

# COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS NÃO SUICIDÁRIOS NUMA UNIDADE DE INTERNAMENTO DE PEDOPSIQUIATRIA – 2010 A 2015

---

Dora Leal \*  
Tânia Duque \*\*

## RESUMO

*Introdução: Os Comportamentos Autolesivos Não Suicidários (CANS), caracterizados pela destruição direta e deliberada de tecido corporal, na ausência de intenção suicida e para propósitos não socialmente aceites, são um fenómeno frequente em adolescentes, principalmente em amostras clínicas. O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência e evolução de CANS na Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria. Pretendeu-se também comparar os doentes com CANS com os doentes sem estes comportamentos.*

*Metodologia: Consulta e levantamento de dados dos processos clínicos de todos os doentes internados nos meses de janeiro, de 2010 a 2015.*

*Resultados: Em 2010 e 2011 a prevalência de CANS era relativamente constante (12-13%), tendo-se verificado um aumento da prevalência em 2012 (20%) e em 2013 (33%), que em 2014 e 2015 se tem mantido constante (33-35%). Encontrou-se uma associação entre CANS e sexo feminino, tentativas de suicídio prévias, perturbação de Humor, perturbação de personalidade cluster B e consumo de substâncias.*

*Conclusões: A prevalência de CANS nos doentes internados na unidade de Pedopsiquiatria aumentou. Encontrou-se associação entre CANS e comportamentos suicidários e psicopatologia.*

*Palavras-chave: Comportamentos autolesivos não suicidários, Tentativa de suicídio, Perturbação do humor, Perturbação de personalidade cluster B.*

---

\* Interna Pedopsiquiatria Centro Hospitalar Lisboa Ocidental.

\*\* Interna Pedopsiquiatria Centro Hospitalar Lisboa Central.

## INTRODUÇÃO

Os Comportamentos Autolesivos Não Suicidários (CANS) definem-se como a destruição direta e deliberada de tecido corporal, na ausência de intenção suicida e para propósitos não socialmente aceites (Nock, 2009; Nock & Favazza, 2009). As formas mais comuns de CANS incluem cortar, queimar, arranhar e bater na própria pele (Guerreiro & Sampaio, 2013; Klonsky, 2007). Os CANS distinguem-se, conceptualmente, dos comportamentos suicidários por não estarem associados a intenção de morte, os métodos serem menos letais e ocorrerem com maior frequência, particularmente em amostras clínicas (Andover & Gibb, 2010; Muehlenkamp & Gutierrez, 2004; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006).

Os CANS são um fenómeno prevalente em adolescentes, tendo início tipicamente entre os 13 e os 15 anos de idade (Barrocas, Hankin, Young, & Abela, 2012; Rodham & Hawton, 2009). As taxas de prevalência de CANS, em amostras de adolescentes da comunidade, situam-se entre os 13% e os 23% (Jacobson & Gould, 2007; Nock, 2009). Em populações de adolescentes internados a prevalência é de cerca de 40% e alguns estudos sugerem que esta tem vindo a aumentar (Hawton, Fagg, Simkin, Bale, & Bond, 2000; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Olfson, Gameroff, Marcus, Greenberg, & Shaffer, 2005). Estes comportamentos ocorrem, mais frequentemente mas não exclusivamente, em adolescentes com um espectro amplo de perturbações psiquiátricas e estão associados a um risco aumentado de comportamentos suicidários (Klonsky, May, Glenn, 2013; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006; Wilkinson, 2011). Dos adolescentes que reportam CANS, 50 a 75% fazem pelo menos uma tentativa de suicídio (TS) ao longo da vida (Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006).

As investigações nos países Ocidentais e da Ásia oriental têm demonstrado taxas comparáveis de CANS (Giletta, Scholte, Engels, Ciairano, & Prinstein, 2012; Muehlenkamp, Claes, Havertape, & Plener, 2012). Em Portugal, existem alguns estudos no âmbito de comportamentos autolesivos em adolescentes, embora sejam escassos estudos relativos aos CANS especificamente, pelo que é importante uma melhor caracterização deste fenómeno.

O principal objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência e a sua evolução nos doentes internados na Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria do Hospital D. Estefânia (HDE), entre 2010 e 2015. Também foi objetivo desta investigação caracterizar e comparar os doentes com e sem CANS.

## METODOLOGIA

Este trabalho consistiu num estudo retrospectivo. A amostra, de conveniência, não randomizada e acidental, foi constituída por todos os doentes internados durante os meses de janeiro dos anos de 2010 a 2015, na Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria do HDE.

A recolha de dados foi realizada através da análise do processo clínico de todos os doentes da amostra. Inicialmente avaliou-se a presença ou ausência de comportamentos autolesivos não suicidários (CANS) em todos os doentes. De seguida, formaram-se dois grupos, o grupo em estudo constituído pelos doentes com CANS e o grupo controlo composto pelos doentes sem esses comportamentos, de modo a avaliar a frequência das variáveis sexo, idade (em anos), tentativa de suicídio anterior ao internamento, diagnóstico (diagnóstico no eixo I e II, segundo o sistema de classificação DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2002) e consumo de substâncias, em ambos os grupos.

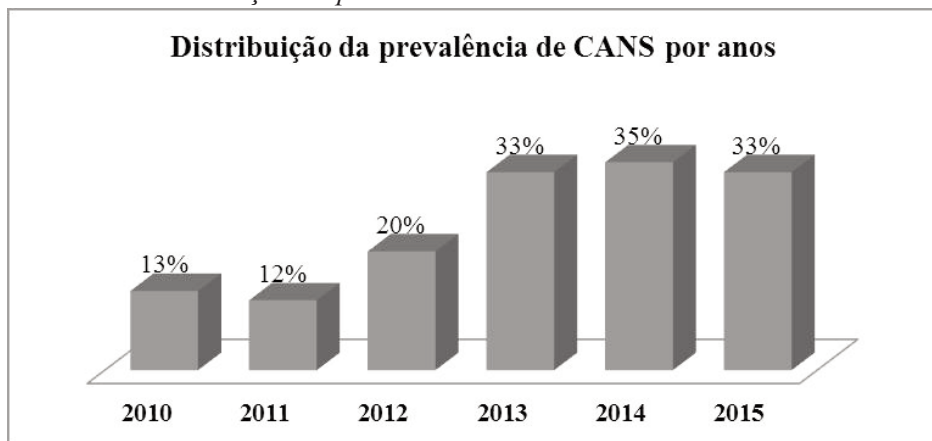
Realizou-se a análise descritiva das variáveis em estudo utilizando os programas IBM SPSS Statistics 21® e Microsoft Office Excel 2007®. De modo a avaliar a possível existência de associação entre CANS e as variáveis em estudo, recorreu-se ao teste qui-quadrado, para determinar se os resultados eram estatisticamente significativos para um intervalo de confiança de 95%. Seguidamente realizaram-se testes de comparação de proporções, de modo a estabelecer qual a relação entre as variáveis em estudo e perceber a possibilidade de aceitar ou rejeitar as hipóteses em estudo: H1 – Os CANS estão associados ao sexo feminino; H2 – Os CANS estão associados a tentativa de suicídio; H3 – Os CANS estão associados a consumo de substâncias; H4 – Os CANS estão associados a perturbações de humor; H5 – Os CANS estão associados a diagnóstico de perturbação de personalidade do Cluster B.

## RESULTADOS

No período em estudo foram internados 111 doentes. Destes, 28 (25%) apresentavam CANS. Em 2010 e 2011 a prevalência de CANS era praticamente constante, na ordem dos 12%. Verificou-se um aumento da prevalência de CANS nos dois anos seguintes, atingindo os 33%, em 2013. Desde então, a prevalência de CANS mantém-se praticamente constante (Figura 1).

FIGURA 1

*Gráfico de barras ilustrativo da distribuição da prevalência de CANS nos anos em estudo*



Encontrou-se um predomínio muito significativo do sexo feminino (8,3♀:1♂) no grupo com CANS, ao contrário do verificado no grupo controlo, onde a distribuição entre géneros foi praticamente semelhante (Tabela 1). Neste estudo encontrou-se uma probabilidade 6,92 vezes superior de um doente com CANS ser do sexo feminino quando comparado com um doente sem estes comportamentos.

TABELA 1

*Distribuição das variáveis em estudo*

	Grupo com CANS	Grupo Controlo	Risco relativo (CANS/Controlo)	<i>p</i>
Sexo (♀:♂)	8,3	1,2	6,92*	0,001
Idade	14,6	14,0	—	0,177
Tentativa suicídio	68%	20%	3,4*	0.000
Perturbação do humor	64%	18%	3,56*	0.000
Perturbação de personalidade cluster B	39%	6%	6,5*	0.000
Consumo de substâncias	14%	8%	1,75	0,370

*Nota.* \* Estatisticamente significativo para  $p < 0,05$ .

A média de idades foi superior no grupo com CANS (14,6 vs. 14,0 anos), no entanto a diferença não foi estatisticamente significativa (Tabela 1).

Neste estudo encontrou-se uma probabilidade 3,4 vezes superior de um doente com CANS ter uma feito pelo menos uma tentativa de suicídio, comparativamente a um doente sem estes comportamentos (Tabela 1).

Dentro do grupo com CANS, os diagnósticos do eixo I mais frequentes foram: perturbação de humor (64%), perturbação do comportamento (11%) e perturbação do comportamento alimentar (7%). Dentro do grupo controlo, os diagnósticos mais frequentes foram: perturbação do comportamento alimentar (27%), perturbação do comportamento (23%), perturbação do humor (18%) e perturbação psicótica (17%). Neste estudo encontrou-se uma probabilidade 3,56 vezes superior de um doente com CANS ter o diagnóstico de perturbação do humor quando comparado com um doente sem estes comportamentos (Tabela 1).

No grupo com CANS, 61% não apresentavam diagnóstico no eixo II e 39% apresentavam diagnóstico de perturbação de personalidade *cluster B*. No grupo controlo, 75% não apresentavam diagnóstico no eixo II, 12% apresentavam défice cognitivo e 6% apresentavam diagnóstico de perturbação de personalidade *cluster B*. Neste estudo encontrou-se uma probabilidade 6,5 vezes superior de um doente com CANS apresentar uma perturbação de personalidade *cluster B*, comparativamente com um doente sem estes comportamentos (Tabela 1).

Apesar de haver 1,75 vezes mais jovens com consumo de substâncias no grupo com CANS do que no grupo controlo, este achado não foi estatisticamente significativo (Tabela 1).

## DISCUSSÃO

Dos 111 adolescentes que compunham a amostra estudada, 28 apresentavam CANS (25%). Estudos neste âmbito mostraram uma prevalência média de CANS, ao longo da vida, de cerca de 18% (Muehlenkamp, Claes, Havertape, & Plener, 2012; Swannell, Martin, Page, Hasking, & St-John, 2014) e taxas de 30 a 40%, em adolescentes hospitalizados (Auerbach, Kim, Chango, Spiro, Cha, Gold, et al., 2014; Hamza & Willoughby, 2013; Klonsky & Muehlenkamp, 2007). Estas taxas mostram a necessidade de uma avaliação rotineira da presença destes comportamentos, particularmente em adolescentes seguidos em consultas de Pedopsiquiatria. Existe uma elevada variabilidade na

prevalência de CANS entre diferentes estudos, relacionada com as diferentes definições e instrumentos usados (Giletta, Scholte, Engels, Ciairano, & Prinstein, 2012). A discrepância entre a prevalência de CANS descrita em adolescentes internados e a encontrada na nossa amostra prende-se, provavelmente, com a metodologia usada, uma vez que a recolha de dados realizada através da consulta dos processos clínicos e não diretamente através de questionários ou entrevistas estandardizadas pode ter contribuído para uma subidentificação de CANS.

Este estudo mostrou um aumento de CANS em 2012 e uma estabilização em 2013. A investigação neste ponto mostra que existem flutuações importantes nas taxas deste comportamento mas, globalmente, os CANS aumentaram entre os anos de 1990 e 2000 (Olsson, Gameroff, Marcus, Greenberg, & Shaffer, 2005) e têm-se mostrado relativamente estáveis desde então (Klonsky, 2007; Muehlenkamp & Gutierrez, 2007; Muehlenkamp, Williams, Gutierrez, & Claes, 2009). Este aumento poderá ser explicado por um fenómeno de contágio social. A exposição a pares com CANS coloca os adolescentes, com alguma vulnerabilidade, em risco de iniciar estes comportamentos, através de um fenómeno de identificação (Nock, 2008; Prinstein, Heilbron, Guerry, Franklin, Rancourt, Simon, & Spirito, 2010). A internet representa, também, uma via preferencial de comunicação de mensagens pró-CANS, através de partilha de informação em redes sociais e *blogs*, tornando-se um veículo, tanto para o início de CANS, como para comunicação entre os jovens que já os praticam (Lewis, Heath, Michal, & Duggan, 2012; Whitlock, Powers, & Eckenrode, 2006).

Em relação ao predomínio do sexo feminino, os resultados vão de encontro aos da literatura, onde também se observa esta associação, principalmente em amostras clínicas de adolescentes (Jacobsen, Muehlenkamp, Miller, & Turner, 2008). Foi sugerido que a maior frequência de CANS se devesse ao facto das raparigas atingirem a puberdade mais cedo e apresentarem mais dificuldades em atingir uma homeostasia psicológica, de modo mais adaptativo (Becker, Monteggia, Perrot-Sinal, Romeo, Taylor, Yehuda, & Bale, 2007; Patton, Bond, Toumbourou, Hemphill, McMorris, & Catalano, 2007). Por outro lado, a maior prevalência do sexo feminino pode também estar relacionada com o facto de as raparigas pedirem mais frequentemente ajuda e falarem mais abertamente acerca destes comportamentos (Rodham, Hawton, & Evans, 2004). Além disto, os instrumentos de avaliação usados nos estudos acerca de CANS inquiram mais frequentemente sobre a existência de comportamentos mais femininos como os cortes, não questionando tanto acerca de métodos como bater ou queimar que são mais típicos nos rapazes.

A média de idades encontrada neste estudo foi de 14,6 anos, o que corresponde às idades observadas em amostras clínicas e da comunidade, que situam estes comportamentos entre os 12 e os 15 anos de idade (Muehlenkamp & Gutierrez, 2007; Nock, 2010).

Neste estudo, os adolescentes que apresentavam CANS, fizeram mais TS do que os do grupo controlo. Estes dados vão de encontro à literatura, onde está descrita uma elevada frequência de comorbilidade entre CANS e comportamentos suicidários (Klonsky, Victor, Saffer, 2014; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006; Whitlock, Powers, & Eckenrode, 2006). Estudos mostraram que cerca de 50% dos jovens na comunidade e 70% de pacientes internados com CANS, já tinham tentado suicídio, pelo menos uma vez (Muehlenkamp & Gutierrez, 2007; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006). Existe evidência longitudinal de que os CANS são um preditor forte de comportamentos suicidários, mais forte, inclusivamente, que tentativas de suicídio anteriores (Asarnow, Porta, Spirito, Emslie, Clarke, Wagner, et al., 2011; Guan, Fox & Prinstein, 2012). A frequência de CANS é preditiva da frequência e letalidade das TS (Prinstein, Boergers, Spirito, Little, & Grapentine, 2000; Whitlock, Muehlenkamp, & Eckenrode, 2008). Os CANS tendem a iniciar-se em idades mais precoces do que as TS, sugerindo que os CANS possam preceder desenvolvimentalmente as TS (Ougrin, Tranah, Leigh, Taylor, & Asarnow, 2012). Foi proposto que a realização de comportamentos auto-destrutivos dessensibiliza o indivíduo para o medo e para a dor física associados à auto-agressão, aumentando a capacidade de agir o desejo suicida (Muehlenkamp & Gutierrez, 2007). Dado apenas uma minoria de pessoas que faz TS comete suicídio, a presença de CANS pode constituir um indicador da possível passagem da ideia ao ato suicida (Wilkinson, 2013). Por outro lado, e apesar desta associação forte, os indivíduos que se automutilam não estão necessariamente em risco de suicídio, porque muitos nunca apresentaram ideação suicida ou TS. Tendo em conta o exposto, é essencial avaliar rotineiramente a intenção ou a motivação por detrás dos CANS (Klonsky & Muehlenkamp, 2007).

Na nossa amostra, os CANS estiveram associados a diagnóstico de eixo I, com uma preponderância das perturbações do humor. Apesar dos CANS não estarem sempre associados a diagnóstico psiquiátrico, os nossos resultados vão no sentido da literatura, em que existe elevada prevalência de diagnósticos do eixo I em amostras clínicas de adolescentes com CANS (Cerutti, Calabrese, & Valastro, 2014; Muehlenkamp, Troy, Miller, & Claes, 2011; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006). Um estudo de Nock et al., com adolescentes internados com CANS, demonstrou associação com perturbação

depressiva major, perturbação de stress pós-traumático, perturbação pela utilização de substâncias e perturbação do comportamento (Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006). Também têm sido associados a sintomas de ansiedade, sintomas dissociativos, *stress*, história de abuso sexual e perturbações do comportamento alimentar (Cerutti, Calabrese, & Valastro, 2014; Jacobson, Muehlenkamp, Miller, & Turner, 2008; Lewis, Heath, Michal, & Duggan, 2012; Muehlenkamp, Williams, Gutierrez, & Claes, 2009). Os CANS são essencialmente prevalentes em doentes com emoções negativas em relação a si e autocriticismo (Klonsky, 2007), tendo muitas vezes o propósito de controlar as ideias de conteúdo depressivo e regular ou evitar emoções dolorosas (American Psychiatric Association, 2013). Em relação às perturbações depressivas e à suicidalidade, o estudo ADAPT concluiu que, em adolescentes com perturbações depressivas, a presença de CANS é um preditor de TS seis meses depois (Wilkinson, 2011). Outro estudo sugeriu a patologia depressiva como fator importante na escalada de CANS para comportamentos suicidários (Jacobson, Muehlenkamp, Miller, & Turner, 2008).

No que respeita ao eixo II, encontrou-se uma associação significativa com perturbações de personalidade *cluster B* (PBP). Globalmente, a literatura tem demonstrado que existe relação entre CANS e perturbações da personalidade, em particular PBP (Cerutti, Calabrese, & Valastro, 2014; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006), apesar da elaboração deste diagnóstico na adolescência ser controverso (Nock & Favazza, 2009). Historicamente, os CANS foram conceptualizados como um sintoma de PBP e são um critério para o diagnóstico desta perturbação. No entanto, muitos estudos têm demonstrado que os CANS ocorrem independentemente da PBP pelo que, na DSM-5, os CANS foram propostos como uma entidade própria (Chapman, Gratz, & Brown, 2006). Esta inclusão poderá reduzir a assunção automática de que um adolescente com CANS tem PBP e promover investigação futura nesta área (Ferrara, Terrinoni, & Williams, 2012). Em relação às características dos indivíduos com PBP, existe associação entre impulsividade, agressividade e desregulação emocional com CANS (Cloutier, Martin, Kennedy, Nixon, & Muehlenkamp, 2010; Dougherty, Mathias, Marsh-Richard, Prevet, Dawes, Hatzis, et al., 2009; Muehlenkamp, Troy, Miller, & Claes, 2011), tendo-se proposto que a prática de CANS representasse uma tentativa de controlo destas emoções (Nixon, Cloutier, & Aggarwal, 2002). Um estudo com uma amostra clínica de adolescentes, relacionou as características de PBP “confusão acerca de si próprio” e “relações interpessoais instáveis” como preditoras de CANS e CANS e TS (Muehlenkamp, Troy, Miller, & Claes, 2011). Em relação às restantes perturbações da personalidade, os CANS também têm sido associados



às perturbações de personalidade *cluster* B: histriónica, narcísica e anti-social (Cerutti, Calabrese, & Valastro, 2014; Ferrara, Terrinoni, & Williams, 2012).

Na nossa amostra constatou-se, ainda, um consumo de substâncias superior nos jovens com CANS apesar de não significativo. Um dos critérios de exclusão da Unidade de Internamento é o consumo de substâncias, o que pode contribuir para diminuir o grau de significância desta variável. A literatura tem demonstrado associação entre consumo de substâncias e CANS, nomeadamente nicotina, álcool e marijuana (Giletta, Scholte, Engels, Ciairano, & Prinstein, 2012; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006). Os CANS e o consumo de substâncias poderão ter propósitos de alívio e libertação de emoções negativas, que ambos os comportamentos podem inicialmente trazer (Jacobson & Gould, 2007). Tendo em conta o exposto, é essencial uma avaliação sistemática da presença de sintomatologia psiquiátrica e consumo de substâncias em adolescentes com CANS.

Entre as principais limitações do nosso estudo, destaca-se o facto de a amostra ser apenas representativa da população internada na Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria do HDE, sem possibilidade de generalização para a população geral. Por outro lado, e como referido acima, o método de colheita dos dados, através da consulta de processos clínicos é indireto, podendo-se ter excluindo informações relevantes, que se avaliaria mais corretamente através de instrumentos standardizados.

Numa futura investigação parece-nos importante avaliar também outras variáveis, tais como fatores parentais e psicossociais, permitindo perceber a sua associação com CANS.

## CONCLUSÕES

A prevalência de doentes com CANS no internamento de Pedopsiquiatria do HDE aumentou entre 2012 e 2013, tendo desde então permanecido relativamente constante e superior a 30%. Tal como descrito na literatura, o nosso estudo encontrou uma associação entre CANS e o sexo feminino, perturbações do humor e perturbações de personalidade *cluster* B e tentativa de suicídio prévia.

A elevada prevalência de CANS em populações adolescentes e a associação frequente com perturbações psiquiátricas e comportamentos suicidários, enfatizam a necessidade de questionar, por rotina, a presença deste comportamento, bem como da avaliação de risco suicidário, sintomatologia psiquiátrica e consumo de substâncias, em adolescentes que apresentem CANS.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Dr. António Trigueiros e à Dr.<sup>a</sup> Margarida Marques o apoio na realização deste estudo.

## BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4<sup>a</sup> ed., J. Almeida, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Association.
- Andover, M. S., & Gibb, B. E. (2010). Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*, *178*, 101-105.
- Asarnow, J. R., Porta, G., Spirito, A., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K. D., et al. (2011). Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: Findings from the TORDIA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, *50*(8), 772-781.
- Auerbach, R. P., Kim, J. C., Chango, J. M., Spiro, W. J., Cha, C., Gold, J., et al. (2014). Adolescent nonsuicidal self-injury: Examining the role of child abuse, comorbidity, and disinhibition. *Psychiatry Research*, *220*(1), 579-584.
- Barrocas, A. L., Hankin, B. L., Young, J. L., & Abela, J. R. Z. (2012). Rates of non-suicidal self-injury in youth: Age, sex, and behavioral methods in a community sample. *Pediatrics*, *130*, 39-45.
- Becker, J., Monteggia, L., Perrot-Sinal, T., Romeo, R., Taylor, J., Yehuda, R., & Bale, T. (2007). Stress and disease: Is being female a predisposing factor? *J Neurosci*, *27*(44), 11851-11855.
- Cerutti, R., Calabrese, M., & Valastro, C. (2014). Alexithymia and personality disorders in the Adolescent Nonsuicidal Self Injury: preliminary results. *Social and Behavioral Sciences*, *114*, 372-376.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(3), 371-394.
- Cloutier, P., Martin, J., Kennedy, A., Nixon, M. K., & Muehlenkamp, J. J. (2010). Characteristics and co-occurrence of adolescent non-suicidal self-injury and suicidal behaviours in pediatric emergency crisis services. *Journal of Youth and Adolescence*, *39*(3), 259-269.
- Dougherty, D. M., Mathias, C. W., Marsh-Richard, D. M., Prevet, K. N., Dawes, M. A., Hatzis, E. S., et al. (2009). Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide. *Psychiatry Research*, *169*(1), 22-27.
- Ferrara, M., Terrinoni, A., & Williams, R. (2012). Non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescent inpatients: Assessing personality features and attitude toward death. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *6*(1), 1-8.

- Giletta, M., Scholte, R. H. J., Engels, R. C. M. E., Ciairano, S., Prinstein, M. (2012). Adolescent non-suicidal self-injury: A cross-national study of community samples from Italy, the Netherlands and the United States. *Psychiatry Res*, 197, 66-72.
- Guan, K., Fox, K. R., & Prinstein, M. J. (2012). Nonsuicidal self-injury as a time-invariant predictor of adolescent suicide ideation and attempts in a diverse community sample. *J Consult Clin Psychol*, 80(5), 842-849.
- Guerreiro, D., & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: Uma revisão da literatura com foco nos países de língua portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 31(2), 204-213.
- Hamza, C. A., & Willoughby, T. (2013). Nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A latent class analysis among young adults. *PLOS ONE*, 8(3), 1-8.
- Hawton, K., Fagg, J., Simkin, S., Bale, E., & Bond, A. (2000). Deliberate self-harm in adolescents in Oxford, 1985-1995. *Journal of Adolescence*, 23, 47-55.
- Jacobsen, C. M., Muehlenkamp, J. J., Miller, A. L., & Turner, J. B. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(2), 363-375.
- Jacobson CM, Muehlenkamp JJ, Miller A., & Turner B. (2008). Psychiatric Impairment Among Adolescents Engaging in Different Types of Deliberate SelfHarm. *J Cl Child Adolesc Psychology*, 37(2), 363-375.
- Jacobson, C., & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 11(2), 129-147.
- Klonsky, E. D, Victor, S. E., & Saffer, B. (2014). Nonsuicidal self-injury: What we know, and what we need to know. *The Can J Psychiatry*, 59(11), 565-568.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clin Psychol Rev*, 27(2), 226-239.
- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1045-1056.
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Glenn, C. R. (2013). The relationship between non-suicidal self-injury and attempted suicide: Converging evidence from four samples. *J Abnorm Psychol*, 122(1), 231-237.
- Lewis, S. P., Heath, N. L., Michal, N. J., & Duggan, J. M. (2012). Non-suicidal self-injury, youth, and the Internet: What mental health professionals need to know. *Child Psychiatry and Adolescent Mental Health*, 6(1), 1-9.
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2004). An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide Life Threat Behav*, 34(1), 12-23.
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Arch Suicide Rev*, 11(1), 69-82.
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 1-9.

- Muehlenkamp, J. J., Williams, K. L., Gutierrez, P. M., & Claes, L. (2009). Rates of non-suicidal self-injury in high school students across five years. *Archives of Suicide Research, 13*(4), 317-329.
- Muehlenkamp, J., Troy, W., Miller, A., & Claes, L. (2011). Borderline Personality Symptoms differentiate non-suicidal and suicidal self-injury in ethnically diverse adolescent outpatients. *J Child Psychology Psychiatry, 52*(2), 148-155.
- Nixon, M., Cloutier, P., & Aggarwal, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive selfinjury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(11), 1333-1341.
- Nock, M. (2008). Actions speak louder than words: An elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors. *Applied & Preventive Psychology, 12*(4), 159-168.
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science, 18*(2):78–83.
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*, 339-363.
- Nock, M. K., & Favazza, A. R. (2009). Nonsuicidal self-injury: definition and classification. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding non-suicidal self-injury: origins, assessment, and treatment* (pp. 9-18). Washington: American Psychological Association.
- Nock, M. K., Joiner, T., Gordon, K., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research, 144*(1), 65-72.
- Nock, M., & Prinstein, M. (2005). Contextual features and behavioral functions of selfmutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(1), 140-146.
- Olfson, M., Gameroff, M. J., Marcus, S. C., Greenberg, T., & Shaffer, D. (2005). National trends in hospitalization of youth with intentional self-inflicted injuries. *The American Journal of Psychiatry, 162*, 1328-1335.
- Olfson, M., Gameroff, M. J., Marcus, S. C., Greenberg, T., & Shaffer, D. (2005). National trend in hospitalization of youth with intentional self-inflicted injuries. *Am J Psychiatry, 162*, 1328-1333.
- Ougrin, D., Tranah, T., Leigh, E., Taylor, L., & Asarnow, J. (2012). Practitioner review: Self-harm in adolescents. *J Child Psychol Psych, 53*(4), 337-350.
- Patton, G., Bond, L., Toumbourou, J., Hemphill, S., McMorris, B., & Catalano, R. (2007). Pubertal stage and deliberate self-harm in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 46*(4), 508-514.
- Prinstein, M. J., Boergers, J., Spirito, A., Little, T. D., & Grapentine, W. L. (2000). Peer functioning, family dysfunction and psychological symptoms in the risk factor model for adolescent inpatients' suicidal ideation severity. *J Clin Child Psychol, 29*(3), 392-405.
- Prinstein, M. J., Heilbron, N., Guerry, J. D., Franklin, J. C., Rancourt, D., Simon, V., & Spirito, A. (2010). Peer influence and non-suicidal self-injury: Longitudinal results in community and clinically-referred adolescent samples. *Journal of Abnormal Child Psychol, 38*(5), 669-682.

- Rodham, K., & Hawton, K. (2009). Epidemiology and phenomenology of non-suicidal selfinjury. In Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp. 37-62). Washington: American Psychological Association.
- Rodham, K., Hawton, K., & Evans, E. (2004). Reasons for deliberate self-harm: Comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(1), 80-87.
- Swannell, S., Martin, G., Page, A., Hasking, P., & St-John, N. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(3), 273-303.
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J. J., & Eckenrode, J. (2008). Variation in non-suicidal self-injury: Identification and features of latent classes in a college population of emerging adults. *J Clin Child Adolesc Psychology*, 37(4), 725-735.
- Whitlock, J., Powers, J., & Eckenrode, J. (2006). The virtual cutting edge: The Internet and adolescent self-injury. *Developmental Psychology*, 42(3), 407-417.
- Wilkinson, P. (2013). Non-suicidal self-injury. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 22(S1), S75-S79.
- Wilkinson, P. O. (2011). Non-suicidal self-injury: A clear marker for suicide risk. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 50(8), 741-743.

## ABSTRACT

*Introduction: Non-Suicidal Self-injury (NSSI) is defined as an intentional direct injury of one's body tissue, without suicidal intent, that is not socially accepted. NSSI are frequent in adolescents, especially in clinical samples. The purpose of this study was to examine the prevalence rate of NSSI and its evolution from 2010 to 2015, in a sample of patients admitted to a child and adolescent psychiatry inpatient unit. This study also intended to assess and compare characteristics of patients with and without NSSI.*

*Methods: Data were collected from clinical records of hospitalized patients admitted to a psychiatric unit in each January, from 2010 to 2015.*

*Results: In 2010 and 2011 the prevalence rate of NSSI was similar, namely 12% and 13%. From 2012 to 2013, there was an increased prevalence (20% to 33%). In 2014 and 2015, the prevalence remains high (33-35%). NSSI group had a higher prevalence of female gender, mood disorders, cluster B personality disorders, suicide attempts and substance use.*

*Conclusions: There was an increase of NSSI prevalence in hospitalized patients in the psychiatric unit. NSSI was associated with psychopathology (mood and personality disorders) and suicidal behaviour.*

*Key-words: Non-Suicidal Self-injury, Suicide attempts, Mood disorder, Personality disorder.*