



ARTIGO DE REVISÃO NARRATIVA/REVIEW ARTICLE

Comportamentos Autolesivos Não Suicidários na Adolescência e a Perspetiva das Terapias Cognitivo-Comportamentais

Non-Suicidal Self-Injury in Adolescence and Perspective of Cognitive-Behavioral Therapies

✉ MARA PINTO^{1*}, PAULA GOUVEIA¹, CARLA MAIA¹

1. Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM), Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS), Penafiel, Portugal

Resumo

Os comportamentos autolesivos, sejam eles suicidários ou não suicidários, constituem atualmente um incontornável problema de saúde pública, pela sua elevada incidência e impacto. Os comportamentos autolesivos não suicidários são mais comuns na fase da adolescência, mesmo em jovens com um desenvolvimento normativo. A sua prevalência é, contudo, consideravelmente superior na população clínica, com 50% a 60% dos adolescentes com psicopatologia a apresentar episódios únicos ou repetidos de comportamentos autolesivos não suicidários. Estes comportamentos podem associar-se a mais do que uma causa e função, em resultado da interação entre múltiplos fatores de risco e de manutenção, como por exemplo, genéticos, biológicos, psiquiátricos, psicológicos, sociais e culturais. A prevalência significativa de comportamentos autolesivos não suicidários na população clínica e os desafios associados à abordagem destes jovens, seja numa componente de avaliação ou de intervenção, contribuem para a pertinência desta revisão narrativa cujos objetivos são a caracterização destes comportamentos e, por outro lado, a pesquisa de evidência sobre a vertente de avaliação e intervenção na perspetiva das terapias cognitivo-comportamentais.

Abstract

Self-harm, whether suicidal or non-suicidal, is currently an unavoidable public health problem, due to their high incidence and impact. Non-suicidal self-injury is more common in adolescence, including in young people with a normative development. Prevalence rates of non-suicidal self-injury are considerably higher in the clinical population, with 50% to 60% of adolescents with psychopathology reporting one or more episodes of non-suicidal self-injury. These behaviours may be associated with more than one cause and function, as a result of the interaction between multiple risk and maintenance factors, such as genetic, biological, psychiatric, psychological, social and cultural. The high prevalence of non-suicidal self-injury in the clinical population and the challenges associated with approaching these young people, whether in assessment or intervention, contribute to the relevance of this narrative review. Our aims are the characterization of non-suicidal self-injury and the summarization of the evidence about the assessment and intervention from the perspective of cognitive-behavioral therapies.

Palavras-chave: Adolescente; Comportamentos Autolesivos/tratamento; Fatores de Risco; Terapia Cognitivo-Comportamental.

Keywords: Adolescent; Cognitive Behavioral Therapy; Risk Factors; Self-Injurious Behavior/therapy

Recebido/Received: 2022-07-28

Aceite/Accepted: 2023-09-26

Publicado Online/Published Online: 2023-09-30

Publicado/Published: 2023-09-30

* Autor Correspondente/Corresponding Author: Mara Pinto, Rua Rainha Dona Leonor, n.º 122, 2.º Direito, 4590-612 Paços de Ferreira | marapintopedopsiquiatria@gmail.com

© Author(s) (or their employer(s)) and SPPSM Journal 2023. Re-use permitted under CC BY 4.0.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Revista SPPSM 2023. Reutilização permitida de acordo com CC BY 4.0.

INTRODUÇÃO

A adolescência é entendida como uma etapa de desenvolvimento entre a infância e a vida adulta pautada por diversas transformações físicas, psíquicas, afetivas e sociais. Considera-se que existe um conjunto de tarefas do desenvolvimento essenciais para a maturação psicossocial dos jovens, entre as quais a mudança no relacionamento com os pais; a alteração da relação com os colegas e amigos; a definição do amor e da sexualidade. Quando estas tarefas são realizadas com sucesso conduzem à autonomia do jovem em relação à família e à construção de um *self* integrado que levam à formação da identidade que marca o final da adolescência.¹

Devido a todas estas mudanças e desafios, a adolescência é uma altura propensa para o surgimento de dificuldades ao nível emocional e/ou comportamental. A emergência de comportamentos autolesivos na adolescência pode ser um sinalizador desse tipo de dificuldades, sendo muitas vezes apenas a “ponta do iceberg” e, como tal, a exploração integral dos mesmos torna-se necessária. Embora os comportamentos autolesivos não suicidários (CALNS) tendam a ser fenómenos escondidos pelos adolescentes e que normalmente ocorrem quando estes estão sozinhos, não é infrequente serem a causa de recurso aos serviços de urgência de Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Por outro lado, os CALNS também são motivo de encaminhamento para as consultas da referida especialidade médica e, talvez o mais comum, são descobertos incidentalmente em adolescentes acompanhados por outros motivos clínicos, quer em consulta de Psiquiatria da Infância e da Adolescência quer noutras especialidades médicas. A prevalência significativa de CALNS na população clínica e os desafios associados à abordagem destes jovens, seja numa componente de avaliação ou de intervenção, contribuem para a pertinência desta revisão bibliográfica cujos objetivos são a caracterização destes comportamentos e, por outro lado, a pesquisa de evidência sobre a vertente de avaliação e intervenção na perspetiva das terapias cognitivo-comportamentais (TCC).

CARACTERIZAÇÃO

Um CALNS pode ser definido como uma forma de destruição intencional autoinfligida do tecido corporal sem uma aparente ou consciente intenção suicida.^{2,3} Esta definição exclui comportamentos autolesivos indiretos e acidentais (p. ex. abuso de substâncias, perturbações alimentares), comportamentos suicidários, e comportamentos socialmente aceites (p. ex. tatuagens, *piercings*, rituais religiosos).

Os CALNS podem começar na infância, mas tipicamente aparecem entre os 12-16 anos, tendendo a diminuir na fase final da adolescência e na adultícia.^{4,5} Adicionalmente a literatura parece sugerir diferenças de acordo com o género, com maior frequência no feminino e um rácio rapariga/rapaz de 5-6:1 entre os 12 e os 15 anos de idade.⁶

Os métodos de autodano mais reportados pelos adolescentes são os cortes (o mais comum), o bater-se, morder-se, puxar os cabelos para causar dor, atirar-se contra as paredes e/ou para cima de objetos afiados.² As raparigas optam mais frequentemente por métodos que envolvam sangue

(p. ex. cortes). Já nos rapazes está descrito que a maioria apresenta comportamentos que resultem em traumatismos através do envolvimento em lutas ou até mesmo queimaduras autoinfligidas. As áreas do corpo mais afetadas são as mais acessíveis e fáceis de esconder como os braços, pulsos, coxas e abdómen.⁶

Apesar de existirem divergências na comunidade científica quanto à definição deste conceito, vários autores defendem que os CALNS se associam a características sociais, demográficas e clínicas bastante diferentes dos comportamentos suicidários, pelo que, em 2013, foram incluídos na seção III da 5.^a edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5) nas “Condições para Estudos Posteriores” com a designação de “*Nonsuicidal Self-Injury*”.⁷ Outros autores criticam esta visão dicotómica entre comportamentos suicidários e não suicidários, que poderá contribuir para uma subestimação dos riscos associados aos CALNS, e defendem que esses dois conceitos devem ser vistos como parte de um *continuum* de comportamentos autolesivos.²

EPIDEMIOLOGIA

A epidemiologia dos CALNS em adolescentes apresenta grande variação de acordo com o local geográfico, tipo de amostra (comunitária *versus* clínica) e conforme a definição adotada nos estudos. Ainda assim, é inegável que se afiguram um problema global e de elevada prevalência e incidência.⁸

Um dos estudos fundamentais nesta área – CASE (*Child & Adolescent Self-harm in Europe*) – avaliou uma amostra de 30447 adolescentes de vários países, entre os 15 e os 16 anos, em meio escolar.⁹ Verificaram uma prevalência de CALNS no último ano de 8,9% nas raparigas e de 2,6% nos rapazes, sendo que a maioria dos adolescentes ocultava esses atos e cerca de metade tinha comportamentos recorrentes.⁹ Diversos outros trabalhos têm avaliado a prevalência de CALNS em amostras comunitárias de adolescentes, obtendo percentagens até 18%.¹¹ Já se considerarmos amostras de adolescentes com patologia psiquiátrica encontram-se prevalências mais altas, até 60% no caso de episódio único, e cerca de 50% para episódios repetidos.¹¹

Passando ao contexto nacional, o estudo *Health Behaviour in School-aged Children 2010* (HBSC 2010) avaliou uma amostra de 5050 adolescentes com média de idade de 14 anos, tendo 15,6% afirmado “ter-se magoado a si próprio no último ano”, sendo que cerca de metade referiu tê-lo feito nos braços.¹² Verificou-se que estes comportamentos aumentaram de 15,6% para 20,3% no estudo HBSC 2014 (amostra de 3869 adolescentes), sendo mais frequentes nas raparigas e nos jovens do 8.º ano (*versus* 10º ano).¹³ Destes 20,3% com CALNS (equivalente a 662 adolescentes), mais de metade referiu que se sentia triste (59,0%) e farto (52,3%) e também que se encontrava sozinho durante o referido comportamento (75,8%).¹³ Tal como verificado em 2010, cerca de metade fez cortes, maioritariamente nos braços.

Mais recentemente, numa amostra comunitária de 1713 adolescentes entre os 12 e os 20 anos de escolas públicas

da área metropolitana de Lisboa, utilizando metodologia idêntica ao estudo CASE, verificou-se que 7,3% dos adolescentes já tinha apresentado pelo menos um episódio de CAL, 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.¹⁴

FATORES ASSOCIADOS COM CALNS

Atualmente considera-se que os CALNS na adolescência são um resultado final de uma complexa interação entre fatores genéticos, biológicos, psiquiátricos, psicológicos, sociais e culturais. Na Tabela 1, resumem-se vários dos

fatores de risco estabelecidos para CALNS em adolescentes, sendo alguns destes também considerados fatores de risco para suicídio.¹⁻³ Embora a ocorrência de CALNS não seja necessariamente uma manifestação de doença mental, estando sobejamente descritos fenómenos de grupo, contágio e imitação nesta faixa etária, verifica-se que estes adolescentes apresentam maior psicopatologia geral (presente em cerca de 90% dos casos). Para além disso, diversos estudos têm-se dedicado à identificação de fatores de personalidade concomitantes, entre os quais se destacam a emocionalidade (p. ex. dificuldades em lidar, tolerar e modular estados emocionais negativos), autodepreciação, impulsividade e alexitimia.^{15,16}

Tabela 1. Fatores de risco para CALNS em adolescentes.

Fatores de Risco		
Demográficos e socioeducacionais	Género feminino	Baixo nível socioeconómico
	LGBTI	Baixo nível educacional
Famíliares	Conflito familiar	Doença mental parental
	Separação ou divórcio parental	História familiar de comportamentos suicidários
	Morte parental	
Outros eventos de vida negativos	História de abuso físico/ sexual	<i>Bullying</i>
	História de negligência psicológica/ emocional	Outras experiências traumáticas na infância
Psiquiátricos e psicológicos	Doenças mentais, entre as quais depressão, ansiedade, PHDA e PCA	Dificuldades interpessoais, na regulação dos afetos e na resolução de problemas
	Abuso de substâncias	Baixa autoestima
	Impulsividade	Perfeccionismo
	Agressividade	Desesperança
Comportamentos autolesivos	CALNS prévios	História de pensamentos ou tentativas de suicídio
	Exposição a CALNS dos pares	

LGBTI – lésbica, gay, bissexual, trans e intersexo; PCA – perturbações do comportamento alimentar; PHDA – perturbação de hiperatividade e déficit de atenção.

FUNÇÕES DOS CALNS

Vários autores têm vindo a caracterizar os CALNS de acordo com os processos funcionais envolvidos na etiologia e manutenção do problema. Nock e Prinstein, através do estudo de uma amostra de adolescentes em internamento psiquiátrico, propuseram um modelo de quatro funções do auto-dano, com duas funções de reforço automático e duas de reforço social. As funções de reforço automático negativo, isto é, a realização de CALNS como forma de diminuir sentimentos de angústia, tensão, ou outros estados afetivos negativos (p. ex. “parar de ter sentimentos maus”), são as mais frequentemente referidas pelos jovens. Por outro lado, as funções de reforço automático positivo relacionam-se com a procura de um estado fisiológico desejável com o CALNS (p. ex. “para sentir alguma coisa, mesmo que seja dor”). Assim, nesta perspetiva intrapessoal, os CALNS

têm como objetivo a regulação/modificação de experiências emocionais ou fisiológicas, seja para as remover ou até para as criar.¹⁷ Focando na componente interpessoal, as funções de reforço social negativo implicam que o jovem use os CALNS para escapar a interações sociais indesejáveis (p. ex. evitar a punição dos outros ou evitar fazer algo desagradável). O inverso ocorre na função de reforço social positivo em que o adolescente tem como objetivo chamar a atenção dos outros ou obter algum ganho (p. ex. obter a reação de alguém mesmo que seja negativa). Portanto, também de um ponto de vista interpessoal, os CALNS têm como objetivo a regulação/ modificação, mas aqui a um nível externo (ambiente social).¹⁷

Também Klonsky, num trabalho publicado em 2007, se dedicou a este estudo, identificando sete funções dos CALNS, descritas de forma sumária no Tabela 2.¹⁶

Tabela 2. Funções dos CALNS examinadas por Klonsky (2007).¹⁶

Funções dos CALNS	
Regulação do Afeto	Para aliviar o afeto negativo agudo ou a ativação afetiva aversiva
Anti-Dissociação	Para terminar a experiência de despersonalização ou dissociação
Anti-Suicídio	Para substituir, comprometer-se com, ou evitar o impulso de cometer suicídio
Limites Interpessoais	Para afirmar a sua autonomia, ou a distinção entre o eu e o outro
Influência Interpessoal	Para solicitar ajuda ou manipular os outros
Auto-Punição	Para diminuir (criticar) ou expressar raiva dirigida a si próprio
Procura de Sensações	Para gerar satisfação ou excitação

LGBTI – lésbica, gay, bissexual, trans e intersexo; PCA – perturbações do comportamento alimentar; PHDA – perturbação de hiperatividade e déficit de atenção.

CURSO E PROGNÓSTICO

Tendo em conta a elevada heterogeneidade na população com CALNS (p. ex. métodos usados, gravidade, recorrência; coocorrência de psicopatologia; fatores biopsicossociais), o curso e prognóstico são variáveis. O maior preditor de ocorrência de CALNS no futuro é a existência de episódios prévios.¹⁸ A evolução destes comportamentos pode ser particularmente afetada pela gravidade e cronicidade da história de CALNS e pela presença de determinados traços de personalidade, como, por exemplo, um funcionamento *borderline* de personalidade.³

AVALIAÇÃO

O processo de avaliação do adolescente com CALNS, independentemente do contexto em que surge, deve ter em conta algumas especificidades. Naturalmente, num contexto de urgência pediátrica, os focos principais são a abordagem médico-cirúrgica da lesão, se tal se justificar, e a orientação para uma avaliação psiquiátrica (em contexto de urgência, consulta de crise ou consulta programada), da qual pode resultar a proposta de um plano psicoterapêutico e/ou psicofarmacológico.²

Nesta seção, pretende-se abordar a perspetiva da avaliação de acordo com o modelo terapêutico cognitivo-comportamental. Este modelo enfatiza que a postura do terapeuta deverá ser pautada por uma “curiosidade respeitosa”, sem tonalidade crítica, punitiva ou depreciativa, nem de suporte excessivo (o que, inadvertidamente, poderá funcionar como reforço do comportamento).^{19,20} A avaliação funcional deve envolver a recolha detalhada de informação, com foco particular nas seguintes áreas:

- As condições de início e evolução dos CALNS^{19,21};
- Gravidade e cronicidade dos comportamentos^{19,20,22};
- Presença de ideação suicida e traços desadaptativos da personalidade^{19,21};
- Acontecimentos de vida negativos e positivos recentes e passados^{19,21};
- Antecedentes pessoais psiquiátricos^{19,22};
- Forma como o adolescente se avalia bem como as suas atitudes em relação ao sucesso e realização pessoal^{19,20};

- Natureza das suas relações interpessoais e atitudes em relação à família e outras pessoas.^{19,20}

Considerando a tríade cognição, emoção e comportamento, e sendo o comportamento-problema provavelmente mais fácil de identificar para o jovem, torna-se essencial a exploração dos fatores contextuais (p. ex. ambientais, cognitivos, afetivos e biológicos).^{19,20} Focando na cognição, é de destacar a necessidade de investigar os pensamentos automáticos antes, durante e após os CALNS.²⁰ Já no que concerne à emoção, é expectável que intensas e marcadas emoções negativas ocorram antes (p. ex. raiva auto e heterodirigida, ansiedade, tristeza, frustração, vergonha, desesperança, solidão) e após o CALNS (p. ex. calma, alívio, satisfação, vergonha e culpa).²⁰ Finalmente, nos fatores biológicos, devem ser explorados o consumo de substâncias, insónia, fadiga, ou até sintomas pré-menstruais.^{19,20} É também imprescindível avaliar o risco suicidário e, para tal, devem ser explorados não só os pensamentos suicidas antes e após os CALNS (conteúdo, frequência e intensidade), mas também as características que possam estar mais associadas a ideação suicida (método, gravidade, letalidade e a função do CAL).¹⁹

a. Métodos de Avaliação

A avaliação específica dos CALNS pode envolver um ou mais dos seguintes métodos:

- Entrevistas clínicas:
 - Não estruturadas;
 - Estruturadas;
- Medidas de autorresposta.

Dentro das entrevistas clínicas estruturadas específicas para este contexto, encontram-se, por exemplo, a *Suicide Attempt Self-Injury Interview* (SASII) e a *Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview* (SITBI).^{23,24} A SASII avalia as intenções e funções dos CALNS, diferenciando-os dos atos suicidas, e colhe informação detalhada dos episódios.²³ A SITBI avalia a topografia e frequência do CALNS, pensamentos e comportamentos (assim como pensamentos e ações suicidas).²⁴

No que respeita as medidas de autorresposta, destacam-se as seguintes:

- *Suicidal Behaviors Questionnaire* (SBQ, Linehan, 1981) e *SBQ-Revised* (SBQ-R, Osman, 2001)
 - Avaliação de comportamentos suicidários e não suicidários;
 - Versão original de 34 itens, versão revista apenas com 4;
 - Validada para população clínica e não clínica, incluindo adolescentes²⁵;
 - Disponível em versão portuguesa, também já validada para populações não clínicas.²⁶
- *Inventory of Statements About Self-injury* (ISAS, Klonsky & Glenn, 2009)
 - Avaliação da frequência e variáveis contextuais para 12 tipos de CALNS (seção 1) bem como 13 funções potenciais dos mesmos (seção 2);
 - Validada na sua versão original para população não clínica (jovens adultos).²⁷
 - Desenvolvimento de uma versão portuguesa com base na seção 1 do ISAS, designada Inventário de Comportamentos Auto-Lesivos (ICAL), específica para adolescentes e com propriedades psicométricas aceitáveis.²⁸
- *Functional Assessment of Self-Mutilation* (FASM, Lloyd, Kelley, & Hope, 1997)
 - Avaliação de 11 métodos de CALNS, da sua frequência e de 22 razões funções possíveis para esses atos;
 - Validada para população clínica e não clínica, incluindo adolescentes.²⁹
- *The Deliberate Self-Harm Inventory* (DSHI, Gratz, 2001)
 - Avaliação de 16 tipos de CALNS, incluindo a sua frequência, gravidade e duração;
 - Validado na sua versão original para população clínica (adolescentes e adultos).³⁰
- *Self-Harm Inventory* (SHI, Sansone *et al*, 1998)

Avaliação de 22 tipos de CALNS;

 - Também considerado um instrumento de rastreio de perturbação *borderline* da personalidade;
 - Validado na sua versão original para população clínica e não clínica (jovens adultos).³¹
- *The Alexian Brothers Urge to Self-Injure Scale* (ABUSI)
 - Avaliação, em termos de grau, da necessidade de se autolesionar e dos aspetos cognitivos e emocionais associados;
 - Validada na versão original para população clínica (adolescentes e adultos).³²
- *The Risk-taking and Self-harm Inventory for Adolescents* (RSHIA, Vrouva *et al*, 2010)
 - Avaliação direta e indireta de CALNS (22 itens) e comportamentos de risco (12 itens) em adolescentes;
 - Validado para população clínica e não clínica de adolescentes³³;
 - Disponível em versão portuguesa, também já validado para adolescentes.³⁴
- *Impulse, Self-Harm and Suicidal Ideation Questionnaire for Adolescents* (ISSIQ-A, Barreto, Nunes, Castilho, Motta, Caldeira, & Pinto-Gouveia, 2015)
 - Avaliação da impulsividade, CALNS e pensamentos suicidas em adolescentes (25 itens divididos em 4 dimensões – impulsividade, auto-dano, comportamentos de risco e ideação suicida);
 - Validado para população clínica e não clínica de adolescentes³⁵;
 - Desenvolvido por equipa portuguesa pelo que está disponível e validado como Questionário de Impulso, Auto-dano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A).

Numa revisão sistemática que comparou onze instrumentos de avaliação de CALNS em adolescentes, publicados no período entre 1990 e 2016, verificou-se que apenas dois deles obtiveram os resultados positivos mais significativos nas suas propriedades psicométricas – ABUSI e ISSIQ-A.³⁶ Como em qualquer outro contexto, também podem ser utilizados métodos de avaliação dirigidos à psicopatologia geral, incluindo entrevista clínicas estruturadas. Por outro lado, pela frequente associação entre CALNS e funcionamento/ perturbação *borderline* de personalidade, pode justificar-se a utilização de métodos mais dirigidos à exploração de psicopatologia da personalidade, sejam eles entrevistas estruturadas e/ou medidas de autorrelato. Adicionalmente a entrevista motivacional (Miller e Rollnick, 2013) pode revelar-se particularmente útil nesta fase, sobretudo no caso dos adolescentes em fase de negação ou ambivalência em relação ao problema e sua mudança.³⁷

INTERVENÇÃO

As opiniões de diversos autores são unânimes quanto à importância de investir no estabelecimento de uma aliança terapêutica desde o início do processo terapêutico, independentemente dos modelos de intervenção. Embora ainda seja escassa a investigação sobre tratamentos especificamente desenvolvidos para os CALNS, a evidência científica tem vindo a apoiar de forma progressiva a eficácia das intervenções psicoterapêuticas neste tipo de comportamentos em adolescentes.^{2,38} Uma revisão sistemática publicada em 2015 identificou as seguintes terapias como as mais eficazes nos CALNS na adolescência: TCC, terapia comportamental dialética para adolescentes (DBT-A) e terapia baseada na mentalização para adolescentes.³⁹ Dentro das abordagens terapêuticas cognitivo-comportamentais de primeira e segunda geração, podem ser utilizadas técnicas cognitivas com o objetivo de sistematizar o processo de mudança (“luta contra o esquecimento”) e técnicas comportamentais para modificar padrões disfuncionais de evitamento, manutenção e compensação comportamentais bem como desenvolver novas alternativas de comportamento e até mudanças ambientais.^{40,41} Alguns estudos focaram-se no programa *Cutting Down*, uma intervenção grupal, verificando um impacto significativo na redução dos CALNS, mesmo nos casos recorrentes.⁴² O programa *Cutting Down* consiste numa intervenção breve para jovens com auto-dano e comportamentos suicidários que inclui 14 sessões de tratamento para os jovens e 5 para os cuidadores.⁴² Este programa integra técnicas cognitivas-comportamentais, nomeadamente da TCC “tradicional”,

DBT e terapia da aceitação e compromisso, e tem quatro partes, cada uma dirigida a uma fase específica da terapia. Na parte um (*What's Going On?*), introduzem-se os conceitos de auto-dano e TCC (psicoeducação), com objetivo de desenvolver *insight* para os sentimentos, problemas, metas e noção de mudança (estratégias de motivação). A parte dois (*Feelings, Thoughts and Behaviour*) foca-se na identificação e gestão de sintomas ansiosos e depressivos bem como de pensamentos negativos. Na parte três (*Coping Strategies*), trabalham-se diversas estratégias de resolução de problemas, assertividade, *mindfulness* e alternativas aos CALNS. Na última parte (*On You Go!*) é feita uma revisão dos objetivos, identificação de precipitantes e desenvolvimento de uma “caixa de primeiros socorros” e de uma “caixa de ferramentas” de estratégias para reforçar o programa. Já na perspectiva de TCC individual, e considerando que nos adultos com auto-dano está descrito um benefício com essa modalidade, a sua adaptação para adolescentes e posterior avaliação torna-se premente.³⁹

A DBT-A, uma das TCC de terceira geração, é a psicoterapia que parece revelar resultados mais promissores no auto-dano na adolescência, com diversos estudos a apontar uma redução significativa nos CALNS, que se poderá manter pelo menos nos dozes meses após a terapia, de acordo com resultados de um estudo randomizado controlado.^{43,44} Dado o seu aparente potencial terapêutico nestes adolescentes, torna-se vital continuar a avaliar o impacto da DBT-A e a comparar a mesma com outras intervenções. Esta terapia pretende atingir um equilíbrio entre técnicas de aceitação e validação, cujo foco é a auto-invalidação do adolescente com funcionamento *borderline*, e técnicas de mudança, como a resolução de problemas, cujo foco é a aprendizagem de formas mais funcionais de lidar com as dificuldades.⁴⁵ Para além das estratégias comuns com a TCC de primeira e segunda geração, a DBT-A permite a utilização de outro tipo de estratégias, como o *mindfulness*, a regulação emocional, a tolerância ao sofrimento, e estratégias de compromisso, sendo a aceitação e validação no momento, bem como a relação terapêutica, essenciais durante este processo.^{44,46,47}

A terapia focada na compaixão, outra TCC de terceira geração, embora não incluída nos trabalhos de revisão citados, é mencionada num estudo como uma alternativa terapêutica para adolescentes com CALNS, visto que aborda várias das funções destes atos e permite o treino da mente compassiva.⁴⁸

Finalmente, nenhum dos tratamento referidos previamente se revelou, de forma consistente, superior aos outros e, por isso, atualmente não é possível recomendar uma opção psicoterapêutica preferencial nestes casos.^{38,39} Existem algumas recomendações clínicas que descrevem os elementos nucleares da intervenção psicoterapêutica nos CALNS na adolescência, entre os quais se destacam: abordagem da motivação para o tratamento; psicoeducação; identificação de fatores que acionam ou mantêm os atos; estratégias comportamentais alternativas; estratégias de resolução de conflitos.²

A utilização de psicofármacos nos CALNS tem as indicações da perturbação psiquiátrica concomitante. Contudo, até ao momento, ainda não parecem existir evidências de que qualquer fármaco reduza, por si, o risco de CALNS em adolescentes e, como tal, a sua utilização não está recomendada.²

CONCLUSÃO

Os CALNS são extremamente comuns em amostras clínicas psiquiátricas e a sua prevalência é elevada na adolescência, incluindo em amostras comunitárias. Apesar da tendência para o desaparecimento dos mesmos na fase final da adolescência ou na idade adulta, os CALNS recorrentes associam-se a um aumento do risco de problemas de saúde mental a longo prazo e de envolvimento em comportamentos de risco.

A realização de uma avaliação completa dos adolescentes com CALNS é essencial e deve incidir na caracterização dos referidos comportamentos, incluindo as suas funções e consequências, nos antecedentes pessoais, e também na exploração dos fatores contextuais. A avaliação pode ser facilitada pelo recurso a entrevistas clínicas, estruturadas e não estruturadas, e a medidas de autorresposta, as quais também podem ser instrumentos úteis posteriormente em contexto de intervenção psicoterapêutica.

Relativamente às psicoterapias específicas para os CALNS, as TCC, em particular a DTB-A, mostram resultados promissores, embora não exista evidência científica consistente de superioridade em comparação com outros tratamentos. Embora sejam necessários mais estudos para que um tipo específico de intervenção nos CALNS possa ser considerado uma opção terapêutica validada em adolescentes, os resultados dos estudos têm reforçado a importância de uma intervenção precoce nos jovens com CALNS.

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

Suporte Financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financial Support: This work has not received any contribution grant or scholarship.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

Declaração de Contribuição

MP: Conceptualização do Manuscrito; Redação do Manuscrito; Revisão da Literatura.

PG: Redação do Manuscrito; Revisão da Literatura.

CM: Revisão da Literatura; Revisão do Manuscrito.

Contributorship Statement

MP: Manuscript Conceptualization; Manuscript Writing; Literature Review.

PG: Manuscript Writing; Literature Review.

CM: Literature Review; Manuscript Review

Referências

- Guerreiro DF, Cruz D, Frasilho D, Santos JC, Figueira ML, Sampaio D. Association Between Deliberate Self-Harm and Coping in Adolescents: A Critical Review of the Last 10 Years' Literature. *Arch Suicide Res.* 2013;17: 91–105. doi:10.1080/13811118.2013.776439
- Brown RC, Plener PL. Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19:20. doi: 10.1007/s11920-017-0767-9.
- Plener PL, Kaess M, Schmahl C, Pollak S, Fegert JM, Brown RC. Non-suicidal self-injury in adolescents. *Dtsch Arztebl Int.* 2018;115:23-30. doi: 10.3238/arztebl.2018.0023.
- Moran P, Coffey C, Romaniuk H, Olsson C, Borschmann R, Carlin JB, et al. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: A population-based cohort study. *Lancet.* 2012;379: 236–43. doi:10.1016/S0140-6736(11)61141-0
- Plener PL, Schumacher TS, Munz LM, Groschwitz RC. The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: A systematic review of the literature. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2015;2:2. doi: 10.1186/s40479-014-0024-3.
- Gaspar S, Reis M, Sampaio D, Guerreiro D, de Matos MG. Non-suicidal Self-Injuries and Adolescents High Risk Behaviours: Highlights from the Portuguese HBSC Study. *Child Indic Res.* 2019;12: 2137–49. doi:10.1007/s12187-019-09630-w
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5th ed. Chicago: American Psychiatric Association; 2013. doi:10.1176/appi.books.9780890425596
- Xiao Q, Song X, Huang L, Hou D, Huang X. Global prevalence and characteristics of non-suicidal self-injury between 2010 and 2021 among a non-clinical sample of adolescents: A meta-analysis. *Front Psychiatry.* 2022;13. doi:10.3389/FPSYT.2022.912441
- Madge N, Hewitt A, Hawton K, Wilde EJ De, Corcoran P, Fekete S, et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: Comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2008;49: 667–77. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x
- Gillies D, Christou MA, Dixon AC, Featherston OJ, Rapti I, Garcia-Angueta A, et al. Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990–2015. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2018;57:733-41. doi: 10.1016/j.jaac.2018.06.018.
- Kaess M, Parzer P, Mattern M, Plener PL, Bifulco A, Resch F, et al. Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Res.* 2013;206: 265272. doi:10.1016/j.psychres.2012.10.012
- Matos MG, Simões C, Tomé G, Camacho I, Ferreira M, Ramiro L, et al. *A Saúde dos Adolescentes Portugueses - Relatório do Estudo HBSC 2010.* Lisboa: HBSC; 2011.
- Matos MG, Simões C, Reis M. *A Saúde dos Adolescentes Portugueses em tempos de recessão - Relatório do Estudo HBSC 2014.* Lisboa: HBSC; 2015.
- Guerreiro DF, Sampaio D, Figueira ML, Madge N. Self-Harm in Adolescents: A Self-Report Survey in Schools from Lisbon, Portugal. *Arch Suicide Res.* 2017;21: 83–99. doi:10.1080/13811118.2015.1004480
- Guerreiro DF, Sampaio D, Rihmer Z, Gonda X, Figueira ML. Affective temperaments and self-harm in adolescents: A cross-sectional study from a community sample. *J Affect Disord.* 2013;151: 891–8. doi:10.1016/j.jad.2013.07.034
- Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review.* 2007; 226–39. doi:10.1016/j.cpr.2006.08.002
- Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol.* 2004;72: 885–90. doi:10.1037/0022-006X.72.5.885
- Glenn CR, Klonsky ED. Prospective Prediction of Nonsuicidal Self-Injury: A 1-Year Longitudinal Study in Young Adults. *Behav Ther.* 2011;42: 751–62. doi:10.1016/j.beth.2011.04.005
- Walsh B. Clinical assessment of self-injury: A practical guide. *Journal of Clinical Psychology.* *J Clin Psychol.* 2007: 1057–68. doi:10.1002/jclp.20413
- Garisch JA, Wilson MS, O'Connell A, Robinson K. Overview of assessment and treatment of non-suicidal self-injury among adolescents. *NZ J Psychol.* 2017;46: 98–105.
- Faura-Garcia J, Orue I, Calvete E. Clinical assessment of non-suicidal self-injury: A systematic review of instruments. *Clin Psychol Psychother.* 2021;28: 739–65. doi:10.1002/PPP.2537

22. Hooley JM, Fox KR, Boccagno C. Nonsuicidal Self-Injury: Diagnostic Challenges And Current Perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2020;16: 101. doi:10.2147/NDT.S198806
23. Linehan MM, Comtois KA, Brown MZ, Heard HL, Wagner A. Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): Development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. *Psychol Assess.* 2006;18: 303–12. doi:10.1037/1040-3590.18.3.303
24. Nock MK, Holmberg EB, Photos VI, Michel BD. Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: Development, Reliability, and Validity in an Adolescent Sample. *Psychol Assess.* 2007;19: 309–17. doi:10.1037/1040-3590.19.3.309
25. Osman A, Bagge CL, Gutierrez PM, Konick LC, Kopper BA, Barrios FX. The suicidal behaviors questionnaire-revised (SBQ-R): Validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment.* 2001;8: 443–54. doi:10.1177/107319110100800409
26. Campos RC, Holden RR. Portuguese Version of the Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised: Validation Data and the Establishment of a Cut-Score for Screening Purposes. *Eur J Psychol Assess.* 2019;35: 190–5. doi:10.1027/1015-5759/a000385
27. Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the Functions of Non-suicidal Self-injury: Psychometric Properties of the Inventory of Statements about Self-injury (ISAS). *J Psychopathol Behav Assess.* 2009;31: 215–9. doi:10.1007/s10862-008-9107-z
28. Duarte E, Gouveia-Pereira M, Gomes HS. Development and Factorial Validation of the Inventory of Deliberate Self-Harm Behaviours for Portuguese Adolescents. *Psychiatr Q.* 2019;90: 761–76. doi:10.1007/s11126-019-09660-1
29. Izadi-Mazidi M, Yaghubi H, Mohammadkhani P, Hasanabadi H. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Factor analysis of functional assessment of self-mutilation among adolescents. *Iran J Psychiatry.* 2019;14: 184–91. doi:10.18502/ijps.v14i3.1319
30. Gratz KL. Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the deliberate self-harm inventory. *J Psychopathol Behav Assess.* 2001;23: 253–63. doi:10.1023/A:1012779403943
31. Latimer S, Covic T, Cumming SR, Tennant A. Psychometric analysis of the Self-Harm Inventory using Rasch modelling. *BMC Psychiatry.* 2009;9: 1–9. doi:10.1186/1471-244X-9-53
32. Washburn JJ, Juzwin KR, Styer DM, Aldridge D. Measuring the urge to self-injure: Preliminary data from a clinical sample. *Psychiatry Res.* 2010;178: 540–4. doi:10.1016/j.psychres.2010.05.018
33. Vrouva I, Fonagy P, Fearon PRM, Roussov T. The risk-taking and self-harm inventory for adolescents: Development and psychometric evaluation. *Psychol Assess.* 2010;22: 852–65. doi:10.1037/a0020583
34. Xavier A, Cunha M, Pinto-Gouveia J. Validation of the Risk-Taking and Self-Harm Inventory for Adolescents in a Portuguese Community Sample. *Meas Eval Couns Dev.* 2019;52: 1–14. doi:10.1080/07481756.2018.1435189
35. Carvalho CB, Nunes C, Castilho P, da Motta C, Caldeira S, Pinto-Gouveia J. Mapping non suicidal self-injury in adolescence: Development and confirmatory factor analysis of the impulse, self-harm and suicide ideation questionnaire for adolescents (ISSIQ-A). *Psychiatry Res.* 2015;227: 238–45. doi:10.1016/j.psychres.2015.01.031
36. Chávez-Flores YV, Hidalgo-Rasmussen CA, Yanez-Peñúñuri LY. Assessment tools of non-suicidal self-injury in adolescents 1990-2016: A systematic review. *Ciencia Saude Coletiva.* 2019; 2871–82. doi:10.1590/1413-81232018248.18502017
37. Kress V, Hoffman R. Non-Suicidal Self-Injury and Motivational Interviewing: Enhancing Readiness for Change. *J Ment Heal Couns.* 2008;30: 311–29. doi:10.17744/mehc.30.4.n2136170r5732u6h
38. Witt KG, Hetrick SE, Rajaram G, Hazell P, Taylor Salisbury TL, Townsend E, et al. Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;3:CD013667. doi: 10.1002/14651858.CD013667.pub2.
39. Ougrin D, Tranah T, Stahl D, Moran P, Asarnow JR. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: Systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2015;54:97-107.e2. doi: 10.1016/j.jaac.2014.10.009.
40. Washburn JJ, Richardt SL, Styer DM, Gebhardt M, Juzwin KR, Yourek A, et al. Psychotherapeutic approaches to non-suicidal self-injury in adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2012;6: 14. doi:10.1186/1753-2000-6-14
41. Bettis AH, Liu RT, Walsh BW, Klonsky ED. Treatments for Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Youth: Progress and Challenges. *Evidence-based Pract Child Adolesc Ment Heal.* 2020;5: 354. doi:10.1080/23794925.2020.1806759
42. Kaess M, Edinger A, Fischer-Waldschmidt G, Parzer P, Brunner R, Resch F. Effectiveness of a brief psychotherapeutic intervention compared with treatment as usual for adolescent nonsuicidal self-injury: a single-centre, randomised controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2020;29: 881–91. doi:10.1007/s00787-019-01399-1
43. Mehlum L, Ramberg M, Tørmoen AJ, Haga E, Diep LM, Stanley BH, et al. Dialectical Behavior Therapy Compared with Enhanced Usual Care for Adolescents with Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes over a One-Year Follow-Up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016;55: 295–300. doi:10.1016/j.jaac.2016.01.005
44. DeCou CR, Comtois KA, Landes SJ. Dialectical Behavior Therapy Is Effective for the Treatment of Suicidal Behavior: A Meta-Analysis. *Behav Ther.* 2019;50: 60–72. doi:10.1016/j.beth.2018.03.009
45. Asarnow JR, Berk MS, Bedics J, Adrian M, Gallop R, Cohen J, et al. Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Self-Harming Youth: Emotion Regulation,

- Mechanisms, and Mediators. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2021;60:1105-15.e4. doi: 10.1016/j.jaac.2021.01.016.
46. Pardo ES, Rivas AF, Barnier PO, Mirabent MB, Lizeaga IK, Cosgaya AD, et al. A qualitative research of adolescents with behavioral problems about their experience in a dialectical behavior therapy skills training group. *BMC Psychiatry*. 2020;20:245. doi:10.1186/S12888-020-02649-2/FIGURES/1
47. Mehlum L. Mechanisms of change in dialectical behaviour therapy for people with borderline personality disorder. *Curr Opin Psychol*. 2021;37: 89–93. doi:10.1016/J.COPSYC.2020.08.017
48. Van KJ, Geneviève V, Kalnins RC, Van Vliet K, Kalnins G. A Compassion-Focused Approach to Nonsuicidal Self-Injury. *J Ment Heal Couns*. 2011. doi:10.17744/MEHC.33.4.J7540338Q223T417