

UM COMPORTAMENTO, MÚLTIPLAS FUNÇÕES

A propósito de um caso clínico

C. Vieira da Costa¹
S. Sousa Ticoló¹
M. Costa de Sousa²
S. Henriques²
C. Cordovil²
T. Goldschmidt³

RESUMO

Os comportamentos autolesivos (CAL) têm sido um motivo crescente de ida ao Serviço de Urgência e de pedido de consulta de Pedopsiquiatria. É sabido que a sua prevalência tem aumentado nos últimos dez anos. Existem modelos que procuram explicar as funções dos CAL na adolescência, contextualizando-os na atualidade e nas problemáticas que hoje dominam a vida dos adolescentes. Este trabalho tem como objetivo a apresentação e análise de um modelo explicativo das funções dos comportamentos autolesivos na adolescência (Jill M. Hooley, 2017), com foco na sua função unificadora de grupo e como elemento de identidade grupal. Tomando como ponto de partida uma vinheta clínica de um adolescente de 15 anos, referenciado à consulta de psiquiatria da adolescência por um quadro clínico de tristeza, episódios de CAL e verbalização de ideias de morte, procedeu-se a uma revisão bibliográfica sobre os CAL na adolescência, com particular enfoque na sua contribuição para a afiliação grupal. Estudos sobre as motivações subjacentes a surtos de CAL em escolas demonstraram que alguns adolescentes iniciam estes comportamentos para afirmar ou aumentar a sua ligação a um grupo de pares. A vinheta clínica descrita enquadra-se nesta realidade. O jovem em análise, na procura de uma autoimagem positiva, idêntica à do grupo ao qual se tinha recentemente aproximado, iniciou comportamentos autodestrutivos que passavam pelo consumo de substâncias, cortes nos antebraços e simulações de

¹ Médica interna de Pedopsiquiatria, Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência, Departamento de Pediatria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

² Médica especialista em Pedopsiquiatria, Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência, Departamento de Pediatria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

³ Assistente graduada em Pedopsiquiatria e diretora do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência, Departamento de Pediatria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

asfixia. Foi importante, no acompanhamento terapêutico do adolescente, identificar o percurso que culminou nos comportamentos autolesivos e reforçar a sua identidade própria, distinta da dos pares.

Palavras-chave: Comportamentos autolesivos, Adolescência, Afiliação grupal.

INTRODUÇÃO

Os comportamentos autolesivos correspondem a um ato no qual um indivíduo de forma deliberada provoca uma lesão no próprio corpo, sem, no entanto, haver uma intenção suicida com esse ato. Podem envolver comportamentos de diferentes ordens, sendo os mais frequentes os cortes, as queimaduras ou a ingestão de uma substância lesiva ou numa dose superior à recomendada, com um propósito autoagressivo¹.

A prevalência de CAL na infância e adolescência tem variado ao longo dos anos. De acordo com a *International Society for the Study of Self-Injury*, a prevalência e incidência de CAL em adolescentes aumentou em todo o mundo nas últimas décadas². Também a *Centers for Disease Control and Prevention* relatou um aumento de 50% de admissões no SU por CAL entre 2010 e 2016³. Em Portugal, têm-se desenvolvido estudos que procuram documentar a realidade nacional⁴. O *Health Behavior in School-aged Children (HBSC)*⁵, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde, é um estudo que analisa os comportamentos dos adolescentes nos vários contextos da sua vida e o impacto na sua saúde e bem-estar. O HBSC português de 2018 incluiu 8215 alunos, de 42 agrupamentos e 476 turmas aleatoriamente selecionados, com uma média de idades de 14,36 anos⁶. Demonstrou-se que 18% relataram ter tido comportamentos autolesivos, dos quais mais de um terço relatou ter realizado o comportamento 2 a 3 vezes e mais de um quinto dos adolescentes mencionou tê-lo feito 4 vezes ou mais⁶.

A literatura tem sido pouco consistente relativamente à diferença de prevalência de CAL entre géneros, com estudos a documentarem uma maior prevalência em jovens do género feminino e outros não mostrando uma diferença significativa⁷. Existem dados que apontam para uma diferença no tipo de método utilizado, sendo os cortes mais frequentes em populações do género feminino e os socos (na parede ou no chão) mais característicos de populações do género masculino⁷.

Desde que foram incluídos no DSM-5 como critério de diagnóstico de perturbação estado-limite (*borderline*) de personalidade, os comportamentos autolesivos têm sido encarados na clínica apenas como um sintoma deste

distúrbio de personalidade⁸. Estudos recentes contradizem esta ideia, mostrando que os CAL estão associados a diferentes perturbações internalizantes e externalizantes, e podem ocorrer na ausência de doença psiquiátrica. Em populações clínicas, a literatura aponta para a não existência de uma diferença significativa entre o risco de CAL em doenças psiquiátricas, sugerindo que estes comportamentos representam um fenómeno transdiagnóstico⁹. Concordante com estes dados, uma meta-análise conduzida em 2015 por Bentley e colaboradores procurou uma associação entre o fenómeno CAL e diferentes grupos psicopatológicos, tendo analisado um total de 56 estudos⁹. Nesta meta-análise, apurou-se uma prevalência superior de CAL em adolescentes com perturbações emocionais, onde se incluíram Perturbações do Humor, Perturbações de Ansiedade, Perturbação Pós Stress Traumático e Perturbação de Pânico. Ainda que se tenham encontrado ligeiras diferenças de prevalência em diferentes entidades clínicas, os autores concluíram não existir uma diferença estatisticamente significativa para a prevalência de CAL nos diferentes grupos de doença.

A última versão do DSM propôs, na secção III do manual, um conjunto de entidades clínicas para as quais se encoraja um estudo futuro. Uma das condições propostas é a *Autolesão Não Suicida*, com critérios de inclusão e exclusão, dados sobre o desenvolvimento, curso, fatores de risco e de prognóstico, bem como hipóteses de diagnóstico diferencial. A inclusão nesta secção do DSM pode significar o isolamento da patologia enquanto entidade autónoma no futuro, evidenciando assim a sua relevância clínica por um lado e por outro a necessidade de se encontrar uma posição científica consensual relativamente à forma como são abordados estes comportamentos. De facto, tem-se argumentado na literatura a necessidade de se encontrar uma linguagem universal, consensual a nível internacional, para se nomear os CAL. A criação de uma categoria estritamente definida no DSM poderá contribuir para tal, facilitando a monitorização da prevalência dos CAL, promovendo iniciativas de investigação para um melhor entendimento das autoagressões e melhorando a abordagem terapêutica aos doentes¹⁰.

MODELOS EXPLICATIVOS

Os comportamentos autolesivos são fenómenos complexos, com relação estabelecida com múltiplos fatores de risco, precipitantes e de manutenção. Não dependem normalmente de uma única causa, constituindo-se antes como resultado final de interações entre fatores genéticos, biológicos, psicológicos,

sociais e culturais. Dada a complexidade e a prevalência crescente, têm-se desenvolvido modelos teóricos que procuram explicar as funções psíquicas assumidas pelos CAL.

Karen L. Suyemoto (1998)¹¹ reuniu seis modelos funcionais dos comportamentos autolesivos. Encontrou o modelo ambiental, o modelo antissuicida, o modelo sexual, o modelo de regulação de afetos, o modelo de dissociação e o modelo de limites. Esta revisão da literatura e reflexão da autora serviram como mote para a criação posterior de outros modelos explicativos, com implicações na abordagem terapêutica¹¹.

Nock and Prinstein (2004)¹² propuseram uma teoria assente em 4 funções distintas – *Four-Function Model (FFM)* – na qual as funções dos CAL são categorizadas segundo dois sistemas dicotômicos: A) reforço positivo (implica a continuação do comportamento para manutenção de uma sensação positiva ou aquisição de algo secundário positivo) ou reforço negativo (implica a manutenção do comportamento para remover algo de negativo); e B) intrapessoal (automático) ou interpessoal (social). O *Four-Function Model* tem sido amplamente estudado e aplicado em populações clínicas, com bons resultados na implementação de estratégias terapêuticas direcionadas para a função avaliada em cada caso¹³.

Klonsky (2007) trouxe um modelo mais extenso, baseado em dados colhidos junto de adolescentes com CAL. Este modelo evidencia sete funções dos comportamentos autolesivos: alívio emocional, autopunição, antidissociação, influências interpessoais, afiliação grupal, *sensation seeking* e criação de limites interpessoais¹⁴.

Jim Hooley (2017)⁸ propõe uma abordagem inovadora, partindo de duas questões que pretende ver respondidas – *Porque é que os CAL são considerados um comportamento útil para tantas pessoas* e *O que separa as pessoas que se envolvem em CAL das pessoas que não o fazem*.

A resposta a estas duas questões parte de uma revisão bibliográfica em literatura científica. Concordante com investigações prévias sobre as funções afetivas e sociais dos CAL^{9,12}, é colocada a hipótese de que existem fatores que atraem as pessoas a envolverem-se em CAL – consideram esses os *Benefícios dos CAL*. Hooley propõe que esses benefícios transformam os CAL num comportamento útil para quem os pratica. É igualmente levantada a hipótese de que existem outros fatores que naturalmente dissuadem a maioria das pessoas – considerando estas as *Barreiras dos CAL*. Partindo desta formulação é proposto um modelo de *Benefícios e Barreiras*, assente nos pressupostos: (a) Os CAL têm o potencial de fornecer uma gama de benefícios para quase todos os que os praticam, mas que; (b) A maioria das pessoas não tem acesso a esses benefícios

por fatores fisiológicos, psicológicos e sociais. A utilização do termo *benefício* neste artigo não significa que se considera o CAL um comportamento benéfico. Embora possa trazer benefícios afetivos e secundários, é um comportamento com custos físicos e psicológicos consideráveis.

De seguida, apresenta-se uma vinheta clínica de um caso acompanhado em consulta de pedopsiquiatria. O caso será analisado à luz do modelo proposto por Hooley⁸, servindo como ponto de partida para uma pesquisa bibliográfica e análise sobre as funções psíquicas dos CAL.

VINHETA CLÍNICA

Adolescente de 15 anos de idade, género masculino, recorreu a consulta de psiquiatria do adolescente, encaminhado pelo Serviço de Urgência. Apresentava um quadro clínico com cerca de 1 ano de evolução, caracterizado por alterações do comportamento em contexto escolar, incumprimento de regras, comportamentos opositivos e atitude de desafio dirigida exclusivamente aos professores. Três meses antes da primeira consulta, observou-se um agravamento do quadro anterior, adquirindo um humor depressivo, isolamento em relação à família e episódios de irritabilidade de intensidade desproporcional ao desencadeante, apenas em contexto familiar. A par com o agravamento da sintomatologia, houve uma diminuição do investimento escolar e do rendimento e o início de episódios de consumo de álcool, tabaco e canabinóides em contexto social que aumentaram de frequência ao longo do tempo. Iniciou comportamentos autolesivos – cortes no antebraço e um episódio de *asfixia com a corrente que usa ao pescoço, com cianose facial*, segundo informação fornecida pela mãe, que motivou a ida ao Serviço de Urgência. Estes comportamentos tinham habitualmente um carácter impulsivo, ocorriam em situação de frustração e por vezes sem desencadeante aparente. À data da primeira consulta, o jovem encontrava-se a cumprir terapêutica com Quetiapina 50mg, prescrita no Serviço de Urgência.

Na entrevista com a família, a mãe relacionou o quadro apresentado à aproximação do filho a um grupo de pares da escola que frequentava. Descreveu o grupo como usando roupa preta, com membros com consumo conhecido de álcool e de canabinóides, havendo uma cultura gótica/*emo* vivida em contexto grupal. Referiu ainda que alguns membros do grupo tinham patologia psiquiátrica e comportamentos autolesivos conhecidos. Descreveu a personalidade prévia do filho como muito variável ao longo do seu desenvol-

vimento, sendo permeável ao grupo de pares a quem se associa. Descreveu ainda dificuldades nas interações sociais desde a infância e uma propensão para identificação com os amigos a que se vai aproximando. Do ponto de vista familiar foi referido um afastamento relacional progressivo, com isolamento no quarto e irritabilidade no contacto com os pais.

À observação na primeira consulta, o jovem aparentou uma idade superior à idade real. Apresentou uma postura calma, um contacto sintónico, estabeleceu uma relação adequada e aderiu à entrevista de forma natural. O seu discurso, inicialmente provocado, foi-se tornando progressivamente mais fluido. Apresentou um humor eutímico, com uma expressão de afetos algo discordante do conteúdo do seu discurso, demonstrando um aplanamento/indiferença afetiva ao abordar temáticas potencialmente difíceis. Referiu sentimentos de desesperança, verbalizou pensamentos sobre a morte, sem, no entanto, existir uma ideação suicida estruturada. Não se apuraram alterações da forma, da posse e do conteúdo do pensamento nem alterações da esfera sensorio-perceptiva. Referiu ter-se integrado num grupo de pares constituído por jovens com perturbações do humor e comportamentos autolesivos: *“Há dois que também se cortam, há um que tem uma depressão e outro é alcoólico”*. Neste contexto, comentou que um dos amigos consome bebidas brancas e que esse amigo o influencia nesse sentido. Acrescentou que no grupo se sente integrado e que finalmente encontrou um “espaço onde pode sentir-se aceite pelo que é, e não tem de fingir ser o que não é”. Iniciou CAL com intenção de “alívio do que estava a sentir”, sem, no entanto, especificar sentimentos ou pensamentos associados aos momentos dos CAL. Acrescentou que partilhava com os pares estes episódios, sentindo-se compreendido e apoiado por estes. Foram negadas alterações do padrão do sono ou do apetite. Apresentou crítica para os sintomas e para a necessidade de tratamento e aderiu ao plano terapêutico proposto.

A impressão clínica obtida depois da primeira consulta apontava para um conjunto de comportamentos de risco em contexto de grupo, associado a traços de impulsividade, com impacto no funcionamento escolar e familiar. Não reuniu critérios para o diagnóstico de uma perturbação psiquiátrica de acordo com os manuais DSM5 ou CID10.

Ao longo do acompanhamento do adolescente foi importante identificar o percurso individual que culminou nos comportamentos autolesivos. O jovem em análise reconheceu que, na procura de uma autoimagem positiva, idêntica à do grupo ao qual se tinha recentemente aproximado, iniciou múltiplos comportamentos autodestrutivos. Foi importante reforçar a sua identidade própria, distinta das dos pares que iniciaram as autolesões e que tinham um papel de líderes no grupo em questão.

DISCUSSÃO

Os quadros clínicos acompanhados em consulta de pedopsiquiatria assumem diferentes formas, construindo-se a partir de diversas realidades (de personalidade, de contexto social, familiar e biológico). Os CAL são um sintoma que frequentemente motiva o pedido de consulta para adolescentes, sendo claro para o clínico que estes comportamentos se inscrevem em situações clínicas de gravidade variada. Os modelos explicativos desenvolvidos apontam para a multiplicidade de funções que os CAL podem assumir, sendo úteis na formulação de hipóteses clínicas e fornecendo informação sobre áreas de disfunção e possíveis alvos terapêuticos.

Na vinheta clínica aqui apresentada, aplicando o modelo proposto por Hooley⁸, identificam-se fatores de risco individuais do jovem que o colocam numa posição de, por um lado beneficiar dos efeitos dos CAL e de, por outro, não ser sensível às barreiras aos CAL. Neste caso em particular, exploram-se os *Benefícios dos CAL – afiliação grupal, identidade individual e de grupo e idioma grupal*. São abordados ainda aspetos da *fase de desenvolvimento* e da *personalidade* do jovem, como fatores com impacto no quadro clínico apresentado.

CAL para afiliação grupal, como característica identitária e como idioma de grupo

No caso em estudo, foi possível ao longo do acompanhamento perceber a contribuição da adesão a um novo grupo de pares para os episódios de comportamentos autolesivos que motivaram o início do seguimento. Explorando a história pregressa em consulta, o jovem reconheceu ter tido sempre alguma dificuldade em isolar o seu comportamento e pensamento do grupo a que ia pertencendo. Foi ainda possível apurar alguma insegurança na relação com os pares e uma leitura negativa das relações prévias. Ao aproximar-se de um grupo com elementos com comportamentos autolesivos, absentismo escolar e consumos de substâncias, estes passaram a ser integrados por si, tornando-se comportamentos seus.

No seu modelo, Hooley aponta a *afiliação grupal* como um dos benefícios conferidos pelos CAL (*Benefit 3: NSSI provides peer group affiliation*). Em adolescentes menos seguros ou com personalidades mais vulneráveis, o início de CAL pode servir como forma de aumentar ou afirmar a sua ligação a um grupo. Desta forma, se no grupo de pares desejado/idealizado houver elementos com gestos autolesivos, o adolescente vulnerável pode iniciar CAL para

afirmar, melhorar ou manter a sua ligação ao grupo. De uma forma semelhante, se admirar uma pessoa do grupo com CAL, na procura de uma *autoimagem positiva*, o adolescente reproduz o comportamento. A função, neste caso, é a sensação de elevação do seu *status*, ao aderir ao comportamento valorizado.

O *desejo de comunicar* num grupo onde os CAL funcionem como idioma ou como forma de expressão do grupo, induz a sua utilização como forma de comunicação validada e compreendida pelos pares.

A apoiar estes dados, existem estudos que demonstraram que, em comparação com adolescentes sem história prévia de CAL, os adolescentes com CAL relataram conhecer mais pessoas com estes comportamento¹⁵. Noutra investigação¹⁶, testemunhos de adolescentes apontam como motivação para os CAL a “necessidade de alcançar um sentimento de pertença”, “para se sentir mais parte de um grupo” e “para não se sentir um estranho”. Dados de estudos com desenho longitudinal¹⁷⁻¹⁸ têm confirmado a hipótese da existência de um efeito da socialização com pares com CAL ao longo do tempo.

Cultura adolescente e CAL

Na vinheta apresentada, a mãe referiu que o jovem se aproximou de um grupo com uma cultura gótica/*emo*, tendo identificado os ideais e os comportamentos partilhados pelo grupo como elementos contribuidores para o quadro clínico apresentado. A roupa preta, as correntes e os *piercings* são elementos de expressão exterior/social da cultura, funcionando como marcas que unem o grupo e que afirmam a sua identidade. Está descrito que em alguns grupos com cultura gótica/*emo*, os CAL servem uma função semelhante, fazendo parte de um conjunto de comportamentos a que o adolescente adere para afirmar a sua cultura¹⁹. A literatura tem procurado esta associação. Um estudo conduzido na Alemanha²⁰, em 452 estudantes com 15 anos de idade, procurou perceber a relação entre diferentes culturas juvenis – Alternativa (Gótica, *Emo*, *Punk*), *Nerd* (académico) ou *Jock* (atletico) – e a frequência de comportamentos autolesivos e suicidários, controlando para variáveis como antecedentes pessoais psiquiátricos, *status* socioeconómico e experiência prévia de *bullying*. Os resultados apontaram para uma correlação direta entre identidade “alternativa” e CAL ($r=0,3$) e uma correlação inversa para a identidade atlética ($r>-0,1$). Neste estudo, os adolescentes alternativos (gótico, *emo*, *punk*) apresentaram uma frequência de CAL superior (45,5% vs. 18,8%), repetiram os episódios mais vezes e tiveram 4-8 vezes mais hipóteses de tentar suicídio do que os pares não alternativos. Quando se explorou as razões subjacentes aos CAL relatadas pelos adolescentes, apuraram-se mais razões interpessoais e de

comunicação nos *adolescentes alternativos*, quando comparados com os pares. Está também descrito que o temperamento estereotipado de adolescente gótico – tendências de não-conformidade, maior abertura a experiências novas, valorização do mórbido e uma postura melancólica – predispõe o indivíduo a experimentar novas estratégias de *coping*, onde se inclui a automutilação¹⁹⁻²⁰. Estes dados vêm ao encontro da hipótese de que um dos fatores que possa ter contribuído para os episódios de CAL na vinheta em análise tenha sido a necessidade de aderir a uma cultura partilhada, assumindo o CAL uma função facilitadora desta adesão. Desta forma, os CAL desempenham um papel unificador de elementos que partilham determinados valores, crenças e gostos.

Perfil do adolescente

No caso apresentado é possível identificar outros fatores, individuais do adolescente, que podem ter contribuído para o quadro clínico apresentado e para a sintomatologia aqui analisada em maior detalhe. A literatura descreve que sentimentos de solidão, isolamento e alienação de pares e da sociedade constituem alguns dos fatores de risco mais frequentes em jovens com CAL²¹. Outros fatores individuais como traços de impulsividade²², neuroticismo e introversão estão estatisticamente associados a uma maior predisposição para comportamentos autolesivos, quando comparados com outros traços de personalidade. O jovem em análise apresentava alguns comportamentos com carácter impulsivo e revelava nas relações interpessoais traços de introversão.

Perspetiva de desenvolvimento

De uma perspetiva do desenvolvimento, a adolescência é uma fase caracterizada por movimentos individuais que visam a procura de uma identidade própria e de um conjunto de valores pessoais distintos dos dos pais²³. Pertencer a um grupo de pares desempenha um papel fundamental neste processo, fomentando o desenvolvimento de um sentido de independência, domínio e controlo²⁴. Na vinheta em análise, o jovem encontrava-se numa fase de maior afastamento da família, tendo procurado no grupo de pares elementos que lhe devolviam uma sensação de segurança e de validação existencial, confirmando e alimentando alguns dos processos da adolescência próprios da idade. Estando integrado neste grupo com comportamentos desviantes, rompeu com alguns dos seus padrões comportamentais prévios, dissolvendo-se na trama grupal e adotando parte dos comportamentos do grupo.

FUNÇÃO DOS CAL E IMPLICAÇÕES TERAPÊUTICAS

Compreender a função associada a um comportamento tem implicações para a implementação de um tratamento dirigido, orientando o clínico na direção de intervenções potencialmente mais eficazes¹⁰. Se um adolescente iniciar ou mantiver episódios de CAL com uma função de regulação emocional (por exemplo, reduzir a sensação de raiva), fará sentido que uma das estratégias terapêuticas passe pela elaboração de métodos alternativos de gestão de raiva¹⁰. De uma forma semelhante, se o CAL assumir uma função de comunicação de mal-estar no meio familiar ou no contexto escolar, poderá ser necessária uma abordagem sistêmica ou familiar. Um dos objetivos da intervenção terapêutica passará, então, por encontrar meios alternativos, menos prejudiciais, para cumprir as funções que os CAL assumem na vida do adolescente, capacitando o jovem para os substituir²⁴.

Na vinheta em análise, a intervenção terapêutica passou pela introdução de um fármaco para controlo comportamental, iniciado no Serviço de Urgência, e por uma intervenção individual e familiar. Foi possível, junto do jovem, um reconhecimento do percurso individual que culminou nos comportamentos autolesivos e comportamentos de risco. Dado o impacto do grupo na dimensão comportamental do quadro clínico, foi possível ao longo do processo terapêutico uma atitude crítica do jovem e um abandono de alguns dos comportamentos que passou a sentir como não próprios. Do ponto de vista familiar, houve uma necessidade de mediação da comunicação intrafamiliar para reaproximar o jovem dos pais, não comprometendo os movimentos de autonomia, próprios da adolescência. Esta reaproximação trouxe uma maior compreensão e aceitação mútua, tendo sido possível para o adolescente comunicar de uma forma mais genuína e transparente no seio familiar.

CONCLUSÃO

Os comportamentos autolesivos são um sintoma comportamental, com múltiplos significados clínicos e servindo diferentes funções. Na vinheta apresentada, apurou-se um quadro clínico caracterizado por alterações do comportamento que foram contextualizadas na sua dimensão social, tendo-se explorado o impacto da influência do grupo e a importância da procura de uma autoimagem positiva. Outros fatores individuais (de personalidade e do desenvolvimento) foram identificados como contribuidores para o quadro.

O caso apresentado é representativo de uma realidade particular, minoritária no contexto dos comportamentos autolesivos na adolescência. De facto, a literatura é clara no que diz respeito ao papel do contágio de grupo na iniciação dos CAL, mas este não é o cenário mais prevalente ou mais representativo do que ocorre, hoje em dia, em grupos de adolescentes. Estudos realizados em populações não clínicas (escolas, comunidades) apuraram que a maioria dos episódios de CAL ocorre em privado e não são divulgados²⁵, sugerindo que habitualmente não são realizados com um fim de regulação do ambiente social.

Os casos clínicos em pedopsiquiatria revestem-se de uma complexidade que espelha as diferentes dimensões que operam na emergência da sintomatologia. As especificidades da fase de desenvolvimento, o contexto familiar e social e as dimensões individuais de temperamento e de personalidade em construção conjugam-se de formas mutáveis ao longo do tempo, sendo necessária uma abordagem dinâmica e adaptada a cada caso. A intervenção terapêutica deverá ser igualmente multidimensional, intervindo nas diferentes frentes que contribuem para a construção do quadro clínico.

REFERÊNCIAS

- ¹ Guerreiro, D., & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: Uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa Saúde Pública*, 31, 204-213.
- ² *International Society for the Study of Self-Injury*. Disponível em <https://itriples.org/category/about-self-injury/>
- ³ *Centers for Disease Control and Prevention*. Disponível em <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/emergency-department.htm>
- ⁴ Sampaio, D., & Guerreiro, D. (2014). Comportamentos autolesivos na adolescência. In Pedro Monteiro (Ed.), *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência de Acordo com o DSM-5* (1ª ed., pp. 383-393). Lisboa: LIDEL.
- ⁵ *Health Behavior in School-aged Children*. Disponível em <http://www.hbsc.org/>
- ⁶ Reis, M., Gaspar, S., & Ramiro, L. (2019). Comportamentos autolesivos nos adolescentes: Resultados do estudo HBSC 2018. *Journal of Child and Adolescence Psychology*, 10, 207-217.
- ⁷ Bresin, K., & Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 55-64.
- ⁸ Hooley, J. M., & Franklin, J. C. (2018). Why do people hurt themselves? A new conceptual model of nonsuicidal self-injury. *Clinical Psychological Science*, 6(3), 428-451.

- ⁹ Cassiello-Robbins, C., Vittorio, L., Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2015). The association between nonsuicidal self-injury and the emotional disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 37*, 72-88.
- ¹⁰ Plener, L., & Fegert, M. (2012). Non-suicidal self-injury: state of the art perspective of a proposed new syndrome for DSM V. *Child and adolescent psychiatry and Mental Health, 6*(9).
- ¹¹ Suyemoto, K. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review, 18*, 531-554.
- ¹² Nock, M., & Prinstein, M. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 885-890.
- ¹³ Power, J., Smith, H., & Beaudette, J. (2016). Examining Nock and Prinstein's four-function model with offenders who self-injure. *Personality Disorders, 7*, 309-314.
- ¹⁴ Klonsky, D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review, 27*, 226-239.
- ¹⁵ Claes, L., Houben, A., Vandereycken, W., Bijttebier, P., & Muehlenkamp, J. (2010). Brief report: The association between non-suicidal self-injury, self-concept and acquaintance with self-injurious peers in a sample of adolescents. *Journal of Adolescence, 33*, 775-778.
- ¹⁶ Giletta, M., Burk, J., Scholte, H., Engels, C., & Prinstein, J. (2013). Direct and indirect peer socialization of adolescent nonsuicidal self-injury. *Journal of Research on Adolescence, 23*, 450-463.
- ¹⁷ Prinstein, J., Heilbron, N., Guerry, D., Franklin, C., Rancourt, D., Simon, V., & Spirito, A. (2010). Peer influence and nonsuicidal selfinjury: Longitudinal results in community and clinically-referred adolescent samples. *Journal of Abnormal Child Psychology, 38*, 669-682.
- ¹⁸ Bowes, L., Carnegie, R., Pearson, R., Mars, B., Lucy, B., & Maughan, B. (2015). Risk of depression and self-harm in teenagers identifying with goth subculture: A longitudinal cohort study. *Lancet Psychiatry, 2*(9), 793-800.
- ¹⁹ Young, R., Sproeber, N., Groschwitz, R., Preiss, M., & Plener, P. (2014). Why alternative teenagers self-harm: Exploring the link between non-suicidal self-injury, attempted suicide and adolescent identity. *BMC Psychiatry, 14*, 137.
- ²⁰ Claes, L., & Luyckx, K. (2015). Bullying and victimization, depressive mood, and non-suicidal self-injury in adolescents: The moderating role of parental support. *Journal of Child and Family Studies, 24*, 3363-3371.
- ²¹ Catherine, M., McHugh, R., Lee, S., Hermens, D., Corderoy, A., & Hickie, M. (2019). Impulsivity in the self-harm and suicidal behavior of young people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research, 116*, 51-60.
- ²² Flemming, M. (1988). *Autonomia comportamental na adolescência e percepções das atitudes parentais* (Cap. II – Conceptualizações de Autonomia Adolescente, pp. 29-39). Dissertação de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- ²³ Bentley, K., Nock, M., Barlow, D. (2014). The Four-Function Model of Nonsuicidal Self-Injury: Key Directions for Future Research. *Clinical Psychological Science, 2*(5), 638-656.

- 24 Nock, K., & Mendes, B. (2008). Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 28-38.
- 25 Turner, J., Cobb, J., Gratz, K., & Chapman, L. (2016). The role of interpersonal conflict and perceived social support in nonsuicidal self-injury in daily life. *Journal of Abnormal Psychology, 125*, 588-598.

ABSTRACT

Self-harm behavior has been an increasing motive for Emergency Department recurrence and for child and adolescence mental health (CAMH) consultation request. It is known that its prevalence has increased in the last ten years. There are several models that seek to explain the functions of self-harm in adolescence. This paper aims to present and analyze an explanatory model of the functions of self-harm in adolescence (Jill M. Hooley, 2017), regarding the group affiliation and group identity significance. Focusing on a clinical vignette of a 15-year-old adolescent, referred to the adolescent psychiatry consultation due to symptoms of sadness, with multiple episodes of self-harm behavior and verbalization of ideas of death, a literature review was conducted, with particular focus on the contribution of self-harm to peer affiliation. Studies on the motivations underlying outbreaks of self-harm in schools have shown that some teenagers initiate these behaviors to affirm or increase their attachment to a group of peers. The clinical vignette described fits this reality. The young man under analysis, searching for a positive self-image, identical to that of the group he had recently approached, started multiple self-destructive behaviors that included substance use, cuts on his forearms and asphyxiation simulations. It was important, in the therapeutic follow-up of the adolescent, to identify the path that culminated in self-harm behavior and to reinforce his own identity, different from the peers who started the self-harm and who had a role as leaders in the group.

Key words: Self-harm behavior, Adolescence, Group affiliation.

