



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

BRAGA

Relação entre o autocrítico e os ferimentos auto-infligidos
em jovens universitários

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Ana Letícia Ferreira Antunes

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

OUTUBRO DE 2019



CATÓLICA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

Relação entre o autocrítico e os ferimentos auto-infligidos em jovens universitários

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde.**

Ana Letícia Ferreira Antunes

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Armanda Paula
Cunha Gonçalves**

Agradecimentos

De uma forma especial, agradeço, primeiramente aos meus pais e à minha avó. Agradeço pelo apoio incondicional e por todos os sacrifícios para que a concretização deste trabalho fosse possível. São os meus pilares e o meu amparo em tudo o que enfrento na vida.

Aos restantes familiares pelo amor e carinho que sempre demonstraram. Obrigada por toda a esperança que me transpuseram.

Às amigas que mantenho desde sempre e às que tive oportunidade de criar ao longo deste percurso enquanto estudante universitária, por me darem o incentivo e o ânimo quando achei que não tinha forças.

À Professora Doutora Armanda Paula Cunha Gonçalves, pela dedicação, auxílio e orientação durante esta jornada. Agradeço, também, pelo rigor exigido, acarretando um maior empenho e acredito que um resultado melhor.

A todos os docentes de Psicologia, que de alguma forma marcaram o meu percurso de aprendizagem, na Universidade Católica.

A todos os participantes desta investigação, pela colaboração e compreensão demonstradas.

Agradeço a todas as pessoas que ao longo destes anos estiveram presentes na minha vida, nas vitórias e derrotas.

Resumo

PERTINÊNCIA DO TEMA: Os ferimentos auto-infligidos, atualmente, têm sido foco de investigação devido ao aumento de incidência destes comportamentos.

OBJETIVO: O presente estudo teve como principal objetivo estudar a relação entre o autocrítico e a prática de ferimentos auto-infligidos nos jovens universitários.

MÉTODO: Este estudo é de natureza descritivo-correlacional. A amostra constituiu-se por 344 estudantes do ensino superior, com idades compreendidas entre 18 e 30 anos. Recorreu-se à utilização dos instrumentos: Inventário de Comportamentos de Risco e Auto - dano para Adolescentes – RTSHIA, Escala das Funções do Autocrítico e Autotranquilização – FSCRS e um Questionário Sociodemográfico.

RESULTADOS: A maioria dos participantes manifesta a presença de comportamentos de risco ($n = 320, 95.2\%$) e com uma taxa bastante elevada, apresentam a presença de comportamentos lesivos ($n = 159, 46.9\%$). Observa-se que a forma de autocrítico na qual os participantes parecem ter obtido pontuações superiores é o Eu Tranquilizador ($M = 20.35, DP = 6.90$). Há uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a prevalência de comportamentos lesivos e o Eu Inadequado ($r = .45, p < .001$) e o Eu Detestado ($r = .59, p < .001$) e uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a prevalência de comportamentos lesivos e o Eu Tranquilizador ($r = -.42, p < .001$).

CONCLUSÕES: Pontuações mais elevadas do Eu Inadequado e Eu Detestado, estão associadas a uma prevalência superior de comportamentos lesivos. Enquanto, pontuações mais elevadas em termos da forma Eu Tranquilizador, estão associadas a uma prevalência inferior dos comportamentos lesivos.

Palavras-chave: ferimentos auto-infligidos, comportamentos de risco, comportamentos lesivos, autocrítico, jovens universitários.

Abstract

SUBJECT: Self-inflicted injuries have been the focus of research today due to the increased incidence of damage.

OBJECTIVE: The present study aimed to study the relationship between self-criticism and the practice of self-inflicted injuries in college students.

METHOD: This study is descriptive-correlational in nature. A sample of 344 higher education students, aged 18 to 30 years. The following instruments were used: Risk Inventory and Automatic Behavior - Damage to Adolescents - RTSHIA, Self-Critical Scale and Self-Reconciliation - FSCRS and Sociodemographic Questionnaire.

RESULTS: Most participants report the presence of risk behaviors ($n = 320, 95.2\%$) and with a very high rate, present the presence of harmful behaviors ($n = 159, 46.9\%$). It is observed that the form of self-criticism in which participants appear to have obtained higher scores is the reassuring self ($M = 20.35, SD = 6.90$). There is a statistically significant positive correlation between the prevalence of harmful behavior and inadequate self ($r = 0.45, p < 0.001$) and hated self ($r = 0.59, p < 0.001$) and a negative correlation statistically significant difference between the prevalence of harmful behavior and the reassuring self ($r = -.42, p < .001$).

CONCLUSIONS: Higher scores of inadequate self and hated self are associated with a higher prevalence of harmful behavior. While higher scores in terms of the reassuring self form are associated with a lower prevalence of harmful behaviors.

Keywords: self-inflicted injuries, risk behaviors, harmful behaviors, self-criticism, college students.

Índice

1. Introdução.....	1
2. Ferimentos auto-infligidos.....	2
2.1. Prevalência de ferimentos auto-infligidos	4
3. Autocriticismo	6
4. Metodologia.....	9
4.1. Objetivos do estudo	9
4.2. Hipóteses e questões de investigação	9
4.3. Plano de estudo	9
4.4. Amostra.....	10
4.5. Instrumentos.....	11
4.6. Procedimentos.....	12
5. Resultados.....	14
5.1. Análise da prevalência de ferimentos auto-infligidos na amostra	14
5.2. Análise da prática de ferimentos auto-infligidos em função do género e idade..	16
5.3. Análise da prática de ferimentos auto-infligidos em função do estado civil dos pais	17
5.4. Análise da prática de ferimentos auto-infligidos em função do apoio psicológico/psiquiátrico	18
5.5. Análise da prevalência das formas do autocriticismo.....	18
5.6. Análise das formas do autocriticismo em função do género e idade.....	18
5.7. Análise das formas do autocriticismo em função do estado civil dos pais.....	19
5.8. Análise da prevalência de autocriticismo em função do apoio psicológico/psiquiátrico	20
5.9. Análise da relação entre as formas do autocriticismo e ferimentos auto-infligidos	20
6. Discussão dos resultados	21
7. Conclusão	25
Referências bibliográficas	27
Anexos.....	32

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização da amostra	10
Tabela 2 - Medidas descritivas relativas aos ferimentos auto-infligidos	15
Tabela 3 - Medidas descritivas relativas ao tempo de ocorrência dos ferimentos auto-infligidos	15
Tabela 4 - Métodos de ferimentos auto-infligidos mais utilizados	16
Tabela 5 - Diferenças na prática de ferimentos auto-infligidos em função do género ...	16
Tabela 6 - Diferenças na prática de ferimentos auto-infligidos em função da idade	17
Tabela 7 - Diferenças na prática de ferimentos auto-infligidos em função do estado civil dos pais	17
Tabela 8 - Diferenças na prática de ferimentos auto-infligidos em função do apoio psicológico/psiquiátrico.....	18
Tabela 9 - Medidas descritivas relativas às formas do autocriticismo	18
Tabela 10 - Diferenças nas formas do autocriticismo em função do género.....	19
Tabela 11 - Diferenças nas formas do autocriticismo em função da idade	19
Tabela 12 - Diferenças nas formas do autocriticismo em função do estado civil dos pais	20
Tabela 13 - Diferenças nas formas do autocriticismo em função do apoio psicológico/psiquiátrico.....	20
Tabela 14 - Relação entre as formas do autocriticismo e ferimentos auto-infligidos	21

Índice de Anexos

Anexo A – Questionário sociodemográfico.....	33
Anexo B – Carta de explicação do estudo e do consentimento.....	35
Anexo C – Consentimento informado.....	37

1. Introdução

O ferimento auto-infligido é definido como um comportamento deliberado destinado a provocar dano físico direto, sem intenção suicida (Villarroel et al., 2013).

O *The International Network for the Study of Self-injury* (ISSS) refere que este comportamento distingue-se de: comportamentos suicidas que envolvem intenção de morrer, overdoses, e outras formas de ferimentos auto-infligidos, incluindo comportamentos culturalmente aprovados para propósitos estéticos; formas repetitivas, estereotipadas encontradas em indivíduos com perturbações do desenvolvimento e perturbações cognitivas, e formas graves (e.g. autoimolação e autocastração) encontradas em indivíduos com psicose (ISSS, 2007).

Embora este tipo de comportamento seja predominante em amostras clínicas, ocorre também frequentemente em população não-clínica, sendo especialmente prevalente na adolescência. Contudo, nalguns casos este comportamento persiste até serem jovens adultos (Klonsky, Oltmanns, & Turkheimer, 2003). Estudos revelam que 38% dos jovens adultos envolvem-se nestes comportamentos, sendo que 10% dos estudantes universitários relatam mais de cem episódios durante a vida (Gratz, Conrad, & Roemer, 2002). Estudos com população jovem adulta revelam que a prática de ferimentos auto-infligidos encontra-se associada a depressão, ansiedade e a formas do autocrítico (Gilbert et al., 2010).

O autocrítico é uma forma de autocondenação e autoavaliação negativa dirigida e vários aspetos do eu, como a aparência e atributos físicos, comportamentos, pensamentos internos e emoções, características personotípicas (Gilbert, 2000). As pessoas excessivamente autocríticas focam-se nos erros e sentimentos de inadequação do eu, evidenciando sentimentos de agressividade e ódio para com o mesmo, levando à prática de ferimentos auto-infligidos (Castilho, 2010).

Em Portugal, os estudos que abordam tanto as questões da prevalência como os fatores psicossociais associados aos ferimentos auto-infligidos na população universitária são escassos pelo que, contribuir para uma maior compreensão destas questões, é um dos objetivos centrais deste estudo. Assim, este estudo teve como principal objetivo analisar a relação entre os ferimentos auto-infligidos e o autocrítico nos jovens universitários.

Este estudo encontra-se dividido em três partes, sendo que a primeira incorpora um enquadramento teórico, a segunda a parte de investigação e por último, os resultados da investigação realizada, assim como a discussão dos mesmos.

2. Ferimentos auto-infligidos

Denota-se uma dificuldade de consenso tanto a nível de função como de conteúdo sobre o termo aqui utilizado: ferimentos auto-infligidos. Assim termos como automutilação (*self-mutilation*), autoagressão deliberada (*deliberate self-harm*), autolesão episódica e repetitiva (*episodic and repetitive self-injury*), autoagressão (*self-harm*), corte (*cutting*), parasuicídio (*parasuicide*), autolesão repetida (*repeated self-injury*), autoferimento (*self-wounding*) ou comportamento autodestrutivo (*autodestructive behavior*) conceptualizam o fenómeno de violência autodirigida (Manganall & Yurkovich, 2008; Nock, 2010).

Apesar da dificuldade de consenso relativamente ao termo e à definição é transversal aos vários autores de que se trata de um ato não fatal exercido pelo indivíduo, sem intervenção de outros, em que deliberadamente tem um comportamento com intenção de causar lesão ao próprio corpo (Direção Geral da Saúde, 2013).

A denominação proposta pelo Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM-5) é de “*Non-Suicidal Self Injury*”, sendo que consiste no ato do indivíduo infligir repetidamente feridas superficiais, porém dolorosas, na sua superfície corporal. Comportamentos como o corte, queimaduras, esfaqueamento, bater-se ou esfregar excessivamente uma zona do corpo acarreta consequências, como hemorragias, escoriação ou dor. De maneira geral, o objetivo é reduzir emoções negativas, tais como tensão, ansiedade, autorrecriminação e/ou para resolver uma dificuldade interpessoal. Nalguns casos, estes comportamentos podem ser uma forma de autopunição merecida (American Psychiatry Association, 2014).

De acordo com o DSM-5 (2014), a autolesão não suicida inicia-se muitas vezes na adolescência precoce e pode continuar por muitos anos, sendo que o internamento hospitalar por autolesão não suicida atinge o pico aos 20-29 anos.

Em comparação com as populações adultas, os ferimentos auto-infligidos parecem ser mais comuns em adolescentes e em jovens adultos. Aproximadamente 14% dos adolescentes (Ross & Heath, 2002) e 17% dos jovens adultos (Whitlock et al., 2006) relatam uma história de um ou mais deste tipo de comportamentos.

Existem dados que sugerem que 15% a 25% dos sujeitos que se automutilam vão repetir esse episódio no prazo de um ano e 20% a 25% ao longo dos próximos anos (Owens, Horrocks, & House, 2002). O que se verifica é que a gravidade e persistência dos comportamentos autolesivos durante a adolescência parecem estar relacionadas com sintomatologia psicopatológica, como a depressão (Muellenkamp & Gutierrez, 2007), o

autocriticismo (Xavier, Pinto-Gouveia, Cunha, & Dinis, 2018), o perfeccionismo (Yates, Tracy, & Luther, 2008, cit. in Chester et al., 2015) e com experiências de vida adversas e traumáticas (Zetterqvist, Lundh, & Svedin, 2013). No caso dos jovens adultos, por um lado, os resultados sugerem que os ferimentos auto-infligidos nem sempre são acompanhados por sintomas psiquiátricos graves. Por outro lado, muitos dos jovens adultos que intencionalmente se magoaram encontram-se em considerável sofrimento psiquiátrico (Klonsky & Olino, 2008).

De maneira geral, o objetivo de quem efetua este tipo de práticas, é reduzir emoções negativas, tais como tensão, ansiedade, autorrecriminação e/ou para resolver uma dificuldade interpessoal. Nalguns casos, estes comportamentos podem ser uma forma de autopunição merecida (American Psychiatry Association, 2014).

Klonsky e Muechlenkam (2007) associam este comportamento a diversas razões, nomeadamente a regulação do afeto, a autopunição ou a manifestação de raiva autodirigida, a demonstração do desejo (consciente ou não) de influenciar os outros (tanto na procura de afeto como na pertença a um grupo), a interrupção de estados dissociativos (de forma a sentir algo ou sentir-se real), como estratégia de prevenção de um comportamento suicida, a sensação de adrenalina por elevados estados de excitação, e como forma de controlo, de independência e autonomia, na medida em que a pele separa o indivíduo dos outros e do meio envolvente.

Adicionalmente, numa revisão sistemática, onde foram incluídos 152 estudos, as respostas aos questionários aplicados, relataram dois motivos que não haviam sido considerados até aquele momento. Ou seja, referiram os ferimentos auto-infligidos como uma experiência positiva, sentindo gratidão e proteção quando efetuavam o comportamento. Outro motivo referido pelos participantes foi o facto de percecionarem este comportamento como um meio de se definirem, como uma validação para os próprios, mas também para os outros (Edmondson, Brennan, & House, 2016).

Torna-se relevante salientar que a maioria dos indivíduos que cometem este tipo de comportamento utilizam mais do que um método (Gratz, 2001), sendo especialmente notório na população clínica. O método mais utilizado é o cortar-se a si próprio (entre 70% e 97%) (Suyemoto, 1998), ocorrendo a maioria das lesões nos braços, pernas e estômago, realizadas com faca ou navalha (Nock, 2010). Segue-se o bater-se (entre 21% e 44%), beliscar-se, arranhar-se e morder-se (Ross & Heath, 2003, cit. in Castilho et al., 2010). Gratz (2001) refere, ainda, o picar-se com alfinetes e agulhas e o arranhar-se gravemente. Segundo Messer e Fremouw (2008, cit. in Castilho et al., 2010) um outro

método utilizado com bastante frequência consiste em queimar a pele com cigarros, sendo que as taxas de incidência, neste caso, variam entre 21% a 35%. Existem também autores que acrescentam, a esta panóplia de meios de autolesão, o interferir com a cicatrização de feridas (Muehlemkamp & Gutierrez, 2007) e o introduzir de objetos pontiagudos sob a pele (e.g. alfinetes) (Nock, 2010). Neste último caso, ocorre mais frequentemente a inserção e remoção destes mesmos objetos à superfície da pele, contudo, por vezes, os objetos não são removidos, levando à necessidade de intervenções cirúrgicas (Shiels et al., 2009, cit. in Nock, 2010).

2.1. Prevalência de ferimentos auto-infligidos

Em Portugal, os estudos sobre prevalência de ferimentos auto-infligidos ainda se apresentam incipientes, contudo, entretanto verifica-se um aumento significativo na procura por este comportamento.

Sendo um comportamento mais prevalente em adolescentes, os estudos realizados encontram-se direcionados, maioritariamente, para esta faixa etária.

Num estudo com uma amostra comunitária de 1713 adolescentes (entre os 12-20 anos) de escolas públicas da área metropolitana de Lisboa, verificou-se que 7,3% dos adolescentes já tinham apresentado pelo menos um episódio de ferimentos auto-infligidos, calculando-se uma prevalência ao longo da vida de 10,5% para raparigas e 3,3% para rapazes e uma prevalência no último ano de 5,7% e 1,8%, respetivamente. Nesta investigação, verificou-se ainda que só uma minoria levou à apresentação hospitalar ou aos cuidados de qualquer técnico de saúde, permanecendo na sua maioria como um comportamento oculto (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Num outro estudo da mesma equipa foram inquiridos 396 jovens das 5 regiões de Portugal, com idades compreendidas entre os 13-21 anos. Observou-se que 18% mencionou ter-se autoagredido pelo menos uma vez e 5,6% referiu ter-se autoagredido 4 vezes ou mais nos últimos 12 meses. Mencionaram sentimentos de raiva/hostilidade (8,8%), ausência de esperança no futuro (8,3%) e tristeza (8,1%) durante o comportamento de violência autodirigida (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Relativamente à população-alvo deste estudo, um estudo realizado com estudantes universitários verificou que 16,2% dos participantes haviam concretizado, nalgum momento das suas vidas, algum tipo de ferimento auto-infligido (Braga, 2011).

A nível internacional, estudos indicam que aproximadamente 20% dos estudantes universitários relatam ter-se envolvido em ferimentos auto-infligidos ao longo da vida (Swannell, Martin, Page, Hasking, & John, 2014).

Um estudo de prevalência de ferimentos auto-infligidos entre universitários norte-americanos mostra que alunos que frequentam a licenciatura (7.9%) são mais propensos do que os alunos de pós-graduação (6.0%) para este tipo de comportamento. Entre os universitários que relataram a presença deste comportamento, os ferimentos mais frequentes foram feridas (36.7%), bater na cabeça ou noutras partes do corpo (35.8%), perfuração (20.7%), arranhão (18.4%), mordida (17.5%) e corte (11.1%), sendo mais comum nas mulheres o relato de bater na cabeça ou noutras partes do corpo e a perfuração (Gollust et al., 2008). Entre os universitários com episódios de ferimentos auto-infligidos observa-se que 32.5% apresentam uma associação com perturbação depressiva, 25.9% com perturbação alimentar, 16.6% com ansiedade e 11% relataram pensamentos suicidas durante as 4 semanas precedentes (Gollust et al., 2008).

Aqueles que relataram a presença de ferimentos auto-infligidos foram mais propensos a relatar o consumo diário de cigarros e uso de cannabis do que os seus pares sem história de autolesão. Os estudantes que referiram estar num relacionamento foram mais propensos a este comportamento do que os universitários solteiros. Estudantes homens bissexuais e mulheres lésbicas apresentaram maior relato de autolesão do que universitários heterossexuais (Gollust et al., 2008). Em relação à perceção de necessidade de ajuda observa-se que entre os universitários que relatara autolesão cerca de metade (50.9%) percebiam necessidade de ajuda, 15.7% usaram alguma medicação psiquiátrica e mais de 80% tiveram acompanhamento psicológico no ano anterior, 19.9% apresentaram relato de ter feito terapia e 25.9% manifestaram a presença de um diagnóstico de problema de saúde mental (Gollust et al., 2008).

Um outro estudo de prevalência de ferimentos auto-infligidos em estudantes universitários italianos mostra que 20.6% relatou história deste comportamento, pelo menos uma vez na vida. Em relação à frequência, observa-se que 82.5% referiram mais de um episódio, 31.6% mais de dez episódios e 3.9% mais de cem episódios de ferimentos auto-infligidos (Sarno et al., 2010).

A proporção relatada em estudos de género e ferimento auto-infligido é notável, uma vez que alguns estudos mostram que as mulheres apresentam apenas um pouco mais de probabilidade de manifestarem este tipo de comportamento do que os homens (Whitlock et al., 2006). Essa disparidade pode dever-se ao fato de homens e mulheres

exibirem diferentes formas de ferimentos auto-infligidos (Whitlock, Muehlenkamp, & Eckenrode, 2008) e/ou ao fato de que os homens têm uma probabilidade significativamente menor de procurar tratamento psicológico do que as mulheres em geral (Gallagher et al. al., 2003). O fato de que os profissionais de saúde mental relatam ter visto significativamente mais mulheres do que homens em ambientes universitários ajuda a explicar por que este comportamento é comumente considerado uma prática feminina.

Associam-se, ainda, às elevadas taxas de tentativa de suicídio, em jovens adultos, os ferimentos auto-infligidos que tiveram enquanto adolescentes assim como à depressão e ao risco de suicídio real (Hawton & Harriss, 2007), sugerindo a ideia de que estes comportamentos, apesar de serem distintos, geralmente coocorrem nos indivíduos (Brown, Comtois, & Linehan, 2002).

3. Autocriticismo

A experiência de sermos autocríticos e punitivos é comum à condição humana. O autocriticismo é uma forma de autocondenação e autoavaliação negativa dirigida a vários aspectos do eu, como a aparência e atributos físicos, comportamentos, pensamentos internos e emoções e características personotípicas (Gilbert, 2000, 2007 cit. in Castilho & Gouveia, 2011).

As pessoas excessivamente autocríticas tendem a sentir-se derrotadas, inferiores, rejeitadas, perseguidas, humilhadas, o que quer dizer que se focam nos erros e sentimentos de inadequação do eu, evidenciando sentimentos de agressividade e ódio para com elas mesmas (Castilho, 2010).

Se este processamento autocrítico surgir precocemente (na infância) e de uma forma excessivamente marcada constituirá um fator preditor de futuros problemas psicológicos e de dificuldades interpessoais (Zuroff et al., 1994; Zuroff, Moskowitz, & Cote, 1999 cit. in Castilho & Gouveia, 2011). É importante salientar que este estilo cognitivo está presente em muitas crianças que sofreram abusos na infância ou que foram excessivamente criticadas, tendo interiorizado pensamentos negativos sobre si próprias, motivando assim a autoagressão no futuro (Nunes, 2012).

O autocriticismo está correlacionado com a vergonha, que é uma resposta emocional automática perante o sentimento de desvalorização e que dificulta a capacidade das pessoas para pedir ajuda (Gilbert & Miles, 2000). A baixa autoestima é outro fator de risco que está muitas vezes também associado ao autocriticismo.

Alguns autores abordam o autocrítico através de uma perspectiva multidimensional, afirmando que este apresenta possíveis formas e funções. Quanto às formas, o autocrítico pode focar-se nos erros e sentimentos de inadequação (eu inadequado), querer magoar o eu, evidenciando sentimentos de agressividade e ódio para com o mesmo (eu detestado), ou focar-se mais nos aspetos positivos do eu e na autoaceitação (eu tranquilizador). As funções consistem em incitar o eu a melhorar, evitar cometer erros e se autocorriger e autoaperfeiçoar (autocorreção) e/ou autoataque em que está presente o desejo de perseguir, vingar-se, magoar e atacar o eu. Segundo os autores, é na sua função de autoataque que o autocrítico se assume como mais patogénico (Gilbert et al., 2004).

Os indivíduos autocríticos que se corrigem acreditam que a crítica e o ataque são para o seu próprio bem (ser melhor pessoa), caso contrário, falham e são rejeitados pelos outros. Por sua vez, nos indivíduos autocríticos que se perseguem (autodesprezo) e detestam, a função do autoataque reside no forçar o eu a submeter-se à dominância e poder da parte hostil (que funciona como abusadora) provocando ativação emocional negativa (raiva, repugnância e nojo ou aversão). Estas formas de relação interna podem contrastar com um estilo de coping e de autorregulação diferente focado em memórias e atributos positivos do eu gerando autosssegurança e autotranquilização (Gilbert & Irons, 2004).

O autocrítico e autoataque são usualmente ativados quando as pessoas sentem que falharam em tarefas importantes, ou se as coisas correm mal. É então uma forma de relação eu-eu em que uma parte do eu descobre falhas e defeitos, acusa, condena ou eventualmente se detesta e a outra parte se submete, o que sugere que existe uma interação entre os diferentes aspetos do eu (Whelton & Greenberg, 2005).

Nestes casos, o ferimento auto-infligido surge como forma de autopunição e autoataque, cujo intuito é precisamente magoar e atacar o eu (Castilho et al., 2010).

O indivíduo pode optar por seguir este comportamento como um meio de regulação afetiva/cognitiva, como forma de se autopunir, por alguma irregularidade compreendida, como uma forma de responder ao ódio que sente por si e ao seu sentimento de desvalorização (Nock, 2010) e, desta forma, como uma expressão da raiva do indivíduo por si próprio – por ser alvo de abusos repetitivos ou de crítica pelos outros (Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Nock, 2009). A autocrítica e a necessidade de autopunição podem surgir como resultado de perturbações depressivas em que o indivíduo aprende a responder às falhas percebidas com a autocrítica e,

consequentemente, com o “autoabuso” na forma de ferimento auto-infligido. Estudos demonstraram a associação da autocrítica face à crítica dos pais e à autolesão, sugerindo que a correlação entre estas é significativa nos indivíduos com autocrítica (Wedig & Nock, 2010). Esta poderá ser uma explicação adicional ao facto da negligência, durante a infância, estar relacionada com os ferimentos auto-infligidos. Pensa-se que a autopunição, a autodepreciação e a autocrítica são conceitos vitais para a compreensão do porquê de alguns indivíduos se autoinfligirem (Nock, 2010).

Estudos de Longe et al. (2010) indicaram que a autocrítica está associada à atividade nas regiões do córtex pré-frontal lateral (PFC) e no cíngulo dorsal anterior, ligando o pensamento autocrítico ao processamento e resolução de erros e também à inibição comportamental. Longe et al. (2010) também descobriram que a atividade dorsolateral do PFC estava correlacionada positivamente com altos níveis de autocrítica, sugerindo novamente maior processamento de erros e inibição comportamental nesses indivíduos. Por outro lado, a capacidade de ser autoconfiante e autocompassivo estimula diferentes sistemas cerebrais (Longe et al., 2010).

No estudo de Baião, Gilbert, McEwan e Carvalho (2014) foram comparados valores de autocriticismo entre população clínica e não-clínica, verificando-se diferenças significativas entre elas. Nomeadamente, a nível da forma Eu Tranquilizador, a população clínica apresentou valores mais baixos do que a população não-clínica. Enquanto, nas formas Eu Inadequado e Eu Detestado, a população clínica revelou valores mais altos do que a população não-clínica.

No mesmo estudo, foram analisadas as três formas do autocriticismo em função do género, na população não-clínica. Os resultados mostraram que os indivíduos do sexo masculino apresentaram pontuação mais alta na forma Eu Tranquilizador, comparativamente com o sexo feminino. Por outro lado, os participantes do sexo masculino indicaram valores mais baixos do que o sexo feminino, nas formas Eu Inadequado e Eu Detestado (Baião, Gilbert, McEwan, & Carvalho, 2014).

Foram estudadas associações entre experiências familiares passadas e o autocriticismo entre estudantes universitários, e os resultados revelaram que as perceções dos participantes sobre o stresse familiar encontram-se positivamente correlacionadas com as formas Eu Inadequado e Eu Detestado do autocriticismo (Katz & Neson, 2014).

Num estudo de Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto e Nock (2007) sobre maus-tratos na infância e os ferimentos auto-infligidos, tendo como mediador o autocriticismo, os resultados revelaram que a autocrítica se encontrava fortemente

associada com o abuso emocional e a frequência de ferimentos auto-infligidos. Assim, a autocrítica mediou estatisticamente a relação entre abuso emocional na infância e envolvimento nos ferimentos auto-infligidos na adolescência. Estes resultados sugerem que a autocrítica é significativamente preditiva na prática de ferimentos auto-infligidos. Para além disto, consistente com os resultados anteriores, descobriu-se que o autocriticismo estava significativamente associado com um carácter de autopunição, sendo transmitido como um motivo para a prática de ferimentos auto-infligidos.

4. Metodologia

4.1. Objetivos do estudo

O presente estudo teve como principal objetivo analisar a relação entre a prática de ferimentos auto-infligidos e o autocriticismo nos jovens universitários. Assim pretendeu-se caracterizar a prática de ferimentos auto-infligidos numa população não-clínica universitária, verificar a relação entre a prática de ferimentos auto-infligidos e as variáveis sociodemográficas e o apoio psicológico/psiquiátrico e averiguar a relação entre o autocriticismo e as variáveis sociodemográficas e o apoio psicológico/psiquiátrico.

4.2. Hipóteses e questões de investigação

A revisão da literatura permitiu delinear as seguintes hipóteses: 1) Existem correlações entre a prática de ferimentos auto-infligidos e as formas do autocriticismo, sendo que maior autocriticismo encontra-se associado a uma maior prática de ferimentos auto-infligidos; 2) Existem diferenças entre os géneros na prática de ferimentos auto-infligidos sendo que indivíduos do sexo feminino apresentam maior prevalência de ferimentos auto-infligidos; 3) Existem diferenças entre os géneros nas formas do autocriticismo, em que o sexo feminino apresenta níveis mais altos de autocriticismo.

Posto isto, para uma maior compreensão do tema em estudo, foram também definidas questões de investigação: analisar a prevalência dos ferimentos auto-infligidos na amostra, tal como em função da idade, do estado civil dos pais e do apoio psicológico/psiquiátrico; analisar a prevalência do autocriticismo e das suas formas na amostra, e também em função da idade, do estado civil dos pais e do apoio psicológico/psiquiátrico.

4.3. Plano de estudo

Este estudo trata-se de uma abordagem quantitativa, de natureza descritivo-correlacional, uma vez que se pretende descrever as variáveis em estudo (ferimentos auto-

infligidos e autocrítico) e explorar/determinar a existência de relação entre elas (Fortin, 2009).

4.4. Amostra

Na amostra estão presentes 344 estudantes do ensino superior ($n = 344$), com idades compreendidas entre 18 e 30 anos ($M = 20.85$, $DP = 2.36$), sendo um maior número de indivíduos do sexo feminino ($n = 239$, 69.5%). O curso representado em maioria é o de Psicologia ($n = 128$, 37.2%). O ano de curso dos indivíduos varia entre o primeiro e o quarto ano de licenciatura, estando representados maioritariamente alunos do primeiro ano de licenciatura ($n = 128$, 37.2%).

Relativamente ao estado civil dos indivíduos estes são maioritariamente solteiros ($n = 335$, 97.4%). No caso dos pais, estes são maioritariamente casados ($n = 277$, 80.8%). Como se verifica na tabela 1, a maioria dos participantes, manifesta não manter apoio psicológico atualmente ($n = 323$, 93.9%). Similarmente, a maioria não detém de apoio psiquiátrico atualmente ($n = 335$, 97.4%). Assim como na medicação psicofarmacológica, em que a grande maioria não toma ($n = 321$, 93.3%).

Tabela 1

Caracterização da amostra

	<i>n (%)</i>
Estado civil dos pais	
Casados	277 (80.8)
União de facto	6 (1.7)
Divorciados	36 (10.5)
Separados	22 (6.4)
Viúvos	2 (0.6)
Apoio Psicológico	
Sim	21 (6.1)
Não	323 (93.9)
Apoio Psiquiátrico	
Sim	9 (2.6)
Não	335 (97.4)
Medicação Farmacológica	
Sim	23 (6.7)
Não	321 (93.3)

4.5. Instrumentos

De modo a dar resposta aos objetivos definidos, foram utilizados os seguintes instrumentos: o Inventário de Comportamentos de Risco e Auto - dano para Adolescentes - RTSHIA (Vrouva, Fonagy, Fearon, & Roussov, 2010) tradução e adaptação por Xavier, Cunha e Pinto-Gouveia (2018), a Escala das Funções do Autocriticismo e Autotranquilização – FSCRS (Gilbert et al., 2004) traduzida e adaptada por Castilho e Pinto-Gouveia (2005) e um Questionário Sociodemográfico (Anexo A).

Inventário de Comportamentos de Risco e Auto - dano para Adolescentes – RTSHIA (Vrouva, Fonagy, Fearon, & Roussov, 2010), tradução e adaptação por Xavier, Cunha e Pinto-Gouveia (2018):

Este instrumento é utilizado para avaliar os comportamentos de risco e os comportamentos associados a ferimentos auto-infligidos em adolescentes. Na versão original, existem 12 itens relacionados com os comportamentos de risco, que variam entre comportamentos moderados (fumar, correr riscos ao realizar tarefas diárias) e entre comportamentos graves (participar em atos de violência). No que diz respeito aos comportamentos associados a ferimentos auto-infligidos, estão associados 22 itens. Estes estão relacionados a condutas realizadas intencionalmente, tais como automutilação, problemas na alimentação, comportamentos de auto-humilhação e ferimentos auto-infligidos com ou sem ideação suicida. Os itens são avaliados numa escala de 4 pontos, variando entre 0 (nunca) a 3 (muitas vezes), referindo-se à frequência com que estes tipos de comportamentos acontecem ao longo da vida. Relativamente às propriedades psicométricas do RTSHIA, na versão original, ambas as escalas apresentam uma boa consistência interna, em que o valor do Alfa de Cronbach é de .85 e .93 respetivamente (Vrouva et al., 2010).

A versão portuguesa possui 10 itens relacionados com os comportamentos de risco e 17 itens para os comportamentos associados a comportamentos lesivos, apresentando uma boa consistência interna para ambas as escalas, em que o valor do Alfa de Cronbach é de .79 para a escala comportamentos de risco e de .89 para a escala comportamentos lesivos (Xavier, Cunha, & Pinto-Gouveia, 2018).

No presente estudo foi alcançado um valor de Alfa de Cronbach de .93 para os comportamentos lesivos e .77 para os comportamentos de risco.

Escala das Funções do Autocriticismo e Autotranquilização (FSCRS; *Functions of Self-Criticizing and Reassuring Scale* de Gilbert et al., 2004 - traduzida e adaptada por Castilho & Pinto-Gouveia, 2005):

Esta escala pretende avaliar a forma como as pessoas se autocriticam e autotranquilizam perante situações de fracasso e erro. É um instrumento de autorresposta constituído por 22 itens organizados em três subescalas: *Eu Inadequado* que avalia o sentimento de inadequação do eu perante fracassos, obstáculos e erros (“penso que mereço o meu autocriticismo”); *Eu Tranquilizador* que indica uma atitude positiva, calorosa, de conforto e compaixão para com o eu (“continuo a gostar de quem sou”) e o *Eu Detestado* que avalia uma resposta mais destrutiva, baseada na auto repugnância, raiva e aversão perante situações de fracasso, caracterizada por uma relação com o eu não gostada e por um desejo de magoar, perseguir e agredir o eu (“fico tão zangado comigo mesmo que quero magoar-me ou fazer mal a mim mesmo”). Cada item é cotado numa escala tipo Likert de cinco pontos que varia desde 0 (“não sou assim”) a 4 (“sou extremamente assim”). Na versão original os valores de consistência interna obtidos foram: $\alpha=.90$ para a subescala *Eu Inadequado*, $\alpha=.86$ para a subescala *Eu Tranquilizador* e $\alpha=.86$ para a subescala *Eu Detestado*.

No presente estudo os valores de consistência interna foram de .89, .78 e .85, para as subescalas *Eu Inadequado*, *Eu Tranquilizador* e *Eu Detestado*, respetivamente.

Questionário sociodemográfico:

Este questionário foi desenvolvido para alcançar as informações que se consideraram pertinentes para este estudo, sendo composto por um conjunto de itens relativos a características pessoais dos participantes, com o objetivo de caracterizar da melhor forma a população em estudo (idade, sexo, nacionalidade, local de residência, estado civil, curso, ano de curso, instituição que frequentam, agregado familiar, estado civil dos pais, apoio psicológico/psicoterapêutico, tratamento psiquiátrico e medicação farmacológica).

4.6. Procedimentos

Esta investigação reporta um processo de amostragem não-probabilístico, acidental, visto que não houve igual probabilidade na escolha dos participantes, uma vez que não houve possibilidade de acesso a toda a população. A particularidade deste processo é de que os participantes são indivíduos facilmente acessíveis, estando presentes num determinado momento e local. Assim este é o método mais indicado para este estudo,

sendo a amostra composta por jovens universitários, da Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional de Braga (Fortin, 2009).

De forma a conseguirmos alcançar uma maior heterogeneidade de participantes foi disponibilizado o questionário em formato digital, onde se encontrava explícito o consentimento informado.

Previamente à recolha presencial, procedeu-se ao pedido de autorização junto dos diretores da Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais e da Faculdade de Teologia. Obtidas as autorizações necessárias, foram definidas com os coordenadores de cada curso, as datas possíveis de realizar a entrega e recolha dos questionários. Assim, a recolha presencial teve início a 7 de fevereiro, com término a 1 de abril de 2019.

No local, foi explicado aos participantes, a natureza do estudo e a duração média do preenchimento. O consentimento informado foi fornecido, garantindo-se desde logo, a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos (Anexo B e C). Sendo também referido a importância da participação dos alunos para o nosso estudo. Preenchidos os questionários, foram recolhidos e guardados. No total foram distribuídos aproximadamente 350 questionários.

Por fim, procedeu-se à inserção dos dados no programa informático *The Statistical Package for Social Sciences* (SPSS).

Na fase inicial, foram efetuadas análises estatísticas descritivas da amostra em estudo, onde para variáveis qualitativas foram utilizadas frequências relativas (%) e absolutas (n) e médias e desvio-padrão para as variáveis quantitativas.

De seguida, procedeu-se a uma análise exploratória, para testar a normalidade das variáveis, recorrendo-se aos testes de Kolmogorov-Smirnov, de Shapiro-Wilk e na análise gráfica, sendo utilizados para determinar se a distribuição da variável em estudo, numa determinada amostra, provém de uma população com uma distribuição específica (Maroco, 2003). Averiguou-se que o pressuposto da normalidade não se encontrava cumprido em nenhuma variável. Tendo em conta este facto, seria previsível a utilização de testes estatísticos não paramétricos, contudo, o autor Fife-Shaw (2006) propõe que se efetuem testes paramétricos e não paramétricos adequados para questão em análise. Caso os testes concordem ao nível dos resultados serem estatisticamente significativos ou ambos não o serem, torna-se correto a utilização de testes paramétricos. Nas situações em que os testes não coincidam recorre-se ao resultado dos testes não paramétricos.

Os testes estatísticos utilizados foram selecionados de acordo com as características e necessidades das respostas que se procuravam.

Assim, foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Pearson para analisar a relação entre duas variáveis quantitativas.

Para comparar dois grupos da variável independente em relação a uma variável dependente foi empregue o teste t para amostras independentes. Foi analisada a homogeneidade das variâncias através do teste de Levene, sendo que quando os resultados dos testes paramétricos e não paramétricos não eram iguais, apresentou-se os resultados do teste de Mann-Whitney.

Recorreu-se à Análise de Variância (ANOVA) Unifatorial para comparar três ou mais grupos da variável independente em relação a uma variável dependente quantitativa. Utilizou-se o teste de Levene para analisar a homogeneidade das variâncias. Quando esta não estava cumprida, utilizou-se a correção de Brown-Forsythe. Encontrando-se diferenças significativas, realizaram-se testes post-hoc de Tukey quando a homogeneidade de variâncias estava cumprida e de Tamhane para quando a homogeneidade não estava cumprida. Quando os resultados dos testes paramétricos e não paramétricos não eram os mesmos, foi utilizado o resultado do teste Kruskal-Wallis. Encontrando-se diferenças significativas, realizaram-se testes de Mann-Whitney com correção de Bonferroni.

5. Resultados

5.1. Análise da prevalência de ferimentos auto-infligidos na amostra

Como se verifica na tabela 2, a maioria dos participantes manifesta comportamentos de risco ($n = 320$, 95.2%). Nos comportamentos lesivos, apesar de se verificar mais relatos de quem não pratica comportamentos deste género, 46.9% dos participantes afirma ter praticado ($n = 159$). Verifica-se que dos estudantes que em algum momento tiveram apoio psicológico/psiquiátrico 62% ($n = 75$) apresentaram comportamentos lesivos e 97.4% ($n = 114$) apresentaram comportamentos de risco.

Tabela 2

Medidas descritivas relativas aos ferimentos auto-infligidos

	Amostra total <i>n</i> (%)	Com apoio Psicológico/Psiquiátrico ^b <i>n</i> (%)	Sem apoio Psicológico/Psiquiátrico ^b <i>n</i> (%)
Comportamentos lesivos^a			
Não	180 (53.1)	46 (38.0)	134 (61.5)
Sim	159 (46.9)	75 (62.0)	84 (38.5)
Comportamentos de risco^a			
Não	16 (4.8)	3 (2.6)	13 (5.9)
Sim	320 (95.2)	114 (97.4)	206 (94.1)

Nota. ^a para efeitos de análise, o “não” engloba as respostas dos participantes “nunca” e o “sim” todas as respostas em que os participantes tenham mencionado “uma vez; mais de uma vez ou muitas vezes”.

Nota. ^b a designação de “apoio psicológico/psiquiátrico” refere-se a um aglomerado das questões “apoio psicológico, apoio psiquiátrico e medicação psicofarmacológica”.

Como demonstrado na tabela 3, na maioria dos casos, os comportamentos lesivos ocorreram há mais de 3 meses ($n = 68$, 88.3%).

Tabela 3

Medidas descritivas relativas ao tempo de ocorrência dos ferimentos auto-infligidos

	<i>n</i> (%)
Há quanto tempo foi o comportamento	
Último mês	5 (6.5)
Últimos 3 meses	4 (5.2)
Mais de 3 meses	68 (88.3)

Na tabela 4 encontram-se representados os métodos de ferimentos auto-infligidos mais utilizados pelos participantes, nomeadamente o pensamento de tentativa de suicídio ($n = 76$, 22.1%); magoar-se intencionalmente em alguma parte do corpo ($n = 69$, 20.1%); arranhar-se com as unhas ou com outro objeto, de modo a fazer ferida ($n = 63$, 18.3%); cortar-se intencionalmente e morder-se intencionalmente até fazer ferida ($n = 58$, 16.9%); impedir a cicatrização de feridas, ou magoar-se em alguma zona do corpo até fazer sangue ($n = 50$, 14.5%); bater intencionalmente com a cabeça contra alguma coisa ou bater em si próprio a ponto de causar nódoas negras ($n = 49$, 14.2%); queimar-se intencionalmente com um objeto quente, usar intencionalmente algum objeto cortante ou derramar algum

produto tóxico de modo a ferir a pele e tomar uma quantidade excessiva de medicação sem que tenha sido prescrito pelo médico ($n = 29$, 8.4%); e tentativa de suicídio ($n = 27$, 7.8%). Para além dos dados representados em tabela, foi possível verificar que os métodos menos utilizados de ferimentos auto-infligidos foram forçar-se a comer demais para se punir ou magoar ($n = 12$, 3.5%) e ferir intencionalmente levando a hospitalização ou a ter uma lesão grave que necessitasse de tratamento médico ($n = 9$, 2.6%).

Tabela 4

Métodos de ferimentos auto-infligidos mais utilizados

	Não <i>n</i> (%)	Sim <i>n</i> (%)
Cortar-se	286 (83.1)	58 (16.9)
Queimar-se	315 (91.6)	29 (8.4)
Morder-se	286 (83.1)	58 (16.9)
Bater a si mesmo	295 (85.8)	49 (14.2)
Impedir cicatrização de feridas	294 (85.5)	50 (14.5)
Arranhar-se	281 (81.7)	63 (18.3)
Derramar produto tóxico sobre a pele	315 (91.6)	29 (8.4)
Magoar-se em alguma parte do corpo	275 (79.9)	69 (20.1)
Toma excessiva de medicação	315 (91.6)	29 (8.4)
Pensamento suicida	268 (77.9)	76 (22.1)
Tentativa de suicídio	317 (92.2)	27 (7.8)

5.2. Análise da prática de ferimentos auto-infligidos em função do género e idade

Tal como descrito na tabela 5, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas apenas ao nível da prática de comportamentos de risco, em função do género, $t(334) = 2.33$, $p = .020$. Participantes do sexo masculino apresentaram uma prática de comportamentos de risco superior a participantes do sexo feminino.

Tabela 5

Diferenças na prática de ferimentos auto-infligidos em função do género

	Masculino ($n = 105$) Média (DP)	Feminino ($n = 239$) Média (DP)	<i>t</i>
Comportamentos lesivos	3.95 (6.94)	3.97 (7.83)	-.02
Comportamentos de risco	8.89 (5.83)	7.41 (5.12)	2.33*

* $p < .05$

Como se verifica na tabela 6, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da prática de comportamentos lesivos, em função da idade, $F_{Brown-Forsythe} (2, 167.98) = 3.55, p = .031$. Testes post-hoc de Tamhane revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários de 18-19 anos e os 20-22 anos ($p = .022$), sendo que a prática de comportamentos lesivos foi superior no grupo dos 18-19 anos.

Tabela 6

Diferenças na prática de ferimentos auto-infligidos em função da idade

	18-19 anos ($n = 103$) Média (DP)	20-22 anos ($n = 176$) Média (DP)	Superior a 23 anos ($n = 65$) Média (DP)	F
Comportamentos lesivos ^a	5.33 (8.59)	2.76 (5.60)	5.02 (9.74)	3.55*
Comportamentos de risco	7.23 (4.70)	8.24 (5.50)	7.88 (6.04)	1.13

Nota. ^a homogeneidade de variâncias não cumprida; F de Brown-Forsythe

* $p < .05$

5.3. Análise da prática de ferimentos auto-infligidos em função do estado civil dos pais

Como expresso na tabela 7, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas apenas ao nível da prática de comportamentos de risco, em função do estado civil dos pais, $F (2, 332) = 9.36, p < .001$. Testes post-hoc de Tukey revelaram diferenças estatisticamente significativas entre participantes que tinham os pais casados/união de facto e participantes com os pais divorciados/separados ($p < .001$), sendo que a prática de comportamentos de risco foi superior no caso de participantes com pais divorciados/separados.

Tabela 7

Diferenças na prática de ferimentos auto-infligidos em função do estado civil dos pais

	Casados/União de facto ($n = 283$) Média (DP)	Divorciados/Separados ($n = 58$) Média (DP)	Viúvos ($n = 2$) Média (DP)	F
Comportamentos lesivos	4.04 (7.97)	3.78 (5.41)	.50 (.71)	.24
Comportamentos de risco	7.31 (5.16)	10.61 (5.65)	10.00 (1.41)	9.36***

*** $p < .001$.

5.4. Análise da prática de ferimentos auto-infligidos em função do apoio psicológico/psiquiátrico

Contrariamente ao que se tem verificado nas variáveis anteriores, verifica-se na tabela 8 que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas apenas ao nível da prática de comportamentos lesivos, em função do apoio psicológico/psiquiátrico, $t(550.26) = -4.56, p < .001$. Participantes com apoio psicológico/psiquiátrico apresentaram uma prática de comportamentos lesivos superior a participantes sem apoio psicológico/psiquiátrico.

Tabela 8

Diferenças na prática de ferimentos auto-infligidos em função do apoio psicológico/psiquiátrico

	Com Apoio Psicológico/Psiquiátrico ($n = 121$) Média (DP)	Sem Apoio Psicológico/Psiquiátrico ($n = 218$) Média (DP)	t
Comportamentos lesivos	6.86 (10.26)	2.35 (4.85)	-4.56***
Comportamentos de risco	8.64 (5.61)	7.45 (5.22)	-1.95

*** $p < .001$.

5.5. Análise da prevalência das formas do autocrítico

A tabela 9 apresenta as medidas descritivas relativas às formas do autocrítico. Observa-se que a dimensão na qual os participantes parecem ter obtido pontuações superiores é o Eu Tranquilizador ($M = 20.35, DP = 6.90$).

Tabela 9

Medidas descritivas relativas às formas do autocrítico

	$M (DP)$	$Med (AIQ)$
Autocrítico		
Eu Inadequado	14.58 (9.11)	13.00 (14.00)
Eu Tranquilizador	20.35 (6.90)	21.00 (10.00)
Eu Detestado	1.99 (3.01)	1.00 (3.00)

5.6. Análise das formas do autocrítico em função do género e idade

Verifica-se na tabela 10 que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da prevalência de autocrítico, em função do género.

Tabela 10

Diferenças nas formas do autocrítico em função do gênero

	Masculino (<i>n</i> = 105) Média (DP)	Feminino (<i>n</i> = 239) Média (DP)	<i>t</i>
Eu Inadequado	14.98 (9.52)	14.58 (8.99)	.37
Eu Tranquilizador	20.31 (6.83)	20.36 (6.90)	-.06
Eu Detestado	2.30 (3.09)	1.90 (2.99)	1.14

Como se verifica na tabela 11, apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da prevalência da forma do Eu Tranquilizador de autocrítico, em função da idade, $F(2, 334) = 4.40, p = .013$. Testes post-hoc de Tukey revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários de 18-19 anos e os 20-22 anos ($p = .009$), sendo que a prevalência do Eu Tranquilizador de autocrítico foi superior no grupo dos 20-22 anos.

Tabela 11

Diferenças nas formas do autocrítico em função da idade

	18-19 anos (<i>n</i> = 103) Média (DP)	20-22 anos (<i>n</i> = 176) Média (DP)	Superior a 23 anos (<i>n</i> = 65) Média (DP)	<i>F</i>
Eu Inadequado	16.15 (9.49)	14.25 (8.90)	13.56 (9.08)	1.99
Eu Tranquilizador	18.74 (7.24)	21.24 (6.81)	20.51 (5.89)	4.67*
Eu Detestado ^a	2.34 (3.53)	1.92 (2.87)	1.76 (2.47)	.91

Nota. ^a homogeneidade de variâncias não cumprida; F de Brown-Forsythe

* $p < .05$

5.7. Análise das formas do autocrítico em função do estado civil dos pais

Como expresso na tabela 12, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas apenas ao nível das formas do autocrítico, em função do estado civil dos pais (todos $p > .05$).

Tabela 12

Diferenças nas formas do autocrítico em função do estado civil dos pais

	Casados/União de facto (<i>n</i> = 281) Média (<i>DP</i>)	Divorciados/Separados (<i>n</i> = 58) Média (<i>DP</i>)	Viúvos (<i>n</i> = 2) Média (<i>DP</i>)	<i>F</i>
Eu Inadequado	14.64 (9.35)	15.30 (8.07)	10.50 (13.44)	.34
Eu Tranquilizador	20.43 (6.97)	19.62 (6.41)	23.50 (2.12)	.54
Eu Detestado	1.98 (3.01)	2.32 (3.12)	.50 (.71)	.56

5.8. Análise da prevalência de autocrítico em função do apoio psicológico/psiquiátrico

Verifica-se na tabela 13 que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível das formas do autocrítico, em todas as dimensões, em função do apoio psicológico/psiquiátrico. Especificando, foram encontradas diferenças significativas na dimensão Eu Inadequado, $t(216.48) = -4.33, p < .001$, na dimensão Eu Tranquilizador, $t(331) = 3.59, p < .001$, e na dimensão Eu Detestado, $t(187.99) = -3.96, p < .001$. Participantes que receberam apoio psicológico/psiquiátrico apresentaram uma prevalência de autocrítico superior a participantes sem apoio psicológico/psiquiátrico, nas dimensões Eu Inadequado e Eu Detestado, verificando-se o oposto na dimensão Eu Tranquilizador.

Tabela 13

Diferenças nas formas do autocrítico em função do apoio psicológico/psiquiátrico

	Com Apoio Psicológico/Psiquiátrico (<i>n</i> = 119) Média (<i>DP</i>)	Sem Apoio Psicológico/Psiquiátrico (<i>n</i> = 218) Média (<i>DP</i>)	<i>t</i>
Eu Inadequado	17.66 (9.66)	13.09 (8.44)	-4.33***
Eu Tranquilizador	18.56 (6.87)	21.33 (6.68)	3.59***
Eu Detestado	2.96 (3.55)	1.50 (2.56)	-3.96***

*** $p < .001$.

5.9. Análise da relação entre as formas do autocrítico e ferimentos auto-infligidos

Como pode constatar-se na tabela 14, há uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a prevalência de comportamentos lesivos e o Eu Inadequado, $r = .45, p < .001$ e o Eu Detestado, $r = .59, p < .001$. Assim, pontuações mais elevadas em termos

do Eu Inadequado e Eu Detestado estão associadas com prevalência superior dos comportamentos lesivos. Por outro lado, foi encontrada uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a prevalência de comportamentos lesivos e o Eu Tranquilizador, $r = -.42, p < .001$, sendo que pontuações mais elevadas em termos do Eu Tranquilizador estão associadas com prevalência inferior dos comportamentos lesivos.

Adicionalmente, foram encontradas correlações positivas estatisticamente significativas entre a prevalência de comportamentos de risco e o Eu Inadequado, $r = .16, p = .003$, e o Eu Detestado, $r = .14, p = .014$. Assim, pontuações mais elevadas em termos do Eu Inadequado e Eu Detestado estão associadas com prevalência superior dos comportamentos de risco.

Tabela 14

Relação entre as formas do autocriticismo e ferimentos auto-infligidos

	Comportamentos lesivos	Comportamentos de risco
Autocriticismo		
Eu Inadequado	.45 ^{***}	.16 ^{**}
Eu Tranquilizador	-.42 ^{***}	.04
Eu Detestado	.59 ^{***}	.14 [*]

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

6. Discussão dos resultados

O presente estudo teve como principal objetivo analisar a relação entre a prática de ferimentos auto-infligidos e o autocriticismo nos estudantes universitários.

No que diz respeito à prevalência de ferimentos auto-infligidos verificou-se, na presente amostra, uma prevalência de 46.9% de comportamentos lesivos e 95.2% de comportamentos de risco, sendo que na maioria dos casos, os comportamentos lesivos ocorreram há mais de três meses. Estes dados apresentam valores mais altos do que resultados encontrados em estudos anteriores, em que aproximadamente 20% dos estudantes universitários relatam ter-se envolvido em ferimentos auto-infligidos ao longo da vida (Swannell, Martin, Page, Hasking, & John, 2014). Esta discrepância pode ser explicada pelo facto do instrumento utilizado nesta investigação, padecer de um largo espectro de comportamentos que integram estes grupos, especialmente os de risco.

Verificou-se que os métodos de ferimentos auto-infligidos mais utilizados pelos participantes, passaram por arranhar-se com as unhas ou com outro objeto, de modo a fazer ferida, cortar-se intencionalmente e morder-se intencionalmente até fazer ferida,

impedir a cicatrização de feridas, ou magoar-se em alguma zona do corpo até fazer sangue e bater intencionalmente com a cabeça contra alguma coisa ou bater em si próprio a ponto de causar nódos negros. Um fator de preocupação encontrado neste estudo, depara-se com o pensamento de tentativa de suicídio demonstrado pelos participantes, em que 22.1% mencionam possuir. Com uma taxa mais baixa, mas sem descurar a relevância desta incidência, encontra-se a procura de uma tentativa de suicídio, em que 7.8% dos participantes que recorrem a este comportamento, fazem-no com este propósito. Estes dados vão de encontro à literatura, em que 11% dos estudantes de um estudo prévio, relataram pensamentos suicidas durante as quatro semanas precedentes ao ato de se ferirem intencionalmente (Gollust et al., 2008).

De seguida foi analisada a relação entre a prevalência de ferimentos auto-infligidos e variáveis sociodemográficas dos participantes e o apoio psicológico/psiquiátrico.

Relativamente a diferenças de género, era esperado que participantes do sexo feminino apresentassem valores mais elevados de prática de ferimentos auto-infligidos, contudo não foram encontradas diferenças a nível dos comportamentos lesivos (H2). Apenas se verificou que participantes do sexo masculino apresentaram uma prevalência de comportamentos de risco superior a participantes do sexo feminino. Estudos anteriores têm demonstrado que indivíduos do sexo masculino se envolvem mais em comportamentos de risco, como o abuso de substâncias (Chen & Jacobson, 2012; McCabe et al., 2007).

No que se refere à idade, a prevalência de comportamentos lesivos foi superior no grupo dos 18-19 anos, quando comparado com o grupo de 20-22 anos. É possível que este resultado seja devido ao facto da idade dos 18-19 anos se tratar da fase de entrada no Ensino Superior caracterizada por níveis mais elevados de stresse, que leva os estudantes a recorrerem a este tipo de comportamentos, como estratégia de coping para gerir esse stresse. De facto, estudos sugeriram que o distresse mental e o coping estão entre os motivos mais frequentemente apresentados para estes comportamentos pelos estudantes no Ensino Superior (Wilcox et al., 2012).

Quando analisada a prevalência de ferimentos auto-infligidos em função do estado civil dos pais, constatou-se que a prevalência de comportamentos de risco foi superior no caso de participantes com pais divorciados/separados quando comparados com participantes com pais casados/união de facto. A literatura tem salientado a importância do contexto familiar e da qualidade das relações interpessoais no risco para os ferimentos

auto-infligidos, mostrando que a qualidade das relações de vinculação com os pais na infância, disrupções nas ligações entre pai e criança e experiências de separação e perda podem contribuir para a prática de ferimentos auto-infligidos (Walsh, 2006). Assim o divórcio parental poderá constituir um fator de risco para a prevalência dos ferimentos auto-infligidos. O vínculo entre stresse familiar e autocritica pode ser devido a uma menor qualidade do cuidado parental. Por exemplo, alguns pais em processo de divórcio podem afastar-se dos filhos e envolverem-se menos na criação dos filhos (Wood, Repetti, & Roesch, 2004).

Por fim, em termos do apoio psicológico/psiquiátrico constatou-se que participantes com este tipo de apoio apresentaram uma prevalência de comportamentos lesivos superior a participantes sem apoio psicológico/psiquiátrico. Pessoas que apresentam um comportamento social desajustado e que podem ter esquemas psicológicos desajustados, para suportar o stresse, recorrem à prática de ferimentos auto-infligidos (Whetsell, et al., 1989).

Relativamente ao autocriticismo observou-se que a forma na qual os participantes parecem ter obtido pontuações superiores foi na dimensão Eu Tranquilizador. Este resultado segue na linha de estudos anteriores realizados com alunos do Ensino Superior que apontaram esta dimensão como sendo a que se destaca mais (Mills, Gilbert, Bellew, McEwan, & Gale, 2007; Gilbert, McEwan, Gibbons, Chotai, Duarte, & Matos, 2012). Baião, Gilbert, McEwan e Carvalho (2015) realizaram um estudo no qual exploraram as propriedades psicométricas da Escala das Funções do Autocriticismo e Autotranquilização com amostras clínicas e não clínicas e verificaram também que na amostra não clínica os participantes obtiveram pontuações mais elevadas na dimensão Eu Tranquilizador seguida pelo Eu Inadequado e com pontuações mais baixas, a dimensão Eu Detestado. Estes dados sugerem que estes níveis altos na forma Eu Tranquilizador significam a aquisição de bons recursos e de estratégias de coping adequadas nesta população.

Procedeu-se também à análise da relação entre a prevalência do autocriticismo e as variáveis sociodemográficas dos participantes e o apoio psicológico/psiquiátrico.

No que diz respeito às variáveis sociodemográficas foram encontradas diferenças significativas apenas na dimensão Eu Tranquilizador em função da idade, sendo que a prevalência desta dimensão foi superior no grupo dos 20-22 anos relativamente ao grupo com 18-19 anos. É possível que o facto das pontuações nesta dimensão serem mais baixas nos 18-19 anos ter a ver com o facto de coincidir com a entrada no Ensino Superior que

se trata de uma fase caracterizada por níveis mais elevados de pressão, stresse e desafios colocados aos estudantes, ao passo que na faixa etária 20-22 anos, os estudantes já tiveram oportunidade de aprender como lidar com e a gerir os desafios colocados por este contexto. O stresse pode dificultar a adaptação do estudante (Gall, Evans, & Bellrose, 2000), bem como comprometer a saúde física e conduzir a problemas psicológicos (Morrison & O'Connor, 2005). Por outro lado, não foram encontradas diferenças em função do género, infirmo o que era esperado, segundo a literatura (H3). Não foram encontradas diferenças a nível do estado civil dos pais.

Em termos do apoio psicológico/psiquiátrico, constatou-se que participantes que receberam este tipo de apoio apresentaram uma prevalência de autocrítica superior a participantes sem apoio psicológico/psiquiátrico, nas formas Eu Inadequado e Eu Detestado, verificando-se o oposto na dimensão Eu Tranquilizador. O facto de os participantes receberem apoio psicológico/psiquiátrico poderá ter sido pela existência de psicopatologia ou pela existência de algum problema psicológico, e a existência de psicopatologia tem mostrado estar relacionada com estas duas dimensões (Gilbert et al., 2010). Por outro lado, a dimensão Eu Tranquilizador está relacionada com melhor saúde psicológica (Gilbert et al., 2006).

Em relação às hipóteses definidas para este estudo em primeiro lugar era esperado que níveis mais elevados de autocrítica estivessem associados a uma maior prática de ferimentos auto-infligidos (H1). Esta hipótese foi confirmada na medida em que se verificou que pontuações mais elevadas em termos do Eu Inadequado e Eu Detestado estão associadas com prevalência superior dos comportamentos lesivos. Por outro lado, pontuações mais elevadas em termos do Eu Tranquilizador estão associadas com prevalência inferior dos comportamentos lesivos. Adicionalmente, foram encontradas correlações positivas entre a prevalência de comportamentos de risco e o Eu Inadequado e o Eu Detestado, sendo que pontuações mais elevadas em termos do Eu Inadequado e Eu Detestado estão associadas com prevalência superior dos comportamentos de risco. Este resultado é corroborado por alguns estudos que mostram que os jovens com presença de comportamentos lesivos são aqueles que apresentam níveis mais elevados de autocrítica, o que significa que quando as coisas correm mal ou quando não funcionam como queriam ou quando cometem erros, apresentam um discurso interno focado maioritariamente nos erros e sentimentos de inadequação, na vontade de magoar o eu evidenciando sentimentos de agressividade, ódio e aversão autodirigida (Castilho, Gouveia, & Bento, 2010; Baetens et al., 2015).

7. Conclusão

Sintetizando, comprovou-se que pontuações mais elevadas em termos das formas do autocriticismo, Eu Inadequado e Eu Detestado, estão associadas a uma prevalência superior de comportamentos lesivos. Enquanto, pontuações mais elevadas em termos da forma Eu Tranquilizador, estão associadas a uma prevalência inferior dos comportamentos lesivos.

Outro resultado importante a salientar é que os estudantes que em algum momento tiveram apoio psicológico/psiquiátrico, apresentaram valores mais elevados de comportamentos lesivos e de risco. O mesmo acontece com o autocriticismo, sendo que os resultados sugerem que participantes que receberam apoio psicológico/psiquiátrico apresentaram uma prevalência de autocriticismo superior a participantes sem apoio psicológico/psiquiátrico, nas dimensões Eu Inadequado e Eu Detestado, verificando-se o oposto na dimensão Eu Tranquilizador.

Este estudo expõe algumas limitações que devem ser tidas em conta. Nomeadamente, em relação ao apoio psicológico/psiquiátrico recebido, sendo que neste estudo, não foi possível analisar a razão pela qual, os participantes, receberam o apoio, assim como o tempo em que estes o receberam. Outra limitação prende-se com a questão sociodemográfica do estado civil dos pais dos estudantes, em que não se sabe há quanto tempo terá ocorrido esta separação, pois este acontecimento poderá ter efeito na prática dos ferimentos auto-infligidos, dependendo do período em que este acontecimento tenha ocorrido.

O facto de grande parte da literatura nacional existir centrar-se no estudo destes ferimentos em adolescentes, torna esta investigação ainda mais pertinente. Assim, os valores, aqui, encontrados em estudantes universitários sugerem que, no futuro, sejam feitas investigações com esta população, focando essencialmente o apoio psicológico/psiquiátrico.

De referir que alguns dos comportamentos estudados ocorreram entre indivíduos que nunca tinham tido acesso a apoio psicológico. Possivelmente, pela reticência dos estudantes em procurar ajuda e aconselhamento, tornando-se importante que os profissionais de saúde encontrem estratégias eficazes para detetar e abordar comportamentos deste género. Assim, na prática profissional, este assunto deve adotar uma conotação mais elevada, tentando precaver situações deste género. Seria importante a implementação de programas de psicoeducação e/ou intervenção objetivando-se o

treino de competências protetoras ao autocrítico, nomeadamente a promoção de autoestima, adotando estratégias motivacionais.

Posto isto, este estudo foi de encontro aos objetivos propostos, contribuindo para um conhecimento mais alargado da prática de ferimentos auto-infligidos em populações universitárias, relacionada com o autocrítico e as suas formas.

Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais* (5ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Baetens, I., Claes, L., Hasking, P., Smits, D., Grietens, H., Onghena, P., & Martin, G. (2015). The Relationship Between Parental Expressed Emotions and Non-suicidal Self-Injury: The Mediating Roles of Self-criticism and Depression. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 491-498.
- Baião, R., Gilbert, P., McEwan, K., & Carvalho, S. A. (2014). Forms of Self-Criticism/Attacking & Self-Reassuring Scale: psychometric properties and normative study. *Psychology and Psychotherapy*, 92(3).
- Braga, C. (2011). Ferimentos Auto-infligidos, Psicopatologia e Vinculação: Um estudo com Estudantes Universitários. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Brown, M. Z., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 198-202.
- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J. P. & Bento, E. (2010). Auto-criticismo, vergonha interna e dissociação: a sua contribuição para a patoplastia do auto-dano em adolescente. *Psychologica*, 2(52), 331-360.
- Castilho, P., Gouveia, J. P. (2011). Auto-Criticismo: Estudo de validação da versão portuguesa da Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização (FSCRS) e da Escala das Funções do Auto-Criticismo e Auto-Ataque (FSCS). *Psychologica*, 54, 63-86.
- Edmondson, A. J., Brennan, C. A., & House, A. O. (2016). Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts. *Journal of Affective Disorders*, 191, 109-117.
- Favazza, A. & Conterio, K. (1988). The Plight of Chronic Self-Mutilators. *Community Mental Health Journal*, 24(1), 22-30.
- Fortin, M. F. (2009). O processo de investigação: da conceção à realização. Loures, Lusociência.
- Gall, T., Evans, D., & Bellrose, S. (2000). Transition to first-year university: patterns of change in adjustment across life domains and time. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19 (4), 544-567.

- Gallagher, R. P., Zhang, B., & Taylor, R. (2003). *National survey of counseling directors, 2003*. Alexandria, VA: International Association of Counseling Centers.
- Gilbert, P. (1997). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *British Journal of Medical Psychology, 70*, 113-147.
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N. V., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology, 43*, 31-50.
- Gilbert, P. & Miles, J.N.V. (2000). Sensitivity to social put-down: It's relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self-other blame. *Personality and Individual Differences, 29*, 757-774.
- Gilbert, P. & Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate in a group of self-critical people. *Memory, 12*(4), 507-516.
- Gilbert, P. & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: A pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 13*, 353-379. DOI: 10.1002/cpp.507.
- Gilbert, P., McEwan, K., Irons, C., Bhundia, R., Christie, R., Broomhead, C., & Rockliff, H. (2010). Selfharm in a mixed clinical population: The roles of self-criticism, shame, and social rank. *British Journal of Clinical Psychology, 49*, 563–576. doi:10.1348/014466509X479771.
- 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*, 2483-2490.
- Gollust, S., Eisenberg, D., & Golberstein, E. (2008). Prevalence and correlates of self-injury among university students. *Journal of American College Health, 56*(5), 491–498.
- 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), 213–222.
- Gratz, K. (2001). Measurement of Deliberate Sel-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 23*(4), 253-263.
- Gratz, K. L., Conrad, S. D., & Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry, 72*, 128–140.

- Hawton, K., & Harriss, L. (2007). Deliberate self-harm in young people: characteristics and subsequent mortality in a 20-year cohort of patients presenting to hospital. *Journal of Clinical Psychiatry, 68*(10), 1574-1583.
- International Society for the Study of Self-injury (2007). *Definitional issues surrounding our understanding of self-injury*. Conference proceedings from the annual meeting.
- Katz, J., & Nelson, R. (2014). Family Experiences and Self-Criticism in College Students: Testing a Model of Family Stress, Past Unfairness, and Self-Esteem. *The American Journal of Family Therapy, 35*(5), 447-457.
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry, 160*, 1501–1508.
- Klonsky, E. D., & Olino, T. M. (2008). Identifying Clinically Distinct Subgroups of Self-Injurers Among Young Adults: A Latent Class Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(1), 22-27.
- Longe, O., Maratos, F. A., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliffe, H., & Rippon G. (2010). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and selfreassurance. *Neuroimage, 49*, 1849-1856.
- Mangnall, J., & Yurkovich, E. (2008). A Literature Review of Deliberate Self-Harm. *Perspectives in Psychiatric Care, 44*, 3, 175-184.
- Minarik, M. L., & Ahrens, A. H. (1996). Relations of eating behavior and symptoms of depression and anxiety to the dimensions of perfectionism among undergraduate women. *Cognitive Therapy and Research, 20*, 155-169.
- Morrison, R., & O'Connor, R. (2005). Predicting psychological distress in college students: the role of rumination and stress. *Journal of Clinical Psychology, 61*(4), 447-460.
- Muellenkamp, J. & Gutierrez, P. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research, 11*, 69-82. Doi: 10.1080/13811110600992902.
- Nobre-Lima, L., Barreira, A., & Castilho, P. (2017). A influência de fatores sociodemográficos na expressão de comportamentos autolesivos não suicidários (NSSI) em adolescentes portugueses. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente, 8*, 33-48.
- Nock, M. K. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*, 339-363.

- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self harm. Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, *181*(3), 193-199. Doi:10.1192/bjp.181.3.193.
- Portugal, Direcção Geral da Saúde. (2013). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017. Online in: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/>
- 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*, 67–77.
- Sarno, F., Madeddu, K. L., & Gratz, K. L. (2010). Selfinjury, psychiatric symptoms, and defense mechanisms: Findings in an Italian nonclinical sample. *European Psychiatry*, *25*, 136-145.
- Suyemoto, K. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, *18*(5), 531-554.
- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of non suicidal self-injury in non clinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *44*, 273–303. doi.org/10.1111/sltb.12070
- Villarroel, G. J., Jerez, C. S., Montenegro, M. M. A., Montes, A. C., Igor, M. M., & Silva, I. H. (2013). Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, *51*(1), 38-45.
- Vrouva, I., Fonagy, P., Fearon, P. R., & Roussow, T. (2010). The Risk-Taking and Self-Harm Inventory for Adolescents: Development and Psychometric Evaluation. *Psychological Assessment*, *22*(4), 852–865. doi: 10.1037/a0020583.
- Whetsell, L. A., Patterson, C. M., Young, D. H., & Schiller, W. R. (1989). Preinjury Psychopathology in Trauma Patients. *The Journal of Trauma*, *29*(8).
- Whelton, W., & Greenberg, L. (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and Individual Differences*, *38*, 1583-1595.
- Whitlock, J. L., Eckenrode, J. E., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, *117*(6), 1939–1948.
- Whitlock, J. L., Muehlenkamp, J., & Eckenrode, J. (2008). Variation in non-suicidal selfinjury: Identification of latent classes in a community population of young adults. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *37*(4), 725–735.

- Wood, J. J., Repetti, R. L., & Roesch, S. C. (2004). Divorce and children's adjustment problems at home and school: The role of depressive/withdrawn parenting. *Child Psychiatry and Human Development*, *35*, 121-141.
- Xavier, A., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2015). Deliberate self-harm in adolescence: The impact of childhood experiences, negative affect and fears of compassion. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *20*(1), 41-49. doi: 10.5944/rppc.vol.1.num.1.2015.14407.
- Xavier, A., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2018). Daily Peer Hassles and Non-Suicidal Self-Injury in Adolescence: Gender Differences in Avoidance-Focused Emotion Regulation Processes. *Journal of Child and Family Studies*, *27*, 59–68. doi.org/10.1007/s10826-017-0871-9.
- Xavier, A., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2018). Validation of the Risk-Taking and Self-Harm Inventory for Adolescents in a Portuguese Community Sample. *Measurement and evaluation in counseling and development*, *0*(0), 1-14. doi: 10.1080/07481756.2018.1435189.
- Zetterqvist, M., Lundh, & Svedin, C. (2013). A comparison of adolescents engaging in self injurious behaviors with and without suicidal intent: self-reported experiences of adverse life events and trauma symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, *42*(8), 1257-1272 doi:10.1007/s10964-012-9872-6.

Anexos

Anexo A - Questionário sociodemográfico

1. **Idade:** _____ anos

2. **Sexo:** Masculino Feminino

3. **Nacionalidade:** _____

4. **Local de Residência:** _____

5. **Estado Civil:** Solteiro(a) Casado(a) União de Facto
Divorciado(a) Separado(a)

6. **Qual é o curso do ensino superior que frequentas?** _____

7. **Qual é o ano do teu curso em que te encontras?** _____

8. **Qual é a instituição de Ensino Superior que frequentas?** _____

9. **Quem é o teu agregado familiar?** Pais Irmãos
Tios Avós Outro(s)
Quem/Quais? _____

10. **Qual é o estado civil dos teus pais?** Casados União de Facto
Divorciados Separados

11. **Já estiveste em apoio psicológico/psicoterapêutico?**
Sim Não
Se Sim, porquê? _____

12. **Já tiveste tratamento psiquiátrico?**

Sim Não

Se Sim, porquê? _____

13. Atualmente estás em apoio psicológico/psicoterapêutico?

Sim Não

Se Sim, porquê? _____

14. Atualmente estás em tratamento psiquiátrico?

Sim Não

Se Sim, porquê? _____

15. Já tomaste medicação farmacológica?

Sim Não

Se Sim, qual? _____

16. Atualmente tomas medicação farmacológica?

Sim Não

Se Sim, qual? _____

Obrigada pelas tuas respostas!

Anexo B - Carta de explicação do estudo e do consentimento

Título: Ferimentos auto-infligidos em estudantes do ensino superior: Fatores psicossociais associados.

Investigadoras: Sara Margarida de Sousa Santos (*E-mail*: smsantos95@hotmail.com); Ana Letícia Ferreira Antunes (*E-mail*: analeticiaferreira@hotmail.com); Rafaela Faria Sousa (*E-mail*: rafaria_10@hotmail.com)

Docente orientadora: Prof.^a Dr.^a Armanda Gonçalves (armanda.braga@gmail.com)

OBJETIVOS

Os objetivos deste estudo descritivo-correlacional são: a) descrever a prática de ferimentos auto-infligidos numa população não clínica universitária em Portugal; b) analisar a existência de relações entre a prática de ferimentos auto-infligidos e a idade e o género dos participantes; c) avaliar a relação entre a prática de ferimentos auto-infligidos e as dificuldades de regulação emocional; d) avaliar a relação entre a prática de ferimentos auto-infligidos e os componentes cognitivos de regulação emocional; e) avaliar a relação entre a prática de ferimentos auto-infligidos e o autocrítico; f) avaliar a relação entre a prática de ferimentos auto-infligidos e os esquemas mal adaptativos.

MÉTODO

Este estudo pretende descrever a prática de ferimentos auto-infligidos numa população não clínica universitária em Portugal. Os instrumentos aplicados serão o Inventário de Comportamentos de Risco e Auto-dano para Adolescentes (Vrouva, Fonagy, Fearon, & Roussow, 2010) tradução e adaptação por Xavier, Cunha e Pinto-Gouveia (2018), Questionário de Regulação Cognitiva das Emoções (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven (2001) traduzido e adaptado por Martins, Pereira, Soares, Amaral, Madeira Araújo e Macedo (2017), Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (Gratz & Roemer, 2004) tradução e adaptação por Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha e Dias (2010), Escala das Funções do Autocrítico e Autotranquilização – FSCRS (Gilbert et al., 2004) traduzida e adaptada por Castilho e Pinto-Gouveia (2005), Questionário de Esquemas de Young (Young, 2005) traduzido e adaptado por Pinto-Gouveia, Rijo e Salvador (2006) e um Questionário Sociodemográfico.

Os questionários serão aplicados de forma presencial ou em formato digital, com uma duração de aproximadamente uma hora. As respostas dos participantes serão

confidenciais e anónimas, sendo apenas utilizadas para fins do desenvolvimento do projeto de investigação.

POTENCIAIS RISCOS

A participação neste estudo não apresenta quaisquer potenciais riscos para os participantes.

CONFIDENCIALIDADE

Todos os dados recolhidos durante este estudo serão tratados de forma confidencial. Estes serão conservados num local seguro à responsabilidade das investigadoras. Os resultados de grupo poderão ser apresentados mais tarde, mas os participantes não serão nunca identificados de forma individual. Os resultados de grupo serão postos à disposição a pedido dos interessados.

POTENCIAIS VANTAGENS

Este estudo mostra-se indiretamente benéfico para os participantes uma vez que este será útil para a promoção de um maior conhecimento nesta área favorecendo, assim, uma melhor intervenção futura.

PARTICIPAÇÃO

A escolha de participar neste estudo é totalmente voluntária, sendo que os participantes que aceitem fazer parte do mesmo são livres de se retirarem a qualquer momento, sem qualquer consequência para os próprios.

Anexo C - Consentimento informado

Investigadoras: Sara Margarida de Sousa Santos; Ana Letícia Ferreira Antunes; Rafaela Faria Sousa.

Reconheço que os procedimentos de investigação descritos na carta anexa me foram explicados e que me responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões. Compreendo as vantagens que existem na participação neste estudo. Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo, a investigação ou os métodos utilizados. Asseguram-me que os processos que me dizem respeito serão guardados de forma confidencial e anónima que nenhuma informação será publicada ou comunicada, incluindo a minha identidade pessoal, sem a minha permissão.

Compreendo que sou livre de a qualquer momento desistir deste estudo.

Pelo presente documento, eu consinto a minha participação neste estudo.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

Para qualquer questão, contatar as investigadoras, cujos endereços eletrónicos são fornecidos na carta de explicação.

Se pretender ter acesso aos seus resultados, insira um código (três últimos do seu contato telefónico) no seu respetivo questionário, e posteriormente contate as investigadoras através do endereço eletrónico, indicando o seu código.

