

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



PARA UMA COMPREENSÃO DOS COMPORTAMENTOS DE
AUTOMUTILAÇÃO

Vanessa Sofia Gonçalves Lourenço

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Aplicada

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

PARA UMA COMPREENSÃO DOS COPORTAMENTOS DE AUTOMUTILIZAÇÃO

Vanessa Sofia Gonçalves Lourenço

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

PARA UMA COMPREENSÃO DOS COMPORTAMENTOS DE
AUTOMUTILAÇÃO

Vanessa Sofia Gonçalves Lourenço

Dissertação orientada por: Prof. Rui Aragão

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Aplicada

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Prof. Rui Aragão, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES n° 19673/2006 publicado em Diário da República, 2ª série de 26 de Setembro de 2006.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, a instituição, o Instituto Superior de Psicologia Aplicada, cuja base de dados e espaços dedicados à investigação foram determinantes para a realização da pesquisa que serviu de base a este trabalho. Em seguida salienta-se o papel do professor orientador deste projecto, professor Rui Aragão, pela orientação dispendida, e por último não poderia deixar de incluir a minha família, namorado e amigos, pelo apoio e suporte durante as fases mais e menos criativas na realização do presente trabalho.

Vanessa Lourenço

Resumo

A automutilação encontra-se presente em diversos quadros psiquiátricos, nomeadamente no transtorno borderline de personalidade, depressão ou distúrbios obsessivo-compulsivos. O nível de gravidade deste comportamento varia globalmente de acordo com as funções que exerce no quadro psicológico de cada indivíduo, gravidade das lesões associadas, natureza das contribuições do meio envolvente e competências de vida disponíveis no sujeito.

Pretendeu-se com este trabalho, por intermédio de todo um enquadramento teórico dos comportamentos automutilantes que inclui parâmetros como funções, avaliação e tratamento preferencial, reunir e reflectir sobre a natureza dos mesmos, integrando-os no modelo cognitivo-comportamental, que se considerou reunir as melhores condições para gerir e proporcionar medidas de prevenção e intervenção face a este comportamento, na medida em que, de acordo com a literatura disponível, demonstra uma maior eficácia na gestão e eliminação deste comportamento.

Palavras-Chave: automutilação, patologia, avaliação, tratamentos.

Abstract

Self mutilation is present in several psychiatric issues, such as the Borderline Deviation of the Character, Depression and obsessive-compulsive disorder. The seriousness level of this behaviour has a global variation according to its role in the psychological display of each individual, extent of associated damage, external environment influences and life skills available of the self.

This work intends, within a theoretical background of self mutilating behaviours including functions, evaluation and treatments, to systematize and reflect about their nature, integrating them in cognitive-behavioral model, which is considered to gather the best conditions to deal with and bring about prevention and interacting measures towards this behavior, once it proved, according to the available literature, to be more effective in the treatment of the mentioned issues.

Key words: self mutilation, self-injury, pathology, evaluation, treatments.

Índice

I –	Introdução.....	Pág. 1
II –	Definição de Automutilação.....	Pág. 2
III –	Perfil do sujeito automutilante.....	Pág. 5
IV –	Funções da automutilação.....	Pág. 5
V –	Regulação emocional.....	Pág. 7
VI –	Extinção e medidas de protecção no tratamento do comp. automutilante.....	Pág. 14
VII –	Reforços arbitrários no tratamento de comp. automutilantes.....	Pág. 16
VIII –	Depressão e automutilação.....	Pág. 17
IX –	Avaliação da automutilação.....	Pág. 18
IX –	Limitações éticas e procedimentais no estudo da automutilação.....	Pág. 30
X –	O profissional de saúde mental face à automutilação.....	Pág. 31
XI –	Abordagens Terapêuticas.....	Pág. 32
XII –	Abordagem Cognitivo-Comportamental.....	Pág. 33
XIII –	Terapia Comportamental Dialética.....	Pág. 34
XIV –	Terapia de grupo para regulação emocional.....	Pág. 40
XV –	Tratamento baseado no modelo Bi-modal.....	Pág. 43
XVI –	Danos auto-inflingidos na pele: automutilação.....	Pág. 46
XVII –	Conclusão.....	Pág. 53
XIV –	Anexos.....	Pág. 54
XV –	Bibliografia.....	Pág. 55
XVI –	Anexos.....	Pág. 59
XVII –	Anexo 1: Tabela descritiva do historial de automutilação.....	Pág. 60
XVIII –	Anexo 2: Questionário diário/ semanal de automutilação.....	Pág. 61
XIX –	Anexo 3: Tabela de conteúdos da terapia de regulação emocional com base na aceitação.....	Pág. 62
XX –	Anexo 4: Exemplos de síndromas com ocorrência de automutilação.....	Pág. 63
XX –	Anexo 5: Dimensões de classificação da automutilação.....	Pág. 64

Introdução

A automutilação constitui um conceito delicado, controverso e ambíguo quer ao nível da literatura disponível, quer ao nível da comunidade médica e científica. Na qualidade de comportamento de risco, representa todo um leque de consequências físicas resultantes de distúrbio psicológico, incapacidade de gerir as emoções e gestão de angústias internas, para mencionar apenas alguns tópicos. Podemos assim afirmar que se trata em grande parte de um elemento de exteriorização de um mecanismo de defesa ao qual o sujeito recorre no sentido de tentar recuperar o equilíbrio face a elementos disruptivos que se instalam e se revelam dolorosos e difíceis de ultrapassar. E é neste ponto que se revela da maior importância obter um conhecimento detalhado acerca deste comportamento por parte da comunidade médica, disponibilizar estudos que forneçam dados concretos e viáveis em contextualização, prevenção e intervenção por parte da comunidade científica, e por fim buscar e aceitar ajuda especializada por parte dos indivíduos que incorrem neste comportamento, de forma a tornar possível o recurso a estratégias e formatos alternativos da gestão psicológica e emocional de forma a restabelecer o equilíbrio interno de forma saudável e duradoura.

No que diz respeito ao recurso a comportamentos automutilantes, é importante ter presente que o alívio proporcionado tem uma natureza momentânea, progressivamente compulsiva e se faz acompanhar de sentimentos de culpa e vergonha em grande parte derivado ao facto de constituir um comportamento recriminado socialmente (Prinstein, M., 2008). Do ponto de vista do profissional que lida com este comportamento, o desafio consiste em ultrapassar a angústia que resulta do carácter por vezes intimidatório destas lesões, da associação directa a uma doença e que passa pela gestão da impulsividade no que diz respeito à eventualidade de tentar “obrigar” o sujeito a cessar imediatamente o recurso a este comportamento. É igualmente imperativo deste ponto de vista evitar a recriminação, que pode gerar no sujeito níveis mais elevados de stress e tensão e levar ao aumento da gravidade associada ao problema (O’Donovan, A., 2007).

Podemos então compreender que a automutilação se traduz num forte desafio para o sujeito que a ela recorre, bem como para qualquer profissional de saúde e/ ou prestador de cuidados.

Perante a complexidade deste comportamento/ sintoma, e de forma a proporcionar um conhecimento mais aprofundado no que diz respeito à sua definição, funções associadas, consequências físicas e psicológicas para o sujeito, bem como impacto na comunidade médica e de prestação de cuidados buscaremos, com recurso à literatura disponível e estudos levados

a cabo pela investigação de diversos autores, dar resposta a estas e outras questões de forma a atingir a plataforma de compreensão que este comportamento exige, ao nível da prevenção, intervenção e da especificidade que acompanha cada caso em particular.

É então fundamental, com base nestes dados, disponibilizar estratégias de tratamento que vão ao encontro das necessidades e limitações destes pacientes, tendo por base quadros teóricos que permitam uma intervenção qualitativa e quantitativamente eficaz de forma significativa junto destes sujeitos. Assim, o quadro teórico abordado neste trabalho será o quadro cognitivo-comportamental, que por intermédio da busca de meios adaptativos de resposta às emoções disruptivas e exposição e alteração de crenças inconscientes de fracasso, se propõe extinguir, de forma gradual, o recurso a estes comportamentos.

Definição

Durante muitas décadas a automutilação foi tida como pertencente ao conjunto de fenómenos associados ao comportamento suicida. O primeiro autor a encarar este conceito de uma perspectiva diferente foi Karl Menninger, que no seu livro *Man against Himself*, em 1938, considerou a automutilação como um fenómeno distinto do suicídio. Para este autor consistia antes numa forma de auto-destruição localizada, resultado da tentativa de evitar o suicídio propriamente dito. Ainda assim, só mais tarde em 1983 com os autores Kahan e Pattison o conceito de automutilação ganhou algum destaque. Presentemente, com autores como Favazza (1992) a automutilação é categorizada com base na frequência dos episódios e nível de dano físico auto-infligido, e considerada, ainda que não de forma unânime, um fenómeno distinto do suicídio (Stone, J. et al, 2003).

De acordo com Stone (2003), a automutilação pode ser dividida em duas categorias: sancionamento cultural e automutilação desviante. Os rituais culturalmente sancionados incluem o uso de piercings, recurso a rituais que envolvem situações de automutilação, circuncisão, entre outros. São comportamentos aceites apenas na cultura a que pertencem, e servem frequentemente para marcar a passagem entre diferentes estágios da vida ou sob a forma de comunicação com algum poder superior.

A segunda categoria engloba a automutilação de base patológica, definida como alteração ou destruição deliberada do tecido corporal sem intenção suicida.

Neste contexto, a automutilação consiste presentemente em toda a lesão do tecido corporal que o sujeito inflige a si próprio intencionalmente sem intenção de morte (Klonsky, E &

Olino, T, 2008). Inclui nos seus formatos mais comuns queimaduras, cortes, arranhões, pancadas, infligão de danos a feridas em processo de cicatrização, impedindo-o de se concretizar (Prinstein, M., 2008). Na sua grande maioria são danos localizados nas extremidades corporais, como braços e pernas. Com uma frequência bastante inferior surgem danos localizados ao nível da face, peito (nas mulheres) e genitais em ambos os sexos, o que pressupõe já a existência de quadros psicopatológicos graves.

A par dos formatos de automutilação disponível, e como mencionado acima, é também importante determinar o grau de severidade do comportamento automutilante. Este divide-se em três grupos possíveis: severa, estereotipada e superficial (Stone, J. et al, 2003).

A automutilação severa engloba actos esporádicos onde uma área significativa de tecido corporal é destruído, nomeadamente situações de castração, amputações, etc. Este tipo de comportamento é quase exclusivamente encontrado em pacientes psicóticos. As razões mais comuns para incorrer nestes comportamentos aparecem associadas a religião, influências satânicas, culpa de natureza sexual, etc.

No que diz respeito à automutilação estereotipada, esta faz-se acompanhar de um padrão específico de expressão simbólica e ritmada, e é mais passível de ocorrer na presença de outros indivíduos. Parece ter uma base mais orgânica do que os outros formatos e ocorre comunmente entre populações hospitalizadas com atraso mental, bem como objecto de distúrbios neurológicos e psiquiátricos tais como o autismo, síndrome de Tourette, de Lesch Nyhan, etc. Nos formatos mais comuns surgem situações de bater com a cabeça contra as paredes, mastigar os próprios dedos ou pressionar os globos oculares.

Por último, no que diz respeito à automutilação superficial, consiste no formato mais comum de automutilação, conhecido como moderado ou superficial, e pode ser categorizado em três subcategorias: superficial compulsiva, episódica e repetitiva (Favazza, 1992). A automutilação superficial compulsiva tende a acontecer várias vezes por dia e é repetitiva e ritualista. A automutilação episódica refere-se a comportamentos que ocorrem apenas esporadicamente. No que diz respeito à terceira categoria, a automutilação repetitiva inclui pacientes com diagnóstico de síndrome de automutilação repetitiva ou síndrome de automutilação deliberada (Stone, J., 2003). No geral são comportamentos similares, com motivações também similares. Normalmente este diagnóstico ocorre quando a repetição do comportamento se torna preocupante, ou quando a identidade do sujeito tem por base a automutilação. Estes sujeitos descrevem-se a si próprios como “cortadores” ou “queimadores”

após terem estado internados em instalações psiquiátricas, o que sugere que o ambiente social exerce grande influência sobre estes comportamentos (Stone, J, 2003)..

No que diz respeito à literatura disponível no âmbito da automutilação, estamos longe de poder considerar que se trata de um tema que reúne unanimidade na comunidade científica (Yip, K., 2006). Assim, pode considerar-se que a ambiguidade se traduz, numa primeira abordagem, na classificação da automutilação e tentativas de suicídio como partes integrantes de um mesmo fenómeno (Prinstein, M., 2008), o que tive oportunidade de confirmar durante a pesquisa e revisão de literatura deste trabalho, na medida em que em diversos artigos os dois conceitos são testados em simultâneo. Contudo têm significados diferentes já que, ainda que de certa forma possam estar relacionados, a automutilação ao contrário do suicídio surge, de acordo com vários autores, normalmente marcada pela necessidade de aliviar ou controlar uma dor emocional intolerável, um modo de conseguir suportar a vida. De facto, de acordo com Simpson, no seu artigo '*Can mainstream health services provide meaningful care for people who self-harm? A Critical Reflection*', um ponto fundamental para a compreensão passa por admitir que a automutilação geralmente não está ligada ao suicídio, uma vez que dos tipos de automutilação ditos mais comuns raramente resultam casos de morte. Ainda de acordo com o mesmo artigo, estatísticas recentes dos *Centers for Disease Control* demonstram que apenas 1,4 % da população falece em resultado de cortes, a forma mais comum de automutilação. Quando tal se verifica, os cortes envolvem geralmente cortes no pescoço que atingem veias e artérias principais. Como já foi referido acima, a maioria dos indivíduos automutila-se nas extremidades do corpo, não no pescoço. Ainda de acordo com as definições disponíveis, a tentativa de suicídio reflete uma intenção pelo menos parcial de morte, enquanto os comportamentos automutilantes se referem na grande maioria das vezes a chamadas de atenção ou são reflexo de desregulações emocionais (Prinstein, M., 2008).

É importante levar em conta que, de acordo com Kahan e Pattison, a automutilação parece ser um estilo de vida crónico, onde o sujeito incorre em actos repetitivos de mutilação em níveis moderados que não incluem intenção de morte, mas antes preservação da vida. De acordo com os mesmos autores, os sujeitos estão normalmente conscientes da linha ténue que separa a automutilação do suicídio (Stone, J. et al, 2003).

Com estes dados se demonstra a diferenciação entre o conceito de automutilação e a temática do suicídio, e se justifica a atribuição de um carácter ambíguo aos trabalhos e estudos realizados cuja base teórica enquadra os dois conceitos no mesmo fenómeno.

Ainda assim, diversos autores consideram que as tentativas de planeamento de estratégias relativas à taxa de suicídio requerem estatísticas precisas da ligação entre a automutilação e o suicídio. Allen (2007), no seu artigo '*Self-Harm and the Words that Bind: a critique of common perspectives*', considera que "o risco de suicídio entre indivíduos automutilantes é centenas de vezes mais elevado do que na generalidade da população", o que tem impacto nas estratégias escolhidas durante o acesso e sua consequente gestão.

De acordo com o mesmo autor, no que diz respeito a estudos em populações de pacientes psiquiátricos, um historial de automutilação é o melhor preditor de suicídio eventual. Contudo, esta correlação entre a automutilação e o suicídio não é suficientemente forte para estabelecer uma causalidade directa.

Um outro elemento que contribui fortemente para a ambiguidade gerada em torno do conceito de automutilação é a grande variedade de termos utilizados para traduzir este tratamento, que prejudicam muitas vezes a pesquisa teórica e comprometem trabalhos de investigação (Simpson, A., 2006).

Perfil do Sujeito Automutilante

De acordo com a literatura disponível, o típico individuo automutilante é do sexo feminino, entre os 20 e os 35 anos, que se tem vindo a automutilar desde a adolescência. Tende a pertencer à classe média ou média alta, inteligente, educada e com historial de abuso físico ou sexual, ou ainda vinda de uma família com pelo menos um dos pais alcoólico. Tende a ser imatura emocionalmente, com expressão emocional pobre. Pode ainda sofrer de distúrbios borderline de personalidade, histriónico, antisocial, obsessivo-compulsivo ou múltipla personalidade. De acordo com a literatura, os sujeitos do sexo masculino tendem a cometer actos de automutilação em menor percentagem mas de grau severo (Stone, J. et al, 2003).

Funções da Automutilação

A maioria das explicações que surgem na literatura são de natureza funcional (Stone, J. et al, 2003), o que significa que o comportamento constitui uma tentativa de gestão de situações ou sentimentos. Neste âmbito é importante focar dois elementos determinantes na motivação para incorrer em comportamentos automutilantes, nomeadamente o abuso físico ou sexual e a socialização (Stone, J. et al, 2003).

No que diz respeito ao abuso físico ou sexual, os sobreviventes de abuso sexual frequentemente se culpabilizam pela ocorrência do abuso, e tendem a causar danos a si próprios como punição. Podem mesmo experimentar estados de raiva intensa e não se sentirem merecedores da aceitação dos outros. Como não conseguem vingar-se no abusador, tendem a vingar-se em si próprios. Geralmente, quanto mais cedo o abuso teve lugar, mais severos serão os episódios de automutilação (Stone, J. et al, 2003).

No que diz respeito ao contexto de socialização, e de acordo com Miller (1994) no seu livro *Women who Hurt Themselves*, a generalidade das mulheres é educada para internalizar as emoções e sentimentos como raiva, dor e agressividade. Assim, mulheres que foram vítimas de abuso no passado e foram incapazes de expressar a sua raiva, tendem a incorrer em comportamentos auto-destrutivos por culpabilização (Stone, J. et al, 2003).

Por outro lado, a automutilação é um conceito associado a um comportamento que na prática tem sido encarado com repulsa, mistério e incompreensão. A maioria das pessoas que não incorrem nestes comportamentos não conseguem conceber a ideia de se ferirem a si próprios, o que leva à crença de um comportamento altamente desviante. Dada a fraca informação disponível neste âmbito, os sujeitos automutilantes sentem-se desapoiados e incapazes de partilhar o que sentem com os outros, já que se se revelarem incorrem no risco de serem rejeitados ou ostracizados. Nessa fase é possível a ocorrência de verdadeiras tentativas de suicídio (Stone, J et al, 2003).

De acordo com a informação retirada da revisão de literatura disponível, concluímos que os motivos mais fortes para a ocorrência de comportamentos automutilantes se prendem com a regulação de stress emocional e angústias ligadas a relações interpessoais, nomeadamente a comunicação de stress aos pares ou a regulação do distanciamento nas relações (Gratz, K., 2007). De acordo com diversos autores, a automutilação reduz marcadamente sentimentos intensos de ansiedade, raiva, tristeza, depressão, culpa, vergonha e mesmo sentimentos de morte iminente. Contudo o motivo mais citado para os comportamentos de automutilação é a regulação interna das emoções (Gratz, K., 2007). Encontram-se ainda assim presentes na literatura todo um conjunto de funções diferenciadas associadas a este comportamento.

Walsh (2007), após investigar e escrever extensivamente sobre a automutilação, especula que a motivação interpessoal para os comportamentos de automutilação se prende com um desejo de comunicação e de coacção, uma forma de competir com outros automutilantes, resolução de conflitos ou com o objectivo de gerar intimidade, pelo que podemos considerar também uma função reguladora do ambiente social. Pode ainda neste âmbito surgir em resposta a

estímulos sociais negativos, nomeadamente na redução de conflitos, ou ainda para encorajar estímulos exteriores, nomeadamente atenção, suporte ou status.

Uma outra abordagem indica que adolescentes e jovens adultos que recorrem a comportamentos de automutilação exibem níveis mais elevados de afectos negativos, que se tornam dolorosamente complicados de gerir e levam por isso à busca de elementos que lhes permita diminuir os níveis de angústia e sofrimento, entre os quais os comportamentos automutilantes (Hollander, 2007). Outros autores ainda consideram que a memória de experiências de abuso sexual dos adolescentes está associada à recorrência a automutilação, o que pode suceder na qualidade de estratégia de redução do stress pós traumático (Roberts-Dobie, S. & Donatelle, R. 2007) .

Podemos então considerar que pequenas alterações em estados internos negativos podem ser suficientes para produzir alterações dicotómicas, nomeadamente no que diz respeito à ausência/ presença de comportamentos de automutilação, basta que estas alterações provoquem níveis de stress intoleráveis ao sujeito. Dada a relevância e predominância da desregulação emocional na qualidade de função da automutilação, este trabalho debruçar-se-á com maior profundidade sobre este conceito.

Regulação Emocional

A par da prevalência do conceito de regulação emocional na qualidade de função associada aos comportamentos de automutilação, é consequentemente salientada a importância do desenvolvimento de tratamentos para a automutilação baseados nesta função, cujo foco se encontra na busca de meios adaptativos de resposta ao stress emocional em detrimento de tentar controlar e evitar as emoções.

De acordo com Gratz (2007), no seu artigo, *Emotion Dysregulation in the Treatment of Self-Injury*. ‘a regulação das emoções envolve a consciência, compreensão e aceitação das emoções, a capacidade para incorrer em comportamentos direccionados para objectivos e inibição de comportamentos impulsivos ao experienciar emoções negativas, o uso flexível de estratégias apropriadas para modular a intensidade e/ ou duração das respostas emocionais em vez de eliminar inteiramente as emoções, e por último a preparação para experienciar emoções negativas na busca de actividades significativas’. Neste sentido, quaisquer déficits numa destas 4 áreas é considerado indicativo de desregulação emocional (Gratz, 2007).

A utilidade desta definição no que diz respeito à automutilação está presente no mesmo artigo, que indica uma relação entre a automutilação e a desregulação das emoções em geral, bem como face a algumas dimensões individuais da desregulação de emoções. Especificamente, os estudos indicam que a automutilação está associada a baixos níveis de consciência emocional e clareza, bem como ao recurso elevado a estratégias de evitamento da regulação das emoções.

De acordo com estas ideias, Gratz (2007) defende ainda que a definição clínica de regulação emocional se prende com a busca de meios adaptativos de resposta às situações de stress emocional, exigindo estratégias apropriadas na gestão de intensidade e duração da resposta emocional, bem como no desenvolvimento de competências para lidar com as emoções negativas na busca de actividades significativas.

Podemos acrescentar ainda que, se por um lado a automutilação abre as portas a uma redução de tensões emocionais acumuladas, por outro aparece associada a sentimentos de vergonha, culpa, remorsos e isolamento, o que aumenta a dor emocional.

Dado o carácter funcional da desregulação emocional na automutilação, os tratamentos desenvolvidos actuam no sentido de restabelecer o equilíbrio emocional, baseados na premissa segundo a qual a diminuição da desregulação emocional diminuirá a necessidade de recorrer a comportamentos desadaptativos de função reguladora, nomeadamente a automutilação. Apesar da existência de estudos que demonstram a viabilidade destes tratamentos na regressão da automutilação, a ausência de unanimidade face à definição de regulação emocional pode interferir com a identificação de objectivos específicos, tornando mais complicado desenvolver um tratamento eficaz para a automutilação.

Torna-se assim fundamental compreender, nesta altura, quais os parâmetros afectados por esta ausência de unanimidade face à definição do conceito de regulação emocional, e como tal se reflete no desenvolvimento de tratamentos eficazes no tratamento da automutilação.

Numa primeira fase, o desacordo surge no que diz respeito a considerar-se que a regulação emocional diz respeito ao controlo directo das emoções negativas, ou se por outro lado diz respeito ao controlo do comportamento ocorrido durante a experiência de emoções negativas (Gratz, K., 2007). Apesar da tentação em considerar que a regulação emocional deve considerar uma abordagem directa sobre as emoções negativas, no que diz respeito ao seu controlo e redução, tal significaria que a experiência de emoções negativas fosse sinónimo de desregulação emocional, o que por sua vez implicaria estratégias nem sempre saudáveis ou eficazes, já que muitas vezes os esforços em controlar, suprimir ou evitar

experiências internas indesejadas pode significar paradoxalmente o aumento da frequência, severidade e acessibilidade destas experiências (Gratz, K., 2007).

Consideremos em alternativa, como referido anteriormente, que a regulação emocional consista na capacidade de controlo de comportamentos ao experienciar emoções negativas (nomeadamente inibição de comportamentos impulsivos). Neste caso, ao invés de os esforços serem dispendidos no sentido de tentar controlar as emoções negativas, o que significaria um enorme dispêndio de energia para o sujeito e poderia revelar-se inadequado e resultar no aumento do problema, são canalizados no sentido da redução da urgência emocional em agir impulsivamente perante a experienciação de emoções negativas, actuando no sentido do controlo do comportamento em vez da emoção. Esta abordagem sugere a utilidade de estratégias de desenvolvimento de comportamentos alternativos que permitam diminuir a tensão acumulada e associada a determinada emoção em específico, tornando desnecessário o evitamento. Esta visão contextualiza ainda as emoções, negativas e positivas, numa perspectiva funcional, e encoraja a consciencialização, compreensão e aceitação de todas as emoções (Gratz, K., 2007).

O desacordo da comunidade científica faz-se ainda sentir ao nível da relação existente entre a regulação emocional e a vulnerabilidade emocional. Para alguns autores, reacções emocionais intensas e reactivas são consideradas problemáticas e inerentemente desreguladas. Contudo, apesar de o risco mais elevado de desregulação emocional ser indiscutível em sujeitos mais intensos e reactivos, não é uma relação directa, uma vez que a maioria das investigações indica que a intensidade/ reactividade emocional não parece estar associada por si só a resultados psicológicos, e estes parâmetros não têm sido directamente relacionados ao risco de automutilação (Gratz, K., 2007).

De acordo com a premissa de que existem diferenças entre regulação emocional e temperamento, uma pessoa pode ser intensa e/ ou reactiva sem estar desregulada emocionalmente. Nesta perspectiva, a regulação emocional é tida como um meio adaptativo de resposta às emoções, independentemente da sua intensidade ou reactividade.

A distinção entre regulação emocional e temperamento pode chamar a atenção para comportamentos mais voltados para a mudança e directamente associados a riscos clínicos.

Com base nestes dados, a literatura revista aponta para a importância do desenvolvimento de tratamentos para a automutilação baseados num conceito de regulação emocional que não equacione a regulação adaptativa com o controlo ou evitamento das emoções. Muitos indivíduos que começam a automutilar-se lutam com as suas emoções, apanhados num ciclo

vicioso de intolerância emocional que se faz acompanhar de tentativas de evitamento dessas emoções, seguida das consequências paradoxais dessas tentativas de evitamento, nomeadamente um elevado stress emocional (Gratz, K., 2007).

Em vez disto, os individuos automutilantes beneficiam mais da aprendizagem de meios mais adaptativos de resposta às suas emoções (tais como aceitação emocional). É neste contexto que surgem tratamentos que visam a regulação emocional no tratamento da automutilação, baseados na premissa de que a regulação das emoções diminui a necessidade de recorrer a comportamentos desadaptativos, cuja função é igualmente tentar diminuir o desequilíbrio emocional, nomeadamente a Terapia de Grupo para Aceitação emocional baseada na Aceitação.

Estudo de Caso – Terapia de grupo de Regulação Emocional (Gratz, K., 2007)

Angela era uma diplomada de 26 anos que vivia sozinha na cidade. Trabalhava em full-time numa organização não lucrativa e tinha planos para entrar no curso de direito no futuro. A referência da Angela para o grupo veio do psicoterapeuta individual, derivado à sua luta com a automutilação. A Angela tem estado a receber tratamento uma vez por semana desde há um ano, e não está a ser medicada. Esta foi a primeira experiência de psicoterapia dela. Os resultados de uma entrevista de diagnóstico estruturada indicaram que a Angela apresentava sintomas de distúrbio borderline de personalidade, e já tinha recebido um diagnóstico de distímia pelo seu terapeuta.

À entrada, Angela descreveu um historial de 5 anos de automutilação sob a forma de cortes e queimaduras, normalmente ocorridas uma ou duas vezes por semana. Ela começou a automutilar-se após terminar a faculdade, aliado ao isolamento social e solidão resultante. Ainda que ela tenha pensado anteriormente que poderia facilmente parar com os comportamentos automutilantes quando quisesse, foi ficando progressivamente mais preocupada relativamente ao aumento da frequência e ocorrência em função de estímulos cada vez menores.

A Angela descreveu a sua família de origem como orientada para a obtenção de objectivos e altamente bem sucedida, sem historial psiquiátrico conhecido. O seu meio familiar na infância e adolescência foi marcado por ausência de manifestações emocionais explícitas e o ênfase colocado no autocontrolo e realização. A Angela acrescentou ainda falta de proximidade e ligação entre os membros da família. Embora tenha sempre procurado as relações entre pares

para compensar a falta de proximidade familiar, o seu desconforto perto dos outros e receio de não se integrar ou de ser rejeitada tornou o estabelecimento e manutenção de amizades um desafio. Ainda assim, independentemente destes medos, Angela conseguiu sempre desenvolver pelo menos uma ou duas relações próximas na escola, baseando estas relações em interesses escolares partilhados.

A Angela nunca aprendeu a desenvolver amizades fora do contexto da escola. Quando a faculdade acabou e os amigos se mudaram, a Angela ficou sem suporte social e sem fazer ideia de como estabelecer novas amizades. Mesmo tendo encontrado trabalho pouco tempo depois de terminar o curso, a maioria dos colegas de trabalho pareciam já se conhecer entre si e ter já fortes relações uns com os outros, e a Angela sentiu-se como uma forasteira e não acreditou que os colegas pudessem ter algum interesse em conhecê-la. Começou a isolar-se a seguir ao trabalho e foi ficando mais triste e solitária.

Durante a fase pré-tratamento, a Angela obteve um score de 125 na Escala de regulação das emoções (Gratz & Roemer, 2004), o que indica níveis elevados de desregulação emocional.

Formulação do Caso

A família da Angela exerceu níveis elevados de controlo emocional, ensinando a Angela que as emoções fortes interfeririam com o sucesso e deveriam ser controladas. Em resultado a Angela aprendeu que as emoções intensas são negativas e disruptivas. Aprendeu a julgar as suas emoções, e sentiu vergonha ao experienciar emoções fortes. A ênfase posta pela sua família no sucesso e no reconhecimento levou ainda a que a Angela aprendesse que emoções vulnerabilizantes como a tristeza e a solidão são vergonhosas.

Enquanto na escola, a Angela refugiou-se no perfeccionismo e ética de trabalho para evitar o contacto com as suas emoções entregando-se completamente ao trabalho escolar. Contudo, a transição do final do curso foi muito difícil para ela, e rapidamente foi dominada pelos sentimentos de tristeza e solidão, acompanhados pela vergonha de os sentir.

A automutilação da Angela funcionou como alívio para as suas emoções, e serviu uma função secundária de autopunição por senti-las numa primeira fase. Apesar disso, este comportamento também aumentou a sua vergonha e contribuiu para o isolamento social, para além de aumentar os níveis de stress e de urgência em se automutilar.

Curso do tratamento

A Angela experienciou níveis de vergonha elevados face aos seus comportamentos de automutilação. Ela pensou neles como comportamentos doentios e nojentos, que iam contra a sua imagem de pessoa bem sucedida e competente. Num ciclo vicioso, a sua vergonha face à automutilação exacerbou o seu sofrimento emocional, o que por sua vez aumentou a urgência em recorrer a este comportamento e intensificou o seu isolamento social. A ligação com os outros elementos do grupo e a visão de que também eles recorreram a este comportamento ajudou-a a sentir-se menos sozinha. Particularmente, vendo que membros respeitáveis do grupo também recorreram à automutilação ensinou-lhe que a luta com este comportamento não fazia dela automaticamente uma pessoa terrível ou incompetente. De facto, a Angela foi rapidamente capaz de entrar em contacto com as funções desempenhadas pela automutilação nos outros membros do grupo, demonstrando compaixão para com os seus pares e desafiando as suas crenças negativas acerca de si próprios relativamente aos comportamentos de automutilação. Ajudada pela compreensão das funções da automutilação dos seus pares, a Angela começou a identificar as funções da sua própria automutilação, o que levou a um aumento de compaixão por si própria.

Um componente chave para o tratamento da Angela foi o aumento da aceitação emocional. Ela aprendeu durante tantos anos que as emoções são disruptivas e devem ser evitadas que experienciou vergonha e medo sempre que tinha uma resposta emocional normal de tristeza ou solidão. Durante a segunda semana, a Angela foi encorajada a identificar crenças negativas e julgamentos feitos às suas emoções, assim como à origem destas crenças. Ela reportou que mensagens implícitas e explícitas da sua família contribuíram para as suas crenças negativas acerca das suas emoções e levou ao medo de que ter emoções a tornassem numa pessoa incompetente e não amada e resultasse em desaprovação. De seguida, a Angela foi alvo de psicoeducação acerca das funções das emoções, e encorajada a usar esta informação para começar a recuar nos seus julgamentos acerca das suas emoções quando surgiam, encarando estas crenças negativas como reacções aprendidas não necessariamente correspondentes à verdade.

Durante as duas semanas seguintes da terapia de grupo, foi pedido à Angela que identificasse a informação fornecida pelas suas emoções de tristeza e solidão, bem como que identificasse formas de agir e aprender com esta informação. Ela identificou que a sua tristeza e solidão contribuíram para a sua falta de suporte social e desejo de estabelecimento de relações.

Também notou que podia agir sobre esta informação começando a estabelecer laços com os colegas de trabalho. Começou a encarar as suas emoções como funcionais, o que resultou num aumento de aceitação emocional. Com o aumento da capacidade de aceitar as emoções, diminuiu a vergonha e o medo em resposta às emoções.

O foco na utilidade das emoções pavimentou o caminho para a discussão da utilidade da disposição emocional nas semanas 7 e 8. Foi pedido à Angela que identificasse as consequências da sua posição típica face às suas emoções, disposição e evitamento. Ela notou que, ainda que a automutilação oferecesse um alívio momentâneo, as suas emoções regressavam, por vezes mais intensas e acompanhadas pela vergonha desse comportamento, e de medo que os outros a pudessem rejeitar por tê-lo feito. Notou ainda como o seu medo das emoções tinha aumentado nos últimos dois anos. Tinha vindo a perder a tolerância às emoções e o stress tinha vindo a aumentar face à sua presença e desespero de lhes escapar. Ainda tendo expressado dúvidas numa fase inicial acerca da utilidade da disposição emocional, concordou em testar esta nova posição perante as suas emoções. Depressa entrou em contacto com as consequências experimentais positivas da disposição emocional, testemunhando que as suas emoções diminuíam de intensidade em vez de aumentarem, como acontecia quando assumia a posição de evitamento. Além disso, de cada vez que a Angela experienciava as consequências positivas desta nova posição face às suas emoções, aumentava o compromisso de a ela recorrer.

Um dos aspectos mais positivos para a Angela do contexto grupal foi provavelmente o foco nas acções significativas nas semanas de 11 a 14. Nessa altura foi pedido à Angela que identificasse os elementos mais significativos da sua vida, bem como as direcções que queria tomar. Ela identificou rapidamente que as relações sociais eram muito importantes e frequentemente negligenciadas na sua vida, e começou gradualmente a identificar acções específicas que poderia levar a cabo para avançar em direcção a ser aberta, genuína e assertiva. Estas acções incluíram convidar os colegas de trabalho para um café, interrogar um dos colegas acerca dos seus interesses no campo da fotografia (que ela partilhava), aproximar-se de um grupo de colegas na hora do almoço, recuperar a ligação com colegas da faculdade e partilhar as suas experiências durante as sessões de grupo.

Extinção e medidas de Protecção no tratamento de comportamento Automutilante

O comportamento automutilante foi já definido enquanto comportamento que produz dano no corpo do próprio indivíduo. Formatos comuns incluem bater, morder, arranhar e pancadas com a cabeça. A automutilação tem vindo a resultar em vários níveis de dano físico imediato e complicações médicas incluindo lesão permanente do tecido corporal, fracturas ósseas, desmembramentos e mesmo, em condições mais severas, a morte.

Apesar da eficácia rápida do procedimento de extinção (reforço positivo após recurso ao comportamento desejado) no tratamento da automutilação, clínicos e outros profissionais estão ainda hesitantes acerca desta opção por duas razões: a primeira prende-se com a sua real eficácia, na medida em que, de acordo com estudos prévios, seria menos eficaz que a terapia de electrochoques e reforço diferencial (Yang, L., 2003). Em segundo lugar, prende-se com razões de segurança, especialmente durante o procedimento de extinção propriamente dito. De acordo com alguns autores, é importante proteger a segurança do paciente, já que um fenómeno comum na extinção se prende com o facto de o comportamento normalmente piorar antes de melhorar, o que pode ser perigoso para o paciente. Assim chegamos à conclusão frequentemente aceite na comunidade científica de que a extinção não constitui um procedimento eficaz no tratamento da automutilação. Concluíram que o recurso a métodos alternativos produzia melhores resultados no tratamento da automutilação do que o recurso à extinção (Yang, L., 2003).

Medidas de protecção têm sido usadas por clínicos e outros profissionais durante o tratamento que visa a prevenção e redução do risco de lesões resultantes dos comportamentos de automutilação (Yang, L., 2003). São utilizadas na prática dois tipos de medidas preventivas: a primeira, conhecida como medida restritiva, requer que o indivíduo use equipamento específico para restringir a movimentação. Esta restrição minimiza ou elimina o risco do comportamento alvo. As lesões ou comportamentos que ocasionam a automutilação podem assim ser reduzidos. Ainda assim, estas medidas de protecção tendem a ser aversivas, punitivas e intrusivas e podem restringir a participação do sujeito em actividades educacionais, sociais e vocacionais. Podem ainda surgir situações de dependência dos instrumentos restritivos (Yang, L., 2003).

Existem outros tipos de medidas preventivas que não limitam a movimentação do sujeito. Assim, por exemplo, as lesões que resultam de arranhões podem ser reduzidos pela manutenção de unhas curtas, o que minimiza o contacto com a pele. As lesões resultantes de

arrancar o cabelo podem ser prevenidas se o sujeito mantiver um corte de cabelo curto, o que aumenta a dificuldade de o puxar. Finalmente, lesões resultantes de coçar a pele podem ser minimizados pela aplicação de loções que lubrifiquem a zona de contacto entre camadas. O recurso a medidas de protecção requer uma análise detalhada do comportamento e meio envolvente para identificar a fonte específica de risco, seguido por acções específicas para reduzir ou eliminar os riscos. Este tipo de medidas servem para minimizar os danos auto-infligidos e mantê-los a um nível que não necessite de cuidados médicos imediatos antes de ser implementado o tratamento (Yang, L., 2003)..

Num estudo que pretendeu examinar a eficácia e eficiência da extinção em conjunto com medidas de protecção não intrusivas no tratamento da automutilação, e reduzir a relutância em recorrer à extinção para tratar casos severos de automutilação com recurso á extinção em conjunto com estas medidas de protecção (Yang, L., 2003), o comportamento alvo foi o acto de o indivíduo se arranhar, e definido para um dos sujeitos como qualquer episódio que envolvesse o contacto entre os polegares e a testa, queixo ou áreas da pele imediatamente atrás das orelhas, e para o outro como episódio comportamental em que existisse qualquer contacto entre os polegares e o alto da cabeça. Após a realização do estudo, os resultados demonstraram que a extinção foi eficaz e eficiente na eliminação da automutilação severa de duas mulheres com atraso mental profundo e múltiplas limitações. Os resultados indicam também que o recurso a medidas de protecção não intrusivas e que permitem a ocorrência do comportamento alvo minimizando apenas os danos corporais tornou possível o procedimento de extinção. O sucesso do procedimento torna-se evidente pela eliminação do comportamento automutilante, diminuição da necessidade de cuidados médicos, aumento de liberdade física face às restrições, e mesmo o crescimento de cabelo (Yang, L., 2003).

A identificação de factores responsáveis por determinado comportamento por intermédio de análise estrutural e funcional tem sido enfatizado enquanto meio apropriado de tratamento de problemas comportamentais.

Neste estudo concluiu-se que um factor que parecia contribuir para a manutenção do comportamento automutilante seria o padrão de interacção social entre os pacientes e os membros do staff, uma vez que muitas vezes os episódios decorreriam numa tentativa de chamada de atenção por parte dos pacientes.

Reforços arbitrários no tratamento para o Comportamento Automutilante (Fischer, S., 1997)

Dois indivíduos cujo comportamento automutilante foi mantido por reforço positivo foram expostos a condições nas quais os reforços responsáveis pela manutenção do comportamento automutilante foram retirados e fornecidos de forma inesperada e prevista. Os resultados indicaram que o recurso a reforços arbitrários e previstos foi eficaz na redução dos comportamentos automutilantes, ainda que essas ocorrências produzissem acesso aos reforços responsáveis pela sua manutenção (Fischer, S., 1997). Estes resultados sugerem que os reforços arbitrários podem substituir os reforços de manutenção do comportamento, que um componente importante destes reforços previstos é a alteração de um comportamento estabelecido e, por último, este tipo de reforço não pode ser identificado ou retirado durante o curso do tratamento.

O reforço previsto é usado tradicionalmente como procedimento de controlo, e tem vindo a ser identificado como eficaz no tratamento de problemas comportamentais, nomeadamente a automutilação (Fischer, S., 1997). De acordo com vários estudos, o reforço que mantém o comportamento alvo é, numa primeira fase, identificado por intermédio de análise funcional. De seguida é entregue num espaço de tempo fixado previamente, independentemente da ocorrência ou não do comportamento alvo (Fischer, S., 1997). O reforço previsto oferece muitas vantagens potenciais tais como a relativa facilidade de uso, eliminação de estados de privação, etc. Num outro estudo, o reforço previsto é combinado com a extinção. O reforço de manutenção é dado, não há ocorrências posteriores do comportamento alvo. Ainda assim, não ficou claro se a redução do comportamento associada ao reforço previsto se deveu à operação de estabelecimento do comportamento, à extinção ou a ambos os processos (Fischer, S., 1997). Um estudo mais recente demonstrou que o reforço previsto suprimiu o comportamento automutilante num indivíduo, ainda que se tenham seguido ao reforço alguns episódios de automutilação. Esta descoberta teve importantes implicações: se a extinção não constitui um factor determinante no reforço previsto, o procedimento pode ser eficaz apesar do reforço dado ao comportamento desviante (Fischer, S., 1997). Uma outra questão que se coloca relativamente à estratégia de reforço previsto, prende-se com até que ponto os reforços que servem para manter determinado comportamento poderão contribuir também para o suprimir em contexto previsto. Nos estudos previamente citados, o reforço previsto envolveu sempre a manutenção do reforço em termos de manutenção do comportamento desviante, e não é claro se reforços arbitrários teriam o mesmo efeito. Os resultados sugerem que os reforços

arbitrários podem competir com os reforços que mantêm o comportamento (Fischer, S., 1997). Assim, o acesso contínuo a reforços arbitrários pode levar a problemas de comportamento que persistam na ausência de contingências sociais e é presumivelmente mantido por intermédio de reforço automático.

Depressão e Automutilação: linhas de Tratamento e Evolução

A depressão é o distúrbio psiquiátrico mais comum ao nível dos comportamentos automutilantes e suicidários. Assim, é crucial debruçarmo-nos sobre estes sujeitos depressivos e automutilantes e o tratamento por eles recebido, bem como a evolução da automutilação ao longo do processo. Num estudo efectuado (Camila, H. et al, 2002), cento e sessenta pacientes foram investigados em termos de tratamento antes e depois do episódio de automutilação e no que diz respeito à sua evolução e acompanhamento.

Os resultados demonstram que 39 pacientes estavam a receber apoio psiquiátrico e 35 estavam a receber tratamento para problemas de saúde mental. 52 deles estavam a tomar antidepressivos. Após o episódio de automutilação, foi oferecido a 94 pacientes tratamento psiquiátrico, a par da continuação com o tratamento anterior ao episódio de automutilação. Dos pacientes seguidos, 36.3% permaneceram em contacto com os serviços psiquiátricos, 52.3% não cooperaram com o tratamento e 60.2% deixaram de preencher os critérios para depressão. Quase um terço dos indivíduos reportou um episódio posterior de automutilação durante o acompanhamento.

Existem contudo limitações ao nível de estudos desta natureza, nomeadamente relativos à natureza e qualidade do tratamento fornecidos pelos serviços psiquiátricos, o facto de os relatórios informativos serem fornecidos por terapêutas não especializados e ainda o facto de os resultados se basearem maioritariamente nas informações fornecidas pelos pacientes (Camila, H. et al, 2002).

- Tratamento psiquiátrico na altura do episódio indicador de automutilação

39 pacientes estavam a receber tratamento dos serviços psiquiátricos, 9 eram pacientes internados e 30 estavam a receber tratamento externo. Dos 35 pacientes deprimidos com problemas associados ao álcool e às drogas, 6 estavam a receber tratamento especializado para o abuso de substâncias. 30 estavam a ter tratamento para a saúde mental em terapêutas e

35 não estavam a receber qualquer tratamento de saúde mental . Não se verificaram diferenças entre os sexos relativamente à presença ou ausência de tratamento adicional. 65 pacientes estavam prescritos com psicotrópicos.

- Tratamento oferecido após o episódio assinalado de automutilação

Noventa e cinco pacientes foram seguidos após o episódio de automutilação assinalado por um clínico do serviço psiquiátrico do hospital. Por altura do episódio de automutilação, 39 estavam já a ser seguidos pelos serviços psiquiátricos. No geral, 94 pacientes tiveram ofertas de tratamento de alguma forma por parte dos serviços de saúde mental.

27 pacientes reportaram episódios de automutilação durante o acompanhamento, e 66 apontaram melhoramentos no humor.

Todos os pacientes com comportamentos de automutilação deveriam ser despistados para a presença de depressão e outros distúrbios psiquiátricos (Camila, H. et al, 2002).

Dada a elevada taxa de repetições, pode ser necessário o recurso a antidepressivos, que contudo por si sós não resolvem o problema, sendo necessário que para estes pacientes deprimidos com recurso a comportamentos automutilantes sejam utilizadas estratégias mais específicas, com recurso a técnicas que explorem e tenham acesso diferenciado aos sintomas de cada caso específico.

Avaliação da Automutilação

De acordo com Walsh (2007), no seu artigo *Clinical Assessment of Self-Injury: A Practical Guide*, no acesso à informação relativa à natureza das funções e mecanismos característicos de cada caso de automutilação em particular deve recorrer-se a uma estrutura por intermédio da qual se foca, numa primeira fase, o relacionamento terapêutico, e de seguida o historial e especificidades do comportamento bem como as suas funções intra e interpessoais, aliado aos antecedentes e consequências. Por fim são identificados tipos de automutilação atípicos e especialmente alarmantes.

O processo de avaliação da automutilação é composto por duas fases: a resposta informal e o acesso aos detalhes da automutilação (Walsh, 2007).

- *Resposta Informal*

Em situações de automutilação, é normal encontrar profissionais que respondem de forma inadequada aos comportamentos automutilantes. De acordo com o artigo de Walsh (2007), a literatura associada à automutilação remete fundamentalmente para a contratransferência, e de certa forma é indiscutível que a natureza extrema destes comportamentos pode produzir comportamentos também extremados nos prestadores de cuidados a estes indivíduos.

De acordo com este autor, entre as reacções negativas dos profissionais contam-se choque, repulsa, julgamentos pejorativos, ansiedade, medo, raiva e confusão. Dificilmente alguma destas reacções terá algum valor terapêutico. Uma recomendação chave é então que os prestadores de cuidados respondam inicialmente à automutilação com neutralidade. Os indivíduos que recorrem à automutilação padecem de stress emocional, não beneficiam de serem julgados, criticados ou condenados pelo seu comportamento. Responder à automutilação com choque ou recuo também não ajuda. Os automutilantes costumam questionar-se acerca de se deverão ou não revelar informações adicionais a alguém que parece alarmado ou desconcertado. Os comportamentos efusivos de suporte também não promovem bons resultados, podendo reforçar o comportamento. Assim, a estratégia mais útil é proceder de forma neutra, desapaixorada, que não reforça nem pune. No livro *Skin Game: A Cutter's Memoir*, de Kettlewell (1999), a autora recomenda que os psicoterapeutas reajam à automutilação com “curiosidade respeitosa”, colocando por exemplo a questão “o que faz a automutilação por si?”, o que pode abrir a porta para uma comunicação aberta e acerca das funções deste comportamento. Esta curiosidade respeitosa transmite a mensagem de um interesse na automutilação do sujeito e vontade de compreender a sua natureza antes de agir sobre o comportamento.

Infelizmente, uma resposta comum à automutilação é frequentemente uma tentativa de rapidamente “salvar” a pessoa. Pedir a um indivíduo para desistir deste comportamento quando este constitui o seu melhor factor de regulação das emoções pode ser irrealista e não ter validade, bem como ser encarado pelo sujeito como uma forma de condenação implícita. Uma estratégia mais eficaz resulta de enfatizar a aprendizagem de novas formas de regular as emoções por parte do sujeito, em vez de proibir o recurso a este comportamento.

Acesso aos detalhes da Automutilação

Alcançada por parte do terapeuta uma base sem julgamentos e com uma natureza curiosa e respeitosa, o processo poderá então avançar para uma avaliação mais detalhada composta por dois elementos complementares, uma tabela relativa aos tópicos-chave para aceder à automutilação (Anexo 1) e um questionário de auto-preenchimento (Anexo 2). Parte dos sujeitos queixam-se de uma excessiva formalidade, intrusão e carácter traumático deste questionário, que se pretende seja preenchido diário ou semanalmente. Nestes casos a tarefa deve ser abandonada. Apesar disso, existem sujeitos que correspondem à tarefa proposta sem problemas e preenchem a tabela com informação relativa à automutilação, o que poderá contribuir fortemente para o processo avaliativo e definição do tratamento.

Historial de Automutilação

Um tópico a ter em conta na avaliação destes comportamentos é o historial, uma vez que abrange o seu surgimento, formas manifestadas (tais como cortes, queimaduras, pancadas, escoriações), a duração do problema, frequência do comportamento, número de flagelações por episódio e nível de dano físico. Na generalidade dos casos, quanto mais tempo este comportamento se verifica, mais complicado se torna aliviá-lo.

Detalhes de Automutilação recente

Engloba o histórico de automutilação e comportamentos automutilantes recentes, recuando ao mês anterior ou dois meses anteriores.

Um detalhe de grande importância é a natureza das funções da automutilação, na medida em que são extremamente importantes para determinar quaisquer especificidades que sejam necessárias a nível de tratamento. Assim, se a função primária da automutilação for a regulação emocional, o tratamento terá que se centrar na redução de despoletadores emocionais e ensino de competências de regulação das emoções alternativas. Se as funções primárias são de natureza interpessoal, pode optar-se por treino de competências sociais ou trabalho ao nível interpessoal.

Outros detalhes importantes no que diz respeito à automutilação são o número de flagelações por episódio e o nível de dano físico. No geral, quando mais elevado o número de flagelações

por episódio, maior o nível de stress associado. O terapeuta vai querer explorar as circunstâncias em que se verificam baixo ou elevado número de cortes.

Um outro elemento essencial na determinação da automutilação é o nível de dano físico. Várias investigações indicam que a maioria dos incidentes de automutilação envolvem pouco dano físico e não requerem tratamento hospitalar (Walsh, B., 2007). Quando tal ocorre, é necessário efectuar uma avaliação de saúde mental de emergência, e recorrer a intervenção de protecção, nomeadamente hospitalização. É também importante, de acordo com Walsh (2007), e caso exista a possibilidade, verificar as feridas dos doentes, com a permissão dos mesmos, o que pode fornecer grande quantidade de informação objectiva acerca da frequência e nível de dano físico, uma vez que os indivíduos nem sempre conseguem descrever com exactidão a sua própria automutilação.

Outro tópico a ser explorado é a área corporal afectada. A maior parte dos indivíduos que se automutilam fazem-no nas extremidades ou abdómen. As áreas corporais que constituem sinais de alarme são a cara, os olhos, o peito nas mulheres e os genitais em ambos os sexos. Geralmente os indivíduos que mutilam estas partes do corpo experienciam descompensação psicótica ou algum tipo de comportamento traumático (Walsh, B., 2007). Em ambos os casos, estes indivíduos devem ser objecto de uma determinação da saúde mental de emergência, frequentemente com hospitalização associada.

Outro ponto a considerar é que alguns indivíduos automutilantes mutilam o corpo sob a forma de palavras, símbolos ou outros padrões. Exemplos comuns são palavras como “ódio”, “dor”, o nome do parceiro, ou crucifixos invertidos. É importante perceber o porquê deste conteúdo específico no corpo, e para tal o autor recomenda uma pergunta respeitosamente curiosa e com ausência de julgamentos de quaisquer tipo, tal como “de todas as palavras/ símbolos que poderias ter cortado/ queimado no teu corpo, como te decidiste por esse?”

O tempo também é uma dimensão interessante de ser explorada. Contém elementos múltiplos incluindo a duração do episódio, hora do dia e intervalos entre episódios. Para muitos automutilantes, o espaço de tempo de um episódio tende a ser breve, com a duração de alguns minutos. A duração aponta para o intervalo de tempo que leva até o alívio ser alcançado. Episódios mais longos sugerem níveis mais elevados de stress, e são objecto de maior preocupação. A hora do dia também é relevante, já que muitos automutilantes se mutilam à hora de deitar, para reduzirem as emoções intensas e irem dormir. A identificação das horas do dia de maior risco pode ser utilizada para praticar competências de substituição e alterar rotinas. Também é útil contabilizar o tempo entre episódios, o que pode ser utilizado para

definir o progresso alcançado. Alguns sujeitos sentem um prazer especial em estabelecer recordes pessoais de tempo entre episódios de automutilação.

Pode ainda levar-se em conta o recurso a instrumentos externos ou ferramentas para se automutilar. Geralmente recorrer a tesouras, cigarros ou facas indica controlo e precisão superiores em relação a métodos mais primitivos como murros, arranhões, recurso a escopros. Há excepções notáveis, tais como quando alguém apunhala aleatoriamente diversas partes do corpo.

A localização física da automutilação é útil para identificar antecedentes situacionais. Por exemplo, se um sujeito se automutila normalmente num quarto, pode experimentar não trancar a porta. Alterar hábitos ou rituais contribui para as alterações de comportamento.

O contexto social é um elemento adicional. A automutilação ocorre na ausência de outras pessoas ou na presença de alguém? A maioria das pessoas automutila-se quando está sozinha, mas alguns adolescentes e jovens adultos cortam-se ou queimam-se em conjunto. Outros indivíduos podem ver o seu comportamento automutilante despoletado depois (ou durante) da participação num chat de automutilação (Walsh, B., 2007). Assim, identificar estes elementos de risco social é uma parte crítica da avaliação.

Antecedentes da Automutilação

Determinados os detalhes da automutilação, seguem-se os antecedentes ambientais, biológicos e psicológicos do comportamento. Estes despoletadores do comportamento são importantes já que podem ser usados para prever futuros actos de automutilação e tornarem-se oportunidades para praticar competências de substituição. Para muitos indivíduos os antecedentes ambientais incluem problemas como conflitos relacionais e cortes relacionais, ou desapontamento relativamente a desempenhos profissionais ou escolares. Para outros, os despoletadores podem passar por experiências diárias que despoletam memórias traumáticas ou flashbacks.

Os elementos biológicos que influenciam a automutilação variam muito, e podem incluir fadiga, insónia, doença ou intoxicação. Há ainda que considerar os aspectos bioquímicos, presentemente a serem investigados na sua relação com a automutilação, tais como disfunção do sistema límbico, baixos níveis de serotonina, baixa sensibilidade à dor, etc. (Simeon & Hollander, 2001).

O acesso psicológico à automutilação também se detém nos antecedentes cognitivos, afectivos e comportamentais: pensamentos automáticos, imediatos, princípios que possam anteceder a automutilação. Uma cognição comum que suporta a automutilação é a de que funciona melhor do que qualquer alternativa (Walsh, B., 2007). Uma parte chave do processo relativo ao acesso e tratamento da automutilação passa por recuar destes pensamentos automáticos e re-examinar a perspicácia. O terapeuta poderia perguntar “Sim, a automutilação é um meio de reduzir o stress emocional, mas o que mais funciona nesse sentido consigo?”

No que diz respeito aos antecedentes afectivos internos, são identificados: as emoções afectadas pela automutilação; se os antecedentes que originam estas emoções podem ser reduzidos em frequência e intensidade e como podem estas emoções ser geridas de forma mais eficaz com recurso a competências alternativas.

O processo inicia-se com uma análise comportamental cuidada das emoções, mas deve abranger também os outros estados afectivos, de modo a obter um plano detalhado da perturbação em causa.

Os antecedentes comportamentais dizem respeito às acções que levam ao comportamento de automutilação. Estes incluem hábitos, práticas e rituais que antecedam a automutilação. Estes padrões de comportamento podem tornar-se tão habituais que se tornam difíceis de interromper. Uma estratégia melhor pode ser identificar os elos mais primários e redireccioná-los directamente para a prática de novas competências.

Consequências e resultados

Ao examinar os precipitantes da automutilação, é importante avaliar as consequências. As subcategorias desta dimensão são novamente ambientais, biológicas e psicológicas. A parte ambiental inclui a percepção de quem tem conhecimento da automutilação depois de esta ocorrer. A automutilação ocorre em público ou em privado? O reforço social influencia este comportamento ou não? Se a automutilação é reforçada por outros, é intencional ou inadvertida? Os entes significativos reforçam o comportamento, estão dispostos a alterar as suas respostas?

Os resultados biológicos envolvem a forma como o indivíduo se sente fisicamente depois de se automutilar. Sentiu dor física durante o acto? E logo depois? Dói agora? A dor é sentida como uma coisa boa ou uma coisa má?

Outra dimensão biológica prende-se com a questão de se o indivíduo que se mutila limpa e desinfecta as feridas após a automutilação para prevenir infecções, se depois deixa a ferida cicatrizar ou não. O psicoterapeuta querera saber quando e porquê as feridas são escoriadas. Na transição para o tratamento levanta-se outra questão importante, se o indivíduo cobre as feridas com pensos e permite a cicatrização.

A dimensão cognitiva foca-se no estado de espírito dos indivíduos que se mutilam a seguir ao acto. Sentem remorsos, ficam neutros ou entusiasmados acerca da automutilação? Aqueles cuja motivação para parar é baixa representam um desafio clínico muito diferente daqueles que querem parar urgentemente com a automutilação.

É também importante compreender o tipo de alívio emocional obtido por intermédio da automutilação, uma vez que o tratamento pode centrar-se em competências específicas para o tipo de alívio obtido. Por exemplo, se o indivíduo se sente tipicamente revigorado depois da automutilação, o ensino de técnicas para o acalmar seria irrelevante.

Um elemento igualmente importante prende-se com o facto de os elementos comportamentais após o acto de automutilação necessitarem de ser avaliados, de forma a compreender se o indivíduo devolve um instrumento a que tenha recorrido ao lugar de origem para uma próxima vez, ou se se preocupa em limpar o sangue das feridas para ninguém notar. Tudo isto é tido em conta para o processo de mudança.

Outro ponto a ter em consideração é a imagem corporal (Walsh, B., 2007). Alguns indivíduos automutilantes podem referir-se a pensamentos e sentimentos negativos intensos acerca dos seus corpos, o que facilita e suporta muitas vezes o comportamento de automutilação. A alienação corporal pode ser associada a experiências infantis de abuso físico ou sexual, ou doença física infantil persistente (Favazza & Walsh, 1998, 2007). A imagem corporal pode ser acedida recorrendo a instrumentos standartizados tais como a *Orbach's Body Investment Scale* (BIS) e a *Body Attitude Scale* (BAS) (Walsh, B., 2006). O desafio de trabalhar com casos de automutilação com alienação do corpo, que são sobreviventes de abuso infantil ou doença, é frequentemente superior ao trabalho com indivíduos sem historial de abusos.

No contexto da automutilação, segue-se a descrição sucinta de um possível instrumento utilizado na avaliação da automutilação: o SIQ (Self-injury Questionnaire), constituído por 30 itens a serem preenchidos pelo sujeito, foi conceptualizado a partir da literatura referente ao trauma e foi testado numa primeira fase numa amostra populacional. Baseado na classificação de automutilação de Connors (1996), este instrumento mede as intenções de automutilação de acordo com os métodos utilizados, como overdoses, cortes, queimaduras, etc, por intermédio

de quatro subescalas (alterações corporais, automutilação indirecta, nível de autonomia e automutilação explícita), e mede a frequência, tipo e funções dos comportamentos de automutilação e associação com possíveis traumas infantis.

Estudo de Caso (Walsh, B., 2006)

Este caso demonstra o processo de avaliação de automutilação. Referimo-nos ao individuo como Tonya, uma estudante universitária de 20 anos, raça branca, que veio ao tratamento por se cortar, entre outros problemas. Ela admite que se anda a esquivar à terapia há anos, e que se tem vindo a cortar “entre outras coisas” desde os 14 anos. Indica que evitou a psicoterapia no passado porque estava zangada com o conselheiro escolar do secundário. Disse que quando ele descobriu que ela se andava a cortar ele chamou uma ambulância e tentou que ela fosse hospitalizada por tendências suicidas. Ela afirma que a automutilação dela nunca teve nada a ver com suicídio, e que o único psicoterapeuta que a viu não conseguiu lidar com os cortes, pelo que tiveram apenas duas sessões.

Estes factos que surgem na primeira entrevista demonstram que o terapêuta deverá ser cauteloso e demonstrar sensibilidade de forma a não repetir a má experiência com terapêutas anteriores. O terapêuta demonstra saber a diferença entre automutilação e tendências suicidas, de forma a mostrar ao sujeito que os conceitos descritos não serão confundidos. Isto parece deixar a rapariga aliviada, que continua a contar a sua história. Diz que se começou a cortar com 14 anos e que o gatilho foi o final da relação com o primeiro namorado. Acrescenta que desde essa altura teve uma série de relações tempestuosas e que o acto de se cortar ocorria sempre nas fases disruptivas da sua vida. Clarifica que não se corta todos os dias ou todas as semanas, apenas de tempos a tempos quando as coisas ficam complicadas. Diz ainda que crê ter-se cortado aproximadamente 100 vezes nos últimos 7 anos. Questionada acerca do grau de severidade das lesões, diz que nunca precisou de cuidados médicos.

Quando o clínico pergunta o que fazem os cortes por ela, parece surpreendida e quase grata, e responde que ao menos alguém resolve falar com ela sobre isso e não a tratar como se fosse psicótica e pedir que pare imediatamente. Prossegue contando que se corta porque isso lhe permite libertar a tristeza e a raiva, e que a acalma. Acrescenta que o motivo pelo qual optou finalmente pela terapia foi o facto de ultimamente não estar a funcionar bem. Diz que tem baixado de rendimento na escola e diz-se cansada de sair com homens negativos que não a tratam bem e ficam enojados com os seus cortes.

Questionada acerca dos detalhes dos cortes, ela responde que na maior parte das vezes faz 3 ou 4 cortes para ficar aliviada, mas que às vezes pode chegar aos 20. Acrescenta que corta sempre os braços ou as pernas, e que só os amigos mais próximos sabem dos cortes. Em resposta a questões sobre outras formas de automutilação, ela responde que tentou queimar-se algumas vezes, mas que doia muito e deixava cicatrizes feias, por isso parou. Diz que também reabre feridas de vez em quando.

Questionada acerca do desejo de pôr fim à vida, nega qualquer tentativa de suicídio ou comportamento nesse sentido. Quanto a outros comportamentos automutilantes, às vezes bebe demais quando está enervada, e fuma ocasionalmente marijuana em festas. Não consome outras drogas e não se considera em risco. Acrescenta ainda que não está sob nenhum tipo de medicação.

A primeira sessão termina com a paciente exprimindo alívio por ter finalmente falado com um terapeuta acerca do problema de se cortar, e é marcada a segunda sessão.

Avaliação Funcional

O desenvolvimento do conceito de análise funcional veio influenciar significativamente a compreensão e tratamento de comportamentos disruptivos (O'Reilly, M. 2003). O recurso a estes procedimentos permite ao terapeuta identificar as limitações associadas e optar por uma estratégia de tratamento mais adequada, limitando assim a probabilidade de acentuar as características do comportamento alvo por intermédio de uma estratégia de tratamento menos eficaz. As adaptações desta análise extensiva têm sido desenvolvidos no sentido das limitações do meio clínico, embora algumas variações técnicas incluam análises funcionais breves em ambiente natural (O'Reilly, M., 2003).

Ainda que esta análise funcional tenha provado a sua eficácia na identificação dos elementos que contribuem para a manutenção dos comportamentos disruptivos, a sua aplicação pode ser alvo de limitações. Assim, considera-se que as técnicas associadas surtem mais efeito em comportamentos que ocorram com muita frequência e sejam mantidos por reforço de natureza social. Considera-se que as metodologias actuais podem não ser eficazes no acesso a comportamentos disruptivos quando:

- 1 – O comportamento disruptivo não ocorre com frequência. Nestes casos a análise funcional pode ter que ser levada a cabo durante um extenso período de tempo para que seja possível identificar as variáveis responsáveis pela manutenção do comportamento.

2 – A nível da análise funcional pode ocorrer uma grande variedade de respostas, o que significa que ocorrerão estímulos que não terão sido identificados e controlados, e estes requerem identificação, controlo e medição para produzir uma análise clara da função do comportamento.

3 – A análise funcional produz resultados inconclusivos, na medida em que podem ocorrer efeitos indiferenciados quando o comportamento é controlado em múltiplos elementos, sob o controlo de reforços automáticos ou influenciado por operações estabelecidas. Existem ainda outros padrões indiferenciados que tornam a informação não interpretável. Quando a resposta ocorre em níveis moderados ou baixos em todos os elementos considerados, é impossível determinar se o controlo múltiplo, reforço automático ou alguma outra condição externa às manipulações é determinante (O'Reilly, M., 2003).

Estudo de Caso (O'Reilly, M., 2003)

O Michael tinha 25 anos e atraso mental moderado. Vivia em casa com os pais e frequentava um centro de dia 5 dias por semana onde aprendia estratégias de auto-ajuda e competências de autonomia. No centro coexistia com 5 empregados e 10 outros indivíduos com diagnósticos semelhantes ao seu.

Recorria a episódios severos e inconstantes de automutilação traduzidos em pancadas auto inflingidas na cabeça com o punho fechado. Quando estes episódios tinham lugar, ocorriam de forma muito frequente durante várias horas a alguns dias. O acesso e intervenção junto do Michael foram conduzidos nas instalações clínicas de dia que frequentava. O Michael foi descrito como incorrendo em episódios severos e esporádicos de automutilação, que neste caso específico se traduzia por bater com força na própria cabeça de punho fechado. Estes episódios foram descritos como ocorridos em média entre 1 a 5 dias por mês, e quando ocorriam duravam várias horas ou até vários dias.

Tratamento

Fase 1: Acesso funcional e análise

Procedeu-se à identificação das relações significativas entre os episódios de automutilação do Michael e elementos externos do meio envolvente, e recorreu-se também a entrevistas e observações e manipulação sistemática de variáveis causais.

Foi levada a cabo uma entrevista estruturada relativa a antecedentes e consequentes e a sua relação como comportamento automutilante. Com base na informação reunida nas entrevistas, foram formuladas hipóteses, por intermédio de dois critérios específicos: hipóteses mensuráveis e, pelo menos 3 dos 5 entrevistadores teriam que concordar que as hipóteses colocadas representariam boas explicações para a ocorrência dos episódios de automutilação do Michael. Foram assim identificadas 5 hipóteses:

Hipótese 1: obtenção de atenção por parte dos empregados.

Hipótese 2: escape de actividades de taxing

Hipótese 3: o recurso à automutilação teve início na doença

Hipótese 4: a automutilação teve início após os cuidados extra-familiares.

Hipótese 5: a automutilação enquanto de forma de se estimular.

Análise funcional

Levada a cabo duas vezes por dia (de manhã e à tarde) durante o decorrer do estudo. Em cada sessão estiveram presentes quatro condições de acesso. No caso de ocorrer um episódio de automutilação durante uma sessão era efectuada uma sessão adicional durante o dia.

Condições da avaliação

1 – Sozinho: era pedido ao Michael que, sozinho, se sentasse numa sala e esperasse. Não havia materiais disponíveis ou tarefas a desempenhar durante este período, e o Michael era observado por intermédio de um espelho de sentido único.

2 - Atenção: o terapeuta permanecia na sala com o Michael a aproximadamente 3 metros dele. Havia materiais disponíveis como revistas, mas sem tarefas a desempenhar. O terapeuta interagiu com o Michael apenas no que dizia respeito à automutilação, ignorando-o o resto do

tempo. A atenção consistiu em reprimendas verbais aleatórias sobre o comportamento de automutilação durante aproximadamente 10 segundos.

3 – Exigência: nesta fase era pedido ao Michael que desempenhasse duas tarefas que, de acordo com os empregados, tinha dificuldades em desempenhar. As tarefas eram limpar o lava-loiças e aspirar o chão. As duas tarefas estavam presentes em cada sessão de exigência e alternadamente. O terapeuta demorava-se o mesmo tempo em cada tarefa, e no final da primeira dizia algo como “ok Michael, vamos aspirar o chão agora”. As tarefas eram explicadas num crescente de elementos, começando por ordens directas verbais e terminando em demonstração acompanhada por explicação verbal. Estas tarefas eram explicadas de forma contínua a menos que ocorresse automutilação. Nesse caso a tarefa era removida e o terapeuta afastava-se do Michael por um mínimo de 10 segundos ou o tempo que fosse necessário para o comportamento automutilante cessar. Após o cessamento, a tarefa era reintroduzida.

4 – Lazer: Controlo das outras 3 condições. A sala está equipada com materiais de lazer. Na sessão o terapeuta interagiu com o Michael a cada 30 segundos e durante 5 segundos aproximadamente, de acordo com o seu comportamento.

Fase 2 – Intervenção

Com base nos resultados obtidos, a hipótese da correlação com os cuidados externos verificou-se. Assim, a intervenção é composta por duas fases: controlo de presença e ausência de cuidados externos e efeitos de uma colocação alternativa de cuidados externos nas instalações. Os procedimentos anteriores mantiveram-se em uso durante a fase de intervenção. Assim, neste estudo foram conduzidas numa fase inicial provas de análise funcional numa base diária durante um período extenso de tempo, de forma a identificar as variáveis para a automutilação que ocorreram esporadicamente. Em segundo lugar, foram identificadas as condições globais (cuidados extra-familiares e doença) e procedeu-se à sua medição, de forma a aceder ao seu efeito nas relações reforçadoras da resposta dentro das condições de análise funcional. Por último, enquanto a análise funcional produziu resultados inconclusivos para a automutilação, a manipulação dos cuidados extra-familiares demonstrou uma relação significativa entre a ocorrência de cuidados extra-familiares e a ocorrência de automutilação.

Limitações éticas e procedimentais no estudo da Automutilação

Como em qualquer serviço prestado que inclua o contacto directo com pessoas, neste caso particular envolvendo o contacto com indivíduos em situação de sofrimento psicológico, o profissional lida com comportamentos de risco, quer a nível da investigação, quer em contexto de gestão e tratamento, e depara-se conseqüentemente com todo um conjunto de parâmetros de natureza metodológica, ética e prática que podem limitar o progresso da compreensão de inúmeras características do comportamento automutilante, bem como o desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenção (Allen, S., 2007).

De facto, a cada um dos inúmeros formatos de automutilação descritos corresponde todo um conjunto de características específicas e associadas a diferentes funções psicológicas, uma vez que todo o comportamento automutilante se encontra agregado a um aumento de factores de risco e dificuldades de adaptação específicos.

De forma a poder ultrapassar estes obstáculos torna-se assim imprescindível desenvolver todo um conjunto de elementos preventivos e interventivos baseados em factos apurados e reconhecidos que levem a um aumento qualitativo no conhecimento e gestão de cada caso em particular.

No que diz respeito ao parâmetro ético, os bloqueios ao progresso na investigação desta área surgem desde logo associados aos obstáculos associados à recolha de informação nesta área, já que se colocam variados dilemas éticos e logísticos. De acordo com Prinstein, no seu artigo *Introduction to the Special Section on Suicide and Nonsuicidal Self-Injury: A Review of Unique Challenges and Important Directions for Self-Injury Science*, numa primeira fase os participantes devem ser notificados dos procedimentos de forma explícita e dar consentimento; a recolha de informação pode requerer a quebra de confidencialidade por parte do investigador e a notificação de familiares ou entidades locais; a recolha desta informação pode levantar conflitos de interesses entre procedimentos legais, éticos e clínicos, e é difícil para os investigadores certificarem-se ainda que os parentes compreendem a informação que lhes é transmitida e recebem o acompanhamento necessário nesse sentido. Por último, interessa ainda acrescentar que relativamente à sensibilidade e especificidade dos instrumentos individuais e também no que diz respeito às condições que podem levar ao aumento do risco iminente, existe pouca informação disponível. De acordo com as dificuldades citadas, a maioria dos investigadores na área da automutilação opta por métodos

que permitam minimizar a capacidade de identificar os participantes de risco, o que contribui para a diminuição dos dilemas relativos ao relato de decisões tomadas.

De salientar, a relevância dada ao processo em detrimento do resultado final, focando a atenção no processo de agir de forma consistente com os seus valores.

O profissional de saúde mental e prestadores de cuidados face à Automutilação

No seguimento da descrição das limitações relativas aos parâmetros metodológicos, éticos e práticos com os quais a comunidade científica se depara no estudo da automutilação, não é possível deixar de considerar também as dificuldades encontradas pelos prestadores de cuidados na gerência de comportamentos de automutilação. As enfermeiras em particular enfrentam este desafio, já que tendem a ser o grupo profissional primário no que diz respeito ao trabalho com pessoas que se automutilam ao nível dos serviços de saúde (O'Donovan, A., 2007). De acordo com Allen (2007), no seu artigo *Self-Harm and the Words that Bind: a critique of common perspectives*, os tópicos associados à automutilação podem ser difíceis para os enfermeiros e outros profissionais da saúde. Assim, é imperativo fazer críticas às perspectivas em vigor num esforço para apoiar a resposta efectiva dos enfermeiros e outros profissionais de saúde no trabalho com indivíduos que se automutilam.

Torna-se assim pertinente considerar a posição de McAllister, citado por Allen (2007) que defende que dada a informação disponível no que diz respeito à automutilação, os profissionais de cuidados de saúde deveriam estar capacitados para lidar com esta perturbação de forma eficiente. Infelizmente não parece ser o caso e a automutilação continua a constituir um desafio para muitos profissionais.

Um dos tópicos que interessa abordar neste contexto é a falta de consenso na terminologia e definição em relação à automutilação, que significa que existe uma inaptidão para falar uma linguagem comum. O autor considera que isto afecta profundamente a interpretação da informação estatística derivada da investigação.

Se estes termos não forem contextualizados, e não for explicado aquilo a que o autor se refere, é difícil fazer comparações entre indivíduos ditos automutilantes e aqueles que são objecto de tentativas de suicídio falhadas, o que pode boicotar resultados de pesquisas teóricas e induzir em erro bases teóricas de estudos desenvolvidos. Assim, a falta de consenso no que diz respeito à definição pode ter um forte impacto negativo na prática. De acordo com estes dados

podemos considerar que a terminologia associada à automutilação é um ponto crucial e que a noção de linguagem merece maior consideração.

Para ilustrar a importância da linguagem, um estudo desenvolvido pelo *Royal College of Psychiatrists* está a contribuir para prestar um serviço de maior qualidade aos indivíduos que se automutilam (Allen, S., 2007). De acordo com este estudo, as conotações associadas aos indivíduos automutilantes são compostas por termos tais como “suicídio falhado”. Paralelamente, o recurso ao termo “deliberado” não é apenas redundante mas pode também converter-se numa crença pejorativa que reforça a noção de que a pessoa poderia parar de se automutilar se quisesse ou tentasse.

Assim, o tema da linguagem no que diz respeito a pessoas que se automutilam é crítico, e se por um lado seria irrealista querer chegar a um acordo global, a disseminação de informação (nomeadamente utentes, profissionais de cuidados de saúde e académicos) deveria providenciar uma definição operacional que ilustrasse o significado de automutilação no seu serviço, o que contribuiria para uma maior clareza e facilitaria a compreensão.

Um outro parâmetro invoca o facto de que enfermeiros e outros profissionais de cuidados de saúde deveriam com urgência confrontar-se com os seus próprios valores e crenças, de forma a não afectar negativamente a interacção e por consequência todo o tratamento, nomeadamente em relação a situações de automutilação (O’Donovan, A., 2007).

Baseado na experiência pessoal de providenciar educação áqueles que trabalham com indivíduos que se automutilam, é também importante rever a história de vida do individuo que se automutila. Isto permite que se forme uma ligação entre individuos à medida que a informação é partilhada, nomeadamente relativo ao impacto das experiências no próprio individuo.

Abordagens Terapêuticas

O comportamento automutilante ocorre quer em situação de doença quer na sua ausência (Ernst, M., 2000). Encontra-se presente em vários síndromas e assume uma grande variedade de formatos, o que pode fornecer pistas importantes na compreensão dos mecanismos que o impulsionam, o que pode ser valioso em contexto de investigação e tratamento. A automutilação expressa-se a vários níveis, nomeadamente psiquiátrico, neurológico e metabólico, e ocorre também naturalmente na infância (bater com a cabeça) e pode mesmo ser um comportamento aceitável em adultos normais (roer as unhas). Pode surgir sob a forma de

tiques, compulsões, rituais, como ferramenta de comunicação ou auto-estimulação. Características tais como a sua topografia, magnitude, evolução, envolvimento emocional, agressividade e grau de dano corporal diferem de caso para caso. Interessa ainda referir que, dentro dos formatos descritos, o mais comum é que ocorra mais do que um formato em cada caso, o que pode ter implicações graves no tratamento, o que leva a que uma análise detalhada de cada caso seja fundamental antes de seleccionar o tratamento mais adequado (Ernst, M., 2000).

Assumimos de acordo com esta informação que o formato de automutilação fornece pistas importantes sobre os mecanismos que ocasionam este comportamento, e determinam em grande parte o desenvolvimento de um tratamento adequado. Alguns exemplos incluem a auto-estimulação, que equaciona a existência de sistemas de recompensa, e o modelo cognitivo, que equaciona os comportamentos aprendidos. Claramente cada modelo diz respeito a um formato específico de automutilação, e o reconhecimento e tipificação destes formatos por intermédio de uma análise rigorosa e sistemática do comportamento são um requisito fundamental para uma exploração bem sucedida dos modelos (Ernst, M., 2000)..

Partindo destes dados, e no contexto de uma estrutura específica, a terapia pode decorrer em diferentes linhas, dependendo do que o paciente precisa e consegue tolerar em dado momento. Uma terapia de apoio – empatia, reforço e conselho – pode constituir a melhor abordagem quando a vida do paciente se encontra especialmente desorganizada ou o sistema emocional se encontra em estado precário. A abordagem e terapias descritas abaixo encontram-se vocacionadas para a problemática da automutilação.

Abordagem Cognitivo-Comportamental

Os tratamentos que focam a aprendizagem de meios de evitamento ou controlo das emoções aos indivíduos que se automutilam podem não ser úteis, e podem inadvertidamente reforçar uma postura desadaptativa de não aceitação das suas emoções. Em vez disto, os indivíduos automutilantes beneficiam mais da aprendizagem de meios mais adaptativos de resposta às suas emoções (tais como aceitação emocional).

Os terapeutas cognitivos trabalham para expor e modificar o que acreditam ser as crenças inconscientes de fracasso em casos de comportamentos desviantes: o mundo é perigoso e malévolo, eu não tenho poder e estou vulnerável e sou internamente intolerável para os outros. A terapia de grupo permite aos pacientes expressarem sentimentos e tolerarem a

crítica que não aceitariam por parte de uma figura de autoridade. Neste âmbito surge a terapia comportamental dialética, citada pelo comité de uma associação americana de psiquiatria na qualidade de formato de terapia individual ou em grupo que inclui técnicas cognitivas e comportamentais e meditação de consciencialização. Os terapeutas comportamentalistas dialéticos tentam equilibrar o reconhecimento de que os sentimentos do sujeito são legítimos e aceitáveis com a insistência para que aceitem a responsabilidade pelas consequências do seu comportamento. Vários terapeutas trabalham com os sujeitos para prevenir ameaças e tentativas de suicídio, estabilizar estados de espírito e ajudar a resolver problemas de forma mais eficaz. Partimos da premissa de que, derivado à instabilidade do seu comportamento e da ausência de reacção perante a família, estes sujeitos não podem confiar nos seus próprios sentimentos ou acalmar-se a si mesmos em situação de crise. Parece-lhes frequentemente que os outros classificam os seus sentimentos como triviais ou ilegítimos, especialmente na infância. Reagem emocionalmente com exagero a desapontamentos de baixa gravidade e ajustam-se lentamente. Auto-regulam-se por intermédio de alterações súbitas de humor e explosões de raiva, cortando-se, queimando-se ou por intermédio de overdoses. Eventualmente vão ver nestas acções a melhor maneira de chamar a atenção dos outros e de os influenciar. O terapeuta aceita estes comportamentos enquanto tenta demonstrar ao sujeito a sua negatividade. Têm que aprender a tolerar sentimentos de infelicidade sem fazerem os outros sentirem-se miseráveis, e a resolver os seus problemas sem ameaças de suicídio ou explosões de temperamento. São ensinados a reconhecer as situações que provocam estas reacções e a evitar ambas.

Terapia Comportamental Dialética

A terapia comportamental dialética é conduzida parcialmente em grupos comportamentais de treino de competências, o que inclui meditação, relaxamento muscular, treino do cérebro e lições de resolução de problemas. Os sujeitos são ensinados a tolerar a ansiedade e a frustração, a interpretar as acções das outras pessoas e o que fazer em relação a sentimentos e impulsos não desejados. Anotam ainda num diário o seu comportamento para discussão na terapia individual, revelando causas e consequências e identificando quando e como poderiam ter agido de forma diferente. Mais especificamente, inclui quatro componentes de tratamento: grupo semanal de treino de competências, psicoterapia individual, consultas terapêuticas/reuniões de supervisão e consultas telefónicas quando necessário entre clientes e terapeutas

individuais. Quatro conjuntos particulares de capacidades são ensinadas no grupo semanal de treino de competências: regulação emocional, tolerância ao stress, consciencialização e competências interpessoais. É importante salientar que não são só as capacidades relativas à regulação emocional que integram a problemática da desregulação emocional, algumas capacidades de tolerância ao stress e consciencialização também se aplicam. No que diz respeito a competências específicas de cada um destes módulos que podem promover a regulação emocional, algumas destas capacidades procuram elevar a consciência emocional e a compreensão, ensinando os clientes a identificar e gerir as emoções. Especificamente, os clientes são ensinados a identificar os componentes de uma resposta emocional (fisiológica, subjectiva e comportamental), assim como os acontecimentos e interpretações associadas que promovem diferentes emoções e as consequências do seu funcionamento (por exemplo um cliente que se tem vindo a sentir zangado seria encorajado a identificar as sensações físicas associadas à sua raiva (aumento do ritmo cardíaco, etc), a urgência comportamental associada a sentir-se com raiva (elevar a voz, etc), os precipitadores ambientais da raiva (por exemplo não ser promovido), interpretações destes eventos (por exemplo: não é justo!) e as consequências da raiva). Os clientes são ainda ensinados a identificar as funções das suas emoções, o que pode levar a um aumento da aceitação emocional.

Em conjunto com estas competências de regulação emocional, competências de tolerância ao stress podem facilitar a regulação das emoções e a criar uma relação mais saudável com as próprias emoções. As competências associadas à tolerância ao stress ensinam os indivíduos a tolerar e aceitar o stress emocional e enfatizam os benefícios da aceitação das próprias emoções sem as tentar alterar, e a aceitar a realidade presente. Competências específicas procuram aumentar a aceitação e a vontade, bem como o controlo de comportamentos durante situações de stress. Outras competências enfatizam a importância de considerar as consequências do comportamento a curto e longo prazo.

Por último, as competências de consciencialização facilitam a regulação emocional. Existem seis tópicos de consciencialização na terapia dialéctica comportamental, três dos quais se focam no que deve ser feito, e os três restantes centrados em como deve ser feito. Os três primeiros, que englobam os conceitos de observação, descrição e participação, em conjunto com as três restantes, que abrangem a ausência de julgamentos, conscienciosidade e eficácia, foram designados para serem utilizados em conjunto, especificando o comportamento que deve ser adoptado e a qualidade deste comportamento.

De relevância no tratamento da desregulação emocional, algumas competências associadas à consciencialização promovem uma consciência com ausência de julgamentos das experiências internas de cada um, ensinando os clientes a observar as experiências internas à medida que elas ocorrem, e a gerir estas experiências de forma objectiva.

Estudo de Caso: Terapia Comportamental Dialética em pacientes com distúrbio borderline de personalidade no tratamento de pacientes automutilantes: percepções de pacientes e terapeutas (Perseius, K. et al 2003)

A amostra deste estudo foi composta por dez pacientes e o estudo incluiu quatro terapeutas entrevistados.

Os pacientes encararam esta terapia como tendo-lhes salvo a vida e proporcionado condições de vida mais toleráveis. Pacientes e terapeutas concordaram na eficácia dos componentes da terapia: A compreensão, respeito e combinação com competências cognitivas e comportamentais. Esta terapia tem como alvo as tentativas de suicídio, comportamentos automutilantes e a diminuição da taxa de desistência do tratamento.

A amostra era constituída por mulheres entre os 22 e 49 anos (média de 27). Eram pacientes que tinham estado em tratamento com a terapia comportamental dialética durante o período mínimo de 1 ano. Todos os pacientes tinham diagnóstico de distúrbio borderline de personalidade, e registaram-se ocorrências de depressão, ansiedade, distúrbios alimentares e fobia social. Alguns sujeitos mencionaram ainda abuso de substâncias no passado. Dois sujeitos relataram ter tido mais de quinhentos episódios de automutilação, cinco entre cem e quinhentos, e três menos de cem episódios. Referiram ainda já terem tido contacto com serviços psiquiátricos no passado, numa média de onze anos e meio. Sete sujeitos reportaram contactos com o serviço psiquiátrico desde a infância.

Os terapeutas que integraram o estudo eram dois homens e duas mulheres, sendo um deles psiquiatra e terapeuta cognitivo, um outro enfermeiro e terapeuta cognitivo junior, e os restantes dois responsáveis por prestação de cuidados em contexto psiquiátrico, bem como terapeutas cognitivos juniors. Contudo, todos eles exerciam funções ao nível da terapia dialética comportamental em contexto individual e em grupo.

A informação foi recolhida por intermédio de entrevistas individuais focadas em diferentes áreas: experiência de sintomas, sofrimento e situação de vida antes do tratamento; que impacto teve a terapia no sofrimento e situação de vida; que componentes da terapia

acreditam ter tido efeito; as percepções sobre a terapia comportamental dialética relativamente a outras terapias e tratamentos em contexto psiquiátrico.

No que diz respeito a considerações éticas, todos os participantes deram o seu consentimento informado para participação no estudo. Não existiram relações de dependência entre sujeitos e terapêutas.

Resultados da percepção dos pacientes

Efeitos da Terapia

A terapia salva vidas: todos os pacientes encararam a terapia como tendo-lhes salvo a vida, ou como alguma coisa que os trouxe de volta para a vida. Descrevem as suas vidas antes da terapia como submetidas ao sofrimento, e relatam que os sintomas depressivos, de ansiedade, decresceram significativamente depois de integrarem a terapia.

A terapia providencia competências que permitem gerir e ultrapassar impulsos automutilantes e suicidas: os pacientes acreditam que as competências cognitivas e comportamentais que aprenderam na terapia foram cruciais no controlo dos impulsos suicidas e automutilantes.

A terapia ajuda na aceitação dos sentimentos e na ausência de condenação de si e dos outros: os pacientes referiram-se a uma tendência para se odiarem e condenarem os seus pensamentos, sentimentos e esforços, e a tendência para lidar com os outros da mesma forma, A terapia ajudou-os a aceitarem-se a si mesmos, sem condenar os outros ou a si próprios.

Componentes eficazes da Terapia

Os alicerces são o respeito e a confirmação: os pacientes relataram o respeito, compreensão e confirmação que encontraram nos terapêutas.

Assim, considera-se que o método da terapia favorece a compreensão e o enfoque nos problemas, os pacientes relataram que o método terapêutico se encontrava adaptado aos seus problemas específicos; considerado o foco na responsabilização dos sujeitos pela terapia e pela própria vida, os pacientes relataram ter sido difícil mas ter valido a pena; a existência de um contrato terapêutico foi descrita como de suporte e desafio pelos pacientes no início da terapia, numa fase em que existe ambivalência em continuar. O contrato foi encarado como

um desafio na medida em que postula a condição da existência de progressos para continuar a terapia; referem ainda que a terapia de grupo é difícil, contudo necessária, é mesmo descrita como a parte mais difícil de todo o processo. Ao mesmo tempo é encarada como benéfica derivado ao treino de competências e confirmação decorrente de conhecer outras pessoas nas mesmas circunstâncias; a possibilidade de telefonar ao terapeuta em momentos de crise é tida como suporte crucial, contudo alguns pacientes descreveram ter tido que praticar para ultrapassar o sentimento de inconveniência de telefonar ao terapeuta.

Percepções dos cuidados psiquiátricos antes de integrar a terapia

As experiências anteriores de pacientes resultantes de outras terapias eram marcada e reconhecidamente negativas, e os terapeutas não se sentiram compreendidos, tendo mesmo sentido algum desrespeito nalgumas situações. Os pacientes concordavam que eles se esforçavam, simplesmente parecia não ser o suficiente. Nalgumas alturas pareciam nem estar a prestar atenção ao discurso dos terapeutas, ou tinham atitudes hostis e condenadoras perante as suas atitudes. Por outro lado, o facto de alguns pacientes se sentirem traídos e desapoitados com o comportamento demonstrado pelos terapeutas gerou descontinuidade na terapia. No que diz respeito às ferramentas pouco apropriadas dos cuidados psiquiátricos todos os pacientes enfatizaram em diferentes momentos que noutras terapias não estavam disponíveis os métodos certos para os ajudar. O tratamento traduzia-se em manter os pacientes em relativa segurança, a medicação não produzia os efeitos desejados e o discurso não levava a lado nenhum.

Resultados: percepção dos terapeutas

Efeito da terapia

Os pacientes consideraram que a terapia dialética comportamental lhes alterou radicalmente a vida, e do ponto de vista dos terapeutas isto acontece derivado a favorecer substancialmente a diminuição da ideação suicida e impulsos de automutilação bem como melhoria do funcionamento social em geral. Notaram também maiores níveis de independência e responsabilidade por parte dos pacientes, bem como autonomia.

Em relação aos componentes eficazes da terapia, foram encontradas três categorias, todas ligadas ao método da terapia. Para os terapeutas, a eficácia da terapia está ligada ao quadro teórico associado e técnicas terapêuticas. A personalidade do terapeuta é o menos importante. Consideram ainda os benefícios do manual terapêutico, que postula que o terapeuta deve levar os sintomas e sofrimento dos pacientes a sério e ao mesmo tempo responsabilizá-los pelas suas próprias vidas, bem como pela terapia. O manual contém ainda as técnicas necessárias para melhorar as competências dos sujeitos, para que possam lidar melhor com os sintomas e vidas sociais de melhor forma. Postulam também que o método é respeitoso e leva os pacientes a sério, na medida em que o terapeuta aprende a levar os pacientes a sério, tentando compreender as suas dificuldades noutra perspectiva, e o método enfatiza o respeito e a necessidade de valorizar o sofrimento dos pacientes. Acrescentam ainda que o mesmo método torna os sujeitos responsáveis e participativos, existe responsabilidade mútua, mas os pacientes estão a aprender a fazer alguma coisa por si próprios. Consideram o método claro, lógico e funcionando passo a passo em cada detalhe, existindo no manual uma ferramenta para cada situação que pode ocorrer.

Percepções do trabalho com a Teoria Comportamental Dialética

Os terapeutas descrevem que durante a terapia desenvolveram uma visão mais positiva dos pacientes, e uma melhor compreensão. Sentem que as suas crenças sobre os pacientes se alteraram significativamente, de problemáticos e manipuladores para o facto de estarem a dar o seu melhor dadas as circunstâncias. Comportamentos como agitação, automutilação ou comportamento anti-social já não são encarados como manipulação deliberada mas enquanto incapacidade de agir de outra forma derivado aos sintomas e situação de vida complicada por ausência de competências. Salientam que seguir o manual e trabalhar em equipa são dois factores cruciais para o sucesso da terapia. Na experiência dos terapeutas os fracassos ocorreram quando não seguiram o manual. A acção de os terapeutas visionarem as sessões uns dos outros em vídeo é tido como necessário na obtenção de apoio e supervisão. Os terapeutas salientam a importância da comunicação, do respeito e aceitação pelos outros membros da equipa.

No âmbito do contrato terapêutico, é descrito como uma componente de suporte muito importante, especialmente em tornar os pacientes mais responsáveis pelo seu próprio percurso terapêutico.

Do ponto de vista dos terapeutas as maiores dificuldades situam-se ao nível da necessidade de se encontrarem sempre disponíveis para os sujeitos, sempre focados nas tarefas e lutando para aprender mais: focados no espaço terapêutico, lendo, educando e estando preparado para ser contactado via telefone em qualquer altura. Para o melhor e para o pior, esta terapia não só funciona como ensina os terapeutas a lidar com as situações que podem surgir e como lidar com as relações privadas. Numa perspectiva mais ampla, os terapeutas assumem que os ganhos neste processo superam em muito as limitações e dificuldades que têm que gerir.

Terapia de grupo para a regulação emocional baseada na aceitação (Gratz, K., 2007)

De forma a fornecer dados para a utilidade do equilíbrio emocional no tratamento da automutilação, um estudo recente trouxe suporte empírico para o tratamento da automutilação, focado na diminuição da desregulação emocional e evitamento (Gratz, K., 2007).

Esta terapia de grupo com a duração de 14 semanas foi delineada para o tratamento da automutilação buscando directamente a função deste comportamento e ensinando às mulheres automutilantes meios adaptativos de responder às suas emoções. Esta terapia de grupo de regulação emocional foi desenvolvida para definir cada uma das dimensões da regulação emocional descritas: consciência emocional, compreensão e aceitação; controlo dos comportamentos durante a experiencição de emoções negativas; o recurso a estratégias de regulação emocional de carácter não evitante na modulação da intensidade e/ ou duração das respostas emocionais; inserção da experiência de emoções negativas na busca de actividades significativas.

O conteúdo semanal desta terapia de grupo estende-se por várias semanas.. A semana 1 foca a função da automutilação, oferecendo educação psicológica e ajudando os clientes a identificar as funções da sua própria automutilação. Assim, na primeira sessão espera-se alcançar a vergonha frequentemente associada a este comportamento. A semana 2 foca a função emocional. Os clientes são ensinados que as emoções são adaptativas e de carácter evolutivo, e fornecem informações importantes acerca do meio que podem ser usadas para guiar os seus comportamentos e formar um percurso adaptativo. De seguida, os sujeitos são ensinados que ao agirem de acordo com a informação fornecida pelas suas emoções, aumentam a probabilidade de responder de forma mais eficaz ao meio em que estão inseridos. Este ênfase

na funcionalidade das emoções deverá, de acordo com as hipóteses colocadas, aumentar a aceitação emocional.

As semanas de 3 a 6 focam o aumento da consciência emocional e compreensão. Os clientes são acompanhados durante o processo de melhorar a capacidade de identificar, gerir e diferenciar estados emocionais.

À semelhança da terapia dialética comportamental, os clientes são ensinados a identificar os componentes cognitivos, psicológicos e comportamentais de uma grande variedade de respostas emocionais. São ensinados a colocar a si mesmos algumas questões para aumentar a sua consciência de resposta emocional, nomeadamente: Que pensamentos estão associados a esta emoção? Que sensações físicas estão associadas a esta emoção? Que tendências de acção estão associadas a esta emoção? Como tendo a agir em resposta a esta emoção? Depois, os clientes são ensinados a distinguir entre emoções primárias (respostas iniciais a determinada situação) e emoções secundárias (reações emocionais às respostas iniciais primárias), bem como a identificar as crenças

negativas e julgamentos acerca das emoções que contribuem para as respostas emocionais secundárias. A funcionalidade das emoções primárias é enfatizada, e os clientes são encorajados a identificar a informação decorrente das emoções primárias, bem como os meios adaptativos de agir com esta informação.

Nas semanas 7 e 8 são enfatizados benefícios experienciais e a regulação emocional em consequência da aceitação emocional, bem como as potencialmente paradoxais consequências a longo prazo do evitamento emocional. É também ensinado aos sujeitos que o evitamento pode amplificar as emoções e aumentar o stress na experienciação das emoções. Desenha-se uma distinção entre a dor emocional e o sofrimento emocional (que inclui emoções secundárias e tentativas falhadas de controlo/ evitamento emocional). Os sujeitos são ainda ensinados que a aceitação emocional resulta em menor sofrimento do que o evitamento. É-lhes pedido que monitorizem e acessem activamente as diferentes consequências experimentadas da disposição emocional (um processo activo de abertura às experiências emocionais à medida que elas surgem) em comparação com a relutância emocional.

As semanas 9 e 10 enfatizam alterações comportamentais, sendo que na nona semana são ensinadas estratégias de não evitamento que podem ser usadas para modular a intensidade e/ou duração das emoções (com a distinção feita entre distração e evitamento), e na décima semana são ensinadas estratégias comportamentais básicas para controle de impulsos (incluindo alterações nas consequências e substituições comportamentais). Os clientes são

ensinados por exemplo a identificar comportamentos adaptativos que possam servir as mesmas funções ou ir de encontro às necessidades da automutilação, e a substituir a automutilação por estes comportamentos mais adaptativos.

Finalmente, nas semanas de 11 a 14 o foco está na identificação e clarificação de direcções validadas (direcções significativas para o individuo) e na dedicação a acções consistentes com estas direcções. O ênfase é colocado nas decisões momento a momento no dia a dia. Assim, as direcções validadas requerem atenção no momento presente, e distinguem-se dos objectivos que são orientados para o futuro e de natureza estática. Por exemplo, um sujeito que valoriza a aprendizagem seria estimulado a identificar toda uma variedade de acções concretas e discretas consistentes com esta direcção validada e que possam ser realizadas no momento, tais como dirigir-se a uma livraria e lendo um livro ou levando a cabo uma pesquisa. O compromisso face a acções validadas exige disposição emocional, o que requer que os sujeitos permaneçam abertos a experienciar emoções negativas. Os módulos de grupo são primariamente didáticos, combinando psicoeducação e exercicios em grupo. A importância da generalização de capacidades e prática diária é enfatizada e o trabalho de casa regular é considerado essencial. Fora do tratamento de grupo, os sujeitos completam formulários diários de monitorização dos precipitantes emocionais da sua necessidade de recorrer à automutilação, bem como das consequências da sua escolha comportamental. Monitorizações diárias adicionais são acrescentadas ao módulo particular de grupo e incluem a identificação de emoções e informação fornecida por essas emoções, distinguindo entre emoções primárias e secundárias, identificando as consequências do grau de disposição emocional e o nível de empenho em acções consistentes com as direcções validadas.

Para examinar a eficácia desta terapia de grupo, pacientes externos do sexo feminino e portadores de distúrbio borderline de personalidade e automutilação recente e recorrente foram aleatoriamente convocadas para frequentar este grupo em adição à sua terapia habitual, ou para continuar com a sua terapia durante mais 14 semanas. Estas duas condições foram posteriormente comparadas com medidas de desregulação emocional, evitamento emocional, frequência de automutilação, severidade do sintoma borderline de personalidade, e severidade de depressão, ansiedade e sintoma de stress (Gratz, K., 2007). Os resultados indicaram diferenças significativas entre grupos em todos os campos. Mais do que isso, a terapia inicial não evidenciou alterações significativas em qualquer das medidas ao longo do tempo, enquanto que esta terapia aliada à terapia de grupo evidenciou melhorias significativas acompanhadas de efeitos significativos em todas as medidas e alcançou níveis normativos de

funcionamento nas medidas de desregulação das emoções, evitamento emocional e depressão, ansiedade e sintomas de stress. Os resultados sugerem que a terapia de grupo de regulação emocional baseada na aceitação pode melhorar os níveis de patologia episódios de automutilação acima da terapia standard individual.

Tratamento baseado no modelo Bi-Modal para acompanhamento de saúde mental (Stone, J. et al, 2003).

O tratamento com base na abordagem bi-modal constitui uma combinação de modalidades familiares e individuais (Stone, J. et al, 2003). No parâmetro individual, são utilizadas estratégias cognitivo-comportamentais para combater as distorções cognitivas, e a modificação do comportamento é utilizada na extinção de alguns comportamentos e estabelecimento de outros. A componente familiar permite identificar a dinâmica interpessoal, interna e externa do sujeito (Stone, J. et al, 2003).

O tratamento envolve ajudar o sujeito a clarificar questões internas, a reconhecer padrões de automutilação, a adquirir competências alternativas de gestão dos problemas, restabelecimento do funcionamento diário e melhoramento de competências interpessoais. Durante a componente individual, o sujeito aprende que identificar comportamentos e padrões é vital, e tal pode ser alcançado por intermédio da manutenção de um calendário e/ ou diário para preenchimento acerca das dimensões mais importantes da vida. Um dos padrões mais notados na automutilação é a sua ocorrência maioritária quando o sujeito se encontra sozinho. Assim, estes sujeitos não devem ser isolados. Em contexto de tratamento deve existir uma supervisão eficaz.

É também importante salientar que a medicação pode ser fulcral no tratamento, na medida em que frequentemente o sujeito não consegue gerir os sintomas físicos enquanto tenta gerir o trauma associado à automutilação propriamente dita, às crenças distorcidas, e à vida do dia a dia. Nestes casos os antidepressivos e estabilizadores de humor contribuem para a regulação emocional e gestão da agressividade (Stone, J., 2003). É também essencial compreender a dinâmica de cada caso em particular, bem como reforçar acções positivas por parte da família de forma a motivar o sujeito a desenvolver técnicas interventivas para quebrar o ciclo.

O tratamento da automutilação requer ainda que o terapeuta seja paciente e permita ao sujeito movimentar-se ao longo do processo tão devagar quanto seja necessário de forma a atingir cada novo patamar de mudança comportamental e sistémica com consistência e segurança.

Torna-se também necessário gerir a frustração familiar, bem como o seu medo, raiva, sentimento de estarem a ser manipulados, impotência nervos e irritação, de forma a que o sujeito não tenha que ser exposto a estes sentimentos. Para o terapeuta isto pode ser entediante ou mesmo doloroso e requer que o seu próprio funcionamento seja mantido saudável e equilibrado (Stone, J., 2003).

Estudo de caso (Stone, J., 2003)

A Tammy foi proposta a acompanhamento psicológico para tratamento de uma depressão e distúrbio obsessivo-compulsivo, incluindo comportamento automutilante e dificuldades na escola que tinham chegado a várias suspensões. De acordo com os pais da Tammy, os sintomas tiveram início no 7º ano e aumentaram significativamente quando entrou para o liceu. De acordo com a Tammy, o elemento mais desestabilizador eram os episódios automutilantes. A Tammy aprendeu que conseguia gerir melhor as emoções intensas que a faziam sentir-se indesejável se se cortasse com um pin. Quando se sentia descontrolada, preocupava-se cada vez mais com ela própria e os seus sentimentos, Quando os cortes começaram a perder o efeito, ela começou a incorrer noutros formatos de automutilação alternativos, tais como morder-se e arranhar-se, e ultimamente optando por se cortar com uma tesoura. Para evitar ser descoberta, optou por se cortar sempre na mesma zona da pele, e aprendeu como atingir o efeito pretendido sem precisar de pontos. O repertório de formatos automutilantes começou a aumentar até incluir arrancar os próprios cabelos e comê-los, bem como bater em si própria e queimar-se.

O historial familiar indicava ser tumultuoso, e o irmão mais velho, o único com o qual gostava de estar, saiu de casa aos 18 anos e não regressou. De acordo com ela, falavam ao telefone de vez em quando. Já a mãe “usava linguagem parva” e embaraçava-a em público, enquanto o pai se limitava a discipliná-la levando machados para o quarto dela, atirando-a contra a parede e batendo-lhe de lado na cabeça com o punho até “ver estrelas”. Um ano após o início do tratamento o pai dela foi transferido para outro estado e deixou a Tammy e a mãe para trás, pelo que a mãe desistiu da terapia familiar mas ela continuou a frequentar as sessões individuais.

Tratamento

Após avaliação clínica, o tratamento incluiu medicação para o distúrbio obsessivo-compulsivo. O carácter ritualista do comportamento de acting-out, indicativo da força do hábito, teve que ser imediatamente trabalhado. Como se encontrava capaz de lidar com uma reestruturação cognitiva, esperava-se que respondesse bem a uma terapia familiar e individual com forte componente cognitivo-comportamental. A ansiedade também foi trabalhada, e grande parte do tratamento decorreu em torno dos comportamentos de automutilação e dos efeitos que tinham na vida dela, nomeadamente em termos de competências interpessoais.

Durante as primeiras sessões individuais, ela explicou que se tinha começado a cortar para parar os pensamentos negativos em relação a si própria. Os pais, particularmente a mãe, contribuíram para o stress dela sendo muito crítica, o que nos leva a que a família não se apercebeu que estes comportamentos automutilantes eram a sua forma de expressar a maneira como se sentia relativamente a si própria e ao mundo dela.

Numa das primeiras sessões de terapia familiar, descobriu-se que a Tammy tinha muitas dificuldades em comunicar, e quando as suas opções eram rejeitadas ela refugiava-se ainda mais, ferindo-se como forma de tentar ganhar algum controlo sobre a sua vida. Ao longo destas sessões, Tammy afirma que desde sempre se sentiu fora de controlo. Os pais sempre discutiram muito e aos gritos, e a Tamy sentiu-se culpada e desamparada, e a sua identidade não foi reforçada.

Durante a terapia individual, foi pedido à Tammy que identificasse padrões de comportamento nas respostas a perguntas como: “Que sentimentos te são mais desconfortáveis?”, “que sentimentos se traduzem mais rapidamente na necessidade de te automutilares?”, “que altura do dia e local te oferecem menos segurança?”, “quais os resultados imediatos da automutilação?”, “durante quanto tempo?” Identificar estes padrões deu à Tammy o sentimento de controlo sobre a sua situação, o que levou à substituição dos comportamentos auto-destrutivos por comportamentos mais saudáveis. Foi-lhe também perguntado quem era e quem gostaria de ser independentemente da família. As técnicas para ajudar a Tammy a incorporar o tempo entre a necessidade de se automutilar e agir sobre isso foi determinante. Ela identificou que precisava de sentir dor para se sentir no controlo e libertar alguns dos sentimentos negativos. As técnicas associadas a esta informação incluíram acções com o objectivo de substituir o comportamento por outro que desempenhasse a mesma função, tal como recorrer a marcadores para se “cortar” ou apertar um cubo de gelo para ter a

sensação de queimadura. Dois aspectos importantes do tratamento foram os de ajudar a Tammy a aumentar a tolerância aos efeitos adversos e aprender a atrasar a gratificação. Não se pretendeu que ela se visse livre fosse do que fosse, antes aceitasse os sentimentos desconfortáveis tais como a raiva e a tristeza. Foi-lhe pedido ainda que mantivesse um diário onde escrevesse os impulsos, os sentimentos associados, o que ela estava a tentar comunicar e as suas consequências.

No que diz mais uma vez respeito à terapia familiar, o enfoque foi dado a dinâmica familiar, especialmente as interações com a Tammy. Assim, esta família aprendeu sobre a automutilação, bem como respostas apropriadas ao comportamento da Tammy, mais especificamente o enfoque foi posto na expressão de stress emocional em vez de na acção de se automutilar.

A terapia continuou durante 6 anos, e o progresso foi gradual. As chaves foram a estruturação, segurança e consistência, e o reforço positivo sobre as acções positivas foi o primeiro passo para ajudar a Tammy a continuar a desenvolver técnicas de auto-monitorização para quebrar o ciclo.

Danos auto-inflingidos na pele na qualidade de comportamentos automutilantes: características, determinação e modalidades de tratamento: Descrição e estudo de caso (Deckersbach, T., 2003)

Este formato de automutilação caracteriza-se pela manipulação repetitiva, ritualista ou impulsiva que resulta em danos causados a nível da pele. Ocorre na ausência de uma condição dermatológica e faz-se acompanhar de níveis elevados de stress (Deckersbach, T., 2003).

Foi descrito pela primeira vez em 1875 por Wilson, que observou escoriações auto-inflingidas nos seus pacientes neuróticos. Trata-se de um comportamento relativamente comum que não se encontra restrito a populações psiquiátricas. Contudo aparenta ser um formato mais comum a mulheres do que a homens. Este formato de automutilação surge frequentemente na adolescência e tende a ser crónica.

Os indivíduos que recorrem a este comportamento tendem a usar os dedos ou unhas para tocar, arranhar, coçar beliscar ou espremer a própria pele. Contudo podem recorrer a pequenos instrumentos para causar danos na própria pele. As zonas mais comuns do corpo atingidas por este comportamento são a cara, a zona superior do corpo e extremidades como

braços e pernas. A duração destes episódios varia consideravelmente de indivíduo para indivíduo, e a severidade destas lesões varia de algumas a mais de 100 lesões, chegando em casos mais extremos a ocorrer desfiguração (Deckersbach, T., 2003).

As consequências cognitivas e sociais deste comportamento incluem elevada insatisfação aliada a preocupação profunda de poder ser descoberto, o que implica embaraço social e evitamento de situações sociais.

Ainda que mais de metade dos indivíduos que causam danos na própria pele reportem causar danos em pele saudável, muitos destes indivíduos aproveitam borbulhas, arranhões ou infecções para incorrer nos comportamentos automutilantes, e a frequência destes episódios tende a aumentar em situações sedentárias tais como ver televisão, estar ao telefone, a ler ou mesmo a conduzir (Deckersbach, T.,2003). Pode ocorrer inconscientemente ou em resultado de desregulação emocional, como em casos de tensão acumulada, nervosismo e frustração. Muitos indivíduos automutilantes relatam sentimentos de stress, tensão, raiva, aborrecimento, tristeza ou ansiedade enquanto factores precipitantes dos episódios de automutilação. Paradoxalmente, os casos mais severos de danos auto-inflingidos na pele ocorrem por parte de indivíduos com forte desejo de melhorar a aparência e perfeccionismo (Deckersbach, T.,2003). Informações fornecidas pelos indivíduos que se automutilam relativas à intensidade dos sentimentos antes, durante e depois do episódio automutilante indicam que os sentimentos de tensão diminuem no decorrer dos episódios, enquanto a satisfação e alívio aumentam. Durante os episódios, os indivíduos reportam que não conseguem parar até a pele sangrar, e os episódios são normalmente seguidos de sentimentos de vergonha, embaraço e culpa. Em relação a quadros psicopatológicos associados a este comportamento, foram identificados no contexto de atraso mental, distúrbio obsessivo-compulsivo, distúrbio de distorção corporal, distúrbios acentuados de humor, entre outros (Deckersbach, T.,2003). Também o uso de drogas pode acentuar a ocorrência deste formato de automutilação, uma vez que acentua as sensações táteis. Foi ainda associado este comportamento a distúrbios associados à impulsividade e regulação emocional (Deckersbach, T.,2003).

Avaliação

Ao contrário do que acontece com outras problemáticas, não existe nenhuma entrevista estruturada de diagnóstico disponível que permita a determinação standartizada para comportamentos automutilantes, nomeadamente os danos inflingidos na pele. Ainda assim, no

contexto da determinação da sua severidade e consequências psicossociais, foram criadas escalas específicas para o efeito.

A SPTS (Skin Picking Treatment Scale) é uma escala de 5 itens com base na Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-Bocs). Os itens determinam a intensidade da necessidade de causar dano a si mesmo, a frequência do comportamento, a sua duração, o controlo que o sujeito exerce sobre o comportamento e o grau de interferência com o funcionamento normal do sujeito. Cada item está cotado de 0 a 4, resultando num resultado total de 0 a 20 (Deckersbach, T.,2003).

Um outro instrumento desenvolvido foi o “Habit Questionnaire”, de Teng et al (2002), que consiste num questionário de auto-preenchimento de 5 itens que permite a determinação da frequência e duração de comportamentos repetitivos centrados no corpo (BFRBs). Neste questionário os indivíduos indicam “sim” ou “não” perante questões tais como se recorrem a morder a zona interna da boca, roer as unhas, causar danos na pele, etc. Para cada comportamento referido, os participantes indicam ainda a frequência com que ocorrem episódios, e há quanto tempo recorrem a estes comportamentos. Finalmente, os sujeitos especificam até que ponto estes comportamentos interferem como seu dia-a-dia (Deckersbach, T., 2003).

Tratamento

O recurso a fármacos (ex: fluoxetina) tem sido largamente apontado como tratamento para situações de automutilação sob a forma de danos inflingidos na própria pele, e estudos efectuados referem que esta poderá também constituir um tratamento eficaz de manutenção dos resultados.

Numa outra abordagem, a reversão de comportamentos tem sido sugerida como tratamento comportamental promissor para a automutilação, dada a sua eficácia no tratamento de comportamentos problemáticos habituais (Deckersbach, T.,2003). A reversão de comportamentos consiste em múltiplos componentes que incluem treino de competências da percepção de comportamentos habituais, treino de relaxamento para ajudar a reduzir a tensão, treino de resposta competitiva, onde os sujeitos aprendem a realizar movimentos incompatíveis com os comportamentos habituais, gestão de contingências, e por último treino de generalização para aprender a controlar comportamentos habituais em situações normais do dia-a-dia (Deckersbach, T.,2003).

Existem quatro casos na literatura que confirmam a eficácia da reversão comportamental no tratamento de casos de automutilação. Um estudo descrito por Rosenbaum e Ayllon (1981) reporta um tratamento bem sucedido de 4 pacientes cujo comportamento de se arranhar tinha complicado neurodermatites existentes. As componentes do tratamento envolveram auto-monitorização, treino de percepção e treino de respostas de competição. Como resultado, o comportamento alvo foi significativamente reduzido em 3 dos pacientes. Para o 4º elemento o comportamento foi reduzido 4 dias após o tratamento. Resultados de acompanhamento com a duração de 6 meses demonstraram que os arranhões foram eliminados para o paciente com o grau menos severo de automutilação e permaneceu em níveis baixos para os 3 outros pacientes.

Num segundo caso, Kent e Drummond (1989) recorreram também a técnicas de reversão no tratamento de um paciente que sofria de uma condição auto-inflingida na pele onde o sofrimento se fazia acompanhar de uma urgência de se arranhar em irritações reais ou imaginárias. Ela arranhava repetidamente a pele cerca de 2h por dia. Após um mês de aplicação da reversão comportamental, a frequência do comportamento automutilante diminuiu para 10 minutos diários, e as melhoras mantiveram-se após 4 meses de acompanhamento.

Encontram-se ainda presentes na literatura dois casos de tratamento comportamental que incluíram comportamentos de danos auto-inflingidos na pele sem complicações dermatológicas adjacentes. Twohig e Woods (2001) demonstraram que a reversão de hábitos reduziu substancialmente o comportamento automutilante em 2 pacientes do sexo masculino que recorriam a comportamentos de automutilação desde a infância. O tratamento consistiu numa reversão de hábitos simplificada e implementada durante uma sessão inicial de 1h e sessões adicionais de meia hora durante 2 a 3 semanas. Ambos os pacientes experienciaram uma diminuição acentuada na frequência dos comportamentos automutilantes (Deckersbach, T., 2003).

Num outro estudo, Deckersbach et al (2002) reportaram que o comportamento de causar danos na própria pele de 3 pacientes foi substancialmente reduzido no seguimento de um tratamento com recurso a uma terapia cognitivo-comportamental. O tratamento incluiu técnicas de reversão de hábitos aliadas a outras técnicas cognitivo-comportamentais. Também em casos de problemas relacionados com a regulação das emoções se pode recorrer à reversão de hábitos em associação com técnicas cognitivo-comportamentais de modulação dos afectos, o que nos estudos levados a cabo levou a que a frequência e intensidade dos comportamentos

automutilantes diminuisse perante a reversão de hábitos em associação com as outras técnicas referidas (Deckersbach, T.,2003).

Estudo de Caso (Deckersbach, T., 2003)

A.R. era uma mulher divorciada na casa dos 20 anos que compareceu no hospital para avaliação e tratamento da sua automutilação crónica, que consistia em danos auto-inflingidos na pele. A sua primeira memória de automutilação data de aproximadamente 14 anos atrás, quando começou a aperceber-se do número crescente de pontos negros na cara. Começou então a arranhar-se e a espremer os poros com os dedos e as unhas e a cara tornou-se vermelha e inflamada, o que a fez disfarçar o resultado com maquilhagem. Durante as semanas seguintes, recorda que continuou a tentar desobstruir os poros repetidamente, tratando a cara com álcool e maquilhagem. Relata que a cara lhe foi ocupando os pensamentos cada vez mais, ao ponto de ficar ansiosa por ver no espelho o estado da cara, repetindo o ciclo de automutilação da face. Rapidamente as acções de arranhar e espremer a cara e cobrir o efeito com maquilhagem se tornou parte da rotina diária, e apesar de os episódios terminarem frequentemente em sangramento, afirma que se encontrava demasiado envergonhada para ir a um dermatologista. Também em público se foi tornando progressivamente mais consciente dos estragos da pele, o que a fez sentir-se socialmente ansiosa e insegura.

Aquando da primeira avaliação, a A. R. Foi avaliada por intermédio da Structured Clinical Interview (DSM-IV), o Skin Picking Inventory (SPIS) e uma avaliação funcional da sua automutilação em específico. Por altura da avaliação psiquiátrica, não se encontrava medicada e não havia histórico de tratamento para o problema da automutilação. A sua pele parecia saudável à excepção de pequenas imperfeições resultantes de episódios anteriores de automutilação. A avaliação revelou que ela se concentrava na zona do queixo e bochechas, nomeadamente em zonas com pontos negros, cicatrizes, bem como de pele saudável. Os episódios terminavam frequentemente quando a pele se encontrava inflamada ou a sangrar.

Progressivamente, onde numa fase inicial os episódios de automutilação reduziam a ansiedade, os efeitos na pele começaram a desencadear níveis elevados de ansiedade e pensamentos de que estaria a arruinar a pele. A este quadro seguiam-se sentimentos de vergonha intensa e culpa, o que a levava a tentar cobrir os danos com maquilhagem. Quando era bem sucedida, tal resultava em sentimentos de alívio, mas também de medo da forma que

a cara apresentava debaixo da maquilhagem. Isto levava a que retirasse a maquilhagem, o que se desenrolava frequentemente em novos episódios de automutilação. A paciente acrescentou ainda que este ritual se tornou também numa forma de regular as emoções tais como a frustração, tristeza ou ansiedade. A automutilação desempenhava assim para ela uma função redutora de tensões acumuladas. Descreve ainda que, a determinada altura, dava por si inconscientemente a coçar a cara, e foi incapaz de identificar os sentimentos que precediam estes episódios. Antes do tratamento, ela reportou 15 a 20 episódios diários, com uma duração de até 5 minutos cada. Em frente do espelho os episódios ocorriam 2 a 3 vezes por dia, e duravam aproximadamente 30 minutos. De acordo com os instrumentos de avaliação utilizados, o resultado reflectia uma severidade moderada e um impacto psicossocial também moderado do comportamento. Ainda de acordo com os resultados da avaliação, houve indicação de insatisfação severa com a aparência.

A terapia consistiu em oito sessões semanais individuais de 60 minutos cada, e incluiu vários componentes de tratamento: auto-monitorização e treino de consciencialização, treino de resposta competitiva, psicoeducação, treino perceptual, reestruturação cognitiva aliada a experiências comportamentais e ainda treino de regulação emocional. Partiu-se do pressuposto de que a automutilação desta mulher poderia ser facilmente reduzida por auto-monitorização, treino de consciencialização e respostas alternativas. Durante as sessões, o terapeuta alertou a A.R. quando o seu braço se dirigia para a sua face ou pescoço, e com a ajuda profissional ela conseguiu identificar as sensações associadas ao movimento do braço (treino de consciencialização). Iniciou também um diário de automutilação, anotando de cada vez que recorria a este comportamento. Começou ainda a recorrer a uma técnica de replay para tomar consciência das sensações envolvidas aquando da movimentação em direcção às zonas afectadas, de forma a que pudesse reconhecer os sintomas previamente em situações futuras. Serviu-se ainda do diário para identificar despoletadores situacionais dos episódios de automutilação e começou a recorrer a respostas alternativas. Numa fase inicial do tratamento, começou ainda a ser objecto de uma psicoeducação de forma a compreender a diferença entre a sua aparência actual e a sua imagem corporal subjectiva. Assim, começou a olhar-se ao espelho de diferentes distâncias e compreendeu que se encontrava frequentemente muito perto do espelho quando os episódios de automutilação tinham lugar. Observando-se a si própria durante a acção de se maquilhar, compreendeu ainda que o estímulo táctil desencadeava também frequentemente os episódios de automutilação, e começou a tomar consciência dos momentos em que começava a focar a atenção sobre determinado ponto da cara. Nestas

alturas começou a praticar o recurso a respostas alternativas. Durante este processo, foi instruída a praticar a respiração com o diafragma de forma a diminuir os efeitos da ansiedade durante o recurso a respostas alternativas. Resolveu ainda, quando a urgência em se automutilar se tornava difícil de suportar, sair da casa de banho até se acalmar um pouco. Em conjunto com o terapeuta, determinou limites para o tempo passado em frente ao espelho, nomeadamente de manhã e antes de sair de casa. (controlo de estímulo e prevenção de resposta). Assim, quando sentia urgência em se automutilar, recorria à respiração diafragmática e técnicas de relaxamento para modular a urgência e saía de casa para um passeio de cada vez que a urgência ameaçava fazê-la perder o controlo (técnicas de regulação emocional). Aprendeu ainda a identificar e desafiar pensamentos distorcidos acerca da sua imagem e que criavam ansiedade e optou ainda por questionar os outros acerca da sua cara (experiência comportamental). Compreendeu que as outras pessoas não se apercebiam das imperfeições da pele, e que no geral achavam a sua cara atraente. Estas ferramentas ajudaram-na a tolerar a frustração e sentimentos de ansiedade.

No decorrer do tratamento, a frequência dos episódios de automutilação diminuiu, seguida por melhorias na regulação emocional associada aos episódios. Os episódios associados às tentativas de melhorar a aparência diminuíram a um ritmo mais lento. Após 7 sessões, ela referiu que os episódios automutilantes tinham diminuído para menos de 3 por dia, e que a necessidade de se automutilar em frente do espelho tinha diminuído drasticamente.

Por motivo de mudança de cidade, o tratamento numa base regular não pôde ser mantido, mas uma visita após 3 meses determinou que a recuperação permaneceu estável.

Discussão

Este caso ilustra uma redução do comportamento automutilante numa paciente com comportamentos de automutilação moderadamente severa aliada a uma distorção de imagem corporal, e as melhorias verificaram-se mediante o recurso a reversão selectiva de hábitos em conjunto com elementos tradicionais de terapia cognitivo-comportamental. Esta paciente recorreu à automutilação numa tentativa de melhorar a sua aparência e para regular emoções, e ainda por hábito.

Este caso demonstra que pacientes respondem à terapia cognitivo-comportamental apesar de terem longo historial de comportamentos automutilantes e outros sintomas psiquiátricos.

Resumindo, as técnicas cognitivo-comportamentais oferecem estratégias promissoras para a eficácia do tratamento de automutilação.

Conclusão

O presente trabalho de investigação teve por objectivo primeiro, de acordo com a literatura disponível, a reunião e enquadramento teórico de informação relativa ao conceito de automutilação e fornecimento de uma plataforma de compreensão no campo da definição, gestão e tratamento associados a este conceito.

A prevalência deste comportamento nos diversos quadros psiquiátricos resulta da exteriorização de todo um padrão de angústias internas que o sujeito faz esforços desesperados por aliviar, nomeadamente associado a sentimentos de insegurança, desespero e impotência, que não encontra maneira de expressar. Isto leva a que se sinta vulnerável e tremendamente fragilizado face a um meio externo que se apresenta doloroso e ameaçador. Assim, perante a incapacidade marcada na gestão das emoções internas e na comunicação satisfatória desses estados internos disruptivos, o sujeito encontra nos comportamentos de automutilação o seu ponto de fuga, na medida em que o recurso a estes comportamentos demonstrou proporcionar a ilusão de algum controlo, bem como a diminuição temporária das angústias internas e estados elevados de ansiedade. A dor física parece criar pontos de alívio para a pressão, como se o sofrimento interno pudesse apenas ser exteriorizado por intermédio destas flagelações, janelas de saída para angústias que não podem ser descritas e encontram nesta via forma de se expressar.

Na gestão deste comportamento é necessário, numa primeira fase, inseri-lo em possíveis quadros psicopatológicos, de forma a poder restringir as possíveis causas e motivações do sujeito de acordo com o diagnóstico possível de outras perturbações. De seguida pretende-se identificar as funções desempenhadas por este comportamento na vida do sujeito, e consequentemente identificar os elementos internos e externos que propiciam a ocorrência dos episódios. É ainda fundamental ter em atenção o/ os formatos em que a automutilação ocorre, bem como a dimensão das lesões, elementos que irão contribuir fortemente para a escolha do tratamento mais adequado a cada situação em específico.

Obtidos estes elementos por intermédio de uma avaliação e análise exaustivas dos parâmetros descritos por intermédio de instrumentos destinados ao efeito (nomeadamente entrevistas estruturadas, questionários e aplicação de escalas específicas), são determinadas e

implementadas estratégias de intervenção selecionadas com base também na premissa de não ameaçar o já fragilizado ambiente interno do sujeito, por intermédio de técnicas e procedimentos que lhe permitam reeducar-se gradualmente por recurso a alternativas mentais e comportamentais que lhe permitam substituir ao longo do tempo os comportamentos disruptivos por outros que possam desempenhar as mesmas funções de equilíbrio interno desempenhadas pelos comportamentos automutilantes. Neste contexto surge o modelo cognitivo-comportamental, que vai exercer influência nestes sujeitos aos níveis da reeducação dos pensamentos geradores de comportamentos automutilantes, e também sob a forma de implementação de comportamentos alternativos à flagelação que contribuam na mesma medida para o restabelecimento do equilíbrio interno do sujeito.

Na medida em que apenas elementos especializados poderão operar estas alterações e percorrer todo o processo com o sujeito automutilante, é necessário que a comunidade clínica e de investigação colabore no sentido da uniformização de conceitos associados a esta problemática, bem como na implementação de meios de informação e educação de profissionais habilitados a gerir e acompanhar estes sujeitos, evitando posturas de impulsividade ou repulsa, que são passíveis de criar no sujeito automutilante sentimentos de culpa, vergonha ou reactividade, e consequentemente aumentam os níveis de ansiedade e possam contribuir para o agravamento dos sintomas.

Referências Bibliográficas

- Allen, S. (2007). Self-harm and the words that bind: a critique of common Perspectives. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 172-178.
- Armey, M. & Crowther, J. (2008). A comparison of linear versus non-linear models of aversive self-awareness, dissociation and non-suicidal self-injury among young adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (1), 9-14.
- Bigard, M. & Rapaport, R. (2006). Therapeutic community principles guide systemic responses to student self-injurious behavior. *Journal of College Counseling*, 9,79.
- Brown, L. & Bryan, T. (2007). Feminist therapy with people who self-inflict violence. *Wiley Periodicals*, 63, 1121-1133.
- Deckersbach, T. et al (2003). Self-injurious skin picking: clinical characteristics, assessment methods and treatment modalities. *Department of Psychiatry at Massachusetts General hospital and Harvard medical school*.
- Ernst, M. (2000). Commentary: considerations on the characterization and treatment of self-injurious behavior. *Journal of autism and developmental disorders*, 30 (5).
- Fischer, S. et al (1997). Noncontingent delivery of arbitrary reinforcers as treatment for Self-injurious behavior. *Journal of applied behavior analysis*, 30, 239-249.
- Gratz, K. (2007). Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury. *Journal of Clinical Psychology*.

- Gratz, K. & Chapman, A. (2007). The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male undergraduates. *Psychology of Men & Masculinity, American Psychological Association*, 8, 1, 1-14, 1524-9220.
- Haw, C, et al (2002). Deliberate self harm patients with depressive disorders; treatment and outcome. *Journal of affective disorders*, 70, 57-65.
- Healey, J. et al (2001). Extended analysis and treatment of self-injurious behavior. *Behavioral Intervention*, 16, 181-195.
- Heath, N. et al (2008). An examination of nonsuicidal self-injury among college students. *Journal of Mental Health Counseling*, 30, 137-156.
- Iwata, B. et al (1999). Side effects of extinction prevalence of bursting and aggression During the treatment of self-injurious behavior. *Journal of applied behavior analysis*, 32, 1-8.
- Kam-Shing, Y. (2006). A strengths perspective in working with an adolescent with self-cutting behaviors. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 23, 2.
- Klonsky, E. (2007). Non-suicidal self-injury: an introduction. *Journal of Clinical Psychology*. 63, 1039-1043.
- Klonsky, E. & Olino, M. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: a latent class analysis. *Journal of Counseling and Psychology, American Psychological Association*, 76, 1, 22-27.
- Levy, K., Yeomans, F. & Diamond, D. (2007). Psychodynamic treatments of self-injury. *Weill Medical of Cornell University*, 63, 1105-1120.
- Leatham, V. (2004). Bloodletting: a memoir of secrets, self-harm and survival. *Allen & Unwin Publications*.

- Marchetto, M. (2006). Repetitive skin-cutting: parental bonding, personality and gender. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, 445-459.
- Matthew, K., Teper, R. & Hollander, M. (2007). Psychological treatment of self-injury among adolescents. *Wiley Periodicals*, 63, 1081-1089.
- Matthew, K. & Mendes, W. (2008). Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology. American Psychological Association*, 76, 1, 28-38.
- O'Donovan, A. (2007). Pragmatism rules: the intervention and prevention strategies used by psychiatric nurses working with non-suicidal self-harming individuals. *Journal of Psychiatric and mental Health Nursing*, 14, 64-71.
- O'Reilly, M. (1996). Assessment and treatment of episodic self-injury: a case study. *Research in developmental disabilities*, 17 (5), 349-361.
- Perseus, K. et al (2003). Treatment of suicidal and deliberate self-Harming patients with borderline personality disorder using dialectical behavioral therapy: the patients and the therapists perceptions. *Archives of psychiatric nursing*, XVII (5), 218-227.
- Prinstein, M. (2008). Introduction to the section on suicide and nonsuicidal self-injury: a review of unique challenges and important directions for self-injury science. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (1), 1-8.
- Roberts-Dobie, S. & Donatelle, S. (2007). School counselors and student self-injury. *Journal of Science Health*, 77, 257-264.
- Sansone, R. et al (2007). A naturalistic study of the relationship between self-harm Behaviors and axis I diagnostic groupings among inpatients. *International Journal of Psychiatry in clinical Practice*, 11 (1), 73-75.

- Simpson, A. (2006). Can mainstream health services provide meaningful care for people who self-harm? a critical reflexion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 429–436.
- Stone, J. et al (2003). Self-injurious behavior: a bi-modal treatment approach to working with adolescent females. *Journal of mental health counseling*, 25 (2), 112-125.
- Straker, G. (2006). Signing with a scar: understanding self-harm. *Psychoanalytic Dialogues*, 16(1), 93–112.
- Teper, M. & Hollander, M. (2007). Psychological Treatment of Self-Injury among adolescents. *Journal of Clinical Psychology. Wiley Periodicals*, 63, 1081-1089.
- Walsh, B. (2007). Clinical assessment of self-injury: a practical guide. *The Bridge of Central Massachusetts, Wiley Periodicals*.
- Welch, S. et al. (2008). Emotional responses to self-injury imagery among adults with borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, (1), 45–51.
- Williams, L. et al. (2006). Missing links in borderline personality disorder: loss of neural synchrony relates to lack of emotion regulation and impulse control. *Journal of Psychiatry Neuroscience*, 31(3), 181-8.
- Yang, L. (2003). Combination of extinction and protective measures in the treatment of Severely self-injurious behavior. *Behavioral interventions*, 18, 109-121.
- Yip, K. (2006). A strengths perspective in working with self-cutting behaviors. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 23, 2.
- Zanarini, M. (2008). The 10-year course of physically self-destructive acts reported borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatrica Scand 2008, Journal Compilation*.

ANEXOS

Anexo 1 – Tabela descritiva do historial de Automutilação

<p>I – Histórico da automutilação; Data de início; Formas de automutilação; Funções; nº de flagelações por episódio; Frequência dos episódios; Duração por episódio; Duração do problema; áreas do corpo afectadas; Extensão de danos físicos; outras formas de automutilação.</p>
<p>II – Detalhes de automutilação recentes; Formas de automutilação; Funções; nº de flagelações; Dimensão temporal; Extensão de dano físico; área corporal afectada; padrão das flagelações; recurso a ferramentas; localização física; Contexto social.</p>
<p>III – Antecedentes: históricos, ambientais, biológicos, cognitivos, afectivos e comportamentais.</p>
<p>IV – Consequências ambientais, biológicas, cognitivas, afectivas, comportamentais.</p>
<p>V – Outros detalhes.</p>

Anexo 2 – Questionário diário/ semanal de Automutilação

Nome: _____

Semana: _____

De: _____

Categoria	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Antecedentes ambientais							
Antecedentes de elementos biológicos							
Antecedentes (pensamentos, sentimentos, comportamentos)							
Nº de Flagelações							
Hora de início do episódio							
Hora de término							

Anexo 3 – Tabela de conteúdos da terapia de regulação emocional com base na aceitação

Conteúdo dos Módulos da Terapia de Grupo de Regulação das Emoções	
Semana 1	Função do comportamento deliberado de automutilação
Semana 2	Função das emoções
Semanas 3 e 4	Consciência emocional
Semana 5	Emoções primárias vs secundárias
Semana 6	Emoções claras vs turvas
Semanas 7 e 8	Evitamento emocional/ indisposição vs aceitação emocional/ disposição
Semana 9	Estratégias de não evitamento na regulação das emoções
Semana 10	Controlo dos impulsos
Semanas 11 e 12	Direcções significativas
Semanas 13 e 14	Comprometimento com as acções significativas

Anexo 4 – Exemplos de Síndromas com ocorrência de Comportamentos de Automutilação

Alguns Síndromas com Automutilação
Autismo
Atraso Mental
Síndrome de Tourette
Tricotilomania
Distúrbio Obsessivo-Compulsivo
Distúrbio Borderline de Personalidade
Depressão
Síndrome de Lesch-Nyhan
Síndrome de Cornelia De Lange
Síndrome de Prader-Willi

Anexo 5 – Dimensões de Classificação de Automutilação

Dimensões de Classificação do comportamento de Automutilação				
Dimensões	Auto-estimulação: pancadas com a cabeça, autismo.	Tiques: pancadas com a cabeça, Síndrome de Tourette.	Comportamentos aprendidos: cortes na pele, Distúrbio Borderline de Personalidade.	Compulsão: morder os lábios, Neschlyhan.
Simplex/ Complexo	Simplex	Simplex	Complexo	Simplex
Consciente/ inconsciente	inconsciente	Consciente	Consciente	Consciente
Voluntário/ involuntário	voluntário	involuntário	voluntário	ambos
Operante/ inoperante	Operante	operante	inoperante	operante
Relacionado com o stress/ independente do stress	Independente do stress	ambos	Dependente do stress	Ambos
Doloroso/ não doloroso	Não doloroso	doloroso	ambos	doloroso
Emocional/ não emocional	Não emocional	Não emocional	emocional	ambos
Aumenta o stress/ reduz o stress	Redução do stress	ambos	Redução do stress	Aumento do stress
Agressividade/ não agressividade	variável	variável	variável	agressividade
Regular/ esporádica	regular	esporádica	esporádica	ambos

