

## Aspectos conceituais da conduta autolesiva: Uma revisão teórica

Theoretical aspects of self-injurious behavior: A theory revision

Luana Cristina Silva Santos<sup>I</sup>

André Faro<sup>II</sup>

Universidade Federal de Sergipe.

### Resumo

A conduta autolesiva se refere ao comportamento direto e deliberado de autolesão que resulta em prejuízo físico e psicológico para o indivíduo. De alta prevalência e considerado problema de saúde pública, esse comportamento tem sido associado a vários fatores biopsicossociais, principalmente na adolescência, fase em qual tende a emergir e é mais prevalente. A conduta autolesiva é geralmente associada a comportamentos e pensamentos suicidas e, de modo geral, a literatura ainda é heterogênea sobre o fenômeno, assim como formas de mensurá-lo. O presente artigo objetivou reunir os principais conceitos e achados teóricos sobre a conduta autolesiva, classificando e descrevendo o comportamento autolesivo em relação aos períodos desenvolvimentais, principais fatores associados, formas de avaliação, tratamento/intervenção e prevenção.

**Palavras-chave:** conduta autolesiva, comportamento autodestrutivo, adolescentes.

### Abstract

Self-injurious behavior is a direct and deliberated self-harm behavior that results in physic and psychology damage for victim. This behavior has high prevalence and is considered public health problem, it has been associated with several biological, psychological and social factors, mainly in the adolescence, that is the phase in which self-harm may to emerge and is more prevalent. Self-injurious behavior is typically associated with suicide behaviors and generally the literature still is heterogeneous about the phenomenon, as well as measures are scarce. The present paper aimed to explain the main concepts and theoretical findings about self-injurious behavior, classifying and describing the self-harm behavior associated with life span, main associated factors, measures, treatment/intervention and prevention.

**Keywords:** self-injurious behavior, self-harm, adolescents.

Existe um senso inato de autopreservação que leva os indivíduos a buscarem comportamentos e contextos que denotem maior longevidade durante a vida. Porém, às vezes esses mesmos indivíduos se engajam em comportamentos inconsistentes com essa busca, não-saudáveis ou prejudiciais a si mesmos. Um exemplo desse tipo de comportamento é a conduta autolesiva, ou autolesão, praticada de forma intencional e que causa danos físicos e psicológicos aos indivíduos que se engajam em tal comportamento (Nock, 2010).

De modo geral, lidar com indivíduos que autolesionam-se muitas vezes significa um desafio para profissionais de saúde mental, professores e conselheiros escolares. Dadas as consequências do comportamento, físicas e psicológicas tanto para os indivíduos quanto para familiares e pessoas próximas, a preocupação em entender porque indivíduos possuem conduta autolesiva tem crescido e o número de estudos científicos e clínicos desse comportamento aumentou desde meados do ano 2000 (Silva & Santos, 2015). Além disso, entender as causas que levam o indivíduo a autolesionar-se pode

ser útil também para ajudar a explicar o engajamento em outros tipos de comportamentos prejudiciais, como abuso de substâncias psicoativas, por exemplo.

O presente artigo objetivou reunir os principais achados teóricos sobre a conduta autolesiva. Contemplará aspectos conceituais, epidemiológicos, clínicos e terapêuticos relacionados ao comportamento autolesivo. Foi realizada uma revisão de literatura de caráter narrativo e não sistemático (Rother, 2007). Estudos teóricos e pesquisas empíricas que abordam o comportamento autolesivo em geral foram consultados, além de livros, em literatura nacional e estrangeira. Nas bases de dados Web of Science, SciELO, Pepsic e Google Scholar, em julho de 2016, foram pesquisados trabalhos que contivessem as seguintes palavras-chave: autoinjúria (*self-injury*), autodano (*self-harm*), autolesão, *cutting*, *caving*, parassuicídio, dano autoinfligido, conduta autolesiva e comportamento autolesivo (*self-injurious behavior*). O objetivo principal da análise foi revisar conceitos e classificações do comportamento autolesivo, levantando-se os principais preceitos, além

<sup>I</sup> Mestre em Psicologia Social, Universidade Federal de Sergipe.

<sup>II</sup> Docente no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Sergipe.

de fomentar o debate em torno de questões para futuras pesquisas principalmente à nível nacional.

### Conceito e classificação da conduta autolesiva

Na literatura, durante muito tempo, a autolesão foi estritamente relacionada ao suicídio e aos comportamentos suicidas (Guerreiro & Sampaio, 2013). Atualmente, os critérios para “autolesão não suicida” são apresentados no capítulo “Condições para estudos posteriores” na 5ª edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V; American Psychiatric Association [APA], 2014) e o comportamento também aparece como um dos critérios para diagnóstico do transtorno de personalidade Borderline (Zetterqvist, Lundh, Dahlström, & Svedin, 2013). Um dos maiores obstáculos ao estudo do comportamento autolesivo é a heterogeneidade da terminologia na literatura (Nock, 2010), pois há vários termos utilizados como sinônimos de conduta autolesiva: autoinjúria, autodano, automutilação, autolesão, *cutting*, *caving*, parassuicídio, comportamento autolesivo sem intenção suicida, comportamento suicidário (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Em sua denominação mais aceita, autolesão se refere a um conjunto de comportamentos que resultam em dano intencional ao indivíduo, com o conhecimento de que podem ou vão trazer algum grau de injúria física ou psicológica (Nock, 2009). Em geral, classifica-se o comportamento autolesivo em dois grandes grupos: no primeiro, o ato de se lesionar é a intenção do comportamento (diretamente “injuriosos” ou lesivos), ao passo que no segundo, a autolesão é produto ou resultado de uma ação deliberada que não objetivava tal dano (Nock, 2010).

Em relação aos comportamentos indiretamente autolesivos, não existe intencionalidade de causar dano a si, mas sabe-se que eles são realizados porque resultam em prazer ou diversão durante o ato (comer assiduamente em *junk food*, por exemplo), com o dano como um efeito colateral indireto e na maioria das vezes involuntário e a longo prazo (Completo, 2014). Comportamentos diretamente autolesivos são aqueles nos quais há intenção de causar dano a si mesmo, seja ele em qualquer grau de severidade, que acontecem com objetivo de regulação afetiva ou sinalização social e se classificam em suicidas ou não suicidas, de acordo com a intenção de letalidade do comportamento (Nock, 2010).

Comportamentos autolesivos suicidas subdividem-se em: ideação (pensar sobre comportamentos lesivos que podem levar à morte), plano (considerar um método específico cuja finalidade é empregá-lo para

morrer) e tentativa (engajar-se em comportamentos potencialmente danosos com a intenção de morrer; Nock, 2010). Já os comportamentos autolesivos não suicidas classificam-se em ameaça ou gesto suicida (o indivíduo leva outros a acreditar que ele tem a intenção de morrer, entretanto sua intenção é sinalização social), pensamentos autolesivos (pensamento de engajar-se em comportamentos autolesivos, mas não fazê-lo) e conduta autolesiva propriamente dita, nos níveis leve, moderado ou severo (Nock, 2010). Mais especificamente, a conduta autolesiva é um comportamento direto e deliberado de autolesão sem intenção suicida, e este será o fenômeno explicitado neste artigo. Cabe ressaltar que aqui os termos conduta autolesiva, comportamento autolesivo e autolesão serão utilizados como sinônimos.

Segundo Parks (2011), o primeiro incidente autolesivo é acidental ou impulsivo, quando a pessoa sente raiva, medo ou ansiedade de forma tão esmagadora que não sabe como expressá-los. A conduta autolesiva atua promovendo um senso momentâneo de alívio, às vezes seguido de vergonha e culpa, até que fortes sentimentos surgem de novo fazendo com que a pessoa se sinta emocionalmente sobrecarregada, levando-a a procurar alívio novamente em comportamentos autolesivos, que podem aumentar em frequência e grau (Parks, 2011). Assim, a pessoa é reforçada positivamente em direção ao comportamento autolesivo, dada sua associação com sensações positivas, principalmente o alívio imediato.

### Prevalência da conduta autolesiva e seu desenvolvimento ao longo do ciclo de vida

É necessário entender a conduta autolesiva considerando o período do curso de vida em que o indivíduo se encontra, uma vez que, segundo a literatura, ainda é pouco investigado (Whitlock & Selekman, 2014).

Em crianças, a conduta autolesiva é em geral observada entre aquelas que possuem alguma desordem psiquiátrica, como a esquizofrenia (Whitlock & Selekman, 2014), a Síndrome de Tourette (Mathews et al., 2004), a Síndrome Lesch-Nyhan (Hall, Oliver, & Murphy, 2001) e o autismo (Minshawi et al., 2014), dentre outros. Comportamentos autolesivos podem ocorrer durante qualquer idade do ciclo de vida, entretanto são associados principalmente com o período da adolescência, visto emergirem principalmente durante esta fase (Nixon & Heath, 2009).

A adolescência é vista como um período de alterações físicas e psicossociais que são fortemente influenciadas pelas interações do adolescente, seja com outros ou com diferentes contextos e situações,

o que tende a constituir singularidades e caracterizar a heterogeneidade deste período (Shaffer & Kipp, 2007). Tantas mudanças requerem um nível de adaptação que muitas vezes o adolescente não possui, tornando-o vulnerável a se engajar em comportamentos de risco (Sapientza & Pedromônico, 2005). Assim, o jovem pode engajar-se em comportamentos agressivos, impulsivos ou mesmo suicidas, como os comportamentos autolesivos, por exemplo, com vistas à adaptação a contextos considerados aversivos (Borges & Werlang, 2006).

É durante a meia-idade que o comportamento diminui ou é extinto (Favazza & Page, 2009; Walsh, 2006). Entretanto, estudos longitudinais que comprovem tal observação são escassos e necessários (Miller & Brock, 2010). Pessoas de todas as raças, status socioeconômicos, orientações sexuais, religiões e níveis educacionais podem se envolver em condutas autolesivas, sendo difícil estimar a prevalência, já que o diagnóstico é dependente muitas vezes do relato do indivíduo (Parks, 2011).

Em crianças, há poucos relatos de prevalência do comportamento em idades abaixo de 12 anos em amostras comunitárias (Whitlock & Selekman, 2014). Em um *survey* com 10.000 sujeitos (crianças, pais e professores), encontrou-se a prevalência de autolesão de 1,3% entre crianças de 5 a 10 anos de idade (Meltzer, Gatward, Goodman, & Ford, 2001). De forma mais específica, Meltzer et al. (2001) encontraram que a prevalência de comportamentos autolesivos foi de 0,8% entre crianças sem condições clínicas, 7,5% em crianças diagnosticadas com distresse crônico e 6,2% nas diagnosticadas com algum transtorno de ansiedade.

Alguns estudos com adultos documentam a idade em que o comportamento emergiu através do autorrelato dos indivíduos e, em geral, encontram que entre 5,1% e 24% dos comportamentos autolesivos iniciaram antes dos 11 anos de idade (Heath, Toste, & Beetam, 2006; Ross & Heath, 2002). Outros trabalhos apontam que a idade média de início para condutas autolesivas varia entre 12 e 16 anos de idade (Rodham & Hawton, 2009). Em um estudo realizado com mais de 30.000 adolescentes escolares da Austrália, Bélgica, Inglaterra, Hungria, Irlanda, Holanda e Noruega, observou-se que a prevalência em meninas (13,5%) foi aproximadamente três vezes maior que em meninos (4,3%).

Mesmo sendo um comportamento observado e relatado empiricamente desde a década de 70 (Guerreiro & Sampaio, 2013), dados em amostras que não sejam compostas por adolescentes são ainda escassos, restringindo-se a amostras pequenas ou subgrupos específicos, o que limita a generalização de dados relacionados

a prevalência (Nock, 2010; Whitlock & Selekman, 2014). Em relação à adultez, a prevalência é em média 17% (variando entre 5% e 35%), mas ainda são poucos os estudos com amostras de pessoas adultas (Gratz, 2001; Whitlock & Selekman, 2014; Whitlock et al., 2011). De forma semelhante, praticamente não existem dados de prevalência dos comportamentos autolesivos na velhice, com exceção daqueles focados na intenção suicida, que são os mais comuns (Dennis, Wakefield, Molloy, Andrews, & Friedman, 2007).

Muehlenkamp, Claes, Havertage e Plener (2012) fizeram uma revisão sistemática empírica de estudos que reportavam a prevalência global de condutas autolesivas em adolescentes e encontraram que a prevalência média durante a vida foi de 18%, um pouco menor que a estimativa de 19,7% observada por Cheung et al. (2013), que também observou que a idade média de engajamento em comportamentos autolesivos foi 13,4 anos. No Brasil, os estudos sobre prevalência da autolesão relatam que, em geral, atendimentos de adolescentes em unidades hospitalares por suicídio ou autolesões representavam cerca de 50% do valor total de atendimentos das unidades (Guerreiro & Sampaio, 2013; Teixeira & Luis, 1997).

Em um dos poucos estudos brasileiros focados na conduta autolesiva, Caldas et al. (2009) levantaram a prevalência de tais comportamentos em 279 detentas de uma prisão em Recife, observando que 47% já havia expressado algum tipo de comportamento autolesivo antes de ser presa, enquanto 53% passaram a se autolesionar no presídio. Ainda que tenha relevância no campo de estudo, vale ressaltar que essa prevalência foi estimada num local específico que pode ter influenciado a prática do comportamento, além de ter sido feito com um subgrupo amostral específico (mulheres).

Em resumo, estudos relatam que desde a infância o comportamento autolesivo pode ocorrer, o que em geral ocorre com prevalência entre 2% a 13% (Meltzer et al., 2001). Entretanto, maior prevalência é vista na adolescência, entre 4% e 35%, sendo que na fase adulta e velhice o comportamento tende a regredir ou extinguir-se (Gratz, 2001; Klonsky et al., 2003; Muehlenkamp et al., 2012; Whitlock et al., 2011).

### Fatores associados à conduta autolesiva

Os estudiosos de comportamentos autolesivos têm explorado alguns fatores que parecem estar relacionados ao comportamento, aumentando o risco ou funcionando de forma protetora. Pessoas que se autolesionam deliberadamente têm sido associadas a níveis elevados de psicopatologias, contextos estressores ou

traumáticos na infância e influências prejudiciais do meio social proximal (Hooley & Germain, 2014).

Condições psicopatológicas são frequentemente apontadas como relacionadas ao engajamento ao comportamento autolesivo. Brickman, Ammerman, Look, Berman e McCloskey (2014) concluíram que quatro sintomas específicos do Transtorno de Personalidade Borderline (APA, 2014) são bastante associados com riscos para autolesionar-se: história prévia de pensamento ou comportamento suicida, comportamentos impulsivos recorrentes, autoimagem imprecisa e perturbações identitárias. A conduta autolesiva é um comportamento muito comum também em pessoas diagnosticadas com autismo devido à baixa capacidade de comunicação desses indivíduos, funcionando muitas vezes como uma forma de expressar-se (Parks, 2011).

Fatores ambientais também podem estar envolvidos com a ocorrência do comportamento, tais como eventos de vida e situações relacionadas à amigos e familiares, visto exercerem papel importante no desenvolvimento de crianças e adolescentes (Klonsky & Lewis, 2014). Dessa forma, crianças e adolescentes que possuem uma relação parental inconsistente e insensível têm maior probabilidade de se engajarem em comportamentos que tragam danos a si próprios (Klonsky & Lewis, 2014).

A literatura também aponta que o período em que a influência dos pares aumenta, fato comum que caracteriza a transição para a adolescência, coincide com o surgimento de autoinjúria nesta fase (Kessler, Berlung, Borges, Nock, & Wang, 2005). Alguns aspectos da relação com os pares parecem influenciar a ocorrência do comportamento, tais como problemas interpessoais (rejeição, conflitos; Prinstein, Boegers, & Spirito, 2001) e dificuldades emocionais (Chapman, Gratz, & Brown, 2006). Além disso, ainda nesse período no ciclo de vida até o início da idade adulta, a autoimagem negativa tem sido associada à vulnerabilidade para autoinjúria (Muehlenkamp & Brausch, 2012).

Fatores biológicos, como mudanças bioquímicas corporais, desempenham um papel relevante na autolesão e podem ser resultantes de alguma ação específica (ingestão de substâncias, por exemplo) ou mesmo condições médicas (Klonsky & Lewis, 2014). Estes fatores incluem insônia, fadiga, doenças ou anomalias da tireoide ou hormonais, síndrome pré-menstrual, ingestão de substâncias psicoativas e outros que possam aumentar a vulnerabilidade ao estresse e, conseqüentemente, o risco de engajar-se em comportamentos autolesivos.

Outro fator associado à conduta autolesiva são os vieses cognitivos. Compreender os tipos de

pensamentos relacionados à este comportamento pode ser importante para o entendimento das causas que levam ao engajamento (Klonsky & Lewis, 2014). Pensamentos recorrentes em indivíduos que se lesionam são “só vou fazer um corte”, “isso é demais para suportar”, “eu mereço essa dor”, “me cortar alivia mais que qualquer outra coisa”, “a vida é uma droga”, “estou sozinho, não tenho amigos”, e tais pensamentos influenciam a probabilidade de o comportamento aumentar ou diminuir a frequência e intensidade (Walsh, 2006). Atitudes mais favoráveis em relação à autolesão (perceber o comportamento como eficaz, por exemplo) tem sido associadas à intenção de se envolver no comportamento de novo no futuro (O’Connor, Armitage, & Gray, 2006). Além disso, estilos de pensamento, como pensamento ruminativo, associados com experiências emocionais negativas, podem levar à conduta autolesiva como meio de reduzir o efeito negativo dessas experiências (Selby, Anestis, & Joiner, 2008).

Assim como a cognição, experiências individuais afetivas parecem sinalizar a ocorrência da autolesão quando esta é realizada com o intuito de atenuar uma experiência de afeto negativo (Chapman et al., 2006). Emoções primárias típicas do contexto de comportamento autolesivos são raiva (dirigida a outro ou a si mesmo), ansiedade, estresse, tristeza, frustração, culpa, vergonha, nojo, sentimento de vazio, desesperança e solidão, algumas destas podendo tanto proceder como acompanhar a autolesão (Klonsky & Lewis, 2014). Nock e Mendes (2008) sugerem que indivíduos que se engajam em práticas autolesivas desejam esquivar-se de tarefas estressantes. Rohdam, Hawton e Evans (2004) encontraram que parece haver diferença na relação com impulsividade de acordo com o tipo de comportamento autolesivo praticado: adolescentes que se cortam possuem níveis de impulsividade mais elevados que aqueles que ingerem substâncias nocivas, por exemplo, visto que o envenenamento requer maior nível de planejamento, o que reflete menor impulsividade em relação ao ato de se cortar. Por fim, o estresse psicológico também é um fator associado ao comportamento autolesivo e a excitação fisiológica típica de eventos estressores parece ser mais exacerbada em indivíduos que se autolesionam, que causam danos a si mesmo como forma de lidar com o estresse (Nock & Mendes, 2008). Ou seja, se as respostas do indivíduo, mesmo que desadaptativas, trouxerem alívio e forem consolidadas, tem-se um padrão de resposta que tende a se repetir sempre que um evento estressor ocorrer.

## Principais funções da conduta autolesiva

Nas últimas décadas, a maioria das abordagens explicativas sobre a conduta autolesiva tem se concentrado em associá-la a síndromes nas quais comportamentos desse tipo são considerados desajustados e interpretados como sinais ou sintomas de algum tipo de patologia. A seguir são descritas explicações mais frequentes nos relatos teóricos.

### *Regulação Emocional*

Uma das explicações mais associadas ao comportamento autolesivo é de que este teria a função de regular afetos negativos sentidos pela vítima, minimizando-os (Jacobson & Batejan, 2014). Linehan (1993) propôs uma das teorias de regulação emocional relacionada à autoinjúria, para pessoas com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) que se autolesionam. Nela, as pessoas diagnosticadas com TPB tem alta reatividade emocional a diversos estímulos e não conseguem deixar o estado de excitação tão rápido, encontrando alívio por meio de comportamentos que servem como reguladores desta excitação, a exemplo da autolesão.

Mais tarde, Chapman et al. (2006) propuseram o Modelo Experimental de Evitação de Autolesão Não-Suicida, que também hipotetiza que a conduta autolesiva está relacionada à regulação de afeto, baseando-se no pressuposto de que o comportamento é reforçado negativamente, reduzindo uma excitação emocional negativa ou indesejada. Ou seja, a pessoa se engajaria em comportamentos autolesivos depois de uma série de eventos adversos. A priori, um estímulo provocaria uma resposta emocional negativa forte que, ao ser emparelhada com dificuldades para regular emoções, resultam em uma baixa tolerância ao distresse e leva a um desejo de evitar essa emoção negativa, cujo alívio se dá por meio da autolesão. Com a repetição, o comportamento se torna uma resposta automatizada condicionada à excitação emocional.

De modo geral, são as mulheres que praticam autoinjúria relatando como justificativa a tentativa de suprimir pensamentos negativos indesejados, entretanto, tal explicação de que o comportamento suprime essa modalidade de pensamento requer mais estudos (Chapman et al., 2006).

Uma abordagem delineada por Nock e Prinstein (2004), que conceituaram autolesão a partir de uma teoria de aprendizagem comportamental, identificou quatro mecanismos distintos, porém possíveis reforçadores

do comportamento objetivando a regulação emocional: Reforço Automático Negativo (RAN, pelo qual os estados de sentimentos negativos são diminuídos), Reforço Automático Positivo (RAP, pelo qual os estados emocionais desejados, autopunição por exemplo, aumentam), Reforço Social Negativo (RSN, no qual o comportamento autolesivo ocorre para evitar ou escapar de uma demanda interpessoal) e Reforço Social Positivo (RSP, no qual a autolesão auxilia a pessoa a ganhar atenção de outras ou acessar materiais).

### *Comunicação/Sinalização social*

Pesquisas sobre comportamento autolesivo como um meio de sinalização social têm sido frequentes (Jacobson & Batejan, 2014). O modelo de regulação afetiva já explicitado e descrito por Nock e Prinstein (2004) especifica como uma das funções interpessoais da conduta autolesiva o reforço social positivo ou RSP, que é quando o comportamento autolesivo auxilia no ganho de atenção ou acesso a materiais e parece ser muito comum na adolescência. Razões como “obter cuidados ou atenção dos outros”, “obter uma reação de alguém, mesmo que seja negativa” ou outras afirmações do tipo para justificar comportamentos autolesivos em geral são aprovadas por adolescentes de amostras clínicas (Nixon, Cloutier, & Aggarwal, 2002) e comunitárias (Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker, & Kelley, 2007). Algumas das principais razões para engajar-se em comportamentos autolesivos parecem ser pedir socorro ou comunicar a dor, principalmente em sujeitos que tenham problemas para pedir ajuda, usando a autolesão como um meio para isso (Nock, 2009).

### *Teoria de aprendizagem social e modelo social do efeito de contágio*

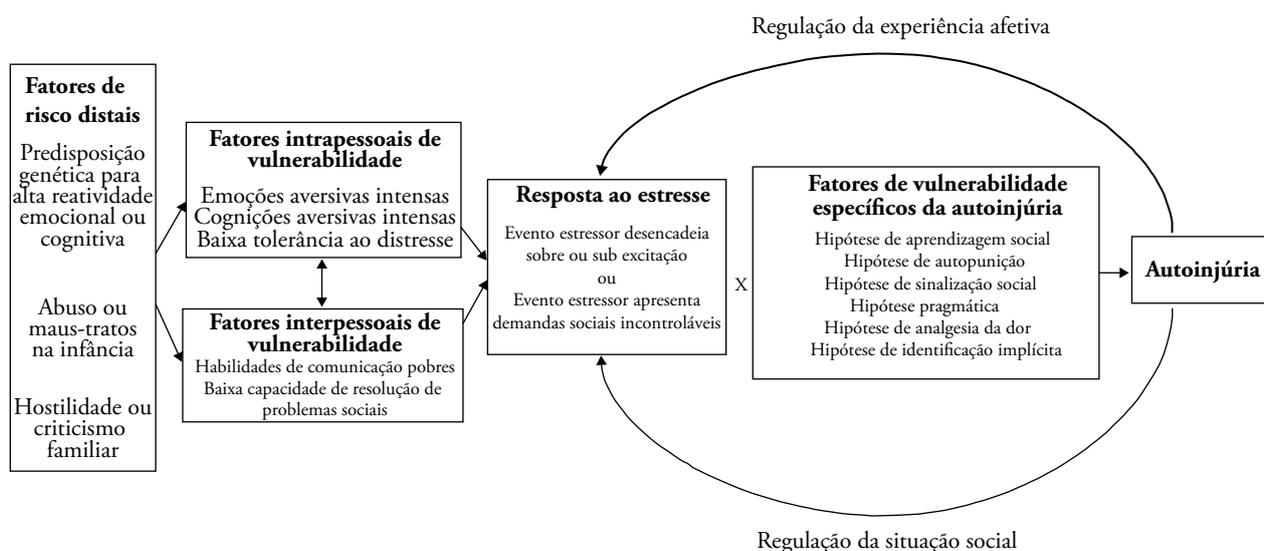
Suyemoto, em 1998, citou a teoria da aprendizagem social como forma de explicação do engajamento em comportamentos autolesivos, na qual as crianças aprenderiam desde cedo que lesões/machucados de modo geral são associadas com cuidado. A conduta autolesiva passou a ser usada como tentativa de atrair cuidado para si. Além disso, adolescentes também podem testemunhar outros recebendo atenção ou ajuda e imitar o comportamento autolesivo objetivando conseguir os mesmos benefícios.

Se o indivíduo que se autolesiona é visto como alguém superior, de maior status social no grupo, outros podem imitar seu comportamento ou adotar

uma postura competitiva em relação às lesões, o que pode levar a contágios (Favazza, 1989). Isto é, por contágio se entende que observar que outros se autolesionam pode ser uma maneira de aprender o comportamento. Exemplificando isso, um estudo encontrou que 11,9% de uma amostra de adolescentes em regime de internamento se engajaram em comportamentos autolesivos por intermédio de alguém (Nixon et al., 2002) e outros 82,1% de outro estudo afirmaram possuir pelo menos um amigo que também possui conduta autolesiva (Nock & Prinstein, 2005).

### Modelo integrativo de Nock

Dentre tantas diferentes abordagens visando explicar como e por que ocorre o comportamento autolesivo, nota-se que explicá-lo em sua totalidade é desafiador (Jacobson & Batejan, 2014). Ao considerar o contexto geral do indivíduo, e não apenas uma faceta (social, por exemplo), um dos primeiros modelos integrativos etiológicos para explicar autolesão foi proposto por Nock (2009), no qual tanto fatores proximais quanto distais estão incluídos (Figura 1).



**Figura 1**

*Modelo integrativo de Nock traduzido (autorizado pelo autor).*

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

No modelo de Nock (2009) os fatores de risco distais (predisposição genética para alta reatividade emocional ou cognitiva, abuso ou maus-tratos na infância, hostilidade ou criticismo familiar) interagem e resultam num alto risco de engajamento tanto para fatores de vulnerabilidade intrapessoais (emoções e cognições aversivas intensas e baixa tolerância ao distresse), como interpessoais (habilidades de comunicação pobres e baixa capacidade de resolução de problemas). O conjunto de vulnerabilidades inter e intrapessoais culminam em respostas ineficazes a eventos estressores (evento estressor desencadeia sobre ou sub excitação ou apresenta demandas sociais incontroláveis), que podem predispor a pessoa à várias psicopatologias, além de aumentar o risco de engajamento em comportamentos autolesivos por alguns fatores específicos de vulnerabilidade (aprendizagem social,

autopunição, sinalização social, pragmatismo, analgesia da dor, identificação implícita).

Em síntese, no modelo integrativo de Nock (2009), a conduta autolesiva é um comportamento que resulta da combinação de vários fatores e circunstâncias ambientais e que é mantido por ser um meio eficaz imediato de regulação de experiências afetivas e situações sociais aversivas. O diferencial deste modelo é justamente tentar integrar achados de diversas outras abordagens, assim o comportamento autolesivo é explicado de forma multicausal. Um adolescente que se autolesiona pode ter influências social (relações proximais inconsistentes) e pessoal (cognições distorcidas) por exemplo, um fator não exclui o outro e ambos podem ser preponderantes para levar à prática do comportamento de fato, assim como reforça-lo (Nock, 2009).

## Diagnóstico, tratamento e prevenção da conduta autolesiva

Não há um teste diagnóstico para detectar autolesão (Parks, 2011) e apesar de haver certo consenso sobre a importância da sua avaliação, medidas fidedignas e válidas são escassas (Borschman, Hogg, Philips, & Moran, 2012; Klonsky & Lewis, 2014; Nock, 2010). De qualquer modo, escalas facilitam que o indivíduo responda com veracidade, visto serem em sua maioria autoaplicáveis, dando ao indivíduo sensação de maior privacidade.

Não existe um tratamento específico para o comportamento autolesivo, um programa geralmente é adaptado às necessidades individuais de cada paciente usualmente envolvendo terapia (Parks, 2011), sendo que a terapia cognitivo comportamental parece ser a abordagem mais utilizada, combinando intervenções com vistas a adaptar as distorções cognitivas e substituir os comportamentos pouco adaptativos por alternativas saudáveis (Peat, 2014). Em relação ao tratamento farmacológico, existe pouca evidência empírica e os medicamentos são utilizados para o tratamento de sintomas ou transtornos comórbidos (Plener & Schulze, 2014).

Em relação à prevenção, ao que parece só existe um programa empiricamente testado, o Sinais de Autoinjúria ou SOSI (tradução de *Signs Of Self-Injury*) (Muehlenkamp, Walsh, & McDade, 2010). Ele foi proposto para o âmbito escolar e direcionado aos estudantes, executado por meio da técnica ACT (*Acknowledge, Care, Tell*; Reconhecer, cuidar, contar, em tradução livre). O SOSI foi projetado para aumentar o conhecimento e diminuir autoinjúria, além de aumentar comportamentos de busca de ajuda e melhorar a capacidade dos indivíduos de responder eficazmente ao engajamento no comportamento (ver Muehlenkamp et al., 2010).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante entender que quando indivíduos deliberadamente se autolesionam, existe uma ampla gama de fatores envolvidos. Alguns desses indivíduos tem histórico de abuso e/ou negligência parental ou algum outro tipo de evento traumático ocorrido durante a infância. Outros possuem transtornos ou síndromes comórbidas, sendo a conduta autolesiva considerada um sintoma de tais patologias. Considera-se associado ao comportamento autolesivo também o período do ciclo vital (na adolescência o comportamento emerge e é mais frequente, intenso e grave), distorções cognitivas, funções emocionais e atuações contextuais. De forma geral, todos esses fatores merecem ser mais bem investigados,

especialmente em estudos a partir de amostras brasileiras, uma vez que o tema ainda é notoriamente escasso na literatura científica nacional.

Apesar de haver evidências empíricas que a autolesão é um mecanismo de enfrentamento que, mesmo sendo desadaptativo, consegue deslocar o foco do evento estressor, o alívio é momentâneo e a busca de mais alívio reforça o comportamento prejudicial. Assim, entender os mecanismos envolvidos nesse processo auxiliaria na construção de modelos psicológicos de intervenção e prevenção focados em esclarecer que tal comportamento é uma “válvula de escape” de curto prazo e que existem hábitos adaptativos que poderiam substituir a autolesão. Além disso, considerando-se a alta prevalência do comportamento autolesivo na adolescência e suas consequências, e que comportamentos ocorridos nesta faixa etária podem estender-se à vida adulta, estudar a autolesão em adolescentes fomenta estratégias de intervenção e prevenção mais eficazes.

## REFERÊNCIAS

- Borges, V. R., & Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 13 e 19 anos. *Psicologia Saúde e Doenças*, 7, 195-209.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Borschman, R., Hogg, J., Philips, R., & Moran, P. (2012). Measuring self-harm in adults: A systematic review. *European Psychiatry*, 27, 176-180. doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.04.005.
- Brickman, L. J., Ammerman, B. A., Look, A. E., Berman, M. E., & McCloskey, M. S. (2014). The relationship between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder symptoms in a college sample. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation* 1(14), 1-8. doi: 10.1186/2051-6673-1-14.
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 609-620. doi: 10.1037/h0080369.
- Caldas, M. T., Arcoverde, R. L., Santos, T. F., Lima, M. S., Macedo, L. E. M. L., & Lima, M. C. Conduas autolesivas entre detentas da Colônia Penal Feminina do Recife. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 575-582.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of self-harm: the experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 371-394. doi: 10.1016/j.brat.2005.03.005.

- Cheung, Y. T., Wong, P. W. C., Lee, A. M., Lam, T. H., Fan, Y. S. S., & Yip, P. S. F. (2013). Non-suicidal self-injury and suicidal behavior: Prevalence, co-occurrence and correlates of suicide among adolescents in Hong Kong. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 1133-1144. doi: 10.1007/s00127-012-0640-4.
- Completo, J. M. P. S. (2014). *A influência das funções intrapessoais e interpessoais na auto-injúria não suicida e na ideação suicida* (Dissertação de mestrado). ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal.
- Dennis, M. S., Wakefield, P., Molloy, C., Andrews, H., & Friedman, T. (2007). A study of self-harm in older people: Mental disorder, social factors and motives. *Aging and Mental Health*, 11, 520-525. doi: 10.1080/13607860601086611.
- Favazza, A. R. (1989). Why patients mutilate themselves. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 137-145.
- Favazza, N., & Page, S. (2009). Personality style and impulsivity as determinant of suicidal subgroups. *Archives of Suicide Research*, 13, 31-45.
- Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 253-263. doi: 10.1016/S0005-7894(82)80015-4.
- 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. doi: 10.1016/j.rpsp.201305.001.
- Hall, S., Oliver, C., & Murphy, G. (2001). Self-injurious behavior in young children with Lesch-Nyhan Syndrome. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 43, 745-749.
- Heath, N., Toste, J., & Beettam, E. (2006). "I am not well-equipped": High school teachers' perceptions of self-injury. *Canadian Journal of School Psychology*, 21, 73-92. doi: 10.1177/0829573506298471.
- Jacobson, C. M., & Batejan, K. (2014). Comprehensive theoretical models of nonsuicidal self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *The Oxford handbook of suicide and self-injury* (pp. 308-320). New York: Oxford University Press.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Borges, G., Nock, M. K., & Wang, P. S. (2005). Trends in suicide ideation, plans, gestures and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *Journal of the American Medical Association*, 293, 2487-2495. doi: 10.1001/jama.293.20.2487.
- Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: Prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*, 41, 1981-1986. doi: 10.1017/S0033291710002497.
- Klonsky, E. D., & Lewis, S. P. (2014). Assessment of Nonsuicidal Self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *The Oxford handbook of suicide and self-injury* (pp. 337-351). New York: Oxford University Press.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37, 1183-1192. doi: 10.1017/S003329170700027X.
- Madge, N., Hewitt, A., Keith, H., Jan de Wilde, E., Corcoran, P., Fekete, S., Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: Comparative findings from the Child Adolescent Self-Harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(6), 667-677. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x.
- Mathews, C. A., Waller, J., Glidden, D. V., Lowe, T. L., Herrera, L. D., Budman, C. L., Reus, V. I. (2004). Self-injurious behavior in Tourette Syndrome: Correlates with impulsivity and impulse control. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 75, 1149-1155. doi: 10.1136/jnnp.2003.020693.
- Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R., & Ford, T. (2001). *Children and adolescents who try to harm, hurt or kill themselves: A report of further analysis from the national survey of the mental health of children and adolescents in Great Britain in 1999*. London, UK: Office for National Statistics.
- Miller, D. N., & Brock, S. E. (2010). Prevalence and associated conditions. In S. E. Brock & S. R. Jimerson (Eds.), *Identifying, Assessing and Treating self-injury at school* (pp. 23-34). New York: Springer.
- Minshawi, N. F., Hurwitz, S., Fodstad, J. C., Biebl, S., Morriss, D. H., & McDougle, C. J. (2014). The association between self-injurious behaviors and autism spectrum disorders. *Psychology Research and Behavior Management*, 7, 125-136. doi: 10.2147/PRBM.S44635.
- Muehlenkamp, J. J., & Brausch, A. M. (2012). Body regard and non-suicidal self-injury in adolescents. *Journal of Adolescence*, 35, 1-9.
- 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), 1-9.
- Muehlenkamp, J. J., Walsh, B. W., & McDade, M. (2010). Preventing non-suicidal self-injury in adolescents: The Signs of Self-Injury Program. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 306-314. doi: 10.1007/s10964-009-9450-8.
- Nixon, M. K., Cloutier, P. F., & Aggarwal, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1333-1341. doi: 10.1097/00004583-200211000-00015.
- Nixon, M. K., & Heath, N. L. (2009). Introduction to non-suicidal self-injury in adolescents. In M. K. Nixon & N. L. Heath (Eds.), *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention* (pp. 1-6). New York: Routledge.
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 78-83. doi: 10.1111/j.1467-8721-2009.01613.x.
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339-363. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258.
- Nock, M. K., & Mendes, W. B. (2008). Psychological arousal, distress tolerance, and social problem solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 28-38. doi: 10.1037/0022-006X.76.1.28.
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 885-890. doi: 10.1037/0022-006X.72.5.885.
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 140-146. doi: 10.1037/0021-843X.114.1.140.
- Nock, M. K., Wedig, M. M., Holmberg, E. B., & Hooley, J. M. (2008). The Emotion Reactivity Scale: Development, evaluation, and relation to self-injurious thoughts and behaviors. *Behavior Therapy*, 39, 107-116. doi: 10.1016/j.beth.2007.05.005.
- O'Connor, R. C., Armitage, C. J., & Gray, L. (2006). The role of clinical and social cognitive variables in parasuicide. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 465-481. doi: 10.1348/014466505X82315.
- Parks, P. J. (2011). *Self-injury Disorder*. San Diego, California: Reference Point Press.
- Peat, C. M. (2014). Cognitive-Behavioral Therapy. In L. Claes & J. J. Muehlenkamp (Eds.), *Non-suicidal self-injury in eating disorders* (pp. 105-125). New York: Springer.
- Plener, P. L. & Schulze, U. M. (2014). Pharmacological treatment of non-suicidal self-injury and eating disorders. In L. Claes & J. J. Muehlenkamp (Eds.), *Non-suicidal self-injury in eating disorders* (pp. 197-214). New York: Springer.
- Prinstein, M. J., Boegers, J., & Spirito, A. (2001). Adolescents' and their friends' health-risk behavior: Factors that alter or add to peer influence. *Journal of Pediatric Psychology*, 26, 287-298. doi: 10.1093/jpepsy/26.5.287.
- Rodham, K., & Hawton, K. (2009). Epidemiology and phenomenology of nonsuicidal self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding non-suicidal self-injury: Origins, assessment and treatment* (pp. 37-62). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rodham, K., Hawton, K., & Evans, E. (2004). Reasons for deliberate self-harm: Comparison of self-poisoners and selfcutters in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 80-87. doi: 10.1097/01.chi.0000096627.64367.74.
- Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista*, 20(2), v-vi. doi: 10.1590/S0103-21002007000200001.
- 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, 66-77.
- Sapienza, G., & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 209-216.
- Selby, E. A., Anestis, M. D., & Joiner, T. E. (2008). Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation: Emotional cascades. *Behavior Research and Therapy*, 6, 593-611. doi: 10.1016/j.brat.2008.02.002.
- Shaffer, D., & Kipp, K. (2007). *Developmental psychology: childhood and adolescence*. Belmont: Wadsworth.
- Silva, E. P. Q., & Santos, S. P. (2015). Práticas de ensino, pesquisa e extensão no âmbito do GPECS: Problematizando corpos, gêneros, sexualidades e educação escolar. *Educação e Políticas em Debate*, 4(2). Recuperado de <http://www.seer.ufu.br/index.php/revistaeducaopoliticas/article/view/34555/18311>.
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18, 531-554.
- Teixeira, A. M. F., & Luis, M. A. V. (1997). Suicídio, lesões e envenenamento: Um estudo epidemiológico. *Revista Latino Americana de Enfermagem* 5, 31-36.

- Walsh, B. W. (2006). *Treating self-injury: A practical guide*. New York: Guilford Press.
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Purington, A., Eckenrode, J., Barreira, P., Baral-Abrahms, G., ... Knox, K. (2011). Non-suicidal self-injury in a college population: General trends and sex differences. *Journal of American College Health*, 59(8), 691-698. doi: 10.1080/07448481.2010.529626.
- Whitlock, J., & Selekman, M. D. (2014). Nonsuicidal self-injury across the life span. In M. K. Nock (Ed.), *The Oxford handbook of suicide and self-injury* (pp. 47-58). New York: Oxford University Press.
- Zetterqvist, M., Lundh, L. G., Dahlström Ö., & Svedin, C. G. (2013). Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample

of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(5), 759-773. doi:10.1007/s10802-013-9712-5.

**Endereço para correspondência:**

Luana Cristina Silva Santos  
Campus Prof. João Cardoso Nascimento – UFS  
Rua Cláudio Batista, s/n  
CEP: 49060-108 – Cidade Nova, Aracaju/SE  
Contato: +55 79 2105-1700  
E-mail: luusilva\_psy@hotmail.com

Recebido em 10/02/2017

Aceito em 20/04/2017