

Self-mutilation: pain intensity, triggering and rewarding factors

Automutilação: intensidade dolorosa, fatores desencadeantes e gratificantes

Marcos Girardi Vieira¹, Marta Helena Rovani Pires², Oscar Cesar Pires³

DOI 10.5935/1806-0013.20160084

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Self-mutilation is a self-destruction behavior elicited by the desire of self-punishment which may be unconscious and has major impact on individuals' lives. This study aimed at identifying pain intensity which satisfies self-mutilation need the most, in addition to triggering and rewarding factors.

METHODS: Cohort study, carried out by means of a questionnaire with participation of 20 patients aged above 18 years, treated in a Psychiatry ambulatory of a medium-sized city of Vale do Paraíba.

RESULTS: Participants were aged between 16 and 60 years, being 85% females. Depression was the most prevalent disease and sadness was the triggering factor. With regard to feelings, 65% have answered being relieved and the period with large number of occurrences was at night. As to pain intensity according to pain numerical scale, 45% have reported no pain, 35% mild pain, 15% moderate and 5% severe pain. However, when considering pain interpreted outside the moment of crisis, 5% have reported no pain, 45% moderate pain and 50% severe pain.

CONCLUSION: The prevalence of self-mutilation was higher among young females with some psychiatric disorder and the period with large number of occurrences was at night. Pain intensity was low to mild, especially as compared to patients' evaluation outside the moment of crisis.

Keywords: Acute pain, Biological psychiatry, Self-mutilation.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A automutilação é um comportamento de autodestruição oriundo de um desejo de se punir que pode ser inconsciente e apresenta grande impacto na vida do indivíduo. O presente estudo teve como objetivo identificar a intensidade dolorosa que mais satisfaz a necessidade da automutilação, assim como os fatores desencadeantes e gratificantes.

MÉTODOS: Estudo de coorte, realizado mediante resposta a um questionário com participação de 20 pacientes com idade superior a 18 anos; atendidos em ambulatório de Psiquiatria, de uma clínica de uma cidade de médio porte do Vale do Paraíba.

RESULTADOS: Os participantes do estudo apresentavam idade entre 16 e 60 anos, sendo 85% do gênero feminino. A depressão foi a doença mais prevalente e o fator desencadeante foi a tristeza. Em relação ao sentimento alcançado, 65% responderam obter alívio e o período do dia de maior ocorrência foi o noturno. Quanto a intensidade dolorosa, segundo a escala numérica de dor, 45% relataram ausência de dor, 35% dor leve, 15% moderada e 5% intensa. Porém, ao se considerar a dor interpretada fora do momento da crise, 5% relatou ausência de dor, 45% dor moderada e 50% intensa.

CONCLUSÃO: A prevalência da automutilação foi maior em mulheres, jovens, portadoras de algum transtorno psiquiátrico e o período do dia de maior ocorrência ocorreu a noite. Quanto a percepção dolorosa, foi de baixa a leve intensidade, principalmente se comparadas ao que o paciente avalia para o mesmo fenômeno fora das crises.

Descritores: Automutilação, Dor aguda, Psiquiatria biológica.

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, tem-se observado um crescente interesse da comunidade científica pelo comportamento de automutilação. Embora não haja um consenso sobre as causas desse comportamento, ele é associado a transtornos mentais e gera relativa tranquilidade psíquica para suportar a confusão mental, representando um grande impacto na vida do indivíduo que se automutila¹.

O impacto que o comportamento de automutilação tem na vida do indivíduo se deve ao fato desta ser uma perturbação crônica de gravidade e com intensos riscos físicos, sociais e educacionais associados². Outro importante fator para atenção aos portadores desse comportamento é o número de atendimentos anuais atingindo cerca de 140.000 casos na Inglaterra e País de Gales, estimando a recorrência entre 15 e 23% no ano seguinte à ocorrência inicial do comportamento automutilante³.

1. Faculdade IPEMED de Ciências Médicas, Departamento de Psiquiatria, São Paulo, SP, Brasil.
2. Faculdade de Medicina de Petrópolis, Petrópolis, RJ, Brasil.
3. Universidade de Taubaté, Instituto de Biotecnologia, Taubaté, São Paulo, SP, Brasil.

Apresentado em 15 de maio de 2016.

Aceito para publicação em 27 de outubro de 2016.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

Endereço para correspondência:
Avenida Itália, 500 - Jardim das Nações
12030-212 Taubaté, SP, Brasil.
E-mail: oscar.pires@unitau.com.br

A automutilação tem sido vista como um comportamento de autodestruição oriundo de um desejo de se punir que pode ser inconsciente ou não verbalizado, onde os impulsos agressivos são redirecionados⁴. Na atualidade, o interesse pelo comportamento de automutilação e o desenvolvimento de diversos estudos, parecem resultar da preocupação com o impacto que esse tipo de comportamento tem na vida do indivíduo que se mutila².

Tal comportamento pode se apresentar como lesões leves, como arranhar a pele com as unhas ou se queimar com pontas de cigarros; passando por formas moderadas, como cortes superficiais nos braços ou atingir formas mais graves como a autoenucleação dos olhos e a autocastração. Outras formas graves de automutilação encontradas são a introdução de corpos estranhos no organismo, como agulhas e a amputação dos lobos das orelhas⁵.

Entre os fatores desencadeantes da automutilação encontram-se os traumas familiares, como a separação dos pais, angústia, tristeza, alegria, insônia, ansiedade, medo, frustração, sensação de culpa, confusão mental, alucinações, entre outros⁶.

Os principais fatores que se relacionam ao objetivo da automutilação são a busca da angústia, da tristeza, da alegria, da ansiedade, do medo, de frustrações, culpas, nostalgia, satisfação plena e prazer⁶.

A adequada e precoce abordagem do paciente com comportamento de mutilação poderá auxiliar no seu controle. Entretanto, para o adequado controle pode ser necessário desde o tratamento psicológico e farmacológico até a internação e contenção⁷.

O presente estudo teve como objetivo identificar a intensidade dolorosa que mais satisfaz a necessidade da automutilação, os fatores desencadeantes e gratificantes.

MÉTODOS

Estudo de corte transversal, realizado mediante questionário sobre automutilação e fatores associados. Realizou-se a partir de uma amostragem não probabilística, compreendendo 20 pacientes atendidos num ambulatório de Psiquiatria de uma clínica de uma cidade de médio porte do Vale do Paraíba, com idade superior a 18 anos. O instrumento do estudo foi um questionário sobre o significado da automutilação, a intensidade dolorosa, frequência e momento do dia de maior ocorrência, elaborado pelo pesquisador. O instrumento era composto por questões sobre o significado da automutilação, sentimento que desencadeia e o que se consegue; sexualidade, compulsividade, parte do corpo afetada com o evento, objeto utilizado, período do dia e frequência, afinidade por tatuagens ou *piercings* e ideação suicida.

Análise estatística

Os resultados obtidos estão dispostos em figuras estabelecendo-se média, desvio padrão e frequências relativas, utilizando-se para tanto o *software* Excel da Microsoft.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição sob o número CAAE: 44591815.0.0000.5501.

RESULTADOS

Participaram do estudo, 20 pacientes com idade entre 16 e 60 anos, sendo 3 (15%) do gênero masculino e 17 (85%) do gênero femi-

nino. De acordo com a classificação internacional das doenças, os diagnósticos foram depressão maior (CID F32) em 11 pacientes (55%), doença bipolar (CID F31) em 3 (15%), distúrbio da personalidade (CID F60) em 8 (40%), transtorno do pânico (CID F41) em 3 (15%), transtorno misto ansiedade/depressão (CID F41.2) e transtorno psicótico (CID F23) em 1 (5%) paciente. Porém devido a alguns pacientes apresentarem mais de um tipo de distúrbio, a soma total destes se mostra superior ao número dos participantes.

Em relação ao evento ou sentimento desencadeante da automutilação, 14 (70%) responderam tristeza, 12 (60%) angústia, 8 (40%) culpa, 6 (30%) ansiedade, 4 (20%) raiva ou medo ou frustração, 3 (15%) insônia ou confusão mental, 1 (5%) alegria ou alucinação ou impotência ou lembranças. Importante salientar que 16 (80%) pacientes referiram mais de um sentimento desencadeador.

Quando questionados sobre o sentimento alcançado após a automutilação, 13 (65%) responderam ficar aliviados, 9 (45%) encontraram satisfação, 5 (25%) prazer, 4 (20%) tristeza, 2 (10%) angústia, 2 (10%) alegria, 2 (10%) culpa, 2 (10%) nostalgia 1 (5%) relaxamento, 1 (5%) frustração, 1 (5%) raiva, 1 (5%) compulsão e 1 (5%) medo. Entretanto, entre os 20 pesquisados 14 (70%) referiram mais de um sentimento conseguido.

Quanto à sexualidade, 14 (70%) relataram ser heterossexuais, 2 (10%) relataram ser homossexuais, 2 (10%) relataram ser bissexuais, 1 (5%) relatou ser pansexual e 1 (5%) relatou "outros".

Quando questionados sobre a existência de algum comemorativo para que o ritual da automutilação seja satisfatório, 10 (50%) responderam que necessitam que ocorra perda de sangue, 4 (20%) responderam que necessitam ser vistos por outras pessoas, 1 (5%) respondeu que deve ocorrer dentro do contexto sexual, 1 (5%) respondeu que precisa ocorrer perda de pele, 1 (5%) respondeu que precisa ocorrer de forma anônima e 3 (15%) não responderam a pergunta. Alguns pacientes responderam mais de um tipo de comemorativo.

Sobre a ocorrência de compulsões paralelas, 6 (30%) referiram compulsão alimentar, 3 (15%) por limpeza, 2 (10%) tricotilomania, 1 (5%) compulsão por limpeza e sexo, 1 (5%) compulsão sexual, 1 (5%) compulsão por morder sua boca, 1 (5%) compulsão por fármacos, 1 (5%) referiu compulsão por roer unhas, 1 (5%) compulsão sexual e etilismo e 3 (15%) negaram compulsões.

Ao serem questionados sobre a região do corpo ferida durante a automutilação, 7 (35%) referiram mais de uma região englobando punho, mãos e braços, 5 (25%) face, pescoço e membros, 3 (15%) referiram os membros superiores e inferiores, 2 (10%) referiram os membros e tronco, 2 (10%) referiram o corpo todo e 1 (5%) referiu o órgão genital.

Dos 20 pacientes pesquisados, 13 (65%) relataram ter ideação suicida ou já ter tentado essa prática, 2 (10%) relataram não ter ideação suicida e 5 (25%) não responderam a pergunta.

Quando questionados sobre o objeto utilizado na automutilação, 6 (30%) relataram usar as mãos e/ou unhas, 4 (20%) utilizam qualquer objeto disponível, 3 (15%) responderam usar facas e/ou estiletes, 1 (5%) utiliza escova de dentes e 6 (30%) responderam usar diversos objetos, entre os quais, as mãos, unhas, facas, estiletes, dentes, vidros, pedras, cachecol, canetas e grampos.

Sobre o interesse ou uso de tatuagens ou *piercings*, 11 (55%) relataram não ter interesse, 7 (35%) possuem tatuagem e/ou *piercing* e 2 (10%) relataram interesse futuro.

Quanto ao momento do dia em que ocorre a automutilação, 8 (40%) referiram no período da noite, 6 (30%) referiram não ter período específico do dia, 3 (15%) relataram ocorrer nos períodos da tarde e da noite, 2 (10%) relataram no período da manhã e 1 (5%) paciente não respondeu a essa pergunta.

Em relação à frequência da automutilação, 10 (50%) relataram que se automutilam apenas durante as crises, 6 (30%) relataram se automutilar diariamente, 3 (15%) relataram se automutilar quinzenalmente e 1 (5%) relatou ocorrência mensal.

Foi perguntada qual seria a nota, segundo a escala numérica de dor (END) que o próprio paciente daria para sua dor ao se automutilar durante as crises: 9 (45%) referiram nota 0, 1 (5%) referiu nota 1, 3 (15%) referiram nota 2, 3 (15%) referiram nota 3, 1 (5%) referiu nota 4, 2 (10%) referiram nota 5 e 1 (5%) referiu nota 10. Nesse sentido, 45% relataram ausência de dor, 35% dor leve, 15% dor moderada e 5% dor intensa (Figura 1).

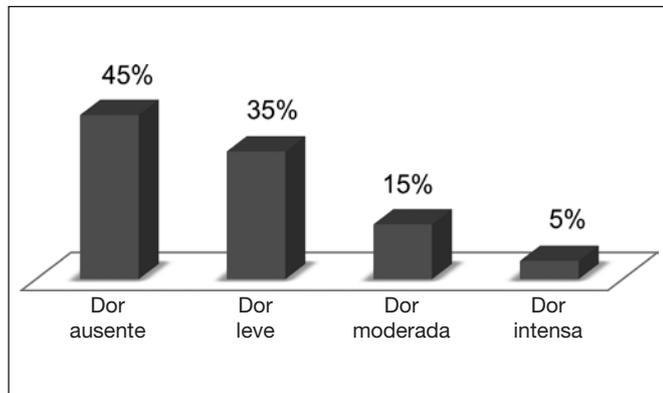


Figura 1. Dor relatada pelo paciente no momento da automutilação

Ao se considerar a dor sentida na automutilação, fora do momento da crise, 1 (5%) referiu nota 0, 6 (30%) referiram nota 5, 1 (5%) referiu nota 6, 2 (10%) referiram nota 7, 2 (10%) referiram nota 8, 1 (5%) referiu nota 9 e 7 (35%) referiram nota 10. Nesse sentido, 5% relataram ausência de dor, 45% dor moderada e 50% dor intensa (Figura 2).

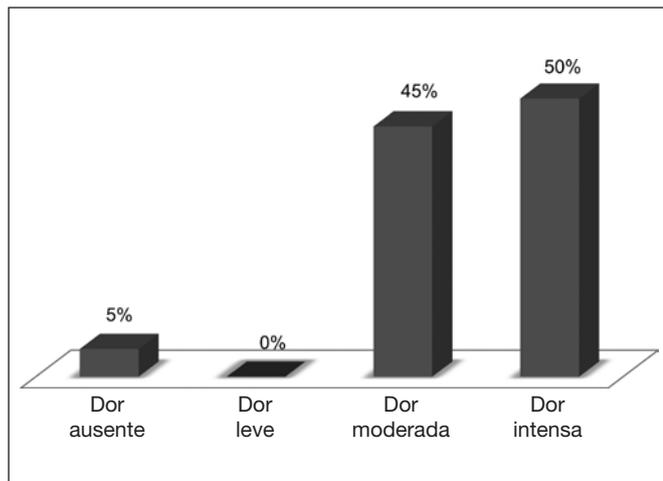


Figura 2. Intensidade de dor relatada pelo paciente, após o momento da automutilação, de acordo com as observações dos ferimentos

DISCUSSÃO

Entre os participantes do estudo que apresentam o comportamento de automutilação, 30% apresentavam idade inferior a 18 anos e 85% eram do gênero feminino, condizendo com diversos estudos⁸⁻¹⁰.

A automutilação apresenta prevalência de 70 a 80% nos portadores de personalidade *Borderline*. Porém nos presentes resultados encontrou-se 40% dos pacientes com esse transtorno de personalidade.

Embora neste estudo, a maioria absoluta dos pacientes tenha apresentado algum transtorno psiquiátrico, estudo de Le Breton¹¹ mostrou que as escarificações podem ser realizadas por adolescentes que não necessariamente sofrem de transtorno psiquiátrico.

A tristeza, como sentimento relatado pelos pacientes deste estudo como motivadora da automutilação, apresentou prevalência 3 vezes mais alta que ansiedade ou raiva divergindo de outro estudo que refere ser o comportamento de automutilação levado a cabo sob grande raiva e ansiedade e sem qualquer sintoma depressivo, na tentativa de atingir um alívio¹².

Quanto à culpa como desejo de punir a si próprio e causa desencadeante da automutilação, neste estudo quase metade dos pacientes a citam, corroborando o estudo de Castro⁴.

Alguns pacientes referiram a automutilação como uma tentativa de aliviar a dor emocional ou frustração, coincidindo com vários outros autores e como no famoso texto metapsicológico de 1917 de Freud, no qual relata que ao cortar-se, o paciente esboça um pedido de socorro e uma maneira de se sentir e se manter vivo^{11,13,14}. Não obstante, segundo Duque e Neves¹, não há consenso entre os autores no que diz respeito às causas e comportamento da automutilação.

Em relação ao sentimento mais frequentemente obtido pelos pacientes avaliados nesse estudo, está o “alívio” de tensões e outros sentimentos egodistônicos também encontrado por Cedaro e Nascimento⁶. Vale ressaltar que 75% dos pacientes referiram “prazer” como resposta obtida em consonância com Favazza e Conterio⁸ que afirmam que o lesionar-se seria uma forma de amenizar a angústia e simultaneamente gerar dor e prazer.

Considerando a sexualidade, no presente estudo 30% relataram ser homo ou bissexuais, em discordância das estimativas brasileiras de que 10,7% da população seja bissexual¹⁵. Segundo Vilhena e Prado¹⁶ em cada caso de automutilação importa não o acontecimento, mas o modo como incide sobre o psiquismo e por que é processado, geralmente representando um desejo fundamental de falar, experiência que indica dúvida, deciframento e reposicionamento subjetivo.

Notavelmente, metade dos pacientes relatou que o fato de perder sangue durante a automutilação valida o ato, enquanto apenas um paciente a relacionou com o ato sexual e sua sexualidade, contrapondo com estudo de Cedaro e Nascimento⁶, que refere serem as automatizações manifestações de autoerotismo (mimetizando uma masturbação).

Foi observada maior incidência de compulsão alimentar como compulsão paralela em contraponto com diversos outros estudos¹⁷⁻¹⁹ que ao analisarem o conteúdo das manifestações em espaços virtuais, encontraram correlação dos hábitos de automutilação com uso compulsivo de drogas.

Segundo Le Breton¹¹, Fortune²⁰, a região do braço é o local mais escolhido para a realização dos cortes o que corrobora o presente

estudo que revelou que 95% dos pacientes se automutila nos braços e também em outras partes do corpo.

Entre os pacientes que responderam sobre a ideação ou tentativa prévia de suicídio, 85% responderam que já tentaram e/ou idealizaram, corroborando estudo de Bennewith et al.³ que afirma que entre 3 e 5% dos indivíduos que exibem algum tipo de comportamento automutilatório acabam por cometer atos suicidas consumados no intervalo de 5 a 10 anos. Porém, em desacordo com Fortune²⁰ o qual constatou que adeptos da escarificação não são mais suscetíveis ao suicídio.

Aproximadamente metade dos pacientes relatou ter tatuagem e/ou *piercing* ou ter interesse em fazê-los, resultado semelhante ao estudo realizado por Lundh, Karim e Quilisch²¹ que constatou em pesquisa realizada com 128 adolescentes suecos, que o tipo de comportamento mais praticado é a inserção de objetos afiados na pele através de *piercings* e tatuagens (32,5%).

Em relação ao momento do dia em que a automutilação é realizada, mais da metade referiu ser no período da noite. Quando questionados sobre a frequência da automutilação, metade relatou se automutilar apenas durante as crises enquanto um terço relatou se automutilar diariamente.

A literatura carece de estudos sobre a avaliação da dor do paciente que pratica automutilação. Neste estudo, ao ser questionado sobre qual seria a nota que o próprio paciente daria para sua dor ao se automutilar durante as crises, 45% referiram não sentir dor, 35% referiram dor de média intensidade, 10% dor de moderada intensidade e 5% dor intensa. Ao considerar a dor sentida para automutilação, fora do momento da crise, 5% relataram acreditar não sentir dor, 45% relataram dor de moderada intensidade e 50% relataram dor intensa. Ao indagar sobre qual seria a nota que outra pessoa que não tem o hábito de se automutilar daria ao mesmo estímulo da automutilação, 5% acreditam que outros encaram essa dor como ausente, 10% como de leve intensidade, 10% como de moderada intensidade e 75% como dor intensa.

CONCLUSÃO

A prevalência da automutilação foi maior em mulheres, jovens, portadoras de algum transtorno psiquiátrico, ansiedade, raiva e desejo de punição e maior incidência em homo ou bissexual quando com-

parado à prevalência desses na população em geral e o período do dia de maior ocorrência se deu à noite, durante as crises.

Em relação à percepção dolorosa durante a automutilação foi de baixa a leve intensidade, principalmente se comparada ao que o paciente avalia para o mesmo fenômeno fora das crises ou se considerando outra pessoa.

REFERÊNCIAS

- Duque AF, Neves PG. Automutilação em meio prisional: avaliação das perturbações da personalidade. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2004;5(2):215-27.
- Pelios L, Morren J, Tesch D, Axelrod S. The impact of functional analysis methodology on treatment choice for self-injurious and aggressive behavior. *J Appl Behav Anal*. 1999;32(2):185-95.
- Bennewith O, Stocks N, Gunnell D, Peters TJ, Evans MO, Sharp DJ. General practice based intervention to prevent repeat episodes of deliberate self harm: cluster randomized controlled trial. *BMJ*. 2002;324(7348):1254-7.
- Castro AM. Automutilação: a emergência de sentir. *J Psicol Clín*. 2002;5(6):21-34.
- Alroe CJ, Gunda V. Self-amputation of the ear: three man amputated four ears within five months. *Aust N Z J Psychiatry*. 1995;29(3):508-12.
- Cedaro JJ, Nascimento JP. Dor e gozo: relatos de mulheres jovens sobre automutilações. *Psicol USP*. 2013;24(2):203-23.
- Fleming M. Dor sem nome. *Pensar o sofrimento*. *Rev Bras Psicanal*. 2008;42(2):173-7.
- Favazza AR. The coming of age of self-mutilation. *J Nerv Ment Dis*. 1998;186(5):259-68.
- Favazza AR, Conterio K. Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatr Scand*. 1989;79(3):283.
- Csorba J, Dinya E, Plener P, Nagy E, Páli E. Clinical diagnoses characteristics of risk behavior, differences between suicidal and non-suicidal subgroups of Hungarian adolescent outpatients practicing self-injury. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2009;18(5):309-20.
- Le Breton D. Antropologie des conduites a risque et scarifications à l'adolescence. *Arq Bras Psicol*. 2007;59(2):120-31.
- Kernberg O. *Aggression in Personality Disorders*. New Haven: Yale University Press; 1992.
- Heath NL, Toste JR, Nedecheva T, Charlebois A. An examination of non-suicidal self-injury among college students. *J Mental Health Counseling*. 2008;30(2):137-57.
- Yip KS. A multi-dimensional perspective of adolescents self-cutting. *Child and Adolescent Mental Health*. 2005;10(2):80-6.
- Brasil, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Síntese de Indicadores Sociais, 2010.
- Vilhena M, Prado YZ. Dor, angústia e automutilação em jovens – considerações psicanalíticas. *Adolesc Saúde*. 2015;12(2):94-8.
- Arcoverde RL, Amazonas MC. (2011). Autolesão deliberada: relatos em comunidades virtuais. [Apresentação no XVI Encontro Nacional da ABRAPSO]. Recife; [acesso em 10 de abril de 2016]. Disponível em: http://www.encontro2011.abrapso.org.br/trabalho/view?ID_TRABALHO=2541
- Le Breton D. Escarificações na adolescência: uma abordagem antropológica. *Horizontes Antropológicos*. 2010;16(33):25-40.
- Whitlock JL, Powers JL, Eckenrode J. The virtual cutting edge: the internet and adolescent self-injury. *Dev Psychol*. 2006;42(3):407-17.
- Fortune SA. An examination of cutting and other methods of DSH among children and adolescents presenting to an outpatient psychiatric clinic in New Zealand. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2006;11(3):407-16.
- Lundh LG, Karim J, Quilisch E. Deliberate self-harm in 15-year-old adolescents: a pilot study with a modified version of the Deliberate Self-Harm Inventory. *Scand J Psychol*. 2007;48(1):33-41.