

# 1. O que é automutilação?

## 1.1 O diagnóstico de automutilação

A automutilação não é um tema exatamente novo, como veremos mais adiante, embora a maioria das pessoas tenha ouvido falar de casos de pessoas que se machucam de propósito apenas recentemente.

Os estudos médicos indicam que nos últimos anos essa prática vem aumentando, em especial entre o público adolescente, tanto em meninas como em meninos.

Não é difícil comprovar esse fato. Existem páginas nas redes sociais e até grupos de Whatsapp, em que pessoas muito jovens postam fotos dos ferimentos que causam a si próprios, enquanto centenas de outros “dão *like*” na publicação. O que será que isso significa? Que gostaram? Que apoiam? Que fazem o mesmo?

Séries de televisão que tratam do assunto e desafios espalhados nas redes sociais que estimulam jovens a se automutilar têm aumentado o interesse da mídia sobre o tema, assim como a preocupação dos pais com o suicídio e a automutilação.

Com esse panorama, muitas vezes dramático, é necessário definir o que chamamos de automutilação.

A automutilação é um problema emocional caracterizado por comportamentos propositais que envolvem agressões diretas ao próprio corpo, mas sem a intenção de cometer suicídio. A intenção da automutilação é aliviar algum sofrimento emocional, sentimentos de raiva, tristeza, angústia, “vazio interno”. Emoções sentidas de forma muito intensa, “insuportáveis” fazem com que a pessoa se mutila para sentir alívio dessas sensações.

Esse comportamento pode ser repetitivo: em um único episódio de automutilação, o indivíduo pode se ferir mais de 50 vezes. As lesões

são quase sempre superficiais e geralmente feitas em pontos de fácil acesso, como braços, pernas, tórax e abdômen. Lesões mais graves podem acontecer, mas a intenção inicial é sempre de fazer lesões superficiais. Diferentemente do que se imagina, essas lesões são indolores ou acompanhadas de dor de leve intensidade.

Existem diversas “técnicas” de automutilação e as mais comuns são os cortes superficiais com estiletos, giletes ou tesouras, queimaduras de cigarro, arranhões e mordidas. Cacos de vidro, pedaços de metal, lâminas de apontador de lápis, ou seja, qualquer objeto cortante pode ser utilizado para a realização das lesões.

Há casos de jovens que batem partes de seus corpos (cabeça, braços, mãos) contra paredes e outros que cutucam feridas (às vezes com agulhas) para aumentar a lesão e provocar sangramentos. Algumas pessoas têm rituais bastante planejados, enquanto outras agem de modo mais impulsivo.

O comportamento de mutilação se dá geralmente de modo solitário e secreto, pois geralmente a intenção não é mostrar para amigos ou familiares. Portanto, essas pessoas costumam usar calças compridas e mangas longas, para esconder os ferimentos, mesmo em dias de calor intenso.

Em geral, esse comportamento surge na adolescência, entre os 13 e os 14 anos de idade, e perdura por um período de 10 a 15 anos ou mais, chegando a décadas, se não houver tratamento adequado.

É importante lembrar, porém, que pode ocorrer em pessoas de qualquer idade e iniciar-se em qualquer momento da vida adulta.

O motivo pelo qual esses comportamentos surgem ou persistem serão discutidos ao longo deste livro. Uma das razões para sua persistência está relacionada à presença de outros problemas psiquiátricos associados.

A automutilação foi incluída na 5ª edição do *Manual diagnóstico e estatístico* da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2014), e é definida como “Autolesão Não Suicida”, segundo os critérios apresentados na Tabela 1. Anteriormente, a automutilação era definida como “Outros Transtornos dos Hábitos e Impulsos” ou considerada como um sintoma de transtorno de personalidade *borderline*.

**Tabela 1.**

**Critérios propostos para o diagnóstico de “Autolesão não suicida” (automutilação).**

A. No último ano, o indivíduo se engajou, em cinco ou mais dias, em dano intencional autoinfligido à superfície de seu corpo, induzindo sangramento, contusão ou dor (por exemplo, cortar, queimar, furar, bater, esfregar excessivamente), com a expectativa de que a lesão levasse somente a um dano físico menor ou moderado (por exemplo, não há intenção suicida).

Nota: A ausência de intenção suicida foi declarada pelo indivíduo ou pode ser inferida por seu engajamento repetido em um comportamento que ele sabe ou aprendeu que provavelmente não resultará em morte.

B. O indivíduo se engaja em comportamentos de autolesão com uma ou mais das seguintes expectativas:

1. Obter alívio de um estado de sentimento ou de cognição negativos.
2. Resolver uma dificuldade interpessoal.
3. Induzir um estado de sentimento positivo.

Nota: O alívio ou resposta desejada é experimentado durante ou logo após a autolesão, e o indivíduo pode exibir padrões de comportamento que sugerem uma dependência em se envolver neles repetidamente.

**Tabela 1. (continuação)**

C. A autolesão intencional está associada a pelo menos um dos seguintes fatores:

1. Dificuldades interpessoais ou sentimentos ou pensamentos negativos, como depressão, ansiedade, tensão, raiva, angústia generalizada ou autocrítica, ocorrendo no período imediatamente anterior ao ato de autolesão.
2. Antes do engajamento no ato, um período de preocupação com o comportamento pretendido, que é difícil de controlar.
3. Os pensamentos sobre a autolesão ocorrem frequentemente, mesmo quando não é praticada.

D. O comportamento não é socialmente aprovado (por exemplo, *piercing*, tatuagem, parte de um ritual religioso ou cultural) e não está restrito a arrancar casca de feridas ou roer as unhas.

E. O comportamento ou suas consequências causam sofrimento clinicamente significativo ou interferência no funcionamento interpessoal, acadêmico ou em outras áreas importantes do funcionamento.

F. O comportamento não ocorre exclusivamente durante episódios psicóticos, *delirium*, intoxicação por substâncias ou abstinência de substância. Em indivíduos com transtorno do neurodesenvolvimento, o comportamento não faz parte de um padrão de estereotípias repetitivas. O comportamento não é mais bem explicado por outro transtorno mental ou condição médica (por exemplo, transtorno psicótico, transtorno do espectro autista, deficiência intelectual, síndrome de Lesch-Nyhan, transtorno do movimento estereotipado com autolesão, tricotilomania (transtorno de arrancar o cabelo), transtorno de escoriação (*skinpicking*/dermatotilexomania).

**Fonte: APA (2014).**

## 1.2 Qual é a diferença entre automutilação e procedimentos estéticos?

A automutilação não é um comportamento socialmente aceito, não tem função estética nem é um elemento de identidade pessoal.

Tatuagens, *piercings* e alargadores, modificações corporais e escarificações estéticas são procedimentos estéticos que os indivíduos buscam para adornar-se, diferenciar-se, expressar que fazem parte de um grupo ou de uma corrente ideológica.

Um aspecto interessante é que a automutilação, por definição, é algo que o indivíduo faz com seu próprio corpo, enquanto procedimentos estéticos, como tatuagens e *piercings*, são realizados por outra pessoa, na maioria das vezes. Apesar disso, as pessoas que se mutilam referem a mesma sensação de alívio se um terceiro feri-las, o que mostra que o alívio dos sentimentos ruins é a lesão provocada na pele, independentemente de quem a provoca.

Outra diferença importante é o comportamento aberto do indivíduo a respeito dos procedimentos realizados em seu corpo: exhibe a tatuagem ou o *piercing*, fala do processo (se foi doloroso ou não) e de seu projeto futuro de fazer outras modificações corporais. Percebe-se um comportamento de exibição, orgulho e socialização desses procedimentos. Essas exhibições das lesões não acontecem na automutilação. Ao invés da exibição que acontece com as tatuagens, as cicatrizes da automutilação são cobertas, escondidas e, na maioria das vezes, acompanhadas por sentimentos de vergonha e arrependimento.

Eventualmente, é possível encontrar alguns jovens em que os dois tipos de comportamento se associam. Nesses casos, é importante investigar as sensações relacionadas às tatuagens. Muitas vezes, as pessoas que estão tentando parar com a automutilação acabam fazendo tatuagens em seu corpo, como uma forma modificada de automutilação. Essas pessoas podem não perceber que tal mudança de comportamento tem o mesmo objetivo da automutilação.

Na Alemanha, um estudo recente enviou um questionário a 432 leitores da revista *Tätowier Magazin*, especializada em *piercings*, tatuagens e modificações corporais, com perguntas sobre automutilação. Desse total, 119 responderam que praticavam automutilação quando crianças e adolescentes, ou seja, 27%, contra 0,75% da população geral alemã, afirmou praticar automutilação.

Dos 119 leitores, muitos disseram que os procedimentos estéticos foram uma forma de superar problemas emocionais e parar de se mutilar, outros mantinham os dois procedimentos.

### **1.3 A difícil fronteira entre normalidade e doença**

Não apenas na questão da automutilação, as fronteiras existentes entre saúde e doença são por vezes difíceis de se estabelecer.

A medicina trabalha com um modelo chamado de categorial, no qual há uma clara divisão entre duas categorias: o que é saúde e o que é doença.

Não existe meia gravidez, embora, obviamente, a gravidez não constitua uma doença: ou se está, ou não se está grávida.

Não existe, conseqüentemente, um meio tumor, uma meia pneumonia, assim como não existe uma meia alucinação ou um meio ataque de pânico.

Porém, em algumas situações clínicas, o diagnóstico que divide em categorias bem estanques e precisas o que é doença do que não é doença não resolve situações-limite.

Enquanto os estudos que mostram alterações químicas e anatômicas no cérebro não oferecem todas as respostas sobre os mecanismos causadores, os aspectos ligados a comportamentos-limite devem ser entendidos e abordados de outra forma.

1. O comportamento causa sofrimento?
2. O comportamento oferece risco para a saúde?
3. O comportamento causa prejuízo nas relações pessoais, familiares, na escola ou no trabalho?

Um critério da filosofia e da psicologia existencialista é a liberdade de escolha. Utilizando-o nessa situação, é possível dizer que aquela pessoa ou aquele jovem detém a liberdade de escolher entre se cortar ou não? Não, não tem. Essas pessoas dirão que não conseguem se controlar ou parar esse comportamento, mesmo lutando e sofrendo.

Um número grande de pessoas que se mutila tem outras doenças psiquiátricas associadas, como mencionado anteriormente.

O termo comorbidade significa a presença simultânea de mais de uma doença em uma pessoa, o que não significa necessariamente alguma relação causal ou de dependência dessas doenças entre si.

A comorbidade com outras doenças psiquiátricas é muito comum na automutilação. Diferentes estudos que avaliaram pacientes adultos que procuraram tratamento tendo como principal queixa a automutilação mostraram que a grande maioria apresentava alguma comorbidade. Também é comum esses pacientes apresentarem mais comorbidades, além da automutilação.

A Tabela 2 mostra as comorbidades mais frequentemente apresentadas pelos pacientes que se automutilam.

**Tabela 2.**

**Comorbidades frequentemente encontradas em pessoas que apresentam automutilação.**

Transtorno depressivo	Transtorno de personalidade <i>borderline</i>
Transtorno de ansiedade	Transtorno de personalidade histriônica
Transtorno de conduta	Transtorno de personalidade antissocial
Transtorno opositivo desafiador	Transtorno de personalidade dependente
Transtorno dissociativo	Transtorno de personalidade narcisista
Transtorno de estresse pós-traumático	Transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva
Transtorno obsessivo-compulsivo	
Transtornos alimentares	
Transtorno dismórfico corporal	
Transtorno devido ao uso de substâncias	
Transtorno explosivo intermitente	
Cleptomania	
Compras compulsivas	
Dependência de internet	

Fonte: elaborada pelos autores.



Os diagnósticos mais comuns são: depressão (92,5%), transtorno obsessivo-compulsivo (57,5%), transtorno de estresse pós-traumático (40%), ansiedade (37,5%) e problemas alimentares (25%), como anorexia ou bulimia nervosa.

Pacientes com automutilação apresentam com maior frequência transtorno explosivo intermitente (30%), compras compulsivas (30%), e dependência de internet (15%), se forem considerados outros transtornos que apresentam como principal característica o controle da impulsividade.

Quanto à frequência de transtornos de personalidade, diferentemente do que antes se imaginava, o transtorno de personalidade *borderline*, não é o mais comum entre pessoas que se mutilam. Um estudo mostrou que 62,5% dos pacientes que se automutilavam apresentavam algum tipo de transtorno de personalidade. O transtorno de personalidade mais prevalente entre os pacientes foi de personalidade obsessivo-compulsiva, seguido pelo de personalidade histriônica (22,5%) e transtorno de personalidade *borderline* (15%).

Vários estudos têm demonstrado também a associação com uso de drogas, principalmente maconha, por adolescentes e jovens que se automutilam. Nesses estudos foi extremamente comum os pacientes apresentarem dois ou mais diagnósticos psiquiátricos.

## 1.4 Histórico

Embora o comportamento de automutilação aparentemente tenha crescido na atualidade, as descrições de pessoas que a praticam não são novas.

No século XIX, psiquiatras franceses descreviam a automutilação como um sintoma ligado ao que denominavam de “monomania religiosa”: um

tipo de obsessão religiosa que ocorreria particularmente em mulheres. No entanto, o conhecimento psiquiátrico ao longo dos anos não conseguiu provar como válido esse diagnóstico de monomania religiosa, e a leitura dos casos relatados na época levaria a diagnósticos bastante variados nas classificações mais recentes.

Nos anos 1830, alguns membros da sociedade médica inglesa chegaram a debater se os homens judeus circuncidados poderiam ser considerados cidadãos britânicos, em função da circuncisão.

Como um tipo cultural de mutilação, a circuncisão serviu de debate travestido de problema médico, quando de fato encobria outra questão, a do antissemitismo.

Charles Darwin, em seu livro *A descendência do homem e seleção em relação ao sexo*, de 1871, afirma que o fenômeno da automutilação é um achado universal, mas associa-o às sociedades e aos homens muito primitivos.

Mutilações e autoflagelo ligados às mais diferentes religiões e cultos não são incomuns há muitos séculos.

Em uma tribo da Indonésia, as mulheres amputam um dos dedos a cada morte de um dos familiares, como meio de satisfazer os ancestrais.

No *Ashura*, evento islâmico reconhecido por muçulmanos de todo o mundo que celebra o martírio de Husayn ibn Ali (ou Imam Hussein), neto do profeta Maomé, ocorre um ato de autoflagelação assustador.

A história conta que Hussein e seus companheiros foram repetidamente atingidos na cabeça por punhais de seus inimigos na Batalha de Karbala, no século VII, e, depois de mortos, o sangue deles foi derramado sobre as ruas muçulmanas. Como forma simbólica de absolver o pecado e lamentar o fato de que eles não estavam presentes para salvar Hussein, centenas de homens derramaram seu próprio sangue com batidas de facão na cabeça.

Atos de autoflagelação na Igreja Católica se iniciaram entre os séculos XIII e XIV e, embora seguidamente proibidos após alguns séculos, ainda costumam ser praticados.

Nos países mediterrâneos e, em particular, nas Filipinas, na época da quaresma, ocorrem manifestações de autoflagelação. Há indícios de que algumas ordens católicas, como a das freiras carmelitas, a dos irmãos e irmãs franciscanos da Imaculada Conceição, com aprovação da Santa Sé, ainda mantenham alguns rituais de autoflagelação.

Membros da Prelazia da Santa Cruz, mais conhecida como Opus Dei, fazem uso habitual do cilício – uma espécie de cinto, cordão ou correntes de ferro cheio de pontas –, que é colocado diretamente sobre a pele, como instrumento de mortificação e penitência.

## **1.5 Quão difundidos são os comportamentos automutilatórios?**

Como apresentado, a automutilação é mais frequente entre adolescentes e o número de casos vem aparentemente aumentando nas últimas décadas. Usamos aqui o termo “aparentemente” (antes utilizávamos “provavelmente”) como um sinal de cautela, pois os estudos não são totalmente conclusivos.

Não resta dúvida de que mais jovens têm buscado ajuda especializada e exibido comportamentos de automutilação na mídia e nas redes sociais. No entanto, é muito difícil falar de estatísticas quando se lida com comportamentos que ocorrem de maneira secreta e tendem a ser ocultados.

Uma análise estatística levantada no Reino Unido, em 2014, demonstrou um aumento de 70%, em relação aos dois anos anteriores, na

busca de tratamento especializado em automutilação para crianças entre 10 e 14 anos.

Em um estudo com a população americana, realizado em 1998, a frequência de automutilação foi estimada em 4%. Outra pesquisa feita no mesmo país, em 2011, revelou uma frequência maior: 6% da população praticou automutilação pelo menos uma vez na vida, e 1% praticou a automutilação por dez vezes ou mais. Nesse estudo, a frequência de automutilação “na vida” foi notavelmente mais alta quando considerada a população com menos de 30 anos (19%), sugerindo uma maior presença desse comportamento entre os mais jovens.

Alguns estudos sugerem que até 20% dos jovens se automutilam!

É importante, porém, alertar que os critérios de diagnóstico psiquiátrico para automutilação foram mais claramente definidos recentemente, e estudos anteriores a 2013 frequentemente misturavam comportamentos de automutilação e tentativas de suicídio nas estatísticas. Até o momento, não existem estudos sobre automutilação na população brasileira e, por isso, é difícil afirmar com precisão qual a taxa de adolescentes brasileiros que sofrem com esse problema.

## **1.6 A internet e a automutilação**

Uma pesquisa realizada pela Universidade de Cardiff, no País de Gales, encontrou evidências de que jovens não apenas se utilizam da internet para exibir imagens de seus comportamentos automutilatórios, mas também buscam imagens e formas de automutilação para se inspirar e copiar procedimentos já utilizados por outras pessoas.

Um grande estudo da Universidade de Oxford, no Reino Unido, aponta para o fato de que jovens automutiladores e com elevado risco para suicídio passam mais horas conectados à internet.

Esse mesmo grupo de pesquisadores encontrou também achados contraditórios em outros 14 estudos ligados ao tema “automutilação”.

Enquanto alguns estudos entendiam a internet como um meio de oferecer ajuda e apoio a jovens isolados socialmente, outros confirmavam os achados de que uma parte deles buscava divulgar seus ferimentos e inspirar-se em imagens violentas de outros jovens automutiladores. A dependência de internet, um problema cada vez mais observado, está associada a maior risco de automutilação, suicídio e depressão. O fato de ser possível utilizar suas próprias imagens e falar anonimamente desse assunto em *chats* permite uma maior exposição da situação; enquanto, alguns buscam novas modalidades para se ferir, outros usam os fóruns de discussão para obter empatia, apoio e discutir a segurança de algumas formas de mutilação. Um dos importantes achados dessa revisão foi a constatação de que o *cyberbullying* aumenta o risco de automutilação e suicídio na vítima de *bullying*.

*Bullying e cyberbullying aumentam o risco de automutilação.*

## 1.7 Automutilação e suicídio

Automutilação e tentativas de suicídio são comportamentos frequentemente associados, embora distintos. Na tentativa de suicídio, o objetivo é a morte (busca de um fim), enquanto na automutilação o desejo é de se sentir melhor (busca de mudança). Além disso, na automutilação o resultado é imediato e pode ser repetido

várias vezes até que a sensação desejada seja atingida (geralmente sensação de alívio).

Quando a automutilação se mantém por um período prolongado, está associada a um aumento no risco de pensamentos e tentativas posteriores de suicídios. É necessário lembrar também que, nos casos mais graves de automutilação com episódios mais frequentes e intensos, pode ocorrer morte acidental, se o paciente vier a se ferir mais gravemente do que o planejado.

Automutilação é diferente de tentativa de suicídio!

## **1.8 Quando suspeitar que alguém está se mutilando?**

Pessoas que usam roupas que escondem o corpo – como mangas longas, calças, meias altas e pulseiras –, mesmo com calor intenso, podem estar escondendo marcas sobre a pele.

Os ferimentos geralmente são feitos nos braços, nos punhos, no tronco (parte frontal) e nas pernas, locais de fácil acesso. Frequentes machucados, cicatrizes ou tentativas de esconder essas partes do corpo podem ser sinais de automutilação.

Esteja atento para mudanças de comportamento. Alguém que é extrovertido e, de repente, começa a ficar mais introvertido e isolado, para de sair, de falar com amigos e socializar. Alternância de humor pode indicar problemas psicológicos que levam à automutilação. A maioria dos adolescentes que sofre de depressão ou tem oscilação de humor não se mutila.

Está documentado que, se um parente ou amigo próximo se automutila, aumenta a chance de um adolescente se automutilar. Observe os

amigos de seus filhos/amigos/alunos, pois o comportamento automutilatório pode “contagiar” pessoas de um mesmo grupo.

A automutilação também pode surgir após episódios de *bullying*.

Todas essas observações devem ocorrer de forma natural.

Quem se automutila costuma esconder esse comportamento.