

VIOLÊNCIA AUTO INFRIGIDA

Letícia Saldanha de Lima
 Psicóloga e Psicoterapeuta - Treinamento
 em Dialectical Behavior Therapy (DBT) (The Linehan Institute/Behavioral Tech-USA) (2017)
 Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental da Infância e Adolescência
 Mestre em Psicologia da Saúde- UFSM



- Como se vê a pessoa que pratica autolesão?
- Perante a sociedade?
- Perante os profissionais de saúde?
- E a Família?

Definição

- Definição clássica de violência autoinfligida apresenta-se como:
- "todo caso de morte que resulte, direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, sabedora de que poderia produzir esse resultado".
- Assim, violência autoinfligida é um ato consciente e autodestrutivo, que pode ser compreendido como uma enfermidade multidimensional.

Camargo, Iwamoto, Oliveira e Oliveira, 2011

Definições para o Comportamento Autodestrutivo

- Para-suicídio X Automutilação X Autolesão deliberada ou simplesmente autolesão

- **Ideação suicida:** pensamentos a respeito de lesionar ou matar a si mesmo:
 - Ideação suicida ativa (active suicide ideation): pensamentos de como agir para acabar com a própria vida, incluindo planificações e a intenção de agir;
 - Ideação suicida passiva (passive suicide ideation, desire for death): pensamentos acerca da morte, ou desejo de estar morto sem qualquer plano ou intenção de cometer suicídio;
- **Tentativa de suicídio** (suicide attempt): termo usado para definir um ato autolesivo em que se consegue identificar ao menos alguma intenção suicida, embora algumas vezes não se faça referência à ela;
- **Autolesão deliberada** (deliberate self-harm): referindo-se a qualquer ato intencional de autolesão ou autoenvenenamento (overdose), sem levar em consideração a motivação ou a intenção suicida;

- **Autolesão não suicida** (non-suicidal self-injury): Termo norte-americano que se refere a episódios de comportamento autolesivo, sem a intenção suicida
 - Normalmente exclui overdoses e métodos de alta letalidade;
 - Também são excluídos comportamentos autolesivos estereotipados num contexto de atraso do neurodesenvolvimento, como bater com a cabeça, morder-se ou outras autoagressões;
- **Parasuicídio** (parasuicide): termo europeu, definido pela OMS como ato de consequências não fatais, no qual o indivíduo inicia deliberadamente um comportamento que lhe causará dano caso não haja intervenção de outrem, ou, deliberadamente ingere uma substância em excesso dado à prescrição ou uso terapêutico habitual, para, a partir de consequências reais ou esperadas, provocar alterações no ambiente.

Motivações para a Conduta Autolesiva

- Raiva de si mesmo ou de outros, alívio de tensão, desvio do foco de atenção da dor emocional para a dor física e desejo inconsciente de morrer (Kaplan et al., 1997).
- Em pesquisa mais recente, realizada com mulheres jovens, sugere-se que a autolesão serve como uma âncora para a realidade, proporcionando um senso de autocontrole para pessoas com habilidades adaptativas comprometidas

Quando começa?

- DSM 5 - **NSSI** - comportamentos autolesivos sem intenção suicida.
 - Início na adolescência (11-15 anos) e, nessa fase, pode ocorrer de forma isolada.
 - Na idade adulta, quando presente, a automutilação pode ser um sinalizador de gravidade de outros transtornos psiquiátricos que geralmente são comorbidos.
- 10% dos casos que iniciam na adolescência continuam na fase adulta.

O que leva a persistência da autolesão

- Negligência;
- Expressão emocional sufocante;
- Abuso emocional, físico e/ou emocional;
- História de separação precoce dos pais;
- Violência familiar;

■ Déficit no desenvolvimento de habilidades interpessoais:

- Para se punir
- Para sentir-se relaxado
- Para obter ajuda ou atenção dos outros
- Para exercer controle interno
- Para distrair pensamentos e/ou pensamentos negativos
- Preenchimento do vazio
- Lesões para evitar maiores danos
- Para evitar sensações/emoções desagradáveis
- Alívio temporário de sentimentos intensos e intoleráveis

Fatores emocionais

- Maneira disfuncional de enfrentar uma situação problema.
- Poucas estratégias de enfrentamento
- Dificuldade na regulação emocional
- Baixa habilidade de resolução de problemas
- Impulsividade X Autolesão

Avaliando a gravidade da autolesão

- Critério A: o tipo de automutilação e seu potencial de causar danos
- Critério B: número de diferentes tipos de comportamentos de autolesão.
- Avaliação como GRAVE – MODERADA – LEVE

(Fikke et al, 2011)

O paciente chegou com autolesão. E agora?



O corpo de pele



Prática

Infância e Adolescência

- **Identificando:**
- Formas de lidar com a raiva;
- Mudanças abruptas no humor- isolamento repentino, tristeza, ansiedade, etc)
- Isolamento social repentino
- Uso de roupas que escondam o corpo, evita atividades que possam expor partes do corpo;



Perguntas que poderão estar identificando um portador de autolesão:

- 1 - Alguma vez você cortou ou fez vários pequenos cortes em sua pele?
- 2 - Alguma vez bateu em você mesmo de propósito?
- 3 - Alguma vez queimou sua pele (por exemplo: com cigarro, fósforo ou outro objeto quente)?
- 4 - Você costuma ter esse tipo de comportamento diante das pessoas com quem convive?
- 5 - Quando praticou alguns dos atos mencionados, você estava tentando se matar?
- 6 - Quanto tempo você gasta pensando em fazer tal(is) ato(s) antes de realmente executá-lo(s)?

Suporte Multidisciplinar

- Validar a necessidade de intervenção X Estabelecer Vínculo: Avaliar Gravidade
- Encaminhamento psiquiátrico: Avaliação Nosológica = Medicação
- Suporte Familiar: Rede para auxiliar no manejo= Psicoeducação
- Segredo como forma de manter o comportamento

Atuação do Psicólogo no Momento da Crise

- **Autolesão – diminuir a dor emocional**
- Medidas:
 - Banho morno
 - Música alta
 - Uso de gelo
 - Água na pele
- **Diminuir a dor emocional com estratégias protetivas + suporte familiar**

Nenhuma estratégia funcionou? E agora?

- Busca por serviço de atendimento emergencial.
- **Supervisão familiar X manejo das estratégias pré-estabelecidas em atendimentos.**
- Terapia Comportamental Dialética (DBT) – Individual e Grupo

Ligações telefônicas em DBT

- Quando o cliente pode entrar em contato telefônico?
- Qual o limite do terapeuta para o contato telefônico?
 - Esticar ou não o limite?
- Como assim, ligar? Quando quiser? Onde quiser?
 - Coragem?
 - FUNDAMENTAL



Antes...

- O *coaching* por telefone é um modo de tratamento da DBT extremamente importante e existem muitas razões para isso. As suas principais funções são:
 - 1) treinar a habilidade de pedir ajuda de maneira adaptativa,
 - 2) generalizar as habilidades aprendidas durante o tratamento para as situações do dia-a-dia,
 - 3) aumentar o senso de proximidade com o terapeuta, e
 - 4) reparar a relação terapêutica quando necessário (Linehan, 2010).

Tipos de contato por telefone entre terapeuta e paciente na DBT

- Ligações do paciente para o terapeuta devido uma crise, inabilidade de solucionar um problema, ou ameaça de ruptura da relação terapêutica.
- Ligações regulares e pré-agendadas do paciente para o terapeuta.
- Ligações do terapeuta para o paciente.

- Não têm o objetivo de compreender o problema, nem de analisa-lo, mas sim de focar nas estratégias para soluçiona-lo.
- **O terapeuta precisa compreender:**
 - o contexto do paciente no momento da ligação (onde ele está, o que está sentindo, qual o seu impulso de ação e proximidade da rede de apoio);
 - deve questionar quais estratégias o paciente já tentou utilizar naquele momento e sugerir novas estratégias que podem ser utilizadas (principalmente, de sobrevivência a crise).
- Validar o paciente.
- Apesar do contato telefônico ser fortemente voltado para solução de problemas, a validação do sofrimento e das necessidades do paciente é crucial.
- É importante que fique claro para o paciente que o problema não será resolvido, mas que será discutido na próxima sessão.

Estratégias

- Foco do tratamento
 - Regulação emocional
 - Resolução de problemas
 - Treino das habilidades de enfrentamento
 - *Mindfulness* – processo de autoregulação emocional
 - Grupos de Habilidades emocionais

Referências Bibliográficas:

- MARBACK, Roberta Ferrari e PELISOLI, Cátula. Terapia cognitivo-comportamental no manejo da desesperança e pensamentos suicidas. *Rev. bras. ter. cogn.* [online]. 2014, vol.10, n.2, pp. 122-129.
- Caldas, M. T., Arcoverde, R. L., Santos, T. F., Lima, M. S., Macedo, L. E. M. L., & Lima, M. C. (2010). Condições autolesivas entre detentas da Colônia Penal Feminina do Recife. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 575-582.
- Kovács, M. J. (2008). Comportamentos autodestrutivos e o suicídio. In M. J. Kovács (Ed.), *Morte e desenvolvimento humano* (pp. 171-194). São Paulo, SP: Casa do psicólogo.
- Nucci, M. G., & Dalgalarrondo, P. (2000). Automutilação ocular: Relato de seis casos de enucleação ocular. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 80-86.
- World Health Organization (WHO). (2014). Preventing suicide: A global imperative. Geneva: WHO. Recuperado de http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html
- Garreto, A. K. R. (2015). O desempenho executivo em pacientes que apresentam automutilação. São Paulo, Dissertação de Mestrado Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- World Health Organization. Preventing suicide. *CMAJ*. 2014;143(7):609-610.
- Greydanus DE, Shek D. Deliberate self-harm and suicide in adolescents. *Keio J Med*. 2009;58(3):144-151

Obrigada!

Contato: lesaldanha@gmail.com