



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | Psicologia Clínica

Dissertação

Trauma na infância e comportamentos autolesivos em jovens adultos: O papel mediador da dor psicológica, das necessidades interpessoais frustradas e da capacidade adquirida para o suicídio

Catarina Maneta Arvanas

Orientador(es) | Rui C Campos

Évora 2021



Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais

Mestrado em Psicologia

Área de especialização | **Psicologia Clínica**

Dissertação

Trauma na infância e comportamentos autolesivos em jovens adultos: O papel mediador da dor psicológica, das necessidades interpessoais frustradas e da capacidade adquirida para o suicídio

Catarina Maneta Arvanas

Orientador(es) | **Rui C Campos**

Évora 2021



A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

Presidente | Heldemerina Samutelela Pires (Universidade de Évora)

Vogais | Marta Sofia Ventosa Brás (Universidade do Algarve) (Arguente)
Rui C Campos (Universidade de Évora) (Orientador)

*“people say things
meant to rip you in half
but you hold the power to not
turn their words into a knife
and cut yourself”*

Rupi Kaur

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de começar por agradecer ao professor Rui pela confiança depositada em mim e por me permitir desenvolver novos conhecimentos e aprendizagens que levo comigo para o meu percurso profissional.

Agradeço, com todo o amor, aos meus pais, por me possibilitarem prosseguir os meus estudos e concluir esta etapa. Sem eles, nada disto seria possível.

À minha irmã, por estar sempre a meu lado e por me guiar sempre pelo melhor caminho.

Às minhas amigas e quase colegas de casa – Margarida e Cláudia – que ouviram o meu choro e a minha frustração e me levantaram para cima sempre que precisei.

Quero ainda agradecer aos meus grandes amigos – Alexandra, Ana Teresa, Miguel, Rita, Sofia e Vasco. Sem o seu apoio e força este trajeto não seria tão fácil.

Por fim, mas não menos importante, um enorme agradecimento a todos os estudantes que se disponibilizaram a participar neste estudo, bem como aos professores que o tornaram possível.

Trauma na infância e comportamentos autolesivos em jovens adultos: O papel mediador da dor psicológica, das necessidades interpessoais frustradas e da capacidade adquirida para o suicídio

Resumo

O trauma infantil pode ter um impacto marcante no desenvolvimento da criança, podendo conduzir a comportamentos autolesivos, ao longo da vida. O objetivo desta investigação é testar os efeitos de mediação e moderação de diferentes facetas da dor psicológica, das necessidades interpessoais, e da capacidade adquirida para o suicídio, na relação entre trauma na infância e comportamentos autolesivos em jovens adultos. Participou uma amostra final de 323 jovens adultos, estudantes do ensino superior, com idades compreendidas entre os 18 e os 28 anos. Utilizaram-se técnicas de Análise de Regressão Múltipla Hierárquica e de *path analysis* através de Modelação de Equações Estruturais para testar os modelos de moderação e mediação, respetivamente. Não se verificaram efeitos de moderação significativos. Verificou-se que a dimensão de evitamento da dor psicológica medeia parcialmente a relação entre trauma infantil e comportamentos autolesivos. Assim, os comportamentos autolesivos devem ser estudados para implementar estratégias face aos comportamentos suicidários.

Childhood trauma and self-harming behaviors in young adults: The mediating role of psychological pain, frustrated interpersonal needs and the acquired capability for suicide

Abstract

Childhood trauma can have a severe impact on the child's development, leading to self-harming behaviors, throughout life. The aim of this study is to analyze the mediation and moderation effects of the different facets of psychological pain, interpersonal needs, and the acquired capability for suicide, in the relationship between childhood trauma and self-harming behaviors in young adults. It participated a sample of 323 young adults, college students, aged between 18 and 28 years. It was used the Hierarchical Multiple Regression Analysis techniques and the path analysis through Modeling of Structural Equations to test the moderation and mediation models, respectively. Significant effects of moderation were not found. It was found that the dimension of avoidance of psychological pain mediated partially the relationship between childhood trauma and self-harming behaviors. Thus, self-harming behaviors must be studied to implement strategies regarding suicidal behaviors.

Índice

Introdução e Enquadramento Teórico	1
Trauma Infantil e Comportamentos Autolesivos.....	3
Dor Psicológica, Necessidades Interpessoais e Trauma Infantil	5
Dor Psicológica, Necessidades Interpessoais e Comportamentos Autolesivos.....	9
Objetivos do Estudo	11
Método.....	12
Participantes	12
Instrumentos de Medida	13
Procedimentos	17
Procedimentos de Análise de Dados	18
Resultados.....	19
Análise Preliminar	19
Teste dos Modelos de Mediação	19
Teste dos Modelos de Moderação	22
Discussão.....	22
Limitações, Estudos Futuros e Conclusão.....	24
Referências	26

Contagem de palavras: 12152.

Introdução e Enquadramento Teórico

Os comportamentos autolesivos apresentam uma relação com o suicídio (Guerreiro & Sampaio, 2013; Guerreiro, 2014), constituindo-se como graves problemas de saúde pública, para os quais contribuem fatores de origem genética, psiquiátrica, psicológica, familiar, social e cultural (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012). O suicídio é globalmente a segunda causa de morte em indivíduos entre os 15 e os 29 anos, estimando-se a morte de cerca de 800.000 indivíduos de todas as idades a nível mundial (World Health Organization [WHO], 2017a). Num estudo realizado pela Aliança Europeia Contra a Depressão, em 15 países europeus, Portugal foi o país a registar taxas de suicídio mais baixas nos sexos masculino (5.5%) e feminino (1.3%), entre os 15 e os 24 anos (Värnik et al., 2009). Porém, entre os 15 e os 29 anos, o suicídio era a segunda causa de morte nos homens (Blum & Nelson-Mmari, 2004).

A ocorrência de comportamentos autolesivos tende a ser comum na adolescência (Gonçalves, Martins, Rosendo, Machado, & Silva, 2012), uma vez que este é um período crítico para este tipo de comportamentos (Claes & Vandereycken, 2007). Isto é corroborado pelas taxas em amostras não clínicas de adolescentes (Ross & Heath, 2002) que vão desde os 14% aos 39%. Na amostra adulta comunitária, estima-se que os comportamentos autolesivos ocorram em 4% desta população, enquanto na população adulta clínica, os valores aumentam para os 21% (e.g., Briere & Gil, 1998; Nock & Prinstein, 2004; Claes, Vandereycken, & Vertommen, 2007). Não obstante, os comportamentos autolesivos são comuns em estudantes do ensino superior, com uma taxa de prevalência de 12% a 38% (Gratz, 2001; Kokaliari, 2005).

O suicídio e os comportamentos autolesivos são fenómenos multifacetados e multideterminados pelo que a sua compreensão é complexa e vai além da nosologia psiquiátrica. Assim, para o seu entendimento, existe a necessidade de partir de um enquadramento simultaneamente psicológico, sociológico, antropológico e filosófico (Guerreiro, 2014). Para além disto, existem na comunidade científica algumas divergências relativamente à definição de comportamentos autolesivos, especialmente no que se refere à sua intencionalidade (ou não) suicidária (Guerreiro & Sampaio, 2013). Deste modo, a literatura anglo-saxónica distingue 2 grupos principais: os comportamentos autolesivos deliberados (“*deliberate self-harm*”) e os comportamentos

autolesivos sem intenção suicida (“*non suicidal self-injury*”). Os comportamentos autolesivos deliberados englobam todos os métodos de autolesão (e.g., sobredosagens de fármacos, queimaduras ou cortes na superfície corporal). Esta definição evita a atribuição de intencionalidade (Skegg, 2005). Já os comportamentos autolesivos sem intenção suicida incluem apenas cortes (“*self-cutting*”) e comportamentos associados (e.g. queimaduras, arranhões, etc.), relacionando-se com a destruição deliberada e direta do tecido corporal do próprio, na ausência de intencionalidade de morrer (Nock, Joiner Jr, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006).

No Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013), a nomenclatura adotada foi a de comportamentos autolesivos, sendo estes definidos enquanto um comportamento que envolve atos autolesivos intencionais (e.g. cortes ou saltar de um local relativamente elevado; ingestão de fármacos em doses superiores às dosologias terapêuticas reconhecidas; ingestão de drogas ilícitas ou substâncias psicoativas com propósito explicitamente autoagressivo; ingestão de substâncias ou objetos não ingeríveis, como lixívia, detergente, lâminas ou pregos), mas sem intencionalidade suicida. Por outro lado, a definição do estudo *Child & Adolescent Self-harm in Europe* (CASE; Madge et al., 2008) para comportamentos autolesivos, que será utilizada na presente investigação, é a seguinte: “*comportamento com resultado não fatal, em que o indivíduo deliberadamente fez um dos seguintes: iniciou comportamento com intenção de causar lesões ao próprio (p. ex. cortar-se, saltar de alturas); ingeriu uma substância numa dose excessiva em relação à dose terapêutica reconhecida; ingeriu uma droga ilícita ou substância de recreio, num ato em que a pessoa vê como de autoagressão; ingeriu uma substância ou objeto não ingerível*”. Esta definição postula ainda que a intencionalidade do comportamento é de se magoar ou fazer lesões a si mesmo, pelo que pode incluir comportamentos autolesivos sem intenção suicida, mas também tentativas de suicídio (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Do ponto de vista da prevenção e intervenção, salienta-se a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre os comportamentos autolesivos, nomeadamente pelos profissionais de saúde e da educação, de modo a desenvolver a suas qualificações de identificação de casos e conseqüente encaminhamento dos jovens em risco (Reis, Figueira, Ramiro, & Matos, 2012). É necessário elaborar medidas universais que visem a prevenção do suicídio e dos comportamentos autolesivos na população jovem, em

geral, não descurando iniciativas direcionadas a grupos de alto risco. O estabelecimento de tratamentos eficazes para indivíduos com comportamentos autolesivos é uma necessidade primordial (Hawton et al., 2012). É ainda necessário desenvolver uma maior compreensão dos fatores que contribuem para os comportamentos autolesivos e para o suicídio nos jovens, através da investigação.

Trauma Infantil e Comportamentos Autolesivos

O trauma infantil é considerado um problema de saúde pública (Dugal, Bigras, Godbout, & Bélanger, 2016), com consequências graves a níveis pessoal, social e económico (D'Andrea, Ford, Stolbach, Spinazzola, & van der Kolk, 2012; Kaffman, 2009). O trauma interpessoal na infância consiste em qualquer ato de abuso – psicológico, físico e/ou sexual –, negligência ou testemunho de violência interpessoal, que resulte em danos reais e/ou potenciais à saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade do indivíduo menor, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder (WHO, 2017b). De um modo geral, o trauma infantil pode ser dividido em dois grandes grupos: atos de omissão e atos de comissão, que correspondem a atos de negligência e de abuso, respetivamente (Briere, 2002). Os atos de negligência referem-se à inaptidão ou recusa, por parte dos cuidadores, de adotar comportamentos imprescindíveis ao desenvolvimento da criança (i.e., responsabilidade e disponibilidade), levando a uma privação de cuidados, apoio e estimulação psicológica (Briere, 2002). Estes atos podem dividir-se em atos de negligência física e atos de negligência psicológica/emocional. Por outro lado, os atos de abuso são comportamentos deliberados, intencionais e excessivos direcionados à criança. Englobam palavras e/ou ações que causam dano, potencial dano ou ameaça de dano a uma criança. Porém, o dano a uma criança pode ou não ser a consequência pretendida, sendo que a intencionalidade apenas se aplica aos atos dos cuidadores e não às suas consequências (e.g., o cuidador ter intenção de bater na criança, enquanto forma de punição, mas não pretender causar uma concussão na mesma; Leeb, Paulozzi, Melanson, Simon & Arias, 2008). Enquanto exemplos de atos de comissão estão os abusos psicológico/emocional, físico e/ou sexual (Briere, 2002; Leeb et al., 2008; Schilling, Weidner, Schellong, Joraschky, & Pehlmann, 2015).

De acordo com a perspectiva teórica de Bernstein, Ahluvalia, Pogge & Handelsman (1997), a negligência física refere-se ao fracasso, por parte dos cuidadores, de satisfazer as necessidades básicas físicas da criança (e.g., alimentação, vestuário, habitação, segurança, cuidados de saúde). A falta de supervisão parental também se inclui neste tipo de negligência, caso coloque em risco a segurança da criança. A negligência psicológica/emocional é definida como o fracasso dos cuidadores em fornecer as necessidades psicológicas e emocionais básicas de uma criança, como amor, encorajamento, sentimento de pertença e apoio. Já, o abuso sexual é descrito enquanto o contacto sexual entre uma criança e um adulto, incluindo atos como acariciar, penetração (e.g., oral, anal e/ou vaginal) e abuso sexual sádico ou ritualístico. As práticas que não abrangem contacto direto também são incluídas no espectro do abuso sexual, i.e., exposição a pornografia por parte de um adulto. O abuso físico abrange agressões corporais à criança por uma pessoa adulta, que apresentem risco ou resultem em ferimentos (e.g., bater em áreas vulneráveis ou com um objeto; abanar, empurrar ou derrubar a criança; ataques que resultem em marcas, nódoas negras ou ossos partidos). Por fim, o abuso psicológico/emocional compreende ataques verbais à perceção de valor e bem-estar da criança. Inclui comportamentos que visem a humilhação e diminuição da mesma, por parte do adulto (e.g., comentários ou comportamentos insultuosos ou críticos, ameaçadores ou assustadores; culpabilização, insultos ou rejeição; e controlo excessivo da autonomia; Bernstein et al., 1997).

O trauma interpessoal infantil pode ter um impacto marcante no desenvolvimento da criança (Dugal et al., 2016). De entre o vasto conjunto de consequências do trauma na infância no funcionamento psicológico e interpessoal (Reyome, 2010; Schury & Kolassa, 2012) estão os pensamentos e comportamentos suicidários (Briere, Madni & Godbout, 2016). Diversas evidências sugerem que a probabilidade de ter pensamentos e/ou comportamentos suicidários é de 2 a 5 vezes mais elevada em vítimas de trauma infantil, quando comparadas com indivíduos que não passaram por este tipo de experiências (Briere, Godbout, & Dias, 2015; Dube et al., 2001). É de notar que vários investigadores associam a ocorrência de comportamentos autolesivos ao trauma na infância (Gonçalves et al., 2012). Por exemplo, indivíduos, estudantes universitários, com histórico de trauma interpessoal infantil (e.g. abusos sexual e/ou físico ou um número elevado de experiências traumáticas) constituem um

grupo que apresenta comportamentos autolesivos com frequência (cf. Croyle, 2001). Acresce que indivíduos com historial de separação e negligência e abuso sexual grave têm comportamentos autolesivos mais autodestrutivos (van der Kolk, Perry, & Herman, 1991). Demonstrou-se também que o abuso emocional e a negligência física são preditores de comportamentos autolesivos, em indivíduos com idades compreendidas entre os 12 e os 19 anos (Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto, & Nock, 2007).

Vários estudos retrospectivos apresentam evidências de que o abuso e/ou a negligência infantil estão associados aos comportamentos autolesivos. Swannell et al. (2012) verificaram que quer os abusos físico e sexual, quer a negligência estavam associados a uma maior probabilidade da ocorrência de comportamentos autolesivos. Por outro lado, Yates, Carlson, and Egeland (2008) estudaram a associação entre o trauma infantil e os comportamentos autolesivos, prospectivamente. Ao usarem os dados do Estudo Longitudinal de Risco e Adaptação de Minnesota (MLSRA; Sroufe, Egeland, Carlson, & Collins, 2005), os autores demonstraram que experiências de abuso/negligência na infância estavam prospectivamente associadas a comportamentos autolesivos mais frequentes e severos até aos 26 anos. Porém, poucas investigações se têm focado no estudo dos mecanismos que podem ser responsáveis pela associação entre experiências traumáticas na infância e os comportamentos autolesivos (Martin, Raby, Labella, & Roisman, 2017).

Dor Psicológica, Necessidades Interpessoais e Trauma Infantil

Existem vários modelos psicológicos do suicídio que consideram a interação entre variáveis de natureza psicológica para a compreensão e previsão dos comportamentos suicidários (Barzilay & Apter, 2014; O'Connor & Nock, 2014). Entre esses, inclui-se o Modelo Tridimensional da Dor Psicológica (Li et al., 2014) e a Teoria Psicológica Interpessoal do Suicídio (Joiner, 2005).

A dor psicológica é definida enquanto uma “experiência introspectiva de emoções negativas como pavor, desespero, medo, tristeza, vergonha, culpa, frustração, solidão e perda” (Shneidman, 1996), sendo que várias evidências apontam para o seu papel central nos comportamentos suicidários (DeLisle & Holden, 2009; Holden, Mehta, Cunningham, & McLeod, 2001; Reisch et al., 2010). Os indivíduos suicidas poderão

considerar o suicídio como a única forma de evitar a dor psicológica (Li et al., 2014). Mas, mais do que a experiência global de dor psicológica, poderá ser a tendência para o evitamento da dor o principal preditor dos comportamentos suicidários (Campos, Holden, & Lambert, 2019a).

Li et al. (2014) propõem o Modelo Tridimensional da Dor Psicológica, considerando a dor psicológica como um construto multidimensional que compreende três componentes: cognitiva, afetiva e de evitamento. A dimensão cognitiva representa a dor proveniente de experiências traumáticas passadas (e.g. luto, fracasso/frustração ou exclusão social). A dimensão afetiva compreende os sintomas subjetivos e somáticos, associados à dor psicológica, percebidos pelo indivíduo como dolorosos. Por fim, o evitamento da dor representa a motivação ou tendência para considerar o suicídio enquanto único meio de aliviar a dor (Li, Fu, Zou & Cui, 2017). Esta última dimensão é considerada como o preditor mais forte da motivação e comportamentos suicidários (e.g., Campos, Simões, Costa, Pio, & Holden, 2019b).

Dado que o Modelo Tridimensional da Dor Psicológica é uma proposta recente, a relação entre as três componentes da dor psicológica que propõe e o trauma infantil ainda não foi testada empiricamente. No entanto, é possível assumir uma associação entre estas quatro variáveis – nomeadamente as dimensões cognitiva, afetiva e de evitamento e o trauma na infância – uma vez que o trauma infantil está associado a altos níveis de sofrimento físico e psicológico (Schilling et al., 2015; Teicher et al., 2003). Além disso, o abuso está também associado à intensidade e catastrofização da dor física (Sansone, Watts, & Wiederman, 2013) o que, conseqüentemente, resulta num maior sofrimento psicológico (Turner, Jensen, Warm, & Cardenas, 2002). Ademais, o desenvolvimento de perturbações mentais surge como consequência do trauma infantil (Schilling et al., 2015), associando-se a níveis de *distress*, desesperança, culpa e angústia que são, por sua vez, componentes importantes da experiência de dor psicológica (Shneidman, 1993, 1996).

É de ressaltar também a relação do trauma infantil com outras variáveis psicológicas, para além da dor psicológica. De acordo com a Teoria Psicológica Interpessoal do Suicídio (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010), o suicídio surge do desejo do indivíduo de morrer e da existência de capacidade adquirida para o suicídio

(*acquired ability to enact lethal self-injury*). A existência de motivação suicida depende da presença simultânea de dois fatores: os sentimentos de não pertença (*thwarted belongingness*) e a percepção de se ser um fardo (*perceived burdensomeness*) (e.g., Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010). Os sentimentos de não pertença correspondem à componente afetiva do modelo (Joiner, 2005), consequente da frustração de duas condições: a ocorrência de interações frequentes com os outros e o sentimento de ser cuidado. Assim, indivíduos com desejo suicida experienciam relações onde não se sentem próximos nem cuidados pelos outros. Para que a necessidade de pertença seja satisfeita são necessárias interações significativas, frequentes e positivas tal como o sentimento de ser cuidado pelos outros (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010). Por outro lado, a percepção de ser um fardo corresponde à componente cognitiva do modelo (Van Orden et al., 2010), referindo-se à visão que o indivíduo tem da sua existência como um fardo (*burden*) permanente para a sua família, amigos e/ou sociedade. A pessoa considera que a sua morte será a única solução para o problema (Joiner, 2005; O’Keefe et al., 2014; Van Orden et al., 2010). O indivíduo acaba por desenvolver um esquema cognitivo/crença de que os outros o veem da mesma forma que ele se percebe a si mesmo, fortalecendo-se os pensamentos suicidas enquanto forma altruísta de aliviar o peso que a sua vida acarreta para os outros (Joiner, 2005). Apesar de independentes, estes dois estados psicológicos, quando experienciados simultaneamente, aumentam o risco de o indivíduo passar para o ato suicida (Ribeiro & Joiner, 2009).

Porém, a vivência simultânea destas duas dimensões não é suficiente para a ocorrência do suicídio (Joiner, 2005; Ribeiro et al., 2014), pelo que o risco apenas se concretizará se o sujeito possuir a capacidade para o suicídio (*acquired capability*). A partir da literatura crescente acerca da capacidade adquirida para o suicídio, foi possível delimitar este construto, originalmente delineado por Joiner (2005), com uma maior precisão. Na sua revisão da teoria interpessoal, a capacidade adquirida é definida por Van Orden et al. (2010) como uma variável latente multidimensional, dividida em duas dimensões: a diminuição do medo da morte e o aumento da tolerância à dor física. Apesar do sentimento de menor temor face à morte (*fearlessness about death*) ser descrito por Joiner como o elemento fundamental da capacidade adquirida para o suicídio, foram Van Orden et al. (2010) que especificaram que os indivíduos devem

demonstrar, particularmente, um menor sentimento do medo da morte, distinguindo capacidade adquirida de comportamentos suicidários.

O modelo teórico de Joiner (2005) pressupõe que o sujeito apenas consegue adquirir a diminuição do sentimento de menor temor face à morte (*fearlessness about death*), necessária para realizar comportamentos autolesivos, através da vivência de um conjunto de acontecimentos dolorosos que levam à sua habituação ao medo. Assim, Joiner (2005) define estes acontecimentos como episódios que expõem o indivíduo à dor e/ou medo como, por exemplo, o abuso físico ou comportamentos autolesivos (Bender, Gordon, Bresin, & Joiner Jr., 2011). De acordo com os resultados do estudo de Brain, Haines, & Williams (2002), indivíduos que experienciaram cinco ou mais episódios de comportamentos autolesivos relataram sentir-se mais aliviados e com menor temor face à morte, posteriormente ao episódio, do que indivíduos que tivessem menos que cinco ocorrências deste tipo. Assim, a teoria interpessoal argumenta que os indivíduos devem sobreviver às experiências dolorosas de modo a conseguir diminuir o seu medo a episódios de comportamentos autolesivos (Bender et al., 2011). Deste modo, o abuso na infância, especificamente físico e/ou sexual, surge enquanto fator de risco dos comportamentos autolesivos, uma vez que pode levar à sua habituação, tal como ao aumento da tolerância à dor (Van Orden et al., 2010).

Van Orden et al. (2010) afirmam que o abuso na infância pode causar o sentimento de ser indesejado ou dispensável e pode, ainda, conduzir a uma perceção do sujeito de ser um fardo e a um sentimento de não pertença (veja-se também Schönfelder et al., 2019). No estudo de Allbaugh et al. (2017), verificou-se que os abusos físico e sexual levavam a um aumento da capacidade adquirida e que o abuso emocional aumentava a perceção de ser um fardo, tal como a capacidade adquirida para o suicídio. Assim, uma maior severidade quer no abuso sexual quer no abuso físico predizia uma menor resiliência suicida e altos níveis de capacidade adquirida para o suicídio. Por outro lado, Smith, Monteith, Rozek, & Meuret (2018) demonstraram que o abuso emocional estava relacionado com a perceção de ser um fardo e com o sentimento de não pertença, e que o abuso físico predizia a capacidade adquirida.

A maioria dos indivíduos que se envolve em comportamentos autolesivos refere que o faz para evitar ou suprimir sentimentos negativos e/ou imagens e/ou memórias dolorosas (Gonçalves et al., 2012), o que sugere que o evitamento da dor psicológica pode estar relacionado com o desenvolvimento de comportamentos autolesivos. De acordo com Briere & Gil (1998), as razões mais mencionadas pelos indivíduos para a realização de comportamentos autolesivos são a distração relativamente a sentimentos dolorosos e a autopunição. Os comportamentos autolesivos acabam por constituir-se como um método para regular as emoções; os indivíduos envolvidos neste tipo de ação referem que o fazem de modo a conseguir lidar com emoções negativas e quando o trauma e o sofrimento psicológico os sobrecarregam (Gonçalves et al., 2012). Além disso, evidências apontam que este tipo de comportamentos está associado a uma tentativa de diminuir a dor psicológica, através da provocação da dor física (Guerreiro & Sampaio, 2013).

É de notar que no seu estudo, Campos et al. (2019a) concluíram que a incapacidade de tolerar ou a tendência para evitar a dor psicológica é o que leva à motivação suicida do indivíduo e não a experiência global da dor em si, numa amostra comunitária portuguesa. Os resultados deste mesmo estudo vão de encontro aos obtidos em amostras não ocidentais (Li et al., 2017; Xie et al., 2014) e ao de um estudo exploratório realizado com uma amostra ocidental de estudantes do ensino superior (Campos et al. 2019c) que determinam que a dimensão da dor psicológica associada à ideação e comportamentos suicidários é a do evitamento da dor. Assim, o estudo dos diversos tipos de comportamentos suicidários, nomeadamente dos comportamentos autolesivos, utilizando as três dimensões da dor do modelo de Li et al. (2014), e não apenas da dor psicológica, considerada globalmente, torna-se essencial. Que tenhamos conhecimento, no entanto, nenhum estudo testou especificamente a relação entre as três componentes da dor psicológica com os comportamentos autolesivos.

Alguns estudos foram conduzidos em amostras não ocidentais de pacientes com perturbação depressiva major. Ao testarem a perspetiva tridimensional numa amostra de indivíduos depressivos e num grupo de controlo, Xie et al. (2014) concluíram que a ideação suicida seria influenciada pela tendência para evitar a dor psicológica que, por

sua vez, seria um preditor de comportamentos suicidários mais graves, mesmo na ausência de depressão. Por outro lado, numa amostra de pacientes com perturbação depressiva major, Li et al. (2014) demonstraram que níveis elevados de evitamento da dor, durante um episódio depressivo, seriam a variável preditora associada à motivação suicida. Assim, os autores concluíram que o evitamento da dor contribuiria para o desenvolvimento de comportamentos suicidários quando comparado com a depressão ou a dor psicológica, estudadas globalmente.

A Teoria Interpessoal do Suicídio (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010) postula que o trauma interpessoal na infância pode levar a sentimentos de alienação social e produzir emoções e cognições, como desamparo e desesperança, que levam ao desenvolvimento de uma vulnerabilidade para pensamentos e comportamentos suicidários nos indivíduos que tiveram este tipo de experiências (Dugal et al., 2016). De acordo com o modelo teórico de Joiner, a exposição continuada a acontecimentos dolorosos leva a uma capacidade para o suicídio mais elevada, através da habituação a respostas emocionais naturais, como a dor e o medo (e.g., Van Orden et al., 2010; Brackman, Morris, & Andover., 2016). Porém, apesar das evidências apontarem para o papel do abuso na infância na diminuição do medo da dor em indivíduos que têm comportamentos autolesivos (Selby, Connell, & Joiner, 2010), a investigação acerca da associação entre comportamentos autolesivos e diminuição do medo da morte ainda é escassa (Brackman et al., 2016). No estudo de Muehlenkamp e Gutierrez (2007) concluiu-se que adolescentes que apresentavam simultaneamente comportamentos autolesivos e comportamentos suicidários apresentavam menor medo do suicídio do que adolescentes que apenas realizassem comportamentos autolesivos. Franklin, Hessel, & Prinstein (2011) associaram os comportamentos autolesivos a resultados mais elevados na Escala de Capacidade Adquirida para Suicídio (ACSS). No entanto, apenas foi utilizada a escala original ao invés da ACSS-FAD (Escala de Capacidade Adquirida para Suicídio – *Fearlessness About Death*; Ribeiro et al., 2014) – que avalia especificamente a dimensão do medo reduzido da morte do construto da capacidade adquirida – pelo que se torna fundamental aprofundar a relação entre comportamentos autolesivos e a diminuição do medo da morte, uma vez que esta se constitui como componente necessária da capacidade adquirida (Brackman et al., 2016).

Embora vários estudos se tenham focado na relação entre as componentes da teoria interpessoal e a suicidalidade (Anestis & Joiner, 2011; Joiner et al., 2009; Van Orden et al., 2008), a literatura ainda é escassa no que se refere aos comportamentos autolesivos. É possível deduzir que o sentimento de não pertença e a perceção de ser um fardo podem levar à necessidade de um indivíduo ter comportamentos autolesivos (Joiner, Ribeiro, & Silva, 2012). De facto, algumas investigações sugerem que a perceção de apoio familiar, fundamental para o sentimento de pertença, tem um papel importante na manutenção ou extinção dos comportamentos autolesivos (Muehlenkamp, Brausch, Quigley, & Whitlock, 2013; Tatnell, Kelada, Hasking, & Martin, 2014). Joiner (2005) demonstrou que os comportamentos autolesivos podem, de facto, agravar a frustração das necessidades interpessoais. Turner, Cobb, Gratz, & Chapman (2016) apoiam esta posição, concluindo que os défices das necessidades interpessoais seriam intensificados após os comportamentos autolesivos, levando ao aumento da probabilidade dos mesmos. Porém, a investigação desta relação requer mais atenção empírica (Kyron, Hooke, & Page, 2018).

Objetivos do Estudo

A presente investigação tem como objetivo estudar o efeito do trauma infantil nos comportamentos autolesivos, numa amostra não clínica de conveniência de jovens adultos universitários. Serão também testados os efeitos de mediação e de moderação, nessa relação entre trauma infantil e comportamentos autolesivos, das três dimensões da dor psicológica (afetiva, cognitiva e de evitamento), segundo o modelo Tridimensional da Dor Psicológica (Li et al., 2014), e das necessidades interpessoais frustradas e da capacidade adquirida para o suicídio, de acordo com a Teoria Psicológica Interpessoal do Suicídio de Joiner (2005). Serão controladas algumas variáveis sociodemográficas – sexo, idade, ano do curso, se é trabalhador estudante, se saiu de casa e satisfação com o curso – e clínicas – se tem doença crónica ou doença psiquiátrica – relevantes.

De acordo com vários estudos, quer com amostras clínicas quer com amostras não clínicas (Kaess et al., 2013), o trauma na infância é apontado como um importante preditor dos comportamentos autolesivos (Horowitz & Stermac, 2018). Acresce que, os sentimentos de não pertença e a perceção de ser um fardo (Joiner, 2005) também dão

um contributo significativo para a ocorrência de comportamentos autolesivos (Van Orden et al., 2010; Hawton et al., 2012), assim como a capacidade adquirida para o suicídio, na sua faceta de *fearlessness about death* (Linehan, Goodstein, Nielsen, & Chiles, 1983; Ribeiro, Silva, & Joiner, 2014). A dor psicológica assume, igualmente, um importante papel para a ocorrência de comportamentos autolesivos (Holden, Campos, & Lambert, 2020), mesmo quando controladas outras variáveis como o uso de substâncias e a presença de perturbação mental.

Neste estudo, serão testados dois modelos de mediação e dois modelos de moderação. O primeiro modelo de mediação testará o efeito de mediação das três dimensões da dor psicológica na relação entre o trauma infantil (Bernstein et al., 2003; Dias et al., 2013) e os comportamentos autolesivos. Já, o segundo modelo testará o efeito de mediação das necessidades interpessoais e da capacidade adquirida para o suicídio na relação entre o trauma na infância e os comportamentos autolesivos. Serão igualmente testados dois modelos de moderação. Espera-se que as necessidades interpessoais e a capacidade adquirida para o suicídio, tal como a dimensão de evitamento da dor psicológica, mediem e moderem a relação entre trauma infantil e comportamentos autolesivos.

Método

Participantes

Foram contactados 339 jovens adultos, estudantes da Universidade de Évora. Dos 339 estudantes, quatro não quiseram participar no preenchimento dos questionários, um desistiu, cinco não se enquadravam na faixa etária pretendida (entre os 18 e os 28 anos) e seis protocolos foram considerados inválidos por apresentarem estilos inadequados de resposta ou um número excessivo de itens omissos (mais de 10% dos itens num determinado questionário), nomeadamente um deles por não responder à questão relativa aos comportamentos autolesivos. A amostra final ficou assim composta por 323 indivíduos, com idades compreendidas entre os 18 e os 28 anos ($M = 19.41$; $DP = 1.71$), sendo predominantemente feminina ($n = 209$; 64.7%), constituída por 94.7% de estudantes não trabalhadores e 80.8% deslocados da sua residência oficial.

Relativamente ao grau de satisfação com o curso que frequenta (avaliado através de uma escala tipo Likert de 5 pontos de 1 “Nada satisfeito(a)” a 5 “Muito satisfeito(a)”), o valor médio corresponde a 4.16 ($DP = .77$) (ver Tabela 1).

Tabela 1. *Variáveis Sociodemográficas da amostra final.*

Variáveis	<i>N</i>	%	Média (<i>DP</i>)
Idade			19.41 (1.71)
Género			
<i>Masculino</i>	114	35.3	
<i>Feminino</i>	209	64.7	
Ano de frequência da universidade			1.76 (0.93)
É trabalhador-estudante			
<i>Sim</i>	17	5.3	
<i>Não</i>	303	94.7	
Saiu de casa para estudar			
<i>Sim</i>	257	80.8	
<i>Não</i>	58	18.2	
Grau de satisfação com o curso			4.16 (0.77)
Tem uma doença crónica			
<i>Sim</i>	30	9.3	
<i>Não</i>	293	90.7	
Tem uma doença psiquiátrica diagnosticada			
<i>Sim</i>	13	4.0	
<i>Não</i>	308	96.0	

Instrumentos de Medida

Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos. Composta por um conjunto de questões que visam obter informação acerca de um conjunto de variáveis de carácter sociodemográfico, particularmente, o género, a idade, o ano do curso, o curso que frequenta, se é trabalhador-estudante, se teve de sair da sua residência oficial para frequentar a universidade e o grau de satisfação com o curso escolhido. Para além disto,

apresenta questões de natureza clínica, nomeadamente, questionava se o participante tem uma doença crónica e se tem alguma doença psiquiátrica diagnosticada.

Inventário de Necessidades Interpessoais (INQ-15; Van Orden, Cukrowicz, Witte, & Joiner, 2012). É uma medida de autorrelato constituída por 15 itens, respondidos numa escala de Likert de 7 pontos que variam entre o 1 “De maneira nenhuma verdadeiro para mim” e 7 “Muito verdadeiro para mim” (Van Orden et al., 2012). Este instrumento pretende operacionalizar dois dos construtos interpessoais da teoria de Joiner (2005) – os sentimentos de não pertença (*thwarted belongingness*) e a perceção de ser um fardo (*perceived burdensomeness*; Van Orden et al., 2012). Os seis primeiros itens do inventário avaliam a *perceção de ser um fardo* e os nove restantes avaliam os *sentimentos de não pertença*. Na escala referente aos *sentimentos de não pertença*, seis dos nove itens são cotados de forma invertida. Exemplos de itens da escala *perceção de ser um fardo* são: “Atualmente, acho que sou um fardo para a sociedade”; “Atualmente, acho que pioro as coisas para as pessoas que fazem parte da minha vida”. Exemplos de itens da escala *sentimentos de não pertença* são: “Atualmente, raramente interajo com as pessoas que se preocupam comigo”; “Atualmente, sinto-me com frequência como um estranho quando estou no meio de outras pessoas”. Os resultados de cada uma das escalas obtêm-se através da soma dos valores dos itens, dividindo depois o resultado pelo número de itens da escala, pelo que os resultados variam entre 1 e 7. A versão portuguesa de Costa, Campos, Simões e Pio (2019) apresenta boas qualidades psicométricas, com valores de alfa de Cronbach de .92 para a escala da *perceção de ser um fardo* e de .80 para a escala dos *sentimentos de não pertença*, numa amostra da comunidade. No presente estudo, os valores de alfa de Cronbach foram de .90 e .82, respetivamente para a escala de *perceção de ser um fardo* e *sentimentos de não pertença*.

Escala Tridimensional de Dor Psicológica (TDPPS; Li et al., 2014). É uma medida constituída por 17 itens. Tem como finalidade avaliar a gravidade da dor psicológica em três dimensões – cognitiva (*pain arousal*) (8 itens; e.g., “Sempre que penso nas minhas graves imperfeições, sinto muita dor psicológica”), afetiva (*painful feelings*) (6 itens; e.g., “A minha dor é mais emocional do que física”) e evitamento

(*active pain avoidance*) (3 itens; e.g., “Quase me matei para fazer a dor psicológica desaparecer”; Li et al., 2014). Os itens são respondidos numa escala de Likert de 5 pontos, de 1 “De forma alguma” a 5 “Extremamente bem” (Li et al., 2014), em que os resultados totais variam entre os 8 e 40 pontos na primeira subescala, os 6 e 30 pontos na segunda subescala e, os 3 e 15 pontos na terceira subescala. Os valores de alfa de Cronbach foram de .85 para a escala *pain arousal*, .86 para a escala *painful feelings*, e .77 para a escala de *active pain avoidance*, numa amostra de 1500 estudantes universitários (Li et al., 2017). A versão portuguesa utilizada no estudo de Campos et al. (2019c) possui boas propriedades psicométricas, com valores de alfa de Cronbach de .89, .92, e .84, respetivamente, para as subescalas referentes às dimensões cognitiva, afetiva e de evitamento, numa amostra de 331 estudantes do ensino superior. No presente estudo, obtiveram-se valores de alfa de Cronbach de .87 para a escala que avalia a dimensão cognitiva, .89 para a escala que avalia a dimensão afetiva e .78 para a escala de evitamento.

Escala de Capacidade Adquirida para Suicídio – Fearlessness About Death (ACSS-FAD; Ribeiro et al., 2014). É um inventário composto por 7 itens (e.g., “Não tenho medo nenhum de morrer”). Pretende avaliar o construto *capacidade adquirida para o suicídio* proposto por Joiner (2005), particularmente a faceta de destemor face à morte (*fearlessness about death*). Os itens são respondidos numa escala de Likert de 5 pontos, de 0 “Não se aplica nada a mim” a 4 “Aplica-se muitíssimo a mim”. Os resultados totais variam entre os 0 e os 28 pontos, sendo que valores mais elevados refletem níveis mais elevados de destemor sobre a morte. Ribeiro et al. (2014) obtiveram alfas de Cronbach acima de .80, e uma correlação de .37 com a variável intenção da tentativa de suicídio mais letal para pacientes psiquiátricos, como evidência de validade da escala. A versão portuguesa utilizada no estudo de Campos, Holden, Spínola, Marques, & Lambert (2019b) apresenta boas qualidades psicométricas, com um valor de alfa de Cronbach de .71, para uma amostra de 384 estudantes do ensino superior. No presente estudo, o valor de alfa de Cronbach é de .72.

Questionário de Trauma de Infância – Versão breve (CTQ-SF; Bernstein et al., 2003). É uma medida de autorrelato de 28 itens. Pretende avaliar a presença ou ausência

de cinco tipos de trauma/abuso na infância – abuso físico (e.g., “Na minha família batiam-me tanto que tinha que ir ao hospital ou ao médico”; “Acredito que fui fisicamente maltratado”), abuso emocional (e.g., “Acredito que fui maltratado(a) emocionalmente”; “Achava que os meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido”), abuso sexual (e.g., “Tentaram tocar-me ou obrigaram-me a tocar em alguém sexualmente”; “Tentaram forçar-me a fazer ou a assistir a algo sexual”), negligência física (e.g., “Eu não tinha comida suficiente”; “Tinha que usar roupas sujas”) e negligência emocional (e.g., “Senti-me amado(a)”; “As pessoas da minha família cuidavam umas das outras”) – ocorridos até aos 15 anos de idade. Os itens são respondidos numa escala de Likert de 5 níveis, que varia entre 1 “Nunca” a 5 “Sempre”. O instrumento é composto por 5 subescalas, constituídas por 5 itens cada, referentes a cada um dos tipos de trauma. Existem 3 itens que avaliam o índice de negação, pelo que não cotam em nenhuma das referidas escalas. O índice de negação é avaliado através da existência de respostas extremas aos itens 10, 16 e 22 que refletem a existência de uma infância perfeita. Dos 28 itens, 7 retratam uma infância agradável, sendo cotados de forma invertida (e.g., “Tive a melhor família do mundo”; “Sabia que havia alguém para me cuidar e proteger”). O CTQ-SF permite também calcular um índice geral de trauma na infância. O resultado total da escala varia entre os 5 e os 25 pontos, sendo que valores mais elevados indicam uma maior e mais grave exposição a trauma na infância. A versão original do questionário (Bernstein et al., 2003) apresenta valores de alfa de Cronbach de .83 para a subescala de abuso físico, .87 para a de abuso emocional, .92 para a de abuso sexual, .61 para a de negligência física e .91 para a de negligência emocional, numa amostra comunitária representativa, possuindo boas qualidades psicométricas no que se refere à consistência interna. A versão portuguesa (Dias et al., 2013), utilizada neste estudo, tem valores de alfa de Cronbach de .84 para a escala total, .77 para a subescala de abuso físico, .71 para as de abuso emocional e de abuso sexual, .47 para a de negligência física e .79 para a de negligência emocional, apresentando consistência interna aceitável. No presente estudo, o valor de alfa de Cronbach é de .78 para a escala total, que será o único indicador do trauma utilizado.

A presença de *comportamentos autolesivos* foi avaliada através do item:

“Alguma vez, durante a sua vida, de forma deliberada (ou seja, de sua própria vontade), tomou uma dose excessiva de medicamentos (comprimidos ou outros), ou magoou-se de uma outra forma (como por exemplo, com cortes no seu corpo, queimando-se, ou intoxicando-te com drogas e/ou álcool), com a ideia de fazer mal a si próprio?”. As possíveis opções de resposta eram as seguintes: 0 = *Não*; 1 = *Sim, por uma vez*; 2 = *Sim, mais do que uma vez*. Caso o participante escolhesse a opção 1 ou 2, solicitava-se que respondesse às questões: “*indique quando foi a última vez que ocorreu*” e “*descreva de que forma ocorreu da última vez*”; caso o participante escolhesse a opção 2, teria também de responder à questão “*indique quantas vezes ocorreu*”. Este item está de acordo com a definição do estudo CASE para comportamentos autolesivos (veja-se Guerreiro, 2014; Madge et al., 2011). No presente estudo, 58 sujeitos alegaram a presença de comportamentos autolesivos.

Procedimentos

Inicialmente, foram contactados vários docentes a fim de disponibilizarem algum tempo das suas aulas para aplicação dos protocolos de investigação, em contexto de sala de aula. O único pré-requisito para participar no estudo era pertencer à faixa etária jovens adultos, ou seja, ter entre os 18 e os 28 anos, inclusive. No início de cada aplicação, cada um dos participantes assinou um termo de consentimento informado em duplicado (uma das cópias ficou para o participante), onde eram explicadas as condições de participação (i.e. voluntária e não remunerada), tal como a garantia do anonimato e confidencialidade das respostas. Posteriormente, os protocolos eram distribuídos, sendo compostos por uma ficha de dados demográficos e clínicos e por um conjunto de questionários. É de ressaltar que o projeto de investigação, coordenado pelo orientador desta dissertação, onde se inserem os dados recolhidos, foi previamente aprovado pela Comissão de Ética da Universidade de Évora. Foram igualmente respeitadas todas as normas deontológicas da Ordem dos Psicólogos Portugueses no que se refere aos dados recolhidos pela mestrandia e por outras duas mestrandas inseridas no projeto de investigação mencionado.

Procedimentos de Análise de Dados

Como análise preliminar foram calculadas as correlações entre as variáveis em estudo. Calcularam-se, também, as correlações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e os comportamentos autolesivos. Nas análises posteriores foi usado o método de *bootstrapping* (com 1.000 amostras para construir intervalos de confiança corrigidos a 95%) para corroborar a significância dos parâmetros estimados. Para testar se as diferentes dimensões da dor psicológica, bem como as variáveis da teoria interpessoal do suicídio, mediavam a relação entre a variável trauma na infância – variável exógena – e os comportamentos autolesivos – variável endógena – testaram-se dois modelos de *path analysis*, com recurso à Modelação de Equações Estruturais e ao *software* AMOS-21. Nestas análises foram introduzidas como covariáveis, as variáveis sociodemográficas e clínicas que apresentassem uma correlação significativa com os comportamentos autolesivos.

De modo a avaliar a existência de um efeito de mediação foi testado, inicialmente, um modelo sem variáveis mediadoras, colocando-se o trauma infantil como variável exógena, os comportamentos autolesivos como variável endógena/dependente, e as covariáveis. Posteriormente, testou-se um primeiro modelo de mediação em que se introduziram as dimensões cognitiva, afetiva e de evitamento da dor como variáveis mediadoras. De seguida, foi testado um segundo modelo de mediação em que as variáveis mediadoras eram a perceção de ser um fardo, os sentimentos de não pertença e a capacidade adquirida para o suicídio.

Foram ainda testados dois modelos de moderação das facetas da dor psicológica e das necessidades interpessoais frustradas e da capacidade adquirida para o suicídio na relação entre trauma infantil e os comportamentos autolesivos, com recurso a uma análise de regressão múltipla hierárquica e ao *software* SPSS, versão 24. Primeiramente, foram introduzidas eventuais covariáveis e, de seguida, a variável trauma na infância. No segundo passo foram introduzidas as variáveis cognitiva, afetiva e evitamento da dor no primeiro modelo; e as variáveis perceção de ser um fardo, sentimentos de não pertença e a capacidade adquirida para o suicídio no segundo modelo, enquanto variáveis moderadoras. No terceiro passo foram introduzidos os termos de interação.

Resultados

A presença de comportamentos autolesivos foi relatada por 58 indivíduos (18.0%), sendo que 33 (10.2%) indicaram múltiplas ocorrências (pontuação 2 na questão colocada) de comportamentos autolesivos. Destes 33 indivíduos, 12 (36.4%) relataram mais do que 10 ocorrências de comportamentos autolesivos. Quando analisadas as respostas, relativamente ao tipo de método utilizado, drogas, medicação ou álcool ($n = 11$; 19.0%) e cortes, arranhões ou queimaduras ($n = 28$; 48.3%) foram as formas mais comuns. Dos 58 indivíduos, 19 (32.8%) não relataram ou utilizaram outro método e 4 (6.9%) relataram o uso de múltiplas formas de comportamentos autolesivos.

Análise Preliminar

As correlações entre as variáveis em estudo encontram-se na Tabela 2. Verifica-se que todas as correlações são significativas, na grande maioria dos casos, para um nível de significância de $p < .01$.

Verificou-se que apenas as variáveis sexo ($r_{(321)} = .15, p < .01$), com as mulheres a obterem resultados mais elevados, diagnóstico de perturbação psiquiátrica ($r_{(321)} = .40, p < .01$) e doença crónica ($r_{(321)} = .13, p < .05$) se correlacionam significativamente com os comportamentos autolesivos, pelo que foram introduzidas como covariáveis nas análises subsequentes.

Teste dos Modelos de Mediação

Testou-se, em primeiro lugar, um modelo direto sem as variáveis mediadoras. Verifica-se que o trauma infantil apresenta um efeito direto significativo na variável comportamentos autolesivos ($\beta = .329, SE = .061, p < .001$ IC 95% [0.215, 0.453]).

No primeiro modelo de mediação (veja-se Figura 1), verifica-se que o efeito direto da variável trauma infantil na variável comportamentos autolesivos se mantém significativo ($\beta = .193, SE = .079, p < .01$ IC 95% [0.038, 0.305]), embora de magnitude mais reduzida. Verifica-se um efeito direto significativo da variável trauma na variável evitamento da dor ($\beta = .370, SE = .068, p < .005$ IC 95% [0.226, 0.495]),

Tabela 2. *Correlações bivariadas entre as variáveis em estudo.*

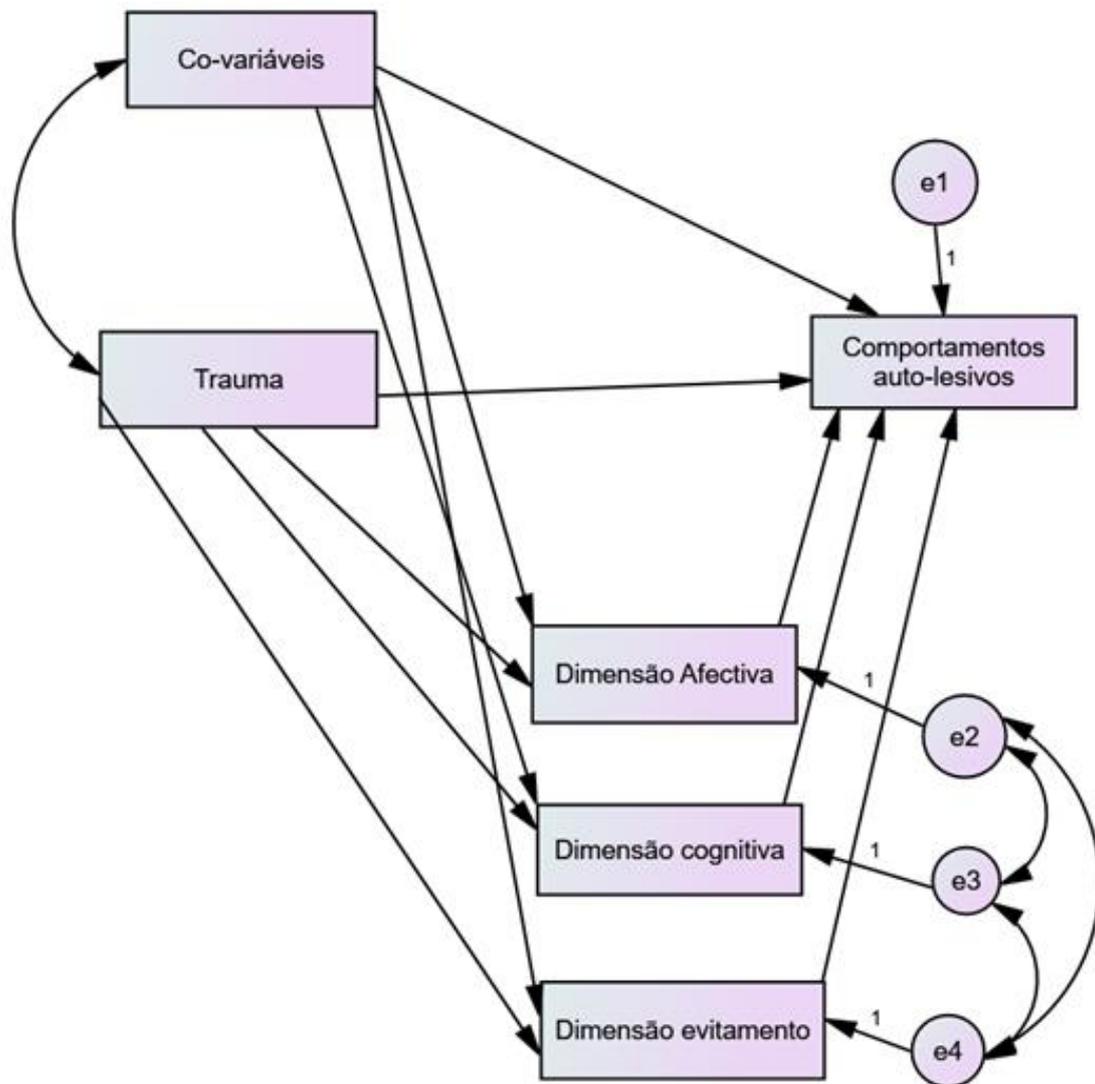
<i>Variáveis</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	M	DP
<i>1. Comportamentos Autolesivos</i>									.28	.64
<i>2. Trauma</i>	.41**								33.37	10.18
<i>3. Sentimentos de Não-Pertença</i>	.29**	.40**							22.80	9.30
<i>4. Percepção de Ser um Fardo</i>	.32**	.30**	.45**						8.59	4.97
<i>5. Capacidade Adquirida para o Suicídio</i>	-.14*	-.06	.07	-.09					13.96	6.24
<i>6. Dimensão Cognitiva</i>	.38**	.39**	.48**	.45**	-.12*				17.77	7.10
<i>7. Dimensão Afetiva</i>	.37**	.33**	.40**	.42**	-.14*	.83**			13.63	6.17
<i>8. Evitamento</i>	.47**	.43**	.33**	.45**	-.05	.52**	.51**		3.80	1.99

Nota: $N = 323$. Todas as correlações são significativas para $*p < .05$. $**p < .01$ (bilateral).

bem como o da variável evitamento da dor na variável comportamentos autolesivos ($\beta = .313$, $SE = .084$, $p < .005$ IC 95% [0.161, 0.487]). Estes resultados indicam um efeito de mediação parcial do evitamento da dor na relação entre trauma infantil e comportamentos autolesivos.

No segundo modelo de mediação, verificou-se que nenhuma das variáveis da teoria interpessoal – percepção de ser um fardo, sentimentos de não pertença e capacidade adquirida para o suicídio – se relaciona com a variável comportamentos autolesivos. Assim sendo, estas variáveis não medeiam a relação entre trauma e comportamentos autolesivos.

Figura 1. Representação gráfica do modelo de mediação testado.



Teste dos Modelos de Moderação

Testou-se igualmente se as facetas da dor psicológica e as variáveis da teoria interpessoal do suicídio moderavam a relação entre trauma e comportamentos autolesivos. Não se verificou qualquer efeito de moderação.

Discussão

O presente estudo, que assumiu uma perspetiva psicológica de compreensão dos comportamentos suicidários, teve como objetivo estudar o efeito do trauma infantil nos comportamentos autolesivos em jovens adultos, bem como os efeitos de mediação e de moderação de um conjunto de variáveis psicológicas, nomeadamente as diferentes facetas da dor psicológica, as necessidades interpessoais frustradas e a capacidade adquirida para o suicídio, na relação entre trauma infantil e os comportamentos autolesivos.

O trauma na infância tem sido associado a um risco elevado de comportamentos suicidários, em particular, os comportamentos autolesivos (e.g. Gratz et al., 2002). Porém, as evidências para essa relação são ainda escassas. De facto, enquanto que alguns estudos apresentam uma associação significativa (Lang & Sharma-Patel, 2011), outros não encontram uma relação entre estas variáveis (Klonsky & Moyer, 2008). Efetivamente, os comportamentos autolesivos são considerados como um mecanismo não adaptativo para lidar com sentimentos que surgem na sequência do trauma infantil (e.g. Smith, Kouros, & Meuret, 2014).

De acordo com os resultados, os modelos de mediação testados demonstram que o evitamento da dor, enquanto variável mediadora, medeia parcialmente a relação entre trauma infantil e comportamentos autolesivos. Porém, contrariamente ao esperado, as necessidades interpessoais frustradas (i.e., percepção de ser um fardo e sentimentos de não pertença) e capacidade adquirida para o suicídio não apresentam efeitos de mediação significativos na mesma relação. Não se verificaram quaisquer efeitos de moderação significativos. Assim, estes resultados indicam que a dimensão de evitamento da dor psicológica não potencia o efeito do trauma, no entanto, explica

parcialmente a razão pela qual o trauma conduz à ocorrência de comportamentos autolesivos.

Os resultados demonstram ainda que algumas variáveis sociodemográficas e clínicas contribuem para a previsão de comportamentos autolesivos, nomeadamente o sexo, diagnóstico de perturbação psiquiátrica e doença crónica. Assim, os resultados sugerem que as mulheres e os indivíduos que tenham diagnóstico de perturbação psiquiátrica e/ou doença crónica apresentam uma maior tendência para comportamentos autolesivos. Estes resultados corroboram resultados de estudos prévios que indicam que a probabilidade de comportamentos autolesivos é significativamente maior no sexo feminino (Bresin & Schoenleber, 2015; Guerreiro & Sampaio, 2013; Guerreiro, 2014; Hawton et al., 2012; Madge, et al., 2008; Reis et al., 2012). É também conhecido que existe uma associação forte entre a presença de comportamentos autolesivos e a presença de psicopatologia geral (e.g. ansiedade, depressão, impulsividade e agressividade; Guerreiro & Sampaio, 2013; Guerreiro, 2014; Hawton et al., 2012; Madge, et al., 2011), sendo que em cerca de 90% dos casos está associado um diagnóstico de perturbação psiquiátrica (Nock et al., 2006; Haw, Hawton, Houston, & Townsend, 2001), nomeadamente doença afetiva (Haw et al., 2001). Para além disso, indivíduos com doença crónica, em particular, fibromialgia, artrite reumatoide ou osteoartrite, potencializam o risco de comportamentos autolesivos quando comparados com pacientes não expostos compatíveis (McHugh, 2020).

No modelo direto testado (sem mediadores) verificou-se a existência do efeito direto do trauma infantil nos comportamentos autolesivos, o que corrobora resultados de estudos empíricos anteriores (Briere & Gil, 1998; Gratz et al., 2002; Gratz, 2006; van der Kolk et al., 1991) que apontam para associações entre experiências infantis de negligência emocional, abuso psicológico e/ou físico, especialmente abuso sexual, e comportamentos autolesivos em jovens adultos (Fliege, Lee, Grimm, & Klapp, 2009).

Por outro lado, os resultados presentes indicam que a relação entre trauma infantil e comportamentos autolesivos não é mediada por variáveis psicológicas e interpessoais, à exceção do evitamento da dor psicológica, que medeia parcialmente esta relação. De facto, uma investigação em Portugal permitiu concluir que a maioria dos jovens com comportamentos autolesivos apresentava como motivo o evitamento ou supressão de sentimentos negativos ou de memórias dolorosas, ou seja, o alívio da dor

psicológica (Gonçalves et al., 2012). Ao deparar-se com acontecimentos de vida intensos, entendidos como negativos, que perturbem o equilíbrio mental, o indivíduo pode recorrer a estratégias que o auxiliem a lidar com tais situações (i.e., mecanismos de *coping*). Assim, os comportamentos autolesivos podem surgir enquanto uma tentativa de conter e tranquilizar as emoções negativas sentidas, representando um mecanismo de *coping* desadaptativo para lidar com a falência de outros recursos (Sun, 2011).

De acordo com os resultados da presente investigação, as necessidades interpessoais frustradas não medeiam a relação entre trauma na infância e comportamentos autolesivos, como referido acima. Embora a literatura demonstre que a percepção de ser um fardo possa ser encarada como fator explicativo da relação entre trauma infantil e comportamentos autolesivos (e.g., Smith et al., 2018), os resultados não corroboram estudos prévios. Da mesma forma, a variável sentimentos de não pertença não mediou a relação entre o trauma na infância e os comportamentos autolesivos. Uma elevada correlação entre estas variáveis poderá ajudar a explicar parcialmente o facto de que quando colocadas em conjunto, como mediadoras, não mediarem a relação entre trauma e comportamentos autolesivos. A capacidade adquirida também não medeia a relação referida. Tal facto poderá dever-se a que a variável dependente comportamentos autolesivos incluir comportamentos que podem não ter intenção suicida pelo que o destemor face à morte poderá não se relacionar.

Limitações, Estudos Futuros e Conclusão

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser tidas em consideração. A primeira foi a utilização exclusiva de medidas de autorrelato. Estas podem ser sujeitas a diversas formas de enviesamento (Dowling, Bolt, Deng & Li, 2016). Particularmente, por ter sido avaliada uma temática ainda estigmatizada socialmente (i.e., a suicidalidade), os participantes podem ter-se sentido constrangidos a responder com total sinceridade. Ainda que a resposta aos instrumentos de medida tenha sido anónima e confidencial, os participantes podem sentir-se inibidos devido a questões de ordem moral e/ou religiosa, que vão contra a aceitação dos comportamentos

suicidários (Rasic et al., 2009). Futuramente, seria importante utilizar outro tipo de metodologias, como a entrevista.

Outra limitação a considerar prende-se com a dimensão da amostra que, embora aceitável, pode não ser representativa, uma vez que se trata de uma amostra de conveniência. Para além disso, a amostra utilizada neste estudo constitui-se como uma amostra de baixo risco suicidário (i.e., de natureza não clínica) pelo que o estudo deveria ser replicado com amostras clínicas, em estudos futuros, com a finalidade de concluir sobre a possibilidade de generalizar os resultados. Para além disso, a metodologia utilizada, de tipo transversal, pode levar a uma sobrestimação das relações entre as variáveis estudadas, pelo que, em estudos futuros, poderá ser realizado um estudo de tipo longitudinal.

Em estudos futuros, seria pertinente estudar cada tipo de abuso e/ou negligência individualmente, de modo a obter dados mais concretos acerca da relação entre trauma na infância e comportamentos autolesivos.

Os resultados obtidos sugerem que o evitamento da dor psicológica assume um papel fundamental na relação entre trauma infantil e comportamentos autolesivos, embora o efeito mediador tenha sido apenas parcial. De facto, o evitamento ou supressão de sentimentos negativos ou de memórias dolorosas (i.e., experiências traumáticas precoces), ou seja, o alívio da dor psicológica (Gonçalves et al., 2012) tem sido considerado como um fator explicativo dos comportamentos autolesivos.

Dado que os comportamentos autolesivos se constituem como um importante fator de risco para o suicídio, o qual é uma das principais causas de morte em jovens adultos, torna-se fundamental a necessidade de investigação a fim de implementar estratégias face aos comportamentos suicidários. Assim, a sensibilização e formação de profissionais de saúde para a intervenção ao nível de variáveis de risco, nomeadamente as variáveis de tipo psicológicas (e.g. dor psicológica) é essencial. Neste sentido, a compreensão psicológica de diferentes manifestações da suicidalidade constitui-se como uma linha de investigação pertinente, com repercussões para a prática clínica. Deste modo, a finalidade passa por obter uma perspetiva cada vez mais global, ainda que focada na compreensão do indivíduo (Scoliers et al., 2009), que juntamente com o estudo de variáveis de ordem mais contextual e cultural, possa ter resultados objetivos e realistas relativamente à avaliação e monitorização dos comportamentos autolesivos.

Referências

- Allbaugh, L. J., Florez, I. A., Render Turmaud, D., Quyyum, N., Dunn, S. E., Kim, J., & Kaslow, N. J. (2017). Child abuse—suicide resilience link in African American women: Interpersonal psychological mediators. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 26*(10), 1055–1071. doi: 10.1177/1524838019869094.
- Anestis, M. D., & Joiner, T. E. (2011). Examining the role of emotion in suicidality: Negative urgency as an amplifier of the relationship between components of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior and lifetime number of suicide attempts. *Journal of Affective Disorders, 129*(1–3), 261–269. doi: 10.1016/j.jad.2010.08.006.
- Barzilay, S., & Apter, A. (2014). Psychological models of suicide. *Archives of Suicide Research, 18*(4), 295–312. doi: 10.1080/13811118.2013.824825.
- Bender, T. W., Gordon, K. H., Bresin, K., & Joiner Jr, T. E. (2011). Impulsivity and suicidality: The mediating role of painful and provocative experiences. *Journal of Affective Disorders, 129*(1–3), 301–307. doi: 10.1016/j.jad.2010.07.02.
- Bernstein, D. P., Ahluvalia, T., Pogge, D., & Handelsman, L. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*(3), 340–348. doi: 10.1097/00004583-199703000-00012.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., et al. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect, 27*(2), 169–190. doi: 10.1016/s0145-2134(02)00541-0.
- Blum, R. W., & Nelson-Mmari, K. (2004). The health of young people in a global context. *Journal of Adolescent Health, 35*(5), 402–418. doi: 10.1016/j.jadohealth.2003.10.007.
- Brackman, E. H., Morris, B. W., & Andover, M. S. (2016). Predicting risk for suicide: a preliminary examination of non-suicidal self-injury and the acquired capability construct in a college sample. *Archives of Suicide Research, 20*(4), 663–676. doi: 1080/13811118.2016.1162247.

- Brain, K. L., Haines, J., & Williams, C. L. (2002). The psychophysiology of repetitive self-mutilation. *Archives of Suicide Research*, 6(3), 199–210. doi: 10.1080/13811110214140.
- Bresin, K., & Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 55–64. doi: 10.1016/j.cpr.2015.02.009.
- Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: further development of an integrative model. In J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, T. Reid & C. Jenny (Eds.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (pp. 175–203). Newbury Park, CA: SAGE Publications.
- 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. doi: 10.1037/h0080369.
- Briere, J., Godbout, N., & Dias, C. (2015). Cumulative trauma, hyperarousal, and suicidality in the general population: A path analysis. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16(2), 153–169. doi: 10.1080/15299732.2014.970265.
- Briere, J., Madni, L. A., & Godbout, N. (2016). Recent suicidality in the general population: multivariate association with childhood maltreatment and adult victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(18), 3063–3079. doi: 10.1177/0886260515584339.
- Campos, R. C., Holden, R. R., & Lambert, C. E. (2019a). Avoidance of psychological pain and suicidal ideation in community samples: Replication across two countries and two languages. *Journal of Clinical Psychology*, 75(12), 2160–2168. doi: 10.1002/jclp.22837.
- Campos, R. C., Holden, R. R., Spínola, J., Marques, D., & Lambert, C. E. (2019b). Dimensionality of suicide behaviors: results within two samples from two different countries. *Omega: Journal of Death and Dying*. doi: 10.1177/0030222819882849
- Campos, R. C., Simões, A., Costa, S., Pio, A. S., & Holden, R. R. (2019c). Psychological pain and suicidal ideation in undergraduates: The role of pain avoidance. *Death Studies*, 44(6), 375–378. doi: 10.1080/07481187.2018.1554610

- Claes, L., & Vandereycken, W. (2007). The self-injury questionnaire-treatment related (SIQ-TR): Construction, reliability, and validity in a sample of female eating disorder patients. In P.M. Goldfarb (Ed.), *Psychological Tests and Testing Research Trends* (pp. 111–139). New York: Nova Science Publishers.
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2007). Self-injury in female versus male psychiatric patients: A comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation. *Personality and Individual Differences*, *42*(4), 611–621. doi: 10.1016/j.paid.2006.07.021.
- Costa, S., Campos, R. C., Simões, A., & Pio, A. S. (2019). Estudos de validação do Interpersonal Needs Questionnaire (INQ-15) para a população portuguesa. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, *53*, 63–77. doi: 10.21865/RIDEP53.
- Croyle, K.L. (2001). Characteristics associated with a range of self-harm behaviors in university undergraduates (Doctoral dissertation, University of Montana). Retirado de: <https://scholarworks.umt.edu/etd/10613>.
- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, *82*(2), 187–200. doi: 10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x.
- DeLisle, M. M., & Holden, R. R. (2009). Differentiating between depression, hopelessness, and psychache in university undergraduates. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, *42*(1), 46–63. doi: 10.1177/0748175609333562.
- Dias, A., Sales, L., Carvalho, A., Castro Vale, I., Kleber, R., & Mota Cardoso, R. (2013). Estudo de propriedades psicométricas do Questionário de Trauma de Infância – Versão breve numa amostra portuguesa não clínica. *Laboratório de Psicologia*, *11*(2), 103–120. doi: 10.14417/lp.11.2.713.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017*. Lisboa: DGS.
- Dowling, N. M., Bolt, D. M., Deng, S., & Li, C. (2016). Measurement and control of bias in patient reported outcomes using multidimensional item response theory. *BMC Medical Research Methodology*, *16*, 63. doi: 10.1186/s12874-016-0161-z.

- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., & Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *Jama*, *286*(24), 3089–3096. doi: 10.1001/jama.286.24.3089.
- Dugal, C., Bigras, N., Godbout, N., & Bélanger, C. (2016). Childhood interpersonal trauma and its repercussions in adulthood: an analysis of psychological and interpersonal sequelae. In G. El-Baalbaki & C. Fortin (Eds.), *A Multidimensional Approach to Post-Traumatic Stress Disorder – from Theory to Practice* (pp. 71–107). London, InTech. doi: 10.5772/64476.
- Fliege, H., Lee, J. R., Grimm, A., & Klapp, B. F. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, *66*(6), 477–493. doi: 10.1016/j.jpsychores.2008.10.013.
- Franklin, J. C., Hessel, E. T., & Prinstein, M. J. (2011). Clarifying the role of pain tolerance in suicidal capability. *Psychiatry Research*, *189*(3), 362–367. doi: 10.1016/j.psychres.2011.08.001.
- Glassman, L.H., Weierich, M.R., Hooley, J.M., Deliberto, T.L., & Nock, M.K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury and the mediating role of self-criticism. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(10), 2483–2490. doi: 10.1016/j.brat.2007.04.002.
- Gonçalves, S. F., Martins, C., Rosendo, A. P., Machado, B. C., & Silva, E. (2012). Self-injurious behavior in Portuguese adolescents. *Psicothema*, *24*(4), 536–541.
- Gratz, K. L. (2006). Risk factors for deliberate self-harm among female college students: The role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, *76*(2), 238–250. doi: 10.1037/0002-9432.76.2.238.
- Gratz, K. L., Conrad, S. D., & Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, *72*(1), 128–140. doi: 10.1037/0002-9432.72.1.128.
- Gratz, K.L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the deliberate self-harm inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *23*(4), 253–263. doi: 10.1023/A:1012779403943.

- Guerreiro, D. (2014). *Comportamentos autolesivos em adolescentes: características epidemiológicas e análise de fatores psicopatológicos, temperamento efetivo e estratégias de coping* (Tese de doutoramento em medicina. Universidade de Lisboa). Retirado de: <http://hdl.handle.net/10451/11457>.
- Guerreiro, D. F., & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, *31*(2), 204–213. doi: 10.1016/j.rpsp.2013.05.001.
- Haw, C., Hawton, K., Houston, K., & Townsend, E. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *The British Journal of Psychiatry*, *178*(1), 48–54. doi: 10.1192/bjp.178.1.48.
- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, *379*(9834), 2373–2382. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60322-5.
- Holden, R. R., Campos, R. C., & Lambert, C. E. (2020). Psychological pain and self-harming behaviours in an adulthood community sample: An exploratory study. *The European Journal of Psychiatry*, *34*(3), 173–176. doi: 10.1016/j.ejpsy.2020.03.001.
- Holden, R. R., Mehta, K., Cunningham, E. J., & McLeod, L. D. (2001). Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, *33*(4), 224–232. doi: 10.1037/h0087144.
- Horowitz, S., & Stermac, L. (2018). The relationship between interpersonal trauma history and the functions of non-suicidal self-injury in young adults: an experience sampling study. *Journal of Trauma & Dissociation*, *19*(2), 232–246. doi: 10.1080/15299732.2017.1330228.
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Joiner, T. E., Jr., Van Orden, K. A., Witte, T. K., & Rudd, M. D. (2009). *The interpersonal theory of suicide: Guidance for working with suicidal clients*. Washington, DC: American Psychological Association. doi: 10.1037/11869-000.

- Joiner, T. E., Ribeiro, J. D., & Silva, C. (2012). Nonsuicidal self-injury, suicidal behavior, and their co-occurrence as viewed through the lens of the interpersonal theory of suicide. *Current Directions in Psychological Science*, *21*(5), 342–347. doi: 10.1177/0963721412454873.
- Kaess, M., Parzer, P., Mattern, M., Plener, P. L., Bifulco, A., Resch, F., & Brunner, R. (2013). Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Research*, *206*(2-3), 265–272. doi: 10.1016/j.psychres.2012.10.012.
- Kaffman, A. (2009). The silent epidemic of neurodevelopmental injuries. *Biological Psychiatry*, *66*(7), 624–626. doi: 10.1016/j.biopsych.2009.08.002.
- Klonsky, E. D., & Moyer, A. (2008). Childhood sexual abuse and non-suicidal selfinjury: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, *192*(3), 166–170. doi: 10.1192/bjp.bp.106.030650.
- Kokaliari, E.D. (2005). Deliberate self-injury: An investigation of the prevalence and psychosocial meanings in a non-clinical female college population. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, *65*(11–A), 4348.
- Kyron, M. J., Hooke, G. R., & Page, A. C. (2018). Daily assessment of interpersonal factors to predict suicidal ideation and non-suicidal self-injury in psychiatric inpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *86*(6), 556–567. doi: 10.1037/ccp0000305.
- Lang, C. M., & Sharma-Patel, K. (2011). The relation between childhood maltreatment and self-injury: A review of the literature on conceptualization and intervention. *Trauma, Violence & Abuse*, *12*(1), 23–27. doi: 10.1177/1524838010386975.
- Leeb, R., Paulozzi, L., Melanson, C., Simon, T., & Arias, I. (2008). *Child maltreatment surveillance: Uniform definitions for public health and recommended data elements*. Georgia: Center for Disease Control and Prevention (CDC).
- Li, H, Fu, R., Zou, Y., & Cui, Y. (2017). Predictive roles of three-dimensional psychological pain, psychache, and depression in suicidal ideation among chinese college students. *Frontiers in Psychology*, *8*, 1550. doi: 10.3389/fpsyg.2017.01550.

- Li, H., Xie, W. Z., Luo, X.W., Rong, F., Ying, X. Y., & Wang, X. (2014). Clarifying the role of psychological pain in the risks of suicidal ideation and suicidal acts among patients with major depressive episodes. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 44*(1), 78–88. doi: 10.1111/sltb.12056.
- Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., & Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(2), 276–286. doi: 10.1037/0022-006X.51.2.276.
- Madge, N., Hawton, K., McMahon, E. M., Corcoran, P., De Leo, D., De Wilde, E. J., ... & Arensman, E. (2011). Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *European Child & Adolescent Psychiatry, 20*(10), 499–508. doi: 10.1007/s00787-011-0210-4.
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Wilde, E. J. de, Corcoran, P., Fekete, S., ... Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*(6), 667–677. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x.
- Martin, J., Raby, K. L., Labella, M. H., & Roisman, G. I. (2017). Childhood abuse and neglect, attachment states of mind, and non-suicidal self-injury. *Attachment & Human Development, 19*(5), 425–446. doi: 10.1080/14616734.2017.1330832.
- McHugh, J. (2020). Increased risk of self-harm in fibromyalgia. *Nature Reviews. Rheumatology, 16*(8), 408. doi: 10.1038/s41584-020-0467-4.
- Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry, 75*(2), 324–333. doi: 10.1037/0002-9432.75.2.324.
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research, 11*(1), 69–82. doi: 10.1080/13811110600992902.
- Muehlenkamp, J., Brausch, A., Quigley, K., & Whitlock, J. (2013). Interpersonal features and functions of nonsuicidal self-injury. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 43*(1), 67–80. doi: 10.1111/j.1943-278X.2012.00128.x.

- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(5), 885–890. doi: 10.1037/0022-006X.72.5.885.
- Nock, M. K., Joiner Jr, 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. doi: 10.1016/j.psychres.2006.05.010.
- O’Keefe, V. M., Wingatem L. R., Davidson, C. L., Tucker, R. P., Rhoades-Kerswill, S., & Shish, M. L. (2014). Interpersonal suicide risk for American Indians: Investigating thwarted belongingness and perceived burdensomeness. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 20*(1), 61–67. doi: 10.1037/a0033540.
- O’Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry, 1*(1), 73–85. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70222-6.
- Rasic, D. T., Belik, S. L., Elias, B., Katz, L. Y., Enns, M., & Sareen, J. (2009). Spirituality, religion and suicidal behavior in a nationally representative sample. *Journal of Affective Disorders, 114*(1–3), 32–40. doi: 10.1016/j.jad.2008.08.007.
- Reis, M., Figueira, I., & Ramiro, L. (2012). Jovens e comportamentos de violência autodirigida. In M. Matos & G. Tomé (Eds.), *Aventura Social: Promoção de Competências e do Capital Social para um Empreendedorismo com Saúde na Escola e na Comunidade* (pp. 259–276). Lisboa: Placebo, Editora LDA.
- Reisch, T., Seifritz, E., Esposito, F., Wiest, R., Valach, L., & Michel, K. (2010). An fMRI study on mental pain and suicidal behavior. *Journal of Affective Disorders, 126*(1–2), 321–325. doi: 10.1016/j.jad.2010.03.005.
- Reyome, N. D. (2010). Childhood emotional maltreatment and later intimate relationships: Themes from the empirical literature. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 19*(2), 224–242. doi: 10.1080/10926770903539664.
- Ribeiro, J. D., & Joiner, T. E. (2009). The interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: Current status and future directions. *Journal of Clinical Psychology, 65*(12), 1291–1299. doi: 10.1002/jclp.20621.
- Ribeiro, J. D., Silva, C., & Joiner, T. E. (2014). Overarousal interacts with a sense of fearlessness about death to predict suicide risk in a sample of clinical

- outpatients. *Psychiatry Research*, 218(1–2), 106–112. doi: 10.1016/j.psychres.2014.03.036.
- Ribeiro, J. D., Witte, T. K., Van Orden, K. A., Selby, E. A., Gordon, K. H., Bender, T. W., & Joiner Jr, T. E. (2014). Fearlessness about death: The psychometric properties and construct validity of the revision to the Acquired Capability for Suicide Scale. *Psychological Assessment*, 26(1), 115–126. doi: 10.1037/a0034858.
- Ross, S., & Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(1), 67–77. doi: 10.1023/A:1014089117419.
- Sansone, R. A., Watts, D. A., & Wiederman, M. W. (2013). Childhood trauma and pain and pain catastrophizing in adulthood: A cross-sectional survey study. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 15(4), PCC.13m01506. doi: 10.4088/PCC.13m01506.
- Schilling, C., Weidner, K., Schellong, J., Joraschky, P., & Pehlmann, K. (2015). Patterns of childhood abuse and neglect as predictors of treatment outcome in inpatient psychotherapy: A typological approach. *Psychopathology*, 48(2), 91–100. doi: 10.1159/000368121.
- Schönfelder, A., Hallensleben, N., Spangenberg, L., Forkmann, T., Rath, D., & Glaesmer, H. (2019). The role of childhood abuse for suicidality in the context of the interpersonal theory of suicide: An investigation in German psychiatric inpatients with depression. *Journal of Affective Disorders*, 245, 788–797. doi: 10.1016/j.jad.2018.11.063.
- Schury, K., & Kolassa, I. T. (2012). Biological memory of childhood maltreatment: current knowledge and recommendations for future research. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1262, 93–100. doi: 10.1111/j.1749-6632.2012.06617.x.
- Scoliers G., Portzky G., Madge N., Hewitt A., Hawton K., de Wilde E.J., ... Van Heeringen C. (2009). Reasons for adolescent deliberate self-harm: A cry of pain and/or a cry for help? Findings from the child and adolescent self-harm in Europe (CASE) study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(8), 601–607. doi: 10.1007/s00127-008-0469-z.

- 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. doi: 10.1007/s10608-009-9260-z.
- Shneidman, E. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Shneidman, E. S. (1996). *The suicidal mind*. New York: Oxford University Press.
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *The Lancet*, 366(9495), 1471–1483. doi: 10.1016/S0140-6736(05)67600-3
- Smith, N. B., Kouros, C. D., & Meuret, A. E. (2014). The role of trauma symptoms in nonsuicidal self-injury. *Trauma, Violence & Abuse*, 15(1), 41–56. doi: 10.1177/1524838013496332.
- Smith, N. B., Monteith, L. L., Rozek, D. C., & Meuret, A. E. (2018). Childhood abuse, the interpersonal–psychological theory of suicide, and the mediating role of depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(5), 559–569. doi: 10.1111/sltb.12380.
- Smith, P. N., & Cukrowicz, K. C. (2010). Capable of suicide: A functional model of the acquired capability component of the interpersonal-psychological theory of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(3), 266–275. doi: 10.1521/suli.2010.40.3.266.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A. (2005). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York, NY: Guilford Press.
- Sun, F. K. (2011). A concept analysis of suicidal behavior. *Public Health Nursing*, 28(5), 458–468. doi: 10.1111/j.1525-1446.2011.00939.x.
- 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 & Neglect*, 36(7-8), 572–584. doi: 10.1016/j.chiabu.2012.05.005.
- Tatnell, R., Kelada, L., Hasking, P., & Martin, G. (2014). Longitudinal analysis of adolescent NSSI: The role of intrapersonal and interpersonal factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(6), 885–896. doi: 10.1007/s10802-013-9837-6.

- Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., Navalta, C. P., & Kim, D. M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *27*(1–2), 33–44. doi: 10.1016/s0149-7634(03)00007-1.
- Turner, B. J., Cobb, R. J., Gratz, K. L., & Chapman, A. L. (2016). The role of interpersonal conflict and perceived social support in nonsuicidal self-injury in daily life. *Journal of Abnormal Psychology*, *125*(4), 588–598. doi: 10.1037/abn0000141.
- Turner, J. A., Jensen, M. P., Warmus, C. A., & Cardenas, D. D. (2002). Catastrophizing is associated with pain intensity, psychological distress, and pain-related disability among individuals with chronic pain after spinal cord injury. *Pain*, *98*(1–2), 127–134. doi: 10.1016/s0304-3959(02)00045-3.
- van der Kolk, B.A., Perry, J.C., & Herman, J.L. (1991). Childhood origins of self destructive behaviour. *American Journal of Psychiatry*, *148*(12), 1665–1676. doi: 10.1176/ajp.148.12.1665.
- Van Orden, K. A., Cukrowicz, K. C., Witte, T. K., & Joiner Jr, T. E. (2012). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: Construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Psychological Assessment*, *24*(1), 197–215. doi: 10.1037/a0025358.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner Jr, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, *117*(2), 575–600. doi: 10.1037/a0018697.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Gordon, K. H., Bender, T. W., & Joiner, T. E., Jr. (2008). Suicidal desire and the capability for suicide: Tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*(1), 72–83. doi: 10.1037/0022-006X.76.1.72.
- Värnik, A., Kõlves, K., Allik, J., Arensman, E., Aromaa, E., Van Audenhove, C., ... & Hegerl, U. (2009). Gender issues in suicide rates, trends and methods among youths aged 15–24 in 15 European countries. *Journal of Affective Disorders*, *113*(3), 216–226. doi: 10.1016/j.jad.2008.06.004.
- World Health Organization (2017a). *Suicide*. Retirado de: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.

- World Health Organization. (2017b). *Violence and Injury Prevention: Child Maltreatment («child abuse»*). Retirado de: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/child/en/.
- Xie, W., Li, H., Luo, X., Fu, R., Ying, X., Wang, N., ... & Shi, C. (2014). Anhedonia and pain avoidance in the suicidal mind: behavioral evidence for motivational manifestations of suicidal ideation in patients with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 70(7), 681–692. doi: 10.1002/jclp.22055.
- Yates, T. M., Carlson, E. A., & Egeland, B. (2008). A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Development & Psychopathology*, 20(2), 651–671. doi: 10.1017/S0954579408000321.