

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 do entrapment

Margarida Jardim Dias

Orientador(es) | Rui C Campos

Évora 2025



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 do entrapment

Margarida Jardim Dias

Orientador(es) | Rui C Campos

Évora 2025



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

Presidente | João Nuno Ribeiro Viseu (Universidade de Évora)

Vogais | Rui C Campos (Universidade de Évora) (Orientador)
Rute Pires (Universidade de Lisboa) (Arguente)

Agradecimentos

Este projeto marca a reta final da minha formação em Psicologia, após cinco anos. Desta forma, gostaria de agradecer a todos os que fizeram parte deste percurso e cuja elaboração do presente trabalho não teria sido possível.

Primeiramente, agradeço ao Professor Doutor Rui Campos, orientador desta dissertação, pela orientação rigorosa, disciplina transmitida e suporte que me proporcionou a segurança necessária para desenvolver este trabalho com confiança.

À minha mãe Teresa, ao meu pai Manuel e à minha avó Gertrudes por me permitirem, com todos os esforços, estudar e perseguir a profissão que sempre sonhei. Por me acompanharem nesta jornada com tanto orgulho e por serem a minha base de apoio, em todos os momentos.

Ao meu irmão Martim pela sua presença e carinho constante.

Às minhas amigas Jéssica, Leonor, Daniela C., Daniela B., Ana e Marta e amigo António, que sempre me acompanharam ao longo destes cinco anos e cujo apoio foi inalcançável.

Por fim, ao Tiago que presenciou o esforço diário que depositei no presente trabalho e foi o meu porto seguro nos momentos mais difíceis.

Trauma na infância e comportamentos autolesivos em jovens adultos: O papel mediador do *entrapment*

Resumo

A presente investigação teve como objetivo estudar a relação entre trauma na infância e comportamentos autolesivos. Foi também testado o efeito de mediação do *entrapment* na relação entre trauma na infância e comportamentos autolesivos. Participaram 273 jovens adultos, estudantes da Universidade de Évora, entre os 18 e os 25 anos. Para testar o modelo de mediação utilizou-se *path analysis* por modelação de equações estruturais. Os resultados do estudo indicaram uma associação significativa entre o trauma na infância e comportamentos autolesivos, mesmo após o controlo do efeito das covariáveis relevantes e variáveis sociodemográficas. Além disso, observou-se um efeito de mediação parcial de *entrapment* entre o trauma na infância e comportamentos autolesivos. Os resultados sugerem que o trauma na infância contribui significativamente para o desenvolvimento de comportamentos autolesivos. Embora *entrapment* contribua para a compreensão da relação entre aquelas variáveis, evidencia-se a necessidade de incluir outras variáveis mediadoras para explicar melhor a relação.

Palavras-chave: trauma na infância; comportamentos autolesivos; *entrapment*; jovens adultos

Childhood trauma and self-injurious behaviour in young adults: the mediating role of entrapment

Abstract

The aim of this investigation was to study the relationship between childhood trauma and self-harmed behaviours. The mediation effect of entrapment on the relationship between childhood trauma and self-harmed behaviors was also tested. Participated 273 young adults, students at the University of Évora, aged between 18 and 25 years old. Path analysis using structural equation modeling was used to test the mediation model. The results of this study indicated a significant association between childhood trauma and self-harmed behaviors, even after controlling the effect of relevant covariates and sociodemographic variables. In addition, a partial entrapment mediation effect was observed between childhood trauma and self-harmed behaviors. The results suggest that childhood trauma contributes significantly to the development of self-harmed behaviors. Although entrapment contributes to understanding the relationship between those variables, highlighting the need to include other mediating variables to fully explain the relationship.

Keywords: childhood trauma; self-harmed behaviours; entrapment; young adults;

Índice

Introdução e enquadramento teórico	1
Trauma na infância e comportamentos autolesivos	3
Trauma na infância e <i>entrapment</i>	5
<i>Entrapment</i> , comportamentos suicidários e comportamentos autolesivos	8
Objetivos do estudo	9
Método.....	10
Participantes.....	10
Instrumentos.....	11
Procedimentos de recolha de dados	13
Procedimentos de análise estatística	14
Resultados.....	14
Discussão	16
Conclusão, limitações, estudos futuros e implicações práticas	19
Referências bibliográficas	21

Introdução e enquadramento teórico

Os comportamentos autolesivos (CAL) estão fortemente associados ao suicídio (Hawton & van Heeringen, 2009), a quarta causa de morte em jovens adultos (dos 15 aos 29 anos), em ambos os sexos (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2021). Nas últimas décadas, os CAL têm sido considerados como um problema de saúde pública (Guerreiro, et al., 2015), à conta das elevadas taxas de prevalência na Europa, incluindo em Portugal (Madge, et al., 2008). Este cenário tem vindo a contribuir para um crescente interesse deste fenómeno, impulsionando avanços na investigação sobre o mesmo (Klonsky et al., 2014).

Na literatura constata-se uma certa inconsistência relativamente à terminologia e definição do conceito de comportamentos autolesivos (Guerreiro & Sampaio, 2013), o que dificulta a investigação nesta área. De facto, numa revisão sistemática da literatura, foram encontrados 11 termos distintos para definir CAL (Meszaros et al., 2017). De um modo geral, quanto à classificação dos CAL, as dificuldades surgem, sobretudo, no que diz respeito à intencionalidade suicida, verificando-se dois termos distintos na literatura anglo-saxónica (Guerreiro & Sampaio, 2013): *deliberate self-harm* (DSH; Hamza et al., 2012) e *non-suicidal self-injury* (NSSI; Muehlenkamp et al., 2012). O termo DSH não faz referência à intencionalidade suicida, reconhecendo as dificuldades de avaliação da mesma (Skegg, 2005). Alguns autores defendem que os DSH e os comportamentos suicidários surgem num *continuum* (e.g., Duarte et al., 2020), abrangendo quer comportamentos menos graves, quer comportamentos mais severos (Stanley et al., 1992). Em contrapartida, os NSSI foram recentemente conceptualizados como um diagnóstico pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5* e caracterizam-se pelo comportamento repetido de destruição ou alteração direta e deliberada à superfície do corpo, sem intenção suicida consciente (DSM-5, 2013; Nock, 2010).

O presente estudo adotará a definição de CAL proposta no *Child and Adolescent Self-harm in Europe Study* (CASE; Madge et al., 2008), que incluiu uma amostra clínica com mais de 30.000 adolescentes com idades entre os 15 e 16 anos, oriundos de sete países. No estudo CASE a definição de CAL é:

um comportamento com resultado não fatal, em que o indivíduo deliberadamente fez um dos seguintes: iniciou comportamento com intenção de causar lesões ao próprio (por exemplo: cortar-se, saltar de alturas); ingeriu uma substância numa dose excessiva em relação à dose terapêutica reconhecida; ingeriu uma droga ilícita ou substância

recreativa, num ato em que a pessoa vê como de autoagressão; ingeriu uma substância ou objeto não ingerível (Madge et al., 2008, p.669).

Esta definição evita a questão da intencionalidade suicida.

Os CAL iniciam-se tipicamente na adolescência (Gonçalves, et al., 2015), geralmente entre os 13 e os 15 anos (Muehlenkamp & Gutierrez, 2004), verificando-se uma tendência para se repetirem ao longo da vida do indivíduo (Pattison & Kahan, 1983; Hawton et al., 2012). Além disso, podem acarretar consequências significativas quer para a saúde física, quer para a saúde psicológica dos indivíduos (Guerreiro & Sampaio, 2013).

A elevada prevalência dos CAL tem sido alvo de análise em vários estudos (e.g., Guerreiro & Sampaio, 2013; Hawton et al., 2012; Yates et al., 2008), quer com amostras clínicas, quer com amostras representativas da comunidade (Holden et al., 2020). Em Portugal, estima-se que entre 7% a 27.7% dos adolescentes manifestem CAL, pelo menos uma vez (Gonçalves et al., 2012; Guerreiro et al., 2015; Matos et al., 2011). Por outro lado, observa-se um grande consenso entre estudos, que associam significativamente os CAL a perturbações psiquiátricas, particularmente perturbações depressivas, da personalidade, da ansiedade, e de uso de substâncias (Haw et al., 2001). No entanto, precisar a prevalência é um desafio, especialmente no que concerne às inconsistências entre estudos acerca da definição dos CAL (Yates, 2004).

Algumas pesquisas sobre as possíveis funções dos CAL reportam que essas podem ser divididas em duas grandes categorias (Klonsky et al., 2003): interpessoais e intrapessoais. A respeito das funções intrapessoais, os CAL serviriam como uma estratégia de *coping* desadaptativa para regular emoções e afetos negativos, mais especificamente para aliviar a vivência intensa de sofrimento e stress (Lang & Sharma-Patel, 2011). Esta função é aparentemente das mais prevalentes, pelo menos no caso dos NSSI (Klonsky & Muehlenkamp, 2007). Ainda no contexto das funções intrapessoais, observa-se a função da autopunição, em que o sujeito dirige a raiva contra si mesmo (Hawton & James, 2005; Klonsky & Muehlenkamp, 2007). Quanto às funções interpessoais, embora menos frequentes, caracterizam-se pela tentativa de regular o ambiente interpessoal, como, por exemplo, provocar uma reação ou resposta emocional no outro, mais geralmente, raiva ou pena (Yates et al., 2008) e/ou pelo desejo de influenciar outros a envolverem-se igualmente em CAL (Klonsky et al., 2003).

Conforme já mencionado, tanto o suicídio, como os CAL constituem um problema de grande magnitude e com consequências alarmantes. Uma melhor compreensão sobre os CAL é crucial, visto que, poderá contribuir para o desenvolvimento e adoção de

medidas de intervenção e prevenção eficazes, de modo a reduzir as consequências letais e diminuir a mortalidade associada. Neste sentido, são diversos os autores que se têm dedicado a uma tentativa de melhor compreensão deste fenómeno (e.g., Hawton & James, 2005). Um volume apreciável de estudos tem vindo a analisar o impacto que eventos de vida perturbadores poderão ter enquanto fator de risco para a ocorrência de CAL (e.g., Madge et al., 2011), nomeadamente os eventos traumáticos na infância, que têm sido identificados como um dos preditores mais importantes de CAL (Lang & Sharma-Patel, 2011).

Trauma na infância e comportamentos autolesivos

O elevado número de casos de maus-tratos na infância levou ao reconhecimento desta problemática como uma questão de saúde pública, a nível global (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2022). Uma revisão sistemática que recolheu dados de 112 estudos realizados em 96 países estima que um bilião de crianças, em todo o mundo, sofram de violência psicológica, física ou sexual (Hillis et al., 2016).

São consideradas vítimas de maus-tratos todas as crianças menores de 18 anos, cujos pais, cuidadores ou outros, perpetraram qualquer ação intencional, seja ela de negligência (incluindo abandono e mendicidade) ou, violência, incluindo a violência física, sexual e/ou psicológica/emocional, que possa comprometer a segurança, dignidade e desenvolvimento da vítima (Direção Geral da Saúde [DGS], 2011; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2016). Trata-se de uma população heterogénea de crianças, visto que a frequência, intensidade, cronicidade e consequências dos maus-tratos podem variar consideravelmente (Thompson, 2000). Briere (2002) categoriza os traumas na infância (TI) em dois tipos: atos de omissão, e atos de comissão. Na primeira categoria insere-se a negligência (física ou psicológica; Dugal et al., 2016), que se caracteriza, de uma forma geral, pela indisponibilidade parental, privando a criança de apoio e estimulação psicológica normal (Briere, 2002). A negligência psicológica refere-se à falta de disponibilidade por parte dos pais, resultando na privação de estimulação normal, de apoio e de tranquilização (Briere, 2002). Quanto à negligência física, esta é caracterizada pela privação dos cuidados básicos, como por exemplo, não receber refeições regulares, banhos, roupas limpas, cuidados médicos necessários, ou ficar confinado num quarto por longos períodos (Higgins & McCabe, 2001). Por outro lado, os atos de comissão abrangem os abusos físicos, sexuais e psicológicos, dirigidos à criança (Briere, 2002). O abuso ou violência sexual inclui qualquer contacto sexual ou ato de natureza sexual, não

consensual ou inapropriado tendo em conta a idade do indivíduo, efetivado ou tentado, atos de tráfico sexual e exploração *online* (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2016). A violência física caracteriza-se por qualquer tentativa ou dano físico efetivo (DGS, 2011). Por fim, a violência emocional/psicológica inclui *restrição dos movimentos de uma criança, atitudes que denigrem, ridicularizam, ameaçam e intimidam, discriminação, rejeição e outras formas não físicas de tratamento hostil* (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2016).

O TI contribui para desajustamento psicológico, tendo uma multiplicidade de consequências, que poderão permanecer no indivíduo até à idade adulta (Dugal et al., 2016; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2016). As consequências dos TI estão relacionadas com um maior risco de desenvolver problemas psicológicos, maiores dificuldades nos relacionamentos psicológicos, dificuldades cognitivas, abuso de substâncias, entre outros (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2022). Além destes efeitos, o modelo *Self-Trauma* (Briere, 1989), postula que os TI, ao perturbarem o desenvolvimento da criança, limitam a aquisição de diversas competências, mais particularmente, interferem com a regulação dos afetos. Uma reduzida regulação dos afetos pode, por sua vez, colocar o indivíduo numa posição de maior risco, na medida em que o torna mais vulnerável à angústia provocada pelo trauma, contribuindo para o uso de estratégias de evitamento e/ou dissociação (Briere et al., 2010). Contudo, o impacto psicológico do TI pode variar de acordo com um vasto leque de variáveis, tais como, o temperamento, o ambiente familiar, a segurança do vínculo (*attachment*) entre pais e filhos e a história de apoio social anterior à experiência do abuso ou negligência (Briere, 2002).

Globalmente, o TI tem-se destacado como o fator de risco mais importante para a ocorrência de CAL (e.g., Lang & Sharma-Patel, 2011). O TI contribui significativamente para o início dos CAL, sendo que quanto mais severo for o trauma, maior a probabilidade de os CAL persistirem ao longo da vida (van der Kolk et al., 1991). No estudo CASE (Madge et al., 2011), em que participaram 30.477 adolescentes, com idades compreendidas entre 15 e 16 anos, provenientes de sete países distintos, concluiu-se que os abusos físicos e sexuais na infância aumentam consideravelmente o risco de CAL. Embora com menor magnitude, a negligência também estava significativamente associada ao risco de desenvolver CAL. Outros estudos têm apresentado resultados semelhantes (e.g., van der Kolk et al., 1991; O'Connor et al., 2012). Guerreiro et al., (2015), por exemplo, verificaram numa amostra portuguesa composta por 1713

adolescentes das escolas de Lisboa, com idades compreendidas entre os 12 e os 20 anos, que os participantes que se envolviam em CAL tinham 5 vezes mais probabilidade de ter vivenciado abusos sexuais e/ou físicos severos. No que diz respeito aos NSSI e à sua relação com o TI, os resultados são convergentes com os dados dos estudos que consideram uma eventual presença de intencionalidade suicida. Uma revisão sistemática da literatura permitiu confirmar a relação entre TI e NSSI (Serafini et al., 2017).

No entanto, a literatura sublinha que cada um dos tipos de TI pode ter efeito diferente nos CAL. Por exemplo, o abuso sexual apresenta uma relação mais forte com CAL, do que outras formas de TI, nomeadamente o abuso físico (van der Kolk et al., 1991). Poderá haver várias razões que expliquem o porquê de o abuso sexual apresentar uma associação mais robusta com CAL, quando comparada com outros tipos de trauma, nomeadamente, a forma como as variáveis são operacionalizadas nos diferentes estudos, mas também, o grande impacto psicológico resultante do trauma sexual, associando-se, por exemplo, a fortes sentimentos de vergonha, culpa e isolamento (Lang & Sharma-Patel, 2011).

A investigação tem evidenciado algumas variáveis que podem atuar como mediadoras na relação entre TI e CAL, nomeadamente a dissociação (van der Kolk et al., 1991; Yates et al., 2008), e a urgência, um subtipo da impulsividade (Arens et al., 2012). No que diz respeito à relação entre trauma na infância e NSSI, verificou-se que a autocrítica (Glassman et al., 2007), os sintomas depressivos (Zetterqvist et al., 2014) e a alexitimia (Paivio & McCulloch, 2004) atuam como variáveis mediadoras dessa relação.

Note-se, no entanto, que a literatura sobre as variáveis que medeiam a relação entre o TI e CAL não é abundante. Além disso, que tenhamos conhecimento, nenhum estudo testou o efeito do *entrapment* enquanto variável mediadora dessa relação.

Trauma na infância e *entrapment*

Os efeitos imediatos do TI na saúde e nas trajetórias do desenvolvimento nos indivíduos têm sido alvo de investigação (e.g., Winter et al., 2022). Como já referido, a regulação das emoções é uma das características mais afetadas pelo trauma, contribuindo para a vulnerabilidade psicológica do sujeito (Briere et al., 2010). De acordo com o Modelo Integrado Motivacional-Volitivo do suicídio (IMV; O'Connor, 2011), o TI, enquanto acontecimento de vida negativo, caracteriza-se como fator distal para o desenvolvimento do sentimento de *entrapment*. O conceito de *entrapment* não é novo (Baumeister, 1990), e pode definir-se como uma estratégia defensiva que ativa uma vontade de fugir, sendo que a sua execução não é, no entanto, implementada, o que

conduz à submissão e subordinação (Carvalho et al., 2011). Gilbert e Gilbert (1993) sugeriram que o *entrapment* envolve processos psicológicos em que o sujeito percebe as suas circunstâncias como incontrolláveis, inescapáveis e incessantes. Adicionalmente, existem evidências de que o *entrapment* e a depressão estão significativamente associados (Taylor et al., 2011). Possivelmente, perante situações que percebe como inescapáveis, o sujeito apresenta respostas de stress, tais como, ruminação excessiva sobre incapacidade pessoal e uma redução significativa da motivação, que podem conduzir, consequentemente, à depressão (Sloman et al., 2002). Além disso, o *entrapment* divide-se em dois tipos (Gilbert & Allan, 1998): interno, relacionado com pensamentos e sentimentos internos; externo, relacionado com eventos externos ou circunstâncias de vida.

O modelo IMV é um modelo tripartido biopsicossocial (O'Connor et al., 2012) que descreve como a ideação suicida, e, posteriormente, o comportamento suicidário, podem surgir, ao longo de três fases: fase pré-motivacional; fase motivacional; fase volitiva (O'Connor & Kirtley, 2018). É sabido que a maioria dos indivíduos com ideação suicida não tenta o suicídio (e.g., Kessler et al., 1999), sendo que o modelo IMV permite distinguir, justamente, entre aqueles que têm pensamentos suicidas daqueles que poderão, no futuro, envolver-se em comportamentos suicidários (O'Connor et al., 2016). O objetivo de O'Connor (2011) foi desenvolver um modelo integrado que combinasse a evidência já recolhida de outros modelos importantes, como o modelo "*arrested flight*" (Williams et al., 2001).

A premissa central do modelo IMV é que os fatores pré-motivacionais impactuam no risco de suicídio através da sua influência nos construtos das fases motivacional e volitiva (O'Connor & Kirtley, 2018). A fase pré-motivacional, a primeira fase do modelo, descreve a génese de possíveis futuros comportamentos suicidários. Nesta etapa, conceptualiza-se como fatores distais uma interação complexa entre fatores contextuais, fatores biológicos, genéticos e diferenças individuais, com acontecimentos de vida negativos, como por exemplo o TI (O'Connor, 2011). Numa segunda fase, a fase motivacional, são descritos os processos psicológicos que conduzem à emergência da ideação suicida: os sentimentos de derrota (*defeat*) e os sentimentos de humilhação, que podem gerar o sentimento de *entrapment* (O'Connor et al., 2012). Contudo, de acordo com o modelo IMV, o *entrapment* não é uma consequência inevitável dos sentimentos de derrota e humilhação. A sua ocorrência também depende da presença ou ausência de moderadores de ameaça ao *self*, que facilitam ou dificultam que sentimentos de derrota e

os sentimentos de humilhação conduzam ao sentimento de *entrapment* (O'Connor & Kirtley, 2018). Exemplos dos moderadores de ameaça ao *self* incluem a capacidade de resolução de problemas sociais, as estratégias de *coping*, a ruminação, entre outros (O'Connor, 2011). À medida que o *entrapment* emerge, observamos que esse desempenha um papel crucial na ligação entre os sentimentos de derrota e os sentimentos de humilhação e ideação suicida, ilustrando como os indivíduos podem considerar o suicídio como uma forma de escapar ao sofrimento (O'Connor & Kirtley, 2018). Ainda assim, o desenvolvimento da ideação suicida não depende apenas de *entrapment*, mas também de moderadores motivacionais, que incluem sentimentos de não pertença, pensamentos sobre o futuro, sobrecarga, normas sociais, apoio social e atitudes (O'Connor et al., 2016). Portanto, estes fatores podem aumentar ou diminuir a probabilidade de *entrapment* evoluir para ideação suicida.

Assim, o modelo IMV identifica o TI enquanto fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de *entrapment*. O trauma, enquanto evento de vida adverso pode potencializar sentimentos de derrota e sentimentos de humilhação. Por sua vez, estes sentimentos podem contribuir para o desenvolvimento de *entrapment*, ou seja, para a percepção de incapacidade de escapar de tal situação, desempenhando um papel crucial na emergência de pensamentos suicidas (O'Connor, 2011). Deste modo, o modelo IMV postula que a percepção de que não há fuga possível (*entrapment*) perante sentimentos de derrota e ou de humilhação, é a o principal fator para a ocorrência de ideação suicida (O'Connor et al., 2016). Além disso, é o *entrapment* que conecta (faz a ponte) os acontecimentos de vida negativos, como o trauma, com a ideação suicida.

O modelo recebeu confirmação empírica. Por exemplo, no estudo de Maydom et al., (2024), observou-se que elevados níveis de TI estavam significativamente associados à ideação suicida e à tentativa de suicídio, bem como a elevados níveis de *entrapment*, stress e sentimentos de derrota.

Por outro lado, Rogerson et al., (2024) verificaram que o stress diário, as preocupações do quotidiano, o nível de funcionamento executivo, a impulsividade e a qualidade do sono eram fatores de mediação na relação entre TI e *entrapment*, em jovens adultos dos 18 aos 45 anos. Panagioti et al. (2013) verificaram que os sentimentos de derrota e *entrapment* mediaram totalmente a relação entre sintomas de PTSD graves e comportamentos suicidários.

***Entrapment*, comportamentos suicidários e comportamentos autolesivos**

A última fase do modelo IMV, a fase volitiva, descreve a tradução de pensamentos suicidas em atos, isto é, a transição da ideação suicida para os atos suicidas (O'Connor & Kirtley, 2018). A ocorrência de tentativas de suicídio é mais provável dependendo de moderadores volitivos (impulsividade, acesso aos meios de suicídio e exposição a outros que se envolvem em comportamentos suicidários; O'Connor et al., 2012; O'Connor et al., 2016). A fase volitiva é essencial para compreender como os fatores cognitivos, descritos nas fases anteriores, como o *entrapment* e a ideação suicida, podem conduzir a atos suicidas (O'Connor et al., 2016).

O interesse pelo papel de *entrapment* nos comportamentos suicidários conduziu à realização de alguns estudos empíricos. de Beurs et al. (2019) verificaram que o *entrapment* interno foi o fator motivacional principal que influenciou os pensamentos suicidas. Rogerson et al., (2024) também verificaram que *entrapment*, influenciado pelo trauma e por outros fatores de vulnerabilidade associados a esse (como impulsividade, funcionamento executivo, qualidade do sono, entre outros), constituíram para um aumento do risco de suicídio. Adicionalmente, de acordo com uma revisão sistemática de literatura com base em 51 artigos, obteve-se evidência convergente de que os sentimentos de derrota e *entrapment* estavam significativamente associados a um aumento do risco de comportamentos suicidários (Taylor, et al., 2011).

Embora os comportamentos suicidários constituam o foco principal do modelo IMV, os CAL podem igualmente ser compreendidos através deste modelo (O'Connor et al., 2012). Por um lado, verifica-se uma associação empírica muito robusta entre CAL e comportamentos suicidários (e.g., Chan et al., 2016; Hawton et al., 2003). Por outro lado, O'Connor (2011) sugeriu que os fatores e processos subjacentes ao desenvolvimento de CAL, seriam idênticos aos envolvidos nos comportamentos suicidários. Rasmussen et al. (2010) sugeriram que, na ausência de qualquer perspectiva de *rescue* (salvamento), os sentimentos de derrota podem gerar *entrapment*, e, assim, aumentar a probabilidade de CAL, e que sejam vistos como uma saída viável para aliviar o sofrimento. A associação entre *entrapment* e CAL foi aliás demonstrada empiricamente. O'Connor (2003) realizou um estudo no qual comparou dois grupos: um grupo composto por trinta pacientes que deram entrada nas urgências de um hospital na Escócia por se terem envolvido em CAL e um grupo de controlo composto por trinta indivíduos que não apresentavam um histórico com CAL. Os resultados demonstraram que os indivíduos que se envolviam em CAL reportavam níveis significativamente elevados de sentimentos de derrota e níveis

mais baixos de potencial para escapar, em comparação ao grupo de controle. Embora o autor utilize a terminologia “parassuicídio” e “potencial para escapar”, em vez de CAL e *entrapment*, respectivamente, é possível estabelecer uma relação significativa entre CAL e *entrapment*. Rasmussen et al., (2010) compararam três grupos de pacientes. Em dois deles, os pacientes tinham sido admitidos nas urgências de um hospital após um episódio de CAL, sendo um grupo composto por trinta e seis indivíduos que se envolveram em CAL apenas uma vez e, o outro por sessenta e sete indivíduos que se envolviam repetidamente em CAL. O terceiro grupo era o grupo de controle, composto por trinta e sete indivíduos. De acordo com os resultados, os indivíduos que se envolviam repetidamente em CAL manifestaram níveis mais elevados de *entrapment*, do que os restantes grupos. Por último, Slade et al. (2014), com uma amostra de homens encarcerados, verificaram que o *entrapment*, avaliado principalmente através de um *locus* de controle externo e de sentimentos de derrota associados, previa a ocorrência de CAL.

Adicionalmente, verificou-se que *entrapment* mediu a relação entre diversas variáveis, nomeadamente, a relação entre sentimentos de derrota e ideação suicida (Williams, 2001) e a relação entre sentimentos de derrota e a depressão (Taylor, et al., 2011). Além disso, *entrapment*, em conjunto com sentimentos de derrota, mediu a relação entre sintomas de PTSD e comportamentos suicidários (Panagioti, et al., 2013). No entanto, que tenhamos conhecimento, nenhum estudo testou o efeito de mediação de *entrapment* na relação entre TI e CAL.

Objetivos do estudo

O trauma na infância (TI) apresenta uma relação muito robusta com os comportamentos autolesivos (CAL) (e.g., Madge et al., 2011). No presente estudo adota-se a definição de CAL utilizada no estudo CASE (Madge et al., 2008, 2011), em que não é especificada a existência ou ausência de intencionalidade suicida dos CAL. Não obstante, de acordo com a literatura, existem variáveis que medeiam esta relação, como a dissociação (van der Kolk et al., 1991; Yates et al., 2008), a autocrítica (Glassman et al., 2007), os sintomas depressivos (Zetterqvist et al., 2014), a urgência, um subtipo da impulsividade (Arens et al., 2012), e a alexitimia (Paivio & McCulloch, 2004).

Alguma evidência empírica associou TI com *entrapment* (e.g., Maydom et al., 2024) e *entrapment* com CAL (e.g., O’Connor, 2003). Apesar de alguns estudos terem investigado o papel de *entrapment* enquanto variável mediadora na relação entre diversas variáveis, como por exemplo entre sentimentos de derrota e ideação suicida (e.g.,

Williams, 2001), que tenhamos conhecimento, nenhum estudo, testou o efeito de mediação de *entrapment* na relação entre CAL e TI. Assim sendo, o objetivo da presente investigação consiste em testar, o efeito de mediação de *entrapment* na relação entre trauma na infância e CAL, numa amostra de conveniência de jovens adultos. Espera-se uma relação positiva significativa entre trauma na infância e CAL. Adicionalmente, espera-se um efeito de mediação de *entrapment* na relação entre aquelas duas variáveis.

Método

Participantes

Neste estudo participaram 273 jovens adultos, estudantes de licenciatura da Universidade de Évora. Apresentam idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos ($M = 19.48$; $DP = 1.73$), sendo a amostra predominantemente feminina ($n = 206$; 75.5%). Além disso, a amostra é constituída por 89.7% ($n = 245$) de estudantes não trabalhadores. 150 dos participantes (54.9%) frequentam o primeiro ano, 55 (20.1%) frequentam o segundo ano e 68 (24.9%) frequenta o terceiro do respetivo curso. 60 participantes (16.8%) reportaram ter um diagnóstico de perturbação mental e 29 participantes (10.6%) referiram ter uma doença crónica. A satisfação com o curso, avaliada através de uma escala tipo *Likert* de 5 pontos (1 - “Nada satisfeito(a)” a 5 - “Muito satisfeito(a)”), apresentou uma média de 3.94 ($DP = .77$).

Quadro 1

Características sociodemográficas da amostra em estudo

Variáveis	N	%	M	DP
Idade			19.48	1.73
Sexo				
<i>Masculino</i>	66	24.2		
<i>Feminino</i>	206	75.5		
<i>Outro</i>	1	0.4		
Ano de frequência na universidade				
1º ano	150	54.9		
2º ano	55	20.1		
3º ano	68	24.9		

É trabalhador-estudante				
<i>Não</i>	245	89.7		
<i>Sim</i>	28	10.3		
Saiu de casa para estudar			8.4	9.5
<i>Não</i>	65	23.8		
<i>Sim</i>	208	76.2		
Grau de satisfação com o curso			3.94	0.76
Doença crónica			1.1	0.7
<i>Não</i>	224	89.4		
<i>Sim</i>	29	10.6		
Diagnóstico psiquiátrico				
<i>Não</i>	227	89.4		
<i>Sim</i>	46	19.8		

Instrumentos

Ficha de Dados Sociodemográficos. Ficha que permite recolher informações de natureza sociodemográfica, incluindo a idade, o sexo, o curso e o ano que o participante frequenta, bem como o grau de satisfação com esse curso, se é estudante deslocado, se é trabalhador-estudante, a eventual presença de uma doença crónica e/ou a eventual existência de um diagnóstico de uma perturbação mental (e, em caso afirmativo, qual ou quais a/s doença/s e/ou diagnósticos).

Questionário de Trauma de Infância – Versão breve (CTQ-SF; Bernstein et al., 2003). É uma medida de autorrelato composta por 28 itens, que permite avaliar a frequência da exposição a cinco tipos de experiências traumáticas ocorridos até aos 15 anos de idade. Este instrumento é uma versão breve da escala original composta por 70 itens (Bernstein et al., 1994). A versão breve (Bernstein et al., 2003) é composta por três itens (10, 16, 22) que constituem o índice de negação, descrevendo uma infância *perfeita*. O valor total deste índice é determinado pelo número de respostas extremas, ou seja, aquelas em que o indivíduo assinala a opção “*sempre*”. Os cinco tipos de trauma operacionalizados são o abuso físico (e.g., “Acredito que fui fisicamente maltratado”), o abuso sexual (e.g., “Tentaram tocar-me ou obrigaram-me a tocar em alguém sexualmente”), o abuso emocional (e.g., “Acredito que fui maltratado(a) emocionalmente”), a negligência física (e.g., “Tinha que usar roupas sujas”) e a negligência emocional (e.g., “Senti-me amado(a)”). Cada uma das cinco subescalas é

constituída por 5 itens. Os itens são respondidos de acordo com a frequência com que as experiências traumáticas ocorreram, utilizando o respondente uma escala *Likert* de cinco pontos, que varia entre 1 (*nunca*) e 5 (*sempre*). Sete itens são cotados de forma invertida (2, 5, 7, 13, 19, 26 e 28). O instrumento permite obter um score global, o índice geral de trauma na infância, que resulta da soma de todos os itens, com pontuações que podem variar entre os 25 e 125 pontos. No presente trabalho utilizou-se apenas este índice global para avaliar globalmente a exposição ao trauma na infância.

Na sua forma original, o instrumento CTQ-SF apresentou boas qualidades psicométricas no que diz respeito à consistência interna, numa amostra comunitária representativa, avaliada pelos valores do alfa de Cronbach que variaram entre .61 para a subescala da negligência física e .92 para a subescala do abuso sexual. Por outro lado, a versão portuguesa evidenciou uma consistência interna aceitável, tendo-se obtido valores de alfa de Cronbach de .84 para a escala total, e valores entre .47 para a subescala da negligência física e .79 para a subescala da negligência emocional. A baixa consistência da escala de negligência física pode dever-se à ambiguidade da conceptualização teórica do construto, impedindo uma representação adequada das suas diversas dimensões (Gerdner e Allgulander, 2009). No presente estudo, o valor de alfa de Cronbach obtido foi de .89 para os 25 itens.

Inventário de Comportamentos Auto-Lesivos (ICAL; Duarte et al., 2019). É um instrumento composto por 13 itens, cada um descrevendo um tipo diferente de comportamento autolesivo. A sua aplicação permite avaliar a frequência deste tipo de comportamentos com ou sem intenção suicida ao longo da vida. Os participantes indicam a frequência do comportamento através de quatro opções de resposta: "0- Não", "1- Sim, uma vez", "2- Sim, 2 a 10 vezes", "3- Sim, mais de 10 vezes". A pontuação total obtém-se somando o valor de cada um dos 13 itens. Os 13 comportamentos autolesivos avaliados são: Cortei-me; Mordi-me; Queimei-me; Puxei/Arranquei o cabelo; Cocei/Arranhei-me até fazer uma ferida (sem ser por causa de comichão); Consumi drogas com a intenção de me magoar; Espetei-me com agulhas; Engoli substâncias perigosas com a intenção de me magoar; Bebi em excesso com a intenção de me magoar; Bati com o corpo ou bati em mim próprio; Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de me magoar; Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de morrer; Tentei suicidar-me. Na forma portuguesa, o instrumento apresentou uma estrutura de três fatores com uma consistência interna aceitável, tendo-se obtido um alfa de Cronbach de .76 para o factor da alta gravidade, de .82 para o factor de abuso de substâncias, e de .67 para o factor de baixa

gravidade. Note-se que os autores da versão portuguesa não reportaram um valor de alfa para a escala total. Contudo, no presente estudo, utilizou-se um índice global tendo-se obtido um alfa de Cronbach de .85.

Entrapment Scale - Short-Form (E-SF; de Beurs et al., 2020). É uma medida de auto-relato que permite avaliar, através de 4 itens, *entrapment*. A escala original, desenvolvida por Gilbert and Allan (1998) era composta por 16 itens. Uma vez que a versão original foi considerada demasiado extensa para ser aplicada em contextos clínicos, De Beurs et al., (2020) desenvolveram uma versão breve de quatro itens, tendo obtido um alfa de Cronbach de .94 numa amostra clínica de 497 pacientes após tratamento hospitalar por autolesões, e um alfa de Cronbach de .97 na amostra da comunidade constituída por 3457 jovens adultos. O instrumento apresenta duas subescalas, cada uma delas composta por dois itens, o *entrapment* interno e o *entrapment* externo, com valores de alfa de Cronbach de 0.78 e 0.82, respetivamente. Para o presente estudo, obteve-se a autorização do autor da versão original, que permitiu a sua tradução e adaptação. A prova foi traduzida por quatro psicólogos clínicos, incluindo o orientador desta dissertação. O alfa de Cronbach na presente amostra para esta forma portuguesa preparada para este estudo é de .87.

Procedimentos de recolha de dados

A amostra foi recolhida em formato *online* através da plataforma *LimeSurvey*. Após o acesso dos participantes à plataforma, era apresentado na primeira página, um termo de consentimento informado com a descrição das condições de participação. Informava-se que se tratava de um estudo da Universidade de Évora, que a participação era voluntária, anónima, não remunerada, que os dados seriam analisados em conjunto, não individualmente e que os participantes poderiam desistir a qualquer momento sem que isso acarretasse qualquer consequência. Caso os indivíduos aceitassem colaborar, deveriam carregar em “seguinte”, sendo a seguir apresentada uma ficha de dados sociodemográficos e, posteriormente de forma continuada, alguns questionários no âmbito de um projeto mais vasto relativo ao estudo dos comportamentos suicidários da responsabilidade do orientador desta orientação. Consideraram-se os seguintes critérios de inclusão: (i) serem indivíduos adultos entre os 18 e os 25 anos; (ii) terem o português como língua materna; (iii) serem estudantes de uma licenciatura da Universidade de Évora.

Procedimentos de análise estatística

Em primeiro lugar calculou-se a percentagem de participantes que relataram comportamentos autolesivos. De seguida calculou-se a correlação entre um conjunto de variáveis demográficas e clínicas e os comportamentos autolesivos (CAL). As variáveis que apresentaram uma correlação significativa foram introduzidas no modelo de *path analysis* a testar posteriormente. Calculou-se também a correlação entre as diversas variáveis em estudo. Testou-se finalmente um modelo de mediação através de *path analysis* por SEM (veja-se a figura 1). Num primeiro momento, testou-se o modelo sem a variável mediadora e depois, com a variável mediadora, introduzindo-se o trauma na infância (TI) como variável independente exógena, bem como as variáveis demográficas que se correlacionaram com CAL como covariáveis, a variável *entrapment* como variável mediadora e CAL como variável dependente endógena. Recorreu-se à metodologia de *bootstrapping* com 1.000 interações para construir intervalos de confiança corrigidos a 95%, de modo a testar de forma mais robusta o nível de significância dos parâmetros estimados (e.g., Yung & Bentler, 1996). Utilizou-se o software AMOS 27 para realizar a análise, recorrendo-se ao método da máxima verossimilhança para estimar os parâmetros.

Resultados

Verificou-se que 60.1% dos participantes relataram pelo menos um CAL, pelo menos uma vez ao longo da vida. Para cada um dos 13 CAL listados pelo ICAL, a percentagem de participantes que reportou esse comportamento mais de 10 vezes variou entre 0.7% (espetei-me com agulhas; engoli substâncias perigosas com a intenção de me magoar) e 9.5% (mordi-me; cocei/arranhei-me até fazer uma ferida (sem ser por causa de comichão)). As percentagens de participantes que apresentaram cada um dos 13 CAL avaliados encontram-se no Quadro 2.

Verificou-se que a variável ter um diagnóstico de perturbação mental se correlacionou com os CAL ($r = .53, p < .001$), bem como a variável sexo ($r = .16, p < .001$), com as mulheres a apresentarem resultados significativamente mais elevados do que os homens. Estas variáveis foram introduzidas no modelo de *path analysis* testado posteriormente. O trauma na infância (TI) correlacionou-se significativamente com a variável *entrapment* ($r = .40, p < .001$) e com a variável CAL ($r = .45, p < .001$). A variável *entrapment* correlacionou-se igualmente com a variável CAL ($r = .49, p < .001$).

No modelo direto, sem a variável mediadora, verificou-se que TI se relacionou significativamente com CAL, ($\beta = .30, EP = .066, p < .005$ IC 95% [0.179, 0.435]). No

modelo de mediação verificou-se um efeito direto significativo de TI em CAL ($\beta = .21$, $EP = .073$, $p < .005$ IC 95% [0.073, 0.359]), de TI em *entrapment* ($\beta = .32$, $EP = .057$, $p < .005$ IC 95% [0.209, 0.433]) e de *entrapment* em CAL ($\beta = .28$, $EP = .057$, $p < .005$ IC 95% [0.166, 0.396]). Finalmente, verificou-se um efeito indireto da variável TI em CAL ($\beta = .09$, $EP = .023$, $p < .001$ IC 95% [0.053, 0.144]). A representação gráfica do modelo testado encontra-se na figura 1. Os resultados mostram um efeito de mediação parcial da variável *entrapment* na relação entre TI e CAL. O modelo explica 44% da variância dos CAL (veja-se a figura 1).

Quadro 2

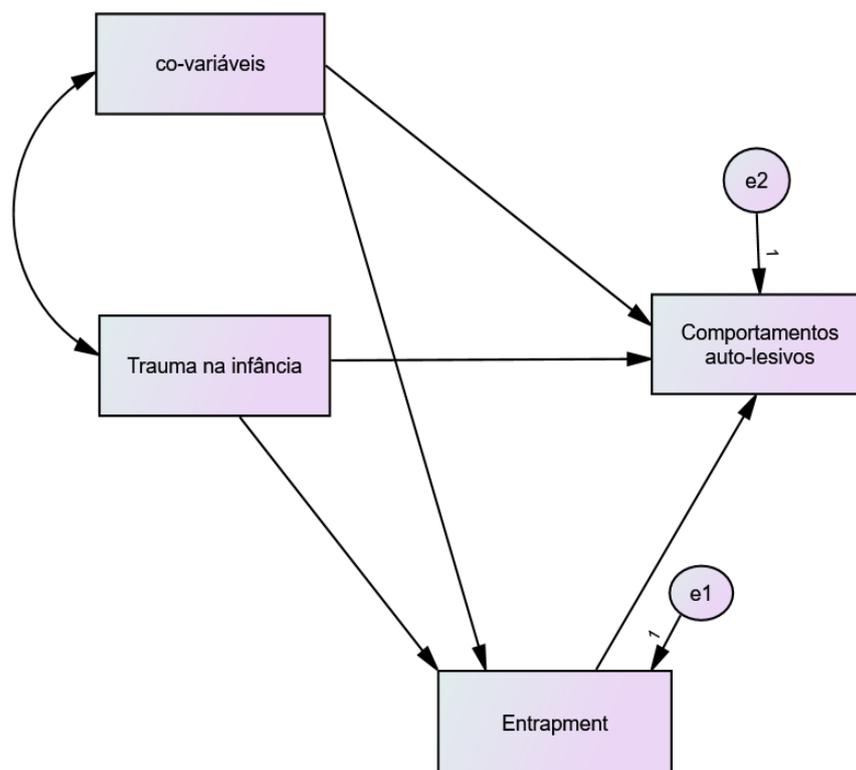
Percentagens de indivíduos que apresentaram cada um dos 13 CAL

Avaliados

CAL	Nunca	1 vez	2 a 10 vezes	Mais de 10 vezes
Cortei-me	73.3%	6.2%	12.8%	7.7%
Mordi-me	70.3%	7.3%	12.9%	9.5%
Queimei-me	91.2%	4.4%	2.9%	1.5%
Puxei/Arranquei o cabelo	71.1%	10.6%	12.5%	5.9%
Coccei/Arranhei-me até fazer uma ferida (sem ser por causa de comichão)	75.5%	6.6%	8.4%	9.5%
Consumi drogas com a intenção de me magoar	93.4%	1.5%	3.3%	1.8%
Espetei-me com agulhas	97.1%	1.1%	1.1%	0.7%
Engoli substâncias perigosas com a intenção de me magoar	94.1%	2.6%	2.6%	0.7%
Bebi em excesso com a intenção de me magoar	86.8%	5.1%	4.4%	3.7%
Bati com o corpo ou bati em mim próprio	65.9%	9.5%	16.8%	7.7%
Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de me magoar	88.3%	7.7%	2.9%	1.1%

Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de morrer	88.3%	7%	3.7%	1.1%
Tentei suicidar-me	81.3%	11.7%	5.9%	1.1%

Figura 1. Representação gráfica do modelo testado



Discussão

A presente investigação examinou o efeito do trauma na infância (TI) nos comportamentos autolesivos (CAL), pretendendo contribuir para a compreensão da relação entre estas duas variáveis em jovens adultos. De acordo com a literatura, a relação entre essas duas variáveis é muito robusta (e.g., Madge et al., 2011). Adicionalmente, testou-se o efeito de mediação do *entrapment* na relação entre TI e CAL, controlando o efeito de variáveis sociodemográficas que se correlacionassem com CAL. Esperava-se encontrar uma relação significativa entre TI e CAL, e que o *entrapment* mediasse a

relação entre essas duas variáveis. Os resultados do presente estudo revelaram uma associação significativa entre TI e CAL, sugerindo que o TI pode aumentar significativamente o risco de desenvolver CAL na vida adulta. No entanto, observou-se que o *entrapment* exerceu apenas um efeito de mediação parcial nessa mesma relação. Deste modo, e tendo como base o modelo de mediação simples de Preacher e Hayes (2004), ainda que o *entrapment* contribua para a compreensão da relação entre TI e CAL, é provável que existam outras variáveis mediadoras que também desempenham um papel relevante na associação entre essas duas variáveis. Consequentemente, poderá ser necessário considerar outras variáveis mediadoras para explicar a relação entre essas duas variáveis, tais como a somatização, a dissociação, a impulsividade, a autocrítica, a alexitimia, e a vinculação insegura com os cuidadores primários, (Arens et al., 2012; Glassman et al., 2007; Gratz et al. 2002; van der Kolk et al., 1991; Paivio & McCulloch, 2004; Yates et al., 2008; Zetterqvist et al., 2014).

Os resultados do presente estudo são consistentes com investigações anteriores no que diz respeito à relação entre TI e CAL (e.g., Arens, et al., 2012; Guerreiro e Sampaio, 2013; Lang & Sharma-Patel, 2011; Madge et al., 2011; Yates et al., 2008). Também num estudo com uma amostra composta por estudantes universitários, a relação entre TI e CAL mostrou-se significativa, sugerindo que esta relação é forte mesmo em populações não clínicas (Gratz, 2002). Os acontecimentos de vida negativos, especialmente TI, parecem contribuir para o desenvolvimento de CAL (van der Kolk et al., 1991), e para a sua manutenção ao longo da vida do indivíduo (Guerreiro et al., 2015). O que poderá acontecer, de acordo com Madge et al. (2011), é que o TI pode proporcionar o desenvolvimento de certas características psicológicas, nomeadamente, altos níveis de depressão e ansiedade, maior impulsividade e menor autoestima, que, por sua vez, constituem-se como fatores de risco para os indivíduos se envolverem em CAL. Adicionalmente, o TI tem sido associado a uma dificuldade na aquisição de estratégias de *coping* adaptativas para a regulação de emoções e comportamentos (Briere, 1989; Klonsky, 2007). Consequentemente, o indivíduo pode desenvolver estratégias alternativas desadaptativas para regular emoções negativas (Yates, 2004) e reduzir sentimentos de angústia (Lang & Sharma-Patel, 2011).

Yates et al., (2008) sugeriram uma relação única e singular entre CAL e TI. De acordo com os autores, o TI não contribui apenas para dificuldades de regulação emocionais, como também influencia a formação do self, prejudicando a elaboração de experiências internas. Assim, os autores defenderam que o TI tem uma influência única e direta na

emergência e manutenção de CAL, independentemente de outros fatores correlacionados, como o estatuto socioeconómico e o ambiente familiar problemático.

Apesar do efeito de mediação de *entrapment* na relação entre TI e CAL ser parcial, de acordo com os presentes resultados, esta variável pode contribuir para a emergência de comportamentos autolesivos em jovens que apresentem um historial de TI. Estes resultados são semelhantes aos apresentados no estudo de Rogerson, O'Connor e O'Connor (2004) que indicam que o TI pode contribuir para a emergência de sentimentos de derrota e *entrapment*, contribuindo, conseqüentemente, para o desenvolvimento da ideação suicida, como forma de tentar escapar ou aliviar o sofrimento. Este último focou-se na ideação suicida e comportamentos suicidários, mas o mesmo parece acontecer, de acordo com os nossos resultados, quando se considera CAL. Os nossos resultados alinham-se com a teoria do Modelo Integrado Motivacional Volitivo (IMV; O'Connor, 2011), que caracteriza o *entrapment* como um construto central na emergência de comportamentos suicidários e CAL (O'Connor et al., 2012). Neste sentido, o cenário possível é que o *entrapment*, exacerbado pelo TI, pode precipitar o envolvimento em CAL como forma de escapar a um sofrimento psicológico insuportável (e.g., O'Connor & Kirtley, 2018). Indivíduos que reportam altos níveis de *entrapment*, frequentemente manifestam um grande desejo e motivação para escapar, contudo, também experienciam sentimentos de se sentirem presos ou incapazes de agir de acordo com o seu desejo (Gilbert et al., 2004). De acordo com o modelo IMV, geralmente, os sentimentos de derrota tendem a emergir primeiro, resultando da avaliação inicial que o indivíduo faz da situação. Mais tarde, segue-se o *entrapment*, que depende da perceção diminuída do indivíduo em escapar ou resolver a situação que originou a derrota em primeiro lugar (Sloman et al., 2003).

Note-se ainda que de acordo com os presentes resultados, mais de metade dos participantes reportou ter-se envolvido em CAL, em algum momento da vida, o que é similar ao reportado em investigações anteriores (e.g., Gonçalves et al., 2012; Guerreiro et al., 2015; Matos et al., 2011). É sabido que os jovens que apresentam CAL encontram-se em maior risco de tentarem suicídio (Hawton et al., 2012). Dependendo do CAL em particular, entre 1.8% e 24.5% de jovens apresentou CAL mais do que uma vez ao longo da vida. Rasmussen et al., (2010) sugeriram que indivíduos que manifestam CAL várias vezes ao longo da vida, apresentam maiores níveis de sofrimento psicológico como consequência de níveis mais elevados de *entrapment*. Também, indivíduos que relatam

vários episódios de CAL apresentam uma maior propensão para a cronicidade destes comportamentos (Hawton et al., 2012).

De acordo com os resultados, o CAL mais frequente, pelo menos uma vez, foi o de bater-se a si mesmo, indo no mesmo sentido do estudo de Gonçalves et al., (2012). No entanto, outros estudos têm demonstrado que o método mais frequente é o de se cortar a si próprio (e.g., Guerreiro et al., 2015; Lang & Sharma-Patel, 2011; Matos, et al., 2011). Por outro lado, novamente, o método mais frequente que ocorreu mais do que uma vez ao longo da vida foi o de se magoar ou bater a si mesmo.

De acordo com os nossos resultados, as mulheres apresentam uma maior frequência de CAL. Estes resultados são consistentes com investigações anteriores que identificam uma prevalência significativamente superior de CAL no sexo feminino (Guerreiro, 2014; Hawton et al., 2012; Madge et al., 2008). Os resultados também evidenciam que ter um diagnóstico de perturbação mental se associou significativamente a CAL, corroborando os resultados de trabalhos prévios (e.g., Arvanas et al., 2022; Haw et al., 2001).

Conclusão, limitações, estudos futuros e implicações práticas

O presente estudo contribuiu para a compreensão da relação entre TI e CAL, testando o efeito de mediação do *entrapment* na relação entre essas duas variáveis. De acordo com os resultados, o sentimento de *entrapment* pode ajudar a explicar parcialmente porque é que os indivíduos que experienciaram mais acontecimentos traumáticos na infância apresentam mais CAL. Mais acontecimentos traumáticos na infância geram mais sentimentos de *entrapment* que podem, adicionalmente, aumentar o risco de CAL. Contudo, o efeito de mediação do *entrapment* mostrou-se apenas parcial, indicando que se deve ter em consideração outras variáveis para explicar a relação entre TI e CAL. Os resultados obtidos podem dar um contributo para a área científica da suicidologia, ajudando a compreender os CAL à luz do funcionamento psicológico e da história de desenvolvimento de indivíduos jovens adultos. Por outro lado, os resultados apoiam também o modelo IMV, originalmente proposto por O'Connor (2011), aplicado, neste caso, aos CAL, com ou sem intenção suicida.

Não obstante, é importante referir algumas limitações do estudo. No que diz respeito ao desenho da investigação, este foi de natureza transversal, que, em consequência, pode levar à sobrestimação da relação entre as variáveis operacionalizadas no presente estudo. Adicionalmente, impede o estabelecimento de uma verdadeira relação de causalidade

entre as variáveis. Para estudos futuros, recomenda-se a utilização de uma metodologia do tipo longitudinal.

Por outro lado, refira-se o uso exclusivo de medidas de autorrelato, suscetíveis a enviesamentos diversos (Dowling et al., 2016; Liu et al., 2017). Adicionalmente, alguns estudos têm sugerido um estigma significativo no que concerne aos CAL (Fox & Flower, 2020; Law et al., 2008). Este estigma desencoraja os indivíduos a abordarem de forma mais aberta e sincera a temática de CAL e suicídio, fazendo com que possam sentir vergonha e temam o julgamento dos outros (Ford, et al., 2021). Assim sendo, estudos futuros devem ter em consideração outro tipo de instrumentos de medida, como por exemplo, a entrevista. Adicionalmente, seria pertinente recorrer a um outro instrumento de medida, que não o ICAL, para avaliar os comportamentos autolesivos. A estrutura fatorial do ICAL mostra-se inconsistente com a literatura, uma vez que combina gravidade (elevada e diminuída) com métodos de CAL, como, por exemplo, o abuso de substâncias. Portanto, seria mais adequado a utilização de um instrumento que aludisse à intencionalidade suicida e/ou agrupasse CAL por tipos ou por nível de gravidade.

Outra limitação refere-se à amostra utilizada no presente estudo. Sendo uma amostra de conveniência, que, embora aceitável em termos de dimensão pode não ser representativa da população de jovens adultos. Além disso, a amostra é não-clínica, e, por isso, de baixo risco, observando-se uma menor expressão de CAL. Posto isto, sugere-se que estudos futuros repliquem o mesmo estudo em amostras clínicas, de modo a generalizar os resultados aqui obtidos.

Ainda assim, os resultados poderão dar um contributo para a prática clínica, destacando a importância de se intervir precocemente em crianças que possam ter sofrido de maus-tratos na infância. A finalidade dessa intervenção seria minimizar as consequências do TI, nomeadamente o desenvolvimento de níveis elevados de sofrimento e *entrapment* que poderão, posteriormente, contribuir para a ocorrência de CAL. As terapias de grupo com crianças que sofreram de maus-tratos têm sido as mais utilizadas, uma vez que ser em grupo contribui para sentimentos de segurança e proteção, frequentemente destruídos após os maus-tratos e possibilita a partilha de experiências entre as crianças (Carbonell & Partelano-Barehmi, 1999). As terapias de grupo também se têm demonstrado eficazes na prevenção de PTSD (Perturbação de stress pós-traumático), em crianças expostas a trauma (Pifalo, 2002).

A terapia cognitivo-comportamental focada no trauma (TF-CBT) é a intervenção com mais evidência empírica, obtendo resultados positivos no que diz respeito à

diminuição dos sintomas de stress pós-traumático em crianças expostas ao trauma (Vanderzee et al., 2018). O programa de intervenção da TF-CBT inclui a psicoeducação sobre o trauma, a promoção de competências parentais dos pais, o relaxamento da criança, o reconhecimento dos sentimentos e a promoção de técnicas de coping adaptativas para lidar com o TI (Vanderzee et al., 2018).

Por outro lado, em contextos clínicos é fundamental desenvolver estratégias de regulação emocional mais adaptativas, com o objetivo de mitigar os efeitos do TI e de diminuir o envolvimento em CAL (Yates, 2004). De acordo com uma revisão sistemática (Lancastle, 2024) a TCC (terapia cognitivo-comportamental) tem sido apontada como uma das abordagens com melhores resultados para a promoção de estratégias de regulação emocional.

De acordo com os resultados a diminuição do *entrapment*, para que esse não potencialize o envolvimento em CAL. Portanto, a diminuição do *entrapment* pode ser alcançada através da intervenção nos fatores moderados de ameaça ao *self*, propostos no modelo IMV (O'Connor, 2011). A intervenção focar-se-ia no aumento da capacidade de resolver e enfrentar dificuldades e na promoção de uma rede de apoio social que possa diminuir a sensação de isolamento; também, na redução da ruminação, bem como na modificação de pensamentos de desesperança, que podem alimentar a sensação de se sentir encurralado.

Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). Conditions for further study: Nonsuicidal self-injury. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., pp. 803–806). American Psychiatric Association.
- Arens, A. M., Gaher, R. M., & Simons, J. S. (2012). Child maltreatment and deliberate self-harm among college students: Testing mediation and moderation models for impulsivity. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 82(3), 328–337. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01165.x>
- Arvanas, C., Campos, R. C., Vasques, A., & Pereira, A. (2022). Trauma na infância, evitamento da dor psicológica e comportamentos auto-lesivos em jovens adultos. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, 229-242.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90–113. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.97.1.90>

- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132–1136. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.8.1132>
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169-190.
- Briere, J. (1989). *Therapy for adults molested as children: Beyond survival*. Springer.
- 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, C. Jenny, & T. A. Reid (Eds.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment* (2nd ed., pp. 175–203). Sage Publications, Inc.
- Briere, J., Hodges, M., & Godbout, N. (2010). Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: A structural equation model. *Journal of Traumatic Stress*, 23(6), 767–774. <https://doi.org/10.1002/jts.20578>
- Carbonell, D. M., & Partelano-Barehmi, C. (1999). Psychodrama groups for girls coping with trauma. *International Journal of Group Psychotherapy*, 49(3), 285–306.
- Carvalho, S., Gouveia, J. P., Castilho, P., & Pimentel, P. (2011). *Entrapment—Conceito, definição e características psicométricas da versão portuguesa da Escala de Entrapment*. Universidade de Coimbra, 54, 385–411. https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_15
- Chan, M. K., Bhatti, H., Meader, N., Stockton, S., Evans, J., O'Connor, R. C., Kapur, N., & Kendall, T. (2016). Predicting suicide following self-harm: Systematic review of risk factors and risk scales. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 209(4), 277–283. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.170050>
- De Beurs, D., Cleare, S., Wetherall, K., Eschle-Byrne, S., Ferguson, E., B O'Connor, D., & C O'Connor, R. (2020). Entrapment and suicide risk: The development of the 4-item Entrapment Scale Short-Form (E-SF). *Psychiatry Research*, 284, 112765. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112765>
- De Beurs, D., Fried, E. I., Wetherall, K., Cleare, S., O' Connor, D. B., Ferguson, E., O'Carroll, R. E., & O' Connor, R. C. (2019). Exploring the psychology of suicidal ideation: A theory driven network analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 120, 103419. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103419>

- Dhingra, K., Boduszek, D., & O'Connor, R. C. (2016). A structural test of the Integrated Motivational-Volitional model of suicidal behaviour. *Psychiatry Research*, 239, 169–178. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.03.02>
- Dias, A., Sales, L., Carvalho, A., Castro-Vale, I., Kleber, R., & Cardoso, R. M. (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.
- 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. <https://doi.org/10.1186/s12874-016-0161-z>
- Duarte, E., Gouveia-Pereira, M., & Gomes, H. S. (2019). Development and factorial validation of the Inventory of Deliberate Self-Harm Behaviours for Portuguese adolescents. *The Psychiatric Quarterly*, 90(4), 761–776. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09660-1>
- Duarte, T. A., Paulino, S., Almeida, C., Gomes, H. S., Santos, N., & Gouveia-Pereira, M. (2020). Self-harm as a predisposition for suicide attempts: A study of adolescent's deliberate self-harm, suicidal ideation, and suicide attempts. *Psychiatry Research*, 287, 112553. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112553>
- 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.
- Favazza A. R. (1989). Why patients mutilate themselves. *Hospital & Community Psychiatry*, 40(2), 137–145. <https://doi.org/10.1176/ps.40.2.137>
- Favazza, A. R., & Conterio, K. (1988). The plight of chronic self-mutilators. *Community Mental Health Journal*, 24(1), 22–30. <https://doi.org/10.1007/BF00755050>
- Ford, J., Thomas, F., Byng, R., & McCabe, R. (2021). Asking about self-harm and suicide in primary care: Moral and practical dimensions. *Patient Education and Counseling*, 104(4), 826–835. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.09.037>
- Fox, C., & Flower, R. (2021). Exploring student perceptions of self-harming behaviour: A qualitative study. *British Journal of Guidance & Counselling*, 49(3), 445–455. <https://doi.org/10.1080/03069885.2020.1755951>

- Gerdner, A., & Allgulander, C. (2009). Psychometric properties of the Swedish version of the Childhood Trauma Questionnaire-Short Form (CTQ-SF). *Nordic Journal of Psychiatry*, 63(2), 160-170.
- Gilbert, P., & Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, 28(3), 585–598. <https://doi.org/10.1017/s0033291798006710>
- Gilbert, P., & Gilbert, J. (2003). Entrapment and arrested fight and flight in depression: An exploration using focus groups. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76(2), 173–188. <https://doi.org/10.1348/14760830376595120>
- Gilbert, P., Gilbert, J. & Irons, C. (2004). Research report: Life events, entrapments and arrested anger in depression. *Journal of Affective Disorders*, 79(2), 149–160. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.12.005>
- 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.
- 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., Conrad, S. D., & Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(1), 128–140. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.72.1.128>
- Guerreiro, D. & F., Sampaio, D., (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão de literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública. 31(2), 204-2013.
- 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). <http://hdl.handle.net/10451/11457>.
- Guerreiro, D. F., Sampaio, D., Figueira, M. L., & Madge, N. (2015). Self-Harm in Adolescents: A Self-Report Survey in Schools from Lisbon, Portugal. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 21(1), 83–99. <https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1004480>

- Hamza, C. A., Stewart, S. L., & Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 482–495. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.003>
- Haw, C., Hawton, K., Houston, K., & Townsend, E. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 178(1), 48–54. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.1.48>
- Hawton, K., & James, A. (2005). Suicide and deliberate self-harm in young people. *BMJ (Clinical Research ed.)*, 330(7496), 891–894. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7496.891>
- Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373(9672), 1372–1381. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60372-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60372-X)
- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *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)
- Hawton, K., Zahl, D., & Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: Long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 182, 537–542. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.6.537>
- Higgins, D. J., & McCabe, M. P. (2001). The development of the Comprehensive Child Maltreatment Scale. *Journal of Family Studies*, 7(1), 7–28. <https://doi.org/10.5172/jfs.7.1.7>
- Hillis, S., Mercy, J., Amobi, A., & Kress, H. (2016). Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics*, 137(3), e20154079. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4079>
- Holden, R. R., Campos, R. C., & Lambert, C. E. (2020). Psychological pain and self-harming behaviours in an adulthood community sample: An exploratory study. *European Journal of Psychiatry*, 34(3), 173–176. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2020.03.001>
- 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>

- 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., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: a research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1045–1056.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20412>
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *The American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1501–1508.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1501>
- Klonsky, E. D., Victor, S. E., & Saffer, B. Y. (2014). Nonsuicidal self-injury: What we know, and what we need to know [Editorial]. *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 59(11), 565–568.
<https://doi.org/10.1177/070674371405901101>
- Lancastle, D., Davies, N. H., Gait, S., Gray, A., John, B., Jones, A., Kunorubwe, T., Molina, J., Roderique-Davies, G., & Tyson, P. (2024). A systematic review of interventions aimed at improving emotional regulation in children, adolescents, and adults. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 34(3), Article 100505. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2024.100505>
- 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), 23–37.
<https://doi.org/10.1177/1524838010386975>
- Law, G. U., Rostill-Brookes, H., & Goodman, D. (2008). Public stigma in health and non-healthcare students: Attributions, emotions and willingness to help with adolescent self-harm. *International Journal of Nursing Studies*, 46(1), 107–118.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.08.014>
- Liu, M., Harbaugh, A. G., Haring, J. R., & Hancock, G. R. (2017). The effect of extreme response and non-extreme response styles on testing measurement invariance. *Frontiers in Psychology*, 8(726).
- 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 & Adolescent Psychiatry*, 20(10), 499–508.
<https://doi.org/10.1007/s00787-011-0210-4>
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E. J., Corcoran, P., Fekete, S., van Heeringen, K., De Leo, D., & 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, and Allied Disciplines*, 49(6), 667–677.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x>
- Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., & Social Adventure and Health Research Group. (2011). *Aventura social & saúde. A saúde dos adolescentes portugueses. Relatório do estudo HBSC 2010 [Social adventure & Health. The health of Portuguese adolescents. Report of the 2010 HBSC study]*. Lisboa: Edições FMH.
- Maydom, J. K., Blackwell, C., & O'Connor, D. B. (2024). Childhood trauma and suicide risk: Investigating the role of adult attachment. *Journal of Affective Disorders*, 365, 295–302. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.08.005>
- Meszaros, G., Horvath, L. O., & Balazs, J. (2017). Self-injury and externalizing pathology: A systematic literature review. *BMC Psychiatry*, 17(1), 160.
<https://doi.org/10.1186/s12888-017-1326-y>
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2004). An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide & Life-threatening Behavior*, 34(1), 12–23.
<https://doi.org/10.1521/suli.34.1.12.27769>
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 10.
<https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>
- Nock M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339–363.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
- O'Connor, R. C. (2003). Suicidal Behavior as a Cry of Pain: Test of a Psychological Model. *Archives of Suicide Research*, 7(4), 297–308.
<https://doi.org/10.1080/713848941>

- O'Connor, R. C. (2011). The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior [Editorial]. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 32(6), 295–298. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000120>
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 373(1754), 20170268. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>
- O'Connor, R. C., Cleare, S., Eschle, S., Wetherall, K., & Kirtley, O. J. (2016). The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior: An update. *The International Handbook of Suicide Prevention* (2nd ed., pp. 223–239). John Wiley & Sons.
- O'Connor, R. C., Rasmussen, S., & Hawton, K. (2012). Distinguishing adolescents who think about self-harm from those who engage in self-harm. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 200(4), 330–335. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.097808>
- Organização Mundial da Saúde. (2016). *INSPIRE: Sete estratégias para pôr fim à violência contra crianças* (versão portuguesa). Núcleo de Estudos da Violência. <https://www.who.int>
- Organização Mundial da Saúde. (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates*.
- Paivio, S. C., & McCulloch, C. R. (2004). Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 28(3), 339–354. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.11.018>
- Panagioti, M., Gooding, P., Taylor, P. J., & Tarrier, N. (2013). A model of suicidal behavior in posttraumatic stress disorder (PTSD): The mediating role of defeat and entrapment. *Psychiatry Research*, 209(1), 55–59. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.02.018>
- Pattison, E. M., & Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, 140(7), 867–872. <https://doi.org/10.1176/ajp.140.7.867>
- Pifalo, T. (2002). Pulling out the thorns: Art therapy with sexually abused children and adolescents. *Art Therapy*, 19(1), 12–22. <https://doi.org/10.1080/07421656.2002.10129724>

- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 36, 717–731.
- Rasmussen, S. A., Fraser, L., Gotz, M., MacHale, S., Mackie, R., Masterton, G., McConachie, S., & O'Connor, R. C. (2010). Elaborating the cry of pain model of suicidality: Testing a psychological model in a sample of first-time and repeat self-harm patients. *The British Journal of Clinical Psychology*, 49(Pt 1), 15–30. <https://doi.org/10.1348/014466509X415735>
- Rogerson, O., O'Connor, R. C., & O'Connor, D. B. (2024). The effects of childhood trauma on stress-related vulnerability factors and indicators of suicide risk: An ecological momentary assessment study. *Journal of Affective Disorders*, 352, 479–489. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.02.029>
- Serafini, G., Canepa, G., Adavastro, G., Nebbia, J., Belvederi Murri, M., Erbuto, D., Poci, B., Fiorillo, A., Pompili, M., Flouri, E., & Amore, M. (2017). The Relationship between Childhood Maltreatment and Non-Suicidal Self-Injury: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 149. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00149>
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *Lancet (London, England)*, 366(9495), 1471–1483. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67600-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67600-3)
- Slade, K., Edelman, R., Worrall, M., & Bray, D. (2014). Applying the Cry of Pain Model as a predictor of deliberate self-harm in an early-stage adult male prison population. *Legal and Criminological Psychology*, 19(1), 131-146.
- Sloman, L., Gilbert, P., & Hasey, G. (2003). Evolved mechanisms in depression: The role and interaction of attachment and social rank in depression. *Journal of Affective Disorders*, 74(2), 107–121. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00116-7](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00116-7)
- Stanley, B.H., Winchel, R.M., Molcho, A., Simeon, D., & Stanley, M. (1992). Suicide and the self-harm continuum: Phenomenological and biochemical evidence. *International Review of Psychiatry*, 4, 149-155.
- Taylor, P. J., Gooding, P., Wood, A. M., & Tarrier, N. (2011). The role of defeat and entrapment in depression, anxiety, and suicide. *Psychological Bulletin*, 137(3), 391–420. <https://doi.org/10.1037/a0022935>
- Thompson R. A. (2000). Understanding the dynamics of child maltreatment: child harm, family healing, and public policy (discussant's commentary). *Nebraska Symposium on Motivation*. *Nebraska Symposium on Motivation*, 46, 245–262.

- Van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *The American Journal of Psychiatry*, *148*(12), 1665–1671. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.12.1665>
- Vanderzee, K. L., Sigel, B. A., Pemberton, J. R., & John, S. G. (2018). *Treatments for Early Childhood Trauma: Decision Considerations for Clinicians*. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, *12*(4), 515–528. doi:10.1007/s40653-018-0244-6
- Williams, J. M. G. (2001). *Suicide and attempted suicide: Understanding the cry of pain*. London, England: Penguin.
- Williams, J. M. G., & Pollock, L. R. (2000). The psychology of suicidal behaviour. In K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 79–93). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470698976.ch5>
- Winter, S. M., Dittrich, K., Dörr, P., Overfeld, J., Moebus, I., Murray, E., Karaboycheva, G., Zimmermann, C., Knop, A., Voelke, M., Entringer, S., Buss, C., Haynes, J. D., Binder, E. B., & Heim, C. (2022). Immediate impact of child maltreatment on mental, developmental, and physical health trajectories. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *63*(9), 1027–1045. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13550>
- World Health Organization. (2022, September 19). *Child maltreatment: Key facts*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Yates T. M. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*, *24*(1), 35–74. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2003.10.001>
- Yates, T. M., Carlson, E. A., & Egeland, B. (2008). A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Development and Psychopathology*, *20*(2), 651–671. <https://doi.org/10.1017/S0954579408000321>
- Yuan, K.-H., & Bentler, P. M. (1997). Improving parameter tests in covariance structure analysis. *Computational Statistics & Data Analysis*, *26*(2), 177–198. [https://doi.org/10.1016/S0167-9473\(97\)00025-X](https://doi.org/10.1016/S0167-9473(97)00025-X)
- Zetterqvist, M., Lundh, L. G., & Svedin, C. G. (2014). A cross-sectional study of adolescent non-suicidal self-injury: support for a specific distress-function relationship. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *8*, 23. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-8-23>