

Automutilação de dedos e lábio em paciente esquizofrênico

Self-mutilation of fingers and lips in a schizophrenic patient

BRENO SATLER DE OLIVEIRA DINIZ¹
RENATA KRELLING²

Resumo

Contexto: Episódios de automutilação grave são raramente observados na prática psiquiátrica. Ocorrem principalmente em pacientes psicóticos, sendo o principal diagnóstico a esquizofrenia. As regiões mais comumente automutiladas são o pênis e os olhos. Relato de caso: Relatamos o caso de um paciente portador de esquizofrenia paranóide que desenvolveu quadro de auto-amputação de lábios e falanges secundário a alucinações auditivas de comando e delírios místico-religiosos. Conclusão: Episódios de automutilação são eventos raros em pacientes esquizofrênicos. Deve-se nestes casos identificar pródromos ou fatores desencadeantes destes episódios para se instituir rapidamente abordagens para prevenir ou diminuir o risco de sua ocorrência nestes pacientes.

Palavras-chave: Esquizofrenia, automutilação, amputação, dedos.

Abstract

Context: Severe self-mutilation episodes are rare in psychiatric practice. Most patients are psychotic during such acts and the main diagnosis is schizophrenia. The regions most commonly self-mutilated are the penis and the eyes. Case report: A patient previously diagnosed with schizophrenia started self-mutilating his lip and phalanges secondary to command auditory hallucinations and influenced by mystic-religious delusions. Conclusion: Self-mutilation episodes are rare in schizophrenic patients. In such case, it should be identified prodrome symptoms or provoking situations in order to promptly institute strategies to prevent or lessen the risk of new episodes.

Key-words: Schizophrenia, self-mutilation, amputation, fingers.

Recebido: 21/03/2006 - Aceito: 10/05/2006

1 Médico residente do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

2 Médica assistente do Hospital João Evangelista, São Paulo/SP, pós-graduanda do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Endereço para correspondência: Breno Satler de Oliveira Diniz. Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 171 - ap. 501 - 05403-010 - São Paulo-SP. Fone: (11) 3063-5955. E-mail: breno_satler@uol.com.br

Automutilação é a destruição ou a alteração deliberada de tecidos orgânicos sem intenção suicida consciente (Feldman, 1988). Apresenta-se em graus variados, desde lesões leves, como arranhar a pele com as unhas, queimar-se com pontas de cigarros, passando a lesões moderadas, como cortes superficiais em braços, até outras muito graves, como a auto-enucleação (MacLean e Robertson, 1976) e a autocastração (Greilsheimer e Groves, 1979). Outras formas graves de automutilação encontradas mais raramente são a auto-amputação de membros (como mãos ou dedos) (Schlozman, 1998), a introdução de corpos estranhos no organismo (agulhas) (Bharath *et al.*, 1999) e a amputação dos lobos da orelha (Alroe e Gunda, 1995).

Modos extremos, bizarros e muito graves de automutilação estão associados principalmente a quadros psicóticos, em especial pacientes esquizofrênicos em estados delirante-alucinatorios agudos. São descritos também nas psicoses tóxicas produzidas por alucinógenos, na intoxicação aguda por álcool, nos transtornos de identidade sexual, nos transtornos afetivos e em transtornos de personalidade. São considerados raros na literatura, apesar de sua prevalência ser provavelmente subestimada (Favazza e Conteiro, 1988).

Segundo Martin e Gattaz (1991), até 1986 havia 57 casos de automutilação genital descritos na literatura de língua inglesa em homens. Outros casos foram relatados posteriormente (Myers e Nguyen, 2001) e (Lima *et al.*, 2005).

Greilsheimer e Groves (1979) identificaram alguns grupos de pacientes sob maior risco de automutilação genital. O primeiro são os pacientes psicóticos, com maior risco para os pacientes jovens agudamente psicóticos com temores em relação à sexualidade, aqueles com depressão psicótica ou doença somática grave e os que se tornam violentos durante intoxicação pelo álcool. O segundo grupo são os pacientes não-psicóticos, especialmente aqueles com transtornos de personalidade, e os transexuais que tentam realizar a cirurgia de mudança de sexo por conta própria. O terceiro grupo são os indivíduos influenciados por fatores socioculturais, como rituais de auto-imolação em alguns grupos minoritários islâmicos e de auto-suplício em grupos católicos como forma de purificação. Clark (1981) adiciona ainda que indivíduos que apresentam interpretações literais e concretas de passagens bíblicas (como em *Mateus 19:11* – "... há alguns eunucos, que foram feitos eunucos pelos homens, e há eunucos que foram feitos por eles mesmos para alcançar o Reino de Deus".) (A Bíblia Sagrada, 1997) também estão em maior risco.

Witherspoon *et al.* (1989), em sua revisão sobre automutilação ocular, referem 85 casos de mutilação ocular grave (auto-enucleação uni ou bilateral; introdução de objetos estranhos nos olhos, de ar ou outras substâncias no globo ocular). A maioria dos pacientes tinha diagnóstico de esquizofrenia com ou sem comorbidade com abuso de substâncias, principalmente álcool.

Outros diagnósticos encontrados foram pacientes em fase maníaca e paciente com retardo mental.

Nucci e Dalgalarondo (2000), em sua série de seis casos de automutilação ocular, referem alguns fatores associados a esse tipo de automutilação. Entre eles, destacam-se os pacientes jovens, do sexo masculino, com longo tempo de evolução da doença, agudamente psicótico no momento do ato, com antecedentes de automutilação ou tentativas de suicídio prévias, delírios e alucinações de conteúdo místico-religioso e, secundariamente, sexual, e, finalmente, o concretismo do pensamento com interpretações literais de passagens bíblicas (por exemplo, *Mateus 6:29* – "Portanto, se o teu olho direito te escandalizar, arranca-o e atira-o para longe de ti, pois é melhor que se perca um dos teus membros do que seja todo o teu corpo lançado no inferno.").

A seguir, o relato de um caso pouco usual de um paciente que teve inúmeras automutilações em lábios e dedos de mãos. Obteve-se o consentimento informado do paciente para esse relato.

Relato de caso

O paciente A., 35 anos, evangélico, solteiro, recebera diagnóstico de esquizofrenia paranóide aos 18 anos de idade. Aos 32 anos, passou a realizar repetidos atos automutilatórios, com amputação de lábios e dedos de mãos.

O primeiro episódio de automutilação foi o de seu lábio inferior. Posteriormente, passou a automutilar as falanges distais e mediais do segundo e quinto dedos da mão direita e a falange distal do segundo dedo da mão esquerda. O método utilizado para amputação sempre foi mordida e houve vários episódios nos últimos três anos. Esses atos eram cometidos mesmo quando sob internação em hospital psiquiátrico.

Em todos os episódios, referia que as automutilações eram secundárias a vozes de comando que o ordenavam morder seus dedos. Tal voz era identificada como a voz do Diabo ("O Diabo que me manda morder meus dedos"). O paciente afirmava que tais atos eram uma forma de provação que todos os evangélicos tinham que passar para alcançar o Reino dos Céus. Dizia também que não podia deixar de se automutilar, pois isso era um meio de evitar que algo pior acontecesse com ele, como, por exemplo, ter que cortar as suas mãos ou se matar. Negava, porém, ideação ou intenção suicida associada a tais atos.

Entre os episódios de automutilação, mantinha de forma permanente alucinações auditivas ("Ouço vozes de anjos que conversam comigo. São vozes boas e que me deixam calminho"; vozes que comentavam as suas ações ou que conversavam entre si). Apresentava delírios místico-religiosos bem estruturados com interpretação concreta de crenças religiosas (os anjos eram enviados pelo Espírito Santo para orientá-lo e diziam que todo evangélico, quando aceitava Jesus, tinha que passar por uma provação, e a dele era se automutilar),

mas negava que as automutilações estavam relacionadas a passagens bíblicas específicas. Apresentava ainda isolamento social, embotamento afetivo, passividade (“Tenho que fazer o que as vozes mandam, senão coisas piores podem ocorrer comigo”), comportamento esquivo e desconfiado na maior parte do tempo, hipobulia e hipopragmatismo.

Nos dias que antecediam os episódios, havia uma clara alteração de seu comportamento na enfermaria. Ele tornava-se mais arredio com a equipe, aumentava sua atividade psicomotora, seu olhar tornava-se perplexo e eventualmente tornava-se agressivo. Após os episódios de automutilação, referia que a qualidade das alucinações auditivas alterava (passava a ouvir as vozes do Diabo, que eram de caráter imperativo). Não havia estressores externos que pudessem estar associados à brusca alteração de comportamento do paciente e aos episódios de automutilação.

Na admissão hospitalar no Hospital João Evangelista, em dezembro de 2004, o paciente usava olanzapina 20 mg, haloperidol 10 mg e clonazepam 4 mg. Optou-se pela troca da olanzapina pela clozapina devido à falta de resposta do quadro clínico à primeira. Durante a retirada da olanzapina e a introdução da clozapina, houve exarcebção da sintomatologia psicótica e a ocorrência de cinco episódios de automutilação, nos quais o paciente auto-amputou as falanges do segundo dedo da mão esquerda e do quinto dedo da mão direita. Aumentou-se a dose do haloperidol para 15 mg e introduziu-se diazepam até a dose 50 mg para controle desses episódios. Após o alcance da dose de 200 mg de clozapina, não houve novos episódios de automutilação. Aumentou-se a dose de clozapina gradualmente para 700 mg, mantendo-se as demais medicações com doses inalteradas (haloperidol 15 mg e diazepam 50 mg).

Com esse esquema terapêutico, foi observada resposta significativa dos sintomas negativos (melhorou a interação com outros pacientes e equipe do hospital, aumentou a sua comunicabilidade, passou a realizar atividades terapêuticas do hospital). Entretanto, houve resposta parcial dos sintomas positivos (quadro alucinatorio auditivo e delírios místico-religiosos) e apresentou novos episódios de agitação psicomotora de leve intensidade, controlados com baixas doses de haloperidol intramuscular – IM (por exemplo, 5 mg). Porém, o paciente não apresentou novos episódios de automutilação desde março de 2005, quando se atingiu a dose de 200 mg de clozapina. Paciente continua em acompanhamento hospitalar.

O controle dos episódios de automutilação era obtido com o uso de drogas antipsicóticas e anti-histamínicas IM. Em alguns episódios, era necessário o uso de benzodiazepínicos IM. As drogas usualmente empregadas eram haloperidol (dose usual de 15 mg), prometazina (dose usual de 50 mg) e midazolam (dose usual de 15 mg). Utilizava-se contenção mecânica até obtenção da sedação do paciente com as medicações.

Além disso, quando eram identificados pródromos dos episódios de automutilação, luvas feitas com compressas hospitalares eram colocadas nas mãos do paciente para protegê-las.

Discussão

A auto-amputação de membros em pacientes psicóticos (principalmente mãos e dedos) é mais raramente relatada na literatura que a automutilação genital e a ocular. Schlozman (1998) relata um total de 13 casos descritos na literatura de língua inglesa. Todos, exceto um paciente, apresentavam quadro psicótico, sendo o principal diagnóstico a esquizofrenia, seguido de depressão psicótica. Nesses pacientes, as motivações mais comuns eram crenças religiosas concretas e sentimentos de culpa sobre transgressões que haviam cometido.

Este paciente apresenta uma forma pouco usual de automutilação envolvendo diferentes partes do corpo – dedos e lábio inferior, de caráter repetitivo e cujo método são mordidas. Relatos de automutilação em pacientes esquizofrênicos em diferentes partes do corpo são muito raros, sendo encontrados dois casos na literatura (Hall *et al.*, 1981; Goldenberg e Sata, 1978). Outro ponto incomum deste caso é o caráter repetitivo das automutilações. Não foi encontrado na literatura relato do uso de mordidas como meio de automutilação em pacientes com características psicopatológicas semelhantes. Entretanto, pacientes portadores de outras condições clínicas podem apresentar automutilações de caráter semelhante a este paciente. O principal exemplo é a síndrome de Lesch-Nyhan, síndrome genética ligada ao cromossomo X. Nesses pacientes, os episódios de automutilação começam já na infância, quando se inicia a erupção dentária, e ocorrem na maioria dos portadores dessa síndrome. Os episódios são involuntários, de caráter repetitivo, as automutilações afetam várias áreas do corpo, em especial dedos e lábios, e não apresentam eventos precipitantes aparentes; entretanto, sua frequência aumenta muito em resposta a punições (Robey *et al.*, 2003).

Mais raramente, outras condições clínicas também apresentam-se com episódios de automutilações de lábios, como o autismo (Friedlander *et al.*, 2003), em que esses episódios são menos comuns e graves que na síndrome de Lesch-Nyhan, e na síndrome de Tourette (Robertson *et al.*, 1989), na qual esses episódios se relacionam à sintomatologia obsessiva.

Apesar da unicidade deste caso, o paciente apresenta vários pontos em comum com outros descritos na literatura. Destacam-se os atos automutilatórios relacionados à agudização do quadro psicótico (delírios e alucinações auditivas), a cronicidade de sua doença, os episódios anteriores de automutilação, a presença de alucinações auditivas de comando, o concretismo do pensamento, os atos automutilatórios relacionados a crenças religiosas concretas e delírios místico-religiosos,

o ato como uma forma de preservar a integridade do indivíduo como um todo e de garantir um lugar no “Reino de Deus”, as idéias de passividade em relação às vozes de comando. Porém, alguns fatores são particulares deste caso, como a alteração de seu comportamento nos momentos antes da automutilação (tornava-se mais arredo e aumentava a atividade psicomotora), a alteração da qualidade das alucinações auditivas (passa a ouvir a voz do Diabo, e as vozes tornam-se imperativas), e o caráter repetitivo do ato.

Nos pacientes que apresentam maiores riscos de cometer episódios de automutilação é muito importante determinar fatores que poderiam prever quando esses atos iriam ocorrer. Shore *et al.* (1978) referem que episódio anterior de automutilação, crenças religiosas concretas, alucinações auditivas de comando, delírios de controle e o paciente ficar inesperadamente muito calmo poderiam prever risco maior de paciente se automutilar. Além desses, alteração drástica na aparência e automutilação como forma de preservar a saúde ou o bem-estar do próprio paciente ou de pessoas que ele estima também falariam em favor de um maior risco do paciente se automutilar (Sweeny e Zamecnik, 1981). Além de alguns desses fatores (como automutilações prévias, crenças religiosas concretas, vozes imperativas), este paciente apresenta algumas alterações no seu quadro clínico que eram indícios de que ele iria se mutilar: alteração brusca das alucinações auditivas, aumento da atividade psicomotora e comportamento mais arredo com a equipe e os outros pacientes.

Não há terapêutica específica para tratamento e prevenção de episódios de automutilação bem estabelecidos na literatura. Este paciente não apresentou novos episódios após introduzir a clozapina em doses acima de 200 mg/dia, apesar da resposta parcial dos sintomas positivos a essa medicação mesmo em doses mais altas (700 mg/dia). Tal resposta está em linha com uma série de casos com pacientes com transtorno de personalidade *borderline* e sintomas psicóticos nos quais houve redução dos episódios de automutilação após a introdução da clozapina (Chengappa *et al.*, 1999). Assim, deve-se otimizar o tratamento do transtorno mental subjacente para obter melhor controle dos episódios de automutilação. Além disso, nos pacientes nos quais é possível identificar pródromos de episódios de automutilação, devem ser instituídas medidas imediatas de modo a se evitar tais atos (como vigilância constante, contenção química e mecânica).

Em conclusão, apresentamos neste trabalho o relato de caso de um paciente portador de esquizofrenia paranóide que tem uma complicação rara, porém muito grave de sua doença, a automutilação. Apesar de compartilhar muitos fatores em comum com outros pacientes que se automutilaram, este caso é único na literatura dada a complexidade de suas automutilações, tanto em relação aos locais quanto ao meio utilizado, e por seu caráter repetitivo. Ademais, devem ser estimulados relatos de mais casos semelhantes e estudos sistemáticos deste grupo de paciente, de modo a se entender melhor os fatores associados e as suas possibilidades de manejo.

Referências bibliográficas

- A BÍBLIA SAGRADA. Royal Bible & Imprensa Bíblica Brasileira, Rio de Janeiro, 1997.
- ALROE, C.J.; GUNDA, V. - Self-amputation of the ear: three men amputated four ears within five months. *Aust N Z J Psychiatry* 29: 508-512, 1995.
- BHARATH, S.; NEUPANE, M.; CHATTERJEE, S. - Terminator: an unusual form of self-mutilation. *Psychopathology* 32: 184-186, 1999.
- CHENGAPPA, K.N.; EBELING, T.; LEVINE, J.; PAREPALLY, H. - Clozapine reduces severe self-mutilation and aggression in psychotic patients with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 60: 477-484, 1999.
- CLARK, R.A. - Self-Mutilation accompanying religious delusions: a case report and review. *J Clin Psychiatry* 42: 243-244, 1981.
- FAVAZZA, A.R.; CONTEIRO, K. - The plight of chronic self-mutilators. *Commun Ment Health J* 24: 22-30, 1988.
- FELDMAN, M.C. - The challenge of self-mutilation: a review. *Compr Psychiatry* 29 (3): 252-269, 1988.
- FRIEDLANDER, A.H.; YAGIELA, J.A.; PATERNO, V.I.; MAHLER, M.E. - The pathophysiology, medical management, and dental implication of autism. *J Calif Dent Assoc* 31: 681-682, 2003.
- GOLDENBERG, E.S.; SATA, L.S. - Religious delusions and self-mutilation. *Curr Concepts Psychiatry* 4: 2-5, 1978.
- GREILSHEIMER, H.; GROVES, J.E. - Male genital self-mutilation. *Arch Gen Psychiatry* 36: 441-447, 1979.
- HALL, D.C.; LAWSON, B.Z.; WILSON, L.G. - Command hallucinations and self-amputation of the penis and hand during a first psychotic break. *J Clin Psychiatry* 42: 322-324, 1981.
- LIMA, D.S.; PRIOR, K.; UCHIDA, R.; BROTTTO, S.; GARRIDO, R.; TAMAI, S. *et al.* - Mutilação genital e psicose. *Rev Psiq Clin* 32: 88-90, 2005.
- MACLEAN, G.; ROBERTSON, B.M. - Self-enucleation and psychosis: report of two cases and discussion. *Arch Gen Psychiatry* 33: 242-249, 1976.
- MARTIN, T.; GATTAZ, W.F. - Psychiatric aspects of male genital self-mutilation. *Psychopathology* 24: 170-178, 1991.
- MYERS, W.C.; NGUYEN, M. - Autocastration as a presenting sign of incipient schizophrenia. *Psychiatric Service* 52: 685-686, 2001.
- NUCCI, M.G.; DALGALARRONDO, P. - Auto-mutilação ocular: relato de seis casos de enucleação ocular. *Rev Psiq Clin* 22: 80-86, 2000.
- ROBERTSON, M.M.; TRIMBLE, M.R.; LEES, A.J. - Self-injurious behavior and the Gilles de la Tourette Syndrome: a clinical study and review of literature. *Psychol Med* 19: 611-625, 1989.
- ROBEY, K.L.; RECK J.F.; GIACOMINI, K.D.; BARABAS, G.; EDDY, G.E. - Modes and patterns of self-mutilation in persons with Lesch-Nyhan Syndrome. *Dev Med Child Neurol* 45: 167-171, 2003.
- SCHLOZMAN, S.C. - Upper-extremity self-amputation and replantation: 2 case report and review of literature. *J Clin Psychiatry* 59 (12) 681-686, 1998.
- SWEENEY, S.; ZAMECNIK, K. - Prediction of self-mutilation in Patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 8: 1086-1089, 1981.
- SHORE, D.; ANDERSON, D.J.; CUTLER, N.R. - Prediction of self-mutilation in Hospitalized Schizophrenic. *Am J Psychiatry* 11: 1406-1407, 1978.
- WITHERSPOON, C.D.; FEIST, F.W.; MORRIS, R.E.; FEIST, R.M. - Ocular self-mutilation. *Ann Ophthalmol* 21: 255-257, 259, 1989.