

JACKELINE SUZIE GIUSTI

**Automutilação:
características clínicas e comparação com
pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Ciências

Programa de: Psiquiatria
Orientadora: Profa. Dra. Sandra Scivoletto

**São Paulo
2013**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Giusti, Jackeline Suzie

Automutilação : características clínicas e comparação com pacientes com
transtorno obsessivo-compulsivo / Jackeline Suzie Giusti-- São Paulo, 2013.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Psiquiatria.

Orientadora: Sandra Scivoletto.

Descritores: 1.Automutilação 2.Transtorno obsessivo-compulsivo 3.Transtornos
do controle de impulsos

USP/FM/DBD-269/13

Dedicatória

***Aos pacientes que acreditaram
e aceitaram participar deste trabalho***

Agradecimientos

À minha orientadora e companheira, Sandra Scivoletto, pelo apoio, confiança e incentivo nesta parceria de muitos anos.

Aos colegas do AMITI, principalmente Hermano Tavares pelo apoio, incentivo e colaboração para a realização deste trabalho.

Às amigas e parceiras Anna Karla R Garreto e Marjorie Barbosa pela colaboração na aplicação dos questionários e atendimento destes pacientes.

À Maria Alice de Mathis pela ajuda no treino dos questionários aplicados e preciosas sugestões para conclusão deste trabalho e artigo.

À Roseli Gedanke Shavitt, coordenadora do PROTOC, pela disponibilidade e contribuições para a realização deste trabalho e artigo.

Ao Eurípedes C Miguel por acreditar neste trabalho, pelas inúmeras ideias e orientação, principalmente na elaboração do projeto inicial.

Aos colegas do PROTOC que ajudaram tanto no treino para aplicação dos questionários, e também pela disponibilidade para ajudar a acessar os pacientes e dados armazenados.

Ao estatístico Bernardo dos Santos que muito ajudou na realização dos cálculos estatístico para finalização deste trabalho.

À Idalina Shimoda e Carol D'Angelino, que facilitaram as partes burocráticas de todo este percurso.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, (FAPESP) que concedeu uma bolsa de pesquisa (*processo número 2005/55628-8*).

Ao Instituto de Psiquiatria da FMUSP por oferecer toda estrutura para realização do meu trabalho.

À Eliza e Isabel, da Pós-Graduação do Instituto de Psiquiatria por me orientarem sempre com atenção com as obrigações burocráticas.

Ao meu irmão Jairo, pelo apoio e conselhos, apesar da distancia.

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

Sumário

Lista de Abreviaturas

Lista de Figuras

Lista de Tabelas

Lista de Gráficos

Resumo

Summary

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Automutilação – definição e características clínicas	5
1.2 Automutilação – prevalência	8
1.3 Automutilação – fatores de risco	14
1.4 Automutilação – classificação	20
1.5 Automutilação – comorbidades (Eixo I e II, segundo DSM-IV)	24
1.6 Automutilação – neurobiologia	30
1.7 Automutilação e suicídio	34
1.8 Automutilação e Espectro Impulsivo-Compulsivo	37
1.9 Justificativa	42
1.10 Considerações iniciais sobre a metodologia	43
2 OBJETIVOS	45
3 HIPÓTESES	49
4 MATERIAIS E MÉTODOS	53
4.1 Delineamento do estudo	55
4.2 Sujeitos	55
4.3 Entrevista Diagnóstica – instrumentos empregados	57
4.4 Cálculo de Tamanho de Amostra	64
4.5 Análise dos Resultados	65
5 ASPECTOS ÉTICOS	67
6 RESULTADOS	71
6.1 Descrição das características clínicas encontradas no grupo com automutilação	73
6.2 Comparação entre os grupos com automutilação e o grupo com Transtorno Obsessivo-Compulsivo	80
6.2.1 Características sociodemográficas e comorbidades (Eixo I, segundo DSM-IV) e transtornos de personalidade (Eixo II, segundo DSM-IV)	80
6.2.2 Comparação entre os grupos com automutilação e o grupo com TOC quanto à presença e intensidade de sintomas obsessivos e compulsivos	86
6.2.3 Comparação entre os grupos com automutilação e o grupo com TOC quanto à presença e intensidade de fenômenos sensoriais	89
6.2.4 Comparação entre os grupos com automutilação e o grupo com TOC quanto ao grau de impulsividade	91
6.2.5 Resumo dos resultados	92

7	DISCUSSÃO	93
7.1	Descrição das características clínicas da automutilação	95
7.1.1	Automutilação se inicia na adolescência.....	98
7.1.2	Os comportamentos de automutilação mais frequentes são: cortar, bater em si mesmo e queimar-se.....	99
7.1.3	Os motivos mais frequentes para automutilação são para aliviar sentimentos e sensações ruins e os menos frequentes, para manipular comportamento de outros	100
7.1.4	São frequentes as histórias de abusos sexual e físico nesta população.....	101
7.2	Os pacientes com automutilação apresentam maior histórico de vivência de traumas e mais comorbidades (Eixo I do DSM) e transtornos de personalidade (Eixo II do DSM) que os pacientes com TOC, sendo as demais características sociodemográficas e clínicas iguais.....	102
7.2.1	A intensidade dos sintomas obsessivos e compulsivos são maiores em pacientes com TOC quando comparados aos pacientes com automutilação	107
7.2.2	A prevalência e intensidade dos fenômenos sensoriais são maiores em pacientes com TOC quando comparados aos pacientes com automutilação	108
7.2.3	A prevalência de transtornos do impulso é maior entre os pacientes com automutilação quando comparados aos pacientes com TOC.....	109
7.2.4	Pacientes com automutilação têm mais sintomas de impulsividade quando comparados aos pacientes com TOC	110
7.2.5	Onde estaria a automutilação no modelo sugerido por Hollander e Wong (1995)?	111
8	CONCLUSÕES	117
9	ANEXOS.....	121
	ANEXO 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido de participação.....	123
	ANEXO 2 – <i>Functional Assesment of Self-Mutilation – FASM</i>	126
	ANEXO 3 – Autorização formal do autor para tradução e aplicação da FASM	128
	ANEXO 4 – Aprovação CAPPesq – Temático.....	129
	ANEXO 5 – Relatos de pacientes sobre evolução da automutilação.....	130
	ANEXO 6 – Poster: “Case study: Successful of treatment in a severe self-mutilation case”	131
10	REFERÊNCIAS	133

Listas

Lista de Abreviaturas

ABIPEME	Associação Brasileira do Instituto de Pesquisa de Mercado
AMITI	Ambulatório Integrado dos Transtornos do Impulso
<i>BIS-11</i>	<i>Barrat Impulsivity Scale – versão 11</i>
CAPPesq	Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
C-TOC	Consórcio Brasileiro de Pesquisa sobre Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo
DSM-IV-TR	Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais – 4. ^a edição – Texto Revisado
<i>DY-BOCS</i>	<i>Escala dimensional para avaliação de Presença e Gravidade de Sintomas Obsessivo-Compulsivos</i>
DP	Desvio-Padrão
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
<i>FASM</i>	<i>Escala de Comportamento de Automutilação (Functional Assessment of Self-Mutilation – FASM)</i>
<i>NSSI</i>	<i>Non-suicidal Self- injury</i>
PROTOC	Projeto Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo
<i>SCID-I</i>	<i>Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos de Eixo I do DSM-IV, versão clínica</i>
<i>SCID-II</i>	<i>Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos de Eixo II, versão clínica</i>
SOC	Sintomas Obsessivo-Compulsivos
TC	Transtorno de Conduta
TCI	Transtorno do Controle do Impulso
TEI	Transtorno Explosivo Intermitente
TEOC	Transtorno do Espectro Obsessivo-Compulsivo

TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
TOD	Transtorno Opositivo Desafiador
TPA	Transtorno de Personalidade Antissocial
TPB	Transtorno de Personalidade <i>Borderline</i>
TPH	Transtorno de Personalidade Histriônica
TPOC	Transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsiva
<i>USP-SPS</i>	<i>Escala para Avaliação da Presença e Gravidade de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo (USP-SPS)</i>
<i>Y-BOCS</i>	<i>Escala Yale-Brown de Sintomas Obsessivo-Compulsivos</i>
5-HIAA	5-hydroxytryptamine

Lista de Figuras

- Figura 1 -** Aspectos dimensionais de impulsividade e compulsividade. Modelo adaptado de Hollander e Wong (1995). TOC, Transtorno Obsessivo-Compulsivo; TDC, Transtorno Dismórfico Corporal; AN, Anorexia; TD, Transtorno de Despersonalização; HIP, Hipocondria; TS, Síndrome de Tourette; TRIC, Tricotilomania; CC, Comer Compulsivo; CLEP, Cleptomania; JP, Jogo Patológico; AM, Automutilação; SEX, Sexo Compulsivo; TPB, Transtorno de Personalidade *Borderline*; TPA, Transtorno de Personalidade Antissocial..... 38
- Figura 2 -** Foto do diário de um paciente com automutilação. As marcas de sangue se sobrepõem ao conteúdo escrito por ele. Ao lado, o conteúdo escrito pelo paciente 75
- Figura 3 -** Foto de cicatrizes de um paciente que se mutila 77

Lista de Tabelas

Tabela 1 -	Diferenças nas prevalências de automutilação: Revisão da literatura entre 1991 e 2011 sobre estudos de prevalência	12
Tabela 2 -	Fatores de risco para automutilação.....	14
Tabela 3 -	Comorbidades do Eixo I e II, segundo o DSM- IV, frequentemente encontradas entre pacientes com automutilação	25
Tabela 4 -	Características sociodemográficas e comparação entre os grupos com automutilação e com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC).....	80
Tabela 5 -	Transtornos do Eixo I, segundo DSM-IV. Comparação entre grupo com automutilação e com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC).....	83
Tabela 6 -	Dimensões dos sintomas obsessivo-compulsivos, segundo a Escala Dimensional para Avaliação de Presença e Gravidade de Sintomas Obsessivo-Compulsivos (DY-BOCS). Comparação entre grupo com automutilação e com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC).....	87
Tabela 7 -	Gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos, segundo a Escala Dimensional para Avaliação de Presença e Gravidade de Sintomas Obsessivo-Compulsivos (DY-BOCS). Comparação entre grupo com automutilação e Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC).....	88
Tabela 8 -	Fenômenos sensoriais, segundo a Escala para Avaliação da Presença e Gravidade de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo (USP-SPS). Comparação entre grupo com automutilação e com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC).....	90
Tabela 9 -	Impulsividade segundo a escala BIS-11. Comparação entre os grupos com automutilação e com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC).....	91
Tabela 10 -	Características dos pacientes com automutilação.....	92
Tabela 11 -	Diferenças encontradas na comparação entre os grupos de pacientes com automutilação e com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC).....	92

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Tipos de automutilação apresentados pelos pacientes estudados (N=40).....	74
Gráfico 2 - Intensidade da dor descrita pelos pacientes com automutilação (n=40).....	76
Gráfico 3 - Motivos para automutilação (n=40)	78
Gráfico 4 - Eventos traumáticos segundo o Questionário de História de Traumas. Comparação entre os grupos com automutilação (n=40) e com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) (n=30)	81
Gráfico 5 - Transtornos de personalidade segundo DSM-IV. Comparação entre os grupos com Automutilação (AM) (n=40) e com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) (n=30).....	85
Gráfico 6 - Pontuação dos sintomas obsessivo-compulsivos de acordo com a escala Y-BOCS. Comparação entre os grupos com Automutilação (AM) (n=40) e com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) (n=30).....	86

Resumo

Giusti JS. *Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo* [tese]. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2013.

Introdução: A automutilação é definida como qualquer comportamento intencional envolvendo agressão direta ao próprio corpo sem intenção consciente de suicídio. As formas mais frequentes de automutilação são cortar a própria pele, queimar-se, bater em si mesmo, morder-se e arranhar-se. Alguns pacientes apresentam rituais de automutilação e passam muito tempo pensando em como executá-la, lembrando sintomas compulsivos, porém com intenso componente de impulsividade. O DSM-IV classifica a automutilação como um dos critérios de diagnósticos para transtornos do controle dos impulsos não classificados em outro local ou Transtorno de Personalidade *Borderline*. O DSM-V propõe que a automutilação seja uma entidade diagnóstica à parte. A falta de homogeneidade na descrição da automutilação dificulta as pesquisas, tanto epidemiológicas como clínicas. A melhor caracterização clínica e psicopatológica da automutilação é fundamental para que intervenções terapêuticas mais efetivas possam ser desenvolvidas, incluindo novas abordagens psicofarmacológicas. Os objetivos deste estudo foram: fazer uma descrição clínica dos pacientes que procuram tratamento, tendo como principal queixa a automutilação e comparar estes com pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) quanto a características compulsivas e impulsivas. **Métodos:** 70 pacientes foram avaliados, sendo 40 pacientes com automutilação e 30 pacientes com TOC. Todos estes pacientes foram avaliados de forma direta com os instrumentos: Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos de Eixo I do DSM-IV, versão clínica (SCID-I); Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos de Eixo I do DSM-IV, versão clínica, adaptada para Transtornos de Controle de Impulsos; Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos de Eixo II, versão clínica (SCID-II); Escala de Sintomas Obsessivo-Compulsivos de Yale-Brown (Y-BOCS); Escala Dimensional para Avaliação de Presença e Gravidade de Sintomas Obsessivo-Compulsivos (DY-BOCS); Escala para Avaliação da Presença e Gravidade de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo (USP-SPS); Questionários de História de Traumas; Escala de Comportamento de Automutilação (FASM); e *Barrat Impulsivity Scale* (BIS-11). Para comparação das variáveis categóricas, foi utilizado o teste qui-quadrado e para variáveis contínuas, o teste *t*. Para análise multivariada, foram utilizados os testes ANCOVA ou Regressão Logística Linear. Foi considerado, para todos os testes, o nível de significância 5%. **Resultados:** A média de idade dos pacientes avaliados foi de 29 anos. Quanto às características clínicas dos pacientes com automutilação, estes iniciaram o comportamento em média aos 17 anos de idade, e apresentavam cinco tipos diferentes de automutilação em média. Os comportamentos mais frequentes foram: cortar a pele (90%), cutucar ferimentos (75%), bater em si mesmo (67,5%). Os motivos mais frequentemente relacionados à automutilação foram para: parar sentimentos ruins (75%), aliviar sensação de vazio (70%), se castigar (70%), sentir algo, mesmo que fosse dor (47,5%) e sentir-se relaxado (40%). Na comparação

entre os grupos com automutilação e TOC, quanto às comorbidades do Eixo I, o grupo com automutilação apresentou mais comorbidades com depressão (92,5%, $p=0,03$) e bulimia (25%, $p<0,001$). O grupo com TOC apresentou mais fobia social (40%, $p<0,001$). Os pacientes do grupo com TOC tiveram maior gravidade em todas as medidas do Y-BOCS (média: 26, $p<0,001$) e DY-BOCS (média 23,1, $p=0,01$). No grupo com automutilação, 60% dos pacientes referiram a automutilação associada a fenômenos sensoriais. Este grupo teve mais relato de fenômenos sensoriais referente à “sensação de incompletude” (45%, $p=0,007$) e “sensação de energia interna” (57,5%, $p=0,001$). O transtorno de personalidade mais prevalente em ambos os grupos foi Transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsiva. O grupo com automutilação apresentou maior prevalência de Transtorno de Personalidade Histriônica (22,5 %, $p=0,02$) e Transtorno de Personalidade *Borderline* (15%, $p=0,04$). A gravidade da impulsividade foi maior no grupo com automutilação segundo as medidas da BIS-11 para características motoras (média 26,6, $p=0,002$) e dificuldade para planejamento (média 31, $p=0,014$). **Conclusão:** A automutilação e o TOC são transtornos heterogêneos que compartilham características compulsivas e impulsivas. Na automutilação, o componente impulsivo é maior e no TOC, a compulsividade é maior quando comparamos estes dois grupos. Entretanto, a automutilação esteve associada à ocorrência de fenômenos sensoriais, apontando também para a presença de aspectos compulsivos nestes quadros. O Transtorno de Personalidade *Borderline* não é regra entre os pacientes com automutilação. Outros transtornos de personalidade, inclusive cluster C como o Transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsiva, também podem estar presentes entre pacientes com automutilação, assim como com TOC. Os pacientes adultos com automutilação apresentam este comportamento desde a adolescência e os tipos de automutilação apresentados por estes são de moderada a grave intensidade, além de associarem diferentes tipos de automutilação. Isto evidencia a necessidade de desenvolvimento de instrumentos diagnósticos mais precisos para identificação e tratamento precoce específico para estes quadros, evitando a cronicidade dos mesmos.

Descritores: 1. Automutilação; 2. Transtorno Obsessivo-Compulsivo; 3. Transtornos do Controle do Impulso

Summary

Giusti JS. *Non-suicidal self-injury: clinical features and comparison patients with obsessive-compulsive disorder* [tese]. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2013.

Introduction: Non-suicidal self-injury (NSSI) is defined as a deliberate and voluntary physical self-injury without any conscious suicidal intent. Common forms of NSSI include cutting, burning, scratching, hitting, biting and interfering with wound healing. Some patients spend a lot of time thinking about how to perform their act doing it always the same way. They remember compulsive symptoms with intense component of impulsivity. The DSM-IV classifies NSSI as one diagnostic criteria for impulsive control disorders not elsewhere classified or as borderline personality disorder. The DSM-V proposes that the NSSI should be classified as a different disorder. The lack of a singular meaning for NSSI makes difficult the clinical and epidemiological researches about the subject. A better clinical and psychopathological definition for NSSI is crucial for the development of more effective therapeutic interventions, including new psychopharmacological treatment. The objective of this study is to describe the clinical features of patients seeking treatment for NSSI and compare their compulsive and impulsive features with patients with Obsessive Compulsive Disorder (OCD).

Methods: 70 patients were interviewed, 40 patients who specifically sought treatment for NSSI and 30 patients who sought treatment for OCD. Standardized instruments were used: Structured Clinical Interview for Diagnosis of Axis I, according to DSM-IV and for impulse-control disorders, Structured Clinical Interview for Axis II Disorders (Clinical Version (SCID-II)), Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS); Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS), University of São Paulo Sensory Phenomena Scale (USP-SPS); Trauma History Questionnaire; Functional Assessment of Self-Mutilation (FASM) and Barratt Impulsivity Scale, version-11 (BIS -11). To compare categorical variables the chi-square test was applied. For continuous variables, t-test was applied. For multivariate analysis, the ANCOVA test or Logistic Regression were applied when required. A significance level of 5% was applied for all statistical tests.

Results: The mean age of patients was 29 years. The NSSI began at 17 years old, and had 5 different types of NSSI on average. The more common behaviors were: cutting the skin (90%), pick at a wound (75%), beat himself (67.5%). The most often reasons for NSSI were to: stop bad feelings (75%), relieve feeling numb or empty (70%), punish himself (70%), feel something, even if it was pain (47.5%) and feel relaxed (40%). In the comparison between NSSI and OCD groups, the NSSI group presented more axis I comorbidities with depression (92.5%, $p = 0.03$) and bulimia (25%, $p < 0.001$). The OCD group showed more social phobia (40%, $p < 0.001$). The OCD group had higher severity in all measures of the Y-BOCS (mean: 26, $p < 0.001$) and DY-BOCS (mean 23.1, $p = 0.01$). In the NSSI group, 60% of the patients reported NSSI associated with sensory phenomena. This group had more reports of sensory phenomena related to the "incompleteness" (45%, $p = 0.007$) and "internal energy" (57.5%, $p = 0.001$). The most prevalent personality disorder in both groups was Obsessive-Compulsive Personality

Disorder. The NSSI group had higher prevalence of Histrionic Personality Disorder (22.5%, $p = 0.02$) and Borderline Personality Disorder (15%, $p = 0.04$). The severity of impulsivity was higher in the NSSI group according to the measures of the BIS-11 for motor impulsivity (mean 26.6, $p = 0.002$) and non-planning impulsivity (mean 31, $p = 0.014$). **Conclusion:** NSSI and OCD are heterogeneous disorders that share compulsive and impulsive features. In NSSI, the impulsive component is stronger and in OCD the compulsive is stronger when comparing both groups. However, NSSI was associated with the occurrence of sensory phenomena which evidence the presence of compulsive aspects. The borderline personality disorder is not a rule among patients with NSSI. Other personality disorders, including cluster C personality disorders, may also be present among patients with NSSI and OCD, as well. Adult patients with NSSI started this behavior during adolescence. The NSSI symptoms presented were moderate to severe, different types of NSSI were also involved. These results highlights the needs for development of more accurate diagnostic tools for early identification and specific treatment of the NSSI, avoiding chronicity.

Descriptors: 1. Non-suicidal Self-injury; 2. Obsessive-Compulsive disorder; 3. Impulse Control Disorder

1 Introdução

O interesse pela automutilação vem crescendo gradativamente nos últimos 20-30 anos, parcialmente em resposta à atenção da mídia para este comportamento ⁽¹⁾⁽²⁾. Apesar disso, ainda há muito que se estudar a respeito. Os estudos existentes são controversos quanto à definição da automutilação, o que leva a divergências quanto à prevalência. Também a maioria dos estudos foi realizada com população de adolescentes e adultos jovens, e muito pouco se sabe sobre a evolução e consequências desse comportamento longitudinalmente. Como resultado da falta de estudos a respeito, ainda não há um tratamento mais específico para esses quadros. No Brasil, não existem estudos sobre automutilação.

A primeira tentativa formal de descrever esse comportamento foi feita por Menninger (1938) em seu livro: *“Man against himself”*, em que propõe que a automutilação seria uma ação do indivíduo para evitar o suicídio e tranquilizar-se ⁽³⁾.

Nos anos 60, os estudos psiquiátricos em automutilação focaram mais para os cortes em punhos ⁽⁴⁾⁽⁵⁾. O típico “cortador de punhos” foi descrito como “uma mulher jovem, atraente, inteligente, solteira, que poderia ser promíscua ou mostrar ter medo de sexo, propensa a dependências e incapaz de se relacionar com outros. Ela corta seus punhos indiscriminadamente e repetitivamente de uma forma provocativa, mas ela não comete suicídio. Ela diz sentir alívio com este comportamento” ⁽⁶⁾. Dois outros estudos epidemiológicos sugeriram o “cortador de punhos” como uma síndrome, mas, nestes estudos, os autores consideraram também as tentativas de suicídio ⁽⁷⁾⁽⁸⁾. Rosenthal e colaboradores (1972) descreveram a “Síndrome do cortador de punhos” entre mulheres que apresentavam mais de cinco episódios de cortes nos punhos. Os autores, entretanto, descreveram mais do que uma “Síndrome do cortador de punhos”, pois a maioria desses pacientes cortava outras partes dos seus corpos, provocavam fraturas de ossos, arranhavam e escavavam suas faces, além

de esfregar pedaços de vidros na pele. Esses pacientes descreviam sensações de irrealidade, vazio, inutilidade imediatamente antes de seus atos de automutilação; durante e depois do ato, sentiam-se satisfeitos, aliviados e até mesmo felizes e fascinados com os sinais e sensação de calor do sangue que escorria dos ferimentos. Esses autores concluíram que a automutilação rescindia a despersonalização e era “uma forma primitiva de combater sensações de irrealidade e vazio”⁽⁹⁾.

A definição de “Síndrome do cortador de punhos” foi abandonada, mas a distinção entre automutilação e suicídio ainda necessitava ser esclarecida. Pao (1969) denominou “automutilação delicada” para distinguir de tentativa de suicídio⁽¹⁰⁾. Simpson (1976) definiu automutilação como “um ato de antissuicídio, porque os cortes são usados como uma forma direta, confiável, rápida e efetiva de retornar do estado de morte irreal precedente”⁽¹¹⁾. Na Inglaterra, Morgan (1979) descreveu um comportamento de “automutilação deliberada não fatal” em que o suicídio não era a intenção; para o autor, estes comportamentos incluíam não só a automutilação, mas também a *overdose* com drogas⁽¹²⁾, que seria uma forma de autolesão.

Pattison e Kahan (1983) desenvolveram um modelo para a “síndrome da autolesão deliberada” a partir de 56 publicações. Esta síndrome consistia em múltiplos episódios de automutilação, com tipos de ferimentos de baixa letalidade (especialmente cortes e queimaduras), sensação de alívio depois dos atos, sem intenção consciente de suicídio, e duração deste comportamento por muitos anos. Tentativas de suicídio e *overdoses* com drogas eram exclusões para esta síndrome⁽¹³⁾. Este foi o primeiro artigo a descrever a automutilação como é considerada até o momento. Em 1993, Favazza e Rosenthal sugeriram a “Síndrome de automutilação repetitiva” e a descreveram como um transtorno do controle do impulso⁽¹⁴⁾. Apesar de todas as tentativas de se definir o que é automutilação, ainda hoje os estudos a respeito não são homogêneos e muitos ainda consideram tentativas de suicídio e até uso de drogas como automutilação⁽¹⁵⁾.

1.1 Automutilação – definição e características clínicas

A automutilação é definida atualmente como qualquer comportamento intencional envolvendo agressão direta ao próprio corpo sem intenção consciente de suicídio e não socialmente aceita dentro de sua própria cultura e nem para exibição ⁽¹⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾. A definição exclui tatuagens e o “*cutting*”, que tem objetivos estéticos. A automutilação costuma ser repetitiva ⁽¹⁸⁾, podendo ocorrer mais de 50 atos independentes num mesmo indivíduo ⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾, mas as lesões são geralmente superficiais e sem repercussões sistêmicas. A automutilação pode ser pensada por algumas horas, minutos ou menos antes de executar cada incidente, dependendo da situação e oportunidade. Não há associação de abuso de álcool ou drogas durante os incidentes de automutilação ⁽²¹⁾.

A ingestão de drogas, álcool ou medicações de forma excessiva e impulsiva (“*overdoses*”) pode ser entendida como uma agressão direta ao próprio corpo e, assim, poderia ser vista como forma de automutilação. Porém, para Walsh e Rosen (1988), a automutilação e “*overdose*” devem ser separadas, porque nesta o resultado é incerto, imprevisível, ambíguo, praticamente invisível e não resulta em mudança visível do corpo. Na automutilação, o paciente tem certo controle sobre a extensão das lesões, os resultados são planejados, desejados e visíveis ⁽²²⁾. Outros autores também concordaram com essa distinção ⁽²³⁾⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾. Para eles, a pessoa que realmente tenta suicídio está em busca de um fim para todos os seus sentimentos, enquanto a pessoa que se mutila procura sentir-se melhor. É importante notar, entretanto, que as pessoas que se cortam repetitivamente estão em risco para suicídio e podem usar outras formas como “*overdoses*” para tentar o suicídio, ou, por inabilidade para controlar seus atos, podem se ferir mais profundamente, levando-as à morte, sem intenção consciente desta ⁽¹⁹⁾.

As formas mais frequentes de automutilação são: cortes superficiais, queimaduras, arranhões, mordidas, bater partes do corpo contra parede ou objetos e cutucar ferimentos com conseqüente aumento destes ferimentos e

sangramento ⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾. É comum usarem mais de um método para a automutilação, em diferentes ocasiões ⁽²⁸⁾. O estudo de Klonsky (2011) revelou que 50% dos automutiladores utilizavam mais de um método para provocar as lesões, em média dois tipos ⁽²⁹⁾. As áreas mais comumente atingidas são braços, pernas, peito e outras áreas na parte frontal do corpo, onde o acesso é mais fácil ⁽³⁰⁾⁽³¹⁾. A automutilação é precedida por um aumento de tensão, raiva de si mesmo, ansiedade, depressão, disforia e sensação de perda do controle ⁽³²⁾⁽³³⁾. Os fatores precipitantes podem ter várias origens; independentemente destas, são comuns sensações de rejeição ou abandono (real ou não), culpa e “vazio” ⁽¹⁴⁾⁽³⁴⁾. As razões para a automutilação se sobrepõem no mesmo paciente ⁽³⁴⁾. A automutilação é seguida, então, de sensação de bem-estar e alívio momentâneo ⁽³²⁾ e/ou culpa, vergonha e tristeza por ter praticado a automutilação ⁽³⁵⁾. As sensações de bem-estar e alívio podem persistir por algumas horas, alguns dias e, mais raramente, por algumas semanas, retornando os sentimentos precipitantes a seguir ⁽¹⁹⁾. Durante o comportamento, é comum não sentirem dor ou dor de leve intensidade associada às lesões ⁽¹⁹⁾⁽³⁶⁾.

Para Favazza (1998) ⁽¹⁾, o comportamento episódico pode se tornar repetitivo o que deve ser também uma preocupação. Segundo o autor, as pessoas que se mutilam repetitivamente podem assumir uma identidade de “cortador” ou “queimador”, dependendo do método mais utilizado (embora seja comum utilizarem mais de um método), e se descreverem como adictos de seus comportamentos. O comportamento parece, então, assumir um curso autônomo. Aumentam em frequência e intensidade, podendo levar à desfiguração física e a uma incapacidade de controlar o comportamento. Nesta fase, ocorrências de tentativas de suicídio, geralmente por overdoses, são mais comuns. Esses pacientes despendem grande parte do seu tempo pensando em formas para se mutilar, experimentam desejo incontrolável de se mutilar, principalmente quando impedidos de executar. Os automutiladores repetitivos podem ferir a si mesmo durante horas e até dias e podem se envolver em uma sequência de comportamentos ritualísticos,

tais como rastreamento de áreas de sua pele e organizar compulsivamente objetos para a automutilação ⁽¹⁾.

Ainda segundo Favazza (1998), mudança de comportamento episódico para repetitivo ocorre de forma gradual entre o 5º e 10º episódios para alguns e 10º a 20º episódios para outros. Esta automutilação repetitiva não deveria ser considerada como uma característica de outro transtorno mental como Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB), mas como um Transtorno do Controle do Impulso (TCI) do Eixo I e sugere “automutilação deliberada” ou “automutilação repetitiva” como nomes para este transtorno ⁽¹⁾.

Na tentativa de melhor definir as funções da automutilação, Nock & Prinstein (2004) propuseram um modelo de quatro fatores teóricos para funções da automutilação, realizada ao longo de duas dimensões dicotômicas ⁽³⁷⁾. Seriam eles:

- **REFORÇO AUTOMÁTICO NEGATIVO:** uso de automutilação para remover ou parar alguns estados cognitivos ou emocionais indesejados. Exemplo: aliviar tensão ou desviar algum pensamento ruim, “reduzir dor emocional”, “expressar a raiva que sente contra outros”, “reduzir as tensões, sentimentos de culpa”. É o fator mais comum. Esta é a única função relacionada também às tentativas de suicídio.
- **REFORÇO AUTOMÁTICO POSITIVO:** uso da automutilação para gerar um estado desejável. Exemplo: para sentir alguma coisa. Comumente relacionada à presença de sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e depressão, anedonia e inutilidade.
- **REFORÇO SOCIAL POSITIVO:** uso da automutilação para ter a atenção de outros. “Para que os outros vejam como eu me sinto”, “para influenciar no comportamento de outros e para regular seus próprios estados emocionais”. Nem sempre a automutilação se inicia por motivos de reforço social positivo. Para muitos adolescentes, pode demorar algum tempo até que percebam que deixar os familiares notarem as cicatrizes pode ajudar a conseguir o cuidado que eles querem e

desejam. Este tipo de reforço está associado à presença de automutilação entre colegas.

- REFORÇO SOCIAL NEGATIVO: uso da automutilação para fugir de alguma responsabilidade. Exemplo: “para não ir à escola”, “para não fazer algo que acha chato” ⁽²¹⁾⁽³⁷⁾.

Nock & Prinstein (2004 e 2005) avaliaram pacientes psiquiátricos adolescentes que apresentavam pensamentos ou comportamentos de automutilação. Seus resultados confirmaram o modelo proposto acima e mostrou que a maioria da amostra (52,9%) apresentava automutilação por reforço automático, de forma positiva ou negativa (por exemplo, “para parar sentimentos ruins”, “para sentir alguma coisa, mesmo que fosse a dor”). O reforço social, positivo ou negativo, estava associado a menor idade, presença de sintomas depressivos, maior tempo gasto contemplando a automutilação e perfeccionismo. O reforço positivo, automático ou social, estava relacionado à ausência de uso de álcool ou drogas durante a automutilação. Os autores concluíram que os pacientes utilizam a automutilação para regular suas emoções com muito mais frequência do que para influenciar o comportamento dos outros. Também consideram que é possível que os reforços automáticos, positivos ou negativos, sejam mais frequentes do que os sociais, provavelmente porque os pacientes que se envolvem em automutilação são mais socialmente isolados ⁽³⁸⁾ e, portanto, faltaria a oportunidade para a influência social ⁽²¹⁾⁽³⁷⁾.

1.2 Automutilação – prevalência

A automutilação tem início geralmente durante a adolescência, entre os 13 e 14 anos ⁽¹⁾⁽¹⁹⁾⁽²²⁾ e persiste por 10 a 15 anos, mas pode persistir por décadas ⁽¹⁾⁽³²⁾. Alguns dos que se mutilam param este comportamento independente de qualquer intervenção, provavelmente devido ao desenvolvimento de mecanismo mais eficiente para lidar com situações adversas que ocorre naturalmente com o desenvolvimento neurocognitivo

⁽¹⁵⁾⁽²²⁾. A persistência desse comportamento pode estar relacionada à presença de comorbidades ⁽¹⁵⁾. Há evidências de que os quadros mais graves de automutilação, com comportamentos mais frequentes e intensos, são os mais persistentes. É justamente a persistência dos quadros graves que acaba por levar à morte, ainda que esta não seja o objetivo desse comportamento. Ela geralmente ocorre por acidente, por incapacidade de controlar o impulso – o paciente pode ferir-se mais gravemente do que o planejado ⁽¹⁾⁽¹⁴⁾.

Estudos sobre prevalência da automutilação na literatura têm resultados bastante variáveis, dependendo da definição de automutilação, da amostra estudada e da metodologia de pesquisa empregada. A tabela 1 apresenta um resumo dos estudos sobre prevalência de automutilação entre 1991 a 2011, destacando as diferentes populações estudadas e metodologias empregadas nos levantamentos. A automutilação parece ser mais prevalente entre adolescentes, segundo alguns estudos ⁽¹⁸⁾, e esta prevalência vem aumentando nos últimos anos ⁽³⁹⁾. Em estudo com a população geral americana realizado em 1998, a prevalência de automutilação foi estimada em 4% ⁽¹⁸⁾. Estudo de 2011 nesse mesmo país revelou prevalência maior: 6% da população geral praticou automutilação pelo menos uma vez na vida, sendo que 1% praticou a automutilação por 10 vezes ou mais ⁽²⁹⁾. Nesse estudo, a prevalência de automutilação “na vida” foi notavelmente mais alta (19%) quando considerada a população com menos de 30 anos ⁽²⁹⁾, sugerindo prevalência maior deste comportamento entre os mais jovens. Outro estudo mostrou que 17% dos adolescentes e adultos jovens, em uma amostra de estudantes, já tinham praticado a automutilação mais de uma vez na vida ⁽²⁶⁾. Números ainda maiores foram encontrados em um estudo que considerou apenas adolescentes estudantes, entre estes, a prevalência foi de 45% ⁽²⁸⁾. Esses estudos mostram como pode variar a prevalência da automutilação dependendo da população estudada.

Variações semelhantes são observadas quando comparamos amostras em situações diferentes. Em estudos com adultos jovens, a

prevalência foi de 4% entre recrutas militares ⁽⁴⁰⁾ e 17% entre estudantes universitários ⁽⁴¹⁾. O início da automutilação ocorre na adolescência ⁽²⁶⁾ e a prevalência nesta faixa etária varia de 6,9% entre estudantes ingleses ⁽⁴²⁾ a 35,8% entre adolescentes japoneses do sexo masculino que estavam encarcerados ⁽⁴³⁾ até 45% entre estudantes adolescentes americanos ⁽²⁸⁾. Considerando a população de adolescentes em tratamento psiquiátrico, os números são ainda maiores: 60% ⁽²¹⁾⁽⁴⁴⁾.

Ainda entre a população adolescente, existe grande variação da prevalência entre diversos países. Patton e cols. (1997), em amostra com estudantes australianos que cursavam o equivalente ao ensino médio no Brasil, 5,1% referiu automutilação durante o ano que precedeu a pesquisa ⁽⁴⁵⁾. Entre estudantes ingleses, a prevalência foi de 6,9% ⁽⁴²⁾. Na Turquia, 21,4% adolescentes referiram automutilação alguma vez “na vida” ⁽⁴⁶⁾. Esta foi próxima à encontrada entre estudantes adolescentes no Japão onde a prevalência foi de 24,5%. Nesse estudo, os autores consideraram apenas cortes e se bater como comportamento de automutilação ⁽⁴⁷⁾. A prevalência poderia ser ainda maior se fossem considerados outros comportamentos. Outros três estudos norte-americanos que usaram diferentes instrumentos para identificar a automutilação entre adolescentes estudantes também encontraram números diferentes: no estudo de Ross e Heath (2002), 14% referiram automutilação alguma vez na vida, destes, um terço contou que costumava se mutilar numa frequência de duas vezes na semana ⁽⁴⁸⁾; Muehlenkamp e Gutierrez (2004) documentaram prevalência de 15,9% em 390 estudantes avaliados ⁽⁴⁹⁾. Em estudo mais recente e que utilizou um terceiro método para avaliação, a prevalência encontrada foi ainda maior, 46,5% dos adolescentes referiram automutilação no ano anterior à avaliação ⁽²⁸⁾ (tabela 1).

Estudos atuais com população adulta são mais escassos. Estudo publicado recentemente que acompanhou uma população inicialmente de adolescentes entre 14 e 15 anos por 16 anos revelou que a prevalência de automutilação (8%) diminuiu principalmente até os 18 anos, independentemente de intervenções terapêuticas, chegando a 1%. Por outro

lado, nessa mesma amostra, houve incidência de 2% de automutilação no início da fase adulta ⁽¹⁵⁾.

Com prevalência reduzida quando comparado aos estudos com adolescentes, mas com tendência semelhante a estes, Briere e Gil (1998) avaliaram adultos (média de idade de 46 anos) e 4% da amostra contou ter se mutilado nos 6 meses que precederam a pesquisa. Destes, 0,3% disseram ter este comportamento “frequentemente”. Nesse mesmo estudo, quando avaliou população clínica (média de idade de 36 anos), 21% dos pacientes psiquiátricos referiram automutilação pelo menos uma vez nos últimos seis meses. Não houve diferença estatística quando considerados os pacientes internados ou em tratamento ambulatorial. Entre estes, 8% referiram automutilação de forma frequente ⁽¹⁸⁾. Prevalência maior que esta foi encontrada em estudo com mulheres (população geral) na Itália: 24% das mulheres avaliadas referiram algum tipo de automutilação ⁽⁵⁰⁾.

Além das diferenças entre a população estudada, diferenças nos instrumentos utilizados para investigação da automutilação, devido à ausência de instrumentos validados para tal fim, podem explicar parcialmente a diferença nas prevalências apresentadas pelos diversos estudos (tabela 1). Estudos que utilizam métodos de avaliação mais detalhados e questionários anônimos parecem encontrar prevalências maiores. Outra razão que pode também contribuir para essas diferenças seria a falta de uma definição sobre o que é a automutilação. Vários estudos não fazem distinção clara entre tentativas de suicídio e automutilação, analisando estes como um mesmo comportamento ⁽⁴²⁾⁽⁵⁵⁾, e considerando outros como a dermatotilexia também como um tipo de automutilação ⁽⁴⁰⁾⁽⁵⁰⁾. Isso pode aumentar as prevalências encontradas, porém dificulta o melhor entendimento desse comportamento.

Tabela 1 - Diferenças nas prevalências de automutilação: Revisão da literatura entre 1991 e 2011 sobre estudos de prevalência

Estudo	População estudada	Prevalência	País	Método de investigação para Automutilação	Diferenciação entre AM e suicídio
Briere e Gil, 1998 ⁽¹⁸⁾	Geral	4%	Estados Unidos	Trauma Symptom Inventory (TSI) – item 48: "Você se machucou intencionalmente mesmo que não pensasse em suicídio?" ⁽⁵¹⁾	Sim
DiClemente e col., 1991 ⁽⁴⁴⁾	Adolescentes em internação psiquiátrica	61,20%	Estados Unidos	Considerou apenas cortes	Não
Favaro e col., 2007 ⁽⁵⁰⁾	Mulheres na população geral	24%	Itália	Questionário desenvolvido pelos autores	Sim
Hawton e col., 2002 ⁽⁴²⁾	Adolescentes estudantes	6,90%	Inglaterra	Questionário desenvolvido pelos autores	Não
Klonsky, 2011 ⁽²⁹⁾	População geral	6%	Estados Unidos	Entrevista por telefone. Usaram o mesmo questionário do estudo de Briere e Gil, 1998 ⁽⁵¹⁾	Sim
Klonsky e col., 2003 ⁽⁴⁰⁾	Adulto jovem militar	4%	Estados Unidos	2 questões: Quando estou tenso eu me machuco para me acalmar/ Já me machuquei de propósito várias vezes	Sim
Lloyd-Richardson e col., 2007 ⁽²⁸⁾	Adolescentes estudantes	45%	Estados Unidos	Functional Assessment of Self-Mutilation ⁽⁵²⁾	Sim
Matsumoto e col., 2005 ⁽⁴³⁾	Adolescentes encarcerados	35,80%	Japão	Questões: "Já cortou seus pulsos deliberadamente pelo menos 1 vez na vida?"/ "Queimou-se deliberadamente com cigarro pelo menos 1 vez na vida?"	Sim
Moran e col., 2011 ⁽¹⁵⁾	Adolescentes na população geral	8%	Austrália	Questão: "Você já se machucou deliberadamente ou fez alguma coisa que poderia te ferir ou mesmo matar você?". Neste, considerou comportamento de risco como uso de drogas também como AM	Não
Muehlenkamp e Gutierrez, 2004 ⁽⁴⁹⁾	Adolescentes estudantes	15,90%	Estados Unidos	Utilizou "Self-harm Behavior Scale" ⁽⁵³⁾	Sim
Nock e Prinstein, 2005 ⁽²¹⁾	Adolescentes em internação psiquiátrica	60%	Estados Unidos	Functional Assessment of Self-Mutilation ⁽⁵²⁾	Sim
Patton e col., 1997 ⁽⁴⁵⁾	Adolescentes estudantes	5,10%	Austrália	Beck Suicid Intent Scale ⁽⁵⁴⁾ – a questão: "No último ano, você se machucou deliberadamente ou fez alguma coisa que poderia te ferir ou mesmo matar você?". Neste, considerou também comportamento de risco como uso de drogas como AM	Não
Ross e Heath, 2002 ⁽⁴⁸⁾	Adolescentes estudantes	14%	Estados Unidos	Entrevista semiestruturada para este estudo	Sim
Whitlock e col., 2006 ⁽²⁶⁾	Adulto jovem estudantes	17%	Estados Unidos	Entrevista pela internet. Questões: "Você já fez algumas das seguintes opções com intensão de se machucar?". Os autores listaram 16 comportamentos de AM, descritos na literatura.	Sim
Zoroglu e col., 2003 ⁽⁴⁶⁾	Adolescentes estudantes	21,40%	Turquia	Questionário desenvolvido para este estudo com questões sobre AM	Sim

AM = automutilação

Ainda não há um consenso se existem diferenças de prevalência de automutilação entre os gêneros. Alguns estudos não identificam diferenças, mesmo quando considerada população clínica ⁽⁵⁶⁾ ou população geral ⁽¹⁸⁾⁽⁴⁰⁾⁽⁴⁷⁾. Entretanto, há evidência que esse comportamento seja mais frequente no sexo feminino ⁽⁴²⁾⁽⁵⁵⁾. Diferenças entre os gêneros são mais frequentes em estudos com amostras clínicas do que com amostras da população geral ⁽⁵⁷⁾⁽⁵⁸⁾. Isso pode ser devido ao fato de que as mulheres procuram mais tratamento do que os homens e/ou porque incluem “*overdoses*” ou ingestão de medicação sem prescrição médica e sem intenção suicida em muitos dos estudos conduzidos com população clínica, comportamentos estes mais frequentes entre as mulheres ⁽¹⁸⁾⁽³³⁾.

Estudos com população da comunidade que revelam diferenças entre os gêneros ⁽³⁵⁾⁽⁵⁹⁾⁽⁴⁵⁾ incluíram “*overdoses*” ou abuso de medicação sem intenção suicida. Estudos que se limitaram a comportamentos como cortes, queimaduras, se bater e outras formas de danos diretos à pele, não encontraram diferenças entre os gêneros ⁽⁴⁷⁾⁽²⁸⁾⁽⁴⁹⁾⁽⁶⁰⁾⁽⁴⁶⁾⁽⁴⁸⁾. Exceção apenas para o estudo de Whitlock e colaboradores (2006), que encontrou maior prevalência de automutilação no sexo feminino. Assim, a automutilação não seria um problema predominantemente do sexo feminino, embora as amostras clínicas apresentem maior prevalência entre ele do que entre o sexo masculino ⁽²⁶⁾.

Não há registros formais sobre esse comportamento na população brasileira, embora haja grande procura pelo assunto na internet. Uma busca na internet realizada em 28 de agosto de 2012, tendo como palavra-chave “automutilação”, revela que no site do YouTube (http://www.youtube.com/results?search_type=videos&search_query=automutila%C3%A7%C3%A3o&search_sort=video_date_uploaded&page=1), 141 vídeos foram incluídos neste site durante o último ano. No portal “O que eu tenho? 5 coisas que você deve saber sobre automutilação” (<http://www.oqueeu tenho.com.br/2474/5-coisas-que-voce-deve-saber-sobre-automutilacao.html#axzz24qoxoRA6>), 258 comentários foram publicados desde sua criação em outubro de 2009. Nas redes sociais como “Facebook” e “Orkut” existem sete e 18

comunidades, respectivamente, sobre o assunto. O que mostra o interesse pelo tema entre a população brasileira.

1.3 Automutilação – fatores de risco

Vários são os fatores de risco associados à automutilação (tabela 2). Experiências traumáticas geralmente precedem e parecem contribuir para o desenvolvimento da automutilação. As experiências geralmente ocorrem na infância, embora traumas na fase adulta como combates ou sequestros sejam descritos como relacionados ao desenvolvimento de automutilação em adultos ⁽⁶¹⁾⁽⁶²⁾.

Tabela 2 - Fatores de risco para automutilação

FATORES DE RISCO	
Características Pessoais	Falta de mecanismos de adaptação Pessimismo Insegurança Distorção da imagem corporal Baixa autoestima Instabilidade emocional Impulsividade Autodepreciação
Transtornos psiquiátricos	Transtorno de Personalidade <i>Borderline</i> Ansiedade Depressão Transtornos alimentares Transtornos de uso de substâncias Outros transtornos de personalidade
Problemas relacionados à infância	Negligência Abusos (sexual, físico, emocional) Dificuldade de apego Doença grave ou cirurgias na infância Estresse emocional precoce "Bullying"
Social	Informações sobre automutilação pela mídia (TV, internet) Colegas que se automutilam Dificuldade de relacionamento
Família	Dependência de álcool Ausência de algum dos pais Separação precoce dos pais Desvalorização por parte da família Violência familiar Relação familiar disfuncional Depressão em algum dos pais

Linehan (1993) sugere que ambientes inseguros/inconsistentes (negligência, repressão de expressão emocional, abuso emocional, físico ou sexual) levam o indivíduo a ter um desenvolvimento interpessoal pobre e pouca habilidade para regular emoções, o que levaria a comportamentos mal adaptados, entre eles, a automutilação ⁽⁶³⁾. A maioria dos estudos concorda com essa teoria. Entre as pessoas que se mutilam, são mais frequentes as histórias de separação precoce dos pais, violência familiar, relações parentais disfuncionais ⁽⁶⁴⁾⁽⁶⁵⁾, de terem sofrido negligência física ou emocional ⁽⁶⁶⁾⁽⁶⁷⁾. Favazza e Conterio (1989) encontraram em sua amostra de mulheres automutiladoras que 62% tinham história de algum abuso sofrido durante a infância. Entre os abusos, 29% referiam abusos físico e sexual; 17%, somente abuso sexual; e 16%, somente abuso físico. Esses abusos começaram no início da infância e eram realizados por familiares ⁽¹⁹⁾.

Entretanto, há divergências quanto aos resultados dos estudos sobre associação entre automutilação e abusos, principalmente no que se refere a abuso sexual. Enquanto alguns estudos, tanto com população geral ⁽²⁶⁾⁽⁶⁸⁾ quanto com pacientes psiquiátricos ⁽⁶⁶⁾, referem maior prevalência de histórias sobre abuso sexual entre aqueles que se mutilam, outros estudos, com amostras semelhantes, não encontraram tal relação ⁽⁶⁹⁾⁽⁷⁰⁾⁽⁷¹⁾.

Klonsky e Moyer (2008) revisaram 43 estudos e encontraram pequena relação entre abuso sexual e automutilação, principalmente quando a análise estatística foi controlada para variáveis como ambiente familiar, sintomas de dissociação, desesperança e Transtorno de Personalidade *Borderline*. Nesse estudo, foram excluídos os trabalhos que consideraram tentativas de suicídio e aqueles que não distinguiram os diferentes tipos de abusos. Os autores concluíram que abuso sexual na infância e automutilação devem estar associados porque compartilham dos mesmos fatores de risco psiquiátricos e não porque tenham alguma associação direta entre eles ⁽⁷²⁾. Maniglio (2011) encontrou evidências de que abuso sexual seria um fator de risco para ambos os comportamentos: automutilação e suicídio. Para o autor, outras variáveis biológicas e psicossociais, tais como: hipoatividade serotoninérgica, disfunções familiares e outras formas de maus

tratos, alguns traços de personalidade e transtornos psiquiátricos, podem agir independentemente ou interagir com abuso sexual na infância para promover suicídio e automutilação nas vítimas de abuso. Segundo o estudo, o abuso sexual conferiria um risco adicional ao invés de uma causa direta ⁽⁷³⁾.

Quanto aos abusos físicos, Green (1978) avaliou crianças vítimas de abusos físicos e/ou sexual e 41% delas apresentavam automutilação (bater a própria cabeça ou morder-se). As crianças que foram abusadas fisicamente tinham risco duas vezes maior de desenvolverem automutilação, quando comparadas às que sofreram apenas negligência física e seis vezes maior do que as crianças que não sofreram maus tratos (74). Giusti e colaboradores (2011) avaliaram 72 crianças e adolescentes (média de idade de 13,9 anos), todos vítimas de negligência, sendo que 22,2% referiram também terem sofrido abuso sexual e 36,1%, abuso físico. A prevalência de automutilação entre os adolescentes foi de 56,9%. Não foi encontrada diferença quanto às histórias de abusos quando comparado com os adolescentes com e sem automutilação. Os autores concluem que isso se deva provavelmente à presença de pelo menos um tipo de estresse precoce presente em todas as crianças avaliadas ⁽⁷⁵⁾.

Evren e Evren (2005) avaliaram uma amostra de dependentes químicos do sexo masculino e relatos de abusos físicos e sexuais foram mais frequentes entre aqueles que apresentavam automutilação. Na análise multivariada, quando a automutilação foi considerada variável dependente, apenas abuso físico na infância (mas não sexual) continuou como fator preditivo de automutilação ⁽⁷⁶⁾. Zoroglu e colaboradores (2003) avaliaram estudantes do ensino médio e encontraram que abusos físico e sexual sofridos na infância estavam associados à presença de automutilação. Na análise feita pelos autores, houve associação dos abusos com automutilação, tanto do tipo sexual quanto físico, mas quando ambos ocorriam, a associação era mais forte ⁽⁴⁶⁾.

Oliveira e colaboradores (2011) avaliaram 30 adolescentes com história de exposição ao estresse emocional precoce e compararam com adolescentes que não foram expostos a estas experiências. Os adolescentes com histórico de estresse emocional precoce apresentaram pior desempenho executivo e mais sintomas de impulsividade. Além disso, tenderam a desenvolver hipervigilância a estímulos interpretados como ameaçadores, pois o estresse ativa o eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal, ou seja, há um aumento da produção de glicocorticoides, hiperativação da amígdala, e, conseqüentemente, podem ocorrer comportamentos impulsivos, agressivos e ansiedade generalizada. Também encontraram associação entre maior nível de estresse emocional precoce e piora do desempenho executivo e do controle da impulsividade ⁽⁷⁷⁾. Os resultados poderiam explicar os achados de Van der Kolk BA e colaboradores (1991), que observaram que quanto menor a idade em que o abuso ocorreu maior a chance de apresentar automutilação. Os autores concluíram que a imaturidade do sistema nervoso central na infância pode deixar as crianças mais vulneráveis a falhas no sistema biológico de autorregulação como uma consequência de traumas e negligência ⁽⁶⁷⁾.

Heath e colaboradores (2008) avaliaram estudantes do ensino superior e encontraram que a automutilação pode estar relacionada à dificuldade de apego, mas não acharam resultados significativos para associar a traumas ou abusos sofridos na infância ⁽⁶⁹⁾. Gratz e colaboradores (2002) avaliaram a relação entre pais e filhos como provável fator de risco para automutilação. Os resultados do estudo revelaram que negligência emocional e a má qualidade de vínculo entre pais e filhos estavam ambas associadas a risco para desenvolvimento de automutilação na fase adulta ⁽⁶⁴⁾. Relação familiar disfuncional pode fazer com que o indivíduo se sinta isolado e inseguro quanto às relações interpessoais. Sentem raiva autodirigida ou autodepreciação, não conseguem verbalizar as emoções e sofrem rápidas oscilações nas emoções. A falta de mecanismos de adaptação pode favorecer a adoção de estratégias compensatórias, mas mal adaptadas para lidar com esses problemas, entre elas, a automutilação.

Para Adrian e colaboradores (2011), a falta de mecanismos de adaptação e a instabilidade emocional são o que intermedia a relação entre famílias disfuncionais, problemas de relacionamento com colegas e o desenvolvimento da automutilação. Foi o que encontraram em estudo que avaliou adolescentes do sexo feminino admitidas para tratamento psiquiátrico. Os autores encontraram que os problemas de relacionamento familiar foram preditores de instabilidade emocional que por sua vez foi preditora de automutilação. Similar a esse processo, as dificuldades de relacionamento com colegas nessas garotas mostraram ser preditoras de instabilidade emocional que, novamente, podem levar a automutilação ⁽⁷⁸⁾. Esse mecanismo pode também explicar os resultados do estudo de Matsumoto e colaboradores (2004), que avaliaram adolescentes em um centro de detenção. Entre aqueles que apresentavam automutilação, eram mais frequentes histórias de separação precoce, abuso físico, sexual e de terem sofrido “*bullying*” na escola ⁽⁷⁹⁾. Outro estudo mais recente também revelou que o “*bullying*” foi preditor de automutilação entre os adolescentes, mesmo quando comparados aos seus irmãos gêmeos que não sofreram “*bullying*” ⁽⁸⁰⁾.

Para Muehlenkamp e Brausch (2011), em estudo com amostra mista de adolescentes estudantes do ensino fundamental e internados em unidade psiquiátrica, a distorção na imagem corporal também pode intermediar a relação entre afetos negativos e automutilação. O que é bastante frequente em pacientes com transtornos alimentares, especialmente bulimia multi-impulsiva ⁽⁸¹⁾. Outros autores encontraram resultados semelhantes quanto à imagem corporal e automutilação ⁽⁸²⁾⁽⁸³⁾.

Hankin e Abela (2011) avaliaram 103 adolescentes na comunidade, com idade entre 11 e 14 anos, e os acompanharam por 2 anos e meio para avaliar fatores preditivos de início de automutilação nesta população. Na primeira avaliação, 8% dos adolescentes referiram automutilação anterior e os fatores de risco associados foram: estresse, sintomas depressivos, falta de suporte social, insegurança, desesperança e depressão em um dos pais. Ao final do período de 2 anos e meio, 18% dos adolescentes apresentaram

automutilação. Destes, 4% já apresentavam automutilação antes do início do estudo e 14% iniciaram automutilação durante o período de seguimento. Os autores encontraram os seguintes fatores preditivos de início automutilação nesse período: pessimismo, sintomas depressivos no adolescente, episódio depressivo materno iniciado durante o período e falta de suporte social. O estudo mostrou que a prevalência de automutilação aumenta no transcorrer da adolescência e que existem fatores de risco preditivos do início de automutilação neste período ⁽⁸⁴⁾.

Em outro estudo, este retrospectivo, Heath e colaboradores (2009) avaliaram adultos jovens estudantes universitários e não encontraram diferenças quanto a suporte social entre os estudantes com automutilação e os controles sem automutilação, provavelmente por ser uma amostra mais homogênea. Entre esses jovens, 43,6% referiram ter conhecido automutilação de alguma forma social, através da mídia (TV, revista, internet) ou conheciam alguém que se mutilava, antes do início da sua prática. Acrescido a esse fato, 74% da amostra referiu saber que pelo menos um colega praticava automutilação ⁽⁸⁵⁾. Esses dados mostram a influência social para início da automutilação, além dos demais fatores de risco já apresentados anteriormente.

A dificuldade para definir quais seriam os fatores de risco para o desenvolvimento posterior da automutilação pode estar relacionada ao fato de que as comorbidades nesses pacientes são a regra (veja item 1.5, a seguir) e talvez compartilhem os mesmos fatores de risco. Em alguns casos, por exemplo, o abuso sexual na infância pode contribuir para o desenvolvimento da automutilação por meio do desencadeamento de outras comorbidades, tais como depressão e ansiedade, que também estão relacionadas a abuso sexual e automutilação. Para melhor definição desses fatores, estudos epidemiológicos com melhor definição do comportamento de automutilação, que controle a influência das demais comorbidades e possíveis variáveis confundidoras nas análises estatísticas, são necessários. A partir dessas definições, será possível o desenvolvimento de programas específicos de prevenção.

1.4 Automutilação – classificação

A classificação para automutilação mais aceita atualmente foi proposta por Favazza e Rosenthal em 1993 ⁽¹⁴⁾ e modificada em 1996 ⁽³⁰⁾. Na classificação, a automutilação foi dividida em quatro categorias, baseadas em critérios clínicos e fenomenológicos: estereotipado, grave, compulsivo e impulsivo.

Automutilação do tipo Estereotipado: os comportamentos são altamente repetitivos, monótonos, fixos, frequentemente ritmados e parecem comandados. As lesões tendem a manter um mesmo padrão, que pode variar desde leves até graves ferimentos, algumas vezes, colocando em risco a vida do paciente. Geralmente não há uma explicação mesmo que simbólica ou afetos associados a esses comportamentos. Esses pacientes não apresentam vergonha ou tentativas de disfarçar o comportamento, mesmo quando diante de expectadores. Esse tipo de automutilação é frequentemente associado ao retardo mental, autismo, síndrome de Lesch-Nyhan, Cornelia de Lange's, Prader-Willi e Tourette ⁽⁸⁶⁾.

Automutilação do tipo Grave: inclui formas de autoferimentos graves, frequentemente colocando a vida do paciente em risco, geralmente causam ferimentos irreversíveis como: castração, enucleação e amputação de extremidades. A tendência à repetição é menor, talvez pela própria gravidade das lesões. Delírios com temas religiosos são comuns, com ideias de salvação, punição e tentação ⁽⁸⁷⁾⁽⁸⁸⁾. Esse tipo de automutilação não é critério diagnóstico de nenhum transtorno psiquiátrico, mas está frequentemente associado a quadros com sintomas psicóticos (por exemplo: episódios psicóticos agudos, esquizofrenia, fase de mania do transtorno bipolar, depressão), quadros de intoxicação aguda, grave transtorno de personalidade e transexualismo.

Automutilação do tipo Compulsivo: inclui comportamentos repetitivos, às vezes rítmicos que ocorrem várias vezes durante o mesmo dia e diariamente, tais como a tricotilomania, onicofagia e dermatotilexia. O

comportamento mais conhecido desse tipo de automutilação é a tricotilomania ⁽⁸⁹⁾⁽⁹⁰⁾. A tricotilomania é classificada como um transtorno do controle do impulso em que existe uma dificuldade para resistir à vontade de executar o comportamento, seguido de um sentimento de gratificação ou alívio. Esse comportamento é frequentemente automatizado e não está associado à intensão consciente ou pensamento com conteúdo elaborado. Esses pacientes são parecidos com os com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) que apresentam compulsão, mas com pouca ou nenhuma obsessão associada. É comum os pacientes com tricotilomania apresentarem também Sintomas Obsessivo-Compulsivos (SOC). Christenson e colaboradores (1991) encontraram entre os pacientes com tricotilomania 15% que tinham história de TOC e outros 18%, SOC ⁽⁹¹⁾.

Automutilação do tipo Impulsivo: os comportamentos mais comuns incluem cortar a própria pele, se queimar e se bater. Esses comportamentos podem ser genericamente conceituados como atos agressivo-impulsivos, em que o alvo da agressão é o próprio indivíduo. Geralmente ocorrem após vivência de forte emoção, como raiva, sendo vistos como forma de lidar com a emoção. Logo, podem ser desencadeados por uma vivência traumática ou apenas pela lembrança desta.

Automutilação do tipo impulsivo está presente em alguns transtornos psiquiátricos como Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) ⁽⁴⁰⁾⁽⁹²⁾⁽⁹³⁾, transtornos de personalidade tipo histriônica ⁽⁴⁰⁾ e antissocial ⁽⁹⁴⁾, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) ⁽⁶²⁾⁽⁹⁵⁾, transtornos dissociativos ⁽⁹⁶⁾ e transtornos alimentares ⁽⁹⁷⁾. Entre todos esses transtornos, o mais citado na literatura é o TPB. É importante lembrar que esse diagnóstico não deve ser automaticamente definido na presença de automutilação. Outros transtornos psiquiátricos do Eixo I como o abuso de substâncias e transtorno explosivo intermitente também estão relacionados à automutilação, independentemente da presença de TPB ou antissocial ⁽⁹⁸⁾.

Para Favazza (1998), como a automutilação não é um transtorno reconhecido pelo DSM-IV, deve então ser inserida dentro dos transtornos do

controle dos impulsos sem outra especificação, uma vez que preenche todos os critérios para isto ⁽¹⁾.

Segundo a quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais – Texto Revisado (DSM-IV-TR) ⁽⁹⁹⁾, classificação vigente atualmente, a automutilação está presente em três diferentes diagnósticos:

1. Transtornos do Controle do Impulso não especificado. A automutilação não é explicitamente mencionada nesta categoria, mas pode ser classificada aqui se considerarmos o critério de descontrole do impulso descrito como desejo irresistível e subsequente alívio;
2. Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB). Está dentro dos nove critérios diagnósticos para este transtorno;
3. Outros Transtornos da Infância e Adolescência. Citados como transtornos de movimento estereotipados com comportamento autodestrutivo. Este transtorno compreende comportamentos que são “repetitivos, parecem automatizados e sem função”. Exemplos destes comportamentos são: bater a cabeça contra a parede, se morder, dermatotilexia, ou bater partes do corpo. Retardo mental pode ou não estar presente e o comportamento não pode ser explicado por transtorno invasivo do desenvolvimento como autismo, por TOC ou tricotilomania ⁽⁹⁹⁾.

Alguns autores sugerem que a automutilação deve ser considerada uma síndrome comportamental distinta ⁽¹⁰⁰⁾⁽¹⁰¹⁾ e, até o momento, não há um consenso sobre o que deve ser considerado automutilação ou se devem existir subtipos. Isso acontece por dificuldade dos clínicos e pesquisadores em concordarem com um único nome e definição para esse comportamento. Há mais de 30 diferentes termos usados na literatura para definir a automutilação ⁽²³⁾⁽³¹⁾, alguns deles incluem comportamentos suicidas e formas indiretas de autoagressão, tais como comportamentos de risco, promiscuidade e uso de drogas nas respectivas definições. A dificuldade para uso de uma única terminologia dificulta as pesquisas neste campo e é

apresentada como uma das razões para definir a automutilação como uma síndrome clínica distinta ⁽¹⁰⁰⁾. A dificuldade na definição desse quadro se reflete na variação de prevalência dele, já discutido anteriormente.

O grupo da Associação Psiquiátrica Americana (APA) responsável pelo capítulo dos transtornos psiquiátricos da infância e adolescência, da 5.^a edição do DSM, propôs que a automutilação deve ser classificada como um diagnóstico à parte, quando o DSM-V for publicado em 2013 (102). O grupo sugeriu o termo em inglês “*non-suicidal self-injury*” (“autolesão não suicida”) para definir a automutilação. Para o português, ainda não há tradução e usaremos o termo “automutilação” para esta tese.

Para a definição da automutilação como um transtorno psiquiátrico, o DSM-V tem definido os seguintes critérios diagnósticos específicos:

“CRITÉRIOS A: No último ano, o indivíduo, por 5 dias ou mais, autoinfligiu ferimentos superficiais em seu corpo com intenção de provocar sangramento ou hematomas ou dor (por exemplo: com cortes, queimaduras, perfurações com facas ou agulhas, pancadas, excessiva fricção) sem intenção estética (por exemplo: “*piercing*” corporais, tatuagens, etc.) e estes ferimentos atingem extensões de leve a moderado dano físico. A ausência de intenção suicida é reportada pelo paciente ou inferida por meio de frequentes métodos que o paciente sabe, por experiência, não terem potencial letal. (Se incerto, codifique com SOE 2.). O comportamento não é de natureza trivial como dermatotilexia ou onicofagia.

CRITÉRIOS B: Os ferimentos estão associados a pelo menos dois dos critérios:

1. Sentimentos ou pensamentos negativos, tais como depressão, ansiedade, tensão, raiva, estresse generalizado, ou autocensura, ocorrem no período imediatamente anterior ao ato da automutilação;
2. Antes de iniciar o ato, há um período de preocupação com o comportamento intencionado que é difícil de resistir;
3. O impulso para a automutilação ocorre frequentemente, mesmo sem executá-la;
4. O ato tem um propósito, que pode ser o alívio de sentimento/sensações negativas ou dificuldade interpessoal ou para induzir uma sensação positiva. O paciente sabe que estes ocorrerão durante ou imediatamente após a automutilação.

CRITÉRIOS C: O comportamento e suas consequências causam problemas ou piora dos relacionamentos interpessoais, acadêmicos, ou em outras importantes áreas do funcionamento.

CRITÉRIOS D: O comportamento não ocorre exclusivamente durante estados psicóticos, delirium ou intoxicação. Em indivíduos com transtorno do desenvolvimento, o comportamento não é parte de um padrão de estereotípias repetitivas. O comportamento não pode ser devido a outro transtorno mental ou clínico (por exemplo: transtornos psicóticos, transtornos invasivos do desenvolvimento, retardo mental, Síndrome de Lesh-Nyhan).

Potencial SOE categoria, se o DSM-V adotar as categorias SOE:

Non-suicidal Self- injury (NSSI), não especificado em outro lugar, Tipo 1, subliminares: O paciente preenche todos os critérios para *NSSI*, mas apresentou o comportamento menos de cinco vezes nos últimos 12 meses. Aqui se incluem indivíduos que, apesar da pouca frequência do comportamento, frequentemente pensam em executá-lo.

Non-suicidal Self- injury (NSSI), não especificado em outro lugar, Tipo 2, intenção incerta: O paciente preenche critérios para *NSSI*, mas insiste que somado ao critério B4 existe intenção suicida ⁽¹⁰²⁾.

1.5 Automutilação – comorbidades (Eixo I e II, segundo DSM – IV)

Comorbidades entre pacientes com automutilação são bastante comuns. Nock e colaboradores (2006) avaliaram adolescentes que apresentavam automutilação e 87,6% deles apresentavam algum transtorno psiquiátrico do Eixo I e 67,4% apresentavam algum transtorno psiquiátrico do Eixo II ⁽¹⁰³⁾. Os transtornos psiquiátricos frequentemente citados na literatura associados a esse comportamento são: transtorno depressivo, transtornos de ansiedade, Transtorno de Conduta (TC), Transtorno Opositivo Desafiador (TOD), transtornos dissociativos, abuso de substâncias, Transtorno Explosivo Intermitente (TEI), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), transtornos alimentares, transtorno dismórfico corporal, Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB), Transtorno de Personalidade

Histriônica (TPH) e Transtorno de Personalidade Antissocial (TPA)
(32)(40)(98)(101)(103)(104) (tabela 3).

Tabela 3 – Comorbidades do Eixo I e II, segundo o DSM-IV, frequentemente encontradas em pacientes com automutilação

EIXO I	COMORBIDADES	
	EIXO II	
T depressivos	T de personalidade tipo <i>Borderline</i>	
T de ansiedade	T de personalidade tipo histriônica	
T de conduta	T de personalidade tipo antissocial	
T opositivos desafiadores	T de personalidade tipo dependente	
T dissociativos	T de personalidade tipo narcisista	
T de estresse pós-traumáticos	T de personalidade tipo obsessivo-compulsivo	
T obsessivo-compulsivos		
T alimentares		
T dismórficos corporais		
T devido ao uso de substâncias		
T explosivos intermitentes		
Cleptomania		

T=Transtornos

Em três estudos realizados com amostras clínicas de adolescentes, a automutilação foi associada à alta prevalência de transtorno depressivo maior (41,6% a 58%), transtorno de ansiedade (38%), TEPT (14% a 24%)
(57)(105)(103). Além desses transtornos, 62,9% dos adolescentes também apresentavam transtornos externalizantes, sendo 49,4% com TC e 44,9% com TOD. Histórico de uso de algum tipo de droga estava presente em 59,6% e 29,5% dos adolescentes apresentavam dependência de maconha
(103). Izutsu e colaboradores (2006) avaliaram 486 estudantes adolescentes e a prevalência de automutilação entre eles foi 24,5%. Nessa amostra, a presença de automutilação estava relacionada ao consumo de álcool e tabaco em ambos os gêneros. Os autores sugerem que adolescentes que

fazem uso de álcool e tabaco são mais vulneráveis a esse tipo de comportamento ⁽⁴⁷⁾.

Outros estudos também encontraram associação entre automutilação e abuso de substâncias tanto em amostras de adultos na comunidade ⁽⁵⁰⁾ quanto em amostras com adultos em unidade de desintoxicação de drogas. A prevalência de automutilação entre esses pacientes foi de 34,6%. O grupo que apresentava automutilação era mais jovem, tinha maior número de solteiros, desempregados, que haviam iniciado o uso de drogas mais precocemente. O uso de drogas ilícitas foi mais frequente do que de álcool nesse grupo quando comparado ao grupo sem automutilação ⁽⁷⁶⁾. Os dados sugerem que os pacientes com automutilação têm maior envolvimento com drogas e as consequências deste envolvimento são piores. Ou seja, quando presente, a automutilação seria um fator de pior prognóstico para pacientes com transtorno por uso de substâncias.

Outra provável explicação para esses resultados é que o uso de drogas também é um dos recursos que alguns adolescentes empregam para aliviar emoções muito intensas. Quando o uso de drogas se inicia precocemente, eles deixam de desenvolver outros recursos para lidar com as emoções – o que também é um fator de risco para automutilação. Quando privados do acesso às drogas, esses adolescentes lançariam mão da automutilação para obter o alívio emocional desejado.

Para Favazza (2006), a presença de automutilação no início da adolescência aumentaria o risco de desenvolver transtornos alimentares, cleptomania e abuso ou dependência de álcool e/ou outras drogas ⁽¹⁰¹⁾. Eles podem ser entendidos também como comportamentos utilizados por alguns adolescentes para aliviar angústia ou enfrentar situações adversas. Estudo que avaliou adolescentes estudantes observou que entre aqueles que apresentavam automutilação era mais frequente o diagnóstico de algum transtorno alimentar quando comparado aos adolescentes sem automutilação, incluindo dificuldade para conter impulso, mais sensação de fracasso, desconfiança e insegurança social, mais tendências bulímicas e

insatisfação com o próprio corpo. Maior frequência de automutilação estava associada à pior controle de impulsos e dificuldade para regular afeto⁽⁸²⁾.

Em um estudo com pacientes do sexo feminino, adultas, internadas para tratamento para transtornos alimentares, a prevalência de automutilação na vida foi de 34,6%. As pacientes apresentavam história de maior número de eventos traumáticos, mais sintomas dissociativos e mais sintomas e comportamentos obsessivo-compulsivos quando comparadas às pacientes sem automutilação⁽¹⁰⁶⁾.

Favaro e colaboradores (2007) avaliaram 228 mulheres na comunidade e 24% apresentavam algum tipo de automutilação. Esse comportamento, por sua vez, estava associado à presença de transtornos alimentares e a maiores índices de “falta de familiaridade com o próprio corpo”, segundo a escala “*Body Attitudes Test*” (BAT)⁽¹⁰⁷⁾. Este último permaneceu estatisticamente significativo depois de controlado para presença de transtornos alimentares. Os autores sugerem que a automutilação pode ser um sinal específico de presença de um transtorno relacionado a sensações corporais.

Sendo assim, a automutilação poderia ser considerada um fator de risco não só para transtornos alimentares como para transtornos somatoformes, tais como transtorno dismórfico corporal. Sendo os transtornos alimentares caracterizados pela presença de comportamentos agressivos contra o próprio corpo, objetivando a perda de peso (indução de vômitos, abuso de laxantes e diuréticos), para os autores, estes comportamentos teriam uma relação dimensional com a automutilação. Os autores também sugerem que transtornos alimentares, comportamentos compensatórios e automutilação podem compartilhar algumas características e funções psicológicas, tais como: ser mais prevalentes em mulheres e durante a adolescência, ambos os comportamentos podem revelar uma necessidade de controlar o corpo depois de incontáveis mudanças ocorridas devido à puberdade, e ambos também podem estar

associados à insatisfação corporal, ao ascetismo e à sensação de incompetência ⁽⁵⁰⁾.

A presença de TCI em pacientes com TOC é conhecida e estudos mostram prevalência de 16,4% ⁽¹⁰⁸⁾ a 35,5% ⁽¹⁰⁹⁾. Apesar disso, a maioria desses estudos considera apenas automutilação do tipo compulsivo (tricotilomania, onicofagia e dermatotilexia) ⁽¹⁰⁸⁾⁽¹¹⁰⁾, outros não fazem distinção entre automutilação do tipo compulsivo e impulsivo ⁽¹¹¹⁾. Embora menos estudados, sintomas obsessivo-compulsivos também são relatados entre indivíduos que se engajam em automutilação. Esses aspectos serão discutidos adiante (item 1.8). Estudo-piloto, realizado pela autora desta tese, que comparou pacientes que procuraram tratamento ambulatorial para automutilação com pacientes em tratamento para TOC, encontrou que toda a população com automutilação também tinha diagnóstico de TOC, mas os pacientes com automutilação tinham mais TCI do que os pacientes com TOC apenas. Apesar da amostra reduzida, os autores questionam se a automutilação deveria ser considerada um sintoma de TOC ou se deveria ser considerada como entidade nosológica independente, mas relacionada ao TOC ⁽¹¹²⁾. Entre indivíduos com TPB, os que apresentam história de automutilação relataram mais sintomas obsessivo-compulsivos do que aqueles sem história de automutilação ⁽¹¹³⁾.

Além da impulsividade, a gravidade da dermatotilexia também está associada ao aumento de sintomas obsessivo-compulsivos ⁽¹¹⁴⁾. Miguel e colaboradores (2008) investigaram a presença de TCI em 630 adultos com diagnóstico de TOC. No estudo, consideraram apenas automutilação tipo compulsiva (dermatotilexia e tricotilomania), além dos TCI: cleptomania, oniomania, impulso sexual excessivo, TEI, jogo patológico, piromania e uso compulsivo de internet. Entre os pacientes com TOC, a dermatotilexia foi o TCI mais frequente (16,7%), seguido por oniomania (10,8%), TEI (8,4%) e tricotilomania (5,7%) ⁽¹¹⁵⁾. Prevalências semelhantes de comorbidade com dermatotilexia, tricotilomania, outros TCI e TOC são encontradas em outros estudos na literatura, também com adultos com TOC ⁽¹⁰⁸⁾⁽¹¹¹⁾. Os estudos mostram que o TOC, além de características compulsivas, também divide

outras características impulsivas, com outros diagnósticos de TCI, entre estes, a automutilação.

Entre pacientes com automutilação, é frequente encontrar outras formas de TCI ⁽¹¹⁶⁾. Em um estudo de mulheres dependentes de álcool, 25% referiam automutilação, 16% tinham algum transtorno alimentar, metade desta amostra descreveu impulsos para violência física e a outra metade reconheceu um período de promiscuidade ⁽¹¹⁷⁾. Fichter e colaboradores (1994) avaliaram 32 pacientes bulímicos do tipo multi-impulsivos e os comportamentos impulsivos encontrados foram: automutilação (75%), cleptomania (78%), dependência de álcool (34%), abuso de drogas (22%) e promiscuidade sexual (53%) ⁽¹¹⁸⁾. Os resultados são consistentes com os de Favazza e Conterio (1989), em que cerca de metade dos automutiladores desenvolvem ou têm um histórico de distúrbios alimentares, enquanto pelo menos 20% desenvolvem ou têm uma história de abuso de álcool ou de drogas e cleptomania ⁽¹⁹⁾. A sequência desses comportamentos varia, embora mais de um possa estar presente ao mesmo tempo.

Em um estudo com pacientes com transtorno de personalidade, Simeon e colaboradores (1992) encontraram que, embora todos os pacientes tivessem impulsividade acima do normal, aqueles que se mutilavam apresentavam, também, maior agressividade. Os autores concluem que a automutilação pode indicar maior gravidade do TPB ou um TCI. Para os autores, ambas as conclusões podem ser corretas. A automutilação pode ser um marcador de gravidade em TPB e, quando o comportamento se torna repetitivo, pode evoluir para um TCI ⁽¹¹⁹⁾.

Outro estudo que avaliou 120 pacientes internados em unidade para tratamento de transtornos de personalidade encontrou que 45% destes também apresentavam automutilação. Os transtornos de personalidade mais frequentes entre os pacientes que apresentavam automutilação foram: TPB (48%), TPH (26%), transtorno de personalidade dependente (19%), transtorno de personalidade narcisista (9%) e Transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsiva (TPOC) (7%) ⁽¹²⁰⁾.

Entre os transtornos de personalidade, o mais comum é o TPB. Apesar disso, a presença de automutilação não é necessária e nem condição suficiente para o diagnóstico de TPB. Andover e colaboradores (2005) avaliaram sintomas depressivos, ansiosos e sintomas de TPB em uma amostra da comunidade de indivíduos com automutilação e compararam com controle sem automutilação. A amostra com automutilação apresentou níveis maiores de sintomas depressivos, ansiosos e de TPB quando comparada ao controle. Quando as diferenças foram controladas estatisticamente para sintomas de TPB, elas foram reduzidas para níveis não significativos estatisticamente. Apesar disso, nenhum indivíduo preencheu critérios diagnósticos suficientes para diagnóstico de TPB. Os autores concluem que as diferenças significativas encontradas entre os grupos quanto a sintomas depressivos e ansiosos ocorreram devido a diferenças referentes aos sintomas de TPB e advertem para a importância de se pesquisar níveis de sintomas e diagnóstico de TPB em indivíduos com automutilação ⁽¹⁰⁴⁾.

A prevalência de comorbidades entre automutiladores parece ser maior do que a encontrada na população que não apresenta este comportamento. A automutilação também parece ser mais prevalente na população com outros transtornos psiquiátricos do que nos estudos que avaliaram a população geral. Apesar disso, não é a regra que pacientes com transtornos psiquiátricos apresentem mais automutilação.

1.6 Automutilação – neurobiologia

A automutilação, como discutido anteriormente, é um fenômeno heterogêneo associado a vários fatores precipitantes e acompanhado por experiências subjetivas. Há também uma heterogeneidade diagnóstica nos pacientes com automutilação. Por essas características, também um fenômeno neurobiológico uniforme parece não existir para explicar este comportamento. A automutilação pode estar associada a várias alterações

funcionais e neurobiológicas. Os principais sistemas associados a estes comportamentos são: serotoninérgicos, dopaminérgicos e opioides.

Sistema serotoninérgico:

Problemas em neurotransmissores serotoninérgicos são considerados uma regra para a expressão da automutilação ⁽¹¹⁹⁾⁽¹²⁰⁾. Estudos têm mostrado uma relação inversa entre o comportamento impulsivo-agressivo e a função do sistema serotoninérgico cerebral. Asberg e colaboradores (1976) encontraram baixas concentrações de 5-hydroxytryptamine (5-HIAA), principal metabólito da serotonina, no fluido cérebro-espinhal de pacientes que haviam tentado suicídio, ao contrário dos pacientes que não haviam tentado suicídio ⁽¹²¹⁾. A redução dos níveis de 5-HIAA também foi correlacionada à agressão não autodirigida, em criminosos violentos ⁽¹²²⁾, crianças com transtornos disruptivos ⁽¹²³⁾, em pacientes com transtorno de personalidade que se cortavam e se queimavam ⁽¹¹⁹⁾ e em macacos *rhesus* agressivos ⁽¹²⁴⁾.

Os inibidores seletivos da receptação de serotonina têm mostrado eficácia em diminuir automutilação em população com déficit cognitivo. Em um estudo com 10 participantes com retardo mental, a fluoxetina mostrou ser eficaz na redução da agressividade e automutilação entre sete destes pacientes ⁽¹²⁵⁾. Bloch e colaboradores (2001) testaram a eficácia da fluoxetina para tratamento da dermatotilexia em estudo duplo-cego que utilizou placebo. Os pacientes foram avaliados na 8.^a semana depois do início da medicação e apresentavam melhora de 60% nos sintomas da dermatotilexia ⁽¹²⁶⁾.

Os estudos sugerem influência do sistema serotoninérgico na agressividade, seja autodirigida ou não. São necessários estudos mais específicos com pacientes com automutilação como definida nesta tese, sem intenção suicida e com objetivo de aliviar sensações ruins, ainda são escassos.

Sistema dopaminérgico:

A teoria de que a modulação da função da dopamina pode promover o início da automutilação deriva de duas hipóteses que incluem alterações no estímulo dopaminérgico ou aumento da sensibilidade dos receptores de dopamina (em particular D1 ou D2).

Goldstein (1989) tentou provar a hipótese de que baixos níveis de dopamina ou de seus metabólitos e a diminuição do número de sítios de transportadores estriatal de dopamina estavam associados com automutilação em estudos conduzidos com animais. Em um primeiro estudo, usando ratos, o rompimento químico dos neurônios dopaminérgicos que se projetam para várias regiões do cérebro provocou comportamento de se morder quando seguido da administração de agonistas dopaminérgicos. O comportamento foi inibido quando foi administrado um antagonista para receptores D1 e D2. Em um segundo estudo, macacos que tiveram seus neurônios dopaminérgicos nigro-estriatais desnervados também apresentaram automutilação quando receberam L-dopa (agonista dopaminérgico). Nesse estudo, quando um antagonista dopaminérgico seletivo de receptor D2 foi administrado, não houve nenhum efeito quanto a inibir o comportamento de automutilação. Somente quando um antagonista dopaminérgico misto de receptores D1 e D2 foi administrado, os comportamentos foram inibidos, como ocorreu no estudo com ratos. O autor conclui que, em ambos os modelos com ratos e macacos, a agressão foi mediada por ativação dos receptores D1 ou em combinação com D2, mas não com D2 somente ⁽¹²⁷⁾. Outros estudos, também com ratos, mostraram o desenvolvimento de automutilação após administração de pemolina, um agonista indireto de monoamina, que bloqueia a captação neuronal de dopamina ⁽¹²⁸⁾⁽¹²⁹⁾⁽¹³⁰⁾.

Sistema opioide:

Uma característica comum é a analgesia total ou parcial durante e após a automutilação ⁽¹³¹⁾. O sistema opioide endógeno é responsável pela

percepção da dor e analgesia relacionada ao estresse ⁽¹³²⁾⁽¹³³⁾. Alguns autores sugerem que o aumento da atividade cerebral de opioides pode promover a automutilação ⁽²⁴⁾⁽¹³⁴⁾. Existem duas hipóteses quanto a alterações no sistema opioide e a automutilação: dependência aos opioides endógenos e aumento da tolerância a estímulos dolorosos ⁽¹³⁴⁾. A hipótese da dependência sugere que as pessoas que se mutilam têm sensibilidade cerebral normal ao opioides. Entretanto, devido à extensiva estimulação desse sistema e à liberação de opioides durante a automutilação, o paciente desenvolve sintomas de abstinência e necessita se mutilar para ativar novamente o sistema opioide ⁽¹³⁵⁾.

A outra hipótese envolve alterações na percepção da dor. Esta sugere que há um aumento na ativação do sistema opioide que leva a um aumento na concentração de opioide e, conseqüentemente, na diminuição da percepção da dor ⁽¹³⁶⁾.

Coid e colaboradores (1983) dosaram a concentração de meta encefalina, N-lipotropina e Beta-endorfina no plasma de pacientes que foram admitidos ao hospital depois de episódios de automutilação. Nesses pacientes, foi observado que quanto mais extenso ou mais frequente eram os episódios de automutilação, maiores os níveis de meta encefalina. Os autores concluem que estes resultados indicam um envolvimento ou alteração na ativação do sistema opioide na automutilação ⁽¹³⁵⁾.

Devemos considerar uma sobreposição desses sistemas neurotransmissores para o desenvolvimento da automutilação, o que justifica a associação de medicação no tratamento de alguns pacientes. Apesar dos sistemas serotoninérgico, dopaminérgico e opioide serem os mais descritos até o momento, outros, ainda pouco estudados, devem também colaborar para o desenvolvimento da automutilação.

Há também ausência de estudos usando a definição atual da automutilação que demonstrem possíveis mecanismos para o desenvolvimento desta. A maioria dos estudos utiliza modelos animais, pacientes com retardo mental ou autismo que, segundo a classificação de

Favazza e Rosenthal (1993), são comportamentos diferentes da automutilação tipo impulsiva ⁽¹⁴⁾.

1.7 Automutilação e suicídio

A automutilação e tentativas de suicídio são comportamentos frequentemente associados, embora distintos. Na tentativa de suicídio, o objetivo é a morte (busca de um fim), enquanto na automutilação, o desejo é de se sentir melhor (busca de mudança) ⁽¹⁾. Além disso, na automutilação, o resultado é imediato e pode ser repetido várias vezes até que a sensação desejada seja atingida (geralmente sensação de alívio). Embora distintos, os comportamentos suicidas e automutilação dividem algumas experiências em comum ⁽⁵⁶⁾.

Brausch e Gutierrez (2010) avaliaram 373 adolescentes estudantes quanto à prevalência de automutilação e tentativas de suicídio e fatores relacionados às mesmas. Os adolescentes foram divididos em três grupos: sem automutilação ou suicídio (sAM), com automutilação (cAM) e com automutilação e tentativas de suicídio (AMeSUIC). Apenas um estudante referiu somente tentativa de suicídio e, por isso, foi excluído das análises. No estudo, para avaliação de automutilação, foi aplicado questionário específico e utilizada a definição de automutilação como sugerida para o DSM-V. Encontraram prevalência de 21,2% para automutilação e 4% para tentativas de suicídio, entre os adolescentes. Na comparação entre os três grupos, os grupos cAM e AMeSUIC foram estatisticamente diferentes do grupo sAM quanto a sintomas depressivos, ideação suicida, desesperança e baixa autoestima. Quando compararam os grupos cAM e AMeSUIC, aquele que apresentava tentativas de suicídio tinha autoestima mais baixa, pior suporte parental, mais sintomas de anedonia e mais ideação suicida. Diante dos resultados, os autores sugerem que os adolescentes que experimentam uma incapacidade de desfrutar de eventos agradáveis estão em maior risco para tentativas de suicídio. Ter uma visão negativa de si mesmo também parece contribuir para maior risco de suicídio. Este achado é corroborado pelo fato

de que o grupo AMeSUIC apresentou níveis mais baixos de autoestima do que o grupo cAM. Ter uma avaliação global ruim de si e não conseguir valorizar-se pode aumentar a probabilidade de comportamento suicida. O grupo cAM parecia ser capaz de fazer autoavaliações positivas com maior facilidade, o que pode servir como uma proteção contra tentativas de suicídio, aumentando o desejo de viver ⁽¹³⁷⁾.

Outros estudos também encontraram resultados semelhantes quando considerados diagnóstico de depressão ⁽⁵⁷⁾⁽¹³⁸⁾, níveis de anedonia e autoestima ⁽⁶⁰⁾, comparando adolescentes que apresentavam somente automutilação com aqueles que apresentavam automutilação e tentativas de suicídio. Muehlenkamp e Gutierrez (2007) encontraram resultados similares com um adicional: os adolescentes que apresentavam automutilação e tentativas de suicídio também diziam ter menos razões para viver ⁽⁴⁹⁾. Considerando os resultados, alguns fatores psicossociais e psiquiátricos parecem ter um efeito cumulativo nos adolescentes com história de automutilação que poderiam aumentar os riscos para comportamentos suicidas.

A presença de automutilação, independente de sintomas depressivos e de TPB, parece também estar associada ao aumento do risco para tentativas de suicídio ⁽¹³⁹⁾. Asanow e colaboradores (2011) avaliaram 334 adolescentes deprimidos e resistentes ao tratamento com inibidores seletivos da receptação de serotonina e encontraram que 23,9% tinham história prévia de automutilação e 14%, de automutilação e tentativas de suicídio anteriores. Os autores acompanharam os adolescentes por 24 semanas e, durante este período, 11% apresentaram automutilação e 7% apresentaram alguma tentativa de suicídio. A presença de automutilação foi fator preditivo para novas ocorrências de automutilação e tentativas de suicídio, depois de feitos ajustes estatísticos referentes aos efeitos do tratamento ⁽¹⁴⁰⁾. A prevalência de automutilação nessa população é menor do que a encontrada em outros estudos com população clínica ⁽²¹⁾⁽⁴⁹⁾ e geral ⁽²⁸⁾, provavelmente porque, nesse estudo, os autores consideraram os

relatos espontâneos de automutilação e não aplicaram questionário específico, o que deve ser a razão para estes números reduzidos.

Resultados semelhantes foram encontrados por Wilkinson e colaboradores (2011). Os autores avaliaram 192 adolescentes com diagnóstico de depressão e os acompanharam por 28 semanas. No início do estudo, 36% dos adolescentes referiram automutilação e 17% referiram alguma tentativa de suicídio no mês que precedeu a entrevista. Durante o período de acompanhamento, receberam inibidor seletivo de receptação de serotonina associado à terapia cognitivo comportamental. A frequência de automutilação e suicídio foi reduzida a 16% e 7%, respectivamente, durante o último mês de acompanhamento. Na análise multivariada, os fatores preditivos de tentativa de suicídio durante o seguimento foram: história de tentativa de suicídio prévia, intensidade da ideação suicida na avaliação inicial e família disfuncional. Quando a automutilação foi adicionada à análise, somente história prévia de automutilação e família disfuncional continuaram como fatores preditivos de tentativa de suicídio durante o seguimento, independentemente dos sintomas depressivos. No estudo, os fatores preditivos de automutilação durante o seguimento foram: intensidade dos sintomas ansiosos, história prévia de automutilação, desesperança, ser do sexo feminino e mais jovem. Os sintomas depressivos estavam associados à presença de automutilação na avaliação final, mas não à tentativa de suicídio.

Os autores sugerem que os sintomas depressivos levam a automutilação nesses pacientes como um sistema regulador, conferindo um subtipo de depressão caracterizado por presença de automutilação e estes teriam pouca resposta ao tratamento com inibidores seletivos da receptação de serotonina. Outra possibilidade também seria que depressão e a automutilação podem refletir transtornos comorbidos cuja etiologia e significados prognósticos são independentes e requerem diferentes abordagens de tratamento ⁽¹⁴¹⁾. Esta última hipótese justifica a tendência de incluir automutilação como um transtorno psiquiátrico diferenciado no DSM-V

⁽¹⁰²⁾. Com a melhor caracterização da automutilação, estudos para definição de tratamentos mais específicos podem ser desenvolvidos.

É importante notar que os estudos mostram que a presença de automutilação é preditor de outras tentativas de suicídio futuras tanto quanto tentativas de suicídio prévias e que, por isso, a automutilação deve ser investigada e considerada de mesma gravidade que as histórias de suicídio, no tratamento desses pacientes.

1.8 Automutilação e Espectro Impulsivo-Compulsivo

Alguns autores sugerem a existência de um Espectro Impulsivo-Compulsivo ⁽¹⁴²⁾⁽¹⁴³⁾ baseado nas similaridades entre TCI (tais como: jogo patológico, tricotilomania, cleptomania, piromania, transtorno explosivo intermitente, oniomania, dermatotilexomania) e o TOC. Esses autores sugerem um modelo axial em que os TCI e TOC estariam em faces opostas de um espectro impulsivo-compulsivo. A compulsividade, tida como sintoma nuclear do TOC, é caracterizada por exagerada e excessiva percepção de perigo, além do esperado, e dificuldade para controlar ou evitar comportamento de risco. A impulsividade, por outro lado, é caracterizada pela baixa percepção de risco, respostas não pensadas e dificuldade de controlar o desejo e repetitivos comportamentos para obtenção de prazer e gratificação.

Embora compulsividade e impulsividade pareçam descrever dois extremos dessas alterações de comportamento, a maioria dos Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (TEOC) pode ser caracterizada por uma combinação de compulsividade e impulsividade de extensões variadas. De fato, ambos os comportamentos são observados simultaneamente ou em tempos diferentes num mesmo transtorno ⁽¹⁴⁴⁾. Para melhor descrever a relação entre compulsividade e impulsividade, Hollander e Wong (1995) propuseram um modelo axial unidimensional, em que os TEOC estão dispostos em progressão linear de acordo com o grau de impulsividade.

Segundo esse modelo, em um extremo haveria transtornos com alta impulsividade, passando por moderada, um balanço entre impulsividade e compulsividade, e então alta compulsividade ⁽¹⁴⁴⁾ (figura 1).

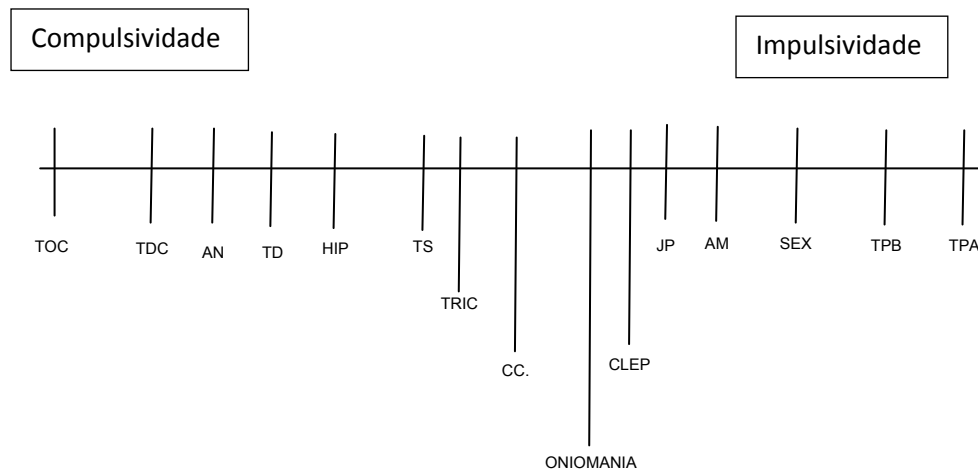


Figura 1 – Aspectos dimensionais de impulsividade e compulsividade. Modelo adaptado de Hollander e Wong (1995)⁽¹⁴⁴⁾.

TOC, Transtorno Obsessivo-Compulsivo; TDC, Transtorno Dismórfico Corporal; AN, Anorexia; TD, Transtorno de Despersonalização; HIP, Hipocondria; TS, Síndrome de Tourette; TRIC, Tricotilomania; CC, Comer Compulsivo; CLEP, Cleptomania; JP, Jogo Patológico; AM, Automutilação; SEX, Sexo Compulsivo; TPB, Transtorno de Personalidade *Borderline*; TPA, Transtorno de Personalidade Antissocial.

De forma semelhante ao TOC, pacientes com automutilação referem sensações descritas como intoleráveis seguidas por breve alívio, depois que se machucam, apesar de sentirem vergonha e tentarem esconder as consequentes lesões ⁽¹⁰¹⁾. Embora mais conhecida por suas características impulsivas, alguns pacientes que apresentam automutilação podem se dedicar por horas e dias a rituais em torno do ato, antes e também depois de cometê-lo ⁽³⁹⁾⁽¹⁴⁵⁾. Associada à automutilação, existe a dificuldade para resistir ou retardar o impulso para o comportamento, uma vez que seja

levantada a possibilidade da automutilação ⁽¹⁹⁾. Algumas vezes, o mesmo paciente também descreve a automutilação como uma irresistível necessidade de se machucar quando sob uma situação estressante, assumindo comportamento mais impulsivo ⁽³²⁾. Eles também descobrem que seu comportamento causa grande impacto em familiares e amigos e, nestas situações, a automutilação passa a ter um papel de manipulação ⁽¹⁷⁾, similar ao comportamento observado em pacientes com TPB.

Como descrito, a automutilação parece exercer diferentes papéis dentro dos comportamentos do espectro impulsivo-compulsivo. Em estudo que avaliou população clínica de adolescentes com automutilação, 20% destes referiram as seguintes características: automutilação mais frequente do que o pretendido; a gravidade das lesões aumentou com o passar do tempo; necessidade de se machucar com maior frequência ou maior gravidade para obterem o mesmo resultado; a automutilação consumia grande parte do tempo ou havia redução de atividades sociais, familiares ou acadêmicas devido a ela. Essas características eram mais frequentes entre os pacientes que praticavam automutilação há mais tempo ⁽³⁹⁾. Padrão semelhante ao apresentado em dependentes químicos ou com TCI.

Simeon e Favazza (2001) classificaram todos os comportamentos de automutilação, baseados em critérios clínicos e fenomenológicos. Segundo essa classificação, onicofagia, tricotilomania e dermatotilexomania foram classificadas como automutilação tipo “Compulsiva”, descritas como comportamentos repetitivo e frequentemente ritualizadas que ocorrem múltiplas vezes durante um mesmo dia. Cortes, queimaduras e bater em si foram classificados como automutilação tipo “Impulsiva”, atos de agressão impulsivos em que o alvo é agressão ao “*self*” ⁽³²⁾. Os autores também assumem que a diferenciação entre automutilação tipo impulsiva e compulsiva nem sempre é fácil. Os comportamentos da automutilação impulsiva algumas vezes são tão habituais e repetitivos, ocorrendo diariamente, sem um fator precipitante aparente, assumindo características compulsivas. Outros comportamentos propostos nessa classificação foram: a automutilação tipo “estereotipado” e “grave”, já descritos anteriormente.

⁽³²⁾. Os dois últimos tipos não foram considerados para este trabalho, por parecerem sintomas de outros transtornos psiquiátricos que foram excluídos para esta tese.

A dificuldade em identificar automutilação como impulsiva ou compulsiva também foi encontrada em estudo que comparou dois grupos de indivíduos com automutilação. Um grupo foi definido como automutilação leve, incluindo as lesões dermatotilexia e onicofagia neste grupo. No segundo grupo, definido como automutilação moderada, as lesões consideradas foram: cortes, queimaduras, bater em si mesmo e desenhos na pele com arranhões. Os resultados mostraram que os dois tipos de automutilação, leve e moderada, estavam associados a características obsessivo-compulsiva (por exemplo: impulsividade, ruminação e precisão), mas a automutilação tipo moderada tinha associação mais forte com impulsividade do que a automutilação tipo leve. Embora a automutilação tipo leve não resultasse em problemas para a maioria dos indivíduos que apresentavam este tipo, ela estava associada a outros comportamentos mal adaptados, como comportamentos impulsivos (TCI, transtornos alimentares, ataques de raiva, agressões físicas, condução imprudente e tentativas de suicídio), compulsivos (precisão, ruminação) e mais sintomas somáticos ⁽¹⁴⁶⁾.

Considerando esses dados, a automutilação parece apresentar características impulsivas e compulsivas; mesmo os indivíduos com automutilação mais leve, classificada como automutilação compulsiva, podem apresentar também características impulsivas importantes.

Os TCI, em que a automutilação está entre os comportamentos considerados nesta classificação (segundo o DSM-IV-TR), constituem um grupo heterogêneo de condições, mas que possuem uma característica em comum: uma “falha em resistir a um impulso dirigido ou tentação de um determinado comportamento que pode trazer prejuízos à própria pessoa ou a outros” ⁽⁹⁹⁾. Cada TCI é caracterizado por um padrão de comportamento recorrente que tem essa característica essencial dentro de um domínio específico. Pacientes com TOC frequentemente referem dificuldades em

resistir a um determinado comportamento (por exemplo: limpar, organizar, ou outro comportamento ritualizado) o que interfere no funcionamento do indivíduo. Nesse aspecto, os TCI são semelhantes aos TOC. Por essas razões é que os TCI são associados ao espectro obsessivo-compulsivo ⁽¹⁴⁴⁾.

Alguns estudos sugerem que indivíduos com automutilação são bastante impulsivos e agressivos e por isso estes transtornos estariam associados a outros transtornos relacionados ao controle do impulso ⁽¹⁾. Outros estudos mostraram que 70% a 78% dos pacientes referem nenhum controle sobre a automutilação e descrevem a decisão de mutilar-se como impulsiva ⁽¹⁹⁾⁽¹⁴⁷⁾. Simeon e colaboradores (1992) avaliaram uma amostra de pacientes com transtorno de personalidade e encontraram que aqueles que apresentavam automutilação eram mais impulsivos ⁽¹¹⁹⁾. Outros estudos revelam prevalência de TOC entre os pacientes com TCI entre 16,4% e 35,5% ⁽¹⁰⁸⁾⁽¹⁰⁹⁾⁽¹¹¹⁾. Estudos sobre TCI em adultos com TOC mostram que estes pacientes apresentam sintomas de TOC mais graves, maior comprometimento e pior qualidade de vida ⁽¹⁰⁸⁾.

Estudo-piloto realizado por Giusti e colaboradores (2008), em que foram comparados cinco pacientes que procuraram tratamento por TOC com cinco pacientes que procuraram tratamentos por automutilação, revelou que todos os pacientes com automutilação também apresentavam sintomas de TOC, com predominância de fenômenos sensoriais (sensações subjetivas físicas e/ou mentais que levam a comportamentos repetitivos) precedendo a automutilação. Apesar dos pacientes com automutilação terem maior prevalência de outros transtornos do impulso, além da automutilação, quando comparados aos pacientes com TOC, não houve diferença quanto à impulsividade entre os dois grupos, segundo a *Barratt Impulsivity Scale* (BIS-11) ⁽¹⁴⁸⁾. Em ambos os grupos, nenhum paciente preencheu critérios diagnósticos para TPB. Esses achados sugerem que podem existir semelhanças e possíveis sobreposições de sintomas entre a automutilação e o TOC, quanto aos sintomas compulsivos e impulsivos, independentemente das comorbidades presentes ⁽¹¹²⁾.

A comparação de automutilação com TEOC paradigmáticos como TOC (paradigma de compulsividade) é de particular interesse uma vez que propicia uma avaliação mais precisa dos elementos compulsivos em síndromes impulsivas, permitindo uma compreensão melhor das relações entre impulsividade e compulsividade e, conseqüentemente, a proposição de terapêuticas mais específicas. A melhor caracterização dos sintomas dos pacientes que apresentam automutilação pode trazer algumas hipóteses sobre neurotransmissores envolvidos neste comportamento. Com essas informações, pesquisas futuras sobre tratamentos mais específicos podem ser desenvolvidas.

1.9 Justificativa

A automutilação é ainda um comportamento pouco conhecido e estudado. Um dos fatores que colaboram para isso é a falta de definição do que seria esse comportamento. As pesquisas consideram vários comportamentos de forma heterogênea quando falam em automutilação. Isso resulta em divergências nos resultados quanto, por exemplo, à prevalência, se realmente esse comportamento está aumentando ou não, se é mais prevalente em um dos gêneros.

Na população adulta, as informações são ainda mais escassas. Até o momento, não existem centros especializados em tratamento para pacientes que apresentam automutilação. Este é o primeiro estudo envolvendo pacientes que procuraram tratamento tendo como principal queixa a automutilação. A maioria dos estudos com população adulta existente utilizou população de pacientes com TPB ou com transtornos alimentares.

Muito tem se falado sobre o aumento no interesse pela automutilação e a prática desta por adolescentes. Apesar disso, não existe ainda nenhuma pesquisa com a população brasileira. Também, pouco se sabe sobre o que acontece com os adolescentes que permanecem com a automutilação até a

vida adulta. Que fatores estariam corroborando para a persistência desse comportamento?

Esta tese tem como objetivo conhecer melhor a população que apresenta automutilação na idade adulta para que abordagens terapêuticas mais eficazes sejam desenvolvidas, assim como programas de prevenção.

1.10 Considerações iniciais sobre a metodologia

A proposta de desenvolver este doutorado surgiu em 2004. Após avaliar um paciente com automutilação – caso descrito pela autora desta tese no Manual Clínico dos Transtornos dos Impulsos ⁽¹⁴⁹⁾ – surgiu a ideia de estudar melhor esses casos. Em 2005, foi criado um ambulatório específico dentro do Ambulatório Integrado dos Transtornos do Impulso para atender a esses casos. Logo no início do ambulatório, foi feito um projeto-piloto em que cinco pacientes com automutilação foram comparados a cinco pacientes com TOC ⁽¹¹²⁾. A partir das informações, foi elaborado um projeto que recebeu financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) (processo FAPESP n.º 2005/55628-8) e que deu base a esta tese de doutorado.

O contato com o sofrimento dos pacientes foi o fator motivador para o desenvolvimento desta tese. A ideia inicial foi de investigar as características dos pacientes e então tentar encontrar o tratamento mais adequado para os mesmos, em estudos posteriores. Ainda há necessidade de mais estudos dirigidos a estes objetivos para que um protocolo de tratamento mais específico seja elaborado.

Esta tese de doutorado é resultado do trabalho da equipe do Ambulatório Integrado dos Transtornos do Impulso (AMITI), apoiado pelo projeto temático desenvolvido em conjunto com o Projeto Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (PROTOC), para responder à seguinte questão: onde a automutilação se situa dentro dos TEOC?

2 Objetivos

Objetivo principal:

Comparar pacientes com automutilação com pacientes com TOC quanto às características compulsivas e impulsivas.

Os objetivos específicos são:

1. Descrever as características clínicas de pacientes que procuram tratamento tendo como queixa principal a automutilação;
2. Estudar as características sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, antecedentes de eventos traumáticos) e comorbidades (prevalência de comorbidades do Eixo I e II, segundo o DSM-IV) que possam interferir nas análises de comparação entre os grupos;
3. Comparar o grupo de pacientes com automutilação com grupo de pacientes com TOC nos seguintes aspectos:
 - 3.1. Presença e intensidade de sintomas obsessivos e compulsivos;
 - 3.2. Presença e intensidade de fenômenos sensoriais;
 - 3.3. Diagnóstico de transtornos do controle de impulso;
 - 3.4. O grau de impulsividade.

3 Hipótesis

1. Descrição das características clínicas da automutilação:
 - a. A automutilação se inicia na adolescência;
 - b. Os comportamentos de automutilação mais frequentes são: cortes, bater em si mesmo e queimar-se;
 - c. Os motivos mais frequentes para automutilação são para aliviar sentimentos e sensações ruins;
 - d. O motivo menos frequente para automutilação é para a manipulação de comportamento de outros;
 - e. São frequentes histórias de abusos sexual e físico nesta população.
2. Os pacientes com automutilação apresentam maior histórico de vivência de traumas e mais comorbidades (Eixo I, segundo o DSM-IV) e transtornos de personalidade (Eixo II, segundo o DSM-IV) que os pacientes com TOC, sendo as demais características sociodemográficas e clínicas iguais.
3. A intensidade dos sintomas obsessivos e compulsivos são maiores em pacientes com TOC quando comparados aos pacientes com automutilação.
4. A prevalência e intensidade dos fenômenos sensoriais são maiores em pacientes com TOC quando comparados aos pacientes com automutilação.
5. A prevalência de transtornos do impulso é maior entre os pacientes com automutilação quando comparados aos pacientes com TOC.
6. Pacientes com automutilação têm mais sintomas de impulsividade quando comparados aos pacientes com TOC.

4 Materiais e Métodos

4.1 Delineamento do estudo

Este é um estudo descritivo transversal que comparou as características sociodemográficas e algumas características clínicas dos pacientes com transtornos obsessivo-compulsivo e automutilação.

4.2 Sujeitos

Os pacientes foram recrutados entre aqueles que procuraram atendimento nos ambulatórios do AMITI e PROTOC, ambos do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sendo obedecidos os seguintes critérios de seleção:

Critérios de Inclusão:

1. Maiores de 18 anos.
2. Grupo com automutilação: pacientes que apresentaram a automutilação como principal fator motivador para a procura de tratamento, independente da presença ou não de outras comorbidades. Também foram considerados os pacientes com histórico de tratamento prévio, assim como os que estavam em uso de medicação no momento da admissão.
3. Grupo com TOC: pacientes que apresentaram TOC, sendo este o fator motivador para a procura do tratamento. Também foram considerados os pacientes com histórico de tratamento prévio, assim como os que estavam em uso de medicação no momento da admissão.
4. Disponibilidade para preencher os questionários aplicados.

5. Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Participação, aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) (anexo 1).

Crítérios de exclusão:

1. Não entendimento dos instrumentos empregados para avaliação desses pacientes.
2. Pacientes com quadros psicóticos ou depressão grave com ideação suicida proeminente onde a internação fora indicada, ou com lentificação psicomotora, ou outro sintoma que implicasse em prejuízo da compreensão ou preenchimento dos questionários.
3. Grupo com automutilação: pacientes cuja automutilação fosse secundária a síndromes psicóticas, retardo mental, ou outra síndrome com impacto pervasivo no desenvolvimento.
4. Grupo com TOC: pacientes que apresentaram qualquer tipo de automutilação.

Procedimento de seleção de pacientes:

No grupo de TOC, foram considerados os pacientes que já tinham sido avaliados pelo PROTOC e convidados para completarem as avaliações com a aplicação das escalas complementares específicas para esta tese. Foram convidados 30 e nenhum se recusou. Para o grupo com automutilação, foi feito um primeiro contato por telefone e aqueles que não preenchiam os critérios de inclusão para esta tese eram orientados a procurar outro serviço para tratamento. Não há registros de quantos foram excluídos nesses contatos telefônicos e todos os que vieram para tratamento foram incluídos.

4.3 Entrevista Diagnóstica – instrumentos empregados

Todos os pacientes com TOC foram recrutados junto ao Consórcio Brasileiro de Pesquisa sobre Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (C-TOC) ⁽¹¹⁵⁾, e avaliados por psiquiatras e psicólogos com experiência em tratamento do TOC. Apesar do C-TOC envolver diferentes centros de estudos no Brasil, para esta tese, apenas os pacientes do centro da Universidade de São Paulo foram considerados, pois a metodologia desta tese requeria a aplicação adicional de questionários complementares sobre impulsividade.

Os pacientes com automutilação foram avaliados pela autora desta tese e pela psicóloga Anna Karla Rabelo Garreto. A autora desta tese passou por treinamento com a equipe do PROTOC e foi responsável pelo treinamento e supervisão da psicóloga Anna Karla R Garreto que desenvolve sua dissertação de mestrado sobre automutilação.

As escalas para avaliação de sintomas impulsivos, tanto entre os pacientes com TOC quanto com automutilação, foram aplicadas pela autora desta tese e pela psicóloga Anna Karla R Garreto. Apesar de nenhum teste de confiabilidade ter sido aplicado, os pacientes foram acompanhados em tratamento farmacológico pela autora desta tese e, durante este tratamento, não houve divergências quanto ao diagnóstico e as características avaliadas nos testes aplicados no início do tratamento pela psicóloga Anna Karla e o observado pela autora desta tese.

Para avaliação clínica descritiva dos pacientes com automutilação, todos os prontuários foram revisados pela autora de forma sistemática para levantamento das características clínicas do quadro de automutilação (idade de início, tipos de AM empregados, motivos para AM, história de tratamentos prévios).

Todos os pacientes com automutilação estavam em uso de medicação quando iniciaram este estudo, pois já estavam em tratamento em outro serviço. Apesar disso, ainda apresentavam algum tipo de

automutilação. Devido à gravidade dos casos, as medicações foram mantidas durante toda a avaliação. Mudanças na prescrição foram feitas apenas depois que a aplicação de todos os instrumentos de avaliação utilizados neste estudo foi concluída.

Os seguintes instrumentos foram aplicados:

4.3.1. *Apostila de 1.º Atendimento do PROTOC* ⁽¹⁵⁰⁾. A apostila é um protocolo desenvolvido pelo PROTOC e utilizado por todo o C-TOC. Foi elaborada com o objetivo de avaliar de forma minuciosa e abrangente pacientes com TOC utilizando instrumentos padronizados de avaliação. Os instrumentos contidos na apostila estão listados abaixo. Alguns deles não foram usados no presente estudo e os que contêm as variáveis utilizadas nesta pesquisa estão assinalados por asterisco, estes são descritos com maior detalhe a seguir. São eles:

- *Ficha de Dados Demográficos, elaborada e padronizada para a coleta das variáveis demográficas, investigou os seguintes itens: sexo, idade, escolaridade;
- *Nível socioeconômico. O nível socioeconômico foi definido de acordo com os itens da Associação Brasileira do Instituto de Pesquisa de Mercado – ABIPEME divididos em classes sociais A, B, C, D e E ⁽¹⁵¹⁾;
- Questionário Médico e Sobre Fatores de Risco (desenvolvido pelo PROTOC com base em instrumentos desenvolvidos inicialmente na Universidade de Yale, pelo Dr. James Leckman e seus colaboradores), que inclui: investigação sobre dados pessoais; histórico sobre gestação, parto e desenvolvimento; históricos escolar e profissional; histórico médico, incluindo tratamentos psiquiátricos prévios. Para esta tese, apenas a informação referente à quantidade de anos que frequentou a escola foi utilizada (“escolaridade”);

- *Escala Dimensional para Avaliação de Presença e Gravidade de Sintomas Obsessivo-Compulsivos DY-BOCS (*Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale - DY-BOCS*) ⁽¹⁵²⁾;
- *Escala *Yale-Brown* de Sintomas Obsessivo-Compulsivos – Y-BOCS (*Yale-Brown Obsessive–Compulsive Scale*) ⁽¹⁵³⁾;
- *Escala para avaliação da presença e gravidade de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo (USP-SPS) ⁽¹⁵⁴⁾;
- Questionário sobre História Natural de TOC ⁽¹⁵⁵⁾;
- Escala de Avaliação Global de Tiques desenvolvida pelo *Yale Child Study Center* – YGTSS (*Yale Global Tics Severity Scale*) ⁽¹⁵⁶⁾;
- Inventário de Depressão de Beck ⁽¹⁵⁷⁾;
- Inventário de Ansiedade de Beck ⁽¹⁵⁸⁾;
- K-SADS adaptada para adultos para avaliar Transtorno de Hiperatividade e Déficit de Atenção ⁽¹⁵⁹⁾;
- Escala de Hiperatividade MTA-SNAP ⁽¹⁶⁰⁾;
- Escala para Transtorno de Ansiedade de Separação [baseada na K-SADS: Orzaschel, Puig-Antich, 1987 ⁽¹⁶¹⁾];
- Questionário de Qualidade de Vida SF-36 ⁽¹⁶²⁾;
- Escala de Adequação Social – EAS ⁽¹⁶³⁾;
- Escala de Avaliação de Crenças de Brown traduzida por Ferrão e Hounie ⁽¹⁶⁴⁾;
- Entrevista sobre Familiares (desenvolvida pelo PROTOC);
- *Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Transtornos do Eixo I (SCID-I/P – *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-patient edition*) ⁽¹⁶⁵⁾;
- *SCID para Transtornos do Impulso traduzida pela equipe do PROTOC ⁽¹⁶⁶⁾;

- Escala de Impressão Clínica Global (CGI – versão adaptada) ⁽¹⁶⁷⁾;
- *Questionário de História de Trauma ⁽¹⁶⁸⁾;
- *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – PCL-C* ⁽¹⁶⁹⁾;
- Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas ⁽¹⁷⁰⁾.

Os instrumentos utilizados para esta tese estão descritos de forma mais detalhada a seguir:

4.3.2. *Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos de Eixo I do DSM-IV, versão clínica (SCID-I)* ⁽¹⁶⁵⁾. Esta entrevista estruturada encontra-se de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-IV, da American Psychiatric Association ⁽¹⁶⁵⁾. Foi utilizada nesta tese para investigação de comorbidades do Eixo I.

4.3.3. *Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos de Eixo I do DSM-IV, versão clínica, adaptada para Transtornos de Controle de Impulsos, traduzida pela equipe do PROTOC* ⁽¹⁶⁶⁾. Esta entrevista estruturada foi construída nos mesmos moldes da entrevista acima, abrangendo questões relativas aos sintomas dos Transtornos de Controle dos Impulsos não Classificados em Outros Capítulos.

4.3.4. *Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos de Eixo II, versão clínica (SCID-II)* ⁽¹⁷¹⁾. Esta entrevista estruturada encontra-se de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-IV, da American Psychiatric Association, para avaliação diagnóstica de transtornos de personalidade (Eixo II). Foi traduzida para o português pela autora desta tese.

4.3.5. *Escala Yale-Brown de Sintomas Obsessivo-Compulsivos (Y-BOCS).*

Esta escala foi desenvolvida por Goodman e colaboradores (1989)⁽¹⁵³⁾ para mensurar a gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos, independentemente do conteúdo das obsessões ou compulsões. A escala é composta por 10 questões, sendo que as respostas podem variar de 0 (nenhum sintoma) a 4 (sintomas extremos), baseadas na gravidade do sintoma. Esta escala inclui questões referentes ao tempo que os pacientes gastam com as obsessões, quanto isto os prejudica no desenvolvimento das atividades diárias e quanto incomodo causa. As mesmas questões são feitas quanto às compulsões. Uma contagem total de 0-7 indica quadro subclínico; 8-15 leve; 16-23 moderado e 32-40 grave⁽¹⁵³⁾.

4.3.6. *Escala dimensional para avaliação de Presença e Gravidade de Sintomas Obsessivo-Compulsivos (DY-BOCS)*⁽¹⁵²⁾. Escala elaborada a partir de trabalhos anteriores que utilizaram análises fatoriais para agrupar pacientes com determinados tipos de sintomas obsessivo-compulsivos, nas chamadas dimensões. Assim, foram obtidas seis dimensões com os seguintes conteúdos: 1) agressividade; 2) sexual e religiosa; 3) simetria, ordenação e arranjo; 4) contaminação e limpeza; 5) colecionismo; e 6) diversos. De modo diferente da Y-BOCS, as notas não são dadas de acordo com as obsessões e compulsões e sim pela dimensão. Cada dimensão pode possuir obsessões e compulsões relacionadas. As características avaliadas para cada dimensão são o tempo despendido, o desconforto e a incapacitação por aquela dimensão proporcionada, variando de 0 a 5. Ainda, para obter a nota total, avalia-se o nível de prejuízo geral do paciente por causa do TOC. A partir da gravidade geral, investiga-se também o prejuízo ou comprometimento causado pela presença dos SOC na vida da pessoa e como ela os percebe, com variação de 0 a 15. A nota total final da DYBOCS varia de zero a 30 pontos [correspondendo à soma entre a gravidade de todos os SOC

independente de dimensão (0 a 15) e a nota de prejuízo (0 a 15)]. Foi traduzido e revisado pela equipe do PROTOC ⁽¹⁵²⁾.

4.3.7. *Escala para avaliação da presença e gravidade de fenômenos sensoriais da Universidade de São Paulo (USP-SPS)* ⁽¹⁵⁴⁾. Fenômenos Sensoriais são sensações, percepções ou sentimentos físicos ou mentais desconfortáveis, perturbadores, que ocorrem antes ou durante a realização dos comportamentos repetitivos. A entrevista foi desenvolvida por Rosário-Campos e colaboradores (2005) para investigar a presença e gravidade dos diferentes tipos de experiências subjetivas que podem preceder ou acompanhar os comportamentos repetitivos. As perguntas se referem a qualquer experiência que possa desencadear, ser o motivo ou explicação para realizar esses comportamentos.

A escala é dividida em duas partes, a primeira investiga a presença e os subtipos de fenômenos sensoriais. Os subtipos de fenômenos sensoriais investigados por esta escala são: sensações físicas (sensações desconfortáveis na pele (táteis), músculos ou ossos (musculoesquelética) e/ou nas vísceras (órgãos internos)); “estar em ordem” (“*just-right*”) relacionado a estímulos sensoriais visuais, auditivos e táteis; sensação de incompletude ou necessidade de sentir-se “em ordem” (“*just-right*”); sensação de energia interna; “ter que fazer”. A segunda parte investiga a gravidade dos fenômenos, tendo como base o tempo despendido, o desconforto e a incapacitação proporcionada, podendo variar de 0 a 5. A gravidade é dada pela soma de todas as notas anteriores, podendo variar de 0-15. Esta avaliação é feita considerando a gravidade atual e a fase onde os fenômenos sensoriais foram mais intensos ⁽¹⁵⁴⁾. Para os pacientes com automutilação, foi questionado a associação dos fenômenos sensoriais, quando apresentavam, com a automutilação.

4.3.8. *Questionários de história de traumas* ⁽¹⁶⁸⁾. Para investigação de exposição a eventos traumáticos ocorridos durante a vida dos pacientes, incluindo crimes, agressões ou abusos sexuais e/ou físicos, guerras, mortes trágicas ou desastres naturais. Para cada item, o paciente é questionado se o evento ocorreu ou não, o número de vezes que este ocorreu e a idade em que estas experiências ocorreram ⁽¹⁶⁸⁾. O questionário foi traduzido pela equipe do PROTOC.

4.3.9. *Escala de Comportamento de Automutilação (Functional Assessment of Self-Mutilation – FASM)* ⁽¹⁷²⁾: A FASM foi criada para investigar as formas e os meios utilizados, frequência e razões da automutilação. A escala aborda a ocorrência de 11 diferentes tipos de automutilação durante o último ano e, nos casos afirmativos, sua frequência. Investiga se algum tratamento médico foi aplicado, o que é considerado como um indicador da gravidade da lesão. Comportamentos específicos incluídos: cortar/escoriar, queimar, autotatuagem, arranhar a pele até sangrar, esfolar ou raspar a pele até sangrar, bater em si mesmo propositalmente, arrancar cabelos, morder-se, inserir objetos sob a unha ou pele, provocar ferimentos/hematomas se beliscando e beliscar a pele até sangrar. Também avalia se quaisquer dos tipos de automutilação foram tentativas de suicídio; o tempo gasto entre pensar e se mutilar; a idade em que praticaram a primeira automutilação; se a automutilação ocorreu sob influência de alguma droga ou álcool; e a intensidade da dor durante a automutilação, classificada numa escala de quatro níveis desde “sem dor” até “dor intensa”. Os aspectos motivadores da automutilação são avaliados por meio de uma lista de 23 itens classificados em escala de quatro níveis, variando de “nunca” a “frequentemente”.

A FASM vem sendo aplicada em estudos com amostras de adolescentes com problemas psiquiátricos ⁽³⁸⁾ e com amostras de

jovens detentos ⁽¹⁷³⁾, demonstrando consistência interna aceitável (coeficiente $\alpha=0.65-0.66$) (anexo 2).

A escala foi traduzida para o português pela Profa. Dra. Sandra Scivoletto e Jackeline S Giusti, com autorização formal do autor (anexo 3).

4.3.10. *Escala de Impulsividade de Barrat – versão 11 (Barrat Impulsivity Scale) (BIS-11)* ⁽¹⁴⁸⁾. Para avaliação de impulsividade – Composta por 30 itens autoaplicáveis, com resposta em quatro pontos de uma escala que vai de “raramente/nunca” a “quase sempre/sempre”. Esta escala contempla três dimensões da impulsividade: falta de atenção (ações com falta de atenção, que podem ser exacerbadas em situações ansiogênicas), impulsividade motora (hiperatividade pela necessidade de movimento, que é exacerbada pelo estresse), falta de planejamento (atitudes e conclusões precipitadas por falta de reflexão), além de compor uma nota total ⁽¹⁴⁸⁾.

4.4 Cálculo de Tamanho de Amostra

O tamanho da amostra foi calculado a partir dos resultados encontrados no estudo-piloto ⁽¹¹²⁾, e considerando a escala Y-BOCS como medida de compulsividade para avaliar as diferenças entre pacientes com automutilação e TOC. Foi fixado um erro tipo I e tipo II em 5% cada um. O tamanho da amostra calculado como mínimo necessário foi de 62 pacientes.

Arredondando esse valor para cima para maximizar o poder da amostra, chegamos aos valores de 40 para o grupo com automutilação e mantivemos 30 pacientes no grupo com TOC, sendo 70 sujeitos na amostra total.

4.5 Análise dos Resultados

A análise estatística descritiva foi utilizada para avaliar a frequência, características e motivos para a automutilação. A média e desvio-padrão foram utilizados para descrever as variáveis numéricas e porcentagem para descrever as variáveis categóricas. O programa SPSS 14.0 foi utilizado para os cálculos estatísticos.

Para cada variável contínua, foi verificado se havia distribuição normal, por meio do teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Como a amostra apresentou distribuição normal para todas as variáveis contínuas, o *test-t Student* foi aplicado.

Para comparação entre as variáveis categóricas, o teste qui-quadrado ou teste exato de *Fisher* foram utilizados, quando apropriado.

Inicialmente foi feita análise univariada comparando as amostras com automutilação e TOC. Para a análise, foram consideradas as seguintes comparações:

- a. Características sociodemográficas;
- b. História de eventos traumáticos;
- c. Comorbidades com outros transtornos psiquiátricos do Eixo I, segundo DSM-IV;
- d. Diagnóstico de transtorno de personalidade (Eixo II, segundo DSM-IV).

Para análise multivariada, foram utilizados os modelos ANCOVA ou Regressão Logística, quando apropriado. O método para seleção das variáveis utilizado foi "*backward*". Assim, foram controladas as possíveis influências dessas variáveis nos resultados quanto a diferenças estatísticas entre os grupos com automutilação e TOC, referente a características impulsivas e compulsivas.

As variáveis consideradas para comparação entre o grupo de pacientes com TOC e pacientes com automutilação foram:

- a. Pontuação da Y-BOCS (obsessão, compulsão e total);
- b. Pontuação total da DY-BOCS, considerando cada dimensão e intensidade;
- c. Fenômenos sensoriais e intensidade destes fenômenos, segundo a USP-SPS;
- d. Comorbidade com outros transtornos do controle do impulso;
- e. Valores de impulsividade segundo a BIS-11.

O nível de significância utilizado foi $p \leq 5\%$.

5 Aspectos Éticos

Esta pesquisa, assim como o estudo preliminar a respeito, foi feita dentro do Projeto Temático do PROTOC intitulado “Contribuição para caracterização fenotípica, genética, imunológica e neurobiológica do transtorno obsessivo-compulsivo e suas implicações para o tratamento” (processo FAPESP n.º 2005/55628-8). Todos os estudos deste projeto temático foram aprovados pela CAPPesq (anexo 4).

Todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Participação, aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (anexo 1).

6 Resultados

6.1 Descrição das características clínicas encontradas no grupo com automutilação

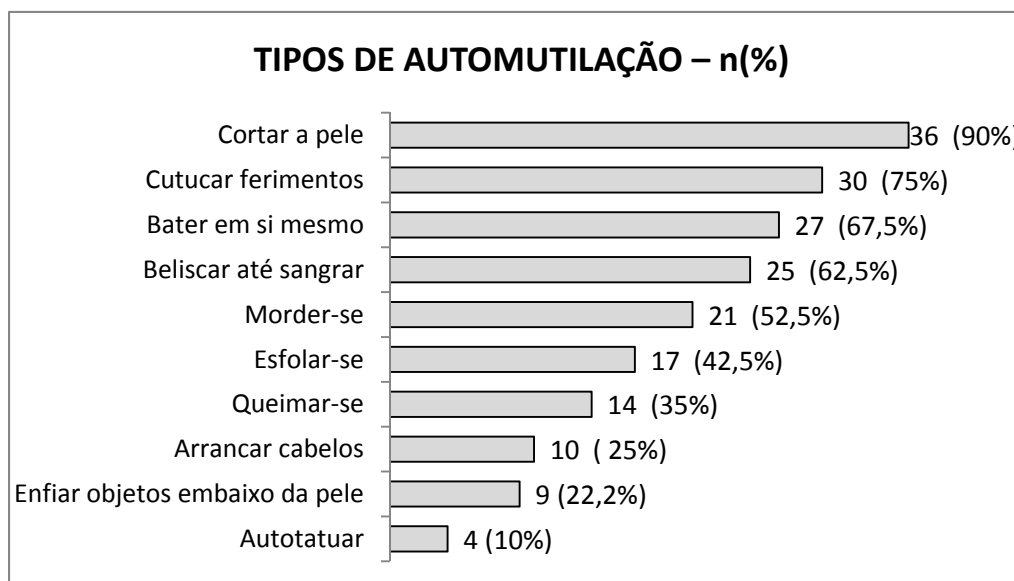
Um total de 40 pacientes com automutilação foi avaliado, com média de idade de 29 anos (desvio-padrão – DP: $\pm 8,8$ anos) e a idade média de início da automutilação nestes pacientes foi por volta dos 17 anos (DP: $\pm 9,5$ anos), não houve diferença estatística entre os gêneros.

Por meio da análise dos 40 prontuários foi possível identificar alguns pontos comuns no relato do início da automutilação e sua evolução. O início da automutilação foi descrito pelos pacientes como um ato impulsivo em um momento de muita raiva. Contaram que após o primeiro episódio, ocorrido “meio por acaso” (sic), sentiram um alívio e, a partir de então, passaram a pensar na automutilação como forma para aliviar angústia, raiva ou qualquer sentimento desagradável. Com o passar do tempo, os pacientes começaram a usar a automutilação mais frequentemente, adquirindo uma característica semelhante ao uso de drogas, onde consideram se machucar, mesmo na ausência de um sentimento ou estímulo negativo, apenas para sentir prazer. No anexo 5, há descrições dos pacientes atendidos que ilustram essa evolução.

Na maioria das vezes, os pacientes iniciavam com um tipo de automutilação e mudavam para outro, como no caso clínico descrito por Giusti e colaboradores (2008)⁽¹⁷⁴⁾, em que a paciente começou a se bater de propósito aos 10 anos de idade e aos 22 anos, começou a se cortar, passando por um período de alguns anos sem automutilação (anexo 6).

Os pacientes avaliados para esta tese apresentavam em média cinco (DP: $\pm 2,5$) tipos diferentes de automutilação. Apenas dois (5%) dos pacientes apresentavam apenas um tipo de automutilação e o tipo de automutilação apresentado por estes pacientes foi se cortar e arranhar áreas do corpo até sair sangue. Os tipos de automutilação mais frequentes estão apresentadas no gráfico 1. Somente quatro (10%) pacientes apresentaram apenas automutilação leves que foram: se bater, se morder, cutucar ferimentos e arranhar áreas do corpo até sair sangue. Quinze pacientes (37%) referiram que procuraram médico devido à automutilação.

Gráfico 1 – Tipos de automutilação apresentados pelos pacientes estudados (*) (N=40)



(*): Lista de tipos de comportamentos de automutilação elaborada a partir da Escala de Comportamento de Automutilação (Functional Assessment of Self-Mutilation – FASM) ⁽¹⁷²⁾

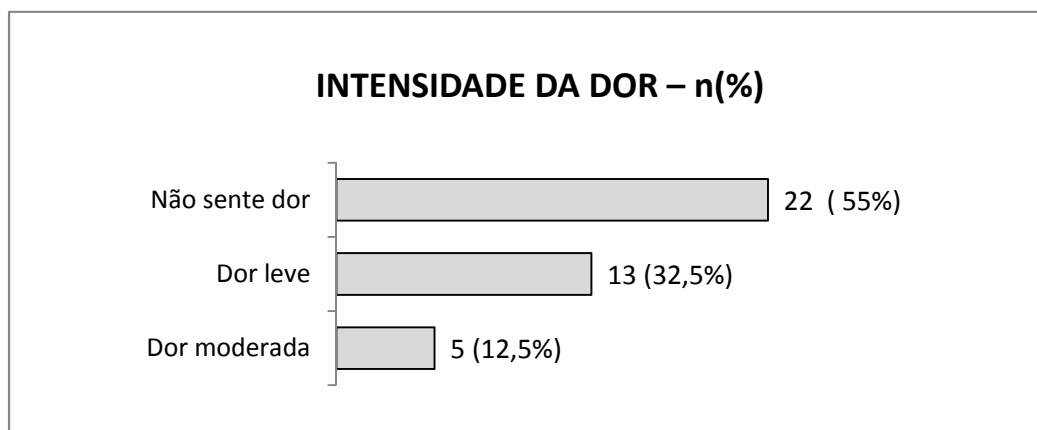
Os pacientes apresentavam em média cinco (DP $\pm 2,5$) tipos diferentes de automutilação, portanto, o somatório é maior que 100%.

Os pacientes descreveram a automutilação de forma ritualizada em que algumas vezes o cheiro e a textura do sangue, ao manusear este, faziam parte do ritual. Como exemplo disso, a figura 2 mostra o diário de um paciente que usava o próprio sangue para escrever em seu diário. Os cuidados com os ferimentos resultantes da automutilação também são descritos de forma ritualizada e com um misto de sentimentos de arrependimento, vergonha, alívio e tranquilidade.

Figura 2 – Foto do diário de um paciente com automutilação. As marcas de sangue se sobrepõem ao conteúdo escrito por ele. Ao lado, o conteúdo escrito pelo paciente



Gráfico 2 – Intensidade da dor descrita pelos pacientes com automutilação (*) (n=40)



(*): Intensidade da dor com a automutilação elaborada a partir da Escala de Comportamento de Automutilação (Functional Assessment of Self-Mutilation – FASM) ⁽¹⁷²⁾

A intensidade da dor foi descrita como leve ou inexistente na maioria das vezes (gráfico 2). Novamente pela análise dos relatos em prontuários, foi possível identificar que era comum referirem vergonha quando questionados por estranhos sobre suas cicatrizes e também tentavam escondê-las, usando mangas longas e evitando trajés de banho. Apesar disso, descreviam a ideia da automutilação como algo irresistível. Uma vez que a ideia surgisse, este pensamento persistia até que a automutilação fosse possível. Ele poderia durar alguns segundos ou até o dia inteiro. A automutilação não estava associada ao uso de drogas ou à intenção estética, nesse grupo. Quando questionado, um paciente que apresentava cicatrizes em seu corpo com alguns desenhos predefinidos descreveu:

“Estava angustiado e havia me cortado. Sai de casa, na chuva, e encontrei alguns amigos que estavam montando um estúdio de tatuagens e “cutting”. Vendo o sangue que aparecia na minha camisa molhada, perguntaram o que era aquilo. Depois que contei, eles ofereceram fazer o “cutting” em mim, pois precisavam “treinar a técnica em alguém”. Foram 12 sessões até terminar. Durante este período, não senti necessidade de me cortar, pois tinha as sessões programadas. A sensação era a mesma de quando os cortes eram feitos por mim. O problema era durante os finais de semana quando meus colegas tinham clientes e não podiam fazer os cortes em mim.” Quando questionado sobre o interesse referente aos desenhos que ficariam em seu corpo, os aspectos estéticos, disse: *“Só comecei a pensar nisso bem no final”*.

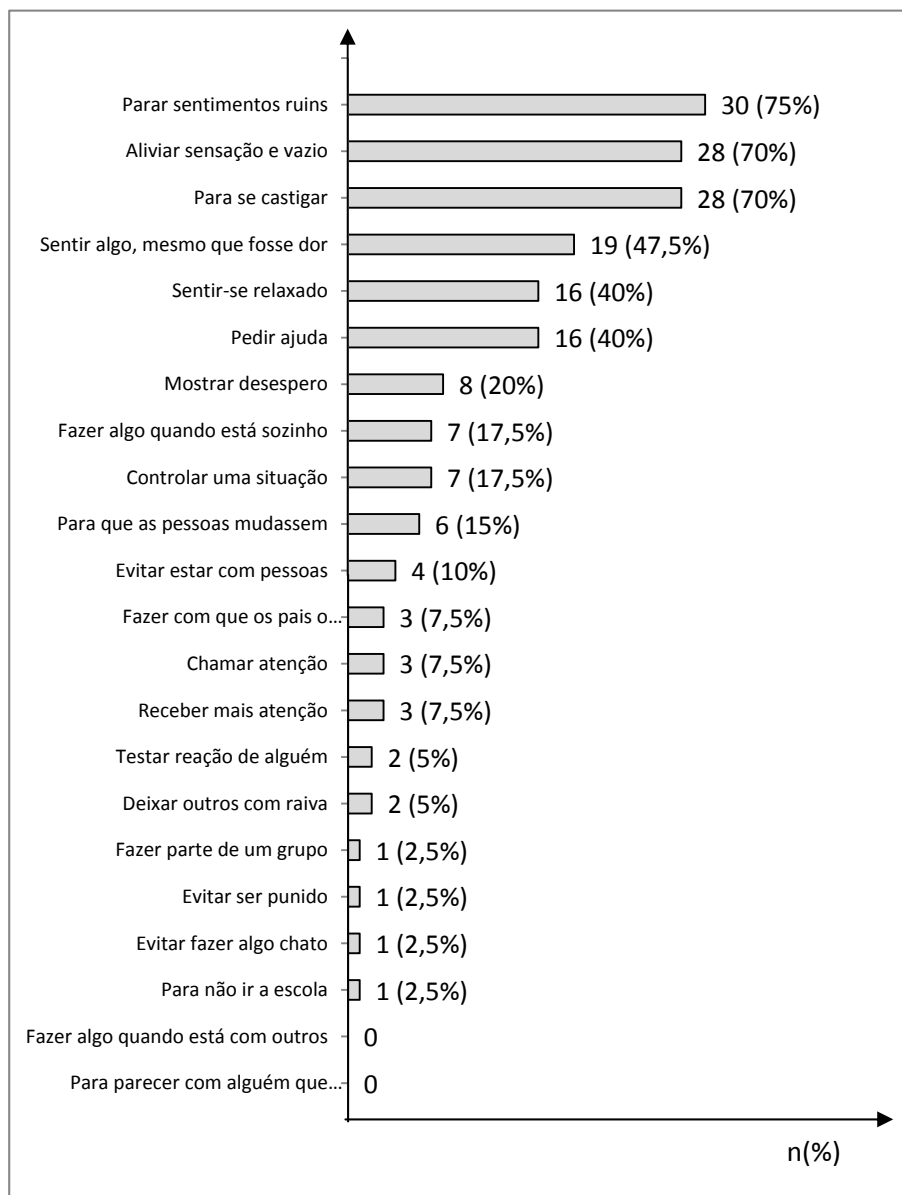
Este paciente continuava se mutilando quando foi avaliado para esta tese. Na figura 3, observamos cicatrizes com desenhos aparentemente predefinidos, referentes ao “cutting” e cicatrizes menores e mais numerosas referente a episódio de automutilação recente.

Figura 3 – Foto de cicatrizes de um paciente que se mutila



Esses pacientes também contavam fazer vários cortes cada vez que se mutilavam, às vezes, com intenção de simetria e, às vezes, tinham de se ferir até sentir alívio ou sensação de bem-estar. Mostravam desejo de parar com o comportamento, uma vez que procuraram tratamento por este motivo.

Os pacientes referiram mais de um motivo para automutilação, sendo estes relacionados ao alívio de sentimentos ou sensações ruins. As razões mais frequentes para automutilação entre os pacientes estudados foram: “parar sensações ruins” (75%), “aliviar sensação de vazio” (70%), “autopunição” (70%), “para sentir alguma coisa mesmo que fosse dor” (47%), “para relaxar” (40%), e “para pedir ajuda” (40%) (gráfico 3).

Gráfico 3 – Motivos para automutilação (*) (n=40)

(*): Lista de motivos para automutilação elaborada a partir da Escala de Comportamento de Automutilação (Functional Assessment of Self-Mutilation – FASM) ⁽¹⁷²⁾.

Os pacientes referiram mais de um motivo para a automutilação, portanto, o somatório é maior que 100%.

Esses pacientes apresentavam várias comorbidades do Eixo I e II (DSM-IV) (tabela 5 e gráfico 5, respectivamente), que serão descritas no item 6.2.1. Por isso, o tratamento envolveu associação de medicações e as mais prescritas para tratamento das comorbidades e controle da automutilação foram: antidepressivos inibidores seletivos da receptação de serotonina (tratamento de quadros ansiosos e depressivos e controle da agressividade); antagonistas glutamatérgicos (inibição do sistema de recompensa); antipsicóticos atípicos (inibição do sistema de recompensa); bloqueadores μ -opioides (Naltrexone – diminuição da analgesia e da sensação de bem-estar decorrente da automutilação). Estas associações eram modificadas durante o tratamento, sempre que necessárias e buscando melhora dos sintomas do paciente, como descrito no pôster apresentado por Giusti e colaboradores (2008) ⁽¹⁷⁴⁾ (anexo 6).

No decorrer do tratamento, muitos pacientes referiam sentir dor com a automutilação, o que não ocorria no início do tratamento. Outros experimentavam se machucar, mas diziam não sentir mais o mesmo alívio ou prazer que sentiam com este comportamento no início do tratamento. Apesar disso, ainda sentiam vontade de se ferir, embora resistissem e não sentissem os mesmos efeitos de antes. Não houve um padrão de medicação na prescrição dos pacientes durante o tratamento farmacológico. Também não foi objetivo desta tese descrever ou avaliar algum tipo de tratamento.

A maior dificuldade apresentada pelos pacientes era o entendimento dos familiares em relação ao seu comportamento. Sentiam-se aliviados quando descobriam que havia outras pessoas com o mesmo problema, que poderiam falar no assunto e seriam respeitados. Queixavam-se de experiências anteriores em que profissionais da saúde não sabiam orientá-los e muitas vezes eram destratados em serviços de atendimento de urgência. A família às vezes mostrava medo (o filho de uma paciente teve medo de que a mãe poderia matá-lo ou machucá-lo uma vez que ela se feria), em outros casos, os familiares se mostravam muito desorientados e não sabiam como agir diante da automutilação.

6.2 Comparação entre os grupos com automutilação e o grupo com transtorno obsessivo-compulsivo

6.2.1 Características sociodemográficas e comorbidades (Eixo I, segundo DSM-IV) e transtornos de personalidade (Eixo II, segundo DSM-IV)

Nenhum paciente se recusou a participar deste estudo. Os dados sociodemográficos da amostra e a comparação entre os grupos com automutilação e TOC estão apresentados na tabela 4.

Tabela 4 – Características sociodemográficas e comparação entre os grupo com automutilação e com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)

Características	Automutilação		TOC		p
	N (40)	%	N (30)	%	
SEXO					
feminino	33	82,5	20	66,7	ns
masculino	7	17,5	10	33,3	ns
ESTADO CIVIL					
solteiro	28	71,8	16	53,3	ns
casado	8	20,5	11	36,7	ns
divorciado	2	5,1	3	10	ns
concubinado	2	5,1	0	0	ns
CLASSE SOCIAL					
A	3	7,5	1	3,3	ns
B	13	32,5	11	36,7	ns
C	20	50	14	46,7	ns
D	3	7,5	2	6,7	ns
E	1	2,5	2	6,7	ns
	média	DP	média	DP	p(*)
Idade atual	29	8,8	32,5	8,9	ns
Escolaridade (anos que frequentou escola)	14,5	3,3	15,47	14,4	ns

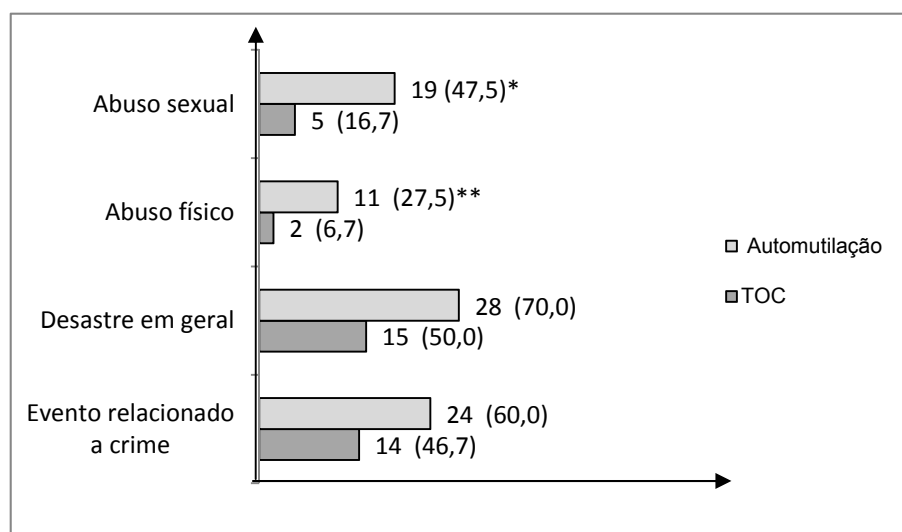
ns=não significante; p:valor do qui-quadrado; DP: desvio-padrão

(*) p: valor do test-t de *Student*

Não houve diferenças estatísticas entre os grupos com automutilação e TOC quanto às características sociodemográficas.

Trinta e seis (90%) pacientes com automutilação e 17 (56,7%) com TOC referiram ter vivenciado algum evento que identificavam como traumático, esta diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Os pacientes com automutilação vivenciaram em média 2,05 tipos diferentes de eventos traumáticos; no grupo com TOC, a média de eventos traumáticos vivenciados foi 1,2 ($p = 0,004$) (gráfico 4). Apesar da diferença, a prevalência do diagnóstico de TEPT não foi diferente entre os dois grupos.

Gráfico 4 – Eventos traumáticos segundo o Questionário de História de Traumas. Comparação entre os grupos com automutilação ($n = 40$) e Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) ($n = 30$)



Valor de p: regressão logística

* $p < 0,001$; ** $p = 0,03$

A tabela 5 apresenta as prevalências de comorbidades nos dois grupos. As comorbidades do Eixo I mais frequentes entre os pacientes com automutilação foram: depressão (92,5%), seguido por TOC (57,5%), TEPT (40%), transtorno de ansiedade generalizada (TAG) (37,5%), e bulimia (25%). Considerando os Transtornos do Controle do Impulso (TCI), 62,5% destes pacientes apresentavam pelo menos mais um TCI, além da automutilação. A maioria destes pacientes tinha mais de uma comorbidade do Eixo I. Entre os pacientes com TOC, as comorbidades do Eixo I mais prevalentes foram: depressão (73,3%), seguido por fobia social (40%), TAG (33,3%), fobia específica (26,7%) e TEPT (23,3%). Entre estes pacientes, 43,3% apresentavam algum TCI exceto automutilação, pois esta foi critério de exclusão para este grupo.

Quando comparados os grupos de automutilação e TOC, no grupo com automutilação, houve maior prevalência de depressão ($p=0,03$) e bulimia ($p<0,001$). Entre os pacientes com TOC, houve maior prevalência de fobia social ($p<0,001$). No grupo com automutilação, houve maior quantidade de transtornos psiquiátricos na vida quando comparado ao grupo com TOC (média: 5,1 e DP: $\pm 2,73$ transtornos no grupo com automutilação e média: 3,4 e DP: $\pm 2,4$ transtornos no grupo com TOC, $p<0,001$).

Quanto aos diagnósticos de outros Transtornos do Controle dos Impulsos (TCI), no grupo com automutilação, os transtornos mais prevalentes foram Transtorno Explosivo Intermitente (TEI) (30%) e oniomania (30%), seguidos por dependência de internet (15%). No grupo com TOC, dependência de internet foi mais frequente (20%), seguido por TEI (13,3%). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos quanto à prevalência de TCI (tabela 5).

Tabela 5 – Transtornos do Eixo-I, segundo DSM-IV. Comparação entre grupo com automutilação e Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)

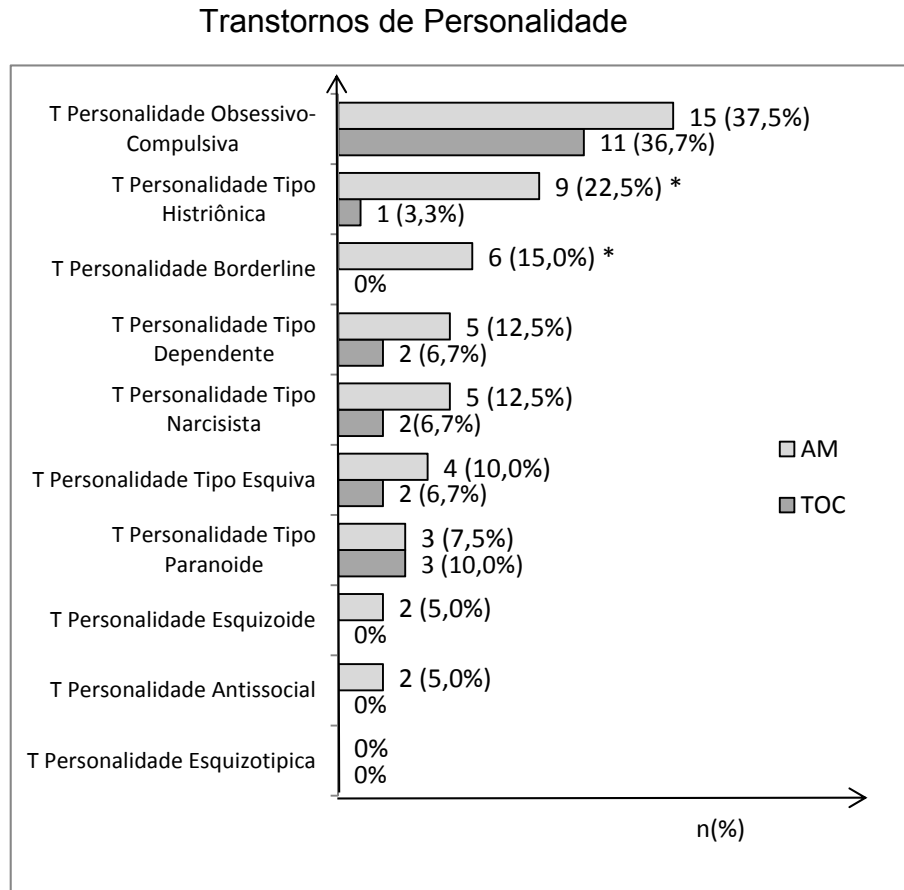
Transtornos Eixo I	Presença de comorbidade		
	Automutilação n=40 (%)	TOC n=30 (%)	p
Depressão	37 (92,5)	22 (73,3)	0,03
T. Obsessivo-Compulsivo	23 (57,5)	30 (100)	0,00
T. de Estresse Pós-Traumático	16 (40,0)	7 (23,3)	0,14
T. de Ansiedade Generalizada	15 (37,5)	10 (33,3)	0,72
T. Alimentar – Bulimia	10 (25,0)	4 (13,3)	0,00
Pânico	9 (22,5)	2 (6,7)	0,07
Fobia específica	7 (17,5)	8 (26,7)	0,35
T. Alimentar – Anorexia	6 (15,0)	2 (6,7)	0,27
Agorafobia	6 (15,0)	2 (6,7)	0,40
T. Dismórfico Corporal	5 (12,5)	6 (20,0)	0,27
Fobia Social	5 (12,5)	12 (40,0)	0,00
T. Bipolar	4 (10,0)	3 (10,0)	1,00
Dependência de álcool	4 (10,0)	2 (6,7)	0,18
T. Somatoforme Tipo hipocondríaco	3 (7,5)	0	0,23
Dependência de sedativos	2 (5,0)	1 (3,3)	0,43
Dependência de estimulantes	2 (5,0)	0	0,50
Dependência de maconha	2 (5,0)	0	0,50
Dependência de múltiplas drogas	2 (5,0)	1 (3,3)	1,00
T. Somatoforme	1 (2,5)	2 (6,7)	0,57
Dependência de cocaína	1 (2,5)	2 (6,7)	0,57
Dependência de opioide	1 (2,5)	0	1,00
T. Somatoforme Tipo doloroso	1 (2,5)	0	1,00
Transtorno de Impulso (exceto automutilação)	25 (62,5)	13 (43,3)	0,11
T. Explosivo Intermitente	12 (30,0)	4 (13,3)	0,10
Oniomania	12 (30,0)	1 (3,3)	0,63
Dependência de internet	6 (15,0)	6 (20,0)	0,34
Cleptomania	3 (7,5)	0	0,21
Impulso sexual excessivo	2 (5,0)	2 (6,7)	0,28
Tricotilomania	2 (5,0)	0	0,50
Piromania	0	0	1,00
Jogo Patológico	0	1 (3,3)	0,43
N.º de comorbidades (média ± DP)	5,1 ± 2,73	3,4 ± 2,4	<0,001*

DP= Desvio- Padrão; p= valor do qui-quadrado; * valor de p segundo teste-t de Student

Quanto à prevalência de transtornos de personalidade, 25 pacientes (62,5%) com automutilação apresentavam algum tipo de transtorno de personalidade. Entre os pacientes com TOC, 15 (50%) apresentavam comorbidade com transtorno de personalidade. Esta diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,3$).

O transtorno de personalidade mais prevalente em ambos os grupos foi o Transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsiva, sem diferença estatística quando comparados os grupos. O grupo com automutilação apresentou prevalência estatisticamente maior para transtorno de personalidade histriônica (22,5%, $p=0,02$) e Transtorno de Personalidade *Borderline* (15%, $p=0,04$) quando comparado ao grupo com TOC (3,3% e 0%, respectivamente). Os pacientes do grupo com automutilação apresentaram em média 1,3 transtornos de personalidade (DP: $\pm 1,6$) e os pacientes com TOC apenas um transtorno (DP: $\pm 0,9$) ($p=0,08$). Não foram observadas outras diferenças estatisticamente significantes quando comparados os dois grupos quanto a diagnósticos de transtorno de personalidade (gráfico 5).

Gráfico 5 – Transtornos de personalidade segundo DSM-IV. Comparação entre os grupos com automutilação (AM) (n=40) e Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) (n=30)



Valor de p: regressão logística

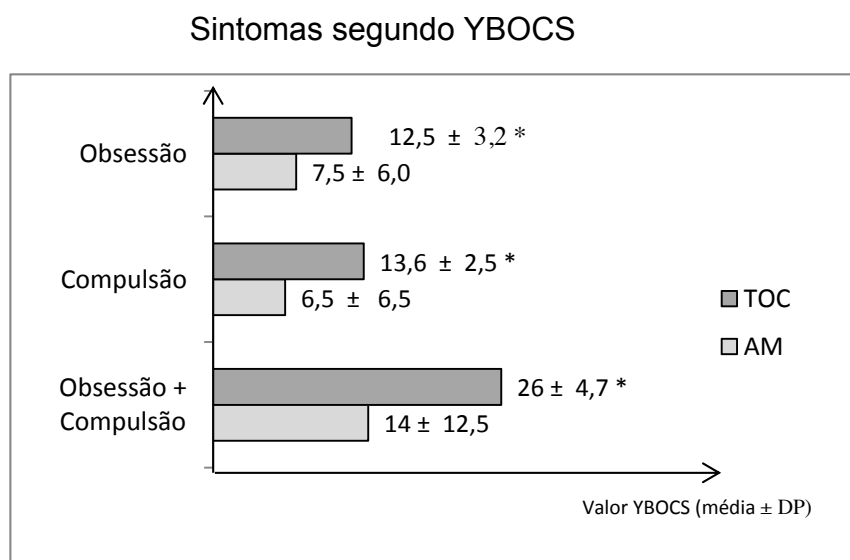
*p<0,05

6.2.2 Comparação entre os grupos com automutilação e o grupo com TOC quanto à presença e intensidade de sintomas obsessivos e compulsivos

Na escala YBOCS (gráfico 6), os valores para obsessão e compulsão foram maiores para os pacientes com TOC, o que mostra maior gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos entre estes pacientes quando comparado com os pacientes com automutilação. As diferenças foram mantidas mesmo após análise multivariada.

Para análise multivariada, as variáveis consideradas para o cálculo foram: diagnóstico de depressão, bulimia, fobia social, TPOC, TPH, TPB, história de algum evento traumático, abuso físico e sexual. O método para seleção das variáveis utilizado aqui foi “backward”, como descrito anteriormente. A variável dependente considerada nesses cálculos foram os valores da YBOCS.

Gráfico 6 – Pontuação dos sintomas obsessivo-compulsivos de acordo com a escala Y-BOCS. Comparação entre os grupos com automutilação (AM) (n=40) e Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) (n=30)



*p<0,001

Valor de p: ANCOVA

Em relação ao conteúdo dos sintomas obsessivo-compulsivos avaliados segundo a escala DY-BOCS, as dimensões referentes à “sexual/religião”, “ordem/simetria/contagem/arranjo” e “contaminação/limpeza” foram mais frequentes nos pacientes do grupo de TOC quando comparados ao grupo com automutilação. As diferenças foram mantidas mesmo depois de controladas para as variáveis confundidoras (tabela 6).

Tabela 6 – Dimensões dos sintomas obsessivo-compulsivos segundo a Escala Dimensional para Avaliação de Presença e Gravidade de Sintomas Obsessivo-Compulsivos (DY-BOCS). Comparação entre grupo com automutilação e Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)

DY-BOCS (dimensões)	Automutilação	TOC	p
	n=40 (%)	n=30 (%)	
“agressão/violência” – n(%)	20 (50)	20 (66,7)	0,2
“sexual/religião” – n(%)	12 (30)	18 (60)	0,01
“ordem/simetria/contagem/arranjo” – n(%)	19 (47,5)	24 (80)	0,03
“contaminação/limpeza” – n(%)	12 (30)	22 (73,3)	0,002
“coleccionismo” – n(%)	17 (42,5)	14 (46,7)	0,73
“diversas” – n(%)	28 (70)	24 (80)	0,34

Valor de p: regressão logística

A gravidade dos sintomas apresentados foi semelhante nos dois grupos, quando considerado cada dimensão separadamente. Na avaliação geral de todos os sintomas, os pacientes do grupo com TOC referiram maior gravidade tanto para a fase atual como para a pior fase, quando comparados ao grupo com automutilação (tabela 7).

Tabela 7 – Gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos, segundo a Escala Dimensional para Avaliação de Presença e Gravidade de Sintomas Obsessivo-Compulsivos (DY-BOCS). Comparação entre grupo com automutilação e Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)

DY-BOCS (dimensões)	Automutilação (n=40)	TOC (n=30)	p
D. “agressão/violência” – média ± DP	10,6 ± 2,6	9,4 ± 4,3	0,27
D. “sexual/religião” – média ± DP	9,5 ± 2,5	10,3 ± 3,2	0,25
D. “ordem/simetria/contagem /arranjo” – média ± DP	9,6 ± 3,3	10,9 ± 3,1	0,65
D. “contaminação/limpeza” – média ± DP	10,7 ± 4,5	10,7 ± 3,7	0,95
D. “coleccionismo” – média ± DP	5,8 ± 3,3	6,7 ± 3,2	0,45
D. “diversas” – média ± DP	10,25 ± 3,7	11,5 ± 3,3	0,22
DYBOCS total atual – média ± DP	14,0 ± 10,5	21,2 ± 4,8	0,001
DYBOCS total “pior fase” – média ± DP	16,7 ± 11,5	23,1 ± 7,4	0,01

Valor de p: ANCOVA;

DP: Desvio-Padrão

6.2.3 Comparação entre os grupos com automutilação e o grupo com TOC quanto à presença e intensidade de fenômenos sensoriais

A presença de fenômenos sensoriais foi mais frequente entre os pacientes com automutilação quando comparados ao grupo com TOC (65% e 36,7%, respectivamente; $p=0,02$). Após análise multivariada, a diferença não se manteve estatisticamente significativa ($p=0,081$). Os fenômenos sensoriais que foram estatisticamente mais frequentes no grupo com automutilação foram “sensação de incompletude” (45% e 13,3% para grupo com automutilação e TOC, respectivamente, $p=0,007$) e “sensação de energia interna” (57,5% e 3,3% para grupo com automutilação e TOC, respectivamente, $p=0,001$). As diferenças foram mantidas mesmo após a análise multivariada. Entre os pacientes com automutilação, 24 (60%) referiram que os fenômenos sensoriais apresentados por eles estavam relacionados à automutilação, precedendo este comportamento (tabela 8).

Tabela 8 – Fenômenos sensoriais, segundo a Escala para Avaliação da Presença e Gravidade de Fenômenos Sensoriais da Universidade de São Paulo (USP-SPS). Comparação entre grupo com automutilação e Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)

USP – SPS (Fenômenos Sensoriais)	Automutilação (n=40)	TOC (n=30)	p
Estímulo Tátil – n(%)	13 (32,5)	8 (26,7)	0,6
Estímulo Musculoesquelético – n(%)	7 (17,5)	3 (10,0)	0,37
Necessidade de "Sentir-se em ordem" – estímulo visual – n(%)	17 (42,5)	12 (40,0)	0,84
Necessidade de "Sentir-se em ordem" – estímulo auditivo – n(%)	7 (17,5)	1 (3,3)	0,06
Necessidade de "Sentir-se em ordem" – estímulo tátil – n(%)	9 (22,5)	3 (10,0)	0,17
Sensação de incompletude – n(%)	18 (45,0)	4 (13,3)	0,007
Sensação de Energia Interna – n(%)	23 (57,5)	1 (3,3)	0,001
Apenas "Ter de" – n(%)	12 (30)	5 (17,5)	0,22
Presença de algum Fenômeno Sensorial – n(%)	26 (65,0)	11 (36,7)	0,08
Fenômeno Sensorial – Gravidade da pior fase – média ± DP	8,2 ± 5,8	5,6 ± 4,7	0,06*
Fenômeno Sensorial – Gravidade da fase atual – média ± DP	7,1 ± 5,3	5,2 ± 4,8	0,15*
Fenômenos Sensoriais associados à automutilação – 24 (60%)			

Valor de p: regressão logística

*valor de p: ANCOVA

DP: Desvio-Padrão

6.2.4 Comparação entre os grupos com automutilação e o grupo com TOC quanto ao grau de impulsividade

O grupo com automutilação apresentou maiores níveis de impulsividade para todos os subtipos de impulsividade da escala BIS-11, na análise univariada. Após análise multivariada, as diferenças se mantiveram, à exceção das características atencionais na escala BIS-11 que não mostraram diferença estatisticamente significativa (tabela 9).

Tabela 9 -- Impulsividade segundo a escala BIS-11. Comparação entre os grupos com automutilação (AM) e Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)

BIS-11	AM (média ± DP) (n=40)	TOC (média ± DP) (n=30)	p
Atenção	21,5 ± 3,5	19,5 ± 3,8	0,16
Motor	26,6 ± 6,0	21,0 ± 5,0	0,002
Não planejado	31,0 ± 6,0	26,3 ± 4,5	0,014
Total	79,0 ± 13,5	66,5 ± 10,2	0,002

DP= Desvio-Padrão
Valor de p: ANCOVA

6.2.5 Resumo dos resultados

Tabela 10 – Características dos pacientes com automutilação

AUTOMUTILAÇÃO		
Idade de início	Tipos	Motivos
Média 17 anos	<ul style="list-style-type: none"> • cortar a pele; • cutucar ferimentos; • bater em si mesmo. 	<ul style="list-style-type: none"> • parar sentimentos ruins; • aliviar sensação de vazio; • para se castigar; • sentir algo, mesmo que fosse dor; • sentir-se relaxado.
Fenômenos sensoriais: 60% associados à automutilação		

Tabela 11 – Diferenças encontradas na comparação entre os grupos de pacientes com automutilação e com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)

	Automutilação	TOC
Abuso físico	*	
Abuso sexual	*	
Depressão	*	
Bulimia	*	
Fobia social		*
TP Histriônica	*	
TP <i>Borderline</i>	*	
Y-BOCS		*
DY-BOCS sexual/religioso		*
DY-BOCS simetria/ordenação		*
DY-BOCS limpeza/contaminação		*
DY-BOCS (intensidade)		*
USP-SPS “incompletude”	*	
USP-SPS “energia interna”	*	
BIS-11 características motoras	*	
BIS-11 dificuldade para planejamento	*	

TP: Transtorno de Personalidade

Y-BOCS: Escala Yale-Brown de sintomas obsessivo-compulsivos

DY-BOCS: Escala Dimensional para avaliação de presença e gravidade de sintomas obsessivo-compulsivos

USP-SPS: Escala para avaliação da presença e gravidade de fenômenos sensoriais da Universidade de São Paulo; BIS-11: Barrat Impulsivity Scale – versão 11

6 Discussão

Este é um estudo pioneiro, uma vez que não há relato na literatura nacional ou internacional de estudo semelhante que tenha avaliado uma amostra de adultos que procuram tratamento, tendo como queixa principal a automutilação.

Os pacientes foram avaliados quanto às particularidades da automutilação, como o tipo de comportamento, idade de início, intensidade da dor, motivos que levaram estes pacientes a se mutilarem. Também foram avaliados quanto às comorbidades do Eixo I e II, antecedentes de trauma, fenômenos sensoriais e características impulsivas e compulsivas e, nestes critérios, foram comparados com pacientes com TOC.

Para facilitar o entendimento e organização da discussão dos resultados, esta discussão será dividida de acordo com as hipóteses feitas no início desta tese.

7.1 Descrição das características clínicas da automutilação

Inicialmente, o que chamou a atenção neste estudo foi o tempo necessário (5 anos) para se obter a amostra planejada (40 pacientes), apesar dos anúncios na mídia oferecendo tratamento gratuito para estes pacientes. Provavelmente, isso ocorreu não porque a automutilação é um comportamento raro, já que a literatura mostra prevalências de 6% entre adultos na população geral ⁽¹⁸⁾⁽²⁹⁾. Esse fato evidencia a dificuldade que esses pacientes têm para procurar tratamento, provavelmente devido a sentimentos de vergonha relacionados ao comportamento, como relatado em outros estudos ⁽¹⁾⁽³⁵⁾ e pelos pacientes avaliados; por falta de informação sobre este comportamento e pela falta de credibilidade na possibilidade de tratamento.

Todos os pacientes já estavam em tratamento em outros serviços e em uso de medicação, quando iniciaram este estudo, e todos ainda

apresentavam automutilação. Não foi objetivo deste estudo investigar os tratamentos progressos dos pacientes, mas é possível que muitos não tivessem revelado a automutilação para seu médico como o encontrado nos estudos de Whitlock e colaboradores (2006 e 2011). Os autores avaliaram estudantes universitários e encontraram que 35% dos avaliados que se mutilavam relataram que não tinham revelado este comportamento a ninguém, somente 3,29% revelaram a algum médico ⁽²⁶⁾ e 8,9% revelaram a algum profissional relacionado à área da saúde mental ⁽¹⁷⁵⁾. Os pacientes que se mutilam não consideram este comportamento como um problema ou um transtorno psiquiátrico que necessita tratamento. Eles entendem o comportamento como uma “solução” para problemas como angústia, raiva e tristeza. Utilizam esse comportamento como uma forma de “automedicação”, embora admitam que a “solução” seja apenas momentânea ⁽³²⁾. Provavelmente, essas são as razões para a não procura por tratamento, levando esses quadros à cronificação e à maior gravidade.

Na amostra estudada, houve predomínio do sexo feminino. Ainda não há um consenso se a automutilação é mais prevalente entre o sexo feminino ou se ambos os gêneros apresentam este comportamento na mesma proporção. Enquanto alguns estudos mostram maior prevalência da automutilação entre o sexo feminino ⁽⁹⁷⁾⁽¹¹⁹⁾⁽¹⁸²⁾, outros mostram igual prevalência entre os gêneros ⁽²⁹⁾⁽⁵¹⁾⁽⁵⁶⁾⁽¹⁸³⁾.

Os resultados do presente estudo são semelhantes a alguns estudos encontrados na literatura em que também há maior prevalência de automutilação entre o sexo feminino em amostras clínicas. Alguns desses estudos consideraram comportamentos como “*overdoses*” ou ingestão de medicação sem prescrição médica e sem intenção suicida como automutilação ⁽¹⁸⁾⁽³³⁾, comportamentos mais frequentes entre o sexo feminino. Estudos que avaliaram amostras de adolescentes e consideraram apenas comportamentos como cortes, queimaduras e outras formas de danos diretos à pele, não encontraram diferenças entre os gêneros ⁽²⁸⁾⁽⁴⁸⁾⁽⁴⁹⁾.

O que pode explicar a maior procura por tratamento entre o sexo feminino, na amostra estudada, já que aqui não foi considerada “*overdose*” (ingestão de medicação sem prescrição médica ou automutilação com intenção suicida), seria a presença de algumas comorbidades que foram bastante frequentes e que são mais prevalentes no sexo feminino. Comorbidades como depressão ⁽¹⁷⁷⁾, transtornos alimentares ⁽¹⁷⁸⁾, TPB ⁽⁹⁹⁾, sendo mais prevalentes entre o sexo feminino, contribuiriam para a procura por tratamento entre o sexo feminino com maior frequência do que o masculino. Nesse caso, a presença de comorbidades seria um fator para motivar esses pacientes a procurarem por tratamento ou agravaria o quadro de automutilação, levando-os a procurar tratamento específico com maior frequência.

Essas comorbidades podem também ser um dos fatores relacionados à persistência de automutilação na fase adulta como observado nos estudos de Hankin e Abela (2011) e Moran e colaboradores (2011), em que um dos fatores relacionados à persistência de automutilação na fase adulta foi a presença de transtornos depressivos e ansiosos ⁽⁸⁴⁾⁽¹⁵⁾. Favazza (2006) também associou a automutilação à persistência de quadros como transtornos alimentares ⁽¹⁰¹⁾. Considerando esses fatos, a automutilação teria prevalência semelhante entre os gêneros durante a adolescência, mas seria mais frequente entre o sexo feminino na fase adulta devido às comorbidades que, por sua vez, estariam contribuindo para a manutenção da automutilação nesta faixa etária. Não foi possível avaliar essas hipóteses no presente estudo e também não há estudos na literatura avaliando esses fatores diretamente.

Para que se chegue a um consenso sobre se há ou não diferenças entre os gêneros quanto à prevalência de automutilação, serão necessários: uma definição uniforme do que é automutilação, para que não sejam consideradas tentativas de suicídio; estudos com amostras maiores, com adultos e também com adolescentes, pois pode ser diferente a prevalência dependendo da idade; e amostras não clínicas.

7.1.1 A automutilação se inicia na adolescência

A média de idade do início da automutilação entre os pacientes deste estudo foi de 17 anos, sendo um pouco mais tardio do que o verificado na literatura, que mostra este início entre 12 e 14 anos ⁽¹⁰³⁾⁽¹²⁰⁾. Devemos considerar também que a idade de início da automutilação foi obtida retrospectivamente, podendo ocorrer viés de memória do paciente, como ocorre em estudos retrospectivos. Outros estudos epidemiológicos, com amostras maiores, conduzidos no Brasil, precisam ser realizados para confirmar eventual diferença na idade de início entre brasileiros que se automutilam.

Embora ainda não descrito na literatura, outros transtornos psiquiátricos poderiam também contribuir para continuidade da automutilação ao longo do tempo. Se considerarmos que o TEPT, os transtornos de ansiedade, transtornos alimentares podem ser fontes geradoras de sintomas como angústia, raiva, insatisfação e estes, por sua vez, motivadores para automutilação como descrito na introdução desta tese, então estas comorbidades poderiam ser responsáveis pela persistência do comportamento que se iniciou na adolescência e se manteve na fase adulta.

Provavelmente, a persistência da automutilação se deve a alguma característica própria destes indivíduos que encontraram na automutilação uma forma de lidar com sentimentos e sensações desagradáveis, muitos deles são sintomas de seus transtornos psiquiátricos. Provavelmente, aqueles que apresentam características mais impulsivas e agressivas desenvolvam automutilação, enquanto outros sem estas características não apresentem automutilação associada aos seus transtornos psiquiátricos. Não foi objetivo desta tese e, por isso, o desenho deste estudo não nos permite concluir estas hipóteses. Para tanto, serão necessários estudos longitudinais.

7.1.2 Os comportamentos de automutilação mais frequentes são: cortar, bater em si mesmo e queimar-se

As formas mais frequentes de automutilação encontradas na amostra estudada foram semelhantes às descritas na literatura ⁽¹⁷⁹⁾. Cortar a própria pele foi o tipo de automutilação mais frequente (90%), mas com prevalência acima da observada em estudos anteriores em que o comportamento é observado entre 70% e 85%, mesmo considerando amostras clínicas ⁽⁵¹⁾⁽¹⁰⁵⁾⁽¹⁸⁶⁾. Bater em si mesmo foi o terceiro tipo mais frequente; cutucar ferimentos, beliscar-se até sangrar, morder-se e esfolar-se foram comportamentos mais frequentes do que se queimar, que, nesta amostra, ficou em sétimo lugar, mas com 35% dos pacientes referindo já terem utilizado este tipo de automutilação alguma vez na vida. Esta prevalência foi semelhante à encontrada entre adultos que se mutilavam em amostra não clínica segundo Klonsky (2011), onde 31% referiram queimaduras como tipo de automutilação utilizada ⁽²⁹⁾. A proporção quanto aos tipos de automutilação também foi semelhante ao encontrado no estudo de Ross e Heath (2002), no qual queimaduras foram o sexto tipo mais frequente, mas com frequência inferior à observada no presente estudo (3,3%) ⁽⁴⁸⁾.

Na amostra estudada, além dos tipos de automutilação apresentados serem mais graves, a maioria (98%) apresentou mais de um tipo de automutilação e esta associação de métodos foi maior do que a encontrada em outros estudos ⁽¹⁰⁶⁾⁽¹⁸⁴⁾. Paul e colaboradores (2002) mostraram que 30% dos pacientes com transtornos alimentares, que se mutilavam, utilizavam mais de um método ⁽¹⁰⁶⁾. Frequência maior de associação entre tipos de automutilação foi encontrada no estudo de Klonsky (2009), que avaliou estudantes universitários que se mutilavam: 92% referiram utilizar mais de um método. Apesar da semelhança, a presente amostra apresentou em média associação de uma quantidade maior de tipos de automutilação ($5 \pm 2,5$ tipos), enquanto a amostra de Klonsky (2009) apresentou em média $3,8 \pm 2,1$ tipos, mas em uma amostra não clínica ⁽¹⁸¹⁾.

A maior gravidade quanto à automutilação encontrada na amostra estudada é de fácil compreensão se for considerado que os pacientes estudados iniciaram a automutilação na adolescência, continuaram com o comportamento até a fase adulta, procuraram tratamento, tendo como queixa principal a automutilação. Eles apresentavam um longo período com esse comportamento, além das comorbidades identificadas na avaliação inicial. Para chegar a um consenso sobre se a gravidade aqui encontrada se deve a esses fatores ou se de fato a população brasileira apresenta automutilação com características mais graves, são necessários outros estudos com amostras maiores e semelhantes às consideradas em estudos anteriores, para que seja feita uma comparação entre estes e a população brasileira.

7.1.3 Os motivos mais frequentes para automutilação são para aliviar sentimentos e sensações ruins e os menos frequentes são para manipular comportamento de outros

A automutilação para os pacientes estudados teve como principal objetivo o alívio de sensações ruins, como observado em estudos anteriores⁽¹⁸⁾⁽¹⁸³⁾. Se considerarmos as funções da automutilação proposta por Nock e Prinstein (2004), as funções relacionadas ao reforço automático (positivo ou negativo), que tem como objetivo regular afetos negativos, foram mais frequentes do que os itens relacionados ao reforço social, que tem como objetivo a influência interpessoal⁽³⁷⁾.

Na presente amostra, mais da metade do grupo de automutilação (75%) referiu como motivo “parar sentimentos ruins”. No geral, os itens relacionados ao reforço automático foram mencionados por 40% a 75% dos pacientes, enquanto os itens relacionados ao reforço social foram mencionados por 10% a 40% dos pacientes. Isso evidencia que os pacientes se mutilavam para regular as emoções mais frequentemente do que para influenciar o comportamento de outros. Os dados são semelhantes ao encontrado em outros estudos que também avaliaram os motivos para a

automutilação e sugerem que os motivos mais comuns são os que envolvem alívio de emoções aversivas (por exemplo, para diminuir sentimentos ruins, como raiva, culpa) ⁽³⁵⁾, seguidos por geração de um sentimento diante de uma sensação ruim, como vazio ou despersonalização ⁽³⁵⁾⁽³⁷⁾⁽¹⁸²⁾. Esse padrão quanto aos motivos para automutilação parece se repetir mesmo com amostras diferentes, como de adolescentes ⁽³⁵⁾⁽³⁷⁾, estudantes universitários ⁽¹⁸¹⁾ e pacientes psiquiátricos adultos ⁽¹⁸⁾.

7.1.4 São frequentes histórias de abusos sexual e físico nesta população

A prevalência de eventos traumáticos relacionados a experiências sexuais (47,%) e físicas (27,5%) desta amostra são maiores do que as encontradas no estudo de Favazza e Contério (1989), em que encontraram prevalências de 29%, sendo 17% abusos sexuais e 16% abusos físicos entre mulheres que se mutilavam ⁽¹⁹⁾. Em população de adolescentes internados que se mutilavam, de ambos os gêneros, as prevalências encontradas foram: 21% para abusos sexuais e 19% para abusos físicos ⁽⁵⁸⁾ também menores do que as encontradas no presente estudo. A diferença nas prevalências poderia estar relacionada com maior gravidade dos quadros encontrados pelo presente estudo. Uma vez expostos a eventos traumáticos com mais frequência e talvez em idades mais precoce, haveria maior predisposição para o desenvolvimento de problemas psiquiátricos e maior impulsividade, acarretando maior gravidade dos quadros de automutilação e a persistência dos mesmos na vida adulta.

7.2 Os pacientes com automutilação apresentam maior histórico de vivência de traumas e mais comorbidades (Eixo I, segundo o DSM-IV) e transtornos de personalidade (Eixo II, segundo o DSM-IV) que os pacientes com TOC, sendo as demais características sociodemográficas e clínicas iguais

Não foi objetivo desta tese comparar o grupo de automutilação com o grupo de TOC quanto a características sociodemográficas, prevalência de comorbidades ou histórico de abusos. Como essas diferenças poderiam influenciar nos resultados finais, as diferenças resultantes da comparação entre os grupos quanto a estes fatores foram consideradas na análise multifatorial como variáveis de influência ou confundidoras. Os resultados desta análise multifatorial foram os considerados para esta discussão.

É importante ressaltar que os grupos foram semelhantes quanto às características sociodemográficas. Apesar da alta prevalência de TOC no grupo com automutilação, esta não foi a comorbidade mais prevalente neste grupo, ainda que estivesse presente em mais de 50% dos pacientes deste grupo.

A presença de comorbidades parece ser uma regra entre indivíduos que se mutilam e procuram tratamento. Estudos anteriores também tiveram resultados semelhantes quanto à presença de comorbidades entre pacientes com automutilação ⁽³²⁾⁽⁴⁰⁾⁽⁹⁸⁾⁽¹⁰³⁾⁽¹⁰⁴⁾.

Os diagnósticos do Eixo I apresentados pelos pacientes com automutilação foram semelhantes aos observados por outros estudos. A depressão, TEPT, transtornos de ansiedade e a bulimia são comorbidades frequentemente associadas à automutilação ⁽²⁷⁾⁽⁹⁸⁾⁽¹²⁰⁾⁽¹³¹⁾. A diferença encontrada aqui foi que as prevalências dessas comorbidades foram maiores do que as observadas em estudos prévios principalmente o TOC e TEPT. A maior prevalência de comorbidades encontrada nos pacientes estudados pode ser responsável pela persistência da automutilação entre

esses adultos. Estudos anteriores identificaram a depressão como fator associado à persistência da automutilação ⁽¹⁵⁾⁽⁸⁴⁾.

A exposição a eventos definidos como traumáticos (pelos próprios pacientes) e referido por 90% dos pacientes com automutilação, poderia também contribuir para a persistência da automutilação, além da maior prevalência de TEPT e TAG. Segundo o estudo de Oliveira e colaboradores (2011), a exposição ao estresse emocional precoce tende a aumentar a hipervigilância a estímulos interpretados como ameaçadores, por ativar o eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal, com aumento da produção de glicocorticoides, hiperativação da amígdala, e, conseqüentemente aumento de comportamentos impulsivos, agressivos e ansiedade generalizada ⁽⁷⁷⁾.

Quanto à associação entre transtornos alimentares e automutilação, para Favaro e colaboradores (2007), a automutilação seria um fator de risco para os transtornos alimentares e isso é justificado pela insatisfação com o próprio corpo observada entre mulheres que se mutilavam, independente de apresentarem transtorno alimentar associado ⁽⁵⁰⁾.

Outros dois estudos apresentam resultados semelhantes quanto à associação de transtornos da imagem corporal, insatisfação com o corpo, e automutilação ⁽⁸¹⁾⁽⁸²⁾. Segundo estes estudos, a insatisfação com a imagem corporal intermediaria o aparecimento tanto de transtornos alimentares como a automutilação. Semelhante à automutilação, a bulimia é descrita, por Heatherton e Baumeister (1991) como comportamentos para escapar de estados afetivos aversivos ⁽¹⁸³⁾, provavelmente por isto é que no presente estudo foi mais prevalente a bulimia do que anorexia. Neste caso, os pacientes estudados poderiam utilizar também os comportamentos bulímicos como formas de automutilação e obter alívio. Outra explicação para a maior prevalência de bulimia em relação à anorexia é que esses pacientes seriam mais impulsivos, como já descrito por Paul e colaboradores (2002) ⁽¹⁰⁶⁾, e por isso desenvolveriam bulimia com mais frequência do que a anorexia.

Entre os transtornos de ansiedade apresentados por esta população, o TOC foi o mais prevalente, seguido por transtorno de ansiedade

generalizada (TAG), pânico e fobias. É curioso observar que alguns estudos nem mesmo mencionam o TOC como comorbidade em suas amostras ⁽¹⁾⁽¹⁸⁴⁾. Os estudos que pesquisaram automutilação em pacientes com TOC referem-se à automutilação do tipo compulsiva (dermatotilexia e tricotilomania) ⁽¹⁰⁸⁾⁽¹⁰⁹⁾⁽¹¹⁰⁾. Não há estudos publicados, até o momento, que pesquisaram o TOC entre automutiladores. O único artigo publicado avaliou apenas cinco pacientes com automutilação e entre os pacientes avaliados, todos apresentavam TOC ⁽¹⁷⁴⁾, mas a amostra estudada é muito reduzida para que possamos generalizar estes dados. Também a amostra do referido estudo ⁽¹⁷⁴⁾ é parte da amostra desta tese.

Outro estudo conduzido com pacientes com TPB observou que os que apresentavam automutilação tinham mais sintomas obsessivos do que aqueles sem automutilação ⁽¹¹³⁾. A alta prevalência de TOC observada neste estudo provavelmente seja decorrente dos instrumentos aplicados para avaliação destes pacientes, como as escalas Y-BOCS e DY-BOCS, que pesquisam exaustivamente os sintomas de TOC. Nesse caso, entre os pacientes com automutilação, a prevalência poderia ser alta, mas não foi adequadamente pesquisada em estudos anteriores. Também os estudos com pacientes com TOC, mesmo os que utilizaram os mesmos instrumentos para avaliação do TOC, não pesquisaram sistematicamente a presença de automutilação do tipo impulsiva, por não ser o objetivo do estudo ⁽¹⁰⁹⁾⁽¹¹⁵⁾ e, conseqüentemente, não associam o TOC à automutilação do tipo impulsiva. Considerando as duas possibilidades, alguns pacientes estão tão envolvidos em seu sofrimento e focados na automutilação que não identificam o TOC como mais um problema e sim uma “mania” sem muita importância diante do problema da automutilação; enquanto outros que apresentam o TOC como queixa principal, consideram este como seu principal problema e a automutilação, para aqueles que apresentam, a consideram como uma “solução” momentânea para os sofrimentos causados pelo TOC.

Seguindo essa hipótese, poderíamos considerar que a comorbidade com o TOC seria comum entre pacientes automutiladores, como encontrado no presente estudo, mas estes não referem o TOC espontaneamente por

valorizarem mais a automutilação. Também devemos considerar que esse diagnóstico deve ser mais valorizado em pesquisas futuras uma vez que muitos dos automutiladores podem apresentar o problema e não serem tratados adequadamente.

O TEPT também foi mais prevalente na amostra de automutiladores estudada (40%) do que em estudos anteriores que variam entre 14% a 24%⁽⁵⁷⁾⁽¹⁰³⁾⁽¹⁰⁵⁾. O fato pode estar associado às histórias de eventos traumáticos vivenciados por esses pacientes (90%), considerado um fator de risco para a automutilação, que também foi mais prevalente do que observado em estudo anterior também com população que se mutilava (62%)⁽¹⁹⁾.

Diferente do observado em estudos anteriores⁽⁴⁰⁾⁽¹⁰³⁾⁽¹²⁰⁾⁽¹⁸⁵⁾, o TPB foi o terceiro transtorno de personalidade mais frequente entre os pacientes com automutilação. A prevalência também foi inferior (15%) ao observado anteriormente em amostras clínicas de pacientes automutiladores, em que as prevalências variam de 48%⁽¹²⁰⁾ a 76%⁽¹⁸⁵⁾. As prevalências observadas aqui foram mais próximas às observadas por Klonsky e colaboradores (2003) que avaliaram uma população de recrutas militares e observaram maior prevalência de transtornos de personalidade na população com automutilação quando comparado à população que não apresentava este comportamento. As prevalências encontradas entre os automutiladores foram: 7,8% para TPB, 10,67% para Transtorno de Personalidade Histriônica (TPH) e 11,14% para Transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsiva (TPOC)⁽⁴⁰⁾. Os resultados mostram que a presença de automutilação não é sinônimo de TPB e que outros transtornos de personalidade podem estar associados à automutilação.

A prevalência de transtorno de personalidade entre os dois grupos foi mais alta que a citada na literatura, considerando população geral (6,1%)⁽¹⁸⁶⁾. Contrário à hipótese feita inicialmente, não houve diferenças entre os grupos quando não especificado o tipo de transtorno de personalidade. Se considerarmos apenas o grupo com TOC, a prevalência de transtorno de personalidade (50%) foi menor do que a encontrada em estudo que também

avaliou esta comorbidade entre pacientes com TOC (74%)⁽¹⁸⁷⁾. O grupo com automutilação apresentou prevalência de transtorno de personalidade (62,5%) semelhante à observada em outros estudos com pacientes com automutilação que variam entre 45,9% e 76%⁽¹⁰³⁾⁽¹²⁰⁾⁽¹³¹⁾.

Quando considerados os diferentes tipos de transtornos de personalidade, o grupo com automutilação apresentou maior prevalências de Transtornos de Personalidade Histriônica (TPH) e *Borderline* (TPB). Como observado em outros estudos, transtornos de personalidade do cluster B são os tipos de transtornos de personalidade mais frequentes entre os automutiladores⁽¹²⁰⁾, já os transtorno de personalidade do cluster C são mais frequentes entre os pacientes com TOC⁽¹⁸⁷⁾⁽¹⁸⁸⁾.

Diferente do esperado, TPOC foi o transtorno de personalidade mais prevalente entre os pacientes com automutilação e sem diferença entre os grupos com TOC e automutilação. Estudos anteriores não encontraram associação entre TPOC e automutilação⁽⁴⁰⁾ e o TPOC não foi um diagnóstico frequente entre pacientes com automutilação⁽¹²⁰⁾⁽¹⁸⁹⁾. Também a prevalência de TPOC entre pacientes com TOC é bastante contraditória, com estudos mostrando prevalências que variam entre 12% a 13%⁽¹⁹⁰⁾⁽¹⁹¹⁾ e 31% a 36%⁽¹⁸⁷⁾⁽¹⁹²⁾⁽¹⁹³⁾⁽¹⁹⁴⁾. Isso acontece provavelmente devido a uma sobreposição dos critérios considerados para diagnóstico do Eixo I e II, principalmente os critérios relacionados a perfeccionismo, colecionismo e preocupação com detalhes⁽¹⁹⁵⁾⁽¹⁹⁶⁾. É possível que alguns dos sintomas de transtornos de personalidade sejam, de fato, sintomas de Eixo I (TOC), devido a pouca discriminação entre as duas condições.

Se considerarmos que, no grupo com automutilação, a comorbidade com TOC foi alta (57,5%) e sintomas de “coleccionismo” estiveram presentes em 42,5% dos pacientes com automutilação, isto pode ter colaborado para a alta prevalência de TPOC neste grupo, assim como no grupo com TOC, que também apresentou alta prevalência deste sintoma. Nesse caso, os sintomas de colecionismo estariam elevando a prevalência de diagnósticos de TPOC em ambas as populações. Também pode ser uma característica

da população estudada (brasileiros que procuram tratamento para automutilação), na qual os pacientes que apresentam automutilação têm mais TPOC do que TPB. Sendo este o primeiro estudo brasileiro com este tipo de população, para definição destas características, outros estudos serão necessários, uma vez que ainda é desconhecida a característica da automutilação na população brasileira.

7.2.1 A intensidade dos sintomas obsessivos e compulsivos são maiores em pacientes com TOC quando comparados aos pacientes com automutilação

Embora a comorbidade com TOC fosse alta entre os pacientes com automutilação e estes também apresentassem vários sintomas obsessivo-compulsivos, os pacientes do grupo de TOC apresentaram maior quantidade de sintomas obsessivo-compulsivos e também maior gravidade. Nos pacientes com TOC, foram mais prevalentes as dimensões referentes à “religião/sexual”, “ordem/simetria” e “contaminação e limpeza”. Apesar disso, os pacientes com automutilação, quando apresentam essas dimensões, parecem ter a mesma gravidade apresentada pelos pacientes com TOC, uma vez que não houve diferenças estatisticamente significantes quanto à gravidade dos sintomas entre os dois grupos. Por outro lado, quando considerado todos os sintomas juntos, os pacientes com TOC parecem sentir o problema com maior intensidade, pois eles apresentaram maior gravidade referente ao total das dimensões segundo o DY-BOCS. Na escala Y-BOCS, os pacientes com TOC também mantiveram maior gravidade dos sintomas obsessivos, compulsivos e associados, os sintomas obsessivos e compulsivos.

Ainda que os pacientes com automutilação a descrevam de forma um pouco ritualizada, não parecem ter outros sintomas obsessivos compulsivos como os pacientes com TOC. O TOC entre os pacientes com automutilação parece ser mais uma comorbidade frequente entre estes pacientes e não fazer parte do problema. A automutilação tem maior similaridade à

dependência química, em que o paciente passa grande parte de seu dia pensando na automutilação, em como e quando executá-la, com sensação de tensão até que consiga executá-la.

Além do estudo de Giusti e colaboradores (2008), que também utilizou a escala Y-BOCS para avaliar os pacientes com automutilação e encontrou que todos os pacientes também apresentavam TOC ⁽¹¹²⁾, não existem na literatura estudos que avaliaram os sintomas de TOC em pacientes com automutilação com os detalhes aqui avaliados para que se possam fazer maiores comparações. A diferença nos resultados do presente estudo e do estudo de Giusti e colaboradores (2008) provavelmente seja devido ao tamanho da amostra bastante reduzida neste último e todos os pacientes contidos neste estudo preliminar foram também incluídos no presente estudo. Isso confirma a diferença no tamanho da amostra influenciando nestas diferenças.

7.2.2 A prevalência e intensidade dos fenômenos sensoriais são maiores em pacientes com TOC quando comparados aos pacientes com automutilação

Ao contrário do previamente suposto, os fenômenos sensoriais foram mais prevalentes nos pacientes do grupo de automutilação do que nos pacientes com TOC, especialmente os fenômenos relacionados à “sensação de incompletude” e “energia interna”. A prevalência (65%) foi semelhante à encontrada em estudos, que variam de 65% a 80%, entre pacientes com TOC e Síndrome de Tourette ⁽¹⁵⁴⁾⁽¹⁹⁷⁾⁽¹⁹⁸⁾⁽¹⁹⁹⁾. Outro fato também desconhecido até o momento foi a associação de fenômenos sensoriais e automutilação observado neste estudo, em que a maioria dos pacientes do grupo de automutilação que apresentavam fenômenos sensoriais (60%), referiu estes associados à automutilação.

Não existe até o momento nenhum estudo que tenha avaliado a presença de fenômenos sensoriais em pacientes com automutilação do tipo

impulsiva. Os fenômenos sensoriais foram inicialmente descritos na literatura associados à Síndrome de Tourette e também ao TOC ⁽²⁰⁰⁾⁽²⁰¹⁾. Mesmo o estudo de Ferrão e colaboradores (2012), que avaliou pacientes com TOC e considerou a automutilação tipo compulsiva (tricotilomania e dermatotilexia) em suas análises, não encontrou maior frequência destes fenômenos entre os pacientes com TOC que também apresentavam automutilação ⁽¹⁹⁹⁾. Embora não citada nos resultados desta tese, foi investigada também comorbidade com tique entre os pacientes com automutilação, o que poderia ser responsável pela alta prevalência de fenômenos sensoriais, mas nenhum paciente apresentou este diagnóstico.

Assim como a automutilação, os fenômenos sensoriais ainda são pouco estudados e a associação da automutilação com estes merece estudos futuros para avaliar se os fenômenos sensoriais poderiam fazer parte dos critérios diagnósticos da automutilação.

7.2.3 A prevalência de transtornos do impulso é maior entre os pacientes com automutilação quando comparados aos pacientes com TOC

A hipótese foi feita com base em um estudo-piloto realizado antes do início desta tese, que mostrou que os pacientes com automutilação tinham mais comorbidades com TCI do que os pacientes com TOC ⁽¹¹²⁾. Com amostra maior, a diferença não foi observada: o grupo com automutilação e o grupo com TOC apresentaram prevalências semelhantes de TCI, mesmo quando considerados os diferentes diagnósticos. Outros estudos mostram prevalência de TCI entre pacientes com TOC que variam entre 16,4% a 35,5% ⁽¹⁰⁸⁾⁽¹⁰⁹⁾⁽¹¹¹⁾ e, neste estudo, foi de 43,3%, um pouco acima do que em estudos prévios.

Até o momento, o único estudo na literatura que avaliou a presença de outros TCI entre pacientes com automutilação foi o estudo-piloto citado acima ⁽¹¹²⁾, que mostrou que todos os pacientes com automutilação

avaliados apresentavam pelo menos mais um diagnóstico de TCI ⁽¹¹²⁾. Outros estudos mostram características impulsivas entre pacientes com automutilação ⁽¹¹⁹⁾⁽²⁰²⁾. Apesar da ausência de estudos avaliando diretamente a presença de TCI entre automutiladores, é provável que realmente seja comum esta comorbidade, já que a impulsividade entre estes pacientes é mostrada em vários estudos.

Os resultados reforçam a possibilidade de sobreposição de sintomas impulsivos e compulsivos observados tanto entre automutiladores quanto em pacientes com TOC.

7.2.4 Pacientes com automutilação têm mais sintomas de impulsividade quando comparados aos pacientes com TOC

Como o inicialmente suposto, os pacientes com automutilação apresentaram mais sintomas de impulsividade do que os com TOC. A impulsividade encontrada entre os pacientes com automutilação (BIS-11, total: 79,0), foi maior do que a encontrada entre os que apresentavam jogo patológico (BIS-11, total: 76,7) num estudo com população brasileira ⁽²⁰³⁾, que são considerados pacientes muito impulsivos segundo o modelo proposto por Hollander e Wong (1995) ⁽¹⁴⁴⁾ (figura 1). Já os pacientes do grupo de TOC apresentaram impulsividade segundo a BIS-11 (total: 66,5) semelhante a estudos anteriores com população brasileira (BIS-11, total: 64,7) ⁽²⁰³⁾.

A impulsividade encontrada nos pacientes com automutilação deste estudo também foi maior do que a encontrada em outro estudo que avaliou adultos com automutilação e o valor da BIS-11 (total) foi de 69 ⁽²⁰²⁾. A diferença pode ser justificada por esses pacientes serem mais jovens (média de idade 22,6 anos) do que os do presente estudo (média de idade 29 anos). Estudo que acompanhou adolescentes na comunidade por 2 anos, identificou que aqueles que apresentavam mais comportamentos impulsivos tiveram mais risco de se envolver em automutilação repetitiva ⁽²⁰⁴⁾. Nesse

caso, os pacientes, do presente estudo, que apresentam automutilação teriam uma característica mais impulsiva desde a adolescência, época em que se iniciou o comportamento e, devido a esta característica, ainda apresentavam automutilação na vida adulta e com alto nível de impulsividade.

7.2.5 Onde estaria a automutilação no modelo sugerido por Hollander e Wong (1995) ⁽¹⁴⁴⁾?

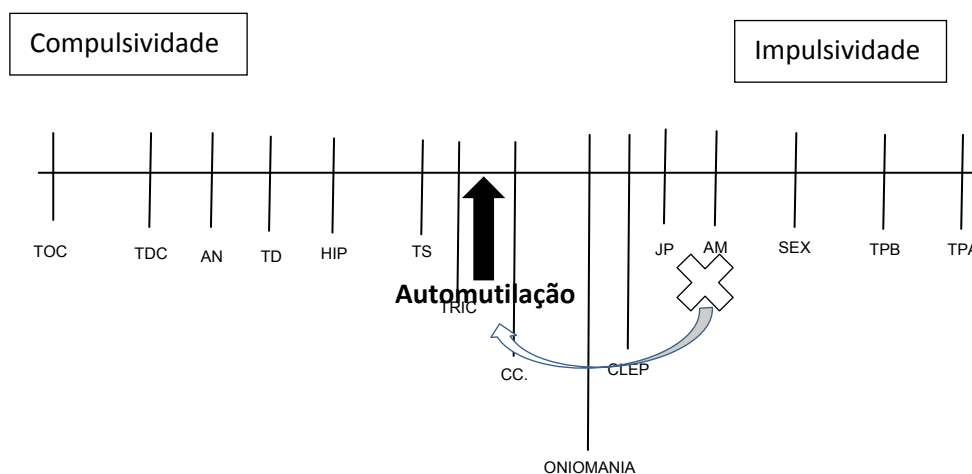


Figura 1 – Aspectos dimensionais de impulsividade e compulsividade. Modelo adaptado de Hollander e Wong (1995) ⁽¹⁴⁴⁾.

TOC, Transtorno Obsessivo-Compulsivo; TDC, Transtorno Dismórfico Corporal; AN, Anorexia; TD, Transtorno de Despersonalização; HIP, Hipocondria; TS, Síndrome de Tourette; TRIC, Tricotilomania; CC, Comer Compulsivo; CLEP, Cleptomania; JP, Jogo Patológico; AM, Automutilação; SEX, Sexo Compulsivo; TPB, Transtorno de Personalidade *Borderline*; TPA, Transtorno de Personalidade Antissocial.

Se considerarmos o modelo dos transtornos do espectro impulsivo-compulsivo proposto por Hollander e Wong (1995), a automutilação estaria no meio deste modelo, segundo os resultados do presente estudo.

A automutilação parece ser um fenômeno heterogêneo associado a vários fatores precipitantes, frequentes comorbidades e provavelmente associada a várias alterações funcionais e neurobiológicas, como

apresentado na introdução e nos resultados desta tese. Parece haver sintomas compulsivos e impulsivos agindo para a automutilação. Os sintomas impulsivos foram evidenciados nos resultados da BIS-11, em que os automutiladores avaliados mostraram ser mais impulsivos do que pacientes com outros transtornos do controle do impulso, como jogadores, assim como a frequência de comorbidades com TCI. Já os sintomas compulsivos foram observados na frequência de comorbidade com TOC e TPOC, além da presença de fenômenos sensoriais, o que também mostra um componente compulsivo.

Considerando os resultados aqui encontrados e as teorias referentes à neurobiologia da automutilação, podemos supor que os sistemas serotoninérgico e dopaminérgico estariam envolvidos no início da automutilação. Eles seriam responsáveis por maior agressividade, impulsividade e reforço positivo, como observado nos estudos com animais. O sistema opioide seria responsável pela analgesia também nesse início. Uma vez iniciada a automutilação, o sistema opioide teria maior participação na continuidade do comportamento, com a dependência aos opioides endógenos, adquirindo comportamento semelhante ao pacientes com transtornos por uso de substâncias. Haveria então uma sobreposição desses sistemas para o desenvolvimento e a persistência da automutilação.

Limitações:

Algumas limitações do presente estudo devem ser levadas em consideração. Inicialmente, é importante considerar o desenho metodológico empregado. Trata-se de um estudo transversal, adequado para mensurar prevalências e características de uma população num determinado momento, porém não é adequado para estabelecimento de associações ou relações de causa e efeito. Assim, não é possível fazer afirmações sobre a identificação de fatores responsáveis pela manutenção da automutilação por tantos anos nesses pacientes, considerando que a maioria iniciou este comportamento ainda na adolescência. Um estudo longitudinal poderia

avaliar melhor os fatores, o que auxiliaria no desenvolvimento de programas de prevenção ou intervenção precoce. Alguns dados, como história prévia de comorbidades, foram coletados retrospectivamente e, mesmo com todo o cuidado da avaliação, os dados estão sujeitos ao viés de memória do paciente, como ocorre com estudos retrospectivos. Ainda assim, este estudo transversal representa uma importante contribuição para o conhecimento das características de pacientes adultos que se mutilam.

Como todos os pacientes com automutilação procuraram tratamento tendo como queixa principal a automutilação, não podemos generalizar os resultados aqui obtidos para a população geral. É possível que exista adultos que se mutilam, mas que apresentem quadros mais leves e, por isso ou mesmo por vergonha, não procurem tratamento. Também é possível que os adultos que se mutilam, mas não procurem tratamento, tenham menos comorbidades do que os pacientes avaliados neste estudo. Provavelmente, a presença de comorbidades colabore para maior gravidade dos casos, levando ao maior impacto no dia a dia desses indivíduos e daí à procura por tratamento.

O tamanho da amostra não permitiu e também não foi objetivo deste estudo avaliar a associação entre idade de início das comorbidades e início da automutilação, mas os dados poderiam contribuir para identificação de outros fatores de risco para o desenvolvimento da automutilação e contribuir ao desenvolvimento de estratégias para diagnóstico e intervenções mais precoces.

Apesar dessas limitações, o presente estudo sinaliza a característica heterogênea da automutilação, identifica algumas peculiaridades não identificadas anteriormente, como a presença de fenômenos sensoriais associados à automutilação e o risco de cronificação deste comportamento se não tratado adequadamente em estágios mais precoces, como na adolescência quando a grande maioria iniciou este comportamento.

Perspectivas Futuras:

Por ser o primeiro trabalho sobre características da automutilação na população brasileira, algumas informações importantes foram obtidas a partir dos resultados encontrados. Porém, outras questões foram levantadas:

- a. Como seria o desenvolvimento da automutilação que se inicia na adolescência e que recebe tratamento adequado?
- b. Quais as diferenças entre adultos e adolescentes que se mutilam? Há diferenças quanto à gravidade, tipo de automutilação, comorbidades ou evolução no tratamento?
- c. As prevalências e tipos de comorbidades encontrados neste estudo, especialmente com relação ao TOC, são específicos da população estudada ou se repetem em outros estudos?
- d. As características da automutilação encontrada neste estudo são semelhantes às encontradas na população geral brasileira?
- e. Quais os transtornos de personalidade mais frequentes entre os automutiladores na população geral brasileira? Será que, na população brasileira, o TPOC é mais frequente do que os transtornos de personalidade cluster B?
- f. Quais os fatores de risco para o início da automutilação entre adolescentes e adultos e quais os fatores envolvidos com a permanência deste comportamento ao longo dos anos?
- g. Quais seriam as melhores intervenções terapêuticas para indivíduos com automutilação?

Para o aprofundamento nesta linha de pesquisa, estudos transversais com amostras maiores e realizados com população geral poderiam auxiliar na generalização dos dados aqui encontrados. Além disso, estudos longitudinais são necessários para melhor identificação de fatores de risco e perpetuadores envolvidos nestes quadros, tanto na adolescência como na vida adulta. Estudos futuros também deveriam explorar o impacto do

diagnóstico de automutilação, como um transtorno psiquiátrico na prática clínica, estudar aspectos do funcionamento cerebral desses pacientes através de neuroimagem, e investigar opções de tratamento mais específicos e eficazes, tanto farmacológicos como abordagens psicoterapêuticas – Terapia Cognitivo Comportamental, Terapia Dialética Comportamental, abordagens específicas empregadas na psicoterapia de pacientes com TPB, entre outras.

Considerações Finais:

Os resultados encontrados neste estudo apontam para semelhanças entre os adultos brasileiros com automutilação que buscam tratamento num serviço terciário de saúde com os descritos na literatura internacional. Embora não existam outros estudos com população brasileira, a amostra aqui estudada sugere que as características da automutilação apresentada por esses pacientes são semelhantes às verificadas em outros países, mesmo em amostras com características bem diversas, como adolescentes, estudantes universitários, adultos na comunidade e pacientes psiquiátricos.

Quando comparados aos estudos prévios, os pacientes aqui estudados foram semelhantes quanto a:

- a. Idade de início da automutilação – adolescência;
- b. Tipos de automutilação apresentadas – sendo os cortes o tipo mais frequente;
- c. Os motivos que levam os pacientes a automutilação – alívio de sentimentos e sensação ruins ou gerar outro sentimento diante de um sentimento considerado insuportável.

As semelhanças nos levam a crer que estamos falando do mesmo tipo de comportamento e que as comparações feitas entre os pacientes estudados e os dados existentes na literatura internacional são válidas.

Porém, chama a atenção a maior gravidade desses casos que chegaram para tratamento. Apesar de referirem a automutilação para motivos que não a manipulação do comportamento de outros, 15 pacientes (37%) referiram procurar médico devido às lesões decorrentes da automutilação, o que reforça a gravidade dos casos estudados. Em uma amostra não clínica, Klonsky (2011) encontrou que, entre os que se mutilavam, apenas 4% referiram ter necessitado de tratamento clínico devido à automutilação ⁽²⁹⁾. O que sugere que os pacientes estudados apresentavam, provavelmente, quadros mais graves e maior dificuldade para conter os impulsos, uma vez que não conseguiram controlar a força exercida durante a automutilação, provocando lesões mais graves.

Essa maior gravidade provavelmente seja decorrente do tempo de evolução do quadro: início da automutilação na adolescência com o diagnóstico e tratamento adequados somente na vida adulta. Nesse sentido, estudos sobre alternativas para identificação e desenvolvimento de abordagens precoces e mais eficazes para o tratamento da automutilação constituem uma ação de extrema importância, tanto para a prevenção da automutilação quanto para o tratamento precoce evitando, assim, o desenvolvimento de quadros mais graves e a cronificação dos mesmos.

8 Conclusões

1. Os pacientes adultos com automutilação apresentam este comportamento desde a adolescência e os tipos de automutilação apresentados por eles são de intensidade moderada a grave, além de associarem diferentes tipos de automutilação. As características da automutilação apresentadas pelos pacientes estudados são semelhantes às descritas em estudos anteriores.
2. Assim como os pacientes com TOC, os com automutilação apresentam altas taxas de comorbidades do Eixo I e também não há diferenças entre estes dois grupos quando considerados os transtornos do controle do impulso.
3. Diferente do suposto inicialmente, o TPB não é a regra entre os pacientes com automutilação. Os transtornos de personalidade cluster C, como TPOC, também podem ser comuns entre os pacientes com automutilação, assim como entre os pacientes com TOC.
4. História de eventos traumáticos é bastante frequente entre os automutiladores, mais do que entre os pacientes com TOC.
5. A automutilação e o TOC compartilham características compulsivas e impulsivas. Na automutilação, o componente impulsivo é maior enquanto no TOC a compulsividade é maior, quando comparamos estes dois grupos. Entretanto, a automutilação esteve associada à ocorrência de fenômenos sensoriais, apontando também para a presença de aspectos compulsivos nestes quadros.

9 Anexos

ANEXO 1 - Termo de consentimento livre e esclarecido de participação

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME: :
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M F
- DATA NASCIMENTO:/...../.....
- ENDEREÇO Nº APTO:
- BAIRRO: CIDADE
- CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)
2. RESPONSÁVEL LEGAL
- NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE :SEXO: M F
- DATA NASCIMENTO:/...../.....
- ENDEREÇO: Nº APTO:
- BAIRRO: CIDADE:
- CEP: TELEFONE: DDD (.....).....
-

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA “Estudo das características clínicas de pacientes que apresentam auto-mutilação e comparação com pacientes com transtornos do espectro obsessivo-impulsivo”.
- PESQUISADOR : Prof Dra. Sandra Scivoletto
- CARGO/FUNÇÃO: Docente do Departamento de Psiquiatria FMUSP INSCRIÇÃO
CONSELHO REGIONAL Nº 72843
- UNIDADE DO HCFMUSP: Ambulatório Integrado dos Transtornos do Impulso
3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:
- RISCO MÍNIMO x RISCO MÉDIO
- RISCO BAIXO RISCO MAIOR
4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 24 meses

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

1 – Desenho do estudo e objetivo(s): Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa compreender os diferentes aspectos envolvidos nos Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (TEOC) (questões clínicas fenomenológicas).

2 – Descrição dos procedimentos que serão realizados, com seus propósitos e identificação dos que forem experimentais e não rotineiros: Caso aceite participar deste estudo, terá que responder a uma série de entrevistas semi-estruturadas e escalas de avaliação, que lhe proporcionará uma avaliação psiquiátrica detalhada, estas podem durar de 4 a 6 horas para seu total preenchimento.

3 – Relação dos procedimentos rotineiros e como são realizados: Esta pesquisa não envolve coleta de material sanguíneo ou de outra espécie, assim como exames radiológicos.

4 – Descrição dos desconfortos e riscos esperados nos procedimentos dos itens 2 e 3: As tarefas a serem realizadas para a conclusão deste projeto não possuem riscos para o paciente. O único inconveniente é o tempo de duração da entrevista, por vezes demorada.

5 – Benefícios para o participante: Não há benefício direto para o participante, o potencial benefício para a sociedade é que este estudo pode incrementar o conhecimento sobre estes transtornos e os sintomas psiquiátricos a eles associados. Também você estará recebendo uma detalhada avaliação psiquiátrica que poderá ser útil na clarificação de seu diagnóstico e auxiliará no seu tratamento.

6 – Relação de procedimentos alternativos que possam ser vantajosos, pelos quais o paciente pode optar: Sua participação é voluntária. Você poderá receber atendimento neste mesmo hospital ou na rede de saúde da comunidade, caso decida não participar. Caso tenha interesse em receber uma avaliação psiquiátrica, ainda que não tenha sido escolhido para participar do estudo, poderá procurar esta avaliação no próprio serviço de Psiquiatria.

7 – Garantia de acesso: Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Dra Sandra Scivoletto que pode ser encontrado no endereço R: Dr Ovídio Pires de Campos, 785 - Telefone: (11)3069-7891. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br

8 – É garantida a liberdade da retirada de seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

9 – Direito de confidencialidade: As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente.

10 – Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas: Você será informado de qualquer conhecimento significativo descoberto durante este projeto o qual poderá influenciar a sua participação na sua continuidade.

11 – Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

12 - Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "Estudo das características clínicas de pacientes que apresentam auto-mutilação e comparação com pacientes com transtornos do espectro obsessivo-impulsivo"

Eu discuti com a Dra. Sandra Scivoletto sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal Data ____ / ____ / ____

Assinatura da testemunha Data ____ / ____ / ____

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data ____ / ____ / ____

ANEXO 2 - Functional Assessment of Self-Mutilation – FASM

FASM

Versão original de Lloyd, Kelley & Hope, 1997
Traduzida por Scivoletto, S., 2005 com autorização dos autores"

No ano passado, você praticou alguns dos seguintes comportamentos (responda todos os itens):	Não	Sim	Aprox. quantas vezes?	Foi necessário algum tratamento médico?
1. cortou ou fez vários pequenos cortes na sua pele				
2. bateu em você mesmo propositalmente				
3. arrancou seus cabelos				
4. fez uma tatuagem em você mesmo				
5. cutucou um ferimento				
6. queimou sua pele (p. ex., com cigarro, fósforo ou outro objeto quente)				
7. inseriu objetos embaixo de sua unha ou sob a pele				
8. mordeu você mesmo (p. ex., sua boca ou lábio)				
9. beliscou ou cutucou áreas de seu corpo até sangrar				
10. fez vários arranhões em sua pele propositalmente				
11. esfolou sua pele propositalmente				
12. outros:				

13. Se não ocorreu no ano passado, você alguma vez na vida já teve algum dos comportamentos acima descritos? _____ Sim _____ Não

SE VOCÊ RESPONDEU NÃO PARA TODAS AS PERGUNTAS DE 1 A 13, PULE A PRÓXIMA PÁGINA E VÁ PARA O QUESTIONÁRIO SEGUINTE.

Quando fez alguns dos atos acima, você estava tentando se matar? ___ Sim ___ Não

Quanto tempo você gasta pensando em fazer o(s) ato(s) acima antes de realmente executá-los? _____

Você teve algum destes comportamentos quando estava sob efeito de drogas ou álcool? _____ Sim _____ Não

Você sentiu dor enquanto se feria? _____ dor intensa _____ dor moderada
_____ pouca dor _____ não sentiu dor

Quantos anos você tinha quando se feriu desta forma pela primeira vez? _____

Você já se agrediu por alguma das razões listadas abaixo? (marque todas as alternativas que já aconteceram):

0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Freqüentemente
Razões:			Frequência
1. para não ir a escola, trabalho ou outras atividades			
2. para aliviar sensações de “vazio” ou indiferença			
3. para chamar a atenção			
4. para sentir alguma coisa, mesmo que fosse dor			
5. para evitar ter que fazer algo “chato”, que você não queria fazer			
6. para controlar uma situação			
7. para testar a reação de alguém, mesmo que esta fosse negativa			
8. para receber mais atenção dos pais ou amigos			
9. para evitar estar com outras pessoas			
10. para se castigar			
11. para fazer com que outra pessoa reagisse de outra forma ou mudasse			
12. para se parecer alguém que você respeita			
13. para evitar ser punido ou assumir as conseqüências			
14. para parar sentimentos/ sensações ruins			
15. para mostrar aos outros o quão desesperado você estava			
16. para se sentir fazendo parte de um grupo			
17. para fazer seus pais entenderem melhor ou dar mais atenção a você			
18. para fazer algo quando está sozinho			
19. para fazer algo quando está com outros			
20. para pedir ajuda			
21. para deixar os outros com raiva			
22. para sentir-se relaxado			
23. outro:			

ANEXO 3 - Autorização formal do autor para tradução e aplicação da FASM

ORIENTAÇÕES PARA ELABORAÇÃO DA FASM

De: Richardson, Elizabeth

Para: 'sscivole'

Data: 22/02/2005 15:45

Assunto: RE: FASM scale

Hi Sandra, I've included below a brief description of the FASM that I pulled from the manuscript I have submitted for review. This may help with some description of how I developed the measure. Also, the times that I've been involved in translation of measures and other study materials, we've always opted to do back-translation, and in fact, is a requirement here in our hospital and academic system. Hope this helps!

Functional Assessment of Self-Mutilation. The FASM was designed to assess the methods, frequency and functions of self-reported SMB (Lloyd, Kelley & Hope, 1997). A list of SMB was generated based upon review of previous research (see Ross & McKay, 1979; Walsh & Rosen, 1988), as well as multiple interviews with both community and clinical adolescent samples who endorsed a history of SM. The FASM has been used in studies of adolescent psychiatric samples (Guertin et al., 2001) and incarcerated youth (Penn, Esposito, Schaeffer, Fritz & Spirito, 2003), yielding acceptable internal consistency (coefficient $\alpha = .65-.86$) for both moderate and severe SM.

Study participants were asked to respond to whether they had purposefully engaged in each of eleven different SMB within the past year and, if so, the frequency of occurrence and whether medical treatment was obtained, an indicator of severity of injury. Specific behaviors assessed include: cutting/carving, burning, self-tattooing, scraping skin to draw blood, erasing skin to draw blood, hitting self on purpose, pulling out hair, biting self, inserting objects under nails or skin, picking at wounds, and picking skin to draw blood. Participants were also asked whether any of these SMB were a suicide attempt; the length of time they contemplated the behavior(s); at what age their SMB first began; whether SMB was performed under the influence of drugs or alcohol; and the level of pain experienced during SMB, rated on a four-point likert scale ranging from no pain to severe pain.

Functional motivations for SMB were assessed via 23 statements presented in checklist format and rated on a four-point likert scale, ranging from never to often. Items were generated based upon review of the SMB literature and previous functional assessments of motivational variables within various child populations (Iwata et al., 1994; Kearney & Silverman, 1990; Vollmer, 1995). As previously described, Nock and Prinstein (2004) evaluated the structural validity of these FASM items, with a confirmatory factor analysis showing support for their proposed four-factor model: automatic-negative reinforcement, automatic-positive reinforcement, social-negative reinforcement, and social-positive reinforcement.

ANEXO 4 - Aprovação CAPPesq - Temático**APROVAÇÃO**

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 12.04.06, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº 968/05, intitulado: "Contribuição para a caracterização fenotípica, genética, imunológica e neurobiológica do transtorno obsessivo-compulsivo e suas implicações para o tratamento" apresentado pelo Departamento de PSQUIATRIA, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX. 2, letra "c").

Pesquisador(a) Responsável: Prof. Dr. Euripedes Constantino Miguel Filho

CAPPesq, 12 de Abril de 2006.

PROF. DR. CLAUDIO LEONE
Vice-Presidente da Comissão de Ética para Análise
de Projetos de Pesquisa

Recebido: 24/04/06, às 12h
Departamento de Psiquiatria da FMUSP

ANEXO 5 - Relatos de pacientes sobre evolução da automutilação

“Eu me cortava pra me controlar, só assim conseguia aplacar a fúria que me dominava! Me cortava para apaziguar a dor e para me sentir viva! Mas virou mania, vício, compulsão, necessidade...então percebi que isso tomava conta da minha vida! Queria ter o controle e acabei entregue... Era só mais um corte, uma desculpa qualquer... Tudo era motivo para me cortar! Tinha muitos cacos de vidro, de todas as espessuras e cores... Os escondia a sete chaves, e só os testava depois, sentindo na pele os que cortavam mais fundo...ou que causavam as feridas mais extensas!”

Ou

“no inicio eu me mutilava porque estava triste, com raiva. Agora me mutilo quando estou alegre, pra comemorar, ou quando estou triste, pra aliviar a angustia.”

ANEXO 6 - Pôster: “Case study: Successful of treatment in a severe self-mutilation case”



Department and Institute of Psychiatry
 School of Medicine – University of Sao Paulo - BRAZIL
 Multiple Impulse-Control Disorder Ambulatory (AMITI)
 Spectrum of Obsessive-Compulsive Disorder Project (PROTOC)



CASE STUDY: SUCCESSFUL TREATMENT IN A SEVERE SELF-MUTILATION CASE.

Jackeline S Giusti, Anna Karla Garreto, Sandra Scivoletto, Hermano Tavares, Euripedes C Miguel

INTRODUCTION

Self-mutilation behavior (SMB) is defined as all behaviors involving deliberate infliction of direct physical harm to one's own body without any intent to die. The classification of SMB is not yet well defined. In the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, text revision (DSM-IV-TR)¹, SMB is included as one of the diagnostic criteria of impulse-control disorder not otherwise specified and Borderline Personality Disorder (BPD). SMB are becoming increasingly more frequent, especially among youths causing considerable suffering for these individuals.² Despite this, there are no double-blind, placebo-controlled studies of medications designed specifically to study the treatment of impulsive SMB as the primary outcome variable, just some case-reports are available in the literature. For psychotherapy there are no particular techniques described for SMB.

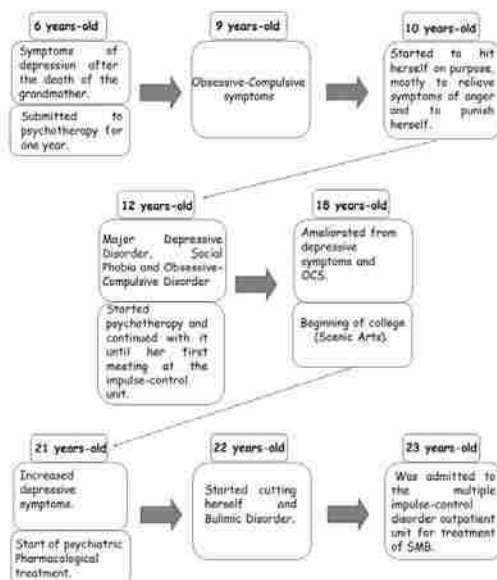
OBJECTIVE

To describe the successful treatment of severe SMB in a 23-year-old woman, with multiple comorbidities.

CASE REPORT

The patient was admitted to the multiple impulse-control disorder outpatient unit for treatment of SMB. This patient was submitted to the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS)³, Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS)⁴, Assessment of the Presence and Severity of Sensation Phenomena Scale of University of São Paulo (USP-SPS)⁵, Functional Assessment of Self-Mutilation (FASM)⁶, Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-patient edition (SCID-I/P)⁷, Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders-patient edition (SCID-II/P)⁸ for diagnosis of SMB as well as comorbidities.

HISTORY OF THE SYMPTOMS PRESENTED FOR THE PATIENT:



At the time of admission the patient presented the following comorbidities: Obsessive-Compulsive Disorder (OCD), Social Phobia, Bulimia, and Major Depressive Disorder (MDD) with high levels of anxiety.

AT THE FASM THE PATIENT PRESENTED:

BEHAVIORS PRESENTED - LIFETIME	REASONS
<ul style="list-style-type: none"> - Skin cutting; - Picking at a wound; - Inserting objects under nails or skin; - Biting herself; - Skin scraping. 	<ul style="list-style-type: none"> - To relieve "numb" or empty feelings; - To feel something, even if it was pain; - To punish herself; - To stop bad feelings; - To give herself something to do when alone; - To relax.
<p>The most frequent SMB presented was skin cutting which was associated with relief of intolerable affects.</p>	

TREATMENT

The patient was submitted to an interdisciplinary treatment. Treatment included cognitive-behavior therapy (CBT), nutritional orientation, and psychopharmacology. At the time of admission, she was taking venlafaxine (150mg/d) and lamotrigine (200mg/d) and she was very depressive and anxious. The medication was changed to fluoxetine (80mg/day) and carbamazepine (400mg/day). After four months, the SMBs were less frequent, the depressive symptoms were mild, but the OCD increased and her liver enzymes were higher. Because of these results, the medications were changed to topiramate (100mg/d) and sertraline (200mg/d). Three months later she still had high levels of anxiety, which oscillated during the day, the SMBs remained mild, but still present. To stabilize the anxiety and to stop SMBs, ziprasidone was added to her prescriptions. After ten months from the beginning of the treatment the patient was stabilized in terms of MDD, bulimic behaviors, and anxiety. OCD symptoms were mild, and SMBs became rare. At this time the patient was taking ziprasidone (160mg/day), sertraline (200mg/day), and topiramate (100mg/day). Those medications were maintained as well as CBT, with emphasis in skills training, homework assignments, symptom rating scales, and problem-solving strategies. After three more months of treatment she had stopped cutting herself and the OCD symptoms disappeared.

DISCUSSION

This case describes the complex treatment necessary for a patient with severe SMB and several comorbidities. Considering that SMB relieves dysphoric, depressed, and desperate feelings, treatment of comorbidities is crucial to control this behavior. It was observed that fluoxetine and venlafaxine were not able to control the anxiety, depressive symptoms, and self-mutilation. Not all serotonin reuptake inhibitors work for all SMB patients. This patient's medication was changed three times until an improvement was obtained. A mood stabilizer (topiramate) and atypical antipsychotics (ziprasidone) completed the treatment of the impulsive control in this case. The association of CBT, psychopharmacology and nutritional orientation were essential for controlling the SMB. In the last three months of treatment, the efficacy of CBT was proven with no change in medication, but considerable change in the SMB. Coordination and timing of psychopharmacological and psychological interventions were essential to promote the maximal therapeutic benefit.

CONCLUSION

The collection of treatment modalities implemented by multidisciplinary team may serve as a guide to treat severe SMB. In addition, the association of drugs with different sites of action, but all for impulse control, may contribute to the efficacy observed here. Controlled studies with larger sample sizes are necessary to design specific treatment for patients with SMB.

REFERENCES

1. Fennell A. Self-harm. *Inferno in Child Studies*. Pediatrics. 2003; 111: 223-229.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
3. Yeh F, Friedman MA. Correlates of lifetime and behavioral frequency of self-mutilation among adolescents. *J Abnorm Psychol*. 2005; 114: 142-148.
4. Quatrehomme S, Piquet L, Hamezani SA, Milet C, Hamezani R, Hef C, Hamezani DR, Chagnac D. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: Psychometric, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*. 1995; 52: 1006-1011.
5. Steiner-Campbell MC, Miguel EC, Guzman E, Chacon H, Finkel S, Tinley B, Rabinovich L, Soriano L, Jung SA, Shady SR, San D, Hamezani S, Kwon S, Luchini JP. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS) as an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Int Psychiatry*. 2006; 11 (4): 495-504.
6. Steiner-Campbell MC, Finkel S, Tinley B, Hamezani SA, Chacon H, Finkel S, Tinley B, Rabinovich L, Soriano L, Jung SA, Shady SR, San D, Hamezani S, Kwon S, Luchini JP. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS) as an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Int Psychiatry*. 2006; 11 (4): 495-504.
7. First MB, Gibbon M, Spitz RL, Williams JBW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*. New York: John Wiley & Sons; 2002.
8. First MB, Gibbon M, Spitz RL, Williams JBW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders*. New York: John Wiley & Sons; 2002.
9. First MB, Gibbon M, Spitz RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-P)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.; 1997.

9 Referências

1. Favazza AR. The coming of age of self-mutilation. *J Nerv Ment Dis.* 1998 May;186(5):259-268.
2. Lewis SP, Heath NL, St Denis JM, Noble R. The scope of nonsuicidal self-injury on YouTube. *Pediatrics.* 2011 Mar;127(3):e552-e557.
3. Menninger K. *Man against himself.* 1a. ed. New York: Harcourt, Brace; 1938.
4. Asch SS. Wrist scratching as a symptom of anhedonia: a predepressive state. *Psychoanal Q.* 1971;40:603-617.
5. Grunebaum HU, Klerman GL. Wrist slashing. *Am J Psychiatry.* 1967 Oct;124(4):527-534.
6. Weissman MM. Wrist cutting. Relationship between clinical observations and epidemiological findings. *Arch Gen Psychiatry.* 1975 Sep;32(9):1166-1171.
7. Clendenin WW, Murphy GE. Wrist cutting. New epidemiological findings. *Arch Gen Psychiatry.* 1971 Nov;25(5):465-469.
8. Weissman MM. Teenaged, depressed, and treatment resistant: What predicts self-harm? *Am J Psychiatry.* 2009 Apr;166(4):385-7.
9. Rosenthal RJ, Rinzler C, Wallsh R, Klausner E. Wrist-cutting syndrome: the meaning of a gesture. *Am J Psychiatry.* 1972 May;128(11):1363-1368.
10. Pao PN. The syndrome of delicate self-cutting. *Br J Med Psychol.* 1969 Aug;42(3):195-206.

11. Simpson MA. Self-mutilation and suicide. Schneidman ES (Ed). New York: Grune and Stratton; 1976.
12. Morgan HG. Death wishes?: understanding and management of deliberate self harm. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Ltd; 1979.
13. Pattison EM, Kahan J. The deliberate self-harm syndrome. *Am J Psychiatry*. 1983 Jul;140(7):867-872.
14. Favazza AR, Rosenthal RJ. Diagnostic issues in self-mutilation. *Hosp Community Psychiatry*. 1993 Feb;44(2):134-140.
15. Moran P, Coffey C, Romaniuk H, Olsson C, Borschmann R, Carlin JB, Patton GC. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study [Internet]. *Lancet* 2012 Jan;379(9812):236-43. *The Lancet* 2011 Nov. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673611611410>.
16. Claes L, Vandereycken W. Self-injurious behavior: differential diagnosis and functional differentiation. *Compr Psychiatry*. 2007 Apr;48(2):137-144.
17. Nixon MK, Heath NL. Self-injury in youth: the essential guide to assessment and intervention. Oxford: Routledge; 2008.
18. Briere J, Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *Am J Orthopsychiatry*. 1998 Oct;68(4):609-620.
19. Favazza AR, Conterio K. Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatr Scand*. 1989 Mar;79(3):283-289.

20. Ross B, McKay B. Adolescent therapists. *Can Ment Health*. 1976 Jun;24(2):15-17.
21. Nock MK, Prinstein MJ. Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *J Abnorm Psychol*. 2005 Feb;114(1):140-146.
22. Walsh B, Rosen. *Self-Mutilation: Theory, Research, and Treatment*. New York: Guilford Press; 1988.
23. Favazza AR. *Bodies under siege: self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. 1a ed. Baltimore: JHU The Johns Hopkins University Press; 1987.
24. Winchel RM, Stanley M. Self-injurious behavior: A review of the behavior and biology of self-mutilation. *Am J Psychiatry*. 1991 Mar;148(3):306-17. [Internet]. *The American Journal of Psychiatry* [sem data]; [citado 2011 nov 20] Available from: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1991-18776-001>.
25. Tantam D, Whittaker J. Personality disorder and self-wounding. *Br J Psychiatry*. 1992 Oct;161:451-464.
26. Whitlock J, Eckenrode J, Silverman D. Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*. 2006 Jun;117(6):1939-1948.
27. Klonsky ED, Olini TM. Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: a latent class analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2008 Feb;76(1):22-27.
28. Lloyd-Richardson EE, Perrine N, Dierker L, Kelley MI. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol Med*. 2007 Aug;37(8):1183-1192.

29. Klonsky ED. Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychol Med.* 2011 Sep;41(9):1981-1986.
30. Favazza AR. *Bodies under Siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry.* 2nd ed. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1996.
31. Ross RR, McKay HB. *Self-mutilation* Toronto: Lexington Books, c1979.
32. Simeon D, Favazza AR. Self-Injurious behaviors: phenomenology an assessment. In: Simeon D, Hollander E. (eds). *Self-injurious behaviors: assessment and treatment.* Arlington: American Psychiatric Pub; 2001. p. 1-28.
33. Rodham K, Hawton K, Evans E. Reasons for deliberate self-harm: comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004;43(1):80-87.
34. Suyemoto KL. The functions of self-mutilation. *Clin Psychol Rev.* 1998 Aug;18(5):531-554.
35. Laye-Gindhu A, Schonert-Reichl KA. Nonsuicidal self-harm among community adolescents: understanding the “whats” and “whys” of self-harm. *J Youth Adolescence.* 2005 Oct;34(5):447-457.
36. Walsh BW, Rosen P. Self-mutilation and contagion: an empirical test. *Am J Psychiatry.* 1985 Jan;142(1):119-120.
37. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol.* 2004 Oct;72(5):885-890.

-
38. Guertin T, Lloyd-Richardson E, Spirito A, Donaldson D, Boergers J. Self-mutilative behavior in adolescents who attempt suicide by overdose. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001 Sep;40(9):1062-1069.
39. Csorba J, Dinya E, Plener P, Nagy E, Páli E. Clinical diagnoses, characteristics of risk behaviour, differences between suicidal and non-suicidal subgroups of Hungarian adolescent outpatients practising self-injury. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2009 May;18(5):309-320.
40. Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E. Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *Am J Psychiatry*. 2003 Aug;160(8):1501-1508.
41. Gratz KL. Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *J Psychopathol Behav Assess*. 2001;23(4):253-263.
42. Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ*. 2002 Nov;325(7374):1207-1211.
43. Matsumoto T, Yamaguchi A, Chiba Y, Asami T, Iseki E, Hirayasu Y. Self-burning versus self-cutting: patterns and implications of self-mutilation; a preliminary study of differences between self-cutting and self-burning in a Japanese juvenile detention center. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005 Feb;59(1):62-69.
44. DiClemente RJ, Ponton LE, Hartley D. Prevalence and correlates of cutting behavior: risk for HIV transmission. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1991 Sep;30(5):735-739.

45. Patton GC, Harris R, Carlin JB, Hibbert ME, Coffey C, Schwartz M, Bowes G. Adolescent suicidal behaviours: a population-based study of risk. *Psychol Med.* 1997 May;27(3):715-724.
46. Zoroglu SS, Tuzun U, Sar V, Tutkun H, Savaş HA, Ozturk M, Alyanak B, Kora ME. Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2003 Feb;57(1):119-126.
47. Izutsu T, Shimotsu S, Matsumoto T, Okada T, Kikuchi A, Kojimoto M, Noguchi H, Yoshikawa K. Deliberate self-harm and childhood hyperactivity in junior high school students. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006 Mar;15(3):172-176.
48. Ross S, Heath N. A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *J Youth Adolescence* 2002;31(1):67-77.
49. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide Life Threat Behav.* 2004;34(1):12-23.
50. Favaro A, Ferrara S, Santonastaso P. Self-injurious behavior in a community sample of young women: relationship with childhood abuse and other types of self-damaging behaviors. *J Clin Psychiatry.* 2007 Jan;68(1):122-131.
51. Briere J, Elliott DM. Clinical utility of the impact of event scale: psychometrics in the general population. *Assessment.* 1998 Jun;5(2):171-180.

-
52. Lloyd EE, Kelley ML, Hope T. Self-mutilation in a community sample of adolescents: descriptive characteristics and provisional prevalence rates. Poster presented at: Annual Meeting of the Society for Behavioral Medicine; New Orleans, LA; 1997.
53. Gutierrez PM, Osman A, Barrios FX, Kopper BA. Development and initial validation of the Self-harm Behavior Questionnaire. *J Pers Assess.* 2001 Dec;77(3):475-490.
54. Beck RW, Morris JB, Beck AT. Cross-validation of the Suicidal Intent Scale. *Psychol Rep.* 1974 Apr;34(2):445-446.
55. De Leo D, Heller TS. Who are the kids who self-harm? An Australian self-report school survey. *Med J Aust.* 2004 Aug;181(3):140-144.
56. Stanley B, Gameroff MJ, Michalsen V, Mann JJ. Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *Am J Psychiatry.* 2001 Mar;158(3):427-432.
57. Jacobson CM, Muehlenkamp JJ, Miller AL, Turner JB. Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2008 Apr;37(2):363-375.
58. Nixon MK, Cloutier PF, Aggarwal S. Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002 Nov;41(11):1333-1341.
59. Nixon MK, Cloutier P, Jansson SM. Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *CMAJ.* 2008 Jan;178(3):306-312.
60. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Arch Suicide Res.* 2007;11(1):69-82.

61. Greenspan GS, Samuel SE. Self-cutting after rape. *Am J Psychiatry*. 1989 Jun;146(6):789-790.
62. Pitman RK. Self-mutilation in combat-related PTSD. *Am J Psychiatry*. 1990 Jan;147(1):123-124.
63. Linehan M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. 1a ed. New York: The Guilford Press; 1993.
64. Gratz KL, Conrad SD, Roemer L. Risk factors for deliberate self-harm among college students. *Am J Orthopsychiatry*. 2006 Jan;72(1):128-140.
65. Tulloch AL, Blizzard L, Pinkus Z. Adolescent-parent communication in self-harm. *J Adolesc Health*. 1997 Oct;21(4):267-275.
66. Dubo ED, Zanarini MC, Lewis RE, Williams AA. Childhood antecedents of self-destructiveness in borderline personality disorder. *Can J Psychiatry*. 1997 Feb;42(1):63-69.
67. Van der Kolk BA, Perry JC, Herman JL. Childhood origins of self-destructive behavior. *Am J Psychiatry*. 1991 Dec;148(12):1665-1671.
68. Paivio SC, McCulloch CR. Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviors. *Child Abuse Negl*. 2004 Mar;28(3):339-354.
69. Heath NL, Toste JR, Nedecheva T, Charlebois A. An examination of nonsuicidal self-injury among college students. *J Ment Health Couns*. 2008;30(2):137-156.
70. Rodriguez-Srednicki O. Childhood sexual abuse, dissociation, and adult self-destructive behavior. *J Child Sex Abus*. 2001;10(3):75-90.

-
71. Bierer LM, Yehuda R, Schmeidler J, Mitropoulou V, New AS, Silverman JM, Siever LJ. Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses. *CNS Spectr*. 2003 Oct;8(10):737-754.
72. Klonsky ED, Moyer A. Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2008 Mar;192(3):166-170.
73. Maniglio R. The role of child sexual abuse in the etiology of suicide and non-suicidal self-injury. *Acta Psychiatr Scand*. 2011 Jul; 124(1):30-41.
74. Green AH. Self-destructive behavior in battered children. *Am J Psychiatry*. 1978 May;135(5):579-582.
75. Giusti, JS, Garreto, AKR, Scivoletto, S. Characteristics of non-suicidal self-injury among victimized child and adolescent. Poster apresentado na "American Academy of Child & Adolescent Psychiatry - 58th Annual Meeting", outubro, 2011; Toronto, Canada.
76. Evren C, Evren B. Self-mutilation in substance-dependent patients and relationship with childhood abuse and neglect, alexithymia and temperament and character dimensions of personality. *Drug Alcohol Depend*. 2005 Oct;80(1):15-22.
77. Oliveira PA, Scarpari GK, Fuentes C, Cunha PJ, Scivoletto S. Comparação do desempenho neuropsicológico e de sintomas de impulsividade em adolescentes com e sem histórico de estresse emocional precoce: dados preliminares. Pôster apresentado: Congresso Cérebro Comportamento e Emoções, Gramado, RS, 2011.
78. Adrian M, Zeman J, Erdley C, Lisa L, Sim L. Emotional dysregulation and interpersonal difficulties as risk factors for nonsuicidal self-injury in adolescent girls. *J Abnorm Child Psychol*. 2011 Oct;39:389-400.

79. Matsumoto T, Yamaguchi A, Chiba Y, Asami T, Iseki E, Hirayasu Y. Patterns of self-cutting: A preliminary study on differences in clinical implications between wrist- and arm-cutting using a Japanese juvenile detention center sample. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2004 Aug;58(4):377-382.
80. Fisher HL, Moffitt TE, Houts RM, Belsky DW, Arseneault L, Caspi A. Bullying victimisation and risk of self harm in early adolescence: longitudinal cohort study [Internet]. *BMJ*. 2012 Apr;344:e2683. *BMJ* 2012;344 [citado 2012 jul 21] Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3339878/>
81. Muehlenkamp JJ, Brausch AM. Body image as a mediator of non-suicidal self-injury in adolescents [Internet]. *J Adolesc*. 2012 Feb;35(1):1-9. *J Adolesc* 2011 jul; [citado 2011 ago 20] Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21777971>.
82. Ross S, Heath NL, Toste JR. Non-suicidal self-injury and eating pathology in high school students. *Am J Orthopsychiatry*. 2009 jan;79(1):83-92.
83. Brunner R, Parzer P, Haffner J, Steen R, Roos J, Klett M, Resch F. Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007 jul;161(7):641-649.
84. Hankin BL, Abela JR. Nonsuicidal self-injury in adolescence: Prospective rates and risk factors in a 2 ½ year longitudinal study. *Psychiatry Res*. 2011 Mar;186(1):65-70.
85. Heath NL, Ross S, Toste JR, Charlebois A, Nedecheva T. Retrospective analysis of social factors and nonsuicidal self-injury among young adults. *Can J Behav Sci*. 2009;41(3):180-186.

-
86. Robertson MM, Trimble MR, Lees AJ. Self-injurious behaviour and the Gilles de la Tourette syndrome: a clinical study and review of the literature. *Psychol Med.* 1989 Aug;19(3):611-625.
87. Clark RA. Self-mutilation accompanying religious delusions: a case report and review. *J Clin Psychiatry.* 1981 Jun;42(6):243-245.
88. Nakaya M. On background factors of male genital self-mutilation. *Psychopathology.* 1996;29(4):242-248.
89. O'Sullivan RL, Keuthen NJ, Christenson GA, Mansueto CS, Stein DJ, Swedo SE. Trichotillomania: behavioral symptom or clinical syndrome? *Am J Psychiatry.* 1997 Oct;154(10):1442-1449.
90. Swedo SE, Leonard HL. Trichotillomania. An obsessive compulsive spectrum disorder? *Psychiatr Clin North Am.* 1992 Dec;15(4):777-790.
91. Christenson GA, Popkin MK, Mackenzie TB, Realmuto GM. Lithium treatment of chronic hair pulling. *J Clin Psychiatry.* 1991 Mar;52(3):116-120.
92. Gardner DL, Cowdry RW. Suicidal and parasuicidal behavior in borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 1985 Jun;8(2):389-403.
93. Muehlenkamp JJ, Ertelt TW, Miller AL, Claes L. Borderline personality symptoms differentiate non-suicidal and suicidal self-injury in ethnically diverse adolescent outpatients. *J Child Psychol Psychiatry.* 2011 Feb;52(2):148-155.
94. Virkkunen M. Self-mutilation in antisocial personality (disorder). *Acta Psychiatr Scand.* 1976 Nov;54(5):347-352.
95. Skegg K. Self-harm. *The Lancet.* 2005;366(9495):1471-1483.

96. Simeon D, Gross S, Guralnik O, Stein DJ, Schmeidler J, Hollander E. Feeling unreal: 30 cases of DSM-III-R depersonalization disorder. *Am J Psychiatry*. 1997 ago;154(8):1107-1113.
97. Favaro A, Santonastaso P. Impulsive and compulsive self-injurious behavior in bulimia nervosa: prevalence and psychological correlates. *J Nerv Ment Dis*. 1998 Mar;186(3):157-165.
98. Zlotnick C, Mattia JI, Zimmerman M. Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis*. 1999 May;187(5):296-301.
99. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4a ed. Arlington: American Psychiatric Pub; 2000.
100. Muehlenkamp JJ. Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *Am J Orthopsychiatry*. 2005 Apr;75(2):324-333.
101. Favazza AR. Self-injurious behavior in college students. *Pediatrics*. 2006 Jun;117(6):2283-2284.
102. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association. DSM-5 Development. [Internet]. 2011; Available from: <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=443#>
103. Nock MK, Joiner TE, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res*. 2006 Sep;144(1):65-72.
104. Andover MS, Pepper CM, Ryabchenko KA, Orrico EG, Gibb BE. Self-mutilation and symptoms of depression, anxiety, and borderline personality disorder. *Suicide Life Threat Behav*. 2005 Oct;35(5):581-591.

-
105. Kumar G, Pepe D, Steer RA. Adolescent psychiatric inpatients' self-reported reasons for cutting themselves. *J Nerv Ment Dis.* 2004 Dec;192(12):830-836.
106. Paul T, Schroeter K, Dahme B, Nutzinger DO. Self-injurious behavior in women with eating disorders. *Am J Psychiatry.* 2002 Mar;159(3):408-411.
107. Probst M, Vandereycken W, Coppinolle HV, Vanderlinden J. The Body Attitude Test for patients with an eating disorder: psychometric characteristics of a new questionnaire. *Eating Disorders.* 1995;3(2):133-144.
108. Grant JE, Mancebo MC, Pinto A, Eisen JL, Rasmussen SA. Impulse control disorders in adults with obsessive compulsive disorder. *J Psychiatr Res.* 2006 Sep;40(6):494-501.
109. Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Versiani M. Impulse control disorders in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2005 Feb;59(1):30-37.
110. Grant JE, Mancebo MC, Eisen JL, Rasmussen SA. Impulse-control disorders in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 2010 Jan;175(1-2):109-113.
111. Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, Oya K, Okino K, Stein DJ. Impulsive disorders in Japanese adult patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry.* 2005 Feb;46(1):43-49.
112. Giusti JS, Tavares H, Miguel EC, Scivoletto S. Self-mutilation: a symptom of psychiatric disorder or a nosological entity with its own characteristics? *CNS Spectr.* 2008 Apr;13(4):273-274.
113. McKay D, Kulchycky S, Danyko S. Borderline personality and obsessive-compulsive symptoms. *J Pers Disord.* 2000;14(1):57-63.

114. Hayes SL, Storch EA, Berlanga L. Skin picking behaviors: An examination of the prevalence and severity in a community sample. *J Anxiety Disord.* 2009 Apr;23(3):314-319.
115. Miguel EC, Ferrão YA, Rosário MC do, Mathis MA de, Torres AR, Fontenelle LF, Hounie AG, Shavitt RG, Cordioli AV, Gonzalez CH, Petribú K, Diniz JB, Malavazzi DM, Torresan RC, Raffin AL, Meyer E, Braga DT, Borcato S, Valério C, Gropo LN, Prado H da S, Perin EA, Santos SI, Copque H, Borges MC, Lopes AP, Silva ED da, Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders. The Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders: recruitment, assessment instruments, methods for the development of multicenter collaborative studies and preliminary results. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008 Sep;30(3):185-196.
116. Lacey JH, Evans CD. The impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. *Br J Addict.* 1986 Oct;81(5):641-649.
117. Evans C, Lacey JH. Multiple self-damaging behaviour among alcoholic women. A prevalence study. *Br J Psychiatry.* 1992 Nov;161:643-647.
118. Fichter MM, Quadflieg N, Rief W. Course of multi-impulsive bulimia. *Psychol Med.* 1994 Aug;24(3):591-604.
119. Simeon D, Stanley B, Frances A, Mann JJ, Winchel R, Stanley M. Self-mutilation in personality disorders: psychological and biological correlates. *Am J Psychiatry.* 1992 Feb;149(2):221-226.
120. Herpertz S, Sass H, Favazza A. Impulsivity in self-mutilative behavior: psychometric and biological findings. *J Psychiatr Res.* 1997 Aug;31(4):451-465.

-
121. Asberg M, Träskman L, Thorén P. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? *Arch Gen Psychiatry*. 1976 Oct;33(10):1193-1197.
122. Linnoila M, Virkkunen M, Scheinin M, Nuutila A, Rimon R, Goodwin FK. Low cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid concentration differentiates impulsive from nonimpulsive violent behavior. *Life Sci*. 1983 Dec;33(26):2609-2614.
123. Kruesi MJ, Rapoport JL, Hamburger S, Hibbs E, Potter WZ, Lenane M, Brown GL. Cerebrospinal fluid monoamine metabolites, aggression, and impulsivity in disruptive behavior disorders of children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 1990 May;47(5):419-426.
124. Higley JD, Mehlman PT, Taub DM, Higley SB, Suomi SJ, Vickers JH, Linnoila M. Cerebrospinal fluid monoamine and adrenal correlates of aggression in free-ranging rhesus monkeys. *Arch Gen Psychiatry*. 1992 Jun;49(6):436-441.
125. Bodfish JW, McCuller WR, Madison JM, Register M, Mailman RB, Lewis MH. Placebo, double-blind evaluation of long-term naltrexone treatment effects for adults with mental retardation and self-injury. *J Dev Phys Disabil*. 1997;9(2):135-152.
126. Bloch MR, Elliott M, Thompson H, Koran LM. Fluoxetine in pathologic skin-picking: open-label and double-blind results. *Psychosomatics*. 2001 Aug;42(4):314-319.
127. Goldstein M. Dopaminergic mechanisms in self-inflicting biting behavior. *Psychopharmacol Bull*. 1989;25(3):349-352.

128. Devine DP. The pemoline model of self-injurious behaviour [Internet]. In: Kobeissy FH, org. *Psychiatric Disorders: Methods and protocols*. New York: Springer/Humana Press; 2012 p. 155–163. [citado 2012 jul 23] Available from: <http://www.springerlink.com/content/v598431w7610km2n/abstract/>.
129. Kies SD, Devine DP. Self-injurious behaviour: a comparison of caffeine and pemoline models in rats. *Pharmacol Biochem Behav*. 2004 Dec;79(4):587-598.
130. Muehlmann AM, Brown BD, Devine DP. Pemoline (2-Amino-5-phenyl-1,3-oxazol-4-one)-induced self-injurious behavior: a rodent model of pharmacotherapeutic efficacy. *J Pharmacol Exp Ther*. 2008 Jan;324(1):214-223.
131. Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E. Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *Br J Psychiatry*. 2001 Jan;178(1):48-54.
132. Amir S, Brown ZW, Amit Z. The role of endorphins in stress: evidence and speculations. *Neurosci Biobehav Rev*. 1980 Spring;4(1):77-86.
133. Madden J 4th, Akil H, Patrick RL, Barchas JD. Stress-induced parallel changes in central opioid levels and pain responsiveness in the rat. *Nature*. 1977 Jan;265(5592):358-360.
134. Sandman CA, Hetrick W, Taylor DV, Chicz-DeMet A. Dissociation of POMC peptides after self-injury predicts responses to centrally acting opiate blockers. *Am J Ment Retard*. 1997 Sep;102(2):182-199.
135. Coid J, Allolio B, Rees LH. Raised plasma met-enkephalin in patients who habitually mutilate themselves. *Lancet*. 1983 Sep;322(8349):545-546.

-
136. Sandman CA, Touchette P, Lenjavi M, Marion S, Chicz-DeMet A. beta-Endorphin and ACTH are dissociated after self-injury in adults with developmental disabilities. *Am J Ment Retard* 2003 nov;108(6):414–424.
137. Brausch AM, Gutierrez PM. Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *J Youth Adolescence*. 2009 Nov;39:233-242.
138. Ghaziuddin M, Tsai L, Naylor M, Ghaziuddin N. Mood disorder in a group of self-cutting adolescents. *Acta Paedopsychiatr*. 1992;55(2):103-105.
139. Andover MS, Gibb BE. Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Res*. 2010 Jun; 178(1):101-105.
140. Asarnow JR, Porta G, Spirito A, Emslie G, Clarke G, Wagner KD, Vitiello B, Keller M, Birmaher B, McCracken J, Mayes T, Berk M, Brent DA. 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*. 2011 Aug;50(8):772-781.
141. Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Dubicka B, Goodyer I. Clinical and Psychosocial Predictors of Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *Am J Psychiatry*. 2011 Feb;168:495-501.
142. Hollander E, Cohen LJ. Psychobiology and psychopharmacology of compulsive spectrum disorders. In: Oldham JM, Hollander E, Skodol AE. *Impulsivity and compulsivity*. Arlington: American Psychiatric Pub; 1996. p. 143-66.
143. Grant JE, Potenza MN. Compulsive aspects of impulse-control disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2006 Jun;29(2):539-51.

-
144. Hollander E, Wong CM. Obsessive-compulsive spectrum disorders. *J Clin Psychiatry*. 1995;56 Suppl 4:3-6; discussion 53-55.
145. Favazza AR. Self-mutilation. In: Jacobs D, Harvard Medical School. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. Cambridge: Jossey-Bass; 1999 p. 125-145.
146. Croyle KL, Waltz J. Subclinical self-harm: range of behaviors, extent, and associated characteristics. *Am J Orthopsychiatry*. 2007 Apr;77(2):332-342.
147. Bennum I, Phil M. Depression and hostility in self-mutilation. *Suicide Life Threat Behav*. 1983 Jun;13(2):71-84. [citado 2011 dez 3]
148. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol*. 1995 Nov;51(6):768-774.
149. Giusti, JS, Garreto, AKR, Scivoletto, S. Automutilação. In: Abreu CN, Tavares H, Cordás TA e cols. *Manual clínico dos transtornos do controle dos impulsos*. Porto Alegre: Artmed; 2008 p. 181-200.
150. Miguel E, Rosário-Campos MC, Mathis MA, Mathis, ME, Lopes AC, Diniz JB, Chacon P, Ferrão Y, Prado H, Batistuzzo M, Shavitt RG, Hounie AG. *Protocolo de Pesquisa do PROTOC*. São Paulo, Brasil: Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2006.
151. Almeida PM, Wickerhauser H. O critério ABA/ ABIPEME: em busca de uma solução. Um estudo e uma proposta submetidos à ABA – Associação Brasileira de Anunciantes e ABIPEME - Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado. 1991.

-
152. Rosario-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S, Chacon P, Ferrao Y, Findley D, Katsovich L, Scahill L, King RA, Woody SR, Tolin D, Hollander E, Kano Y, Leckman JF. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Mol Psychiatry*. 2006 May;11(5):495-504.
153. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Arch Gen Psychiatry*. 1989 Nov;46(11):1012-1016.
154. Rosario MC, Prado HS, Borcato S, Diniz JB, Shavitt RG, Hounie AG, Mathis M, Mastrosoza R, Velloso P, Perin E, others. Validation of the University of Sao Paulo Sensory Phenomena Scale: initial psychometric properties. *CNS Spectr*. 2009;14(6):315-323.
155. Leckman JF. Questionário sobre história natural do TOC-YALE. 2002.
156. Leckman JF, Riddle MA, Hardin MT, Ort SI, Swartz KL, Stevenson J, Cohen DJ. The Yale Global Tic Severity Scale: initial testing of a clinician-rated scale of tic severity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1989 Jul;28(4):566-573.
157. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961 Jun;4:561-571.
158. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988 Dec;56(6):893-897.
159. Mattos P, Segenreich D, Saboya E, Louzã M, Dias G, Romano M. Adaptação transcultural para o português da escala Adult Self-Report Scale para avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos. *Rev Psiq Clín*. 2006 Jan;33(4):188-194.

-
160. Adler LA, Spencer T, Faraone SV, Kessler RC, Howes MJ, Biederman J, Secnik K. Validity of pilot Adult ADHD Self- Report Scale (ASRS) to Rate Adult ADHD symptoms. *Ann Clin Psychiatry*. 2006 Sep;18(3):145-148.
161. Orvaschel H, Puig-Antich J. Kiddie-SADS-E: Schedule for affective disorder and schizophrenia for school-age-children – epidemiology. 4a ed. Ft. Lauderdale, FIFL: Nova University, Center for Psychological Study; 1987.
162. McHorney CA, Ware JE Jr, Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care*. 1993 Mar;31(3):247-263.
163. Weissman MM, Prusoff BA, Thompson WD, Harding PS, Myers JK. Social adjustment by self-report in a community sample and in psychiatric outpatients. *J Nerv Ment Dis*. 1978 May;166(5):317-326.
164. Eisen JL, Phillips KA, Baer L, Beer DA, Atala KD, Rasmussen SA. The Brown Assessment of Beliefs Scale: reliability and validity. *Am J Psychiatry*. 1998 Jan;155(1):102-108.
165. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Clinician Version. American Psychiatric Publishing; 1997.
166. First, MB. Structural Clinical Interview for DSM-IV-TR Impulse Control Disorders Not Elsewhere Classified (SCID-TCIm). Biometrics Research Department. New York State Psychiatric Institute; 2004.

-
167. Guy W, National Institute of Mental Health (U. S.). Psychopharmacology Research Branch. Division of Extramural Research Programs. ECDEU assessment manual for psychopharmacology [Internet]. Rockville, Md. : U.S. Dept. of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, Psychopharmacology Research Branch, Division of Extramural Research Programs; 1976. [citado 2012 jul 13] Available from: <http://archive.org/details/ecdeuassessmentm1933guyw>.
168. Trauma History Questionnaire. In: Measurement of stress, trauma, and adaptation. Baltimore, MD: The Sidran Press: Stamm, BH; 1996. p. 366-369.
169. Weathers FW, Litz BT, Herman DS, Huska JA, Keane TM. The PTSD Checklist: Reliability, validity, and diagnostic utility. 1993.
170. Fiszman A, Cabizuca M, Lanfredi C, Figueira I. The cross-cultural adaptation to Portuguese of the Trauma History Questionnaire to identify traumatic experiences. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005 Mar;27(1):63-66.
171. First MB, Gibbon M, Spitzer R, First MB, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin L. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders. 1. ed. American Psychiatric Publishing; 1997.
172. Lloyd EE. Self-mutilation in a community sample of adolescents: Descriptive characteristics and provisional prevalence rates. Poster presented at the Society for Behavioral Medicine, 1998, New Orleans, LA.
173. Penn JV, Esposito CL, Schaeffer LE, Fritz GK, Spirito A. Suicide attempts and self-mutilative behavior in a juvenile correctional facility. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003 Jul;42(7):762-769.

174. Giusti JS, Garreto AKR, Scivoletto S, Tavares H, Miguel E. Case study: Successful of treatment in a severe self-mutilation case. In: 16th Association European Psychiatrists Congress - Abstract Book. Nice, França: 2008, p. 375.
175. Whitlock J, Muehlenkamp J, Purington A, Eckenrode J, Barreira P, Baral Abrams G, Marchell T, Kress V, Girard K, Chin C, Knox K. Nonsuicidal self-injury in a college population: general trends and sex differences. *J Am Coll Health*. 2011 Nov;59(8):691-698.
176. Resch F, Parzer P, Brunner R. Self-mutilation and suicidal behaviour in children and adolescents: prevalence and psychosocial correlates: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008 Dec;17 Suppl 1:92-98.
177. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KRR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jun;62(6):593-602.
178. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007 Feb;61(3):348-358.
179. Klonsky ED. Non-suicidal self-injury: an introduction. *J Clin Psychol*. 2007 Nov;63(11):1039-1043.
180. Peebles R, Wilson JL, Lock JD. Self-injury in adolescents with eating disorders: correlates and provider bias. *J Adolesc Health*. 2011 Mar;48(3):310-313.

-
181. Klonsky ED. The functions of self-injury in young adults who cut themselves: clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Res.* 2009 Apr;166(2-3):260-268.
182. Gratz KL, Conrad SD, Roemer L. Risk factors for deliberate self-harm among college students. *Am J Orthopsychiatry.* 2002 Jan;72(1):128-140.
183. Heatherton TF, Baumeister RF. Binge eating as escape from self-awareness. *Psychol Bull.* 1991 Jul;110(1):86-108.
184. Dougherty DM, Mathias CW, Marsh-Richard DM, Prevetie KN, Dawes MA, Hatzis ES, Palmes G, Nouvion SO. Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide. *Psychiatry Res.* 2009 Aug;169(1):22-27.
185. Chiesa M, Sharp R, Fonagy P. Clinical associations of deliberate self-injury and its impact on the outcome of community-based and long-term inpatient treatment for personality disorder. *Psychother Psychosom.* 2011;80(2):100-109.
186. Huang Y, Kotov R, De Girolamo G, Preti A, Angermeyer M, Benjet C, Demyttenaere K, De Graaf R, Gureje O, Karam AN, Lee S, Lépine JP, Matschinger H, Posada-Villa J, Suliman S, Vilagut G, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry.* 2009 Jul;195(1):46-53.
187. Torres AR, Moran P, Bebbington P, Brugha T, Bhugra D, Coid JW, Farrell M, Jenkins R, Lewis G, Meltzer H, Prince M. Obsessive-compulsive disorder and personality disorder: evidence from the British National Survey of Psychiatric Morbidity 2000. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006;41(11):862-867.

188. El Kissi Y, Ayachi M, Ben Nasr S, Mansour A, Ben Hadj Ali B. Personality disorders in a group of psychiatric outpatients: general aspects and cluster B characteristics. *Tunis Med.* 2009 Oct;87(10):685-689.
189. Langbehn D, Pfohl B. Clinical correlates of self-mutilation among psychiatric inpatients. *Ann Clin Psychiatry.* 1993 Mar;5:45-51.
190. Matsunaga H, Kiriike N, Miyata A, Iwasaki Y, Matsui T, Nagata T, Takei Y, Yamagami S. Personality disorders in patients with obsessive-compulsive disorder in Japan. *Acta Psychiatr Scand.* 1998 Aug;98(2):128-134.
191. Mataix-Cols D, Baer L, Rauch SL, Jenike MA. Relation of factor-analyzed symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder to personality disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 2000 Sep;102(3):199-202.
192. Goodwin RD, Brook JS, Cohen P. Panic attacks and the risk of personality disorder. *Psychol Med.* 2005 Feb;35(2):227-235.
193. Bejerot S, Ekselius L, Von Knorring L. Comorbidity between obsessive-compulsive disorder (OCD) and personality disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 1998 Jun;97(6):398-402.
194. Samuels J, Nestadt G, Bienvenu OJ, Costa PT Jr, Riddle MA, Liang KY, Hoehn-Saric R, Grados MA, Cullen BA. Personality disorders and normal personality dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry.* 2000 Nov;177:457-462.
195. Eisen JL, Coles ME, Shea MT, Pagano ME, Stout RL, Yen S, Grilo CM, Rasmussen SA. Clarifying the convergence between obsessive compulsive personality disorder criteria and obsessive compulsive disorder. *J Pers Disord.* 2006 Jun;20(3):294-305.

-
196. Ferrão YA, Miguel E, Stein DJ. Tourette's syndrome, trichotillomania, and obsessive-compulsive disorder: How closely are they related? *Psychiatry Res.* 2009 Nov;170(1):32-42.
197. Miguel EC, Do Rosário-Campos MC, Prado HS, Do Valle R, Rauch SL, Coffey BJ, Baer L, Savage CR, O'Sullivan RL, Jenike MA, Leckman JF. Sensory phenomena in obsessive-compulsive disorder and Tourette's disorder. *J Clin Psychiatry.* 2000 Feb;61(2):150-156; quiz 157.
198. Leckman JF, Walker DE, Goodman WK, Pauls DL, Cohen DJ. "Just right" perceptions associated with compulsive behavior in Tourette's syndrome. *Am J Psychiatry.* 1994 May;151(5):675-680.
199. Ferrão YA, Shavitt RG, Prado H, Fontenelle LF, Malavazzi DM, De Mathis MA, Hounie AG, Miguel EC, Do Rosário MC. Sensory phenomena associated with repetitive behaviors in obsessive-compulsive disorder: an exploratory study of 1001 patients. *Psychiatry Res.* 2012 May;197(3):253-258.
200. Leckman JF, Grice DE, Barr LC, De Vries AL, Martin C, Cohen DJ, McDougle CJ, Goodman WK, Rasmussen SA. Tic-related vs. non-tic-related obsessive compulsive disorder. *Anxiety.* 1994-1995;1(5):208-215.
201. Prado H da S, Do Rosário MC, Shavitt RG, Miguel EC. Sensory phenomena, "just-right" and "not just-right" experiences in OCD patients: looking for a consensus. *CNS Spectr.* 2007 Feb;12(2):95-96.
202. Janis IB, Nock MK. Are self-injurers impulsive?: Results from two behavioral laboratory studies. *Psychiatry Res.* 2009 Oct;169(3):261-267.
203. Tavares H, Gentil V. Pathological gambling and obsessive-compulsive disorder: towards a spectrum of disorders of volition. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007 Jun;29(2):107-117.

204. You J, Leung F. The role of depressive symptoms, family invalidation and behavioral impulsivity in the occurrence and repetition of non-suicidal self-injury in Chinese adolescents: a 2-year follow-up study. *J Adolesc.* 2012 Apr; 35(2):389-395.