i.e. interpessoais) e que o comportamento pode ser mantido por reforço positivo ou negativo. Estas duas dimensões resultam em quatro tipos de funções de ferimentos autoinfligidos. As funções de regulação emocional envolvem reforço automático negativo, em que os indivíduos se envolvem em ferimentos autoinfligidos para evitar estados emocionais negativos (e.g. “parar com sentimentos desagradáveis”), e reforço automático positivo, poderá ser a obtenção de um estado fisiológico desejado após a realização do comportamento (e.g. “para sentir algo, mesmo que seja dor”). As funções interpessoais compreendem reforço social negativo, em que através dos ferimentos autoinfligidos, os indivíduos evitam fazer algo desagradável (e.g. “evitar ser punido”), e reforço social positivo, em que os indivíduos obtêm a atenção dos outros através da realização deste comportamento (“chamar a atenção dos outros”). Efetivamente, a literatura tem apresentado mais suporte empírico para este modelo, que inclui componentes do modelo de regulação emocional e do modelo da despersonalização (reforço positivo e negativo de estados emocionais) e do modelo interpessoal ou sistêmico (reforço positivo e negativo com base nas contingências sociais).

Pode-se concluir que explicar o comportamento de ferimentos autoinfligidos é uma tarefa complexa, por isso Messer e Fremouw (2008) sugerem que aspetos dos vários modelos, ou uma integração dos mesmos, poderá contribuir para a compreensão deste fenómeno.

## 2. Relações Íntimas em Jovens Adultos

### 2.1. A Teoria da Vinculação

**2.1.1. Introdução.** A Teoria da Vinculação assenta na noção central de que a capacidade humana para estabelecer laços afetivos com os outros apresenta uma importância vital para a sobrevivência da espécie (Bowlby, 1969). Em particular, Bowlby considerava que a sobrevivência da espécie humana só poderia ser compreendida pelo facto de o bebé nascer com um sistema comportamental que tem por função a proteção e como resultado provável o estabelecimento de proximidade com uma figura específica. Este sistema comportamental designa-se por sistema de vinculação. Durante o primeiro ano de vida ao longo das interações com as figuras prestadoras de cuidados, o bebé vai construindo um conjunto de conhecimentos e expectativas sobre o modo como essas figuras respondem aos seus pedidos de ajuda e proteção (em termos de acessibilidade e responsividade), e sobre o *self* (em termos do valor próprio e capacidade de influenciar os outros), o que Bowlby designou como modelos internos dinâmicos de vinculação (Soares, 2007).

Diferentes experiências com os cuidadores são prováveis de resultar em diferentes modelos, o que foi demonstrado numa situação laboratorial com base nos momentos de separação e reunião da criança com a figura de vinculação (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). Foram identificados três estilos de vinculação que refletem a qualidade da vinculação: vinculação segura, vinculação insegura-resistente e insegura-evitante. O padrão seguro caracteriza-se pela procura ativa de proximidade e interação com a figura de vinculação em momentos de stress, e a capacidade da criança de ser confortada pela mesma nestas situações. Crianças com um padrão inseguro-resistente demonstram um comportamento ambivalente (a coexistência de comportamentos de resistência e procura ativa ao contacto) com a figura de vinculação e uma incapacidade para serem confortadas nos momentos de reunião. As crianças com um estilo de vinculação inseguro-evitante evitam a proximidade com a figura de vinculação, sobretudo nos episódios de reunião em que a ignoram ou se afastam, não revelando tendência para resistir ao contato físico, nem para protestar com a ausência dessa figura.

Apesar da importância da relação entre uma figura prestadora de cuidados e uma figura que é cuidada, o sistema comportamental de vinculação não se restringe apenas à infância. Pelo contrário, Bowlby conceitualizou a vinculação como um fenómeno inerente ao ciclo de vida, que acompanha o indivíduo “*from the cradle to the grave*” (Bowlby, 1969, p. 208), ainda que as relações se caracterizem progressivamente pela simetria e reciprocidade em que se verifica um balanceamento contínuo e flexível entre o procurar e proporcionar segurança e cuidados (Soares, 2007). Bowlby (1969) conceitualizou ainda as relações precoces com a(s) sua(s) figura(s) de vinculação como prototípicas das relações íntimas estabelecidas na 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, componentes essenciais da personalidade.

Por fim, alguns autores sugerem que os modelos internos dinâmicos poderão ter um caráter autocumpridor (*self-fulfilling*), porque as ações com base nos modelos internos dinâmicos tendem a produzir respostas que os reforçam (Fenney & Noller, 1996). No entanto, estes modelos não podem ser tidos como uma entidade fixa e imutável ao longo de todo o ciclo de vida e Bowlby (1969) advertiu para a capacidade de (re)construção dos modelos internos dinâmicos perante novas experiências e/ou relações de vinculação (des)confirmatórias das anteriores.

**2.1.2. Vinculação nas relações íntimas.** O estudo das relações românticas tem verificado um aumento significativo nas últimas duas décadas do século 20, com os teóricos a enfatizar a influência da teoria da vinculação. Historicamente, a concetualização das relações íntimas como relações de vinculação foi proposta por Hazan e Shaver (1988) ao postularem que “(...) *all important love relationships – especially the first ones, with parents, and later ones with lovers and spouses - are attachments' in Bowlby' sense.*” (p. 475).

Na idade adulta, o comportamento de procurar ajuda e apoio (e.g. expressar mal-estar, procurar conforto ou assistência em momentos de necessidade), refere-se a uma manifestação comportamental do sistema de vinculação, e a existência e acessibilidade da figura de vinculação está associada com o bem-estar emocional, tornando possível o estabelecimento de uma ligação afetiva. O sucesso deste processo deriva do equilíbrio entre a capacidade de individuação e o estabelecimento de intimidade, dado que o estabelecimento da autonomia e de intimidade assumem-se como as tarefas nucleares do desenvolvimento do jovem adulto (Soares, 2007).

A pluralidade dos trabalhos dirigidos à avaliação das diferenças individuais no modo como os adultos se percebem nos relacionamentos com os outros, e no estabelecimento, manutenção e qualidade das relações íntimas pode ser organizada em três tipos de abordagens distintas: categorial ou tipológica, dimensional, e prototípica (Fraley & Spieker, 2003). Em relação à abordagem categorial ou tipológica, Hazan e Shaver (1987) utilizaram a tipologia de Ainsworth e colaboradores (1978) como quadro de referência para organizar as diferenças individuais na maneira como os adultos pensam, sentem e se comportam nas relações íntimas. Assim, os indivíduos com padrão “seguro” caracterizam as suas relações como confiáveis, os indivíduos com padrão “evitante” referem medo da intimidade, e os indivíduos com padrão “ansioso/ambivalente” descrevem ciúme ou ressentimento.

Na abordagem dimensional, subjaz uma avaliação contínua da vinculação, por exemplo através da *Adult Attachment Scale* e *Adult Attachment Scale Revised* (Collins & Read, 1990). As abordagens prototípicas procuram conciliar as propostas categoriais e contínuas. Bartholomew (1990) é tida como a preconizadora destas abordagens, desenvolvendo um modelo em que manteve a classificação de Hazan e Shaver (1987) mas dividiu a categoria evitante em evitante-medroso e evitante-desligado. Adicionou ainda a disposição destas categorias num modelo bidimensional definido pelo valor positivo ou negativo dos modelos representacionais do *self* (ansiedade sobre o abandono), e dos outros (evitamento da proximidade) (Bartholomew & Horowitz, 1991). Apesar dos valores positivo ou

negativo associado aos modelos de *self* e modelos dos outros e a sua combinação em quatro estilos de vinculação (seguro, ansioso, medroso, desligado), têm sido valorizadas as dimensões subjacentes em termos de regulação emocional e comportamental - ansiedade e evitamento. A *ansiedade sobre o abandono* é definida como a ansiedade que um indivíduo sente acerca de uma ameaça percebida de abandono ou rejeição da sua figura de vinculação, por sua vez o *evitamento da proximidade* é definido como a relutância de intimidade ou desconforto com a dependência das figuras de vinculação (Brennan, Clark, & Shaver, 1998).

Brennan e colaboradores (1998) numa revisão da literatura avaliaram as semelhanças e diferenças entre os diferentes quadros referenciais e metodologias e concluíram que as diferenças individuais em termos de vinculação podem ser organizadas em função das dimensões de *ansiedade sobre o abandono* e *evitamento da proximidade*. Considerando as diferenças individuais em termos de vinculação, os indivíduos com um estilo de vinculação *seguro* apresentam baixos valores de ansiedade e evitamento: confiam no outro, e vivem as relações afetivas de modo positivo. Os indivíduos com um estilo *preocupado (ansioso-ambivalente)* são caracterizados por elevados valores de ansiedade e baixos valores de evitamento: revelando ao mesmo tempo desejo de intimidade e dependência e preocupação com a rejeição. Os indivíduos com estilo *evitante-desligado* são identificados por elevados valores de evitamento apresentando tendência a desvalorizar as relações íntimas e valorizar a independência e autossuficiência. Finalmente, valores elevados nas duas dimensões de vinculação caracterizam os indivíduos com um estilo *evitante-medroso*, que embora desejem uma relação íntima e a aprovação dos outros tendem a evitar a intimidade por medo de rejeição (Bartholomew & Shaver, 1998).

**2.1.3. Vinculação e ferimentos autoinfligidos.** Como já foi referido, ao longo da vida, os indivíduos recorrem às figuras de vinculação (e.g., pais, companheiros românticos) para obterem ajuda no sentido da regulação emocional. É no contexto das relações de vinculação que os indivíduos aprendem a modular a sua experiência emocional e esta regulação terá impacto, por exemplo, ao nível da maior ou menor perturbação emocional em períodos de stress. 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 permanecer relativamente menos perturbados durante períodos de stress em contraste com indivíduos com uma vinculação insegura (Mikulincer & Shaver, 2008).

Trabalhos teóricos e empíricos sustentam a hipótese de que a vinculação fornece um quadro explicativo para os comportamentos de ferimentos autoinfligidos. De facto, indivíduos com vinculação insegura (e.g., aos cuidadores, pares, companheiros românticos) apresentam maior probabilidade de se envolverem neste tipo de comportamentos, porque quer a vinculação insegura e os ferimentos autoinfligidos estão associados com a incapacidade de lidar com a raiva, com as interações sociais, e falha em autorregular as emoções (Suyemoto, 1998). Ainda de acordo com Yates (2004), o desenvolvimento de representações de vinculação negativas do *self* e dos outros pode contribuir para o

envolvimento em estratégias de regulação das emoções não adaptativas como os ferimentos autoinfligidos. Dado a forma como as relações de vinculação influenciam as estratégias de regulação emocional do indivíduo, nomeadamente a contribuição da insegurança da vinculação para uma maior dificuldade ao nível da regulação emocional, justifica-se a interseção destas duas áreas de investigação (ferimentos autoinfligidos e teoria da vinculação).

Apesar da aparente relevância clínica do estudo da vinculação nas relações íntimas e associação com os ferimentos autoinfligidos, verifica-se uma escassez de investigação em comparação com a vinculação aos progenitores (Gratz et al., 2002; Kimball & Diddams, 2007). A investigação realizada até ao momento tem demonstrado que a vinculação caracterizada por ansiedade sobre o abandono (representação mental do *self*) constitui um preditor significativo do envolvimento em ferimentos autoinfligidos (Levesque et al., 2010). Contudo, as investigações são ainda bastante escassas e exploratórias. Em Portugal apenas um estudo avaliou a associação entre o estilo particular de vinculação do adulto e ferimentos autoinfligidos numa amostra de estudantes universitários (Braga, 2011). Os resultados mostraram que enquanto cerca de 70% dos participantes sem ferimentos apresentaram um estilo de vinculação seguro, metade dos participantes com ferimentos autoinfligidos foram classificados com estilos inseguros ou não classificáveis. Contudo, até ao momento nenhum estudo abordou especificamente a influência da vinculação nas relações de intimidade no envolvimento em ferimentos autoinfligidos.

## **2.2. Violência nas relações íntimas**

**2.2.1. Introdução.** É atualmente reconhecido que as relações íntimas, maritais, coabitacionais ou de namoro, são por vezes pautadas pela presença de algum índice de disfunção e de abuso. Enquanto oferecem a possibilidade de felicidade e suporte, as relações íntimas também contém risco de violência. Os primeiros dados empíricos sobre a prevalência do fenómeno da violência na intimidade resultaram de um estudo pioneiro desenvolvido por Makepeace (1981), o qual verificou que 21% dos estudantes universitários experienciam ou perpetram um ou mais atos de agressão física no contexto das suas relações com o companheiro. Além disso, 61% dos estudantes inquiridos revelou conhecer alguém com experiências amorosas abusivas. A partir de então, o estudo do abuso nas relações íntimas motivou uma crescente atenção nesta problemática que havia sido pouco estudada.

**2.2.2. Abuso físico, sexual e psicológico: prevalência.** O abuso na intimidade poderá envolver várias formas de violência, desde a violência psicológica ou física a atos de violência sexual (e.g., coerção, violação), cujas prevalências têm sido objeto de interesse. O abuso físico inclui qualquer comportamento agressivo que pode provocar lesões, como empurrar, asfixiar, queimar, ou o uso de uma faca ou arma (Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996). Recentemente um estudo com 16000 estudantes universitários de ambos os sexos oriundos de 21 países mostrou que 14% a 39% dos indivíduos relataram terem sido vítimas de abuso físico pelo companheiro, e 17% a 44% dos

estudantes perpetraram este tipo de abuso nos últimos 12 meses (Chan, Straus, Brownridge, Tiwari, & Leung, 2008).

Em relação ao abuso sexual é habitualmente definido como qualquer ato sexual forçado ou não desejado (e.g., forçar o companheiro a envolver-se em atividade sexual) (Straus et al., 1996). Chan e colaboradores (2008), no estudo supracitado, encontraram que 8% a 34% dos estudantes inquiridos perpetraram coerção sexual sobre o companheiro, sendo que cerca de 24% relatou ter sido vítima deste tipo de abuso.

No que concerne ao abuso psicológico é definido como qualquer ato simbólico ou verbal com a intenção de causar sofrimento psicológico ou medo na outra pessoa (e.g. ataques verbais, insultos, ameaças) (Straus et al., 1996). Verifica-se que este tipo de abuso só mais recentemente tem sido alvo de investigação, apesar de ser um precursor de outras formas de abuso e o que apresenta mais efeitos adversos ao nível da saúde dos indivíduos (Coker & Davis, 2001). A investigação tem demonstrado que é o tipo de abuso mais prevalente, com valores entre 13% a 65%, contudo é frequentemente sub-reportado e não identificado enquanto forma de crime pelos indivíduos (Paiva & Figueiredo, 2004). Contrariamente à visão convencional de que as mulheres recorrem mais à agressão psicológica e os homens mais à agressão física, os estudos têm demonstrado que ambos os sexos perpetraram do mesmo modo este tipo de abuso (Straus & Sweet, 1992).

Em Portugal, o estudo da violência nas relações de intimidade é uma realidade recente e em clara expansão. Verifica-se a existência de estudos relativos à identificação da prevalência deste fenómeno, consequências (Paiva & Figueiredo, 2005) e desenvolvimento de estratégias preventivas (Matos, Machado, Caridade, & Silva, 2006). Estudos realizados em contexto universitário têm demonstrado que uma percentagem significativa de estudantes adota condutas violentas no contexto das suas relações (Machado, Matos & Moreira, 2003; Paiva & Figueiredo, 2004). Quanto aos diferentes tipos de abuso, o estudo de Paiva e Figueiredo (2004) verificou que em termos de perpetração e vitimização, a agressão psicológica é o tipo de abuso mais prevalente (53.8-50.8%), seguido da coerção sexual (18.9-25.6%) e do abuso físico sem sequelas (16.7-15.4%), sendo o abuso físico com sequelas menos frequente (3.8-3.8%).

Os indicadores de prevalência do abuso no início da idade adulta e a evidência de que a violência no namoro constitui um importante preditor da violência conjugal (Grandin & Lupri, 1997) reforçam a importância da investigação nesta área.

**2.2.3. Violência e ferimentos autoinfligidos.** A violência nas relações de intimidade é compreendida no contexto dos modelos interpessoais e desenvolvimentais dos ferimentos autoinfligidos (ver Nock, 2009, para uma revisão da literatura). Linehan (1993) propôs que qualquer ambiente em que a violência física, psicológica ou sexual está presente pode ser considerado não saudável e indivíduos que crescem nestes contextos apresentam mais probabilidade de apresentarem relações interpessoais problemáticas e dificuldade no controlo das emoções. Estes fatores, por sua vez,

umentam a probabilidade de envolvimento em comportamentos não adaptativos como os ferimentos autoinfligidos. Apesar de o trabalho de Linehan se limitar aos ferimentos autoinfligidos em pacientes com Perturbação Estado Limite da Personalidade, e dessa forma não podem ser generalizados a populações não-clínicas, investigação com esta população é geralmente consistente com a teoria. Um estudo de Gratz (2006) demonstrou que a presença de maus tratos na infância (abuso sexual, abuso físico e negligência emocional) estava relacionada com um aumento nos comportamentos de ferimentos autoinfligidos numa amostra de 249 estudantes universitários do sexo feminino. Embora a evidência empírica demonstre uma ligação entre violência experienciada durante a infância e comportamentos de ferimentos autoinfligidos, a literatura acerca da violência nas relações de intimidade é escassa. Até ao momento, apenas três estudos investigaram a relação entre a experiência de violência nas relações íntimas e ferimentos autoinfligidos numa amostra clínica (Sansone, Chu, & Wiedernan, 2007) e com estudantes universitários (Levesque et al., 2010; Murray, Wester, & Paladino, 2008). Os estudos verificaram que a experiência de violência nas relações de intimidade constitui um preditor significativo do envolvimento em ferimentos autoinfligidos, o que suporta a hipótese de que um ambiente não saudável pode aumentar a probabilidade de envolvimento neste comportamento. Levesque e colaboradores (2010), colocaram a hipótese de que as vítimas de violência nas relações de intimidade são incapazes de regular as suas emoções adequadamente, e desta forma podem redirecionar a violência experienciada para si próprias e utilizar estratégias de *coping* de evitamento (e.g. ferimentos autoinfligidos) em vez de estratégias de *coping* adaptativas ou de confronto. Da mesma forma tem sido verificada uma associação significativa entre a perpetração de violência nas relações íntimas e os ferimentos autoinfligidos, o que pode justificar-se pelo carácter impulsivo de ambos os comportamentos (Murray et al., 2008).

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 de outros comportamentos de risco associados, as relações existentes entre a qualidade das relações íntimas e os ferimentos autoinfligidos e a importância da regulação emocional ao nível do envolvimento neste comportamento, numa população portuguesa universitária não clínica.



## Capítulo II – Estudo Empírico

### 1. Metodologia

**1.1. Objetivos do Estudo.** A presente investigação tem como objetivo principal avaliar a influência da qualidade das relações íntimas e da regulação emocional no envolvimento em ferimentos autoinfligidos. Apresenta os seguintes objetivos específicos: 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) aferir a relação entre o envolvimento em ferimentos autoinfligidos e outros comportamentos de risco; 4) avaliar diferenças entre indivíduos com e sem ferimentos autoinfligidos ao nível das dificuldades de regulação emocional, 5) aferir relações entre ferimentos autoinfligidos e vinculação nas relações íntimas, 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, 6) aferir relações entre ferimentos autoinfligidos e estratégias de resolução de conflitos (abuso e negociação), e 7) determinar fatores preditores do envolvimento em ferimentos autoinfligidos.

**1.2. Participantes.** Um dos objetivos, como referido, é estudar a vinculação e violência nas relações íntimas e o envolvimento em ferimentos autoinfligidos. Tendo em consideração que a vinculação nas relações íntimas tem sido demonstrada como a relação de vinculação mais importante nos jovens adultos (Hazan & Shaver, 1987), a incidência de violência apresenta valores mais elevados durante esta idade (Grandin & Lupri, 1997), e a elevada prevalência de ferimentos (Gratz et al., 2002) uma amostra de jovens adultos estudantes universitários foi considerada a mais apropriada. Assim, como critérios de inclusão dos participantes na amostra estabeleceu-se como limite etário mínimo para participação os 18 anos e como máximo os 35 anos de idade<sup>3</sup>.

O quadro 1 apresenta a descrição sociodemográfica da amostra. A amostra é constituída por 616 participantes, tendo uma média de 20.28 anos ( $DP = 3.0$ ), sendo que 174 (28.2%) são do sexo masculino e 442 (71.8%) dos participantes são do sexo feminino. Os dados foram recolhidos junto de jovens adultos estudantes universitários provenientes de 11 cursos distintos de duas instituições de ensino superior português, público e privado: 498 (80.8%) da Universidade do Minho e 118 (19.2%) da Universidade Católica do Porto. Em termos do grau académico, 219 (35.6%) frequentam o 1º ano, 259 (42.0 %) o 2º ano, 125 (20.3%) o 3º ano e 13 (2.1 %) o 4º ano. Relativamente à caracterização da relação íntima em termos de existência atual, dos 604 participantes que responderam 314 (51%) mantêm uma relação atual e 290 (47.1%) dos participantes não mantêm nenhum relacionamento. Dos 314 (51.0%) participantes que mantêm uma relação atual, 292 (47.4%) percebem a relação como boa e 22 (52.6%) como nem boa nem má, sendo que nenhum participante caracterizou a relação como má. Considerando a duração da relação mais recente, 279 (45.3%) participantes indicaram que a relação tem uma duração média de 27.62 meses ( $DP = 29.23$ ), variando entre 1 mês a 18 anos. Quanto

---

<sup>3</sup> O período inicial da adultez situa-se genericamente entre os 18 e os 35 anos (Pascarella & Terenzini, 2005).

ao estado civil dos participantes, a maioria 581 (96.0%) são solteiros, 18 (3.0%) são casados, 5 (0.8%) vivem em união de facto e 1 (0.2%) é divorciado ou separado.

Quadro 1  
*Descrição Sociodemográfica da Amostra do Estudo*

	<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Sexo (n = 616)</b>		
Masculino	174	28.2
Feminino	442	71.8
<b>Universidade (n = 616)</b>		
Universidade do Minho	498	80.8
Universidade Católica	118	19.2
<b>Ano Frequentado (n = 616)</b>		
1º Ano	219	35.6
2º Ano	259	42.0
3º Ano	125	20.3
4º Ano	13	2.1
<b>Situação Amorosa (n = 604)</b>		
Presença de Relação	314	52.0
Ausência de Relação	290	48.0
<b>Estado Civil (n = 605)</b>		
Solteiro	581	96.0
Casado	18	3.0
Divorciado/Separado	1	0.2
União de Facto	5	0.8

### 1.2. Instrumentos.

**Questionário demográfico e clínico.** Construído no sentido de recolher dados demográficos junto dos participantes. Neste questionário, os participantes indicaram o curso do ensino superior e o ano que frequentavam, o sexo, a idade e o estado civil. Também foram pedidos dados relativos à caracterização da situação amorosa e envolvimento em comportamentos de risco (e.g. consumo de substâncias, tentativas de suicídio e pensamentos de envolvimento em ferimentos autoinfligidos).

**Escala de Experiências com Relações Íntimas (ERI;** Brennan, Clark, & Shaver, 1998; versão portuguesa: Apóstolo & Santos, 1999). Este instrumento de autorrelato permite avaliar a vinculação nas relações íntimas na idade adulta de acordo com duas dimensões suscetíveis de estarem presentes neste tipo de relacionamento: o *evitamento da proximidade* e *ansiedade relativa ao abandono*. O instrumento permite dois tipos de cotação distintos: um que faculta a identificação das dimensões de *evitamento da proximidade* e *ansiedade relativa ao abandono* e um outro com base nos quatro estilos de vinculação propostos: seguro, medroso, preocupado e desligado (Bartholomew & Shaver, 1998), apresentados anteriormente. O instrumento é composto por 36 itens e 7 categorias de resposta tipo *Likert*, oscilando entre "discordo totalmente" a que corresponde a pontuação 1 a "concordo totalmente", a que corresponde a pontuação 7. No que diz respeito à consistência interna, a escala e as subescalas apresentaram valores elevados de .89 para o total da ERI, .86 para a *ansiedade relativa ao abandono* e .92 para o *evitamento da proximidade*.

**Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE;** Gratz & Roemer, 2004; versão portuguesa Coutinho, Ribeiro, Ferreira, & Dias, 2010). Medida de autorrelato desenvolvida com o objetivo de avaliar dificuldades de regulação emocional clinicamente significativas de acordo com a conceitualização multidimensional da regulação emocional de Gratz e Roemer (2004), apresentada anteriormente. A escala é composta por 36 itens tipo Lickert de 5 pontos (do 1 “quase nunca se aplica a mim” a 5 “aplica-se quase sempre a mim”) que saturam em seis dimensões da regulação emocional onde podem ocorrer dificuldades: *não aceitação de respostas emocionais*, *dificuldades em agir de acordo com os objetivos*, *acesso limitado a estratégias de regulação emocional*, *dificuldades no controlo de impulsos*, *falta de consciência emocional* e *falta de clareza emocional*. O fator *não aceitação das respostas emocionais* refere-se à tendência do indivíduo de não aceitação das reações de mal-estar. O fator *dificuldades em agir de acordo com os objetivos* diz respeito às dificuldades de concentração e realização de tarefas quando o indivíduo experiencia emoções negativas. O fator *dificuldades no controlo de impulsos* refere-se às dificuldades manifestadas ao nível do controlo do comportamento perante emoções negativas. O fator *falta de consciência emocional* reflete a inatenção e falta de consciência das respostas emocionais. O fator *acesso limitado a estratégias de regulação emocional* diz respeito à crença de que há pouco que possa ser feito para regular as emoções perante emoções negativas. Por fim, o fator *falta de clareza* refere-se à compreensão do indivíduo das emoções experienciadas.

No estudo original de validação o instrumento revelou possuir uma boa fidelidade teste reteste e boa validade preditiva de comportamentos associados com desregulação emocional, tais como comportamentos de automutilação e violência conjugal. O instrumento revelou uma elevada consistência interna para a escala total ( $\alpha = .93$ ). No que concerne às diferentes subescalas *não aceitação* apresentou valores superiores ( $\alpha = .89$ ), seguida da subescala *estratégias* ( $\alpha = .88$ ), *impulsos* ( $\alpha = .85$ ), *objetivos* ( $\alpha = .84$ ), *clareza* ( $\alpha = .80$ ) e *consciência* ( $\alpha = .71$ ).

**Escalas de Táticas de Conflito Revisadas (CTS-2;** Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996; versão portuguesa de Paiva e Figueiredo, 2006). O instrumento de autorrelato permite avaliar a qualidade do relacionamento e a forma como os casais resolvem os seus conflitos, através de estratégias de negociação ou de abuso. Inclui os seguintes tipos de abuso: abuso físico sem sequelas (e.g. “atirei ao meu companheiro alguma coisa que o poderia magoar”), agressão psicológica (e.g. “destruí algo que pertencia ao meu companheiro”), abuso físico com sequelas (e.g. “tive uma fratura devido a uma luta com o meu companheiro”) e coerção sexual (“recorri a ameaças para fazer com que o meu companheiro tivesse relações sexuais comigo”). Contém 39 itens agrupados em pares de perguntas destinados ao participante e ao companheiro, contabilizando um total de 78 questões. O instrumento permite verificar ainda o número de ocorrências em que o sujeito perpetrou cada um dos itens durante último ano e o número de ocorrências em que, nesse período, o item foi perpetrado pelo companheiro; obtendo-se desta forma dados em termos de perpetração e vitimização. Inclui 8 categorias de resposta, as primeiras seis destinadas a determinar a prevalência e cronicidade no último

ano: [(1) uma vez no ano anterior, (2) duas vezes no ano anterior, (3) 3-5 vezes no ano anterior, (4) 6-10 vezes no ano anterior, (5) 11-20 vezes no ano anterior, (6) mais de 20 vezes no ano anterior], e as restantes duas categorias destinadas a determinar a prevalência: [(7) não no ano anterior mas ocorreu anteriormente] e a inexistência deste tipo de abuso [(8) nunca aconteceu]. Permite ainda obter valores para diferentes níveis de severidade do abuso, entendido no sentido do risco de sequelas para a vítima, classificando os itens em ‘ligeiro’ ou ‘severo’. O instrumento apresentou valores de consistência interna elevados para as escalas totais de perpetração ( $\alpha = .82$ ) e vitimização ( $\alpha = .81$ ). Em relação à *perpetração*, a escala de negociação é a que apresentou valores de *consistência interna* mais elevados ( $\alpha = .77$ ), seguida das escalas de abuso físico sem sequelas ( $\alpha = .70$ ), agressão psicológica ( $\alpha = .66$ ), coerção sexual ( $\alpha = .51$ ) e abuso físico com sequelas ( $\alpha = .46$ ). No que se refere à *vitimização*, também a escala de negociação apresentou valores superiores ( $\alpha = .79$ ), seguida das escalas de abuso físico sem sequelas ( $\alpha = .76$ ), agressão psicológica ( $\alpha = .65$ ), coerção sexual ( $\alpha = .52$ ) e abuso físico com sequelas ( $\alpha = .46$ ).

***Escala de Avaliação de Ferimentos Autoinfligidos (SIQ-TR;*** Claes & Vandereycken, 2007; versão portuguesa de Gonçalves, 2008). Instrumento de autorrelato que avalia a presença de 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 os mencionados. Para cada tipo de ferimentos é questionado há quanto tempo o indivíduo apresenta o(s) comportamento(s) assinalados. No caso de existirem ferimentos realizados há, no máximo, um mês, são avaliadas questões mais específicas relativas ao mesmo comportamento: data do último ferimento; localização corporal; frequência mensal e diária do comportamento e frequência e intensidade da dor experienciada durante o ato. Ainda, é analisado as características atitudinais do comportamento, em que o participante indica a frequência de afirmações do tipo “foi claramente planeado com antecedência”, “percebi porque ocorreu”, “eu cuidei das feridas” e “escondi o ato de outras pessoas”, numa escala de 1 a 4 (em que 1 se refere a “nunca” e 4 a “sempre”). São aferidos os antecedentes e consequentes afetivos dos ferimentos autoinfligidos, com quatro emoções básicas: felicidade (especificada como satisfeito, aliviado), tristeza (triste ou culpado), raiva (zangado comigo mesmo, zangado com os outros), e ansiedade (nervoso, aborrecido, ansioso), e a possibilidade de acrescentar uma emoção não enunciada. Neste instrumento são estabelecidas ainda duas categorias para as emoções referidas antes e depois do ferimento (Frijda, 1993): *emoções positivas* (satisfeito; aliviado; aborrecido) e *emoções negativas* (triste; culpado; zangado comigo mesmo; zangado com os outros; nervoso; ansioso).

Finalmente, é avaliada a funcionalidade de cada tipo de ferimentos autoinfligidos, em que são apresentadas 11 possíveis funções e um item de resposta livre. O indivíduo deverá indicar o grau em que cada uma destas funções esteve presente nos atos de ferimentos. Os itens são baseados no modelo de Nock e Prinstein (2004), referido anteriormente, que propuseram quatro funções primárias dos ferimentos autoinfligidos que diferem ao longo de duas dimensões dicotómicas: contingências

automáticas versus sociais, e reforço positivo ou negativo. Desta forma, o instrumento permite avaliar três escalas de funcionalidade: *Reforço Automático Positivo*, *Reforço Automático Negativo* e *Reforço Social Positivo*.

O valor de consistência interna da dimensão Emoções Negativas Antes dos Ferimentos foi de .93, o da dimensão Emoções Positivas Antes dos Ferimentos foi de .88, Emoções Negativas Depois dos Ferimentos de .95 e Emoções Positivas Depois dos Ferimentos foi de .94. Assim, os coeficientes *alpha* resultantes de cada subescala demonstram uma consistência interna  *muito boa*. No que se refere às funções dos ferimentos, os valores de *alpha* variaram entre .91 e .97 nas três dimensões encontradas (*Reforço Automático Negativo*, *Reforço Automático Positivo* e *Reforço Social Positivo*).

#### **1.4. Procedimento.**

O processo de recolha de dados foi realizado na Universidade do Minho e na Universidade Católica do Porto. Os dados foram recolhidos presencialmente, nas salas de aula, com um tempo médio de resposta de 20 minutos. A recolha presencial envolveu, primeiramente, 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 Docentes. Depois de obtido o consentimento dos Docentes, foi então realizada a recolha dos dados, no início ou no final da aula, conforme indicação e preferência dos Docentes. Porém, em alguns cursos por indicação dos respetivos Diretores a administração dos questionários foi realizada em horário não letivo, com consentimento dos respetivos alunos. De referir ainda que, no presente estudo, todos os participantes foram informados dos objetivos gerais da investigação, assim como do carácter voluntário e anónimo da participação, assinando o consentimento informado. Apenas 17 (2.6%) dos participantes deixaram o questionário completamente em branco ou recusaram-se a participar e 16 (2.5%) dos participantes foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão relativamente à idade.

#### **1.5. Análise Estatística.**

Relativamente às análises estatísticas, estas foram realizadas através do programa IBM SPSS (versão 20.0 para Windows). Após a análise exploratória dos dados verificou-se que as variáveis intervalares não apresentavam uma distribuição normal, e nenhuma das modificações possíveis das variáveis contornou esta dificuldade, o que constitui um impedimento à realização dos testes paramétricos. Contudo, foi utilizada a estratégia de realizar os testes paramétricos e os seus equivalentes não paramétricos como defendido por Fife-Schaw (2006). Dado que as conclusões dos testes eram as mesmas em todos os casos, optou-se por apresentar os resultados dos testes paramétricos, uma vez que estes são mais robustos e permitem o uso de análises multivariadas, reduzindo o número de testes realizados e, desta forma, a probabilidade de erros do Tipo I. De seguida são então apresentados os resultados do estudo.

## 2. Apresentação dos Resultados

### 2.1. Presença de Ferimentos Autoinfligidos e Número de Métodos de Ferimentos Utilizado

Dos 616 participantes, 522 (84.7%) não reportaram ferimentos autoinfligidos e 94 participantes (15.3%) reportaram algum ferimento ao longo da vida. Em relação aos métodos utilizados, dos 94 participantes que referiram algum tipo de ferimento, 47 (50.0%) adotaram um método de ferimentos autoinfligidos, 23 (24.5%) usaram dois métodos, 17 (18.1%) utilizaram três métodos, e 7 (7.4%) utilizaram mais de três métodos (quadro 2).

Quadro 2

*Frequências da Presença de Ferimentos e do Número de Métodos de Ferimentos Utilizado*

	<i>n</i>	%
<b>Presença de Ferimentos</b>		
Sem Ferimentos	522	84.7
Com Ferimentos	94	15.3
Total	616	100
<b>Número de Métodos Utilizado</b>		
1	47	50.0
2	23	24.5
3	17	18.1
Mais de 3	7	7.4
Total	94	100

### 2.2. Frequência dos Diferentes Métodos de Ferimentos Autoinfligidos.

Embora o número de participantes que reportaram algum tipo de ferimento fosse de  $n = 94$ , no total, 171 ferimentos foram reportados, o que significa, como foi já exposto no ponto anterior, que alguns participantes ( $n = 47$ ) reportaram mais do que um método de ferimentos. No quadro 3 apresentam-se os valores descritivos para cada um dos métodos. Como se pode verificar, 47 (27.5%) ferimentos inserem-se na categoria “*morder*”, seguindo-se, por ordem decrescente, a categoria “*magoar*” (22.2%) e “*cortar*” (22.2%) com igual percentagem, “*arranhar*” (15.8%), “*queimar*” (8.2%) e “*outro*” (4.1%).

Quadro 3

*Frequências e Percentagens dos vários métodos de ferimentos autoinfligidos ao longo da vida*

Arranhar		Magoar		Cortar		Queimar		Morder		Outro	
<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
27	15.8	38	22.2	38	22.2	14	8.2	47	27.5	7	4.1

### 2.3. Data do Último Ferimento.

Dos 94 participantes que realizaram ferimentos autoinfligidos, 9 participantes (9.6%) realizaram o último ferimento há uma semana, 15 (16.0%) há um mês, 27 (28.7%) há vários meses e 43 (45.7%) há mais de um ano (quadro 4).

Quadro 4  
*Data do último Ferimento Autoinfligido*

	<i>n</i>	%
Há uma semana	9	9.6
Há um mês	15	16.0
Há vários meses	27	28.7
Há mais de um ano	43	45.7
Total	94	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 ( $n = 24$ ) que realizaram algum tipo de ferimento no último mês ou na última semana. De notar, no entanto, que estes 24 participantes reportaram e descreveram 29 ferimentos (ou seja, alguns deles utilizaram mais de um método de ferimentos), pelo que o  $n$  apresentado se refere ao número de ferimentos e não ao número de indivíduos.

#### **2.4. Localização Corporal, Frequência, Dor, Planeamento e Compreensão dos Ferimentos Autoinfligidos**

O quadro 5 apresenta as frequências e percentagens das várias características associadas aos ferimentos autoinfligidos. A parte do corpo mais frequentemente reportada pelos participantes é “braços, mãos, dedos, unhas”. Relativamente à frequência mensal, a maioria dos ferimentos foi realizados “de 1 a 5 dias por mês” e quanto à frequência diária “menos de uma vez por dia”. No que concerne à frequência da dor experienciada durante o ato de ferimentos autoinfligidos, a maioria dos atos envolveu a experiência de dor “às vezes”, e a intensidade da mesma, é caracterizada como “nenhuma” ou “moderada”. Relativamente ao planeamento dos ferimentos, a maioria dos participantes refere que estes atos “nunca” foram planeados e envolveram “sempre” a compreensão das razões para a sua ocorrência.

Quadro 5

*Localização Corporal, Frequência, Dor, Planeamento e Compreensão dos Ferimentos Autoinfligidos*

	Arranhar (n = 6) n (%)	Magoar (n = 5) n (%)	Cortar (n = 3) n (%)	Queimar (n = 1) n (%)	Morder (n = 12) n (%)	Outro (n = 2) n (%)
<b>Partes do Corpo</b>						
Cabeça	0	0	0	1 (100)	1 (8.3)	0
Braços	6 (100)	3 (60)	3 (100)	0	11 (91.7)	1 (50)
Tronco	0	0	0	0	0	0
Pernas	0	2 (40)	0	0	0	1 (50)
Seios	0	0	0	0	0	0
<b>Frequência (dia/mês)</b>						
1-5	5 (83.3)	5 (100)	3 (100)	1 (100)	10 (83.4)	1 (50)
6-10	1 (16.7)	0	0	0	1 (8.3)	1 (50)
11-15	0	0	0	0	1 (8.3)	0
>15	0	0	0	0	0	0
<b>Frequência (vezes/dia)</b>						
<1	5 (100)	5 (100)	3 (100)	1 (100)	7 (58.3)	2 (100)
1-2	0	0	0	0	4 (33.3)	0
3-4	0	0	0	0	0	0
>5	0	0	0	0	1 (8.3)	0
<b>Frequência da Dor</b>						
Nunca	2 (40)	2 (40)	2 (66.7)	1 (100)	2 (16.7)	1 (50)
Às Vezes	1 (20)	2 (40)	1 (33.3)	0	7 (58.3)	1 (50)
Frequentemente	1 (20)	0	0	0	1 (8.3)	0
Sempre	1 (20)	1 (20)	0	0	2 (16.3)	0
<b>Intensidade da Dor</b>						
Nenhuma	2 (40)	2 (50)	2 (66.7)	1 (100)	2 (16.7)	0
Pouca	0	0	0	0	3 (25.0)	2 (100)
Moderada	1 (20)	1 (25)	1 (33.3)	0	6 (50.0)	0
Forte	2 (40)	1 (25)	0	0	1 (8.3)	0
Muito Forte	0	0	0	0	0	0
<b>Planeamento do Ato</b>						
Nunca	4 (100)	5 (100)	2 (100)	1 (100)	10 (83.3)	2 (100)
Às Vezes	0	0	0	0	1 (8.3)	0
Muitas Vezes	0	0	0	0	0	0
Sempre	0	0	0	0	1 (8.3)	0
<b>Compreensão do Ato</b>						
Nunca	0	0	2 (66.7)	1 (100)	1 (8.3)	1 (50)
Às Vezes	0	1 (20)	0	0	3 (25.0)	0
Muitas Vezes	1 (25)	1 (20)	0	0	2 (16.7)	0
Sempre	3 (75)	3 (60)	1 (33.3)	0	6 (50.0)	1 (50)



**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  $t$  para Amostras Emparelhadas revelaram diferenças marginalmente significativas entre as emoções positivas antes e depois dos ferimentos,  $t(615) = -.89, p < .10$ . Os participantes tendem a apresentar mais emoções positivas depois dos ferimentos. Não se verificaram diferenças entre as emoções negativas antes e depois dos ferimentos,  $t(615) = -.85, p = .40$ .

**2.6. Funções dos Ferimentos Autoinfligidos.** O quadro 6 apresenta as medidas descritivas para os índices referentes 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 ( $M = 7.40, DP = 5.28$ ), depois por razões que se relacionam com processos de Reforço Social Positivo ( $M = 7.32, DP = 5.45$ ) e finalmente, por razões que se relacionam com processos de manutenção do comportamento por Reforço Automático Positivo ( $M = 6.40, DP = 5.26$ ).

Quadro 6

*Medidas Descritivas das Funções dos Ferimentos Autoinfligidos*

	<i>M (DP)</i>	<i>Min – Máx</i>
<b>Funções</b>		
Reforço Automático Positivo	6.40 (5.26)	1-4
Reforço Automático Negativo	7.40 (5.28)	1-4
Reforço Social Positivo	7.32 (5.45)	1-3

**2.7. Ferimentos Autoinfligidos no Sexo Feminino e Masculino.** O quadro 7 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,  $\chi^2(1) = 1.23, p = .27$ .

Quadro 7

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

	Feminino ( <i>n</i> = 442)		Masculino ( <i>n</i> = 174)		Total ( <i>n</i> = 616)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sem Ferimentos	379	85.7	143	82.2	522	84.7
Com Ferimentos	63	14.3	31	17.8	94	15.3
Total	442	71.8	174	28.2	616	100

**2.8. Ferimentos Autoinfligidos e Comportamentos de Risco.** O quadro 8 apresenta as medidas descritivas para os diferentes comportamentos de risco no que respeita à presença ou ausência de ferimentos autoinfligidos.

No sentido de aferir a existência de uma associação entre os ferimentos autoinfligidos e envolvimento em comportamentos de risco, foi aplicado o teste de Qui-Quadrado. Este teste revelou a

existência de uma associação significativa entre os ferimentos autoinfligidos e a realização de tentativas de suicídio, Teste de Fisher,  $p < .001$ : enquanto 16.1% dos participantes com ferimentos apresentaram tentativas de suicídio, apenas 1.7% dos participantes sem ferimentos referiram a presença de tentativas de suicídio. Verificou-se uma associação significativa entre os ferimentos e o envolvimento em pensamentos de ferimentos autoinfligidos,  $\chi^2(1) = 118.81$ ,  $p < .001$ . Enquanto 40.4% dos indivíduos com ferimentos reportou o envolvimento neste tipo de pensamentos, apenas 4.2% dos participantes sem ferimentos reportou o envolvimento em pensamentos de ferimentos.

Não se verificou uma associação significativa entre a presença de ferimentos autoinfligidos e os restantes comportamentos de risco (consumo tabágico, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, consumo de substâncias psicoativas) (quadro 8).

#### Quadro 8

##### *Medidas Descritivas da Presença de Comportamentos de Risco para os Indivíduos Sem e Com Ferimentos Autoinfligidos (Teste de Qui-Quadrado)*

	Sem Ferimentos ( $n = 522$ )		Com Ferimentos ( $n = 94$ )		<i>P</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Consumo tabágico	155	29.7	35	37.2	<i>ns</i>
Consumo excessivo de bebidas alcoólicas	183	35.1	41	43.6	<i>ns</i>
Consumo de substâncias psicoativas	114	21.8	26	27.7	<i>ns</i>
Tentativa de suicídio	9	1.7	15	16.1	***
Pensamentos de ferimentos autoinfligidos	22	4.2	38	40.4	***

\*\*\* $p < .001$ ; *ns* não significativo

### **2.9. Ferimentos Autoinfligidos e Dificuldades de Regulação Emocional.**

Note-se que 33 participantes não responderem a parte ou a todo o instrumento de avaliação pelo que o total de participantes cujos resultados foram levados em conta nesta análise foi de 583.

No sentido de aferir diferenças entre indivíduos com e sem ferimentos autoinfligidos ao nível das dificuldades de regulação emocional foi realizada uma análise de variância multivariada (MANOVA), que apontou para diferenças multivariadas ao nível das dificuldades de regulação emocional em função da presença ou não de ferimentos autoinfligidos (Wilks'  $\lambda = .97$ ,  $F(6,576) = 2.86$ ,  $p < .01$ ).

#### Quadro 9

##### *Comparação entre Participantes Sem e Com Ferimentos Autoinfligidos ao Nível das Subescalas de Dificuldade de Regulação Emocional*

	Sem Ferimentos ( $n = 498$ )	Com Ferimentos ( $n = 85$ )	<i>F</i> (1,581)
	<i>Média</i> (DP)	<i>Média</i> (DP)	
Estratégias	15.72 (6.25)	18.05 (7.40)	9.52**
Não aceitação	12.49 (5.26)	13.95 (6.74)	5.14*
Impulsos	11.41 (4.78)	13.52 (5.84)	13.15***
Objetivos	13.69 (4.54)	14.96 (5.43)	5.35*
Clareza	9.44 (3.36)	10.61 (4.08)	8.26**
Consciência	13.66 (3.79)	14.49 (4.55)	3.28 <sup>†</sup>

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ ; <sup>†</sup> $p < .10$

Testes Univariados revelaram que os participantes com e sem ferimentos diferem significativamente ao nível do acesso limitado às estratégias de regulação emocional  $F(1,581) = 9.52$ ,  $p < .01$ , não aceitação das respostas emocionais  $F(1,581) = 5.14$ ,  $p < .05$ , dificuldades no controlo de impulsos  $F(1,518) = 13.15$ ,  $p < .001$ , dificuldades em agir de acordo com os objetivos  $F(1,581) = 5.35$ ,  $p < .05$  e falta de clareza emocional  $F(1,581) = 8.26$ ,  $p < .01$ . Verificou-se ainda diferenças marginalmente significativas ao nível da falta de consciência emocional  $F(1,581) = 3.28$ ,  $p < .10$ . Os participantes com ferimentos autoinfligidos apresentam maior dificuldade na utilização de estratégias de regulação emocional, maior não aceitação das respostas emocionais, mais dificuldades no controlo de impulsos, mais dificuldades em agir de acordo com os objetivos e maior falta de clareza emocional comparados com os participantes sem ferimentos autoinfligidos. Ainda os participantes com ferimentos autoinfligidos tendem a revelar mais dificuldades ao nível da consciência emocional comparados com os participantes sem ferimentos autoinfligidos.

## 2.10. Ferimentos autoinfligidos e Vinculação.

### 2.10.1. Presença/ausência de ferimentos e estilo de vinculação.

Note-se que 104 participantes não responderem a parte ou a todo o instrumento de avaliação pelo que o total de participantes cujos resultados foram levados em conta nesta análise foi de 512.

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,  $\chi^2(1) = 5.05$ ,  $p < .05$ . Enquanto a maioria (52.6%) dos participantes sem ferimentos apresenta um estilo de vinculação seguro, a maioria (61.0%) dos participantes com ferimentos autoinfligidos apresenta estilos inseguros.

#### Quadro 10

*Distribuição dos Participantes Sem e Com Ferimentos Autoinfligidos pelos Diferentes Estilos de Vinculação*

	Sem Ferimentos (n = 430)		Com Ferimentos (n = 82)	
	n	%	n	%
Seguro	226	52.6	32	39
Medroso	108	25.1	24	29.3
Preocupado	80	18.6	22	26.8
Desligado	16	3.7	4	4.9
Total	430	100	82	100

### 2.10.2. Ferimentos, Ansiedade Sobre o Abandono e Evitamento da Proximidade.

No sentido de aferir as diferenças entre participantes com e sem ferimentos autoinfligidos ao nível da ansiedade sobre o abandono e evitamento da proximidade foi realizada uma análise da variância multivariada (MANOVA). Verificou-se diferenças multivariadas ao nível das variáveis dependentes em função da presença de ferimentos autoinfligidos (Wilks'  $\lambda = 98$ ,  $F(2,509) = 4.65$ ,  $p < .05$ ).

## Quadro 11

*Comparação entre Participantes Sem e Com Ferimentos ao Nível das Dimensões Evitamento da Proximidade e Ansiedade Sobre o Abandono*

	Sem Ferimentos (n = 430) Média (DP)	Com Ferimentos (n = 82) Média (DP)	F (1,510)
Evitamento	2.12 (0.91)	2.42 (0.98)	7.30**
Ansiedade	3.86 (0.89)	4.07 (1.08)	3.50†

\*\* $p < .01$ ; † $p < .10$

Testes Univariados revelaram que indivíduos com e sem ferimentos autoinfligidos diferem significativamente ao nível do evitamento da proximidade  $F(1,510) = 7.30$ ,  $p < .01$ , e verificou-se diferenças marginalmente significativas ao nível da ansiedade sobre o abandono  $F(1,510) = 3.50$ ,  $p < .10$ . Indivíduos com ferimentos autoinfligidos apresentam maior evitamento da proximidade e tendem a apresentar maior ansiedade sobre o abandono que indivíduos sem ferimentos autoinfligidos.

### **2.11. Ferimentos Autoinfligidos e Estratégias de Resolução de Conflitos nas Relações Íntimas.**

A agressão psicológica foi o tipo de abuso mais reportado, no respeitante quer à perpetração quer à vitimização (63.5%; 51.6%). Em termos de perpetração, verificou-se por ordem decrescente, o abuso físico sem sequelas (21.6%), a coerção sexual (19.6%) e o abuso físico com sequelas (13.6%). No que se refere à vitimização, a coerção sexual verificou uma percentagem de 20.3%, seguida pelo abuso físico (17.6% para o abuso físico sem sequelas; 1.5% para o abuso físico com sequelas). A utilização de estratégias de negociação revelou-se frequente no contexto das relações íntimas, quer pelo indivíduo quer pelo companheiro (97.9%; 98.4%).

O quadro 12 apresenta os resultados de prevalência global para as diferentes estratégias de negociação e abuso, atendendo ao tipo e grau de severidade, à perpetração e vitimização, considerando a presença de ferimentos autoinfligidos. O teste de Qui-Quadrado foi realizado no sentido de aferir a associação entre a presença de ferimentos e a perpetração das diferentes estratégias de resolução de conflitos e a associação entre a presença de ferimentos e a vitimização nas relações íntimas.

#### **2.11.1. Abuso físico sem sequelas**

Em termos de perpetração, verificou-se uma associação significativa entre a presença de ferimentos autoinfligidos e o abuso físico sem sequelas ligeiro,  $\chi^2(1) = 4.11$ ,  $p < .05$ , (30.0% vs 19.4%) para a presença de ferimentos autoinfligidos e não presença, respetivamente. Em relação ao abuso físico sem sequelas severo também se verificou uma associação significativa, Teste de Fisher,  $p < .05$ . Enquanto 8.5% dos participantes com ferimentos perpetra este tipo de abuso nas relações íntimas apenas 3.3% dos participantes sem ferimentos o referem. O abuso físico sem sequelas ligeiro e severo apresentou uma associação significativa com os ferimentos autoinfligidos,  $\chi^2(1) = 4.60$ ,  $p < .05$ , (31.4% vs 20.1%) para a presença de ferimentos e não presença, respetivamente.

Em termos de vitimização, o abuso físico sem sequelas severo apresentou uma associação significativa, Teste de Fisher,  $p < .05$ , (11.4% vs 4.7%) para a presença de ferimentos e não presença, respetivamente. No que concerne ao abuso físico sem sequelas ligeiro e severo, verificou-se uma associação marginalmente significativa com os ferimentos autoinfligidos,  $\chi^2(1) = 2.29$ ,  $p < .10$ , (25.05% vs 16.5%) para a presença de ferimentos e não presença, respetivamente.

### **2.11.2. Abuso físico com sequelas**

A perpetração de abuso físico com sequelas ligeiro apresentou uma associação significativa com a presença de ferimentos autoinfligidos, Teste de Fisher,  $p < .01$ , (12.7% vs 3.1%) para a presença de ferimentos e não presença, respetivamente. O abuso físico com sequelas (ligeiro e severo) revelou estar significativamente associado com a presença de ferimentos autoinfligidos,  $\chi^2(1) = 4.45$ ,  $p < .05$ , (21.7% vs 12.4%) para a presença de ferimentos e não presença, respetivamente.

Em termos de vitimização verificou-se uma associação significativa entre o abuso físico com sequelas ligeiro e o envolvimento em ferimentos, Teste de Fisher,  $p < .01$ . Enquanto 12.9% dos participantes com ferimentos apresentaram presença de violência, apenas 4 % dos participantes sem ferimentos autoinfligidos foram vítimas deste tipo de abuso.

### **2.11.3. Agressão Psicológica**

A perpetração de agressão psicológica severa apresentou uma associação significativa com os ferimentos,  $\chi^2(1) = 12.56$ ,  $p < .001$ , (32.4% vs 15.2%) para a presença de ferimentos e não presença, respetivamente. Verificou-se uma associação marginalmente significativa entre a presença de ferimentos autoinfligidos, e a perpetração de agressão psicológica total,  $\chi^2(1) = 3.38$ ,  $p < .10$ , (73.2% vs 61.9%) para a presença de ferimentos autoinfligidos e não presença, respetivamente.

A vitimização de agressão psicológica ligeira apresentou uma associação marginalmente significativa com a presença de ferimentos autoinfligidos,  $\chi^2(1) = 2.30$ ,  $p < .10$ , (59.4% vs 48.2%) para a presença de ferimentos autoinfligidos e não presença, respetivamente. Por sua vez, a agressão psicológica severa apresentou uma associação significativa com a presença de ferimentos autoinfligidos,  $\chi^2(1) = 8.38$ ,  $p < .01$ , (28.2% vs 14.5%) para a presença de ferimentos autoinfligidos e não presença, respetivamente. A escala total de agressão psicológica também revelou uma associação significativa com a presença de ferimentos autoinfligidos,  $\chi^2(1) = 4.69$ ,  $p < .05$ , (63.8% vs 49.8%) para a presença de ferimentos autoinfligidos e não presença, respetivamente.

### **2.11.4. Negociação**

No que se refere à utilização de estratégias de negociação por parte dos indivíduos, verificou-se uma associação entre a negociação emocional e os ferimentos autoinfligidos, Teste de Fisher,  $p < .05$ , (98.5% vs 94.1%) para a ausência e presença de ferimentos, respetivamente. Verificou-se ainda uma associação marginalmente significativa entre a negociação emocional e cognitiva e os ferimentos, Teste de Fisher,  $p < .10$ , (98.5% vs 94.1%) para a ausência e presença de ferimentos, respetivamente.

Verificou-se uma associação marginalmente significativa entre a utilização de estratégias de negociação emocional pelos companheiros e os ferimentos autoinfligidos, Teste de Fisher,  $p < .10$ , (98.6% vs 94.4%) para a ausência e presença de ferimentos, respetivamente. A negociação cognitiva e emocional apresentou uma associação marginalmente significativa com o envolvimento em ferimentos Teste de Fisher,  $p < .10$ , (98.8% vs 95.6%) para a ausência e presença de ferimentos, respetivamente.

Para os restantes comportamentos, por parte do companheiro (abuso físico com sequelas severo, agressão psicológica ligeira, coerção sexual e negociação cognitiva) e por parte do indivíduo (abuso físico sem sequelas ligeiro, abuso físico com sequelas severo e total, coerção sexual e negociação cognitiva) não foi verificada associação com a presença de ferimentos autoinfligidos (Quadro 12).

Quadro 12

*Prevalência das Diferentes Estratégias de Resolução de Conflito Atendendo à Presença de Ferimentos Autoinfligidos (Teste de Qui-Quadrado)*

		Perpetração			Vitimização		
		Sem Ferimentos	Com Ferimentos	$p$	Sem Ferimentos	Com Ferimentos	$p$
		$n$ (%)	$n$ (%)		$n$ (%)	$n$ (%)	
Abuso físico sem sequelas	Ligeiro	88 (19.4)	21 (30.0)	*	70 (15.6)	16 (23.5)	<i>ns</i>
	Severo	15 (3.3)	6 (8.5)	*	21 (4.7)	8 (11.4)	*
	Total	91 (20.1)	22 (31.4)	*	73 (16.5)	17 (25.0)	†
Abuso físico com sequelas	Ligeiro	14 (3.1)	9 (12.7)	**	18 (4.0)	9 (12.9)	**
	Severo	7 (1.5)	2 (2.9)	<i>ns</i>	6 (1.3)	2 (2.8)	<i>ns</i>
	Total	56 (12.4)	15 (21.7)	*	6 (1.3)	2 (2.8)	<i>ns</i>
Agressão Psicológica	Ligeira	275 (60.7)	50 (70.4)	<i>ns</i>	219 (48.2)	41 (59.4)	†
	Severa	69 (5.2)	23 (32.4)	***	66 (14.5)	20 (28.2)	**
	Total	280 (61.9)	52 (73.2)	†	226 (49.8)	44 (63.8)	*
Coerção Sexual	Ligeira	86 (19.0)	16 (22.9)	<i>ns</i>	81 (17.9)	16 (22.5)	<i>ns</i>
	Severa	7 (1.5)	2 (2.9)	<i>ns</i>	17 (3.8)	2 (2.9)	<i>ns</i>
	Total	88 (19.5)	15 (21.7)	<i>ns</i>	89 (19.9)	16 (23.5)	<i>ns</i>
Negociação	Emocional	332 (98.5)	48 (94.1)	*	438 (98.6)	67 (94.4)	*
	Cognitiva	438 (96.9)	67 (94.4)	<i>ns</i>	427 (96.4)	65 (95.6)	<i>ns</i>
	Total	331 (98.5)	48 (94.1)	†	428 (98.8)	65 (95.6)	†

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ ; † $p < .10$ ; *ns* não significativo

## 2.12. Fatores preditores dos ferimentos autoinfligidos

Mediante uma análise de regressão logística (método *enter*), procedeu-se à previsão da variância dos ferimentos autoinfligidos, a partir de variáveis que, em análises anteriores, mostraram uma associação significativa, ou marginalmente significativa com os ferimentos, nomeadamente a ansiedade sobre o abandono e evitamento da proximidade, as subescalas de dificuldades de regulação emocional (estratégias, impulsos, objetivos, clareza, não aceitação e consciência) e as diferentes estratégias de negociação e abuso em termos de perpetração (abuso físico sem sequelas, abuso físico com sequelas, agressão psicológica e negociação) e vitimização (abuso físico sem sequelas, agressão psicológica e negociação).

Nos casos em que havia uma associação significativa ou marginalmente significativa com a variável ferimentos autoinfligidos mas em que existia uma percentagem superior a 20% de células com frequência esperada inferior a 5 (um dos pressupostos de  $\chi^2$ ), tais variáveis foram excluídas das posteriores análises. Esta situação verificou-se na variável negociação.

Foram seguidas as orientações de Stevens (1996), segundo as quais devem ser considerados 15 preditores por sujeito, o que permitiu considerar 13 preditores.

O pressuposto de multicolinearidade também foi estudado e todos os preditores cumpriam os pressupostos (i.e. valores de tolerância  $> .10$  e VIF  $< 4$ ).

O último pressuposto estudado teve que ver com a deteção de outliers. Neste caso seriam eliminados da análise de regressão logística sempre que o resultado do Standardized Residual estivesse fora do intervalo  $-3/ +3$  ou cujo Cook's fosse  $> 1$ . Não foram detetados outliers no presente estudo.

No modelo de regressão, em termos dos diferentes tipos de abuso, optou-se por incluir apenas os totais da escala e não todos os graus de severidade, tal como se apresenta na literatura (Levesque et al., 2010; Murray et al., 2008). Os preditores foram inseridos em três blocos (Quadro 13).

O modelo apresentou-se estatisticamente significativo  $\chi^2(13) = 24.90$ ,  $p < .05$ , permitindo classificar corretamente 85.6% dos casos.

Quadro 13  
*Preditores dos Ferimentos Autoinfligidos*

	B	Wald	<i>p</i>	95% CI (Lower - Upper)
<b>Bloco 1</b>				
Ansiedade sobre o abandono	.01	0.003	.95	1.01 (0.71 - 1.44)
Evitamento da proximidade	.14	0.67	.41	1.15 (0.83 - 1.59)
<b>Bloco 2</b>				
Estratégias	-.005	0.02	.90	0.99 (0.92 - 1.07)
Não aceitação	.02	0.41	.52	1.02 (0.96 - 1.09)
Impulsos	.07	2.73	.09	1.07 (0.99 - 1.16)
Objetivos	.02	0.13	.72	1.02 (0.93 - 1.10)
Clareza	.06	1.23	.27	1.06 (0.96 - 1.17)
Consciência	.01	0.05	.83	1.01 (0.93 - 1.10)
<b>Bloco 3</b>				
Abuso físico sem sequelas (perpetração)	.15	0.08	.78	1.16 (0.41 - 3.24)
Abuso físico com sequelas total (perpetração)	.08	0.02	.90	1.08 (0.35 - 3.31)
Agressão psicológica total (perpetração)	.30	0.38	.54	1.35 (0.52 - 3.51)
Agressão psicológica total (vitimização)	-.50	1.17	.28	0.60 (0.24 - 1.50)
Abuso físico sem sequelas (vitimização)	-.16	0.11	.75	0.85 (0.32 - 2.24)

A dificuldade no controlo de impulsos revelou-se um preditor marginalmente significativo,  $B = .07$ ,  $Wald = 2.73$ ,  $p < .10$  sendo que os indivíduos com maiores dificuldades no controlo de impulsos tendem a apresentar ferimentos autoinfligidos.



### Discussão dos Resultados

O presente estudo teve como objetivos, para além da descrição fenomenológica dos ferimentos e abordagem de comportamentos associados, avaliar a influência da qualidade das relações íntimas e da regulação emocional no envolvimento em ferimentos autoinfligidos, numa amostra de jovens adultos estudantes universitários.

Dado a caracterização dos ferimentos autoinfligidos numa população portuguesa não clínica constituir um dos objetivos do presente estudo, verificou-se que 15.3% dos participantes reportaram algum tipo de ferimento autoinfligido ao longo da vida, um valor comparável aos estudos existentes em populações universitárias: entre 12% a 38% (Braga, 2011; Gratz et al., 2002; Heath et al., 2008). Ainda, a prevalência de 15.3% entre estudantes universitários é claramente inferior àquela encontrada por Gonçalves e colaboradores (no prelo) entre adolescentes portugueses (27.8%), o que poderá corroborar a hipótese de que os ferimentos autoinfligidos tendem a atingir um valor máximo de prevalência na adolescência, tendendo depois a diminuir na idade adulta (Yates, 2004). Este resultado verificou-se na análise do momento de ocorrência do último ferimento: 45.7% dos participantes referiram que o último ferimento foi realizado há mais de um ano, enquanto apenas 9.6% dos participantes reportaram terem realizado na última semana, 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 um igual número de participantes com ferimentos autoinfligidos o fez com recurso a um método ou dois ou mais métodos. 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, contrariamente às populações clínicas, entre as quais a média de métodos é de 2.5. Por outro lado, o método mais frequentemente usado foi “*morder*” (27.5%), seguido de “*cortar*” (22.2%) e “*magoar*” (22.2%) com igual percentagem, “*arranhar*” (15.8%), “*queimar*” (8.2%) e, finalmente, o uso de outros métodos (4.1%). Os outros métodos assinalados incluíam “*espetar picos*”. Estes resultados contrariam estudos que apontam *cortar-se com um objeto afiado* e *bater em si próprio* (Muehlenkamp & Gutierrez, 2004; Nock et al., 2010) como os métodos mais frequentes. Contudo apresentam-se semelhantes a estudos realizados em Portugal em que se verifica o *morder* como o método mais frequentemente reportado, seguido de uma distribuição mais uniformizada dos restantes métodos (Braga, 2011; Gonçalves et al., no prelo). O estudo revelou que a maioria destes comportamentos são realizados nos *braços, mãos, dedo, unhas*, o que se apresenta congruente com a literatura que refere os braços e as pernas como as partes do corpo em que os indivíduos apresentam ferimentos (Nock & Prinstein, 2004).

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 e colaboradores (2007). Estes resultados sugerem que os ferimentos autoinfligidos

poderão não ser um comportamento realizado muito frequentemente. O critério de diagnóstico proposto relativo à frequência do comportamento refere uma frequência de pelo menos 5 episódios no último ano, podendo ocorrer com dias ou meses de intervalo. Desta forma revela-se pertinente a realização de mais investigação no sentido de compreender quais os fatores associados a uma maior ou menor frequência dos ferimentos autoinfligidos.

No que respeita à frequência da dor experienciada durante o ato de ferimentos, a maioria dos indivíduos relatou ter experienciado dor “às vezes”, seguida da resposta de “nunca” experienciar dor. Quando a dor foi sentida, os indivíduos reportaram de igual forma “nenhuma” intensidade ou “moderada”. A investigação tem demonstrado que na maior parte das vezes os indivíduos não apresentam dor (Suyemoto, 1998). Neste contexto, seria interessante compreender, por exemplo, se existem alterações na perceção da dor características deste tipo de população que ajudem a compreender a baixa frequência e intensidade de dor relatadas.

No que concerne ao planeamento dos ferimentos, a maioria dos participantes ( $n = 24$ ) referiu que os atos relatados no presente estudo “nunca” foram planeados, o que vai de encontro à literatura (Claes & Vandereycken, 2007; Gonçalves et al., no prelo). Estes resultados parecem então apontar para a corroboração da natureza eminentemente impulsiva do comportamento, destacada por Simeon e Favazza (2001) na sua classificação dos ferimentos autoinfligidos. Relativamente à compreensão das razões para o envolvimento em ferimentos por parte dos participantes, a maioria dos atos implicou “sempre” o seu entendimento. Assim, seria pertinente a exploração ao nível da investigação qualitativa das razões percecionadas pelos próprios indivíduos para o envolvimento nestes atos, dada a importância da compreensão da experiência e a significação do indivíduo em termos de tratamento.

Os resultados da presente investigação apoiam o Modelo da Regulação Emocional dos Ferimentos Autoinfligidos dado que os participantes tendem a experienciar mais emoções positivas depois do que antes da realização dos ferimentos autoinfligidos. Contudo não se verificaram diferenças significativas entre as emoções negativas antes e depois dos ferimentos, sugerindo que apesar deste comportamento constituir uma forma de regulação emocional não é sinónimo de controlo emocional e, como tal, não envolve necessariamente a diminuição imediata do afeto negativo.

Ainda neste sentido, a análise dos índices da SIQ-TR (Claes & Vandereycken, 2007) relativos às funções dos ferimentos autoinfligidos, demonstrou que em média, os participantes referiram envolverem-se neste tipo de comportamentos principalmente por razões que se relacionam com processos de reforço automático negativo, i.e., razões que envolvem a supressão de estados emocionais negativos. Tal 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).

O segundo objetivo do presente estudo consistia em aferir a existência de relações entre os ferimentos autoinfligidos e o sexo dos participantes, não se verificando uma associação significativa. Apesar de um dos aspetos integrador da descrição convencional do indivíduo com ferimentos

autoinfligidos era o facto de ser do sexo feminino (Zila & Kiselica, 2001). Atualmente, verificam-se apenas diferenças de género em amostras clínicas (Claes et al., 2007). Estes resultados viabilizam ainda a hipótese colocada por Heath e colaboradores (2008) que sugere 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 a uma maior prevalência deste comportamento entre as mesmas.

Relativamente à associação entre o envolvimento em ferimentos autoinfligidos e outros comportamentos de risco, verificou-se uma associação significativa entre os ferimentos e a realização de tentativas de suicídio, tal como verificado em estudos anteriores (Muehlenkamp & Gutierrez, 2007; Guerreiro et al., 2009). A associação verificada reforça a importância de avaliação da intenção suicida em indivíduos com ferimentos autoinfligidos, dado o facto de estes indivíduos apresentarem risco aumentado de suicídio e a coocorrência dos comportamentos estar relacionada com maior comprometimento clínico.

Apesar de pontualmente referido na literatura, verificou-se uma associação significativa entre os pensamentos e comportamentos de ferimentos (Jacobson & Gould, 2007; Nock et al., 2010). Este resultado reforça a hipótese de que alguns indivíduos envolvem-se em pensamentos autodestrutivos com impacto negativo na saúde e bem-estar, possivelmente constituindo um fator de risco para o envolvimento em ferimentos (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005). Desta forma, torna-se fundamental a avaliação destas cognições na prática clínica.

Quanto à relação entre o consumo de substâncias (e.g. álcool, drogas e tabaco) e a presença de ferimentos autoinfligidos, apesar de os indivíduos com ferimentos apresentarem taxas mais elevadas de consumos que os indivíduos sem ferimentos, não se verificou uma associação significativa entre os comportamentos. Alguns estudos com estudantes universitários também não verificaram uma associação entre a presença de ferimentos e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas (Gollust et al., 2008). Contudo no que concerne ao consumo de droga e de tabaco, os estudos têm reportado uma associação com os ferimentos autoinfligidos (Gollust et al., 2008), o que este estudo não revelou. No entanto, este foi o primeiro estudo em Portugal a avaliar a associação entre estes comportamentos, o que justifica a existência de estudos nesta área dada a importância clínica da comorbilidade destes comportamentos.

No que concerne ao objetivo de avaliação das diferenças entre indivíduos com e sem ferimentos autoinfligidos ao nível das dificuldades de regulação emocional, os resultados demonstraram que indivíduos com ferimentos manifestam mais dificuldades em todas as subescalas de regulação emocional do que os indivíduos sem ferimentos. Tal evidencia que estes indivíduos manifestam dificuldades ao nível da consciência, compreensão e aceitação das emoções e não apresentam um repertório de estratégias a utilizar quando lidam com o stress ou dificuldades, justificando a relação entre os ferimentos e desregulação emocional (Gratz & Roemer, 2004). Este resultado justifica a importância de estratégias adaptativas de regulação emocional ao nível do tratamento.

De acordo com o objetivo de avaliar a associação entre a vinculação nas relações íntimas e o envolvimento em ferimentos autoinfligidos, os resultados vêm apoiar a associação entre a presença de ferimentos e o estilo de vinculação ao companheiro (Gratz et al., 2002; Levesque et al., 2010). Verificou-se que os indivíduos com ferimentos distribuem-se de forma diferente daqueles sem ferimentos pelos diferentes estilos de vinculação. Da mesma forma, os indivíduos com e sem ferimentos autoinfligidos diferiram ao nível das duas dimensões da Escala de Relações Íntimas: *Evitamento da Proximidade e Ansiedade sobre o Abandono*. Em particular, os participantes com ferimentos apresentaram maior evitamento da proximidade e intimidade (*Evitamento da Proximidade*) e tendiam a apresentar maior receio de abandono (*Ansiedade sobre o Abandono*) do que aqueles que nunca realizaram ferimentos. Como discutido anteriormente, os jovens adultos têm como tarefas desenvolvimentais centrais o estabelecimento da intimidade e da autonomia (Soares, 2007). Assim, se existem dificuldades ao nível do conforto com a proximidade para que esta intimidade seja possibilitada e consolidada, assim como receios de abandono, dificilmente estes indivíduos percecionarão o outro como uma *base segura* à qual recorrer e a partir da qual poderão explorar o seu ambiente. Desta forma, estes indivíduos poderão apresentar comprometimento ao nível do estabelecimento da intimidade, e do comportamento exploratório, manifesto na consolidação da autonomia. Por outro lado, a investigação tem demonstrado o efeito mediador da regulação do afeto na relação entre vinculação e ferimentos. Os indivíduos com uma vinculação caracterizada pela *ansiedade sobre o abandono* ou *evitamento da proximidade* apresentam maior probabilidade de utilizar estratégias de regulação emocional não adaptativas como os ferimentos autoinfligidos (Kimball & Diddams, 2007). Estes resultados poderão aumentar a compreensão de algumas das dificuldades interpessoais e de regulação emocional experienciadas por indivíduos com ferimentos autoinfligidos, o que se revela importante aquando do processo de conceptualização de caso e de intervenção junto de clientes com este tipo de comportamentos.

No que concerne à qualidade das relações íntimas em termos das estratégias de resolução de conflitos, verificou-se que apesar de se verificarem elevadas percentagens de utilização de estratégias de negociação pelos indivíduos e pelos companheiros a presença de abuso é frequente. A agressão psicológica foi o tipo de abuso mais reportado, no respeitante à perpetração e vitimização, o que se revela comparável com investigações anteriores (Paiva & Figueiredo, 2004). Entre os restantes tipos de abuso, por ordem decrescente de prevalência, encontra-se: o abuso físico sem sequelas, a coerção sexual e o abuso físico com sequelas. Os valores de prevalência dos diferentes tipos de abuso revelaram-se semelhantes aos encontrados noutros estudos com amostras de estudantes universitários portugueses (Paiva & Figueiredo, 2004). No que se refere à associação entre a perpetração de violência no contexto das relações íntimas, verificou-se uma associação significativa entre a presença de ferimentos e o abuso físico e uma associação marginalmente significativa com a agressão psicológica. Ao nível da vitimização, verificou-se uma associação marginalmente significativa entre a presença de ferimentos e o abuso físico sem sequelas e uma associação significativa com a agressão

psicológica. Em todos os tipos de abuso, verificou-se que uma maior percentagem de indivíduos com ferimentos perpetra e é vítima de abuso comparativamente com os indivíduos sem ferimentos, o que se revela comparável com os estudos realizados neste âmbito (Murray et al., 2008).

A relação entre a perpetração de abuso e o envolvimento em ferimentos pode ser justificada pelo facto de ambos os comportamentos envolverem agressão e impulsividade. Esta relação pode ser ainda mediada por dificuldades de regulação emocional, pelo facto de o comportamento agressivo apresentar funções de regulação dos afetos (Gratz & Roemer, 2004) de forma semelhante aos ferimentos autoinfligidos. Desta forma, muitos atos de violência nas relações interpessoais íntimas são imediatamente precipitados por impulsos violentos que divergem das referências mais deliberadas e autocontroladas de resolução não violenta do conflito dos indivíduos (Murray et al., 2008), assemelhando-se ao carácter impulsivo dos ferimentos autoinfligidos. A associação entre a vitimização de abuso e o envolvimento em ferimentos tem sido mais frequentemente apresentada na literatura. Os resultados sugerem que vítimas de violência nas relações íntimas parecem envolver-se em estratégias de *coping* de evitamento como os ferimentos autoinfligidos. As estratégias de *coping* revelam-se particularmente importantes para os indivíduos que experienciam violência dado que a violência não está necessariamente relacionada com a dissolução da relação. Desta forma, os indivíduos frequentemente utilizam estas estratégias para lidar com o sofrimento ou para tentar convencer os companheiros a mudar, em vez de (ou antes) de abandonarem a relação.

Finalmente as estratégias de negociação cognitiva e emocional apresentaram uma associação marginalmente significativa com a presença de ferimentos, verificando-se que maiores percentagens de indivíduos sem ferimentos recorrem a este tipo de estratégias na resolução de conflitos com os companheiros comparativamente com os indivíduos com ferimentos. Novamente este resultado pode refletir a dificuldade de resolução de problemas e de controlo de impulsos dos indivíduos com ferimentos autoinfligidos.

Para testar a influência das relações íntimas e da regulação emocional ao nível do envolvimento em ferimentos autoinfligidos foi realizada uma análise de regressão logística, em que apenas emergiu como preditor marginalmente significativo do envolvimento em ferimentos autoinfligidos, a dificuldade no controlo de impulsos. Este resultado sugere que apesar da importância da qualidade das relações íntimas, a regulação emocional parece ter um papel fundamental ao nível do envolvimento em ferimentos. Desta forma, os ferimentos autoinfligidos são utilizados pelos indivíduos para lidar com emoções intensas e estão associados com défices de regulação emocional, nomeadamente ao nível do controlo de impulsos. Assim, os resultados deste estudo são consistentes com, e expandem, a literatura acerca da função de regulação emocional dos ferimentos autoinfligidos, dando suporte empírico aos modelos teóricos que enfatizam o papel da desregulação emocional como uma característica central aos ferimentos autoinfligidos (Gratz & Roemer, 2004; Linehan, 1993).

### Capítulo III - Conclusão

Enquanto os resultados do presente estudo representam uma contribuição valorizável à literatura existente, há contudo algumas limitações que devem ser apontadas. Antes de mais os baixos valores de *alpha* encontrados em algumas subescalas do instrumento de avaliação das estratégias de resolução de conflitos (e.g. coerção sexual e abuso físico com sequelas). Contudo, os valores apresentaram-se semelhantes a estudos existentes com amostras similares (Paiva & Figueiredo, 2004), sendo justificados pela reduzida frequência de algumas formas de comportamento abusivo, nomeadamente nos itens de elevada severidade das escalas de abuso físico com sequelas e de coerção sexual. Pelo facto de a amostra em estudo ser comunitária, as formas mais severas de abuso tornam-se também as mais raras, daí apesar de poderem ocorrer alguns atos muito severos não é esperado correlações substanciais entre itens para se obter um *alpha* elevado. Uma outra potencial limitação do presente estudo é o facto de a informação ter sido recolhida apenas através de instrumentos de autorrelato. Embora este seja o método utilizado pela maioria das investigações acerca dos ferimentos (e.g., Gratz et al., 2002), pode também apresentar alguns potenciais problemas como a desejabilidade social e assim, conduzir a um sub-relato dos comportamentos de ferimentos e da presença de abuso no contexto das relações íntimas. No presente estudo, foram feitos esforços de forma a ultrapassar esta questão como o facto de não revelar o foco do estudo nos ferimentos autoinfligidos e através do anonimato e recolha dos dados em grande número.

De qualquer modo, e apesar destas limitações, este estudo cumpriu com os seus objetivos iniciais essenciais que se prendiam com o prestar uma contribuição para um conhecimento mais aprofundado da problemática dos ferimentos autoinfligidos em populações não clínicas portuguesas, assim como a influência da qualidade das relações de intimidade e da regulação emocional no envolvimento em ferimentos autoinfligidos. Assim entre os principais resultados destaca-se a importância das relações íntimas, dada a associação significativa de uma vinculação insegura e o envolvimento em ferimentos autoinfligidos e a presença de violência no contexto destas relações. Os resultados do presente estudo demonstraram ainda que as dificuldades de regulação emocional constituem uma dificuldade central nos indivíduos com ferimentos, em que a dificuldade no controlo de impulsos emerge como um preditor marginalmente significativo do envolvimento nestes comportamentos. Com base nos resultados, é importante os clínicos avaliarem possíveis experiências de comorbilidade entre os ferimentos autoinfligidos e a violência no relacionamento íntimo, assim como as dificuldades de regulação emocional. Da mesma forma, justifica-se a continuação da investigação da influência das relações íntimas no envolvimento em comportamentos de risco, assim como a clarificação do papel mediador da regulação emocional. E, efetivamente, se for levado em conta que em Portugal os estudos nesta área são escassos e que 15.3% 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 é justificável.

### Referências

- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N J: Erlbaum.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª edição, texto revisto). Lisboa: Climepsi.
- Apóstolo, J., & Santos, E. (1999). Validação da versão portuguesa do questionário - Experiences in Close Relationships. Manuscrito não publicado, Universidade de Coimbra.
- Bartholomew, K., & Shaver, P. R. (1998). Methods of assessing adult attachment. Do they converge? In J. A. Simpson, & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 25-45). New York: Guilford Press.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relations*, 7, 147-178.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Attachment*. London: Basic Books.
- Braga, C. (2011). Ferimentos Autoinfligidos, Psicopatologia e Vinculação: Um estudo com Estudantes Universitários. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. (1998). Self-report measures of adult romantic attachment. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment Theory and Close Relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford.
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Psychiatry*, 68, 609-620.
- Chan, K. L., Straus, M. A., Brownridge, D., Tiwari, A., & Leung, W. C. (2008). Prevalence of dating partner violence and suicidal ideation among male and female university students worldwide. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(6), 529-537.
- Claes, L., & Vandereycken, W. (2007). The self-injury questionnaire-treatment related (SIQ-TR): Construction, reliability, and validity in a sample of female eating disorder patients. In P.M. Goldfarb (Ed.), *Psychological Tests and Testing Research Trends* (pp.111-531). New York: Nova Science Publishers.
- 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.
- Coker, A., & Davis, K. (2001). *Impact of intimate violence on men and women: Analysis of the NVAW Survey*. Paper presented at 7th International Family Violence Research Conference. Portsmouth: New Hampshire.
- Collins, N., & Read, S. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644-663.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão Portuguesa de Dificuldades de Regulação Emocional e Relação com Sintomas Psicopatológicos. *Rev Psiq Clín*, 37(4), 145-151.

- Deliberto, T., & Nock, M. (2008). An exploratory study of correlates, onset, and offset of non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research, 12*, 219–231.
- Evren, C., & Evren, B. (2005). Self-mutilation in substance-dependent patients and relationship with childhood abuse and neglect, alexithymia and temperament and character dimensions of personality. *Drug and Alcohol Dependence, 80*, 15–22.
- Favazza, A. R., & Rosenthal, R. J. (1990). Varieties of pathological self-mutilation. *Behavioural Neurology, 3*, 77-85.
- Fife-Schaw (2006). Levels of measurement. In G. M. Breakwell, S. Hammond, C. Fife-Schaw, & J. A. Smith (Eds), *Research Methods in Psychology* (3.<sup>a</sup> Ed.). London: Sage.
- Firestone, R.W., & Seiden, R. H. (1990). Suicide and the continuum of self-destructive behavior. *Journal of American College Health, 38*, 207–213.
- Fliege, H., Lee, J., Grimm, A., & Klapp, B. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research, 66*, 477–493.
- Fraley, C., & Spieker, S. J. (2003). What are the differences between dimensional and categorical models of individual differences in attachment? Reply to Cassidy (2003), Cummings (2003), Sroufe (2003), and Waters and Beauchaine (2003). *Developmental Psychology, 39*, 423-429.
- Frijda, N. H. (1993). Moods, emotion episodes, and emotions. In M. Lewis, & J.M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 381-403). New York: Guilford Press.
- Gollust, S. E., Eisenberg, D., & Golberstein, E. (2008). Prevalence and correlates of self-injury among university students. *Journal of American College Health, 56*(5), 491–498.
- Gonçalves, S. (2008). *Escala de avaliação de ferimentos autoinfligidos* [The self-injury Questionnaire-treatment related (SIQ-TR)]. Centro de Investigação em Psicologia. Braga: Universidade do Minho
- Gonçalves, S., Martins, C., Rosendo, A. P., Machado, B. C., & Silva, E. (no prelo). Self-injurious behavior in a community sample of Portuguese adolescents, *PSICOTHEMA*.
- Grandin, E., & Lupri, E. (1997). Intimate violence in Canada and the United States: A cross national comparison. *Journal of Family Violence, 12*, 417–443.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*(1), 41-54.
- 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. (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.
- Gratz, K. L. (2007). Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury. *Journal of Clinical Psychology, 63*(11), 1091–1103.



- 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.
- Guerreiro, D., Neves, E., Navarro, R., Mendes, R., Prioste, A., Ribeiro, ... Sampaio, D. (2009). Clinical features of adolescents with deliberate self-harm: A case control study in Lisbon, Portugal. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 5, 611-617.
- Haines, J., Williams, C., Brain, K., & Wilson, G. (1995). The psychophysiology of self-mutilation. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 471-489.
- Hawton, K., & Harriss, L. (2007). Deliberate Self-Harm in Young People: Characteristics and subsequent mortality in a 20-year cohort of patients presenting to hospital. *J Clin Psychiatry*, 68(10), 1574-1583.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Heath, N., Toste, J., Nedecheva, T., & Charlebois, A. (2008). An examination of nonsuicidal self-injury among college students. *The Free Library*, 30(2), 137-156.
- Hooley, J. (2008). Self-harming behavior: Introduction to the special series on non-suicidal self-injury and suicide. *Applied and Preventive Psychology*, 12, 155-158.
- International Society for the Study of Self-injury (2007). *Definitional issues surrounding our understanding of self-injury*. Conference proceedings from the annual meeting.
- Jacobson, 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.
- Kimball, J. S., & Diddams, M. (2007). Affect regulation as a mediator of attachment and deliberate self-harm. *Journal of College Counseling*, 10, 44-53.
- Kopp, C. B. (1989). Regulation of distress and negative emotions: A developmental view. *Developmental Psychology*, 25, 343-354.
- Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the 'whats' and 'whys' of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 447-457.
- 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.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Machado, C., Matos, M., & Moreira, A. I. (2003). Violência nas relações amorosas: Comportamentos e atitudes na população universitária. *Psychologica*, 33, 69-83.
- Makepeace, J. M. (1981). Courtship violence among college students. *Family Relations*, 30, 97-102.

- Matos, M., Machado, C. Caridade, S., & Silva, M. (2006). Prevenção da violência nas relações de namoro: intervenção com jovens em contexto escolar. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 8, 55-76.
- Menninger, K. (1935). A psychoanalytic study of the significance of self mutilation. *Psychoanalytic Quarterly*, 4(3), 408-466.
- 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. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75, 324-333.
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2004). An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 12-23.
- Muehlenkamp, J., & Gutierrez, P. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*, 11(1), 69.
- Murray, C. E., Wester, K. L., & Paladino, D. A. (2008). Dating violence and self-injury among undergraduate college students: Attitudes and experiences. *Journal of College Counseling*, 11, 42-57.
- 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., Prinstein, M., & Sterba, S. (2010). Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Psychology of Violence*, 1, 36-52.
- Ogundipe, L. (1999). Suicide attempts vs. deliberate self-harm. *British Journal of Psychiatry*, 175, 90.
- Paiva, C., & Figueiredo, B. (2004). Abuso no relacionamento íntimo: Estudo de prevalência em jovens adultos portugueses. *Psychologica*, 36, 75-107.
- Paiva, C., & Figueiredo, B. (2005). Abuso no relacionamento íntimo e estado de saúde em jovens adultos portugueses. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 243-272.
- Paiva, C., & Figueiredo, B. (2006). Versão portuguesa das “Escala de Táticas de Conflito Revisadas”: estudo de validação. *Psicologia: Teoria e Prática*, 8(2), 14-39.
- Pascarella, E. T., & Terenzini, P. T. (2005). *How college affects students: A third decade of research*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ross, R. R., & McKay, H. B. (1979). *Self mutilation*. Lexington, MA: Lexington Books.

- 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.
- Sansone, R. A., Chu, J., & Wiederman, M. W. (2007). Self-inflicted bodily harm among victims of intimate-partner violence. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *14*, 352–357.
- Schaver, P. R., & Hazan, C. C. (1988). A biased overview of the study of love. *Journal of Social and Personal Relationships*, *5*, 473-501.
- Shaffer, D., & Jacobson, C. (2009). Proposal to the DSM-V childhood disorder and mood disorder work groups to include non-suicidal self-injury (NSSI) as a DSM-V disorder. Acedido em 6 de fevereiro de 2012 em: <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=443#>.
- Shaver, P. R., & Hazan, C. (1988). A biased overview of the study of love. *Journal of Social and Personal Relationships*, *5*, 473-501.
- Simeon, D., & Favazza, A. R. (2001). Self-injurious behaviors: Phenomenology and assessment. In D. Simeon & E. Hollander (Eds.), *Self-Injurious behaviors: Assessment and treatment* (pp.1-28). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Soares, I. (2007). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e Avaliação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Stevens, J. (1996). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (3rd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Straus, M. A., & Sweet, S. (1992). Verbal/symbolic aggression in couples: Incidence rates and relationships to personal characteristics. *Journal of Marriage and the Family*, *54*, 346-357.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2). Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, *17*, 283-316.
- Suyemoto, K. L. (1998). The Functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, *18*, 554.
- Suyemoto, K. L., & MacDonald, M. L. (1995). Self-cutting in female adolescents. *Psychotherapy*, *32*, 162-171.
- Tantam, D., & Whittaker, J. (1992). Personality disorder and self-wounding. *British Journal of Psychiatry*, *161*, 451-464.
- Van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self destructive behaviour. *American Journal of Psychiatry*, *148*, 1665-1676.
- Whitlock, J., & Knox, K. L. (2007). The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, *161*, 634–640.
- Yates, T. M. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: compensatory regulation in post-traumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*, *24*, 35-74.
- 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.