

## O nascimento das automutilações como categoria nosográfica

Natália de Oliveira de Paula Cidade

### RESUMO

O objetivo do presente artigo é analisar o fenômeno das automutilações, trazendo à luz a complexidade desse campo de estudos e visando apresentar a construção de uma categoria nosográfica para as automutilações. Elas se caracterizam pelo ato de ferir o próprio corpo voluntariamente, sem intenção consciente de morte, e podem se apresentar de diversas formas, configurando diferentes tipos de comportamentos. Partindo das discussões existentes na literatura sobre o fenômeno, inicialmente circunscritas à psiquiatria e, posteriormente apropriadas pela psicanálise, apresentamos um percurso histórico do conceito, contextualizando suas aparições em diferentes cenas e formas psicopatológicas. Buscamos ainda fomentar uma discussão acerca do estatuto do fenômeno automutilatório: trata-se apenas de um sintoma, prevalente em diferentes quadros clínicos, ou estaríamos falando de uma síndrome, entidade clínica diferenciada que afunila e congrega outros comportamentos? Nesse cenário, destacamos o caráter transnosográfico das automutilações, uma vez que o fenômeno perpassa diversos quadros clínicos na forma de sintoma, ao mesmo tempo em que começa a se configurar como uma entidade nosográfica separada de outras doenças.

Palavras-chave: Automutilação; nosografia; história da psiquiatria; psicanálise.

### ABSTRACT

#### The birth of self-mutilations as a nosographic category

The aim of this article is to analyze the phenomenon of self-mutilations, to highlight the complexity of this field of study, and to present the construction of a nosographic category for self-mutilation. They are characterized by the act of voluntarily injuring one's own body, without a conscious intention of death, and they can manifest in different ways, configuring different types of behavior. Based on existing discussions in the literature on the phenomenon, initially limited to psychiatry and later appropriated by psychoanalysis, we present a historical trajectory of the concept, contextualizing its appearances in different psychopathological scenes and forms. We also seek to encourage a discussion about the statute of the self-mutilating phenomenon: would it be just a symptom, prevalent in different clinical conditions, or would we be talking about a syndrome, a differentiated clinical entity that narrows down and brings together other behaviors? In this scenario, we highlight the transnosographic character of self-mutilation, since the phenomenon permeates several clinical conditions in the form of symptoms, while at the same time it can be configured as a nosographic entity separate from other diseases.

Keywords: Self-mutilation; nosographic; history of psychiatry; psychoanalysis.

### Sobre a Autora

N. O. P. C.  
orcid.org/0000-0003-4133-6304  
Pontifícia Universidade Católica  
do Rio de Janeiro (PUC-Rio)  
nataliaopcidade@gmail.com

### Direitos Autorais

Este é um artigo aberto e pode ser reproduzido livremente, distribuído, transmitido ou modificado, por qualquer pessoa desde que usado sem fins comerciais. O trabalho é disponibilizado sob a licença Creative Commons CC-BY-NC

*Me deram um nome e me  
alienaram de mim.*

Clarice Lispector



As automutilações denominam o ato de ferir o próprio corpo em diferentes contextos e por diferentes razões. Encontramos descrições desses fenômenos na literatura desde o século VI A.C., com os cultos e rituais de antigas civilizações. Também podemos observá-los nos ritos de passagem de povos primitivos e sociedades tribais, de forma que sabemos que esse não é um fenômeno novo ou próprio de nossa sociedade contemporânea (Araujo, 2005).

Diferentemente deste tipo de automutilação, que possui aceitação social e conteúdo culturalmente convencional, temos nos deparado cada vez mais com atos automutilatórios que não reenviam necessariamente a nenhum sentido prévio nem designam pertencimentos a clãs ou a tribos sociais. Nesses casos, encontramos sujeitos em estados extremos de vulnerabilidade psíquica, praticando atos de automutilação com o intuito de se livrar de uma carga de sofrimento para a qual não conseguem dar outro destino. Na direção oposta, essas automutilações apontam para um grau de sofrimento psíquico, descolando-se de um registro social para entrar no campo do sintoma e da psicopatologia.

Os registros dessa forma de automutilação datam do século XIX, dentro do campo da psiquiatria, ganhando destaque na clínica atual, na qual o fenômeno encontra-se cada vez mais presente. Nas últimas décadas, a psicanálise passou a se ocupar de forma mais direta com esta problemática, trazendo contribuições importantes ao entendimento deste campo. Estudos realizados em diferentes países – dentre os quais destacamos a França, os Estados Unidos e o Brasil – apontam a adolescência como o momento de surgimento dos comportamentos automutilatórios, assim como o período de maior prevalência, comparado a outras fases da vida (Cidade & Zornig, 2020; Dargent & Matha, 2011; Whitlock, 2010).

O fenômeno é mais heterogêneo do que é comumente observado na literatura sobre o tema. As automutilações não se limitam aos cortes superficiais na pele, como elas são frequentemente representadas, mas dizem respeito a uma série de condutas diferenciadas que têm em comum os danos infligidos à própria pele. Em geral, elas podem ser encontradas de forma isolada ou complementar (uma ou mais práticas distintas) e podem ser realizadas com ou sem a ajuda de objetos externos.

No presente artigo, temos como objetivo trazer à luz a complexidade dos estudos sobre o tema das automutilações, na direção da construção de uma categoria nosográfica possível. Partindo das diferentes definições existentes na literatura sobre o fenômeno, inicialmente circunscritas ao campo da psiquiatria e posteriormente apropriadas pela psicanálise, nos propomos a realizar um breve percurso histórico do conceito, abordando o estatuto do fenômeno e seu aparecimento em diferentes transtornos psicopatológicos.

## Descrições do fenômeno

No campo da psiquiatria, uma definição bastante utilizada das automutilações é a de Feldman (1988), que se caracteriza por um dano auto infligido intencionalmente a uma parte de seu próprio corpo, sem a intenção consciente de morte. No mesmo ano, Walsh e Rosen (1988) publicam o livro *Self-mutilations: Theory, research and treatment*, no qual sugerem uma definição bastante parecida, porém acrescentam ainda as dimensões da não letalidade e da inadequação social desta prática.

Atualmente, as automutilações são consideradas um subgrupo dentro de um grupo maior denominado de *comportamentos autoagressivos*. Esta divisão foi realizada a partir de algumas pesquisas na área da psiquiatria, em especial as de Ross e McKay (1979) e as de Pattison e Kahan (1983). Ross e McKay (1979) repertoriaram mais de trinta comportamentos autoagressivos, dentre os quais localizam as automutilações como uma autoagressão direta, na qual o sujeito faz mal para si mesmo de forma deliberada. Pattison e Kahan (1983) classificam os comportamentos autodestrutivos como atos que seguem uma continuidade de espectro, indo desde as automutilações até o suicídio (o mais extremo dos comportamentos autodestrutivos, segundo os autores).

No âmbito da psiquiatria, encontramos uma gama de termos para se referir a esses comportamentos que visam causar um dano direto ao organismo e são realizados pela própria pessoa: 1) Automutilação – *Self-mutilation* (Favazza, 1987/2011; Feldman, 1988; Menninger, 1938/1970; Ross & McKay, 1979; Suyemoto, 1998; Walsh & Rosen, 1988); 2) Autoagressão – *Self-harm* (Pattison & Kahan, 1983); 3) Autolesão – *Self-injury* (Nock, 2010; Whitlock, 2010). No âmbito da psicanálise, especialmente a francesa, também encontramos diferentes termos para se referir ao fenômeno, no entanto, a grande maioria do material faz referência ao termo automutilação – *Automutilation* (Dargent & Matha, 2011; Gicquel & Corcos, 2011; Richard, 2005; Scaramozzino, 2004).

Apesar da diversidade de termos e das dificuldades encontradas em cada um deles, optamos por manter a escolha do termo *automutilações*, levando em consideração a herança histórica da psiquiatria e da psicanálise, assim como artigos e livros aqui referenciados. Dentre as diferentes condutas de automutilações, destacamos as práticas de escarificações, queimaduras, arranhões, abrasões cutâneas, escoriações e o *skin picking*.

As escarificações são as automutilações mais frequentemente encontradas na clínica (Favazza, 1987/2011). Podem ser definidas como a presença de um ou vários cortes realizados no próprio corpo de forma intencional, tendo como consequência feridas que deixam marcas entalhadas no corpo (Pommerau et al., 2009). As incisões costumam ser superficiais e devemos diferenciá-las da flebotomia, prática na qual são realizados um ou mais cortes profundos na veia, normalmente nos punhos, com intenção de morte (De Luca et al., 2012).

Inicialmente, o termo escarificação era utilizado para descrever duas práticas bastante distintas: 1) um tratamento médico ligado a uma ideia de purificação do sangue como tentativa de curar certas doenças e condições (sangria); 2) ritos de passagem de sociedades tribais para designar e comunicar aos outros integrantes alguma característica daquele membro do grupo através das cicatrizes deixadas. A partir da metade do séc. XX, a escarificação foi redescoberta pelos artistas do *Body Modification*, contendo agora uma finalidade estética. Estes artistas se aprofundaram na técnica de deixar marcas e desenhos específicos sobre a pele do sujeito com o auxílio de bisturis cirúrgicos (Araujo, 2005). A técnica tem caráter de permanência maior do que a tatuagem, uma vez que deixa rastros tridimensionais no corpo, impossíveis de serem retirados posteriormente.

O segundo fenômeno de maior frequência no âmbito das automutilações é o das queimaduras (Richard, 2005). Este diz respeito a casos mais extremos e em menor número do que os cortes, resultado da ação do fogo diretamente na pele ou do uso de algum produto abrasivo – frequentemente queimaduras de cigarro ou por uso de substâncias presentes em *sprays*. Essas feridas costumam ser profundas e ter uma cicatrização mais difícil. Os casos de queimadura normalmente apontam para sofrimentos psíquicos mais graves, condizendo com o tipo de ferida deixada, que é bastante complexo e de difícil cicatrização.

Outros fenômenos destacados por nós como parte do universo das automutilações são as abrasões cutâneas e as escoriações. Pommereau (2006) as descreve como feridas causadas por fricção ou raspagem feitas na pele de forma repetida, geralmente com as unhas ou objetos rugosos, produzindo marcas que podem se estender sobre todo o antebraço ou nas pernas. As abrasões cutâneas são menos frequentes do que os cortes e as queimaduras, podendo aparecer em conjunto com estes ou separadas. As escoriações são ferimentos causados por autoagressões que podem ser fruto de arranhões ou machucados deixados no próprio corpo, advindos do encontro com algum objeto duro, normalmente paredes, armários e espelhos, que costumam deixar hematomas.

Como última contribuição classificatória para os subtipos da automutilação, evocamos o chamado *skin picking* (*American Psychiatric Association [APA], 2014*), que consiste em beliscar a própria pele de forma a deixar feridas, seja pela manipulação de um machucado pré-existente (picada de insetos ou acne) ou criando ferimentos e interferindo com sua cicatrização. Nesta categoria, também inserimos o arranhar de peles no entorno das unhas, ato que vai além da onicofagia, uma vez que a pele ao redor fica machucada.

É comum que o sujeito utilize mais de um método de automutilação em momentos diferentes e os locais de incidência mais frequentes são os punhos, antebraços, coxas, pernas, barriga e áreas frontais do corpo, uma vez que são de

mais fácil acesso. De acordo com Gicquel e Corcos (2011), na maior parte dos casos, há um aumento de tensão, raiva, ansiedade e tristeza antes do ato. Sentimentos de rejeição, abandono (real ou imaginário), culpa e sensação de vazio. Posteriormente, viriam sensações momentâneas de alívio e de diminuição de tensão que podem estar acompanhadas ou não de sentimento de culpa, arrependimento e vergonha por terem praticado tais atos.

### **Breve passeio histórico pelas classificações psiquiátricas existentes**

O fenômeno das automutilações vem sendo estudado pela psiquiatria desde o séc. XIX, tendo como marco inicial a publicação do livro de Léopold Galais, em 1867, intitulado *Des mutilations chez les aliénés. Pour servir à l'histoire de l'altération de la sensibilité chez ces malades*. Na sequência, Richard Millant publica, em 1902, *Castration criminelle et maniaque: étude historique et médico-légale*, e Charles Blondel, em 1906, *Les automutilateurs: étude psychopathologique et médico-légale*. Em 1909, Marie Michel Lorthiois publica o livro intitulado *De l'automutilation: mutilations et suicides étranges*, no qual consta uma primeira definição mais apurada do termo "automutilação" (Scaramozzino, 2004).

De acordo com a definição de Lorthiois (1909), a automutilação é caracterizada como uma lesão feita pela própria pessoa em seus tecidos ou órgãos e um ataque à integridade do corpo. Ela pode consistir em uma ferida ou na ablação total ou parcial de um órgão ou de um membro, do revestimento cutâneo ou de seus anexos, podendo comprometer a vitalidade e o bom funcionamento deles, sem ter como objetivo provocar a própria morte com este comportamento. Em viés similar às definições mais atuais sobre o tema, a autora classifica ainda a automutilação como um comportamento que pode ser voluntário (quando a intenção de se fazer mal se encontra presente) ou involuntário (quando o comportamento aparece como resultado de um automatismo e é realizado sem que a pessoa se dê conta do que está fazendo); direto (realizado pela própria pessoa) ou indireto (em um contexto no qual outras pessoas a influenciem); e individual (sujeito isolado ao praticar o ato) ou coletivo (na presença de outros ou de forma que a coletividade compartilhe crenças e ideias que levem a pessoa a realizar tal ato).

Outra definição de automutilação descrita historicamente ocorreu no período da Primeira Guerra Mundial, no qual soldados se feriam propositalmente para escapar das trincheiras – chamado de *Malingering*. Estas automutilações tomavam uma forma específica e tinham como objetivo a dispensa dos serviços de guerra, já que as feridas levavam os soldados a um tempo de internação hospitalar, no qual estariam afastados de suas funções militares. As automutilações mais comuns neste contexto advinham de ferimentos causados por um tiro nas mãos ou nos pés e infecções nos olhos cau-

sadas por contato com elementos químicos. Estes soldados eram frequentemente enviados para hospitais especiais e passavam por um processo de julgamento e punição por tentativa de evasão (Narjisse, 2014).

O fenômeno das automutilações também foi descrito por Karl Menninger, psiquiatra norte-americano. Em seu livro *Eros e tânatos: o homem contra si próprio* (1938/1970), Menninger propõe uma discussão sobre a destrutividade do homem e as diferentes formas que ela poderia tomar. Ele faz uma diferenciação entre o suicídio propriamente dito e outros comportamentos destrutivos que prejudicariam o sujeito sem levá-lo diretamente a óbito. Na visão do autor, o impulso suicida poderia se concentrar apenas sobre uma parte do próprio corpo, ao invés de se concentrar no todo – como nos suicídios em geral. Para designar este tipo de comportamento, o autor criou a categoria do *suicídio focal*, a qual engloba como um de seus subtópicos o fenômeno da automutilação. De acordo com o autor, a automutilação seria equivalente a direcionar um impulso suicida para uma parte específica do corpo, ao invés de deixá-lo atingir a totalidade deste.

Até 1909, com as descrições de Lorthois sobre os fenômenos de automutilação, percebemos que estes fenômenos eram descritos apenas em casos de doenças psíquicas, como a esquizofrenia, a psicose maniaco-depressiva e a melancolia, não sendo descritos casos fora do espectro da psicose (com exceção das descrições antropológicas de tribos, nas quais este comportamento marca um rito de passagem ou a tentativa de proximidade com alguma divindade superior). A partir dos estudos de Menninger (1938/1970), que também era psicanalista, podemos perceber que o espectro se abre para a recepção de casos variados, incluindo o campo das neuroses.

De acordo com o autor, a automutilação pode ser definida como “(1) os ataques destrutivos deliberados a várias partes do corpo com que estamos mais familiarizados nas formas extremas e bizarras às vezes manifestadas por pacientes em hospitais mentais” (p. 207), em conformidade com as definições anteriores de outros autores. Contudo, o autor complementa:

Na mesma categoria, não podemos omitir (2) as várias formas de ferimento corporal autoinfligidos a que são dados os neuróticos. Morder as unhas, por exemplo, fica um grau aquém de morder os dedos e alguns indivíduos têm a compulsão de morderem-se mais ou menos severamente em várias outras partes do corpo. Outros se arranham ou cravam as unhas incessantemente na própria carne, arrancam os cabelos ou esfregam os olhos e a pele a ponto de causar inflamação. (p. 207-208)

Dessa forma, podemos perceber que, desde o início das discussões propostas, já havia espaço para pensarmos as automutilações como uma conduta que perpassa diferentes quadros psicopatológicos.

A partir da década de 1960, houve um aumento na produ-

ção acadêmica sobre a temática das automutilações, especialmente nos Estados Unidos, de forma que diferentes termos e fenômenos começaram a ser descritos. Um maior número de pesquisadores se voltou para um subtipo: o fenômeno dos cortes realizados nos punhos, descritos como escarificação ou *cutting*. Na mesma época, o fenômeno começa a ser descrito como “síndrome” por diferentes pesquisadores, vindo a ocupar um lugar diferenciado nas classificações psicopatológicas.

Em 1969, o psiquiatra chinês Ping-Nie Pao publicou um estudo que culminou na classificação de dois padrões encontrados em indivíduos que se escarificavam: o primeiro é composto pela realização de cortes no próprio corpo de forma “delicada” e repetitiva, enquanto o segundo padrão diz respeito à realização de um único corte mais profundo, de forma “grosseira”, sem a característica de repetição do comportamento (costumam ser episódios únicos).

Desta pesquisa, surge a *Syndrome of Delicate Self-Cutting*, ou “síndrome da escarificação delicada”, fazendo referência a indivíduos que cortavam apenas a superfície de sua pele, majoritariamente os punhos. Estes indivíduos teriam idade menor do que o segundo grupo e estreita relação com o diagnóstico de transtorno de personalidade *borderline*, enquanto os indivíduos praticantes da “automutilação grosseira” teriam idade mais avançada e relação com o diagnóstico de psicose (Pao, 1969).

Em 1972, Rosenthal et al. descrevem a *Síndrome dos Cortadores de Punho*, classificando mulheres que teriam mais de cinco episódios de cortes nos punhos. Entretanto, nos estudos realizados, ficou claro que estas pacientes não restringiam as automutilações a cortes no punho, mas podiam ferir ainda partes diversas do corpo, provocar fraturas em ossos, arranhar e escavar suas faces, assim como esfregar pedaços de vidro na própria pele. As pacientes descreviam sensações de vazio e inutilidade antes de se machucarem e, após, uma sensação de alívio.

No final da década de 1970, Ross e McKay (1979) introduzem as automutilações em uma classificação mais ampla de *autoagressão direta*, na qual o sujeito faz mal para si mesmo de forma deliberada. Esta classificação inclui comportamentos como cortar ou morder a si mesmo, esfregar a pele em excesso, cortar partes do próprio corpo, inserir objetos na pele, autoinflingir queimaduras, engolir ou inalar objetos perigosos, se bater ou se estrangular. Esta se diferencia da *autoagressão indireta*, na qual o sujeito faz mal a si mesmo através de outros comportamentos indiretos, porém igualmente danosos – como uso excessivo de drogas, por exemplo (Burešová, 2016).

Em seu livro, intitulado *Self-mutilation*, Ross e McKay (1979) repertoriaram mais de trinta termos para designar diferentes comportamentos autoagressivos. Nestes, encontramos diversos atos realizados contra o próprio sujeito, de forma direta ou indireta, tais como o suicídio, o uso de subs-

tâncias tóxicas e a interrupção de tratamentos vitais para a vida dentro de um quadro de doença orgânica crônica. Os autores partem de um grupo mais abrangente na direção de comportamentos específicos de autodestruição, dividindo-os em três grandes grupos: comportamentos de autolesão (*self-injurious behavior*), automutilação (*self-mutilation*) e comportamentos autodestrutivos (*self-destructive behavior*). A automutilação aqui é delimitada por características específicas de ferir o próprio corpo de forma intencional e deliberada (Gicquel & Corcos, 2011).

Na mesma direção, Pattison e Kahan (1983) apresentam uma gama mais ampla no que chamaram de comportamentos autodestrutivos (*self-harming behaviour*), sendo estes classificados por três fatores: 1) caráter direto ou indireto do ato; 2) nível de letalidade (alta, média ou baixa); e 3) aspecto repetitivo do comportamento. Para os autores, estes atos seguem uma continuidade de espectro que vai desde as automutilações até o suicídio. Outros atos descritos são as condutas de exposição ao risco, alcoolismo crônico, abuso de substâncias, interrupção de tratamento vital, obesidade, dentre outros, bem similares aos comportamentos autoagressivos descritos por Ross e McKay (1979).

Dentro deste quadro mais amplo, Pattison e Kahan (1983) propõem que as automutilações sejam enquadradas como uma síndrome que, de acordo com seus parâmetros, seria de caráter direto, com nível de letalidade baixo e aspecto repetitivo de comportamento. A chamada *Deliberate Self-harm Syndrom*, ou "Síndrome da autoagressão deliberada (SAD)" é descrita como um distúrbio severo e incontrolável do impulso, que possui início na adolescência e se caracteriza por episódios repetidos de automutilação de baixa letalidade, em especial cortes e queimaduras, a perdurar por vários anos. Outra característica da síndrome é uma sensação de alívio posterior e a não intenção suicida consciente. A proposta dos autores ao descrever esta síndrome era a de incluí-la como entidade específica na categoria do DSM-IV consagrada aos Transtornos do controle de impulso não classificados (Gicquel & Corcos, 2011; Giusti, 2013).

Dessa forma, podemos perceber que com o aumento da produção de pesquisas sobre os comportamentos autodestrutivos e os fenômenos de automutilação a partir da década de 1960, um esforço realizado pelos autores na direção da criação de uma classificação psiquiátrica que introduza as automutilações em um registro sindrômico. Se, até o momento, elas estavam em um registro descritivo, passeando por diversos quadros psicopatológicos, aqui elas começam a ganhar estatuto de síndrome. Esse movimento permanece ao longo da história e ganha força com Armando Favazza e Barent Walsh na década de 1980.

Armando Favazza (1987/2011) é um psiquiatra norte americano contemporâneo, cuja classificação de automutilações é a mais conhecida e utilizada pelos pesquisadores atuais, tendo se tornado referência nos estudos sobre a temá-

tica. Nos anos 1980, o autor sintetiza em uma classificação mais robusta sobre as automutilações toda a discussão que vinha ganhando corpo até então entre os pesquisadores anteriormente citados. Em seu livro *Bodies under siege*, o autor discute uma série de temas como automutilação, comportamentos autoagressivos, *body modification* e sua relação com a cultura e com a psiquiatria. Ele se classifica como um "psiquiatra cultural", ou seja, um profissional que leva em conta, dentro de seu saber médico e psiquiátrico, a existência de outras culturas e seus diferentes matizes.

Ao se voltar para a temática das automutilações, o autor aborda a aparição deste fenômeno em situações que vão além do universo da psiquiatria, como, por exemplo, na religião. O autor discorre sobre a forma pela qual, em diferentes religiões, podemos ver a espiritualidade e as crenças religiosas sendo utilizadas como método de aproximação do divino por meio das práticas automutilatórias. Outros campos de correlação apontados pelo autor são a etologia, na forma pela qual as automutilações ocorrem nos animais, e a antropologia, descrevendo diferentes ritos de passagens tribais que fazem uso desta prática.

Dentro do terreno da Psiquiatria, Favazza (1987/2011) reagrupo as automutilações em três grandes categorias fenomenológicas:

1) *Automutilação maior*: são atos mais graves e de baixa frequência, tais como a enucleação, castração ou amputação de membros, que apontam para danos corporais importantes. Tais atos costumam ocorrer uma única vez, pois a gravidade leva a um atendimento médico de emergência e, posteriormente, acompanhamento psiquiátrico. Também costumam ser atos irreversíveis e impensados, sem planejamento prévio. Essa categoria de automutilação é mais frequentemente associada a casos de psicose ou a casos de intoxicação aguda por substância;

2) *Automutilação estereotipada*: são atos como se bater, bater a cabeça na parede, apertar os olhos violentamente, se morder (as partes mais frequentes são lábios, língua, bochecha e dedos) e/ou arrancar os cabelos de forma monótona, repetitiva e com padrão rítmico de movimento. Costumam estar associados a quadros de retardo mental, ou a síndromes que tenham o retardo como traço marcante, como a síndrome de Rett e a síndrome de Lange, e a quadros de autismo. Também podem estar associados a descompensações psicóticas agudas, doenças associadas a neuropatias hereditárias ou à síndrome de Tourette e à síndrome de Lange;

3) *Automutilação superficial/moderada*: são atos de machucar a própria pele de forma superficial de diferentes modos. São consideradas como as de menor gravidade na classificação, devido ao tamanho e à frequência das lesões, porém nos dão notícias de um fenômeno preocupante e crescente ao redor do mundo. Costumam surgir no período da adolescência e dividem-se em:

3.1) *compulsiva*: são atos frequentemente repetidos e ritualizados, ocorrendo diversas vezes ao longo do dia. Há uma busca por reduzir a tensão e a ansiedade e tais atos são precedidos por sensação reconfortante de alívio. Abarcam os fenômenos da esfera do Transtorno Obsessivo Compulsivo, tais como a tricotilomania e a onicofagia;

3.2) *impulsiva*: são as condutas mais comumente observadas, geralmente tratando-se de cortes, queimaduras, arranhões, beliscar a pele, mexer em machucados já em processo de cicatrização e/ou escoriações auto infligidas. Nestes casos, haveria uma impossibilidade em resistir ao impulso de se machucar, já que o sujeito experimenta uma ansiedade que cresce exponencialmente até o momento de realização do ato. As impulsivas também podem se dividir em:

a) *episódica*: com um número reduzido de ocorrências ao longo da vida;

b) *repetitiva*: cuja frequência torna-se maior, de forma que o autor propõe reunir as condutas deste subtópico no que chamou de *Síndrome das Automutilações Repetidas (SAR)*.

A passagem das automutilações superficiais/moderadas impulsivas episódicas para as repetitivas não se configura a partir de um número fixo ou pré-determinado, mas de acordo com a relação entre o sujeito e seus comportamentos automutilatórios. Para que se configure a SAR, faz-se necessário que o paciente tenha preocupação exagerada em se fazer mal e que possua ainda relação de adição com as automutilações, de forma que não consiga resistir ao impulso de se automutilar. O início data da adolescência e costuma persistir por décadas, contendo períodos de maior ou menor frequência de atos automutilatórios. Como o autor considera a SAR uma síndrome relativa à esfera da impulsividade, outros comportamentos impulsivos podem aparecer como comorbidade: transtornos alimentares, abuso de substâncias e cleptomania são os mais frequentes, destacados por ele.

Para a proposta da SAR, Favazza (1987/2011) diz ter utilizado como base o modelo sindrômico de Pattison e Kahan (1983) e o aprimorado, criando uma síndrome mais específica, que afunila os comportamentos autoagressivos, levando em conta apenas os que contêm atos de automutilação. Da mesma forma que os anteriores, Favazza (1987/2011) tinha por objetivo ao descrever a SAR, a inclusão desta nova síndrome no DSM-IV, na esfera de Transtornos do controle de impulso não classificados.

Partindo da classificação das automutilações descrita por Favazza (1987/2011), podemos compreendê-las como fenômenos que podem pertencer a psicopatologias distintas, possuindo uma gama bastante ampla que vai de quadros clínicos da psicose aos quadros clínicos da neurose, passando pelos casos limites. Se, por um lado, a classificação do autor leva em conta a proposta de agrupar alguns tipos de automutilações como uma síndrome, por outro, ela abre caminho para observarmos o caráter *transnosográfico* da auto-

mutilação, uma vez que este fenômeno pode estar ligado a quadros psicopatológicos bastante distintos.

Segundo Favazza (1987/2011), para cada um dos três eixos de subdivisão nos quais ele encontra a presença de automutilações, há uma psicopatologia proeminente. No caso das automutilações maiores, nas quais há um dano físico mais grave resultante deste comportamento, o autor faz referência aos quadros psicóticos ou de intoxicação aguda por substâncias. Já nas automutilações estereotipadas, o enfoque está na repetição de um comportamento danoso que possui como característica principal a existência de um ritmo, que guia o movimento autoagressivo, e o autor coloca como paradigma o autismo e algumas síndromes metabólicas. Quando descreve as automutilações superficiais/moderadas, o autor faz referência a comportamentos que se aproximam dos quadros de neurose e dos casos limite.

Entretanto, quando o autor descreve a SAR ele observa que há um padrão de comportamento diferenciado envolvendo este fenômeno a ponto de propor uma síndrome, na direção de uma entidade nosográfica própria. Dessa forma, mesmo que as automutilações estejam presentes em quadros variados, exibindo seu caráter transnosográfico, é importante ressaltar a existência de um aglomerado de sinais e sintomas observados por alguns autores que vão configurar, a partir de comportamentos específicos automutilatórios, o nascimento de uma categoria nosográfica própria das automutilações.

### Da psiquiatria à psicanálise

Na visão da psicanálise, a automutilação também não possui uma homogeneidade enquanto conceito, nem em relação à nomenclatura, nem ao que se refere à compreensão do fenômeno. Os autores apresentam ideias e entendimentos variados sobre o assunto, com algumas coincidências. Importante ressaltar que, também nesta área, existe a ideia de que estas condutas podem ser encontradas, em sua maioria, contendo uma relação com quadros psicopatológicos mais graves, como o autismo e a psicose, ou sofrimentos e mudanças advindos de outros quadros clínicos ou de períodos específicos da vida, tal como a adolescência, reforçando o caráter transnosográfico das automutilações apontado anteriormente.

À luz de um contexto histórico, menções sobre a temática das automutilações também surgem nos escritos da psicanálise desde seus primórdios, com o próprio Freud (1901/1996). O autor faz alusão aos comportamentos automutilatórios diferenciando-os do suicídio. Apesar de não se aprofundar na temática das automutilações, ele classifica este fenômeno como parte dos atos casuais. Estes seriam atos que trazem prejuízos para o sujeito, contendo uma motivação inconsciente, no entanto, seriam munidos, também, de uma intenção consciente e deliberada. Nos casos descritos, Freud narra supostos “acidentes” nos quais ele acredita ter havido uma

intenção consciente (e inconsciente) de se machucar e faz uma ligação entre esta motivação e um caráter punitivo do ato em questão.

Para além dessa descrição, Freud (1901/1996) aponta ainda para outra problemática presente: a autodestruição como campo ampliado. Mesmo sem possuir ainda o conceito de pulsão de morte, o autor aponta para uma tendência à autodestruição que está presente na grande maioria das pessoas, mesmo dentre aquelas que não vão pôr em prática nenhuma conduta auto lesiva. Ele diz que tal conduta não é rara, ao contrário, e que a automutilação pode ser compreendida como um compromisso entre este movimento de destruição e outras forças que se opõem a ele.

Nos escritos de Menninger (1938/1970), psiquiatra e psicanalista já citado anteriormente, encontramos os primórdios de uma discussão que leva em conta o segundo dualismo pulsional freudiano. O autor compreende os diferentes tipos de autodestruição como formações de compromisso existentes entre a pulsão de morte e as pulsões de vida, com o intuito de evitar o colapso psíquico que poderia levar ao suicídio propriamente dito. O objetivo final seria o de manter a pessoa viva, mesmo que, para isso, ela precise lesionar a si mesma, voltando a destrutividade para uma parte de seu próprio corpo. Nesse sentido, o autor menciona a existência de uma “autodestruição autopreservadora” (p. 21). Haveria, nesses casos, o intuito deliberado de se fazer mal dentro de uma situação específica: ferir uma parte de seu próprio corpo para a proteção da vida como um todo. De acordo com o autor, o mesmo objetivo de sobrevivência estaria presente nas situações de automutilação.

Essa discussão apresentada abre espaço para pensarmos na dimensão do paradoxo existente nos atos de automutilação. Em consonância com Dargent e Matha (2011), acreditamos se tratar de um fenômeno que comporta, ao mesmo tempo, duas dimensões aparentemente contrárias: se, por um lado, podemos entendê-lo como efeito e destino de uma destrutividade que se volta para o próprio corpo, por outro lado, podemos também compreendê-lo como um ato a serviço da vida, uma vez que preserva a existência do sujeito. Dessa forma, pulsão de morte e pulsões de vida encontram-se entrelaçadas e costuradas por uma precária amarração que permite alguma saída, mesmo que radical, frente a um sofrimento psíquico que pode levar a um colapso psíquico e/ou à decisão de encerrar a própria vida.

Similar ao conteúdo classificatório abordado por psiquiatras como Ross e McKay (1979) e Pattison e Kahan (1983), vemos, também na psicanálise, um movimento de alocar as automutilações em uma categoria maior de autodestruição: o fenômeno se caracterizaria como uma forma pela qual o sujeito tenta expressar seu sofrimento destrutivo como formação de um compromisso para manter-se vivo. Independentemente da faixa etária ou do quadro psicopatológico destes sujeitos, um dos temas abordados pela psicanálise, que vai

ao encontro da abordagem psiquiátrica, acerca das condutas de automutilação, é em relação ao potencial de destrutividade contido nestes atos *versus* uma fagulha de vida.

### **Síndrome x sintoma: o estatuto das automutilações**

Desde o início da construção de classificações sobre as automutilações, percebemos que uma das grandes questões que se coloca para os pesquisadores é sobre o estatuto do fenômeno. Trata-se apenas de um sintoma, prevalente em diferentes quadros clínicos, ou estaríamos falando de uma síndrome, entidade clínica diferenciada que afunila e congrega outros comportamentos? De acordo com Dalgarrondo (2008), uma síndrome pode ser definida como um “conjunto de sinais e sintomas que se agrupam de forma recorrente e são observadas na prática clínica diária” (p. 301). A partir desta definição, podemos seguir com a reflexão acerca do estatuto das automutilações, discutindo algumas classificações existentes ao longo da história do fenômeno.

Apesar do termo *síndrome* já ter aparecido com a Síndrome da Escarificação Delicada de Pao na década de 1960, é apenas a partir da década de 1980, com Pattison e Kahan e com Armando Favazza, que começa a haver uma tentativa de mudança no modo de compreender a prática das automutilações dentro da psiquiatria. Mesmo não havendo um consenso entre os diferentes pesquisadores do fenômeno, a partir de 1980 observamos o crescimento no número de pesquisas nas quais a automutilação é considerada como um fenômeno próprio de uma entidade clínica separada, englobando outros sinais e sintomas.

Na contramão desta tentativa de singularização das automutilações, os manuais classificatórios não a apresentavam, até pouquíssimo tempo atrás, como uma síndrome ou entidade nosográfica separada de outras doenças, classificando tais comportamentos apenas na forma de sintomas, espalhados por diferentes psicopatologias. Segundo Gicquel e Corcos (2011), a principal questão, até hoje, é a de saber se devemos agrupar os comportamentos automutilatórios como uma entidade clínica autônoma e separada ou como parte integrante, na forma sintomática, de síndromes e transtornos clínicos variados.

No manual de *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* de Dalgarrondo (2008), encontramos a automutilação como uma alteração na esfera da vontade e da psicomostricidade, mais especificamente no item *Impulsos e compulsões agressivas auto ou heterodestrutivas*, descrita como:

o impulso (ou compulsão) seguido de comportamento de autolesão voluntária. São pacientes que produzem escoriações na pele e nas mucosas, furam os braços com pregos e pedaços de vidro, arrancam os cabelos (tricotilomania), etc. As automutilações leves e moderadas são observadas em indivíduos com transtorno de personalidade borderline, naqueles com transtorno obsessivo-compulsivo e em alguns deficientes mentais. As formas

mais graves de automutilação em psiquiatria são a auto-enucleação (extração do próprio olho) e a auto-amputação do pênis, que ocorrem em pacientes psicóticos, geralmente esquizofrênicos em estado alucinatório-delirante e indivíduos com psicoses tóxicas, produzidas por alucinógenos. (p.179)

Esta definição parece levar em conta a ideia de autores como Favazza (1987/2011) e Pattison e Kahan (1983), que classificam um grande espectro de comportamentos e psicopatologias dentro da seara das automutilações. Apesar dos termos não serem exatamente os mesmos, o manual leva em conta a existência de automutilações leves, moderadas e graves e as relaciona com diferentes quadros psicopatológicos, de forma bastante similar às definições de Favazza (1987/2011) acerca das automutilações maiores, estereotipadas e superficiais.

É importante ressaltar que, mesmo antes de as automutilações adquirirem um estatuto mais próximo do sindrômico em nossos manuais classificatórios, elas já se encontravam ali presentes há bastante tempo, porém apareciam de forma dispersa e fragmentada, passando por vezes despercebidas, em diversas categorias diagnósticas. Interessante percebermos como, ao longo do tempo, estes comportamentos que apareciam dispersos vão se configurando lentamente, de forma a convergir no surgimento de síndromes e/ou transtornos mais organizados e autônomos que levam no centro as automutilações.

De acordo com a décima edição da Classificação Internacional de Doenças, o CID 10 (Organização Mundial de Saúde [OMS], 1993/2011), podemos encontrar os comportamentos automutilatórios citados de forma indireta ao longo do manual, como sintomas possivelmente presentes em quatro grandes categorias:

1) Transtornos de personalidade e de comportamentos em adultos:

a. F60.31 Transtorno de personalidade emocionalmente instável do tipo *borderline*:

Uma propensão a se envolver em relacionamentos intensos e instáveis pode causar repetidas crises emocionais e pode estar associada com esforços excessivos para evitar abandono e uma série de ameaças de suicídio ou atos de *autolesão* (embora estes possam ocorrer sem precipitantes óbvios). (OMS, 1993/2011, p. 200-201, grifos nossos)

b. F63.3 Tricotilomania:

“Um transtorno caracterizado por notável perda de cabelo devido a uma falha recorrente de resistir a impulsos de arrancá-lo. O *arrancar de cabelos* é usualmente precedido por tensão crescente e seguido por uma sensação de alívio ou satisfação” (OMS, 1993/2011, p. 209, grifos nossos).

2) Transtornos do desenvolvimento psicológico (F80-F89):

a. F84.0 Autismo infantil:

Em adição a esses aspectos diagnósticos específicos, é frequente a criança com autismo mostrar uma série de outros problemas não específicos tais como medo/fobia, perturbações de sono e alimentação, ataques de birra e agressão. *Autolesão* (p. ex., morder o punho) é bastante comum, especialmente quando há retardo mental grave associado. (OMS, 1993/2011, p. 248, grifos nossos)

3) Transtornos emocionais e de comportamento com início usualmente ocorrendo na infância e adolescência (F90-98):

a. F98.4 Transtorno de movimento estereotipado:

Movimentos voluntários repetitivos, estereotipados, não funcionais (com frequência rítmicos) que não fazem parte de nenhuma condição neurológica ou psiquiátrica reconhecida. (...) Movimentos estereotipados autoagressivos incluem: *golpear a cabeça repetidamente, dar tapas no rosto, enfiar o dedo nos olhos, morder as mãos, lábios ou outras partes do corpo*. (OMS, 1993/2011, p. 282, grifos nossos)

4) X60-X84 – Autolesão intencional:

“envenenamento ou lesão autoinfligida propositalmente” (OMS, 1993/2011, p. 295), que incluem, além do envenenamento, atos como autolesão causada por objeto cortante, enforcamento, tentativa de afogamento etc.

A quinta edição do *Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, o DSM-5 (APA, 2014), também aponta comportamentos automutilatórios como sintomas possivelmente presentes dentro de outros transtornos, assim como o CID-10. Boa parte destes transtornos coincide com a Classificação Internacional de Doenças, de forma que são correspondentes o Transtorno do Espectro Autista 299.00 (F84.0), a Tricotilomania 312.39 (F63.3) e o Transtorno de Movimento Estereotipado 307.3 (F98.4). No Transtorno da Personalidade *Borderline* 301.83 (F60.3), o DSM-5 vai além do CID-10 e aponta a automutilação como um dos critérios diagnósticos para o transtorno: “5) Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento auto mutilante” (APA, 2014, p. 663).

Para além dos transtornos citados com correspondência no CID-10, o DSM-5 aponta ainda uma nova categoria na qual a automutilação aparece com lugar privilegiado: o Transtorno de Escoriação (*Skin-picking*) 698.4 (L98.1). Este transtorno é marcado por comportamento recorrente de beliscar a própria pele, de forma a provocar lesões cutâneas:

Podem beliscar pele saudável, irregularidades menores na pele, lesões como espinhas ou calosidades ou cascas de lesões anteriores. A maioria das pessoas belisca com as unhas, embora muitas usem pinças, alfinetes ou outros objetos. Além de beliscar a pele, pode haver comportamentos de esfregar, espremer e morder. Os indivíduos



com transtorno de escoriação frequentemente passam quantidades significativas de tempo em seu comportamento de beliscar, às vezes várias horas por dia, e esse comportamento pode durar meses ou anos. (p.254-255)

Até o momento, os manuais classificatórios vinham apresentando as automutilações de forma fragmentada, como possíveis sintomas integrantes de transtornos clínicos diversos. Entretanto, o DSM-5 traz uma novidade relativa à classificação das automutilações. Gostaríamos de lançar luz sobre uma discussão proposta no final do manual, no item *Condições para estudos posteriores*. Este capítulo é reservado para apresentar conjuntos de critérios para os quais são encorajadas futuras pesquisas com a finalidade de os itens descritos serem incluídos nas próximas edições do DSM.

Nesta seção, encontramos a descrição de um transtorno chamado *Autolesão Não Suicida*, em inglês *Non-Suicidal Self-Injury* (NSSI). Pela primeira vez, nos manuais, as automutilações aparecem como fenômeno que possui autonomia própria. Sabemos que ambas as formas são encontradas na literatura desde o princípio de seus estudos, mas esse novo transtorno incluído no Manual marca uma diferença na forma de compreender o fenômeno.

A nomenclatura NSSI vem sendo bastante utilizada em artigos sobre o assunto, especialmente nos países de língua inglesa. Sua definição é a seguinte:

o comportamento repetido do próprio indivíduo de infligir lesões superficiais, embora dolorosas, à superfície do seu corpo. [...] Os ferimentos infligidos podem se tornar mais profundos e mais numerosos. A lesão é mais frequentemente infligida com uma faca, agulha, lâmina ou outro objeto afiado. Locais comuns para lesão incluem a área frontal das coxas e o lado dorsal do antebraço. Uma única sessão de lesão pode envolver uma série de cortes paralelos superficiais - separados por 1 ou 2 centímetros - em um local visível ou acessível. Os cortes resultantes com frequência irão sangrar e eventualmente deixarão um padrão de cicatrizes característico. Outros métodos utilizados incluem fincar uma agulha ou faca de ponta afiada em uma área, em geral na parte superior do braço; infligir uma queimadura superficial com a ponta de um cigarro aceso; ou queimar a pele esfregando repetidamente uma borracha. (APA, 2014, p. 804)

De acordo com o Manual, há um dano intencional auto infligido à superfície do corpo, porém não há, neste comportamento, a presença de ideação suicida. O indivíduo espera que a lesão gere somente um dano físico menor ou moderado, não ocorrendo o óbito. A autolesão também deve cumprir o critério de não ser socialmente aceita, como são, por exemplo, os *piercings* e as tatuagens. De acordo com o Manual, as expectativas com a autolesão seriam: 1) Obter alívio de um estado de sentimento ou de cognição negativos; 2) Resolver uma dificuldade interpessoal; ou 3) Induzir um estado de sentimento positivo.

Diferentemente do que vínhamos observando até este momento nos manuais classificatórios, o DSM-5 propõe classificarmos as automutilações (*Autolesão Não Suicida*) como futura entidade nosográfica separada de outros transtornos, conferindo a elas o estatuto de entidade clínica autônoma. Na mesma direção de alguns autores citados anteriormente, como Favazza (1987/2011), Pattison e Kahan (1983), Pao (1969) e Rosenthal et al. (1972), o DSM-5 corrobora com a ideia de pensarmos as automutilações não apenas como sintomas que podem ocorrer em transtornos variados, mas com um corpo próprio.

De maneira geral, podemos compreender que o fenômeno das automutilações existe de forma recorrente na clínica em suas duas formas: fragmentada, corroborando com a ideia de um fenômeno transnosográfico e plural; autônoma, com características próprias que convergem para uma compreensão mais sindrômica deste comportamento, na direção de alcançar uma classificação nosográfica enquanto transtorno psiquiátrico. Uma forma de aparecimento não invalida e nem enfraquece a outra. Ambas são possíveis e podem ser compreendidas dentro de suas limitações teóricas.

Mesmo reconhecendo o esforço realizado para clarificar o solo das automutilações, sabemos que a proposta desses manuais é a de apresentar uma classificação descritiva, que não fornece possíveis motivações nem compreensão das problemáticas subjacentes a esses fenômenos. Se, por um lado, é importante concordarmos sobre a definição acerca do campo de estudos escolhido, por outro, faz-se ainda necessário maior exploração sobre o tema no que diz respeito às causas e consequências dessas práticas. A construção de uma categoria nosográfica não deve aprofundar as etiologias por trás dos adoecimentos por se tratar de uma descrição metódica das doenças, permitindo descrever quadros clínicos enquanto categorias psicopatológicas generalizáveis (Figueiredo & Tenório, 2002), decupando o caminho traçado pela construção do reconhecimento de um adoecimento/sofrimento enquanto doença ou transtorno.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente artigo, realizamos uma apresentação histórica das automutilações enquanto um conceito que vem sendo construído pelo campo da psiquiatria desde o séc. XIX, acrescido de contribuições da psicanálise a partir de seus primórdios, abrindo caminho para a compreensão da complexidade dos estudos sobre o tema. Na direção da construção de uma categoria nosográfica possível, compreendemos que o fenômeno das automutilações existe de forma recorrente na clínica em ambas as formas, destacando o caráter transnosográfico do fenômeno. Apostamos na ideia de que uma forma de aparecimento não invalida e nem enfraquece a outra. Ambas são possíveis, estão presentes na clínica, e podem ser compreendidas dentro de suas limitações teóricas.

## FINANCIAMENTO

O trabalho contou com o apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES (Bolsa de Doutorado – Programa de Demanda Social e Bolsa de Doutorado Sanduíche no Exterior – Edital nº 47/2017).

## DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

A autora declara que não há conflitos de interesse no manuscrito submetido.

## REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5a. ed.). Artmed.
- Araujo, L. (2005). *Tatuagem, piercing e outras mensagens do corpo*. Cosac Naify.
- Burešová, I. (2016). Self-harm classification system development: theoretical study. *Review of Social Sciences*, 1(4), 13-20. <https://doi.org/10.18533/rss.v1i4.21>
- Cidade, N. & Zornig, S. (2020). Automutilações na adolescência: reflexões sobre o corpo e o tempo. *Estilos da Clínica*, 26(1), 129-144. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v26i1p129-144>
- Dalgalarondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Artmed.
- Dargent, F. & Matha, C. (2011). *Blessures de l'adolescence*. PUF.
- De Luca, M.; Bonnichon, D. & Marty, F. (2012). Les scarifications à l'adolescence: un équivalent suicidaire? *La psychiatrie de l'enfant*, 55(2), 637-678. <https://doi.org/10.3917/psy.552.0637>
- Favazza, A. (2011). *Bodies under siege: self-mutilation, non-suicidal self-injury, and body modification in culture and psychiatry* (3a ed.). John Hopkins University Press. (Trabalho original publicado em 1987)
- Feldman, M. D. (1988). The challenge of self-mutilation: a review. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 252-69. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(88\)90048-X](https://doi.org/10.1016/0010-440X(88)90048-X)
- Figueiredo, A. C. & Tenório, F. (2002). O Diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 5(1), 29-43. <https://doi.org/10.1590/1415-47142002001004>
- Freud, S. (1996). Sobre a psicopatologia da vida cotidiana. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 6, pp. 12-272). Imago. (Trabalho original publicado em 1901)
- Gicquel, L. & Corcos, M. (2011). *Les automutilations à l'adolescence*. Dunod.
- Giusti, J. S. (2013). *Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo* [Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo].
- Lorthiois, M. M. (1909). *De l'automutilation: mutilations et suicides étranges*. Vigot Frères.
- Menninger, K. (1970). *Eros e tânatos: o homem contra si próprio*. Ibrasa. (Trabalho original publicado em 1938)
- Narjisse, K. (2014). *Les automutilations en psychiatrie: étude descriptive de 12 mois* [Monografia apresentada para obtenção de diploma em Psiquiatria, Université Sidi Mohammed Ben Abdallah].
- Nock, M. K. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339-363. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
- Organização Mundial de Saúde. (2011). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1993)
- Pattison, E. M. & Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 140(7), 867-872. <https://doi.org/10.1176/ajp.140.7.867>
- Pao, P-N. (1969). The syndrome of delicate self-cutting. *British Journal of Medical Psychology*, 42, 195-206. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1969.tb02071.x>
- Pommereau, X. (2006). Les violences cutanées auto-infligées à l'adolescence. *Enfances & Psy*, 3(32), 58-71. <https://doi.org/10.3917/ep.032.0058>
- Pommereau, X.; Brun, M. & Moutte, J-P. (2009). *L'adolescence scarifiée*. L'Harmattan.
- Richard, B. (2005). Les comportements de scarification chez l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 53, 134-141. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2005.01.008>
- Rosenthal, R. J.; Rinzler, C.; Wallsh, R. & Klausner, E. (1972). Wrist-cutting syndrome: the meaning of a gesture. *American Journal of Psychiatry*, 128(11), 1363-1368.
- Ross, R. R. & McKay, H. B. (1979). *Self-mutilation*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Scaramozzino, S. (2004). Pour une approche psychiatrique de l'automutilation: implications nosographiques. *Champ Psy*, 4(36), 25-38, 2004. <https://doi.org/10.3917/cpsy.036.0025>
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531-554. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(97\)00105-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(97)00105-0)
- Walsh, B. W. & Rosen P. (1988). *Self-mutilations: theory, research and treatment*. Guilford Press.
- Whitlock, J. (2010). Self-injurious behavior in adolescents. *PLoS Med* 7(5), 1-4. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000240>

Data de submissão: 31/07/2022  
Primeira decisão editorial: 01/03/2023  
Aceite: 26/06/2023