

Daniela Revez Sabino

**Estudo comparativo da sintomatologia depressiva e ansiosa
em jovens adultos com e sem comportamentos autolesivos**



Universidade do Algarve

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2022

Daniela Revez Sabino

**Estudo comparativo da sintomatologia depressiva e ansiosa
em jovens adultos com e sem comportamentos autolesivos**

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Prof.^a Doutora Marta Brás



Universidade do Algarve

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2022

Estudo comparativo da sintomatologia depressiva e ansiosa em jovens adultos com e sem comportamentos autolesivos

Declaração de Autoria de Trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Assinatura

(Daniela Revez Sabino)

Copyright em nome de Daniela Revez Sabino

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

Agradecimentos

Quase a finalizar mais uma etapa do meu percurso acadêmico e é com grande emoção que expresso o meu sincero agradecimento a todos aqueles que me apoiaram. Esta foi uma etapa repleta de dúvidas e incertezas, que culminou numa fase de aprendizagem, crescimento e resiliência.

Inicialmente, gostaria de agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Marta Brás, pela sua disponibilidade, dedicação, compreensão e orientação nas mais diversas fases da dissertação. E, por tudo isso, exprimo não só a minha gratidão para consigo, como também a minha admiração pelo seu profissionalismo.

Quero também agradecer a todos os participantes desta investigação, que voluntariamente disponibilizaram um pouco do seu tempo para colaborar neste trabalho. Sem eles, nada disto teria sido possível.

Aos meus colegas e amigos agradeço a todos os que me apoiaram e incentivaram a concluir este projeto e me deram motivação e coragem para acreditar que seria possível terminá-lo. Por fim, e não menos importante, à minha família que sempre esteve do meu lado e mostrou apoio incondicional desde o início.

A todos vocês, Muito Obrigado!

Resumo

O comportamento autolesivo e suicidário constituem-se como parte de um complexo problema de saúde pública, sendo muito comum nas faixas etárias mais novas, como os jovens-adultos. Desta forma, torna-se importante identificá-los e perceber quais os fatores psicológicos que podem estar subjacentes a tais comportamentos. Comparar os indivíduos com e sem comportamentos autolesivos parece permitir, conhecer e diferenciar o início do processo suicidário e poderá ajudar a prevenir autolesões futuras.

O objetivo geral do presente estudo consiste em analisar a influência da ansiedade, depressão, regulação emocional e ideação suicida nos jovens com comportamentos autolesivos e sem comportamentos autolesivos.

Participaram 123 jovens adultos, entre os 18 e os 30 anos sendo 98 participantes do sexo feminino (79.7%) e 25 do sexo masculino (20.3%) que preencheram instrumentos para avaliar a história de comportamentos autolesivos, os níveis de ansiedade, depressão, as dificuldades de regulação emocional e a ideação suicida. O *design* do estudo desenvolvido é transversal, descritivo-correlacional.

Os principais resultados mostram que, para além de ser o sexo feminino que mais comete comportamentos autolesivos, é também o grupo com comportamentos autolesivos que apresenta níveis mais elevados de ansiedade, depressão e défices de regulação emocional em comparação com o grupo sem comportamentos autolesivos. Relativamente à ideação suicida, também existe uma maior incidência desta no grupo com CAL (ideação negativa) e uma menor incidência no grupo sem CAL (ideação positiva). Quanto ao diagnóstico anterior de problemas psicológicos e/ou psiquiátricos este permitiu distinguir os dois grupos, sendo mais comum no grupo com comportamentos autolesivos.

Os resultados são consistentes com estudos prévios, salientando a importância de considerar estes fatores psicológicos no âmbito das atividades de prevenção e intervenção nos comportamentos autolesivos e ideação suicida.

Palavras-chave: comportamentos autolesivos, ideação suicida, regulação emocional, ansiedade, depressão, jovens adultos.

Abstract

Self-harm and suicidal behavior are part of a complex public health problem, being very common in younger age groups, such as young adults. Therefore, it becomes important to identify them and understand which psychological factors may underlie such behaviors. Comparing individuals with and without self-harming behaviors seems to allow, acknowledge and differentiate the beginning of the suicidal process and may help on the prevention of future self-harm.

The general objective of the present study is to analyze the influence of anxiety, depression, emotion regulation and suicidal ideation in young people with and without self-injurious behaviors.

A total of 123 young adults between 18 and 30 years old participated. 98 female participants (79.7%) and 25 male participants (20.3%) who completed the instruments that gave access to their history of self-injurious behaviors, levels of anxiety, depression, emotional regulation difficulties and suicidal ideation. The design of the developed study is cross-sectional, descriptive-correlational.

The main results show that, in addition to being the female sex that commits the most self-injurious behaviors, it is also the group with self-injurious behaviors that presents higher levels of anxiety, depression and emotional regulation deficits compared to the group without self-injurious behaviors. Regarding suicidal ideation, there is also a higher incidence in the group with CAL (negative ideation) and a lower incidence in the group without CAL (positive ideation). As for the previous diagnosis of psychological and/or psychiatric problems, this allowed the two groups to be distinguished, being more common in the group with self-injurious behaviors.

The results are consistent with previous studies, highlighting the importance of considering these psychological factors in the context of prevention and intervention activities in self-injurious behaviors and suicidal ideation.

Key words: self-injurious behaviors, suicidal ideation, emotion regulation, anxiety, depression, young adults.

Índice Geral

1. Enquadramento teórico	11
1.1. Suicídio e Comportamento autolesivo	11
1.1.1. Dados epidemiológicos	11
1.1.2. Processo suicidário	12
1.2. Comportamento autolesivo (CAL).....	13
1.2.1. Comportamento autolesivo	13
1.2.2. Diferenças de género no Comportamento autolesivo.....	15
1.3. Modelos teóricos explicativos.....	15
1.3.1. Modelo integrativo de Nock.....	15
1.3.2. Modelo de Evitação Experiencial (EAM)	17
1.4. Fatores de risco associados ao Comportamento autolesivo	18
1.4.1. Ansiedade e Depressão nos comportamentos autolesivos.....	18
1.4.2. Diferenças de género na ansiedade e depressão	20
1.4.3. Regulação emocional	21
2. Objetivos	24
2.1. Objetivo geral.....	24
2.2. Objetivos específicos.....	24
3. Método	24
3.1. Design	24
3.2. Amostra	24
3.3. Instrumentos	26
3.3.1. Questionário de dados sociodemográficos e da história clínica	26
3.3.2. Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS).....	26
3.3.3. Escala de Ansiedade Depressão e Stresse (EADS)	27
3.3.4. Inventário de Ideação Suicida Positiva e Negativa (PANSI)	28
3.3.5. Inventário de declarações sobre autolesão (ISAS)	29
3.4. Procedimentos de recolha de dados	29
3.5. Análise de dados	30
4. Resultados	31
4.1. Análise da história clínica e de comportamentos suicidários	32
4.2. Características descritivas e correlações entre a sintomatologia depressiva, ansiedade, dificuldades de regulação emocional e ideação suicida	37
4.3. Comparação da sintomatologia depressiva, ansiosa, dificuldades de regulação emocional e ideação suicida em função da história de comportamentos autolesivos.....	39

4.4. Frequência e percentagem do sexo dos participantes com e sem comportamentos autolesivos.....	42
4.5. Comparação da sintomatologia depressiva e ansiosa em função do sexo dos participantes com e sem comportamentos autolesivos.....	43
5. Discussão e conclusão.....	45
6. Referências Bibliográficas	53

Índice de Tabelas

Tabela 1. Análise descritiva e comparativa da história clínica e história de comportamentos suicidários em função da existência de comportamentos autolesivos dos jovens adultos	32
Tabela 2. Caracterização do recurso a diferentes tipos de comportamentos autolesivos (ISAS).....	34
Tabela 3. Média e desvio-padrão das 13 funções dos CAL dos jovens adultos com comportamentos autolesivos.	36
Tabela 4. Média, desvio-padrão e correlações entre as subescalas da EADS, DERS e PANSI nos jovens adultos com e sem comportamentos autolesivos.	37
Tabela 5. Estatísticas Descritivas e Diferenças de Média em Função dos Comportamentos Autolesivos nos jovens adultos.	40
Tabela 6. Análise descritiva e comparativa da frequência e percentagem dos jovens com e sem comportamentos autolesivos em função do sexo.	42
Tabela 7. Estatísticas Descritivas e Diferenças de Média em Função do Sexo dos Participantes com e sem Comportamentos Autolesivos nas subescalas EADS e PANSI.	44

1. Enquadramento teórico

1.1. Suicídio e Comportamento autolesivo

1.1.1. Dados epidemiológicos

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2018), anualmente, cerca de um milhão de pessoas cometem suicídio. Segundo Figel et al. (2013), é estimado que para cada suicídio ocorrido haja cerca de 20 tentativas. O suicídio também se encontra entre as 10 principais causas de morte em todo o mundo, sendo estimado que aproximadamente 10 a 20 milhões de pessoas o contemplem pelo menos uma vez na vida (WHO, 2018).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2018) refere ainda que, nos últimos 45 anos, os índices de suicídio aumentaram 60% em todo o mundo, e que, em relação aos jovens, os índices de suicídio têm aumentado de forma significativa, representando um grupo de elevada vulnerabilidade. Segundo dados disponibilizados pelo INE (Instituto Nacional de Estatística, 2008), Portugal também tem registado um aumento significativo das taxas de suicídio, desde a viragem do milénio. As taxas globais de suicídio passaram de 5,1 por 100 mil habitantes, em 2000, para 9,8/100.000 habitantes, em 2008 (Matos Gonçalves et al., 2011).

Sabemos que o final da adolescência e início da vida adulta é um período marcado por mudanças psicossociais importantes e dessa forma, a problemática do suicídio tem-se revelado como a segunda principal causa de morte entre os jovens portugueses com idade entre 15 e 29 anos, sendo uma faixa etária em que a maioria dos universitários está inserida (WHO, 2018). Como exemplo desse facto, o estudo de Pereira (2011) realizado numa população universitária, concluiu que metade dos 12% dos alunos os quais declararam já ter tido ideação suicida chegaram a sentir-se determinados a cometer o suicídio. Face a esses valores, é da maior importância que se realizem estudos que permitam um conhecimento mais aprofundado sobre as variáveis que podem influenciar os comportamentos suicidas, de forma a tornar possível a intervenção preventiva em múltiplos contextos (Vasconcelos-Raposo et al., 2016).

Na perspetiva dos estudos aplicados, um estudo tem centrado a sua análise nos relatos de sujeitos que tentaram o suicídio ou, ainda, tentado entender como as diversas contingências da vida dos indivíduos podem ter servido como facilitadores do ato, uma vez que há uma correlação positiva entre ideação suicida e sua concretização (Figel et al., 2013).

Dados de amostras comunitárias apontam para que 10% dos jovens apresente comportamentos autolesivos (CAL) pelo menos uma vez ao longo da vida, sendo consistentemente mais frequente em raparigas (Hawton et al., 2012). Desta forma, antecedentes de CAL são um fator de risco acrescido de suicídio e podem ser identificados em até 40% dos suicídios consumados (Cavanagh et al., 2003). Por exemplo, cortar-se repetidamente é um dos fatores de risco mais preditivos para tentativas de suicídio futuro e esta relação é muitas vezes subvalorizada (Wilkinson et al., 2011).

Por esta elevada prevalência e pela sua forte associação à 2ª causa de morte em jovens adultos, os comportamentos autolesivos são um alvo lógico de intervenção e estudo de modo a prevenir consequências letais e diminuir a mortalidade nesta faixa etária. Não é, pois, de admirar o facto de a prevenção e investigação dos CAL ser considerada uma prioridade na União Europeia e em Portugal (Carvalho, 2014).

Deste modo, o estudo dos comportamentos autolesivos revela-se como uma área emergente, que necessita de ser aprofundada e divulgada, especialmente pelos profissionais de saúde e da educação para promover a capacitação destes em termos de diagnóstico e posterior encaminhamento dos jovens em risco (Guerreiro & Sampaio, 2013). O estudo de todo o espectro do comportamento de automutilação é essencial, uma vez que tanto os CAL quanto a ideação suicida estão associados ao risco de futuras tentativas de suicídio (Nock et al., 2006). Também a ideação suicida em jovens adultos se configura um campo pouco explorado e marginalizado, o que demonstra a necessidade de desenvolvimento de novos conhecimentos (Cano-Montalbán & Quevedo-Blasco, 2018). Além disso, reconhecer a prevalência da ideação suicida nos jovens adultos e os fatores a ele associados poderá representar uma estratégia efetiva de prevenção de um desfecho trágico como o suicídio (Velooso et al., 2019).

1.1.2. Processo suicidário

O comportamento suicida tem sido conceptualizado como um contínuo de pensamentos e comportamentos desde a ideação até o suicídio consumado. Para compreender de forma mais clara a temática do suicido, este é regido por um processo gradual, estando presentes ao longo da sua evolução várias etapas (Ganz et al., 2010). Dentro delas temos os comportamentos autolesivos (CAL) definidas como comportamentos autoagressivos moderados aos quais o indivíduo recorre para aliviar a tensão sentida, por não possuir estratégias mentais que lhe permitam lidar com estados

emocionais indesejados e intensos; e as automutilações, que se caracterizam por comportamentos autoagressivos mais graves, tais como a amputação de membros (Pereira e Cardoso, 2016). Estes comportamentos não têm intencionalidade suicida, mas acabam por ser de elevado risco como corta-se, ingerir fármacos e substâncias não ingeríveis ou saltar de lugares relativamente elevados (DGS, 2013).

Numa outra etapa está a ideação suicida em que estão presentes pensamentos, desejos, atitudes ou planos acerca de como acabar com a própria vida, sem que haja passagem ao ato e constitui-se como um dos primeiros indicadores de que alguém poderá vir a cometer suicídio (DGS, 2013). De acordo com a American Psychiatric Association (APA, 2014), as ideias de suicídio podem ser passivas, quando o sujeito considera que não vale a pena viver, e ativas, quando o sujeito tem pensamentos de se ferir, se destruir ou ainda, quando realiza planos específicos para se suicidar (Pereira & Cardoso, 2016).

Por fim, nas últimas etapas do processo suicidário encontram-se a tentativa de suicídio que se constitui como um ato que visa a morte, mas que por razões adversas resulta frustrado e o suicídio consumado que se caracteriza por ser um ato intencional de autoagressão que resulta em morte (DGS, 2013).

1.2. Comportamento autolesivo (CAL)

1.2.1. Comportamento autolesivo

Os comportamentos autolesivos são mais prevalentes do que o suicídio e como tal estão associados ao aumento da probabilidade de se envolver em comportamentos relacionados a este (Andover et al., 2012). Por exemplo, em amostras clínicas, aproximadamente 70% dos jovens que relatam envolvimento anterior em CAL tentam suicídio (Nock et al., 2006). No entanto, embora seja um fator de risco, nem todos os indivíduos que se envolvem em CAL desenvolvem comportamentos relacionados ao suicídio (Whitlock & Knox, 2007).

Segundo alguns autores, os comportamentos autolesivos e pensamentos suicidas ocorrem em taxas especialmente altas entre estudantes do ensino secundário e universitários (Brausch & Woods, 2019). Parks (2011) refere que o primeiro incidente autolesivo é acidental ou impulsivo, quando a pessoa sente raiva, medo ou ansiedade de forma tão esmagadora que não sabe como expressá-los. A conduta autolesiva atua promovendo um sentimento momentâneo de alívio, às vezes seguido de vergonha e culpa, até que fortes sentimentos surgem de novo fazendo com que a pessoa se sinta emocionalmente sobrecarregada, levando-a a procurar alívio novamente em

comportamentos autolesivos, que podem aumentar em frequência e grau (Parks, 2011). Assim, a pessoa é reforçada positivamente em direção ao CAL, dada a sua associação com sensações positivas, principalmente o alívio imediato (Santos & Faro, 2018).

Sujeitos com CAL relatam altos níveis de estados internos aversivos incluindo afeto depressivo, ansiedade, despersonalização ou vazio assim como, altos níveis de hostilidade em relação a si mesmos e aos outros embora, seja mais frequente o CAL ser atribuído à raiva de si mesmo do que à raiva para com os outros (Fulwiler et al., 1997).

Estudos sugerem que 80-94% dos indivíduos relatam sentir-se melhor após realizarem CAL com alívio fornecido de ansiedade e tensão insuportáveis (Coid, 1993). Uma análise fatorial realizada para o contexto dos CAL citados por mais de 20% dos participantes resultou em nove fatores, levando a concluir que este comportamento pode funcionar para: (a) diminuir os sintomas dissociativos, (b) prevenir flashbacks e memórias perturbadoras, (c) reduzir o stresse e a tensão, (d) expressar emoções angustiantes, (e) fornecer uma sensação de segurança e proteção, (f) reduzir a raiva, (g) punir o indivíduo, (h) mostrar aos outros que o indivíduo precisa de ajuda, e (i) proteger o indivíduo de agredir outras pessoas (Chapman et al., 2006).

Favazza e Conterio (1989) examinaram autorrelatos de sujeitos com CAL em uma amostra da comunidade de 240 mulheres auto-selecionadas com histórico desse comportamento. Entre esses participantes, o CAL foi relatado para facilitar o relaxamento, controlar pensamentos acelerados, autopunir e aliviar sentimentos de depressão, solidão e desrealização. Briere e Gil (1998) também examinaram as funções do CAL entre um grupo de indivíduos autoidentificados (predominantemente mulheres) com histórico desse comportamento. Os participantes selecionaram uma ampla variedade de funções para o CAL, incluindo autopunição, distração e alívio de sentimentos dolorosos, gerenciamento de stresse, redução de tensão, liberação de raiva e aumento de sentimentos de autocontrole (cada um endossado por mais de 70% da amostra) (Chapman et al., 2006).

Gratz (2001) num pequeno estudo qualitativo em que usou entrevistas abertas para avaliar as funções do CAL descobriu resultados idênticos aos estudos acima descritos. A função mais frequentemente descrita do CAL era aliviar sentimentos indesejados, relatados por 76% dos participantes. Esses participantes relataram que o CAL aliviou sentimentos de stresse, raiva, frustração, tristeza, perturbação emocional, tensão, ansiedade, luto, dor emocional e estar sobrecarregado. O CAL também funcionou para expressar sentimentos de ódio a si mesmo, autopunição, fornecer uma sensação de

controle e provar algo para os indivíduos (eg., provar que são capazes de fazer algo ou são fortes o suficiente para suportar a dor). No entanto, os participantes também relataram que o CAL externalizou a dor emocional, tornando a dor mais tangível, menos abstrata e mais fácil de entender. Para estes sujeitos, o CAL proporcionou uma fuga, uma maneira de esquecer preocupações e medos e uma maneira de desviar a atenção de experiências internas dolorosas (Chapman et al., 2006).

Por fim, relativamente a estudos de comportamentos autolesivos entre jovens ingleses Evans et al., (2004) descobriram que o motivo mais frequentemente apontado para iniciar os CAL foi obter alívio de um estado de espírito "terrível", relatado por 73% da amostra. Além disso, em resposta a uma pergunta aberta avaliando as razões para os CAL, as razões mais frequentemente relatadas foram depressão e sentir-se "horrrível" consigo mesmo (relatado por 18% da amostra) (Chapman et al., 2006).

1.2.2. Diferenças de género no Comportamento autolesivo

Relativamente às diferenças de género os índices de suicídio masculino superam o feminino em todo o mundo. No entanto, a maior percentagem de tentativas está entre as mulheres (Van Orden et al., 2010). Parece que as jovens do sexo feminino são mais propensas a responder ao stresse com emoções internas (e.g., sintomas depressivos) e, subsequentemente, a se envolver em comportamentos autolesivos (Xavier et al., 2018). Quanto às práticas utilizadas, os homens tendem a recorrer a métodos mais violentos (Vasconcelos-Raposo et al., 2016).

Desta forma, a literatura, em geral, aponta para o facto de a ideação suicida, o comportamento autolesivo e as tentativas de suicídio, serem mais comuns nas populações femininas do que nas populações masculinas, estando também associados a níveis menores de educação (Arria et al., 2009).

1.3. Modelos teóricos explicativos

1.3.1. Modelo integrativo de Nock

Ao considerar o contexto geral do indivíduo, um dos primeiros modelos integrativos etiológicos para explicar a autolesão foi proposto por Nock (2009) (Figura 1).

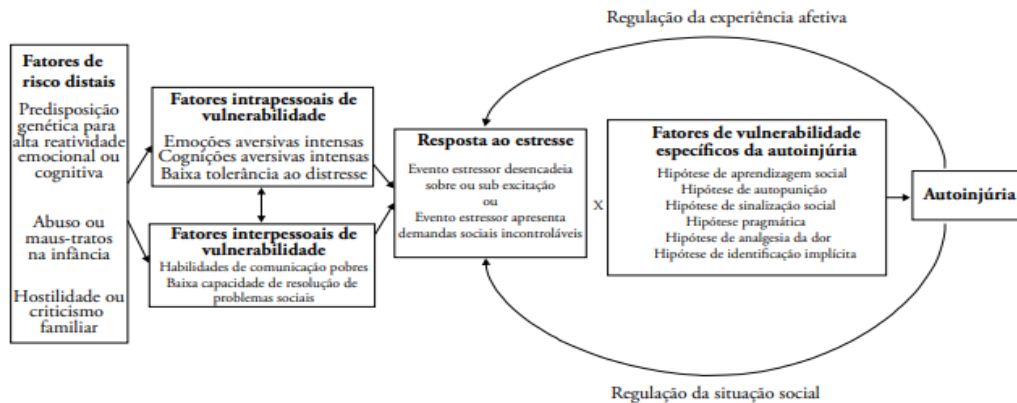


Figura 1
 Modelo integrativo de Nock traduzido (autorizado pelo autor).

Fonte: Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18, p. 2.

No modelo de Nock (2009), os fatores de risco distais (predisposição genética para alta reatividade emocional ou cognitiva, abuso ou maus-tratos na infância, hostilidade ou criticismo familiar) interagem e resultam num alto risco de iniciar CAL juntamente com fatores de vulnerabilidade intrapessoais (emoções e cognições aversivas intensas e baixa tolerância ao distresse), como interpessoais (habilidades de comunicação pobres e baixa capacidade de resolução de problemas). O conjunto de vulnerabilidades inter e intrapessoais resultam em respostas ineficazes a eventos stressores que podem predispor o sujeito a várias psicopatologias, além de aumentar o risco de recorrer ao CAL por alguns fatores específicos de vulnerabilidade (aprendizagem social, autopunição, sinalização social, pragmatismo, analgesia da dor, identificação implícita) (Santos & Faro, 2018).

No modelo integrativo de Nock (2009), o CAL é um comportamento que resulta da combinação de vários fatores e circunstâncias ambientais e que é mantido por ser um meio eficaz imediato de regulação de experiências afetivas e situações sociais aversivas. O diferencial deste modelo é justamente tentar integrar achados de diversas outras abordagens, assim o CAL é explicado de forma multicausal. Um jovem que se autolesiona pode ter influência ao nível social (relações proximais inconsistentes) e pessoal (cognições distorcidas) sendo que um fator não exclui o outro e ambos podem ser preponderantes para levar à prática do comportamento, assim como reforçá-lo (Nock, 2009).

1.3.2. Modelo de Evitação Experiencial (EAM)

O modelo de Evitação Experiencial (*Experiential Avoidance Model*) (EAM) sugere que os indivíduos que se envolvem em CAL quando experimentam emoções fortes e negativas têm competências de regulação emocional pobres (Chapman et al., 2006). Este modelo tem como base a premissa de que o CAL é uma estratégia reforçada negativamente para reduzir ou encerrar a excitação emocional indesejada (Kessler et al., 1999). Apesar das suas óbvias consequências negativas, o CAL é bastante funcional em um certo nível, pois pode ser extremamente eficaz na eliminação de estados emocionais indesejados. Dessa forma, o CAL pode ser conceituado como um comportamento que se encaixa na classe mais ampla de comportamentos de evitação experiencial (Chapman et al., 2006).

A evitação experiencial (EAM) inclui qualquer comportamento que funcione para evitar ou escapar de experiências internas indesejadas ou das condições externas que as provocam (Hayes et al., 1996). Essas experiências evitadas podem incluir pensamentos, sentimentos, sensações somáticas ou outras experiências internas que são desconfortáveis ou angustiantes. Desta forma, a fim de capturar todas essas formas potenciais de evitação ou fuga, os autores referem-se à sua teoria como o Modelo de Evitação Experiencial (EAM) (Chapman et al., 2006).

De acordo com o Modelo de Evitação Experiencial (EAM), o CAL é mantido e fortalecido por meio do processo de condicionamento de fuga e um poderoso reforço negativo. Essencialmente, ocorre um evento emocionalmente evocativo, desencadeando uma resposta emocional aversiva. De acordo com o EAM, os indivíduos que se envolvem em CAL têm fortes repertórios de evitação experiencial ou tendências de resposta, possivelmente decorrentes de respostas emocionais mais intensas, baixa tolerância ao stress, défices nas competências de regulação emocional e / ou dificuldades na implementação de estratégias alternativas de enfrentamento quando emocionalmente estimulados. O indivíduo experimenta uma necessidade de escapar do desagradável estado de excitação e refugia-se no CAL, o que reduz ou elimina a excitação emocional, reforçando negativamente este (Chapman et al., 2006).

Em um ciclo vicioso, as tentativas repetidas de reforço negativo fortalecem a associação entre a excitação emocional desagradável e o CAL, de modo que o CAL se torna uma resposta de fuga automática que funciona para evitar ou escapar de experiências emocionais indesejadas. O alívio temporário de respostas emocionais intensas reforça e fortalece o CAL, tornando esse comportamento consideravelmente

mais provável quando o indivíduo vivenciar condições semelhantes no futuro (Chapman et al., 2006).

Neste sentido, o estudo de Gratz e Roemer (2004) examinou aspectos da resposta emocional que diferenciam jovens adultas do sexo feminino com e sem comportamentos autolesivos. Jovens com CAL recente foram comparadas a um grupo de jovens sem histórico de autolesão. Os resultados indicam que as mulheres que se autolesionam relataram níveis significativamente mais elevados de evitação experiencial. Da mesma forma que os mesmos autores descobriram que a frequência de automutilação foi associada à não-aceitação emocional entre jovens do sexo masculino, um fator que provavelmente aumenta o risco de evitação emocional (Gratz & Roemer 2004).

1.4. Fatores de risco associados ao Comportamento autolesivo

1.4.1. Ansiedade e Depressão nos comportamentos autolesivos

Os estudiosos de comportamentos autolesivos têm explorado alguns dos fatores que parecem estar relacionados ao comportamento, aumentando o seu risco. Indivíduos com CAL têm sido associados a níveis elevados de psicopatologias, fatores ambientais como contextos stressores ou traumáticos na infância e défices na regulação emocional (Hooley & Germain, 2014). No entanto, ainda existem poucas pesquisas sobre psicopatologias associadas aos sintomas depressivos e ansiosos, acontecimentos de vida negativos e CAL entre jovens adultos com depressão e como esses determinantes os influenciam (Tuisku et al., 2009).

Vários estudos sugerem que a idade crítica para a ideação e tentativas suicidas, em pacientes com elevados níveis de ansiedade, insónias e sintomas depressivos, está entre os 17 e os 23 anos (Peña Galbán et al., 2002). Estima-se também que cerca de 90% dos indivíduos que cometeram suicídio tenham tido alguma perturbação de foro mental e que, no momento do ato, 60% estavam deprimidos (OMS, 2006). No entanto, é importante ter em consideração que nem todos os indivíduos que apresentam sintomas de ansiedade ou depressão, ou que se envolvem em CAL, também se envolvem em comportamento relacionado ao suicídio, talvez devido a fatores de proteção de nível individual que atenuam esse risco (Kaniuka et al., 2020).

Os jovens com CAL apresentam maior psicopatologia geral, tal como ansiedade, depressão, impulsividade e agressividade assim como apresentam frequentemente perturbações da personalidade dos tipos borderline, esquizotípica, dependente e evitante.

Também apresentam mais sintomas depressivos e ansiosos quando comparados com os grupos de controlo (Madge et al., 2011). Relativamente a estes dois últimos sintomas a associação entre ambas é frequente na literatura, que aponta alta comorbidade entre as duas e estabelecem uma elevada associação com a ideação suicida (Denney et al., 2009). Borges e Werlang (2006) referem que um jovem com depressão tem 9 vezes mais hipóteses de manifestar ideação suicida do que aqueles que não apresentam depressão e um jovem que manifeste desesperança tem uma probabilidade 7 vezes maior ter ideias de suicídio do que aqueles que não manifestam tal sentimento. De facto, a maioria dos estudos que abordam a ideação suicida referem a depressão, a ansiedade, as perturbações da personalidade e a existência de CAL como importantes fatores associados a este fenómeno (Lasgaard et al., 2011).

Os jovens adultos que apresentam sintomas de ansiedade ou depressão podem envolver-se em CAL para distrair ou lidar com emoções negativas e pensamentos ruminativos, ou seja, os indivíduos que apresentam estes sintomas podem se envolver nos CAL como uma forma de regulação afetiva para aliviar o seu sofrimento emocional de forma temporária (Bentley et al., 2014). No entanto, estes comportamentos podem resultar em tristeza, culpa e ansiedade adicionais (Klonsky, 2007). Da mesma forma, esse envolvimento repetido em CAL não diminui totalmente os sintomas de ansiedade e depressão, mas, ao contrário, aumenta as emoções negativas ao longo do tempo e aumenta o risco de comportamento suicida (Kaniuka et al., 2020).

Um estudo de Tuisku et al., (2009) foi realizado com o objetivo de investigar o papel dos sintomas depressivos e de ansiedade, apoio social percebido, acontecimentos de vida negativos e uso de álcool no CAL entre jovens pacientes deprimidos com CAL ambulatoriais, comparando-os com jovens pacientes ambulatoriais sem CAL nem intenção suicida. Como esperado pelos autores, jovens deprimidos com CAL perceberam menos apoio de sua família, tiveram sintomas depressivos mais graves e usaram mais álcool do que os jovens deprimidos sem CAL e intenção suicida (Tuisku et al., 2009).

A associação entre a ideação suicida e a depressão não é inesperada, dado que uma das manifestações dos comportamentos depressivos está ligada aos desejos de morte, o que leva a tentativas de suicídio frequentes e ao suicídio consumado, algo que se intensifica quando se evidencia de forma mais intensa a visão negativa do mundo e do futuro (Borges & Werlang, 2006). A presença de ideação suicida está associada a menores níveis de saúde mental nos jovens adultos (Roberto, 2009) e a percentagem de jovens que apresentam ideação suicida e sintomatologia depressiva é bastante significativa, uma vez

que à medida que aumenta a severidade dos sintomas depressivos aumentam as ideias de suicídio (Arria et al., 2009).

Um estudo efetuado por Eisenberg et al., (2007) verificaram que cerca de 67% dos estudantes universitários, ou seja, contexto em que os jovens adultos estão inseridos, os que reportavam ideação suicida tinham também algum tipo de perturbação depressiva, sendo a Perturbação Depressiva Major a mais comum (cerca de 43% dos casos). Resultados idênticos foram verificados noutra estudo que teve por objetivo avaliar os níveis de ansiedade e depressão em estudantes universitários de uma instituição privada do sul do Brasil. Na avaliação de ansiedade e depressão, 17 pessoas das 182 que puderam ser classificadas de forma completa, seriam diagnosticadas com depressão. Quanto à ansiedade, 33 dos 167 alunos seriam diagnosticados com alguma patologia ansiosa, partindo de um grau moderado a grave. De forma geral, considerando-se o total de participantes, os índices de ansiedade foram maiores do que os de depressão, e a ansiedade tendeu a se manifestar de forma mais uniforme entre os alunos, independente do período no curso ou da área de formação (Brandtner, 2009).

Desta forma, os resultados obtidos por estes estudos confirmam o contexto de vulnerabilidade ao sofrimento psicológico dos jovens adultos já apontado por outros autores (Fonseca et al., 2008). Assim sendo, a ansiedade e a depressão podem estar correlacionadas ao CAL, pois além de eliciar emoções e sentimentos negativos, também afetam o desempenho do indivíduo em tarefas que envolvem a participação das funções executivas e no pior dos casos poderão levar ao suicídio (Arcoverde & Soares, 2012).

1.4.2. Diferenças de género na ansiedade e depressão

Em relação ao género, os estudos são consistentes em apontar maiores índices, tanto de ansiedade quanto de depressão, entre as mulheres com um pico de prevalência entre os 25 e os 44 anos (Gama et al., 2008). Diversos estudos apontam a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em mulheres, não só no meio académico, mas também na população geral (Kessler et al., 1994).

Não se sabe ao certo se as mulheres apresentam maior vulnerabilidade ao stresse, se realmente demonstram maior sensibilidade, ou se na verdade procuram ser mais observadoras, mais críticas em relação ao que sentem e porque sentem e talvez procurem dar nome a isto; ou ainda, que os homens sintam algum tipo de receio em falar de

sentimentos, de emoções, de patologias de fundo emocional e que estejam a sofrer delas (Brandtner, 2009).

No entanto, foi feito um estudo descritivo realizado por Gil (2008) que corrobora esta ideia. Participaram 238 jovens adultos portugueses e no que respeita à sintomatologia depressiva, stress e ansiedade foi possível observar que os homens apresentaram maiores indicativos de depressão do que as mulheres. No entanto, não existiram diferenças entre sexos nos níveis de stress e ansiedade (Gil, 2008).

1.4.3. Regulação emocional

Alguns estudos sugerem que altos níveis de stressores da vida atual preveem prospectivamente o CAL especialmente stressores interpessoais (Guerry & Prinstein, 2010). De acordo com Nock (2010), quando os sujeitos são expostos a acontecimentos de vida stressantes, os indivíduos que vivenciam tanto a ativação fisiológica da hiperexcitação quanto as dificuldades na regulação da emoção (RE) podem estar particularmente em risco de se envolver em CAL como uma estratégia de enfrentamento desadaptativa.

Do ponto de vista teórico, o CAL é frequentemente conceituado como uma estratégia mal adaptativa de regulação da emoção, sugerindo que os indivíduos com CAL são motivados a viver, mas têm dificuldade em lidar com o sofrimento. De facto, estudos anteriores destacam que o CAL pode servir tanto como resposta ao afeto negativo, quanto como estratégia para regulá-lo (Klonsky, 2007). Algumas teorias postularam que o CAL serve como um meio de regular as emoções, evitando ou distraíndo as experiências emocionais (Chapman et al., 2006). Outros estudos sugerem que, devido ao alto grau de sobreposição entre dor física e emocional, o alívio da dor física associado ao CAL leva ao alívio da dor emocional (Franklin et al., 2013). Desta forma, uma possível semelhança entre CAL, pensamentos suicidas e comportamento suicida é a regulação da emoção (RE) (Wolff et al., 2019).

A regulação emocional (RE) refere-se ao processo de como influenciámos, expressámos e vivenciamos as nossas emoções (Gross et al., 1998). A RE serve naturalmente como um fator de proteção contra pensamentos, sentimentos e comportamentos inadequados sendo a ausência de RE, ou défices de RE, que está na raiz da maioria das perturbações emocionais (Bullis et al., 2019). Vários modelos de CAL caracterizam o comportamento como uma resposta mal adaptativa a forte afeto negativo,

assim como os trabalhos teóricos e empíricos sugerem que o CAL pode servir uma função de regulação afetiva decorrente de habilidades de regulação emocional pobres (Chapman et al., 2006).

Para entender melhor as dificuldades de RE, estes foram amplamente conceituados em seis dimensões: falta de consciência das emoções (Consciência); falta de clareza sobre as emoções vivenciadas (Clareza); não-aceitação de sofrimento emocional (Não-aceitação); agir impulsivamente em resposta a emoções negativas (Impulso); incapacidade de perseguir objetivos quando emocionalmente angustiado (Metas); e percepção da falta de acesso a estratégias reguladoras eficazes para situações de emergência (Estratégias) (Gratz & Roemer, 2004). Também é possível que estas dificuldades específicas de RE possam estar ligadas ao CAL, aumentando os sintomas de depressão sendo que a falta de acesso a estratégias de RE também está associada à ideação suicida, tentativas de suicídio e aos sintomas depressivos (Gratz & Roemer, 2004). No entanto, indivíduos com histórico de tentativas de suicídio tendem a relatar mais dificuldades com a RE quando comparados a indivíduos com ideação suicida (Neacsiu et al., 2018). Desta forma, compreender como défices específicos de RE se relacionam com tentativas de suicídio, pensamentos e comportamentos autolesivos pode ajudar a prever e prevenir futuros CAL (Ribeiro et al., 2016).

Um estudo procurou expandir as pesquisas anteriores avaliando as relações entre as dimensões dos défices de RE, CAL, ideação suicida e história de tentativa de suicídio em que os participantes utilizados foram jovens adultos com idades acima dos 18 anos (Wolff et al., 2019). Foi previsto que uma maior dificuldade geral com a RE estaria associada a um envolvimento mais frequente com o CAL, maior probabilidade de tentativas de suicídio e uma ideação suicida atual mais intensa (Clapham & Brausch, 2021). Em geral, os resultados do estudo apoiaram a possibilidade de associações entre aspectos dos défices de RE com envolvimento mais frequente de CAL, bem como ideação suicida mais intensa entre jovens adultos. A ideia de suicídio e o CAL foram apenas significativamente associados à falta de acesso a estratégias de RE. No entanto, não houve associações significativas entre as subescalas de deficits de RE e tentativas de suicídio (Perez et al., 2012; Clapham & Brausch, 2021).

Outro estudo de revisão meta-analítica teve como objetivo caracterizar associações gerais entre desregulação emocional e CAL e examinar padrões de associação entre CAL e dimensões específicas de desregulação emocional. Os resultados demonstraram uma associação significativa, de modo que, uma maior desregulação

emocional estava associada a uma maior probabilidade de se envolver em CAL. Os resultados revelaram uma associação robusta entre CAL e desregulação emocional em várias amostras, sem diferenças emergentes com base na idade da amostra, sexo ou tipo de amostra (ou seja, clínica *versus* comunidade) (Wolff et al., 2019).

Relativamente ao ato impulsivo, Evans et al. (2000) encontraram altos índices de impulsividade em pacientes com CAL, em comparação com indivíduos da população em geral. A impulsividade, neste caso, está ligada à tomada de decisões e acontece por falta de planejamento, pois o indivíduo não utiliza um tempo para analisar possíveis alternativas de resposta e as consequências do seu ato no futuro, agindo por impulso (Arcoverde et al., 2012). Ainda relativamente ao ato impulsivo, um estudo de Evans et al., (2004) analisou jovens adultos e separaram-nos em dois grupos: aqueles que se feriam através de cortes na pele e aqueles que tomaram overdoses de substâncias intencionalmente. Aqueles que se cortavam afirmaram com maior frequência que passaram menos de uma hora planejando o ato. Segundo os autores, nesses casos é possível haver maior influência da impulsividade do que no caso dos que tomaram overdoses, pois é mais fácil ferir-se através de cortes com o que estiver à mão no momento, enquanto que para ferir-se através de um envenenamento seria preciso um maior planejamento (Arcoverde et al., 2012).

Portanto, sem o desenvolvimento de habilidades de RE, os indivíduos podem estar em alto risco de pensamentos e comportamentos de automutilação quando experimentam angústia. Desta forma, a associação entre deficits nas estratégias de RE e o aumento do envolvimento do CAL sugere que a falta de acesso às estratégias de RE pode contribuir para que os indivíduos utilizem o CAL como um substituto contínuo de enfrentamento (Clapham & Brausch, 2021). Os sujeitos acabam por usar o CAL como um meio de regular as emoções, diminuindo o afeto negativo e aumentando o afeto positivo quando o acesso às estratégias de RE é escasso ou indisponível (Hamza & Willoughby, 2015). Ou seja, o CAL pode ser incluído na classe mais ampla de comportamentos de evitação experiencial, pois geralmente tem o propósito de escapar, administrar e regular as emoções, resultando num alívio emocional temporário, mas levando a deficiências de longo-prazo (Chapman et al., 2006).

Ao concluir que as faltas de acesso às estratégias de regulação emocional estão relacionadas aos sujeitos com comportamentos autolesivos, torna-se cada vez mais necessário que os planos de intervenção e prevenção devam concentrar em ensinar aos jovens uma variedade de habilidades e estratégias de regulação emocional. Estudos longitudinais demonstram, ainda que focar nas habilidades de regulação emocional desde

cedo tem efeitos protetores para o desenvolvimento da ideação suicida e nos comportamentos autolesivos (Chapman et al., 2006).

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

O presente estudo tem como objetivo geral analisar a influência da ansiedade, depressão, regulação emocional e ideação suicida nos jovens adultos com comportamentos autolesivos e sem comportamentos autolesivos.

2.2. Objetivos específicos

Os objetivos específicos consistem em:

Objetivo 1: explorar os níveis de ideação suicida positiva e negativa, ansiedade, depressão e das diferentes dificuldades de regulação emocional dos jovens-adultos em estudo.

Objetivo 2: analisar se há diferenças significativas entre os indivíduos com e sem comportamentos autolesivos no que respeita a características da história clínica e de comportamentos suicidários.

Objetivo 3: descrever o recurso a diferentes tipos de CAL e a função dos mesmos.

Objetivo 4: analisar a relação entre a sintomatologia depressiva, ansiedade, dificuldades de regulação emocional e ideação suicida nos jovens-adultos com e sem história de CAL.

Objetivo 5: comparar os níveis de depressão, ansiedade, regulação emocional e ideação suicida em função da história de CAL.

Objetivo 6: analisar se há diferenças significativas nas variáveis em estudo entre os grupos com e sem CAL e em função do sexo dos participantes.

3. Método

3.1. Design

O *design* do estudo desenvolvido é transversal, descritivo-correlacional, dado que foram exploradas as associações entre diferentes variáveis psicológicas, e comparativo, uma vez que serão comparados dois grupos de jovens adultos com e sem comportamentos autolesivos.

3.2. Amostra

A amostra total estudada neste estudo foi constituída por um total de 123 jovens adultos, com idades compreendidas entre os 18 e 30 anos ($M = 23.56$, $DP = 2.87$). Vinte

e sete sujeitos não foram incluídos no estudo pelo facto de não se inserirem na faixa etária desejada. A amostra foi composta por 98 participantes do sexo feminino (79.7%) e 25 participantes do sexo masculino (20.3%) de nacionalidade portuguesa. Relativamente à naturalidade, 57 participantes são do Sul (48.7%), 28 são do Centro (23.9%), 23 são das Ilhas (19.7%) e 9 são do Norte (7.7%). Quanto ao estado civil, 116 participantes são solteiros (94.3%), 1 encontra-se casado (0.8%) e 6 participantes em união de facto (4.9%).

Quanto às habilitações académicas, a amostra contém 90 participantes com o Ensino Superior (73.2%), 26 com o Ensino Secundário (21.1%) e 3 possuem o 3º ciclo (2.4%). Os 4 restantes participantes apresentam Licenciatura (0.8%), o primeiro ano de Universidade (0.8%), o Ensino Secundário e profissional (0.8%) e o Mestrado (0.8%),

Relativamente ao acompanhamento psicológico/psiquiátrico, 75 dos participantes (61%) referiram que não foram ou não estão a ser acompanhados por um profissional. Os restantes 48 participantes (39%) responderam que já foram ou estão a receber acompanhamento. Quanto aos sujeitos diagnosticados com um problema psicológico ou psiquiátrico, 85 participantes (69.1%) não apresentam esta condição; em contrapartida, 38 participantes (30.9%) responderam ter um diagnóstico.

Quanto à questão “Alguma vez sentiu que não valia a pena viver?”, 68 participantes (55.3%) responderam “não” e 55 responderam “sim” (44.7%). Relativamente à autolesão intencional, 92 participantes (74.8%) referiram não se ter autoprejudicado e 31 participantes (25.2%) referiram ter esse comportamento. Por fim, no que concerne à tomada de decisão de retirar a própria vida, 103 sujeitos (83.7%) responderam que nunca tentaram, sendo que os restantes 20 (16.3%) arriscaram pôr fim à mesma.

Relativamente aos participantes que responderam “sim” às últimas duas questões acima referidas, foram direccionados a responder às quatro questões seguintes: quanto à primeira pergunta “Quantas vezes realizou comportamentos autolesivos ou tentativas de suicídios?”, 1 participante (21.4%) respondeu seis vezes, 2 participantes (14.3%) responderam 4 vezes, sendo que os restantes sujeitos deram respostas variadas, desde “algumas”, “mais de duas vezes”, e “muitas”, todas elas correspondendo a 3.6%. No que concerne à segunda questão “Indique que idade tinha quando realizou comportamentos autolesivos ou tentativas de suicídio pela primeira vez”, 6 participantes (20.6%), responderam “15 anos” e 5 (17.2%) responderam “16 anos”. De seguida, parece existir uma descida na prevalência de tais comportamentos em idades dos 12 (10.3%), 13 (13.7%) e 14 anos (13.8%). Acompanhando ainda esta diminuição, estão presentes idades

compreendidas entre os 17 e os 26 anos, cometendo esse comportamento apenas uma vez (3.4%). Posteriormente, na questão “Indique que idade tinha quando realizou comportamentos autolesivos ou tentativas de suicídio pela última vez”, 5 sujeitos responderam “14 anos” (16.6%), sendo a percentagem mais elevada. Abaixo dessa percentagem, estão presentes três participantes de 20 anos (10%) e três de 21 anos (10%). Relativamente aos restantes participantes, cada um obteve uma contagem nas idades compreendidas entre os 15 e os 17 anos (6.7%).

Relativamente ao método de autolesão utilizado, o que apresentou maior incidência foi a opção “cortes na pele com objeto cortante” (50%) respondida por 15 participantes. Seguidamente, 11 sujeitos (36.7%) relataram utilizar “intoxicação medicamentosa”. Por fim, 6 sujeitos responderam “cortes/contusão/flebotomia” (20%) e 4 participantes responderam “queimaduras na pele” (13.3%).

Na questão “Conhece familiares próximos que tentaram suicídio?”, 81 sujeitos (65.9%) responderam “não”; os restantes 42 participantes (34.1%) referiram “sim”. Quanto à pergunta “Conhece amigos que tenham tentado suicídio?”, 63 sujeitos relataram que “sim” (51.2%) e outros 60 que “não” (48.8%).

3.3. Instrumentos

3.3.1. Questionário de dados sociodemográficos e da história clínica

O Questionário de dados sociodemográficos foi construído especificamente para o âmbito deste estudo para recolher informação relevante acerca do jovem adulto tal como, idade, género, nacionalidade, distritos de residência e nascimento, estado civil, escolaridade e situação profissional.

As questões englobam ainda informação sobre problemas psicológicos ou psiquiátricos anteriores, acompanhamento, as características do ato suicida, nomeadamente a intencionalidade e o método, e dados prévios como a história de perturbações psicopatológicas, entre outras informações.

3.3.2. Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS)

A Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS) de Gratz e Roemer (2004), adaptada para a população portuguesa por Coutinho et al. (2010) avalia os níveis típicos de desregulação em seis domínios: não-aceitação das emoções negativas; incapacidade de se envolver em comportamentos dirigidos por objetivos quando experienciam emoções negativas; dificuldades em controlar comportamento impulsivo

quando experiencia emoções negativas; acesso limitado a estratégias de regulação emocional que são percebidas como efetivas; falta de consciência emocional e falta de clareza emocional (Gratz & Roemer, 2004). Esta escala contém 36 itens, respondidos numa escala lickert de 5 pontos do 1 (*quase nunca se aplica a mim*) ao 5 (*aplica-se quase sempre a mim*) (Coutinho et al., 2010).

No estudo original (Gratz & Roemer, 2004), foram confirmados índices satisfatórios de fiabilidade nas subescalas da DERS com um valor superior a 0.80 ($\alpha = .80$) em todas as subescalas, e .93 ($\alpha = .93$) na escala total.

Na presente investigação, o valor da escala total da DERS, apresentou um valor de ($\alpha = .96$), o que significa que o instrumento em questão a apresenta, de forma geral, bons indicadores de fidelidade. Foram também confirmados índices satisfatórios de fiabilidade, obtendo um valor de consistência interna na subescala Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional de ($\alpha = .90$); na subescala Não Aceitação das Emoções Negativas foi ($\alpha = .94$); na subescala Falta de Consciência Emocional o valor do alfa foi de ($\alpha = .79$); na subescala Dificuldades em Agir de Acordo com os Objetivos o valor foi de ($\alpha = .88$); por fim, a subescala Falta de Clareza Emocional teve um alfa de ($\alpha = .84$).

3.3.3. Escala de Ansiedade Depressão e Stresse (EADS)

A Escala de Ansiedade Depressão e Stresse (EADS) de Lovibond & Lovibond (1995) adaptada para a população portuguesa por Ribeiro et al. (2004) é constituída por 21 itens, agrupados em três subescalas (ansiedade, depressão e stresse), constituídas por 7 itens cada. Cada item consiste numa afirmação, que remete para sintomas emocionais negativos, pedindo-se ao sujeito que responda se a afirmação se lhe aplicou “na semana passada”. Para cada frase existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo Likert em que os sujeitos avaliam a extensão de gravidade ou frequência: “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim de muitas vezes”, “aplicou-se a mim a maior arte das vezes” (Ribeiro et al., 2004).

Na adaptação foram confirmadas as propriedades psicométricas da escala, sendo o coeficiente alfa da escala total .93, assim como para as subescalas de depressão ($\alpha=.85$), ansiedade ($\alpha=.74$) e stresse ($\alpha=.81$). Os resultados mostraram-se bastante satisfatórios (Ribeiro et al., 2004).

Na presente investigação, o valor da consistência interna da escala de Ansiedade, Depressão e Stress foi calculado através dos valores do alfa de Cronbach das subescalas e do total do instrumento. Foram confirmados índices satisfatórios de fiabilidade, obtendo um valor de consistência interna na subescala de Ansiedade ($\alpha = .90$); quanto à subescala da Depressão esta apresentou um valor de ($\alpha = .93$); por fim a subescala do Stress teve um valor de ($\alpha = .91$). Relativamente ao valor da escala total da EADS, esta apresentou um alfa de ($\alpha = .96$), o que significa que o instrumento em questão inclui de forma geral, bons indicadores de fidelidade.

3. 3. 4. Inventário de Ideação Suicida Positiva e Negativa (PANSI)

O Inventário de Ideação Suicida Positiva e Negativa (PANSI) *Positive and Negative Suicide Ideation Inventory*, desenvolvido por Osman et al. (1998) e em adaptação para a população portuguesa por Brás et al. tem como objetivo avaliar os pensamentos positivos e negativos relacionados com a ideação suicida nas duas últimas semanas. O PANSI é um instrumento de autorresposta, composto por 14 itens, expostos numa escala de Likert de cinco pontos, de 1 (Nunca) a 5 (Muito frequentemente). Divide-se em dois fatores: ideação negativa (e.g., “Sentiu desesperança face ao futuro e ponderou terminar com a sua própria vida?”) e ideação positiva (e.g., “Sentiu-se confiante na sua capacidade de lidar com a maioria dos problemas da sua vida?”), sendo o primeiro composto por oito itens e, o segundo por seis itens. Uma pontuação elevada de ideação negativa sugere uma maior frequência de ideação suicida, enquanto uma classificação elevada na ideação positiva remete para uma menor frequência de ideação suicida (Osman et al., 1998).

No estudo original de Osman et al. (1998) confirmaram índices satisfatórios de fiabilidade nas subescalas do PANSI, obtendo um valor de consistência interna na subescala Ideação Negativa de ($\alpha = .91$ e $\alpha = .93$) e na subescala Ideação Positiva de ($\alpha = .80$ e $\alpha = .82$).

Na presente amostra, o valor da consistência interna do Inventário de Ideação Positiva e Negativa (PANSI) foi calculado através dos valores do alfa de Cronbach das subescalas Ideação Negativa ($\alpha = .97$) e Ideação Positiva ($\alpha = .84$), obtendo consequentemente um valor da escala total de ($\alpha = .70$), o que significa que o instrumento em questão a apresenta, de forma geral, bons indicadores de fidelidade.

3.3.5. Inventário de declarações sobre autolesão (ISAS)

O Inventário de declarações sobre autolesão (ISAS) *Inventory of Statements About Self-injury* (ISAS) foi originalmente desenvolvido por Klonsky e Glenn (2008) e adaptado para a população portuguesa por Duarte et al. (2019).

O ISAS procura então avaliar os CAL sendo que a primeira sessão avalia a frequência ao longo da vida de 12 comportamentos autolesivos (CAL) realizados “intencionalmente (ou seja, de propósito) e sem intenção suicida”. Os comportamentos avaliados são: bater/bater em si mesmo, morder, queimar, esculpir, cortar, arrancar feridas, espetar agulhas, beliscar, puxar o cabelo, esfregar a pele contra superfícies ásperas, arranhões severos e engolir produtos químicos (Klonsky & Glenn, 2009). Os participantes são solicitados a estimar o número de vezes que realizaram cada comportamento (Klonsky & Glenn, 2009).

Cinco perguntas adicionais avaliam fatores descritivos e contextuais, incluindo idade de início, a experiência de dor durante o CAL, se o CAL é realizado sozinho(a) ou em torno de outras pessoas, tempo entre o desejo de se autolesionar e o ato e se o indivíduo deseja parar de se autolesionar os quatro últimos usam um formato de múltipla escolha (Completo, 2014).

Aqueles que apresentam um ou mais comportamentos CAL são instruídos a completar a segunda sessão do ISAS. Esta sessão avalia 13 funções potenciais do CAL: regulação afetiva, antidissociação, antissuicídio, autonomia, limites interpessoais, influência interpessoal, angústia marcante, vínculo entre pares, autocuidado, autopunição, vingança, busca de sensações e dureza. Cada função é avaliada por três itens, classificados como “0-não relevante”, “1-pouco relevante” ou “2-muito relevante” para a “experiência de autolesão [não suicida]” do indivíduo, assim, as pontuações para cada uma das 13 funções do ISAS podem variar de 0 a 6 (Completo, 2014).

Na presente investigação, os valores da consistência obtiveram um valor da escala total dos 12 itens (primeira parte) ($\alpha = .71$) o que significa que o instrumento em questão apresenta, de forma geral, bons indicadores de fidelidade. Quanto à segunda parte do ISAS, as 13 funções dos CAL deram um valor de ($\alpha = .83$).

3.4. Procedimentos de recolha de dados

O procedimento de recolha de dados realizou-se online, com recurso à plataforma digital Google Forms, através do preenchimento de formulários. O link de acesso aos questionários foi partilhado em grupos informais de jovens adultos através das redes

sociais, ambos acompanhados de uma breve explicação do objetivo a que a investigação se propôs. Na plataforma online de recolha de dados foi apresentado o devido consentimento informado e, apenas após confirmação do mesmo, surgiram os instrumentos por preencher. Após recolhida a amostra total de 150 participantes, foram apenas selecionados para estudo os jovens adultos que apresentavam idades entre os 18 e os 30 anos, o que se traduz num total de 123 participantes.

3.5. Análise de dados

Depois da recolha, os dados foram transferidos para o Excel e posteriormente tratados e analisados no programa de análise estatística IBM SPSS Statistics 24 (Statistical Package for the Social Sciences). Na análise foram selecionados os testes e técnicas mais adequados à amostra e aos objetivos do estudo, sendo que, numa fase inicial realizou-se a análise das estatísticas descritivas - médias e desvio-padrão. A análise dos resultados foi sempre em prol da amostra global e dos dois grupos: com CAL, que incluiu sujeitos que realizaram comportamento autolesivo, e sem CAL, que incluiu sujeitos que nunca realizaram comportamentos autolesivos.

Primeiramente, para comparar o historial clínico do próprio e da tentativa de suicídio de familiares e amigos, utilizou-se o Teste de Independência do Qui-quadrado, para identificar a associação entre as variáveis nominais assim como usada a estatística descritiva para avaliar a frequência e percentagem.

Para analisar os 12 comportamentos autolesivos da primeira parte do instrumento ISAS foi realizada uma análise descritiva através da comparação entre médias que permitiu identificar qual o método mais utilizado pelos jovens com comportamentos autolesivos. O mesmo ocorreu para a análise da segunda parte do ISAS, onde foram comparadas as medias das 13 funções dos CAL. De seguida foi realizada uma avaliação da relação entre as subescalas da EADS, DERS e PANSI para cada um dos grupos, com CAL e sem CAL, recorrendo à análise da correlação de *Pearson*. Com os parâmetros interpretativos, considerou-se que quando o valor de r é inferior a .03 indica uma correlação fraca, quando o valor de r está compreendido entre .03 e 0.6 indica uma correlação moderada e quando o valor de r se encontra superior a .06 indica uma correlação forte (Callegari, 2009).

Foi também aplicado o Teste T de Student para analisar se existiam diferenças significativas entre os valores médios de cada grupo, para as variáveis EADS, DERS e PANSI, assim como a magnitude de efeito pelo cálculo do d de Cohen. A magnitude do

efeito, considerou-se fraca quando o valor era inferior a .2; média quando o valor estava compreendido entre .2 e .5; e forte quando se encontrava entre .5 e .8 (Cohen, 1969).

Ainda neste estudo, realizou-se novamente uma análise através da estatística descritiva para analisar a frequência e percentagem dos sexos dos participantes através da comparação entre os indivíduos com e sem comportamentos autolesivos. Foi também realizado outro Teste T de Student para analisar se existiam diferenças significativas entre os valores médios de cada grupo, para as variáveis ansiedade e depressão em função do sexo dos participantes.

4. Resultados

O primeiro objetivo deste estudo foi explorar os níveis de ideação suicida positiva e negativa, ansiedade, depressão e as diferentes dificuldades de regulação emocional dos jovens adultos em estudo. No que respeita aos questionários referentes a cada instrumento estes foram avaliados pelo seu total, média e desvio padrão.

O valor total das subescalas do questionário PANSI foi respondido por 123 sujeitos, revelando uma média de 5.31 e um desvio padrão de 0.89. Quanto à subescala Ideação Positiva esta revelou uma média de 3.59 e um desvio padrão de 0.75. Relativamente à subescala da Ideação Negativa esta apresentou uma média de 1.72 e um desvio padrão de 1.13.

O total das subescalas do questionário EADS foi respondido por 123 sujeitos, revelando uma média de 44.65 e um desvio padrão de 16.67. Quanto à subescala Ansiedade esta revelou uma média de 13.80 e um desvio-padrão de 5.94. Relativamente à subescala Depressão esta apresentou uma média de 13.92 e um desvio padrão de 6.11.

O total das subescalas do questionário DERS foi respondido por 123 sujeitos, revelando uma média de 91.90 e um desvio padrão de 26.86. No questionário DERS, a subescala Regulação emocional foi respondida por 123 sujeitos, revelando uma média de 21.21 e um desvio padrão de 7.69; a subescala Não-aceitação das emoções negativas revelou uma média de 15.57 e um desvio padrão de 7.12; a subescala falta de Consciência emocional revelou uma média de 12.42 e um desvio padrão de 4.24; a subescala Dificuldade no controlo de impulsos revelou uma média de 14.24 e um desvio padrão de 6.10; a subescala Dificuldades em agir de acordo com os objetivos revelou uma média de 17.08 e um desvio padrão de 4.97; por fim, a subescala Falta de clareza emocional revelou uma média de 11.38 e um desvio padrão de 4.26 .

Quanto ao questionário ISAS (1ª Parte) este foi preenchido apenas por aqueles que apresentam comportamentos autolesivos sendo estes 31 participantes, revelando uma média total dos 12 comportamentos autolesivos de 4.90 e um desvio padrão de 2.80. Para finalizar, o total das 13 funções dos CAL do questionário ISAS (2ª Parte) também foi respondido por 31 participantes com CAL, revelando uma média de 7.68 de 8.58 e um desvio padrão de 3.69.

4.1. Análise da história clínica e de comportamentos suicidários

De acordo com o segundo objetivo deste estudo foi analisado se haviam diferenças significativas entre os indivíduos com e sem comportamentos autolesivos no que respeita a características da história clínica e de comportamentos suicidários.

Tabela 1.

Análise descritiva e comparativa da história clínica e história de comportamentos suicidários em função da existência de comportamentos autolesivos dos jovens adultos

	Amostra Global (N= 123)		Sem CAL (N=92)		Com CAL (N=31)		X ²	p
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não		
DIAGN	39 (31.7%)	84 (68.3%)	18 (19.8%)	73 (80.2%)	21 (65.6%)	11 (34.4%)	22.98	<.001
AP	49 (39.8%)	74 (60.2%)	25 (27.5%)	66 (72.5%)	24 (75.0%)	8 (25.0%)	22.31	<.001
D	56 (45%)	67 (54.5%)	29 (31.9%)	62 (68.1%)	27 (84.4%)	5 (15.6%)	26.32	<.001
TS-P	21 (17.1%)	102 (82.9%)	3 (3.3%)	88 (96.7%)	18 (56.3%)	14 (43.8%)	46.89	<.001
TS-F	43 (35%)	80 (65%)	33 (36.3%)	58 (63.7%)	10 (31.3%)	22 (68.8%)	0.26	.609
TS-A	62 (50.4%)	61 (49.6%)	45 (49.5%)	46 (50.5%)	17 (53.1%)	15 (46.9%)	0.13	.721

Nota. X²= Distribuição do Qui-Quadrado; Com CAL=Com comportamento autolesivos; Sem CAL= Sem comportamento autolesivos; DIAG= historial de diagnóstico de problemas de saúde mental do próprio; AP= Apoio psicológico; D=Historial de sentimentos de desespero do próprio; CA-P= Historial de comportamentos autolesivos do próprio; TS-P= Historial de tentativas de suicídio do próprio; TS-F= Historial de tentativas de suicídio na família; TS-A= Historial de tentativas de suicídio de amigos.

Procurou-se conhecer a história clínica e de comportamentos autolesivos nos jovens-adultos, primeiramente na amostra global, seguindo da separação entre indivíduos com e sem comportamentos autolesivos.

Analisando primeiramente a amostra global, dos 123 participantes, 39 declararam ter recebido um diagnóstico de saúde mental (31.7%), percentagem inferior comparativamente aos 84 participantes que não receberam diagnóstico (68.3%). Relativamente ao apoio psicológico, 49 participantes relataram ter precisado desse apoio (39.8%) demonstrando uma percentagem inferior comparativamente aos 74 participantes que não precisaram de apoio psicológico (60.2%). Resultados idênticos verificaram-se no

sentimento de desespero em que 56 participantes disseram ter sentido (45%) e 67 relatam não ter sentido tal sentimento (54.5%). No que respeita à tentativa de suicídio do próprio, 21 participantes relatam ter realizado tal comportamento (17.1%), percentagem inferior comparativamente aos 102 participantes que não tentaram suicídio (82.9%). Quanto ao conhecimento de tentativas de suicídio na família, 43 participantes revelaram ter tido esse conhecimento (35%), no entanto, 80 participantes relataram não conhecer familiares que tenham tentado o suicídio (65%), revelando uma percentagem mais alta comparativamente ao grupo afirmativo. Por último, no que concerne ao conhecimento de tentativas de suicídio em amigos, 62 participantes relataram ter esse conhecimento demonstrando uma percentagem ligeiramente mais elevada (50.4%) do que o grupo que não apresenta conhecimento de amigos que tenham tentado suicídio (49.6%).

Passando à análise para os dois grupos com e sem autolesão, os resultados no grupo com comportamentos autolesivos dos 31 participantes, 21 destes haviam tido um diagnóstico de saúde mental (65.6%). Já no grupo sem comportamentos autolesivos dos 92 participantes, apenas 18 destes referiram ser diagnosticados apresentando uma percentagem menor (19.8%) comparativamente com os sujeitos com comportamentos autolesivos. Aquando do estudo comparativo, verificam-se diferenças estatisticamente significativas [$\chi^2 = 22.98, p < .001$].

Relativamente ao pedido de apoio psicológico, no grupo com comportamentos autolesivos, 24 participantes já haviam pedido esse apoio (75.0%). No grupo sem comportamentos autolesivos, 25 jovens efetuaram também esse pedido (27.5%), no entanto, o grupo com comportamentos autolesivos demonstra ter mais tendência a pedir apoio psicológico. Do ponto de vista estatístico, estas diferenças mostram-se significativas [$\chi^2 = 22.31, p < .001$].

Quanto ao sentimento de desespero foi possível averiguar que, no grupo com comportamentos autolesivos, 27 dos mesmos já haviam experienciado este sentimento (84.4%). No grupo sem comportamentos autolesivos, 29 participantes tiveram sentimentos de desespero (31.9%). Pode-se então afirmar que existe um valor superior de jovens com comportamentos autolesivos que experienciaram tal sentimento comparativamente com os jovens sem comportamentos autolesivos. Relativamente ao estudo comparativo, verificam-se diferenças estatisticamente significativas [$\chi^2 = 26.32, p < .001$].

No que respeita à história de comportamentos suicidas do próprio, verificou-se que, no grupo com comportamentos autolesivos 18 dos jovens já realizaram tentativas de suicídio (56.3%). Já no grupo sem comportamentos autolesivos apenas 3 jovens realizaram tal comportamento (3.3%), verificando-se uma percentagem inferior. Relativamente à sua estatística encontram-se diferenças significativas [$\chi^2= 46.89$, $p<.001$].

Quanto à história de comportamentos suicidas de familiares, verificou-se que, no grupo com comportamentos autolesivos, 10 dos jovens já conheceram familiares que cometeram tais comportamentos (31.3%). Relativamente ao grupo sem esse comportamento 33 participantes já conheceram familiares que cometeram tentativas de suicídio (36.3%). Pode-se afirmar que este último grupo apresenta um valor mais alto ao nível de conhecimento familiar comparativamente ao grupo com comportamento autolesivos. Estatisticamente estas diferenças não se mostram significativas [$\chi^2= 0.26$, $p=.609$].

Por último, relativamente à história de comportamentos suicidas de amigos, verificou-se que, no grupo com comportamento autolesivos, 17 participantes relatam conhecer amigos com este comportamento (53.1%). Já o grupo sem comportamento autolesivos, 45 dos participantes referem conhecer amigos com comportamentos suicidas (49.5%) tal resultado, demonstra um valor inferior comparado com os indivíduos com comportamento autolesivos. Quanto ao ponto de vista estatístico, estas diferenças não se mostram significativas [$\chi^2= 0.13$, $p=.721$].

Tabela 2.

Caracterização do recurso a diferentes tipos de comportamentos autolesivos (ISAS)

Variáveis	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Cortar	23	19.81	35.55
Morder	19	9.63	19.70
Queimar	5	0.50	1.34
Esculpir	2	0.09	0.39
Beliscar	19	28.56	89.42

Variáveis	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Puxar cabelo	16	44.25	178.22
Arranhar	24	40.25	93.89
Bater si próprio	16	15.32	37.26
Interferir cicatriz	16	62.41	181.86
Esfregar pele	8	20.00	88.61
Picar	6	16.94	88.24
Engolir Substâncias	3	1.09	5.31

Nota. *N*= Número de participantes; *M*= Média; *DP*=Desvio Padrão.

Através da análise apenas do grupo com comportamentos autolesivos foi realizada, de acordo com o terceiro objetivo deste estudo uma comparação de modo a descrever o recurso a diferentes tipos de comportamentos autolesivos e a função dos mesmos. Foram também aferidas estatísticas descritivas inerentes ao tipo de autolesão procurando-se averiguar a presença de médias, em função desse mesmo comportamento.

Em relação aos comportamentos que apresentam valores mais elevados estão presentes o comportamento de Interferir na Cicatriz ($M=62.41$; $DP=181.86$); o ato de Puxar o cabelo ($M=44.25$; $DP=178.22$); o ato de Arranhar ($M=40.25$; $DP=93.89$); e por fim, o ato de Beliscar ($M=28.56$; $DP=89.42$).

Com resultados ligeiramente a baixo dos acima referidos, foi obtido no ato de Esfregar a pele um valor de ($M=20.00$; $DP=88.61$); seguidamente, o comportamento de Cortar ($M=19.81$; $DP=35.55$); o ato de Picar ($M=16.94$; $DP=88.24$); e por fim, o ato de Bater em si próprio ($M=15.32$; $DP=37.26$).

Com resultados inferiores está presente o ato de Morder ($M=9.63$; $DP=19.70$); seguindo-se o comportamento de Engolir substâncias ($M=1.09$; $DP=5.31$); o ato de Queimar ($M=0.50$; $DP=1.34$); e por fim, o ato de Esculpir ($M=0.09$; $DP=0.39$).

Tabela 3.

Média e desvio-padrão das 13 funções dos CAL dos jovens adultos com comportamentos autolesivos.

Variáveis	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Regulação Emocional	22	1.38	0.65
Fronteira Interpessoal	16	0.92	0.78
Autopunição	13	0.60	0.65
Autocuidado	15	0.76	0.72
Anti Dissociação	19	1.08	0.76
Anti Suicídio	7	0.32	0.56
Procura Sensações	13	0.60	0.65
Ligação Pares	7	0.36	0.64
Influência Interpessoal	12	0.60	0.71
Resistência	23	1.52	0.65
Simbolização Sofrimento	20	1.28	0.79
Vingança	11	0.64	0.81
Autonomia	14	0.75	0.74

Nota. *N*= Número de participantes; *M*= Média; *DP*=Desvio Padrão.

Através da análise apenas do grupo com comportamentos autolesivos foi realizada uma comparação entre esse mesmo grupo e as 13 funções de autolesão. Foram também aferidas estatísticas descritivas inerentes às 13 funções de autolesão, procurando-se averiguar a presença de médias, em função desse mesmo comportamento.

Em relação aos comportamentos que apresentam valores mais elevados estão presentes a função Resistência ($M=1.52$; $DP=0.65$); seguidamente a função de Regulação Emocional ($M=1.38$; $DP=0.65$); a função Simbolização de Sofrimento ($M=1.28$; $DP=0.79$); e por fim, a função Anti Dissociação ($M=1.08$; $DP=0.76$).

Com resultados ligeiramente a baixo dos acima referidos está presente a função Fronteira Interpessoal ($M=0.92$; $DP=0.78$); seguidamente a função Autocuidado ($M=0.76$; $DP=0.72$); a variável Autonomia ($M=0.75$; $DP=0.74$); e por fim, a função Vingança ($M=0.64$; $DP=0.81$).

Com resultados inferiores está presente a função Autopunição ($M=0.60$; $DP=0.65$); seguidamente a função Procura Sensações ($M=0.60$; $DP=0.65$); a variável Influência Interpessoal ($M=0.60$; $DP=0.71$); a função Ligação Pares ($M=0.36$; $DP=0.64$); e por fim, a função Anti Suicídio ($M=0.32$; $DP=0.56$).

4.2. Características descritivas e correlações entre a sintomatologia depressiva, ansiedade, dificuldades de regulação emocional e ideação suicida

Foi realizada, de seguida, a análise da relação entre a sintomatologia depressiva, ansiedade, dificuldades de regulação emocional e ideação suicida nos jovens adultos com e sem história de comportamentos autolesivos, no sentido de dar resposta ao quarto objetivo do presente estudo.

Tabela 4.

Média, desvio-padrão e correlações entre as subescalas da EADS, DERS e PANSI nos jovens adultos com e sem comportamentos autolesivos.

	M (SD)		EADS (Ans)	EADS (Dep)	DERS (RE)	DERS (NA)	DERS (CoE)	DERS (CIm)	DERS (Obj)	DERS (ClEm)	PANSI (Pos)	PANSI (Neg)
	Sem CAL	Com CAL										
Ans(EADS)	12.64(5.36)	17.09(6.34)		.71**	.35	.31	.19	.40*	.19	.46**	.03	.30
Dep(EADS)	12.26(5.16)	18.63(6.24)	.79**		.60**	.49**	.28	.46**	.41*	.46**	-.23	.61**
RE (DERS)	19.66(7.29)	25.63(7.15)	.64**	.65**		.62**	.13	.75**	.63**	.18	-.20	.44*
NA (DERS)	13.96(6.60)	20.16(6.61)	.56**	.53**	.68**		.07	.48**	.41*	.12	-.19	.47**
CoE (DERS)	11.89(4.19)	13.94(4.07)	.38**	.41**	.40**	.48**		.22	.05	.74**	-.20	.38*
CIm (DERS)	12.80(5.55)	18.31(5.82)	.49**	.39**	.69**	.54**	.37**		.58**	.28	-.13	.36*
Obj (DERS)	16.66(5.09)	18.28(4.46)	.38**	.38**	.67**	.44**	.20	.45**		.27	-.26	.27
ClEm(DERS)	10.62(3.97)	13.56(4.35)	.47**	.54**	.49**	.54**	.70**	.46**	.29**		-.16	.36*
Pos (PANSI)	3.77(0.63)	3.09(0.83)	-.48**	-.59**	-.50**	-.30**	-.37**	-.34**	-.34**	-.47**		-.64**
Neg (PANSI)	1.28(0.59)	2.97(1.36)	.41**	.45**	.36**	.20**	.10	.34**	.18	.29**	-.44**	

Nota. * = significativo a .05; ** = significativo a .01; Sem CAL parte inferior; Com CAL parte superior;

As correlações acima descritivas estão representadas de acordo com o grupo de jovens adultos com e sem comportamentos autolesivos. Desta forma, analisando em primeiro lugar os jovens *sem* comportamentos autolesivos, a subescala Depressão apresenta uma correlação positiva forte com a Ansiedade ($r=.79$, $p <.001$).

Relativamente à subescala Regulação Emocional esta demonstra uma correlação positiva forte com a subescala da Ansiedade ($r=.64$, $p <.001$) e com a subescala da Depressão ($r=.65$, $p <.001$).

A subescala Não Aceitação apresenta uma correlação positiva moderada com a subescala da Ansiedade ($r=.56, p <.001$), Depressão ($r=.53, p <.001$) e uma correlação positiva forte com a subescala da Regulação Emocional ($r=.68, p <.001$).

Quanto à subescala Consciência Emocional esta revela uma correlação positiva moderada com a subescala da Ansiedade ($r=.38, p <.001$), Depressão ($r=.41, p <.001$), Regulação Emocional ($r=.40, p <.001$) e Não Aceitação ($r=.48, p <.001$).

Relativamente à subescala Controlo de Impulsos esta apresenta uma correlação positiva moderada com a subescala da Ansiedade ($r=.49, p <.001$), Depressão ($r=.39, p <.001$), Não Aceitação ($r=.543, p <.001$) e Consciência Emocional ($r=.37, p <.001$). Já a subescala Regulação Emocional apresenta uma correlação positiva forte ($r=.69, p <.001$).

A subescala Objetivos demonstra uma correlação positiva moderada com a subescala da Ansiedade ($r=.38, p <.001$), Depressão ($r=.38, p <.001$), Não Aceitação ($r=.44, p <.001$) e Controlo de Impulsos ($r=.45, p <.001$). Quanto à subescala Regulação Emocional esta revela uma correlação positiva forte ($r=.670, p <.001$).

No que concerne à subescala Clareza Emocional esta apresenta uma correlação positiva moderada com a subescala da Ansiedade ($r=.47, p <.001$), Depressão ($r=.54, p <.001$), Regulação Emocional ($r=.49, p <.001$), Não Aceitação ($r=.54, p <.001$) e Controlo de Impulsos ($r=.46, p <.001$). Já a subescala Consciência Emocional apresenta uma correlação positiva forte ($r=.70, p <.001$) e a subescala dos Objetivos apresenta uma correlação positiva fraca ($r=.29, p=.005$).

Quanto à subescala da Ideação Positiva esta apresenta uma correlação negativa moderada com a subescala da Ansiedade ($r= -.478, p <.001$), Depressão ($r= -.59, p <.001$), Regulação Emocional ($r= -.50, p <.001$), Consciência Emocional ($r= -.37, p <.001$), Controlo de Impulsos ($r= -.34, p=.001$), Objetivos ($r= -.34, p <.001$) e Clareza Emocional ($r= -.47, p <.001$). Relativamente à subescala Não Aceitação esta revela uma correlação negativa fraca ($r= -.30, p=.004$).

Por fim, a subescala da ideação Negativa apresenta uma correlação positiva moderada com a subescala da Ansiedade ($r=.41, p <.001$), Depressão ($r=.45, p <.001$), Regulação Emocional ($r=.36, p <.001$) e Controlo de Impulsos ($r=.34, p=.001$). Já a subescala da Não Aceitação apresenta uma correlação positiva fraca ($r=0.20, p=.004$) assim como, a subescala da Clareza Emocional ($r=.29, p <.001$). Quanto à subescala da Ideação Positiva esta demonstra uma correlação negativa moderada ($r= -.44, p <.001$).

De seguida, procedeu-se à análise das correlações para o grupo de indivíduos *com* comportamentos autolesivos.

Quanto à subescala da Ansiedade, esta apresenta uma correlação positiva moderada com a subescala de Controlo de Impulsos ($r=.40, p=.024$) e Clareza Emocional ($r=.46, p=.009$) e uma correlação positiva forte com a subescala da Depressão ($r=.71, p <.001$).

A subescala da Depressão apresenta uma correlação positiva moderada com a subescala Regulação de Emoções ($r=.60, p <.001$), Não aceitação ($r=.49, p=.005$), Controlo de Impulsos ($r=.46, p=.008$), Objetivos ($r=.41, p=.019$) e Clareza Emocional ($r=.46, p=.008$). Já a subescala da Ideação Negativa demonstra uma correlação positiva forte ($r=.61, p <.001$).

A subescala da Regulação de Emoções apresenta uma correlação positiva forte com a subescala da Não aceitação ($r=.62, p <.001$), Controlo de Impulsos ($r=.75, p <.001$) e Objetivos ($r=.63, p <.001$) e uma correlação positiva moderada com a subescala da Ideação Negativa ($r=.44, p=.011$).

Quanto à subescala da Não Aceitação esta revela uma correlação positiva moderada com a subescala, Controlos de Impulsos ($r=.48, p=.006$), Objetivos ($r=.41, p=.020$), e Ideação Negativa ($r=.47, p=.007$).

A subescala da Consciência Emocional apresenta uma correlação positiva forte com a subescala Clareza Emocional ($r=.74, p <.001$) e uma correlação positiva moderada com a subescala da Ideação Negativa ($r=.38, p=.030$).

Relativamente à subescala da Controlo de Impulsos esta demonstra uma correlação positiva moderada com a subescala Objetivos ($r=.58, p <.001$) e a Ideação Negativa ($r=.36, p=.041$).

Por fim, a subescala da Clareza Emocional revela uma correlação positiva moderada com a subescala da Ideação Negativa ($r=.36, p=.044$) e a subescala da Ideação Positiva apresenta uma correlação negativa forte com a subescala da Ideação Negativa ($r= -.64, p <.001$).

4.3. Comparação da sintomatologia depressiva, ansiosa, dificuldades de regulação emocional e ideação suicida em função da história de comportamentos autolesivos.

Foi realizada, de acordo com o quinto objetivo do estudo, a comparação entre os níveis de sintomatologia depressiva, ansiosa, dificuldades de regulação emocional e ideação suicida em função da história de comportamentos autolesivos entre jovens

adultos com e sem esses comportamentos. Foram também aferidas estatísticas descritivas inerentes às variáveis estudadas e procurou-se averiguar a presença de médias, em função dos comportamentos autolesivos do participante.

Tabela 5.

Estatísticas Descritivas e Diferenças de Média em Função dos Comportamentos Autolesivos nos jovens adultos.

	Amostra Total (N= 123)		Sem CAL (N= 92)		Com CAL (N= 31)		<i>d</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Ansiedade (EADS)	13.80	5.94	12.64	5.36	17.09	6.34	-0.76	3.85	.122
Depressão (EADS)	13.92	6.11	12.26	5.16	18.63	6.23	-1.11	5.68	.069
Regulação Emocional (DERS)	21.21	7.69	19.66	7.29	25.63	7.15	-0.83	4.01	.759
Não Aceitação (DERS)	15.57	7.12	13.96	6.61	20.16	6.61	-0.94	4.57	.992
Consciência Emocional (DERS)	12.42	4.24	11.89	4.19	13.94	4.07	-0.50	2.40	.708
Controlo Impulsos (DERS)	14.24	6.10	12.80	5.55	18.31	5.82	-0.97	4.77	.734
Objetivos (DERS)	17.08	4.97	16.66	5.09	18.28	4.46	-0.34	1.60	.530
Clareza Emocional (DERS)	11.38	4.26	10.62	3.97	13.56	4.35	-0.71	3.52	.741
Positivo (PANSI)	3.59	0.75	3.77	0.63	3.09	0.83	0.92	-4.77	.028
Negativo (PANSI)	1.72	1.13	1.28	0.59	2.97	1.36	-1.61	9.61	<.001

Nota. *M*= Média; *DP*=Desvio Padrão; *d*= *d* de Cohen; *t*= Teste *t* de Student para amostras independentes; Sem CAL= Sem comportamentos autolesivos; Com CAL= Com comportamentos autolesivos.

Quanto ao instrumento EADS, na amostra total, a subescala da Ansiedade obteve um valor médio de 13.80 (*DP*= 5.94) e na subescala Depressão uma média de 13.92; (*DP*=6.11). Na subescala da Ansiedade as análises apontam diferenças estatisticamente não significativas entre indivíduos com e sem CAL [*t* (121) = 3.85, *p*=.122], indicando o *d* de Cohen uma magnitude de efeito forte (*d*=-0.76). Os indivíduos sem CAL demonstram valores mais baixos comparativamente aos indivíduos que apresentam tal

comportamento. Quanto à subescala da Depressão, as análises apontam diferenças estatisticamente não significativas entre os CAL [$t(121) = 5.677, p = .069$] com uma magnitude de efeito forte ($d = -1.11$) e os indivíduos sem CAL demonstram níveis igualmente inferiores comparativamente aos indivíduos que apresentam tal comportamento.

Quanto instrumento DERS, a subescala de Regulação Emocional teve um valor médio de 21.21 ($DP = 7.69$) na amostra total. As análises apontam diferenças estatisticamente não significativas entre os CAL [$t(121) = 4.01, p = .759$] com uma magnitude de efeito forte ($d = -0.83$) e os indivíduos sem CAL demonstram valores mais baixos comparativamente aos indivíduos que apresentam tal comportamento.

De seguida, a subescala Não-Aceitação teve um valor médio de 15.57 ($DP = 7.12$) na amostra total. As análises apontam diferenças estatisticamente não significativas entre os CAL [$t(121) = 4.57, p = .992$] com uma magnitude de efeito forte ($d = -0.94$) e os indivíduos sem CAL demonstram novamente valores mais baixos comparativamente aos indivíduos que apresentam tal comportamento.

Relativamente à subescala Consciência Emocional esta teve um valor médio de 12.42 ($DP = 4.237$) na amostra total. As análises apontam diferenças estatisticamente não significativas entre os CAL [$t(121) = 2.40, p = .708$] com uma magnitude de efeito forte ($d = -0.50$). Os indivíduos sem CAL demonstram valores mais baixos comparativamente aos indivíduos que apresentam tal comportamento.

Quanto à subescala Controlo de Impulsos esta teve um valor médio de 14.24; ($DP = 6.10$) na amostra total. As análises apontam diferenças estatisticamente não significativas entre os CAL [$t(121) = 4.77, p = .734$] com uma magnitude de efeito forte ($d = -0.97$). Os indivíduos sem CAL demonstram valores mais baixos comparativamente aos indivíduos que apresentam tal comportamento.

A subescala Objetivos teve um valor médio de 17.08 ($DP = 4.970$) na amostra total. As análises apontam diferenças estatisticamente não significativas entre os CAL [$t(121) = 1.60, p = .53$] com uma magnitude de efeito médio ($d = -0.34$) e os indivíduos sem CAL demonstram valores mais baixos comparativamente aos indivíduos que apresentam tal comportamento.

Por último, a subescala Clareza Emocional teve um valor médio de 11.38 ($DP = 4.26$) na amostra total. As análises apontam diferenças estatisticamente não significativas entre os CAL [$t(121) = 3.52, p = .741$] com uma magnitude de efeito forte

($d=-0.71$) e os indivíduos sem CAL demonstram valores mais baixos comparativamente aos indivíduos que apresentam tal comportamento.

Quanto ao instrumento PANSI, a subescala da Ideação Positiva obteve um valor médio de 3.59 ($DP=0.75$) e a subescala da Ideação Negativa um valor médio de 1.72 ($DP=1.13$) na amostra total. Na subescala da Ideação Positiva as análises apontam diferenças estatisticamente não significativas entre os CAL [$t(121) = -4.77, p=.028$] com uma magnitude de efeito forte ($d=0.92$) e os indivíduos sem CAL demonstram valores ligeiramente mais elevados comparativamente aos indivíduos que apresentam tal comportamento. Quanto à subescala da Ideação Negativa, as análises apontam diferenças estatisticamente significativas entre os CAL [$t(121) = 9.61, p < .001$] com uma magnitude de efeito forte ($d=-1.61$) e os indivíduos sem CAL demonstram níveis inferiores ($M=1.28; DP=0.59$) comparativamente aos indivíduos que apresentam tal comportamento ($M=2.97; DP=1.36$). Esta análise demonstra que a Ideação Positiva e a Ideação Negativa não vão ao mesmo encontro, visto terem resultados distintos no que respeita aos jovens com e sem comportamentos autolesivos.

4.4. Frequência e percentagem do sexo dos participantes com e sem comportamentos autolesivos.

Ao longo deste estudo, foi realizada uma análise descritiva e comparativa dos jovens com e sem comportamentos autolesivos de forma a seja possível perceber se existe diferenças entre o sexo masculino e feminino e se estas são significativas.

Tabela 6.

Análise descritiva e comparativa da frequência e percentagem dos jovens com e sem comportamentos autolesivos em função do sexo.

	Sexo dos Sujeitos		X ²	P	Total
	Masculino	Feminino			
Com CAL	5(15.6%)	27 (84.4%)	15.13	<.001	32 (26%)
Sem CAL	19 (20.9%)	72 (79.1%)	30.87	<.001	91 (74%)
Total	24 (19.5%)	99 (80.5%)	28.30	<.001	100

A tabela 6 analisa ambos os sexos feminino e masculino em função dos comportamentos autolesivos. O grupo feminino com comportamento autolesivo apresenta um valor mais elevado (84.4%) comparativamente aos participantes do sexo masculino (15.6%) com o mesmo comportamento, sendo esta diferença estatisticamente significativa [$\chi^2 = 15.13$, $p < .001$]. Relativamente a amostra global, é possível verificar que a percentagem de participantes do sexo feminino é também mais elevada (80.5%) comparativamente aos participantes do sexo masculino (19.5%) verificando-se de igual forma diferenças estatisticamente significativas [$\chi^2 = 28.30$, $p < .001$].

4.5. Comparação da sintomatologia depressiva e ansiosa em função do sexo dos participantes com e sem comportamentos autolesivos.

Foi explorada, de acordo com o sexto objetivo do presente estudo, a comparação entre os níveis de sintomatologia depressiva, ansiosa e ideação suicida, em função da história de comportamentos autolesivos entre jovens do sexo feminino e masculino. Foram também aferidas estatísticas descritivas inerentes às variáveis estudadas e procurou-se averiguar as médias, em função dos comportamentos autolesivos e do sexo do participante.

Tabela 7.

Estatísticas Descritivas e Diferenças de Média em Função do Sexo dos Participantes com e sem Comportamentos Autolesivos nas subescalas EADS e PANSI.

		Sexo dos Sujeitos				<i>d</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
		Masculino		Feminino				
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Ansiedade (EADS)	Sem CAL	13.26	5.39	12.47	5.38	0.15	0.57	.797
	Com CAL	18.40	3.13	16.85	6.78	0.29	0.50	.042
Depressão (EADS)	Sem CAL	13.68	5.06	11.89	5.16	0.35	1.36	.604
	Com CAL	18.80	3.70	18.59	6.64	0.04	0.07	.088
IP (PANSI)	Sem CAL	3.64	0.53	3.80	0.66	-0.27	-1.00	.090
	Com CAL	3.17	0.51	3.08	0.88	0.13	0.21	.050
IN (PANSI)	Sem CAL	1.64	0.91	1.18	0.43	0.65	3.22	<.001
	Com CAL	2.60	0.83	3.04	1.44	-0.37	-0.65	.012

Nota. IP = Ideação Positiva; IN= Ideação Negativa

A análise da Tabela 7 permite-nos constatar a existência de diferenças significativas em função do sexo nos valores de ansiedade [$t(30) = 0.50, p=.042$], ideação positiva [$t(30) = 0.21, p=.050$] e ideação negativa [$t(30) = -0.65, p=.012$] no grupo com CAL e nos valores de ideação negativa [$t(89) = 3.22, p=<.001$] no grupo sem CAL.

No grupo de jovens-adultos com história de CAL, os valores de ansiedade são significativamente mais elevados no sexo masculino ($M=13.26; DP=5.39$) do que no sexo feminino ($M=12.47; DP=5.38$), sendo esta diferença de magnitude mediana ($d_{cohen}=0.29$).

Os valores médios de ideação suicida positiva foram significativamente mais elevados nos jovens-adultos do sexo masculino ($M=3.17; DP=0.51$) com comportamentos autolesivos comparativamente ao sexo feminino ($M=3.08; DP=0.88$), cuja magnitude da diferença é considerada fraca ($d_{cohen} = 0.13$)

No que respeita à ideação negativa, nos jovens-adultos com história de CAL, os valores médios de ideação suicida são mais elevados no sexo feminino ($M=3.04;$

$DP=1.44$) do que no sexo masculino ($M=2.60$; $DP=0.83$), sendo a magnitude do efeito considerada mediana ($d\ cohen = -0.37$).

No grupo sem CAL, a ideação negativa é significativamente mais elevada no sexo masculino ($M=1.64$; $DP=0.91$) do que no sexo feminino ($M=1.18$; $DP=0.43$), sendo a magnitude da diferença considerada forte ($d\ cohen = 0.65$).

No que diz respeito aos valores de sintomatologia depressiva não foram alcançadas diferenças significativas entre os sexos, em nenhum dos grupos, com e sem CAL. No grupo sem CAL, também não foram encontradas diferenças significativas entre os sexos, nos valores de ansiedade e ideação suicida positiva.

5. Discussão e conclusão

A investigação teve como principal objetivo conhecer as variáveis que influenciam os jovens adultos com e sem história de comportamentos autolesivos, nomeadamente a ansiedade, a depressão, a regulação emocional e a ideação suicida. Para esse efeito, a amostra total foi dividida em dois grupos: o primeiro grupo incluiu todos os participantes que realizaram exclusivamente comportamento autolesivo e, o segundo todos os participantes sem história de comportamento autolesivo.

Primeiramente, no que concerne às características sociodemográficas da amostra global, os participantes são na sua maioria do sexo feminino (79.7%), entre os 18 e os 30 anos, com o ensino superior (73.2%) e de nacionalidade portuguesa (96.7%). Tal como aconteceu noutros estudos com incidência na mesma temática (Sobrinho & Campos, 2016; Spino et al., 2016) a maioria dos participantes são mulheres.

Quanto ao sexo dos participantes, no grupo com comportamentos autolesivos a maioria são do sexo feminino (84.4%), apresentando um número mais elevado do que o sexo masculino com CAL (15.6%). Estes dados mostram que a autolesão é diferente no que diz respeito ao género, o que vai ao encontro de investigações de diversos autores (Arria et al., 2009; Hawton et al., 2012; Van Orden et al., 2010; Xavier et al., 2018) que referem que o comportamento autolesivo é mais prevalente no sexo feminino. A literatura refere ainda que são as mulheres que realizam mais comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio (DGS, 2013).

Relativamente ao primeiro objetivo deste estudo, foram explorados os níveis de ideação suicida positiva e negativa, ansiedade, depressão e as diferentes dificuldades de regulação emocional dos jovens-adultos na população geral. Os resultados apontam que existe maior ideação positiva, ou seja, menos pensamentos relacionados com o suicídio

nos jovens comparativamente à população de jovens com ideação suicida. Este resultado vai ao encontro do estudo de Vasconcelos-Raposo et al. (2016), no qual a maioria dos jovens adultos também apresentou baixos níveis de ideação suicida.

Quanto à sintomatologia depressiva e ansiosa, a prevalência de jovens-adultos com depressão é maior comparativamente aos jovens-adultos com sintomatologia ansiosa. Estes resultados diferem do estudo de Brandner (2009) onde os índices de ansiedade foram maiores do que os de depressão nos jovens adultos. Relativamente às subescalas da DERS houve uma maior prevalência de Dificuldades de regulação emocional; Dificuldades em agir de acordo com os objetivos; Não-aceitação de emoções negativas; e por último, Dificuldades no controlo de impulsos. Tais resultados confirmam o contexto de vulnerabilidade ao sofrimento psicológico dos jovens adultos já apontado por outros autores (e.g., Fonseca et al., 2008).

Quanto ao segundo ao objetivo, ou seja, analisar se há diferenças significativas entre os indivíduos com e sem CAL no que respeita à história clínica e de comportamentos suicidários, o grupo com comportamentos autolesivos revelou percentagens superiores comparativamente ao grupo sem esses comportamentos, revelando diferenças significativas em todas as variáveis. Tal resultado demonstra que os indivíduos que se autolesionam foram mais diagnosticados com um problema de saúde mental o que sugere, que a presença de diagnóstico de saúde mental é um fator de risco, aumentando a propensão para o desenvolvimento de condutas autolesivas no jovem adulto. Este resultado também vai ao encontro das investigações de Madge et al. (2011) e Hooley e Germain, (2014) que referem diagnóstico de psicopatologia em sujeitos com CAL. Também neste estudo, os sujeitos com comportamentos autolesivos procuraram mais apoio psicológico e tiveram maior sentimento de desespero, o que pode indicar que a desesperança é um fator de risco para os comportamentos autolesivos.

Relativamente à tentativa de suicídio do próprio, os participantes com comportamentos autolesivos apresentaram um nível mais alto de tentativas comparativamente aos jovens sem comportamentos autolesivos. Evidências científicas têm identificado que um historial anterior de conduta autolesiva aumenta a probabilidade de o indivíduo desenvolver tentativas de suicídio e ideação suicida (Guerreiro & Sampaio, 2013). No entanto, o grupo com comportamento autolesivos e o grupo sem comportamento autolesivo afirmaram na sua maioria, não conhecer familiares com história de comportamento suicida (67.7% e 68.8% respetivamente) e não foi encontrada relação significativa entre as variáveis, o que não vai ao encontro com a literatura que

refere existir associação entre as mesmas (DGS, 2013). O mesmo parece ocorrer quanto à tentativa de suicídio dos amigos onde não foi encontrada uma diferença significativa entre as variáveis.

De acordo com o terceiro objetivo deste estudo, foi elaborada a descrição dos diferentes tipos de CAL e a função dos mesmos. No que concerne aos 12 comportamentos autolesivos do instrumento ISAS, os métodos mais reportados pelos participantes foram os atos de interferir na cicatriz, o puxar o cabelo, arranhar e beliscar. Relativamente ao método de corte, este não revelou ser o mais prevalente como afirmado em estudos anteriores, e os comportamentos mais identificados pelos jovens adultos também não parecem corresponder ao estudo de Klonsky (2011), que refere a prevalência de métodos de corte, arranhões graves, bater e morder o próprio e cravar símbolos na pele. Ainda assim, dentro dos comportamentos citados por Klonsky (2011) apenas o ato de arranhar se encontra no presente estudo como um dos comportamentos mais frequentes. Este resultado poderá dever-se a especificidades da amostra e do atual contexto em que a mesma foi recolhida.

Relativamente às 13 funções dos comportamentos autolesivos, a função mais reportada pelos participantes com autolesão foi a tomada de consciência da resistência à dor quando é realizado o ato (eg., “Ver se aguento a dor”), a tentativa de regulação emocional ao realizar o mesmo (eg., “Acalmar-me”), a simbolização do sofrimento demonstrando aos outros o que estão a sentir (eg., “Criar uma marca que mostre como me sinto”); e, por fim, a anti-dissociação, onde os sujeitos provocam dor ao se autolesionar para que possam focar-se nessa dor física substituindo a psíquica (eg., “Provocar dor para que sinta alguma coisa”). Estes resultados vão ao encontro do estudo de Chapman et al. (2006) que realizou uma análise fatorial realizada para o contexto dos CAL. Mais de 20% dos participantes resultou em nove fatores, dentro destes estiveram presentes as funções acima descritas. Também o estudo de Coid (1993) sugere que 80-94% dos indivíduos relatam sentir-se melhor após realizarem comportamentos autolesivos com alívio de ansiedade e tensão insuportáveis. Estes resultados corroboram novamente este estudo no que respeita à tentativa de regulação emocional por parte dos sujeitos com comportamentos autolesivos.

Tais resultados do presente estudo demonstram a falta de acesso às estratégias de regulação emocional relacionadas aos sujeitos com CAL sendo importante sugerir que os planos de intervenção e prevenção devam concentrar em ensinar aos sujeitos uma variedade de competências e estratégias de regulação emocional, incluindo

psicoeducação. Estudos longitudinais demonstram, ainda que focar nas competências de regulação emocional desde o início tem efeitos protetores para o desenvolvimento da ideação suicida e nos CAL (Chapman et al., 2006).

Quanto ao quarto objetivo do presente estudo, foi analisada a relação entre a sintomatologia depressiva, ansiosa, dificuldades de regulação emocional e ideação suicida nos jovens adultos com e sem história de CAL.

Relativamente aos jovens adultos *sem* comportamentos autolesivos, constatou-se que a depressão apresentou uma correlação positiva forte e significativa com a ansiedade, ou seja, neste grupo os jovens que apresentaram níveis elevados na sintomatologia depressiva tendem também a ter níveis elevados na sintomatologia ansiosa. Relativamente a estes dois sintomas, Denney et al. (2009) revelam que a associação entre ambos é frequente na literatura e aponta alta comorbidade entre as duas.

Ao analisar a regulação emocional esta apresentou uma correlação positiva forte e significativa com a ansiedade e com a depressão, o que quer dizer que os sujeitos sem CAL que apresentaram maior défice de regulação emocional, também tendem a ter níveis elevados na sintomatologia ansiosa e depressiva. Este resultado parece ir ao encontro de Gratz e Roemer (2004) que referem que os défices de regulação emocional estão associados a sintomas depressivos assim como, os autores Bullis et al. (2019) que referem que são os défices de RE, que estão na raiz da maioria das perturbações emocionais.

Relativamente ao instrumento PANSI, a ideação positiva apresentou uma correlação negativa moderada e significativa com a ansiedade e depressão, regulação emocional, consciência emocional, controlo de impulsos, objetivos e clareza emocional. Já a subescala não-aceitação revelou uma correlação negativa fraca e significativa. Ou seja, os participantes que demonstraram níveis de ideação positiva tendem a ter menores níveis de ansiedade, depressão, menor défice de regulação emocional e consciência emocional, menos dificuldade no controlo de impulsos e no agir de acordo com os objetivos, menor falta de clareza emocional assim como, menores níveis de não-aceitação de emoções negativas.

Por fim, a ideação negativa apresentou uma correlação positiva moderada e significativa com a ansiedade e depressão, regulação emocional e controlo de impulsos. Já a subescala da não-aceitação apresentou uma correlação positiva fraca assim como a subescala da clareza emocional, sendo ambas significativas. Quanto à ideação positiva esta revelou uma correlação negativa moderada e significativa com a ideação negativa. Estes resultados sugerem que os sujeitos que apresentaram níveis de ideação negativa

tendem a ter maiores níveis de ansiedade, depressão, déficit de regulação emocional, déficit no controlo de impulsos assim como, uma ligeira dificuldade em aceitar emoções negativas e um ligeiro déficit de clareza emocional.

Estes resultados vão ao encontro do autor Roberto (2009), o qual refere que a presença de ideação suicida está associada a menores níveis de saúde mental nos jovens adultos. Também o estudo de Arria et al. (2009) parece corroborar os dados do presente estudo, pois refere que a percentagem de jovens que apresentam ideação suicida e sintomatologia depressiva é bastante significativa, uma vez que à medida que aumenta a severidade dos sintomas depressivos aumentam as ideias de suicídio. Ainda relativamente a esta análise, nos sujeitos sem CAL com ideação negativa, ou seja, com mais pensamentos acerca do suicídio, apresentaram uma tendência a ter uma baixa ideação positiva.

Relativamente ao grupo de jovens adultos *com* comportamentos autolesivos, foi analisado que a ansiedade apresentou uma correlação positiva moderada e não significativa com a subescala de controlo de impulsos e clareza emocional e uma correlação positiva forte e significativa com a subescala da depressão, ou seja, os sujeitos que apresentaram maiores níveis de ansiedade tendem a ter maior déficit no controlo de impulsos, falta de clareza emocional e níveis elevados na sintomatologia depressiva. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Madge et al. (2011) em que refere que os jovens com CAL apresentam maior psicopatologia geral, tal como ansiedade, depressão, impulsividade e agressividade.

Quanto à depressão esta apresentou uma correlação positiva moderada e significativa com a subescala regulação de emoções e não-aceitação; e uma correlação positiva moderada e não significativa com o controlo de impulsos, objetivos e clareza emocional. Já a subescala da ideação negativa apresenta uma correlação positiva forte e significativa. Pode-se então referir que os participantes que tiveram sintomatologia depressiva, também tendem a ter défices de regulação emocional mais altos assim como, dificuldade em aceitar emoções negativas, maior impulsividade, dificuldades em agir de acordo com os objetivos, défices de clareza emocional e apresentam também níveis elevados quanto à ideação negativa. Quanto à última variável (ideação negativa), o estudo de Borges e Werlang (2006) referiram que um jovem com depressão tem 9 vezes mais hipóteses de manifestar ideação suicida do que aqueles que não apresentam depressão. Também referem que a associação entre a ideação suicida e a depressão não é inesperada, dado que uma das manifestações dos comportamentos depressivos está ligada aos desejos

de morte, o que leva a tentativas de suicídio frequentes e ao suicídio consumado, o que parece ir ao encontro dos resultados desta análise.

Relativamente à subescala da regulação de emoções, esta apresentou uma correlação positiva forte e significativa com a subescala da não-aceitação, controlo de impulsos e objetivos e uma correlação positiva moderada e não significativa com a subescala da ideação negativa. Tal dado revela que os participantes com CAL que apresentaram maior défice regulação emocional, tendem a apresentar níveis elevados no que respeita à dificuldade em aceitar emoções negativas, maior défice no controlo de impulsos e maior dificuldade de agir de acordo com os objetivos. Também apresentam níveis consideráveis na ideação negativa. Estes resultados referentes à regulação emocional, parecem ser consistentes com outros estudos como o de Gratz e Roemer (2004) que referem que a frequência de automutilação está associada à não-aceitação emocional, um fator que provavelmente aumenta o risco de evitação emocional. Também parecem ir ao encontro do estudo de Wolff et al. (2019) e Clapham e Brausch, (2021) onde apoiaram a possibilidade de associações entre aspetos dos défices de RE com envolvimento mais frequente de CAL, bem como ideação suicida entre jovens adultos.

Por fim, a ideação positiva revelou uma correlação negativa forte e significativa com a subescala da ideação negativa. Este resultado revela que os jovens que tem ideação positiva, ou seja, menos pensamentos acerca do suicídio, tendem a apresentar menores níveis de ideação negativa.

Foi ainda realizado de acordo com o quinto objetivo, uma comparação das subescalas EADS, DERS e PANSI em função da história de comportamentos autolesivos.

Quanto às subescalas da EADS, os jovens com comportamentos autolesivos demonstram ter níveis mais altos de sintomatologia ansiosa e depressiva comparativamente aos sujeitos sem esse comportamento. No entanto, essa diferença parece não ser significativa. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Madge et al. (2011), o qual refere que os jovens com CAL apresentam mais sintomas depressivos e ansiosos quando comparados com os grupos de controlo.

Relativamente à análise do instrumento DERS, jovens com comportamentos autolesivos apresentam maior défice em todas as subescalas comparativamente aos jovens sem comportamentos autolesivos. No entanto, estas diferenças também não foram significativas do ponto de vista estatístico. Estes resultados corroboram outros autores, como Gratz e Roemer (2004), que referem que as dificuldades específicas de regulação emocional estão ligadas aos comportamentos autolesivos. Relativamente ao ato

impulsivo, Evans et al. (2000) encontraram altos índices de impulsividade em pacientes com CAL, em comparação com indivíduos da população em geral. Novamente, este resultado vai ao encontro do estudo atual onde através desta análise verificou-se que os jovens com CAL apresentam maior déficit no controlo de impulsos.

Por fim, no que concerne à ideação suicida do instrumento PANSI, os indivíduos sem comportamentos autolesivos demonstraram ter uma maior ideação positiva comparativamente aos indivíduos com comportamentos autolesivos, no entanto, essas diferenças não foram significativas. Já a ideação suicida negativa obteve valores mais elevados nos jovens com comportamentos autolesivos comparativamente aos jovens sem esse comportamento, sendo que esta diferença foi significativa do ponto de vista estatístico. Este resultado demonstra que jovens com CAL apresentam uma maior ideação suicida do que jovens sem CAL. Documentos oficiais como o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013-2017) referem efetivamente que a ideação suicida pode dar origem aos comportamentos autolesivos.

De acordo com o sexto objetivo do presente estudo, foi também realizada uma comparação da ansiedade, depressão e ideação suicida em função do sexo dos participantes com e sem comportamentos autolesivos.

Obteve-se que a ansiedade e a depressão foram mais elevadas no sexo masculino com comportamentos autolesivos do que pelo sexo feminino com o mesmo comportamento, no entanto, não foram encontradas diferenças significativas entre as variáveis. Também estas duas sintomatologias se mostraram mais frequentes nos jovens do sexo masculino sem comportamentos autolesivos comparativamente ao sexo feminino onde mais uma vez as diferenças entre as variáveis não se mostraram significativas. Este último resultado referente aos jovens sem CAL não vai ao encontro da maioria dos estudos como refere Gama et al. (2008) ao afirmar a existência de maiores índices, tanto de ansiedade quanto de depressão, entre as mulheres com idades compreendidas entre os 25 e os 44 anos. Também vários estudos apontam a prevalência da sintomatologia depressiva e ansiosa em mulheres, não só no meio académico, mas também na população geral (Kessler et al., 1994).

Ainda assim, no que respeita à sintomatologia depressiva e ansiosa nos jovens sem CAL foi efetuado um estudo descritivo realizado por Gil (2008) que corrobora esta ideia, pois participaram 238 jovens adultos portugueses e no que respeita à sintomatologia depressiva, stress e ansiedade foi possível observar que os homens apresentaram maiores níveis de depressão comparativamente às mulheres.

Quanto à ideação suicida, os jovens do sexo masculino com CAL demonstraram ter maiores níveis de Ideação Positiva do que as jovens do sexo feminino, sendo esta diferença significativa do ponto de vista estatístico. Já no grupo sem CAL, os valores invertem, pois, o sexo masculino apresenta menor Ideação Positiva comparativamente ao sexo feminino, no entanto, estas diferenças não foram significativas.

Relativamente à Ideação Negativa, esta é menor no sexo masculino com CAL do que no sexo feminino com o mesmo comportamento. Já no grupo sem CAL, o sexo masculino apresenta maior ideação negativa comparativamente ao sexo feminino, sendo estas diferenças significativas do ponto de vista estatístico em ambos os grupos. Desta forma, pode-se concluir que a ideação suicida no grupo com comportamentos autolesivos parece ser mais prevalente em mulheres do que nos homens. Este resultado corrobora a literatura, na medida em que as mulheres tendem a apresentar maior prevalência de comportamentos autolesivos e maior ideação suicida (e.g., DGS, 2013). Já no grupo sem comportamentos autolesivos, a ideação suicida é mais prevalente nos homens do que nas mulheres, o que também foi encontrado no estudo de Van Orden et al. (2010) o qual sugere que é entre os homens que se observam maiores níveis de ideação suicida, embora a literatura tenda a sugerir uma tendência diferente.

Estes resultados salientam a importância de delinear estratégias de prevenção do suicídio diferenciadas para homens e mulheres, considerando em simultâneo o seu historial ao que respeita à ocorrência de comportamentos autolesivos anteriores.

Apesar de os resultados do estudo serem bastante interessantes e corroborarem globalmente a literatura, podem ser apontadas algumas limitações. Uma dessas limitações poderá prender-se com a considerável extensão do protocolo de recolha de dados, que poderá ter motivado a diminuição dos níveis atencionais, de concentração e motivação dos participantes, influenciando sobre a qualidade das suas respostas. Outra limitação foi o facto de originalmente a amostra ser de 150 participantes e ter sido retirado 27 dos mesmos, pois não estavam incluídos na faixa etária pretendida (18 aos 30 anos) diminuindo assim o número total da amostra e, por sua vez, possíveis sujeitos com comportamentos autolesivos. Por fim, outra limitação parece ser o facto da dificuldade sentida em encontrar estudos que comparassem jovens com comportamentos autolesivos e jovens da população geral sem esse tipo de comportamentos, o que dificultou a análise da relação entre ambos os grupos do estudo atual para com outras investigações.

Em suma, ao perceber através deste estudo que os jovens com comportamentos autolesivos apresentam níveis mais altos de ansiedade e depressão, assim como défices

de regulação emocional é inquestionável a importância de continuar a investigar os fatores preditores do processo suicidário, não só para os compreender, mas também para uma natureza preventiva e de sinalização de casos de risco, de forma a desenvolverem-se estratégias eficazes que diminuam a prevalência de comportamentos autolesivos e de ideação suicida. Nesse sentido, é de extrema importância que haja um acompanhamento contínuo, próximo e especializado, para os jovens com propensão para pensamentos e comportamentos autolesivos assim como, estratégias de prevenção para as idades mais jovens em meio escolar, como por exemplo ensino básico e secundário. Nesse contexto, poderiam ser abordados temas acerca dos fenómenos do processo suicidário (e.g. sintomatologia, fatores de risco, sinais de alarme) e outras que promovam o desenvolvimento de estratégias de coping funcionais neste âmbito, dirigidas tanto aos técnicos como aos mais jovens.

Esta estratégia preventiva poderia evitar que estes adolescentes, ao se tornarem jovens adultos, mais tarde viessem a realizar comportamentos autolesivos ou que pudessem vir a apresentar ideação suicida. Ademais, seria benéfica uma avaliação psicológica completa e atenta, pela aplicação de questionários que identifiquem os jovens em risco para o suicídio, e a subsequente intervenção psicológica especializada e individual do jovem.

Também no que concerne à sintomatologia depressiva e ansiosa nos sujeitos com e sem comportamentos autolesivos, este estudo demonstrou que o sexo masculino apresenta com maior prevalência ansiedade e depressão. Seria benéfico que houvesse mais estudos que pudessem avaliar a influencia de fatores preditores em função do sexo na sintomatologia ansiosa, depressiva e nos comportamentos autolesivos pois parece haver ainda alguma discrepância entre estudos acerca dessa temática.

6. Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatística de Trastornos Mentais*. Artmed Editora Ltda./Grupo A Educação S.A Gerente editorial - Biociências: Letícia Bispo de Uma.
- Andover, M. S., Morris, B. W., Wren, A., & Bruzese, M. E. (2012). The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 11. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-11>

- Angelakis, I., Austin, J. L., & Gooding, P. (2020). Association of Childhood Maltreatment with Suicide Behaviors among Young People: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*, 3(8). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.12563>
- Angelakis, I., Gillespie, E. L., & Panagioti, M. (2019). Childhood maltreatment and adult suicidality: A comprehensive systematic review with meta-analysis. In *Psychological Medicine* (Vol. 49, Issue 7, pp. 1057–1078). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/S0033291718003823>
- Arcoverde, R. L., & Soares, L. S. L. de C. (2012). Funções Neuropsicológicas Associadas a Conduas Autolesivas: Revisão Integrativa de Literatura. *Psicologia: Reflexao e Critica*, 25(2), 293–300. <https://doi.org/10.1590/S0102-7972201200020001>
- Arria, A. M., O'Grady, K. E., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Wilcox, H. C., & Wish, E. D. (2009). Suicide ideation among college students: A multivariate analysis. *Archives of Suicide Research*, 13(3), 230–246. <https://doi.org/10.1080/13811110903044351>
- Arslan, G., Ayranci, U., Unsal, A., & Arslantas, D. (2009). Prevalence of depression, its correlates among students, and its effect on health-related quality of life in a Turkish university. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 114(3), 170–177. <https://doi.org/10.1080/03009730903174339>
- Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(8), 667–672. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0345-x>
- Blasco, M. J., Castellví, P., Almenara, J., Lagares, C., Roca, M., Sesé, A., Piqueras, J. A., Soto-Sanz, V., Rodríguez-Marín, J., Echeburúa, E., Gabilondo, A., Cebrià, A. I., Miranda-Mendizábal, A., Vilagut, G., Bruffaerts, R., Auerbach, R. P., Kessler, R. C., Alonso, J., Barbaglia, G., ... Vives, M. (2016). Predictive models for suicidal thoughts and behaviors among Spanish University students: Rationale and methods of the UNIVERSAL (University & mental health) project. *BMC Psychiatry*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0820-y>
- Bentley, K. H., Nock, M. K., & Barlow, D. H. (2014). The four-function model of nonsuicidal self-injury: Key directions for future research. *Clinical Psychological Science*, 2(5), 638–656. <https://doi.org/10.1177/2167702613514563>

- Borges, V. R., & Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 11(3), 345–351. <https://doi.org/10.1590/s1413-294x2006000300012>
- Brandtner, M., Bardagi, M. (2009) Sintomatologia de Depressão e Ansiedade em Estudantes de uma Universidade Privada do Rio Grande do Sul Depression and Anxiety Symptomatology in Students from a Private University from Rio Grande do Sul. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2 (2), 81 - 91. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v2n2/v2n2a04.pdf>
- Brausch, A. M., & Woods, S. E. (2019). Emotion Regulation Deficits and Nonsuicidal Self-Injury Prospectively Predict Suicide Ideation in Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(3), 868–880. <https://doi.org/10.1111/sltb.12478>
- Brezo, J., Paris, J., Vitaro, F., Hébert, M., Tremblay, R. E., & Turecki, G. (2008). Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. *British Journal of Psychiatry*, 193(2), 134–139. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.037994>
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), 609–620. <https://doi.org/10.1037/h0080369>
- Bullis, J. R., Boettcher, H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2019). What is an emotional disorder? A transdiagnostic mechanistic definition with implications for assessment, treatment, and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 26(2), 1–19. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12278>
- Campos, R. C., & Holden, R. R. (2016). Testing a Theory-Based Model of Suicidality in a Community Sample. *Omega (United States)*, 74(2), 119–137. <https://doi.org/10.1177/0030222815598428>
- Cano-Montalbán, I., & Quevedo-Blasco, R. (2018). Sociodemographic variables most associated with suicidal behaviour and suicide methods in Europe and America. A systematic review. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 10(1), 15–25. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2018a2>
- Callegari-Jacques, S. M. (2003) Bioestatística: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artemed . 255 p
- Carlotto, M. S., Nakamura, A. P., & Câmara, S. G. (2006). Síndrome de Burnout em estudantes universitários da área da saúde. *Psico*, 37(1), 57–62.
- Carvalho, A. (2014). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio. *Suicídio e*

- Comportamentos Autolesivos: Dos Conceitos à Prática Clínica*, 541–552.
- Cavanagh, J., Carson, A., Sharpe, M., & Lawrie, S. (2003). *Psychological Autopsy Studies of Suicide: A Systematic Review*. *Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review*. May. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006943>
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395–405. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006943>
- Cerchiari, E. A. N., Caetano, D. & Faccenda, O. (2005a). Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia*, 10(3), 413-420.
- Cerchiari, E. A. N., Caetano, D. & Faccenda, O. (2005b). Utilização do serviço de saúde mental em uma universidade pública. *Psicologia Ciência e Profissão*, 25(2), 252-265.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 371–394. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.005>
- Clapham, R., & Brausch, A. (2021). Emotion regulation deficits across the spectrum of self-harm. *Death Studies*, 0(0), 1–8. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1972366>
- Cleto, P e Costa, M. (2000). A mobilização de recursos sociais e de coping para lidar com a transição de escola no início da adolescência. *Inovação*, 13, 2000, 69-88. Cohen, J. (1969). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd edit). Lawrence Erlbaum Associates.
- Coid, J. W. (1993). An affective syndrome in psychopaths with borderline personality disorder? *British Journal of Psychiatry*, 162(MAY), 641–650. <https://doi.org/10.1192/bjp.162.5.641>
- Completo, J. (2014). *A Influência das funções intrapessoais e interpessoais na auto-injúria não suicida e na ideação suicida*. Dissertação de Mestrado apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão Portuguesa da escala de dificuldades de regulação emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(4), 145–151. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000400001>

- Dalgard, O. S., Dowrick, C., Lehtinen, V., Vazquez-Barquero, J. L., Casey, P., Wilkinson, G., Ayuso-Mateos, J. L., Page, H., & Dunn, G. (2006). Negative life events, social support and gender difference in depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *41*(6), 444–451. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0051-5>
- Denney, J., Rogers, R., Krueger, P., & Wadsworth, T. (2009). Adult suicide mortality in the United States: Marital status, family size, socioeconomic status and differences by sex. *Social Science Quarterly*, *90*(5), 1167–1185. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-6237.2009.00652.x>
- Diário de Notícias. (Dez,2018). *Foram detetadas cerca de 9 mil crianças em risco de maus tratos. A maioria dos casos são por negligencia e desde de 2010 que continuam a subir.* <https://www.dn.pt/vida-e-futuro/foram-detetadas-cerca-de-9-mil-criancas-em-risco-de-maus-tratos-10304985.html>
- Dieserud, G., Forsén, L., Braverman, M. T., & Røysamb, E. (2002). Negative life events in childhood, psychological problems and suicide attempts in adulthood: A matched case-control study. *Archives of Suicide Research*, *6*(4), 291–308. <https://doi.org/10.1080/13811110214525>
- DGS (Direção-Geral de Saúde) (2013). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013/2017). Retirado de <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf>.2013.
- Duarte, E., Gouveia-Pereira, M., & Gomes, H. S. (2019). Development and Factorial Validation of the Inventory of Deliberate Self-Harm Behaviours for Portuguese Adolescents. *Psychiatric Quarterly*, *90*(4), 761–776. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09660-1>
- Eisenberg, D., Gollust, S., Golberstein, E., & Hefner, J. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *American Journal of Orthopsychiatry*, *77*(4), 534–542. doi :10.1037/0002-9432.77.4.534
- Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review*, *24*(8), 957–979. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.04.005>
- Evans, J., Reeves, B., Platt, H., Leibenau, A., Goldman, D., Jefferson, K., & Nutt, D. (2000). Impulsiveness, serotonin genes and repetition of deliberate self-harm (DSH). *Psychological Medicine*, *30*(6), 1327–1334.

- Fang, X., Brown, D. S., Florence, C. S., & Mercy, J. A. (2012). The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child Abuse and Neglect*, *36*(2), 156–165. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.10.006>
- Favazza, A. R., DeRosear, L., & Conterio, K. (1989). Self-mutilation and eating disorders. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *19*(4), 352-361.
- Ferreira, C. L., de Almondes, K. M., Braga, L. P., Mata, Á. N. de S., Lemos, C. A., & Maia, E. M. C. (2009). Evaluation of trait and state anxiety in first year students. *Ciencia e Saude Coletiva*, *14*(3), 973–981. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232009000300033>
- Figel, F. C., Menegatti, C. L., & Pinheiro, E. do P. N. (2013). Suicide attempts: a contingency analysis. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, *30*(2), 211–218. <https://doi.org/10.1590/s0103-166x2013000200007>
- Fonseca, A. A. da, Coutinho, M. da P. de L., & Azevedo, R. L. W. de. (2008). Representações sociais da depressão em jovens universitários com e sem sintomas para desenvolver a depressão. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *21*(3), 492–498. <https://doi.org/10.1590/s0102-79722008000300018>
- Franklin, J. C., Puzia, M. E., Lee, K. M., Lee, G. E., Hanna, E. K., Spring, V. L., & Prinstein, M. J. (2013). The nature of pain offset relief in nonsuicidal self-injury: A laboratory study. *Clinical Psychological Science*, *1*(2), 110–119. <https://doi.org/10.1177/2167702612474440>
- FREITAS, G. V. S. DE, & BOTEGA, N. J. (2002). Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, *48*(3), 245–249. <https://doi.org/10.1590/s0104-42302002000300039>
- Fliege, H., Lee, J. R., Grimm, A., & Klapp, B. F. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. In *Journal of Psychosomatic Research* (Vol. 66, Issue 6, pp. 477–493). <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.10.013>
- Fulwiler, C., Forbes, C., Santangelo, S. L., & Folstein, M. (1997). Self-mutilation and suicide attempt: Distinguishing features in prisoners. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, *25*(1), 69–77.
- Gama, M. M. A., Moura, G. S., Araújo, R. F., & Teixeira-Silva, F. (2008). Ansiedade-traço em estudantes universitários de Aracaju (SE). *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, *30*(1), 19–24. <https://doi.org/10.1590/S0101->

81082008000100007

- Ganz, D., Braquehais, M. D., & Sher, L. (2010). Secondary prevention of suicide. *PLoS Medicine*, 7(6), 1–4. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000271>
- Gil, A. Carlos. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. Atlas
- Giorgio, J. M., Sanflippo, J., Kleiman, E., Reilly, D., Bender, R. E., Wagner, C. A., Liu, R. T., & Alloy, L. B. (2010). An experiential avoidance conceptualization of depressive rumination: Three tests of the model. *Behaviour Research and Therapy*, 48(10), 1021–1031. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.07.004>
- Gooding, P. A., Hurst, A., Johnson, J., & Tarrier, N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(3), 262–270. <https://doi.org/10.1002/gps.2712>
- Gross, J. J., Feldman Barrett, L., John, O., Lane, R., Larsen, R., & Pennebaker, J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. In *Review of General Psychology* (Vol. 2, Issue 5).
- Gottman, J. M., & Katz, L. F. (1989). Effects of marital discord on young children's peer interaction and health. *Developmental Psychology*, 25(3), 373–381. <https://doi.org/10.1037//0012-1649.25.3.373>
- Gratz, K. L. (2001). Measurement of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory 1. In *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* (Vol. 23, Issue 4).
- Gratz, & Roemer, L. (2004). 2004_Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS).pdf. *Journal Of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1).
- Guerreiro, D. F., Cruz, D., Frasilho, D., Santos, J. C., Figueira, M. L., & Sampaio, D. (2013). Association Between Deliberate Self-Harm and Coping in Adolescents: A Critical Review of the Last 10 Years' Literature. *Archives of Suicide Research*, 17(2), 91–105. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.776439>
- Guerreiro, D. F., & Sampaio, D. (2013). Deliberate self-harm in adolescents: A literature review with focus on Portuguese language research. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 31(2), 204–213. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.05.001>
- Guerry, J. D., & Prinstein, M. J. (2010). Longitudinal prediction of adolescent nonsuicidal self-injury: Examination of a cognitive vulnerability-stress model. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(1), 77–89. <https://doi.org/10.1080/15374410903401195>
- Hankin, B. L., & Abela, J. R. (2011). Nonsuicidal self-injury in adolescence: Prospective rates and risk factors in a 2

- ½year longitudinal study. *Psychiatry Research*, 186, 65-70.
doi:10.1016/j.psychres.2010.07.056
- Hamza, C. A., & Willoughby, T. (2015). Nonsuicidal self-injury and affect regulation: Recent findings from experimental and ecological momentary assessment studies and future directions. *Journal of clinical psychology*, 71(6), 561-574.
- Hawton, K., Saunders, K. E. A., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373–2382. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Hooley, J. M., & St. Germain, S. A. (2014). Nonsuicidal self-injury, pain, and self-criticism: Does changing self-worth change pain endurance in people who engage in self-injury? *Clinical Psychological Science*, 2(3), 297–305. <https://doi.org/10.1177/2167702613509372>
- Horváth, L. O., Győri, D., Komáromy, D., Mészáros, G., Szentiványi, D., & Balázs, J. (2020). Nonsuicidal Self-Injury and Suicide: The Role of Life Events in Clinical and Non-Clinical Populations of Adolescents. *Frontiers in Psychiatry*, 11(May), 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00370>INE – Instituto Nacional de Estatística (2008). Boletim Mensal de Estatística – Março de 2008. Lisboa: I.N.E
- Joiner, T. E., Steer, R. A., Brown, G., Beck, A. T., Pettit, J. W., & Rudd, M. D. (2003). Worst-point suicidal plans: A dimension of suicidality predictive of past suicide attempts and eventual death by suicide. *Behaviour Research and Therapy*, 41(12), 1469–1480. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00070-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00070-6)
- Kaniuka, A. R., Kelliher-Rabon, J., Chang, E. C., Sirois, F. M., & Hirsch, J. K. (2020). Symptoms of Anxiety and Depression and Suicidal Behavior in College Students: Conditional Indirect Effects of Non-Suicidal Self-Injury and Self-Compassion. *Journal of College Student Psychotherapy*, 34(4), 316–338. <https://doi.org/10.1080/87568225.2019.1601048>
- Keinan, G. (1987). Decision Making Under Stress: Scanning of Alternatives Under Controllable and Uncontrollable Threats. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 639–644. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.639>
- Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for

- lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 617–626. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.7.617>
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8–19. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950010008002>
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226–239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>
- Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: Prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*, 41(9), 1981–1986. <https://doi.org/10.1017/S0033291710002497>
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the Functions of Non-suicidal Self-injury: Psychometric Properties of the Inventory of Statements about Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3), 215–219. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z>
- Klonsky, E. D., & Lewis, S. P. (2014). Assessment of Nonsuicidal Self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *The Oxford handbook of suicide and self-injury* (pp. 337- 351). New York: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195388565.001.0001>
- Klonsky, E. D., & Olino, T. M. (2008). Inventory of Statements About Self-Injury. *PsycTESTS®*. <https://search-proquest-com.proxy-oceano.deusto.es/docview/1561038913?accountid=14529>
- Lasgaard, M., Goossens, L., & Elklit, A. (2011). Loneliness, depressive symptomatology, and suicide ideation in adolescence: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(1), 137–150. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9442-x>
- Liang L, Zhao JY, Kathryn T, Bekker A, T. Y. (2019). The Impact of Negative Life Events on Attempted Suicide in Rural China. HHS Public Access. *Physiology & Behavior*, 176(3), 139–148. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000727>
- Linda, W. P., Marroquín, B., & Miranda, R. (2012). Active and Passive Problem Solving as Moderators of the Relation Between Negative Life Event Stress and Suicidal

- Ideation Among Suicide Attempters and Non-Attempters. *Archives of Suicide Research*, 16(3), 183–197. <https://doi.org/10.1080/13811118.2012.695233>
- Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Grashow, R., Gal, G., Braehler, E., & Weisskopf, M. G. (2014). Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: Systematic review and meta-analysis. In *International Journal of Public Health* (Vol. 59, Issue 2, pp. 359–372). Birkhauser Verlag AG. <https://doi.org/10.1007/s00038-013-0519-5>
- Liu, R. T., Frazier, E. A., Cataldo, A. M., Simon, V. A., Spirito, A., & Prinstein, M. J. (2014). Negative life events and non-suicidal self-injury in an adolescent inpatient sample. *Archives of suicide research*, 18, 251-258. doi:10.1080/13811118.2013.824835
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.
- Luciane De Oliveira, K., Angeli, A. A., Santos, D., Cruvinel, M., Liberalesso, A., & Ae, N. (2006). RELAÇÃO ENTRE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E DESESPERANÇA ENTRE GRUPOS DE IDOSOS. In *Psicologia em Estudo* (Issue 11).
- Madge, N., Hawton, K., McMahon, E. M., Corcoran, P., De Leo, D., De Wilde, E. J., Fekete, S., Van Heeringen, K., Ystgaard, M., & Arensman, E. (2011). Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: Findings from the child & adolescent self-harm in Europe (CASE) study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20(10), 499–508. <https://doi.org/10.1007/s00787-011-0210-4>
- Mann, J. J., Wateraux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 181–189. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.2.181>
- Marshal, M. P. (2003) For better or for worse? The effects of alcohol use on marital functioning. Department of Psychiatry, Western Psychiatric Institute and Clinic, 2811 O'Hara Street, Pittsburg, PA 15213, USA *Clin Psychol Rev.* 2003 December ; 23(7): 959–997. doi:10.1016/j.cpr.2003.09.002.
- Martins, P. C. R. (2007). O amante competente e outros campos do imaginário coletivo de universitários sobre dificuldades sexuais masculinas. Tese de doutoramento,

Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP

- Mata, J., Reis, A. I., & Brás, M. (2021). Perfeccionismo, sintomatologia depressiva e acontecimentos de vida negativos na ideação suicida em jovens-adultos. *Psique*, 17(1). <https://doi.org/10.26619/2183-4806.xvii.nt.5>
- Matos Gonçalves, A., Pinto de Freitas, P., & Da Cruz Sequeira, C. (2011). Comportamentos suicidários em estudantes do ensino superior: Factores de risco e de protecção. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 0(40), 149-159-159.
- Mcauliffe, C., Corcoran, P., Keeley, H. S., & Perry, I. J. (2003). *Risk of Suicide Ideation Associated with Problem-Solving Ability and Attitudes Toward Suicidal Behavior in University Students*. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.24.4.160>
- M. de S., & Silva Júnior, F. J. G. da. (2019). Ideação suicida em universitários da área da saúde: prevalência e fatores associados. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 40,e20180144. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180144>
- Mercuri, E., & Polydoro, S. A. J. (2004). Estudante universitário: características e experiências de formação. In *Estudante universitário: Características e experiências de formação* (pp. 15–40).
- Miller, A. B., Esposito-Smythers, C., Weismore, J. T., & Renshaw, K. D. (2013). The Relation Between Child Maltreatment and Adolescent Suicidal Behavior: A Systematic Review and Critical Examination of the Literature. In *Clinical Child and Family Psychology Review* (Vol. 16, Issue 2, pp. 146–172). <https://doi.org/10.1007/s10567-013-0131-5>
- Mongrain, M., & Zuroff, D. C. (1994). Ambivalence over emotional expression and negative life events: Mediators of depressive symptoms in dependent and self-critical individuals. *Personality and Individual Differences*, 16(3), 447–458. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90071-X](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90071-X)
- Neacsiu, A. D., Rompogren, J., Eberle, J. W., & McMahon, K. (2018). *Changes in Problematic Anger, Shame, and Disgust in Anxious and Depressed Adults Undergoing Treatment for Emotion Dysregulation*. www.elsevier.com/locate/bt
- Nepon, J., Belik, S. L., Bolton, J., & Sareen, J. (2010). The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: Findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Depression and Anxiety*, 27(9), 791–798. <https://doi.org/10.1002/da.20674>
- Nock, M. K., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J.

- (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144(1), 65–72. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>
- Nock, M. K., & Mendes, W. B. (2008). Physiological Arousal, Distress Tolerance, and Social Problem-Solving Deficits Among Adolescent Self-Injurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 28–38. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.28>
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves?: New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 78–83. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x>
- Nock, M. K. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339–363. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
- Nyer, M., Holt, D. J., Pedrelli, P., Fava, M., Ameral, V., Cassiello, C. F., Nock, M. K., Ross, M., Hutchinson, D., & Farabaugh, A. (2013). Factors that distinguish college students with depressive symptoms with and without suicidal thoughts Factors that distinguish college students. *Annals of Clinical Psychiatry*, 25(1), 41–49.
- Organização Mundial de Saúde. (2006). Prevenção do Suicídio: Um Recurso para Conselheiros. Geneva: World Health Organization, 27. https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf
- Osman, A., Gutierrez, P.M., Kopper, B. A., Barrios, F. X., & Chiros, C.E. (1998). The positive and negative suicide ideation inventory: development and validation. *Psychological reports*, 82(3), 783-793. <https://doi.org/10.2466/pr0.1998.82.3.783>
- Parks, P. J. (2011). *Self-injury Disorder*. San Diego, California: Reference Point Press, 15–16.
- Park, S., Hatim Sulaiman, A., Srisurapanont, M., Chang, S. man, Liu, C. Y., Bautista, D., Ge, L., Choon Chua, H., Pyo Hong, J., Bae, J. N., Chan, E., Chen, C. hui, Fang, Y., George, T., He, Y., Jeon, H. J., Rush, A. J., Si, T., Udomratn, P., & Wang, G. (2015). The association of suicide risk with negative life events and social support according to gender in Asian patients with major depressive disorder. *Psychiatry Research*, 228(3), 277–282. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.06.032>

- Peña Galbán, L. Y., Rodríguez, L. C., De La Cruz, M. P., Arencibia, T. G., & Álvarez, M. G. (2002). Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 31(3), 182–187.
- Pereira, A., (2011) *UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO ESCOLA DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS Ideação Suicida e Fatores Associados: Estudo Realizado Numa Amostra da População Universitária da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro*
- Pereira, A. G., & Cardoso, F. (2016). Ideação Suicida na População Universitária: Uma Revisão de Literatura. *Revista Eletrônica de Psicologia, Educação e Saúde*, 5(2), 16-34.
- Perez, J., Venta, A., Garnaat, S., & Sharp, C. (2012). The difficulties in emotion regulation scale: Factor structure and association with nonsuicidal self-injury in adolescent inpatients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(3), 393–404. <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9292-7>
- Phillips, M. (2002). Risk factors for suicide in China. *Lancet -London-*, 1(9347), 1728–1736. <https://doi.org/10.1017/S0033291707001407>.Risk
- Pusch, D., & Dobson, K. S. (2017). Childhood adversity and adult depression: The protective role of psychological resilience. *Child Abuse and Neglect*, 64, 89–100. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.12.012>
- Radford, L., Corral, S., Bradley, C., Fisher, H., Bassett, C., Howat, N., & Collishaw, S. (n.d.). *Child abuse and neglect in the UK today*.
- Ribeiro, J. D., Franklin, J. C., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2016). Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 46(2), 225–236. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001804>
- Ribeiro, J. L. P., Honrado, A. A. J. D., & Leal, I. P. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, saúde & doenças*, 2229-239.
- Roberto, A. (2009). A saúde mental dos estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior. Dissertação de Mestrado. Universidade da Beira Interior, Portugal .
- Rodham, K., Hawton, K., & Evans, E. (2004). Reasons for deliberate self-harm: Comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. *JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND*

ADOLESCENT PSYCHIATRY, 43(1), 80–87.

- Santos, H. G. B. Dos, Marcon, S. R., Espinosa, M. M., Baptista, M. N., & Paulo, P. M. C. de. (2017). Factors associated with suicidal ideation among university students. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2878. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1592.2878>
- Santos, L. C. S., & Faro, A. (2018). Aspectos conceituais da autoinjúria: Uma revisão teórica. *Revista Psicologia Em Pesquisa*, 12(1), 1–10. <https://doi.org/10.24879/201800120010092>
- Sarason, I. G., Johnson, J. H., & Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: Development of the Life Experiences Survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(5), 932–946. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.46.5.932>
- Selby, E. A., Anestis, M. D., & Joiner, T. E. (2008). Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation: Emotional cascades. *Behaviour Research and Therapy*, 46(5), 593–611. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.02.002>
- Selby, E. A., Connell, L. D., & Joiner, T. E. (2010). The pernicious blend of rumination and fearlessness in non-suicidal self-injury. *Cognitive Therapy and Research*, 34(5), 421–428. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9260-z>
- Scardera, S., Perret, L. C., Ouellet-Morin, I., Gariépy, G., Juster, R. P., Boivin, M., Turecki, G., Tremblay, R. E., Côté, S., & Geoffroy, M. C. (2020). Association of social support during adolescence with depression, anxiety, and suicidal ideation in young adults. *JAMA Network Open*, 3(12), 1–12. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.27491>
- Sobrinho, A. T., & Campos, R. C. (2016). Percepção de acontecimentos de vida negativos, depressão e risco de suicídio em jovens adultos. *Análise Psicológica*, 34(1), 47–60. <https://doi.org/10.14417/ap.1061>
- Stein DJ, Chiu WT, Hwang I, Kessler RC, Sampson N, Alonso J, et al. Crossnational analysis of the associations between traumatic events and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PloS One* (2010) 5(5):e10574. doi: 10.1371/journal.pone.0010574
- Swannell, S., Martin, G., Page, A., Hasking, P., Hazell, P., Taylor, A., & Protani, M. (2012). Child maltreatment, subsequent non-suicidal self-injury and the mediating roles of dissociation, alexithymia and self-blame. *Child Abuse and Neglect*, 36(7–

- 8), 572–584. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.05.005>
- Swann, W. B., Hixon, J. G., Stein-Seroussi, A., & Gilbert, D. T. (1990). The Fleeting Gleam of Praise: Cognitive Processes Underlying Behavioral Reactions to Self-Relevant Feedback. *Journal of Personality and Social Psychology*, *59*(1), 17–26. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.59.1.17>
- Tuisku, V., Pelkonen, M., Kiviruusu, O., Karlsson, L., Ruuttu, T., & Marttunen, M. (2009). Factors associated with deliberate self-harm behaviour among depressed adolescent outpatients. *Journal of Adolescence*, *32*(5), 1125–1136. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2009.03.001>
- Tuna, E., & Gençöz, T. (2020). Pain perception, distress tolerance and self-compassion in Turkish young adults with and without a history of non-suicidal self-injury. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00634-2>
- Wildeman, C., Emanuel, N., Leventhal, J. M., Putnam-Hornstein, E., Waldfogel, J., & Lee, H. (2014). The prevalence of confirmed maltreatment among US children, 2004 to 2011. *JAMA Pediatrics*, *168*(8), 706–713. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2014.410>
- Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Dubicka, B., & Goodyer, I. (2011). Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *American Journal of Psychiatry*, *168*(5), 495–501. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10050718>
- Whitlock, J., & Knox, K. L. (2007). The Relationship Between Self-injurious Behavior and Suicide in a Young Adult Population. In *Arch Pediatr Adolesc Med* (Vol. 161, Issue 7).
- Wolff, J. C., Thompson, E., Thomas, S. A., Nesi, J., Bettis, A. H., Ransford, B., Scopelliti, K., Frazier, E. A., & Liu, R. T. (2019). Emotion dysregulation and non-suicidal self-injury: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, *59*, 25–36. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.03.004>
- World Health Organization (WHO). (2012). Public health action for the prevention of suicide. *Who*, Retrieved on 12 Dec 2013 From <http://www.who.int/m>.
- World Health Organization (WHO). (2018). Suicide. Retirado de <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- World Health Organization (WHO). (2021). Suicide world wide in 2019: global health estimates.

- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, *117*(2), 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- Vasconcelos-Raposo, J., Soares, A. R., Silva, F., Fernandes, M. G., & Teixeira, C. M. (2016). Níveis de ideação suicida em jovens adultos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, *33*(2), 345–354. <https://doi.org/10.1590/1982-02752016000200016V>
- Veloso, L. U. P., Lima, C. L. S., Sales, J. C. E. S., Monteiro, C. F. de S., Gonçalves, A. M. de S., & Silva Júnior, F. J. G. da. (2019). Ideação suicida em universitários da área da saúde: prevalência e fatores associados. *Revista Gaucha de Enfermagem*, *40*, e20180144. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180144>
- Vizzotto, M. M., Jesus, S. N. de, & Martins, A. C. (2017). Saudades de Casa: indicativos de depressão, ansiedade, qualidade de vida e adaptação de estudantes universitários. *Revista Psicologia e Saúde*. <https://doi.org/10.20435/pssa.v9i1.469>
- Xavier, A., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2018). Daily Peer Hassles and Non-Suicidal Self-Injury in Adolescence: Gender Differences in Avoidance-Focused Emotion Regulation Processes. *Journal of Child and Family Studies*, *27*(1), 59–68. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0871-9>
- Zetterqvist, M., Lundh, L. G., & Svedin, C. G. (2013). A Comparison of Adolescents Engaging in Self-Injurious Behaviors With and Without Suicidal Intent: Self-Reported Experiences of Adverse Life Events and Trauma Symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, *42*(8), 1257–1272. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9872-6>