

# Conduas autolesivas: uma leitura pela Teoria do Apego

## Self-harm and attachment

Gláucia Mitsuko Ataka da Rocha<sup>1</sup>

**Resumo:** O campo de estudo das condutas autolesivas é promissor e tem sido de interesse de diferentes pesquisadores no cenário nacional e internacional. Há muito a definir a fim de que se chegue a um consenso e se construa um corpo de conhecimento mais organizado. O objetivo deste artigo é propor a compreensão das condutas autolesivas a partir de um modelo integrativo, associado à perspectiva da formação dos vínculos afetivos, da Teoria do Apego. Por meio dessa perspectiva é possível articular o risco intra e interpessoais à vulnerabilidade aos eventos estressores e à resiliência.

**Palavras-chave:** apego, comportamentos autodestrutivos, autodano.

**Abstract:** The research field of the self-harm is promising e it has been interesting to many international or national researchers in different fields. There are many questions to define as a consensual matter. The objective of this paper is offer a comprehension of the self-harm behavior from an integrative model associated to an attachment perspective of the Attachment Theory. By this point of view, it is possible to obtain a more detailed vision of the intrapersonal risk and interpersonal risk, vulnerability to stressors events, and resilience.

**Keywords:** attachment, self destructive behavior, self injury.

---

<sup>1</sup> Pós doutoranda no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Doutora em Psicologia e Mestre em Psicologia Clínica, com treinamento no Interpersonal Psychotherapy Institute, EUA. Coordena o Curso de Formação em Psicoterapias Breves Psicodinâmicas e trabalhou muitos anos na formação de Psicólogos, especialmente nas áreas de pesquisa e estágios específicos. gmarocha@gmail.com

# Conduas autolesivas: uma leitura pela Teoria do Apego

## Self-harm and attachment

Gláucia Mitsuko Ataka da Rocha

O suicídio tem sido tema de destaque tanto no meio acadêmico quanto nas mídias sociais. Ao mesmo tempo em que na pesquisa científica percebe-se o aumento de estudos sobre qualidade da vida das pessoas em diversas situações e em diferentes fases da vida, sofre-se o impacto da morte das pessoas que não encontram na vida um sentido e experimentam-na como uma dor insuportável.

Segundo relatório publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002), as mortes por suicídio são apenas uma parte do problema, ou a mais visível, pois há aquelas pessoas que tentam o suicídio e sobrevivem e ainda outras que apresentam sérias condutas autolesivas. Ao adotar uma perspectiva ampla, a OMS definiu o suicídio como um ato de violência voltado à própria pessoa e o subdividiu em dois tipos: comportamento suicida e conduta autolesiva. O primeiro incluiu ideação suicida, tentativas de suicídio – também chamadas de ‘parasuicídio’ ou ‘prejuízo deliberado’ em alguns países – e o suicídio consumado. A conduta autolesiva, por seu lado, foi resumida em comportamentos de automutilação, por sua vez definidos por Favazza (1998) como a destruição ou alteração de partes do corpo, sem consciência da intenção suicida. Apesar da aparente clareza das definições acima, não há consenso na literatura científica sobre a terminologia a ser adotada para definir as condutas autolesivas e muito menos como se posicionar em relação à presença da intenção suicida, consciente ou inconsciente. Há, no entanto, um esforço no sentido de se delimitar o campo e encontrar definições mais operacionalizadas que possibilitem o desenvolvimento científico, como se verifica no trabalho de Claes e Vandereycken (2005).

Com relação à discussão sobre a terminologia adotada e sua descrição considera-se, neste trabalho, propositalmente, como temas sobre os quais não se debruçará. O objetivo aqui proposto é o de apresentar uma leitura das condutas autolesivas, contextualizada em um modelo explicativo amplo e integrativo sob a perspectiva dos vínculos afetivos, fundamentada na teoria do Apego. Assim sendo, adotou-se a terminologia proposta pela OMS.

Suyemoto (1998), a partir das características descritas na literatura, definiu a automutilação como um comportamento direto, socialmente inaceitável e repetitivo que causa de pequenos a moderados danos. Quando a pessoa está se automutilando, ela está em um estado psicológico perturbado, mas não está tentando suicídio ou agindo como resposta à necessidade de autoestimulação ou aos comportamentos estereotípicos característicos do autismo.

Como os estudos são controversos quanto à definição e aplicação do termo automutilação, há divergências quanto à prevalência. Além disto, Giusti (2013) aponta que a maioria dos estudos foi realizada com população de adolescentes e adultos jovens e pouco se sabe sobre a evolução e consequências desse comportamento ao longo do tempo. Nock (2010) foi mais assertivo ao revisar a literatura e afirma que, comumente, a automutilação inicia-se na adolescência e é mais prevalente em adolescentes e adultos jovens, o que justifica os estudos terem como população-alvo estes grupos. Ademais, destaca que é mais frequente ocorrer em situação privada com a utilização de um objeto afiado para cortar a pele ou pontiagudo para desenhar ou escrever sobre a superfície do corpo e que há variação tanto em relação à frequência quanto à severidade da automutilação entre as pessoas estudadas. Por estas características é possível compreender a dificuldade de se estimar com precisão a parcela da população que tem este tipo de conduta.

Skegg (2005) apresentou um quadro bem claro dos fatores de risco para a automutilação e alguns exemplos em cada categoria: a) Características demográficas – jovem, sexo feminino, desvantagem socioeconômica, orientação homossexual ou bissexual; b) Meio social e familiar – experiências adversas na infância, dificuldades interpessoais na adolescência; c) Transtornos psiquiátricos – depressão, uso de substâncias, transtornos

ansiosos, transtorno de personalidade; d) Características psicológicas – impulsividade, pouca capacidade para solução de problemas, memória autobiográfica pouco detalhada; e) Aspectos neurobiológicos e genéticos – vulnerabilidade herdada do sistema serotoninérgico; f) fatores situacionais – eventos de vida adversos, influência da mídia, conhecimento de que outras pessoas se automutilam, intoxicação; g) Doença física – epilepsia, HIV positivo. Como fatores protetores, destacou: a) Meio social e familiar – suporte social, atividades em família, afiliação religiosa e normas culturais; b) Transtornos psiquiátricos – tratamento com lítio para pessoas com transtorno bipolar; c) Características psicológicas – otimismo. No entanto, esse quadro não articula esses fatores à ocorrência das condutas autolesivas.

O risco de repetição dessas condutas e o suicídio posterior são altos. Mais de 5% das pessoas que procuraram hospitais após automutilação suicidam em um período de até 9 anos (Skegg, 2005). É importante destacar que casos menos severos de conduta autolesiva não chegam aos hospitais. Cooper et al. (2005) avaliaram e acompanharam 7968 pessoas que deliberadamente se mutilaram durante o período de setembro de 1997 à agosto de 2001. Desses, 15% repetiram o comportamento durante o prazo da pesquisa, 60 consumaram o suicídio, perfazendo uma taxa de 371 por 100.000 habitantes e 18,3% repetiram a automutilação antes do suicídio. O número de suicídios foi 34 vezes maior no grupo do que o esperado para a população em geral, 50 vezes maior para as mulheres e 29 vezes maior para os homens. O risco de suicídio no primeiro ano de acompanhamento foi de 0,5% (95% CI=0.4-0,8). A taxa de suicídio para todas as pessoas do grupo foi maior, nos primeiros seis meses de acompanhamento (562 por 100.000). Como fatores de risco para o suicídio, as mais fortes associações encontradas foram a) não viver com um parente próximo; b) evitar que o comportamento de automutilação fosse descoberto; c) automutilação anterior; d) uso indevido de álcool; e) distúrbios alimentares; f) presença de problemas legais. Foram encontradas associações com a utilização do método de cortar-se, tratamento psiquiátrico anterior, saúde física deteriorada ( $p < 0.1$ ).

Como métodos de automutilação Ross e Heat (2002), ao avaliarem 440 estudantes do ensino médio, encontraram com mais frequência, cortar-se, beliscar-se, arranhar-se, bater-se e queimar-se. Lloyd- Richardson, Perrine, Dierker & Kelley (2007) relataram que 46,5% ( $n=293$ ) dos adolescentes avaliados por eles utilizavam, mais frequentemente, os métodos de cortar-se, riscar a pele com objeto pontiagudo, bater-se e queimar-se. Segundo Skegg (2005), a autolesão é comumente utilizada para descrever uma ampla variedade de comportamentos e intenções que incluem bater-se, envenenar-se impulsivamente e cortar-se superficialmente, como resposta à tensão intolerável. (Skegg, 2005)

Há diversos modelos explicativos para as funções da automutilação. Em 1998, Suyemoto fez uma revisão da literatura e levantou diversos deles: ambiental, antissuicida, sexual, de regulação do afeto, da dissociação e dos limites. Em 2009, Nock (2010) apresentou um modelo integrativo que foi discutido mais amplamente em trabalho que articula conhecimento vindo das pesquisas sobre estresse, risco, vulnerabilidade e resiliência, além de propiciar a incorporação de teorias do desenvolvimento que expliquem a vulnerabilidade de certos indivíduos diante de situações de estresse e a resposta de automutilação como possibilidade de regulação afetiva, cognitiva e social.

### **Modelo Integrativo e a Teoria do Apego**

A partir desse ponto, pretende-se apresentar o modelo de Nock (2010) e associar à visão ampla proposta pelo autor, a teoria do Apego, a partir da qual se pode compreender como as falhas no processo de regulação afetiva, cognitiva e social ocorrem ao longo do desenvolvimento infantil.

O modelo de Nock (2010) está fundamentado em três grandes pontos: 1) a automutilação é repetida, pois funciona como um método de regulação afetiva, cognitiva e social; 2) o risco de automutilação aumenta em decorrência de fatores que predispõem as

peças a terem dificuldades de regulação afetiva, cognitiva e social, como por exemplo, hiperativação física em resposta a eventos estressores, habilidades sociais e verbais pobres. Por sua vez, estes fatores de risco também aumentam a possibilidade de ocorrência de comportamentos maladaptativos, como por exemplo, abuso de drogas, uso de álcool, que comumente estão associados à automutilação; 3) o risco de escolha da automutilação, em vez de outros comportamentos maladaptativos, é feita em função de diversos fatores, como por exemplo, desejo de autopunição, por aprendizagem social.

O modelo pressupõe a existência de fatores de risco distais (predisposição genética para alta reatividade emocional e cognitiva, abuso e maus-tratos na infância, desaprovação e hostilidade familiar). Exposta a estes fatores de risco, a criança estaria vulnerável tanto no âmbito intrapessoal (emoções e cognições altamente aversivas, baixa tolerância ao estresse) quanto no interpessoal (déficit nas habilidades de comunicação e capacidade de solução de problemas). Diante de situações de estresse, estas vulnerabilidades levariam a pessoa a dar certos tipos de resposta, com excitação excessiva ou muito baixa ou senso de falta de controle das demandas sociais. Como maneira de regular afetiva, cognitiva e socialmente essas demandas, a pessoa escolheria um ou mais métodos de automutilação a partir de experiências diversas: a) por aprendizagem social; b) necessidade de autopunição; c) como um sinal social; d) por pragmatismo; e) por analgesia à dor; f) por identificação implícita.

Partindo do modelo acima, propõe-se que os fatores distais relativos às condições em que a criança é cuidada sejam explicados pelo desenvolvimento dos vínculos afetivos entre ela e o cuidador principal. A Teoria do Apego (Bowlby, 1969/2002, 1973/1993, 1980/2004), é aplicada, portanto, para explicar a relação entre fatores distais, vulnerabilidade intra e interpessoal na qual a conduta autolesiva funciona como um meio de regulação afetiva, cognitiva e social. Farber (2005, 2008) foi uma das autoras a propor a compreensão da automutilação a partir da teoria do Apego, entendendo que os comportamentos de automutilação comumente têm origem no vínculo desorganizado que a criança faz com aquelas pessoas que lhe infligem dor e sofrimento e que, a partir da internalização deste tipo de vinculação, infligem dor e sofrimento a elas mesmas, por dissociação.

Os estilos de vínculo ou de apego originam-se em experiências precoces, nas quais os bebês vivenciam as primeiras experiências relacionais com seus cuidadores principais. Assim que nascem, os bebês desenvolvem comportamentos de ligação que têm por objetivo alcançar ou manter a proximidade com outro indivíduo diferenciado e preferido (figura de apego). Para Bowlby (1969/2002), esses comportamentos tornam-se padrões de relacionamento bastante evidentes nos primeiros anos da infância, caracterizam os seres humanos durante toda a vida e têm como uma de suas particularidades o envolvimento emocional (Fralely, Waller & Brennan, 2000; Coan, 2010).

A teoria proposta por Bowlby (1969/2002, 1973/1993, 1980/2004) associou observações sobre o comportamento de apego de crianças às pesquisas empíricas realizadas na década de 50 sobre desenvolvimento infantil e etologia e teve forte influência dos trabalhos de Konrad Lorenz (Obegi & Berant, 2009). A perspectiva etológica desta teoria derivou do conhecimento de que o comportamento de apego seria característico dos mamíferos. Segundo esta perspectiva, esses comportamentos são sistemas inatos em humanos, têm por função garantir a proximidade com outros humanos importantes em momentos de estresse (Bowlby, 1969/1983), garantem a sobrevivência da criança e o desenvolvimento ótimo, tanto social quanto emocional e cognitivo (Insel & Young, 2001). A busca pela proximidade em relação ao cuidador é uma importante característica que será a responsável pelo desenvolvimento dos vínculos afetivos entre a criança e as demais pessoas de sua convivência. Uma premissa central da teoria de Bowlby é a de que a seleção natural favoreceu crianças que se tornaram vinculadas a seus cuidadores, porque estimulavam a resposta de proteção do cuidador em situação de perigo e diante dos predadores (Rholes & Simpson, 2004).

Do ponto de vista do desenvolvimento do afeto, Lewis (2008) destaca que dois

estados emocionais básicos são inatos: um negativo e outro positivo. Destes, subsequentes estados emocionais se diferenciam a partir da interação entre mãe e bebê e o processo de maturação. Panksepp (2008), com base no conhecimento derivado de estudos com animais e humanos, defende que todos os processos psicológicos são dependentes de processos cerebrais biofísicos e trabalham em conjunto com o corpo, o meio e a cultura. Dessa maneira, a experiência afetiva seria uma função que emerge de complexas redes neurodinâmicas, intimamente conectadas ao corpo e, por este, ao mundo. Processos afetivos primários originam-se de complexas redes neuronais que fornecem ferramentas intrínsecas do cérebro/mente para auxiliar os animais na tarefa de sobrevivência. Evolutivamente, os organismos competem por recursos que garantam a sua sobrevivência e, se não houvesse competição, as redes neuronais que geram os afetos provavelmente não existiriam. Com o aumento das exigências competitivas, novas escolhas foram exigidas e os afetos podem ter sido a possibilidade heurística ideal para a efetiva tomada de decisão. Os cérebros mais competitivos desenvolveram heurísticas afetivas – que são biológicas, neuronais, mas com fortes conexões corporais e culturais – para facilitar a tomada de decisão rápida em benefício do indivíduo e do grupo. Um exemplo é a capacidade de empatia, que pode ter proporcionado a sobrevivência de grupos (Waal, 2009).

Assim sendo, os afetos são funções cerebrais e sua infraestrutura mais importante é neuronal. Sentimentos instintivos (ferramentas básicas à sobrevivência) possivelmente apresentam-se como conhecimento básico para o aparato cognitivo. O aumento de sentimentos positivos, de diversos tipos, informa ao aparato cognitivo que o organismo tem grandes chances de ter sua sobrevivência facilitada. Diversos sentimentos negativos informam ao aparato cognitivo que há, possivelmente, uma ameaça à sobrevivência. Portanto, a primitiva capacidade de experimentar dor pode ter aberto a possibilidade de gerar outros sentimentos negativos como, por exemplo, estresse após a separação, os quais proporcionaram a experiência de luto e solidão (Panksepp, 2008).

Esses sentimentos são diferenciados a partir das primeiras experiências do bebê com seu próprio corpo e no relacionamento com o cuidador principal. Neste relacionamento, a criança elabora modelos internalizados de crenças acerca do Eu e das outras pessoas importantes para elas, dependendo de como as pessoas respondem a ela. Ao longo de sua vida, as representações mentais resultantes destes primeiros relacionamentos importantes funcionarão como modelos de funcionamento mental, com base nos quais os indivíduos se envolverão em outras experiências interpessoais. A este padrão relacional pode-se denominar estilo de apego. Estas representações têm importante função na maneira como o indivíduo interpreta e atua em contextos sociais diversos como, por exemplo, com amigos e com o par romântico, na vida adulta (Fraley, Waller & Brennan, 2000, Fraley, Hefferman, Vicary & Brumbaugh, 2011).

A partir dos estudos empíricos iniciais realizados por Mary Ainsworth sobre vínculos afetivos em crianças, foi descrita a primeira tipologia dos estilos de vinculação que apresentava três padrões distintos de vínculo ou de representação dos relacionamentos: seguro, ansioso e evitativo, em categorias distintas. Modelos mais recentes (Brennan, Clark & Shaver, 1998) propuseram que os padrões de vínculos afetivos em adultos sejam organizados em duas dimensões, a partir das quais são descritos em termos de diferenças de grau e não de categorias: 1) **vínculo ansioso**, definido como ausência de segurança em relação aos vínculos afetivos, forte necessidade de estar próximo das pessoas significativas, preocupações com os relacionamentos e medo de ser rejeitado; 2) **vínculo evitativo**, definido como ausência de segurança em relação aos vínculos afetivos; autoconfiança compulsiva e preferência por manter distância de outras pessoas. Neste espaço bidimensional, o **vínculo seguro**, por exemplo, se encontraria na região em que vínculo ansioso e evitativo são baixos.

Schore e Schore (2008) e Coan (2010) defendem a ideia de que, na leitura contemporânea da teoria do Apego, é central o entendimento do processo de regulação do afeto nos relacionamentos interpessoais, baseado nos conhecimentos advindos das

neurociências. Ao nível mental, o sistema de apego estabelece um relacionamento interpessoal que ajuda o cérebro imaturo da criança a utilizar as funções maduras dos cérebros dos pais para organizar os processos regulatórios. As interações face-a-face, tocar, olhar para criança são especialmente importantes a fim de delinear o córtex frontal orbital direito, envolvido no desenvolvimento dos vínculos afetivos e na regulação de estados do corpo como a fome, o sono, os batimentos cardíacos, temperatura e hormônios do crescimento (Farber, 2005, 2008).

Estas interações são a base do desenvolvimento da mentalização, ou seja, a capacidade de inferir e representar estados mentais de outras pessoas, que é exclusivamente humana. A função primária da mentalização é possibilitar que as pessoas possam interpretar e prever as ações dos outros de maneira rápida e eficiente, em uma variada gama de situações competitivas e cooperativas. No transtorno de personalidade *borderline*, por exemplo, quando a excitação emocional aumenta há uma troca dos sistemas corticais para os sistemas subcorticais, da mentalização controlada, para a automática. Haveria uma tendência à superativação do sistema de apego, possivelmente associado a experiências traumáticas, talvez por um dos caminhos deficitários de mentalização nesses pacientes (Fonagy et al., 2010).

Quando essas interações são perturbadas, são internalizadas como representações dos relacionamentos e mais tarde manifestadas como falhas na regulação dos afetos. É importante notar que esses modelos internalizados têm um caráter afetivo e outro cognitivo que servirão como leitura para os relacionamentos futuros e em resposta às demandas sociais. O desenvolvimento de habilidades sociais e de solução de problemas sociais é comprometido por modelos, que têm em sua estrutura, expectativas negativas em relação aos outros e à própria pessoa. Além disso, o contato com os afetos, surgidos nos relacionamentos interpessoais, e no contato consigo mesma, a pessoa experimenta aversão, pois as emoções e cognições são negativas. Dificuldades no desenvolvimento de um padrão de vínculo seguro podem reduzir a resiliência em momentos de estresse e contribuir para o desenvolvimento de problemas emocionais e pobre ajustamento (Mikulincer & Shaver, 2007).

Diversas formas de expressão de dificuldades emocionais e perturbações da personalidade podem ocorrer no caso de haver experiências traumáticas no estabelecimento de vínculos importantes no início da vida (Bowlby, 1969/1983). Dozier, Stovall-McClough e Albus (2008) em revisão da literatura sobre a teoria do apego e psicopatologia, evidenciaram a ligação entre as estratégias de vinculação na infância à psicopatologia no adulto, especificamente aos transtornos do humor, transtornos ansiosos, distúrbios alimentares, esquizofrenia e transtornos de personalidade *borderline* e antissocial. Nesse sentido, Eppel (2005) trabalha com a hipótese de que o transtorno de personalidade *borderline*, por exemplo, seja um distúrbio psicobiológico de regulação das emoções, determinado por fatores genéticos e interpessoais - dentre estes o padrão de vínculos estabelecido na infância. Transtorno no qual as condutas autolesivas são comuns. Para Bateman e Fonagy (2005) o desenvolvimento do *self* ocorre no contexto de regulação dos afetos nos relacionamentos interpessoais e a desorganização do sistema de vinculação resulta da desorganização da estruturação do *self*. Pessoas com estilo de vinculação inseguro seriam mais propensas à depressão que aquelas com estilo evitativo, talvez porque, diante de situações de estresse, elas tendam a ter percepções e reações comportamentais que precipitem, sustentem ou até exacerbem os sintomas depressivos (Simpson & Rholes, 2004)

Castilho, Gouveia e Bento (2010) realizaram pesquisa sobre conduta autolesiva e a contribuição da autodesaprovação e da vergonha interna para a patoplastia com 81 adolescentes, sendo 41 sem psicopatologia e conduta autolesiva, 22 com algum tipo de psicopatologia e 19 com psicopatologia e comportamento autolesivo. Os resultados encontrados indicaram que os adolescentes com conduta autolesiva apresentaram índices elevados de autodesaprovação, vergonha interna e dissociação, estabeleciam com o grupo social uma vinculação insegura e de pouca proximidade e apresentavam mais sintomatologia

depressiva.

Mello et al. (2010) referem que os estudos de correlação entre trauma na infância e psicopatologia na vida adulta abrangem uma ampla gama de desfechos, desde dificuldades no funcionamento psicológico a alterações biológicas. Schoedl et al. (2010) investigaram a relação entre idade do abuso sexual relatado e o desenvolvimento de estresse pós-traumático e/ou sintomas depressivos e os resultados indicaram que há dez vezes mais risco de desenvolvimento de estresse pós-traumático para aqueles que relataram o abuso após os 12 anos de idade do que os que relataram antes dos 12 anos e maior risco de depressão entre aqueles que relataram o abuso sexual antes dos 12 anos, indicando que o abuso sexual relatado em diferentes estágios do desenvolvimento pode levar a diferentes problemas psiquiátricos.

No entanto, nem sempre as experiências traumáticas levarão a pessoa a desenvolver algum tipo de psicopatologia e alguma conduta autolesiva. Kobak, Cassidy e Zir (2004) consideram os processos que interferem na resolução do trauma relacionado à vinculação e entendem que o contexto interpessoal pode tanto facilitar quanto impedir a habilidade de o indivíduo resolver o impacto de um evento traumático. Monteiro (2009) em estudo sobre depressão e apego, refere que a etiologia da depressão é de natureza multifatorial, sendo que é a combinação entre as histórias das experiências acumuladas na interação com o mundo e com os contextos atuais de vida que tornam o indivíduo resiliente ou vulnerável à depressão.

Indivíduos resilientes são capazes de lidar com essas experiências e adaptar-se às condições adversas. Além disso, há influência das experiências infantis sobre os relacionamentos adultos, mas aquelas não determinam, invariavelmente, os relacionamentos na vida adulta; outras experiências ao longo da vida podem melhorar estas disposições, agravá-las ou minimizar os efeitos dos estilos de vinculação (Obegi & Berant, 2009; Castonguay & Hill, 2012).

### **Considerações finais**

As condutas autolesivas, por acontecerem em situações mais privadas, muitas vezes não chegam a constar de relatórios de saúde pública e são, portanto, subnotificadas. No campo científico há, ainda, que se definir com mais precisão a nomenclatura a ser utilizada e descrições mais detalhadas dos comportamentos. Além disso, a questão da intenção suicida, consciente ou não, também necessita de maior clareza, visto que em algumas pesquisas permanece a dúvida sobre se o comportamento estudado é uma conduta autolesiva com intenção suicida ou pode ser considerado como tentativa de suicídio. Uma parcela das pessoas que mantêm condutas autolesivas matam-se, o que sinaliza aos psicólogos, a necessidade de um olhar cuidadoso, pois este tipo de conduta pode vir a ser relatado apenas ao psicólogo, em consulta individual por outras queixas.

Um modelo integrativo do problema é importante porque oferece uma visão ampla e multideterminada, além de oferecer uma visão das possibilidades de intervenção, desde a prevenção (fatores de risco distais) até o acompanhamento daqueles que sobreviveram à tentativa de suicídio.

A vertente contemporânea da teoria do Apego pode complementar o modelo proposto por Nock (2010), por introduzir uma compreensão mais aprofundada e detalhada dos componentes intra e interpessoal no desenvolvimento das psicopatologias e das condutas autolesivas como maneiras de regulação afetiva, cognitiva e social diante de situações de estresse. No entanto, por serem propostas teóricas, necessitam mais evidências empíricas que as fundamentem.

### **Referências**

Bateman, A., & Fonagy, P. (2005). Mentalization-based treatment for borderline disorder.

Oxford, Oxford Press.

- Bowlby, J. (2002). *Apego e perda*. Vol. 1. *Apego*. São Paulo, SP: Martins Fontes. Original publicado em 1969.
- \_\_\_\_\_. *Apego e perda*. (1993). Vol.2. *Separação: ansiedade e raiva* São Paulo, SP: Martins Fontes. Original publicado em 1973.
- \_\_\_\_\_. *Apego e perda*. (2004) Vol. 3 *Perda, tristeza e depressão*. São Paulo, SP: Martins Fontes. Original publicado em 1980.
- Brennan, K., Clark, C.L., & Shaver, P.R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: an integrative overview. (p. 46-76). In J.A. Simpson & P.R. Shaver (Eds.) *Attachment theory and close relationships*. New York, Guilford Press.
- Castilho, P., Gouveia, J.P., & Bento, E. (2010). Auto-criticismo, vergonha interna e dissociação: a sua contribuição para a patoplastia do auto-dano em adolescentes. *Psychologica*, 52(III), 331-360.
- Castonguay, L.G.; Hill, C.E. (Eds.) (2012). *Transformation in psychotherapy*. Washington, American Psychological Association.
- Claes, L., Vandereycken, W. (2007). Self-injurious behavior: differential diagnosis and functional differentiation. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 137– 144.
- Coan, J.A. (2010). Adult attachment and the brain. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(2), p. 210-217.
- Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackway-Jones, K., & Appleby, L. (2005). Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 162:297-303. doi:10.1176/appi.ajp.162.2.297
- Dozier, M., Stovall-McClough, K. C., & Albus, K.E. (2008). Attachment and psychopathology in adulthood. (pp.718-744). In J. A. Cassidy. *Handbook of attachment*. New York, Guilford Press.
- Eppel, A.B. (2005). Visão psicobiológica da personalidade limítrofe. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(3), 262-268.
- Farber, S. (2005). Free association reconsidered: The talking cure, the writing cure. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 33(2), 249–273.
- Farber, S. (2008). Dissociation, Traumatic Attachments, and Self-Harm: Eating Disorders and Self-Mutilation. *Clinical Social Work Journal*, 36, 63–72. doi 10.1007/s10615-007-0104-6
- Favazza, A.R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 186(5), 259-268.
- Fonagy, P., Luyten, P., Bateman, A., Gergely, G., Strathearn, L., Target, M., & Allison, E. (2010). Attachment and personality pathology. (p. 37-88). In J.F. Clarkin, P. Fonagy, & G. O. Gabbard. *Psychodynamic Psychotherapy for personality disorders – a clinical handbook*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Fraley, R.C., Hefferman, M.E., Vicary, A.M., & Brumbaugh, C.C. (2011). The Experiences in Close Relationships – Relationship Structures Questionnaire: a method for assessing attachment orientations across relationships. *Psychological Assessment*, 23(3), 615-625.
- Fraley, R.C., Waller, N.G., & Brennan, K.A. (2000). An item response theory to the analysis of self-report measures of the adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 350-365.
- Insel, T.R., & Young, L.J. (2001). The neurobiology of attachment. *Nature Reviews Neuroscience*, 2, 129-136.
- Kobak, R., Cassidy, J., & Zir, Y. (2004). Attachment-related trauma and posttraumatic stress disorder. In W.S. Rholes & J.A. Simpson. *Adult attachment – theory, research, and clinical*

- implications. New York, Guilford Press, 388.
- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., & Lozano, R. (Eds.) (2002). World report on violence and health. Geneve, World Health Organization.
- Lewis, M. (2008). The emergence of human emotions. (pp. 304-319). In M. Lewis, J.M. Haviland-Jones, & L.F. Barret. (Eds). Handbook of emotions. 3a. ed., New York, Guilford Press.
- Lloyd- Richardson, Perrine, Dierker e Kelley (2007) Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37(8), 1183-1192. doi:10.1017/S003329170700027X.
- Mello, M.F., Schoedl, A.F., Costa, M.C.P., Souza, A.A., Andreoli, S.B., Bresson, R.A., & Mari, J.J. (2010). Adaptação transcultural e consistência interna do Early Trauma Inventory (ETI). *Cadernos de Saúde Pública*, 26(4), 713-724.
- Mikulincer, M., & Shaver, P.R. (2007). Attachment in adulthood. New York, Guilford Press.
- Monteiro, I.M.S.M. (2009). O contributo das experiências familiares, vinculação e apoio social para a depressão no adulto. Tese de Doutoramento. Instituto de Educação e Psicologia: Universidade do Minho.
- Nock, M.K. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339-363.
- Obegi, J.H., & Berant, E. (2009). Introduction. (pp. 1-15). In J.H. Obegi, J.H., & Berant, E. (Eds.) Attachment theory and research in Clinical Work with Adults. New York, Guilford Press.
- Panksepp, J. (2008). The affective brain and core consciousness: how does neural activity generate emotional feelings? (pp. 47-67). In M. Lewis, J.M. Haviland-Jones, & L.F. Barret. (Eds). Handbook of emotions. 3a. ed., New York, Guilford Press.
- Rholes, W.S, & Simpson, J.A. (2004). Attachment theory – basic concepts and contemporary questions. In W.S.Rholes, & J.A. Simpson, Adult attachment – theory, research, and clinical implications. New York, Guilford Press.
- Ross, S., & Heat, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(1), 67–77.
- Schoedl, A.F., Costa, M.C.P., Mari, J.J., Mello, M.F., Tyrka, A.R., Carpenter, L.L., & Price, L.H. (2010). The clinical correlates of reported childhood sexual abuse: an association between age at trauma onset and severity of depression and PTSD in adults. *Journal of Child Sexual Abuse*, 19(2), 156-170.
- Schore, J.R., & Schore, A.N. (2008). Modern attachment theory: the central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical and Social Work Journal*, 36(9), 9-20.
- Simpson, A., & Rholes, W.S. (2004) Anxious attachment and depressive symptoms. (pp. 408-437). In Rholes, W.S. & Simpson, J.A. Adult attachment – theory, research, and clinical implications. New York, Guilford Press.
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *Lancet*, 366 1471–1483.
- Sueymoto, K.L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18, (5), pp. 531–554.
- Waal, F.D. (2009). A era da empatia. São Paulo, Cia. das Letras.