

AUTO-MUTILAÇÃO EM MEIO PRISIONAL: AVALIAÇÃO DAS PERTURBAÇÕES DA PERSONALIDADE

Alexandra Freches Duque¹, & Pedro Gante Neves²

¹Instituto Superior de Ciências da Saúde – Sul, Monte de Caparica, Portugal

²Hospital Prisional São João de Deus, Caxias, Portugal

RESUMO: O comportamento de auto-mutilação representa um grande impacto para a vida do paciente que se mutila, contudo não é possível encontrar um consenso entre os autores no que diz respeito às causas do comportamento de auto-mutilação. Embora com características análogas, os comportamentos de auto-mutilação em meio prisional parecem revestir-se de particularidades resultantes das características do meio em que se encontram. O presente artigo descreve os resultados obtidos no estudo comparativo entre reclusos com história de comportamento de auto-mutilação (30 sujeitos) e reclusos sem história de auto-agressão (30 sujeitos), que pretendeu avaliar a importância das perturbações da personalidade na facilitação destes comportamentos. Assim, no presente estudo foram encontradas diferenças com significado estatístico para oito das vinte e duas escalas clínicas do MCMI-II. Alertando, desta forma, para a existência de uma relação facilitadora entre a existência de Perturbações da Personalidade como “Evitante”, “Esquizotípica” e “Estado Limite” e o comportamento de auto-mutilação.

Palavras chave: Auto-mutilação, Perturbações da Personalidade, Reclusos.

INMATES' SELF-MUTILATION: AVALIATION OF PERSONALITY DISORDERS

ABSTRACT: Abstract- The self-mutilation behaviour assumes a great impact in the life of the patient, who self-mutilates himself; however, it is not possible to find a consensus among authors in what concerns the causes of self-mutilation behaviour. Although with similar characteristics, the self-mutilation behaviours, in a prison environment, seem to assume certain particularities, which are the consequence of the characteristics of the environment, in which they are. The present article describes the results reached in a comparative study among inmates with antecedents of self-mutilation behaviour (30 individuals) and prisoners having no antecedents of self-injury (30 individuals), that has had the aim to evaluate the importance of personality disorders for the facilitation of these behaviours. So, at present, there have been detected differences with statistic meaning for eight of the twenty two clinic scales of MCMI-II. This way, the results alert to the existence of a facilitator relationship between the existence of Personality Disorders, such as “Avoiding”, “Schizothypic” and “Borderline” and the self-mutilation behaviour.

Key words: Inmates, Personality disorders, Self-mutilation, Self-injury.

Ao longo dos anos, tem-se vindo a verificar um crescente interesse da comunidade científica pela área dos comportamentos de auto-mutilação,

* Contactar para E-mail: alexandra.duque@vizzavi.pt

reflectindo uma preocupação com o impacto destes na vida do paciente, que se auto-mutila (Pelios, Morren, Tesch, & Axelrod, 1999). Contudo, esta crescente preocupação não parece apresentar repercussões no que concerne aos comportamentos de auto-mutilação em populações prisionais, uma vez que existem poucos estudos que se tenham vindo a debruçar sobre o tema. Apesar do número reduzido de estudos, a importância da investigação do comportamento de auto-agressão em reclusos é inegável, uma vez que vários autores identificam os sujeitos reclusos como uma população em que os comportamentos de auto-mutilação são bastante comuns, predominantemente entre os sujeitos do sexo masculino (Fulwiler, Forbes, Santangelo, & Folstein, 1997).

Desta forma, o presente estudo debruça-se sobre o comportamento de auto-mutilação no âmbito de uma população prisional reclusa no estabelecimento prisional (EP) de Sintra, sendo nosso propósito investigar as relações deste comportamento com a existência de perturbações da personalidade.

O recente interesse na área dos comportamentos de auto-mutilação, com o desenvolvimento de um apreciável número de trabalhos de investigação, parece resultar da preocupação com o impacto que este tipo de comportamento tem na vida do indivíduo, que se mutila (Pelios et al., 1999). Estes autores afirmam mesmo, citando o U.S. National Institute of Health, que o comportamento de auto-mutilação é uma perturbação crónica e de grande gravidade, com importantes riscos físicos, sociais e educacionais associados. Outros autores referem-se ao comportamento de auto-mutilação como um importante problema clínico, estimando em cerca de 140 000 os atendimentos hospitalares anuais em Inglaterra e no País de Gales por ele provocados (Bennewith et al., 2002). Para estes autores, a gravidade destes comportamentos advém, não só do próprio comportamento mas, principalmente, das suas consequências mais directas; ou seja, estima-se que entre 15 e 23% destes pacientes receberão assistência hospitalar para episódios de auto-mutilação subsequentes, durante o ano seguinte ao comportamento auto-mutilante inicial. Platt et al., citados por Crawford (1998), referem mesmo, corroborando o estudo de Bennewith, et al. (2002), que, no ano seguinte a um atendimento hospitalar após um comportamento de auto-mutilação, até 25% dos sujeitos acabam por repetir o acto de auto-agressão. Para além da repetição dos comportamentos de auto-mutilação, Bennewith, et al. (2002) referem-se a uma segunda consequência associada a estes comportamentos, afirmando que, entre 3 e 5% dos indivíduos que exibem algum tipo de comportamento auto-mutilatório, acabam por cometer actos suicidas consumados no intervalo de 5 a 10 anos.

Para Favanza e Rosenthal (1993), o comportamento de auto-mutilação consiste num acto deliberado de alteração ou destruição de tecido corporal do próprio indivíduo, sem intenção suicida consciente. Castro (2002) refere-se ainda a um sub-grupo designando-o por “auto-mutilação impulsiva” que define como o comportamento de auto-agressão, que tem a si associado uma

manifesta descarga motora em resposta imediata a uma situação de tensão, conflito ou frustração e que tende a acontecer de forma brutal e imprevisível ou após um acumular de angústia ou agitação.

Em geral, parece tratar-se de um comportamento cerca de três vezes mais comum em mulheres jovens (Castro, 2002; Glucklich, 1999), sendo a adolescência a faixa etária em que este tipo de comportamento é mais frequente (Favazza & Conterio, cit. por Nixon, Cloutier, & Aggarwal, 2002). Para Castro (2002), a auto-mutilação tem sido vista como um comportamento de auto-destruição localizado, com uso inadequado dos impulsos agressivos, causado por um desejo, mesmo que não verbalizado ou mesmo inconsciente, de se punir a si próprio.

Características Psicopatológicas do Paciente Auto-mutilante

O comportamento de auto-mutilação parece tratar-se de uma perturbação que se encontra maioritariamente em adultos jovens com história de toxicodependência ou abuso de substâncias (Castro, 2002; Crawford, 1998; Groholt et al., 2000; Pernanen, cit. por Soyca, 2000; Simpson & Porter, cit. por van der Kolk, 1989; Zlotnick, Mattia, & Zimmerman, 1999). Tratam-se de comportamentos mais comuns em indivíduos com sintomas de distúmia e ansiedade na infância ou diagnóstico de hiperactividade (Fulwiler et al., 1997), bem como naqueles que sofreram abusos físicos e/ou sexuais enquanto crianças (Castro, 2002; Fulwiler et al., 1997; Glucklich, 1999; Grøholt et al., 2000; Guertin, 2001; van der Kolk, 1989). Ocorre ainda, de forma mais incidiosa, entre indivíduos com atraso mental de grande gravidade, em pacientes com perturbações psicóticas e em populações prisionais (Winchel & Stanley, 1991). No que se refere às perturbações psicóticas, Roy, Hahn, Hanson, e Herrera, (1990) concluem mesmo que, entre os sujeitos que exibem comportamentos de auto-mutilação, os pacientes esquizofrênicos se encontram significativamente sobre-representados. Foram ainda encontradas correlações positivas entre a existência de comportamentos auto-mutilantes e perturbações do Eixo I, relacionadas com a perturbação pós-stress traumático e perturbação explosiva intermitente, independentemente da correlação existente com perturbações do eixo II, como a perturbação estado-limite da personalidade e a perturbação anti-social da personalidade (Zlotnick, Mattia, & Zimmerman, 1999).

Guertin (2001) demonstrou no seu trabalho que, para além de um tipo de funcionamento da linha psicótica, encontram-se ainda associados aos comportamentos de auto-mutilação, outros sintomas afectivos e comportamentais como depressão, ansiedade, problemas de conduta ou comportamento antissocial.

Simeon et al., citados por Fulwiler et al. (1997), afirmam por outro lado, que os indivíduos que exibem comportamentos de auto-mutilação tendem a ter características da personalidade mais antissociais, agressivas e impulsivas, comparativamente com indivíduos que não exibem este tipo de comportamento,

características genericamente comuns aos critérios de diagnóstico das Perturbações Anti-social e Estado-Limite da Personalidade (APA, 1996).

Por outro lado, segundo Castro (2002), o comportamento auto-mutilante tem grande prevalência entre os sujeitos que apresentam um diagnóstico de Eixo II, o que parece ser corroborado pelo estudo realizado por Haw, Hawton, Houston, e Townsend (2001) onde os autores concluem que existe uma significativa prevalência de perturbações da personalidade (45,9% neste estudo). Neste sentido, Fulwiler et al. (1997) referem mesmo que o diagnóstico mais comum associado a este tipo de comportamento se encontra no âmbito das perturbações da personalidade do grupo B. Guertin (2001), nomeadamente a Perturbação Borderline da Personalidade (Perturbação Estado-limite da Personalidade), um padrão persistente de instabilidade no relacionamento interpessoal, auto-imagem e afectos, bem como uma impulsividade marcada (APA, 1996) para além de tentativas para evitar o abandono (Guertin, 2001). Neste sentido, em pacientes com diagnóstico de Perturbação Borderline da Personalidade, o comportamento de auto-mutilação ocorre em cerca de 70 a 80% dos sujeitos (Bohus et al., 2000).

Para Kernberg (1992) o comportamento de auto-mutilação é levado a cabo sob grande raiva e ansiedade e sem qualquer sintomatologia depressiva, na tentativa de atingir um alívio não específico da ansiedade. Kernberg (1992) identifica três subgrupos no que se refere a comportamentos de auto-mutilação: (1) sujeitos com perturbação histriónica da personalidade ou desordem de personalidade infantil (APA, 1987), que exibem comportamentos auto-mutilatórios como resposta a uma raiva intensa intervalada com acessos depressivos, representando um esforço inconsciente para restabelecer controlo sobre o ambiente através da evocação de sentimentos de culpa nos outros; (2) Kernberg (1992) associa este segundo grupo ao que apelida de “narcisismo maligno”, sugerindo que o comportamento de auto-mutilação se encontra relacionado com o desafio patológico da sua grandiosidade, com experiência de trauma, humilhação ou derrota. Essa grandiosidade é preenchida por um sentimento de triunfo sobre o medo da dor e da morte, bem como um sentimento de superioridade sobre aqueles que são afectados pelo seu comportamento; (3) o último grupo destina-se aos pacientes com manifestações psicóticas que mimetizam a patologia Borderline e cujos comportamentos se distinguem, quer pela grande crueldade, quer pela sensação de eclosão de um processo psicótico subjacente (Kernberg, 1992). Para este autor, identifica-se nestes sujeitos uma predisposição auto-destrutiva com base na agressão primitiva (Kernberg, 1992). Subjacente a estes comportamentos parece estar uma experiência de poder, autonomia e independência. Estes sujeitos, parecem envolver-se em esforços para destruir o amor, a gratidão e a compaixão neles e nos outros. Embora a culpa inconsciente e a erotização da dor tenda a estar ausente na maioria destes sujeitos, Kernberg (1992) considera que estes pacientes ocupam um polo no espectro de patologia de carácter masoquista. Freud, citado por Glucklich (1999), refere mesmo que o mundo interno do auto-mutilador é

moldado por conflito e experimentado como punitivo. A dor, o meio de punição, tem como função a remoção da angústia mental associada com a culpa (mesmo que inconsciente), funcionando como um “mecanismo anestésico”. De acordo com Loewenstein, citado por Glucklich (1999), todos os mecanismos associados ao masoquismo, giram à volta de problemas cruciais, nomeadamente no medo da perda do objecto e no medo da perda do amor. Neste sentido, estes sujeitos, ao punirem-se a si próprios, aliviam o medo de serem torturados pelos outros, controlando o medo e a culpa através da dor (Loewenstein, cit. por Glucklich, 1999). Glucklich (1999), por seu lado, considera que o acto violento auto-dirigido afirma o domínio do ego sobre subsistemas corporais menores, manipulando sinais (dor) através dos circuitos de informação corpo-*self*. Como consequência, estes actos tornam-se actos de autonomia, poder e controlo. Paradoxalmente, esta dor infligida pelo ego na imagem corporal é registada e sentida de forma diferente daquela que é infligida de forma accidental; talvez por isso, a maior parte dos indivíduos não sintam dor, aquando do comportamento de auto-mutilação.

Neste âmbito e segundo Castro (2002), duas séries de factores convergem para levar à descarga auto-agressiva: por um lado surgem graves carências na imagem de si, com baixa de auto-estima (Hawton, Kingsbury, Steinhardt, James, & Fagg, 1999) e intensa auto-desvalorização, para além da existência de graves carências na relação que estabelece com o meio, predominando habitualmente as emoções negativas. Por outro lado, nestes pacientes, a exteriorização dos afectos e a passagem ao acto parecem constituir a forma privilegiada de luta contra a angústia (Castro, 2002). Desta forma, os dois elementos que, de alguma forma, caracterizam a auto-mutilação impulsiva são a predominância de uma imagem de si desvalorizada e uma extrema incapacidade de resistir ao impulso. Contudo, para além destes factores, não se pode esquecer o factor ambiental, ou seja, aquilo que acaba por detonar o comportamento auto-mutilante: a situação que se conjuga com a existência do objecto cortante, as vivências interiores subjacentes e a incapacidade de relação com os outros – a solidão (Hawton et al., 1999).

MÉTODOS

Participantes

Para a realização do presente estudo foram constituídas duas amostras de sujeitos do sexo masculino detidos no Estabelecimento Prisional (EP) de Sintra, há pelo menos meio ano. A primeira amostra (Grupo 1) foi constituída por trinta sujeitos com história de pelo menos um comportamento de auto-mutilação registado(s) pelos Serviços Clínicos do EP Sintra, sendo excluídos os sujeitos que executaram comportamentos de auto-agressão com um objectivo suicida expresso, bem como aqueles que cometeram actos de agressão contra o próprio de forma involuntária.

Quadro 1

Características sócio-demográficas

	Grupo 1	Grupo 2	Total	ANOVA	
	(Auto-mutilados)	(\bar{N} Auto-mutilados)		<i>F</i>	<i>p</i>
	(<i>N</i> =30)	(<i>N</i> =30)	(<i>N</i> =60)		
Idade					
Média – DP	30,9 ± 6,5	31,23 ± 7,8	31,1 ± 7,1	0,03	NS
Mín. – Máx.	25 – 55	22 – 50	22 – 55		
Percentagem	50%	50%	100%		
Nacionalidade					
Português	29 (96,7%)	27 (90,0%)	56 (93,3%)		
Angolano	1 (3,3%)	2 (6,7%)	3 (5,0%)		
Brasileiro	0 (0%)	1 (3,3%)	1 (1,7%)		
Estado Civil					
Solteiro	18 (60,0%)	20 (66,7%)	38 (63,3%)		
Casado/UDF	9 (30,0%)	5 (16,7%)	14 (23,3%)		
Divorciado/SDF	3 (10,0%)	5 (16,7)	8 (13,3%)		
Habilitações Literárias					
Analfabeto	2 (6,7%)	0 (0%)	2 (3,3%)		
Até à 4ª classe	12 (40,0%)	7 (23,3%)	19 (31,7%)		
Até ao 9º ano	16 (53,3%)	20 (66,7%)	36 (60,0%)		
Até ao 12º ano	0 (0%)	2 (6,7%)	2 (3,3%)		
Licenciado ou mais	0 (0%)	1 (3,3%)	1 (1,7%)		

Nota. Comparação inter-grupos da variável idade e características jurídico-penais através do ANOVA. NS=não significativo.

A segunda amostra (Grupo 2) foi constituída por trinta sujeitos sem qualquer história de comportamento de auto-mutilação, detidos no EP Sintra e seleccionados de forma aleatória.

Quadro 2

Características jurídico-penais

	Grupo 1	Grupo 2	Total	ANOVA	
	(Auto-mutilados)	(\bar{N} Auto-mutilados)		<i>F</i>	<i>p</i>
	(<i>N</i> =30)	(<i>N</i> =30)	(<i>N</i> =60)		
Situação Jurídico-penal					
Preventivo	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4,86	0,03
Condenado	30 (100%)	29 (96,7%)	59 (98,3%)		
A aguardar trânsito em julgado	0 (0%)	1 (3,3%)	1 (1,7%)		
Tempo de Reclusão (em meses)					
Média – DP	51,1 ± 36,1	35,3 ± 14,9	43,2 ± 28,5		
Mín. – Máx.	7 – 155	16 – 66	1 – 155		
Tipologia do crime					
Furto/Roubo (F/R)	16 (53,3%)	10 (33,3%)	26 (43,3%)		
Tráfico de Estup. (TE)	4 (13,3%)	14 (46,7%)	18 (30,0%)		
Outro(s) crime(s) (OC)	4 (13,3)	4 (13,3%)	8 (13,3%)		
F/R + OC	2 (6,7%)	0 (0%)	2 (3,3%)		
F/R + TE	2 (6,7%)	1 (3,3%)	3 (5,0%)		
F/R + TE + OC	2 (6,7%)	1 (3,3%)	3 (5,0%)		
Antecedentes Criminais				6,10	0,01
Sim	23 (76,7%)	14 (46,7%)	37 (61,7%)		
Não	7 (23,3%)	16 (53,3%)	23 (38,3%)		
Antecedentes Prisionais				7,29	0,009
Sim	19 (63,3%)	9 (30,0%)	28 (46,7%)		
Não	11 (36,7%)	21 (70,0%)	32 (53,3%)		

Nota. Comparação inter-grupos da variável idade e características jurídico-penais através do ANOVA. NS=não significativo.

Material

Questionário Socio-demográfico e Jurídico-penal: destinou-se à recolha dos dados socio-demográficos e jurídico-penais, que considerámos indispensáveis para a caracterização dos sujeitos que integraram o nosso estudo, anteriormente apresentados nos Quadros 1 e 2.

Inventário Clínico Multiaxial de Millon-II – MCMI-II: trata-se de um questionário de personalidade cujo objectivo é sumariar informação em áreas de avaliação e tomadas de decisão terapêuticas. É constituído por 175 itens de resposta verdadeiro/falso, sendo que os vários aspectos das perturbações da personalidade são recolhidos em 26 escalas: 4 escalas de fiabilidade e validade, 10 escalas básicas de personalidade (Esquizóide, Evitante, Dependente, Histrionica, Narcísica, Antissocial, Agressivo-sádica, Compulsiva, Passivo-activa e Autodestrutiva/Masoquista); 3 escalas de perturbações da personalidade (Esquizotípica, Estado-limite e Paranóide); 6 síndromas clínicos de gravidade moderada (Eixo I, DSM-III-R) (Ansiedade, Histeriforme, Hipomania, Distímia, Abuso de Álcool e Abuso de Drogas); e 3 síndromas clínicos de grande gravidade (Eixo I, DSM-III-R) (Pensamento psicótico, Depressão major e Perturbação delirante).

Procedimento

Os participantes foram seleccionados pelos Serviços Clínicos do EP Sintra e chamados a responder aos questionários pelo corpo de guardas do mesmo estabelecimento. Os participantes foram informados do âmbito do estudo e, após ter sido obtido o seu consentimento, foi explicado cada um dos questionários. Uma vez que os questionários utilizados eram de auto-aplicação e permitiam a aplicação em grupo, foram aplicados, na maioria das vezes, a grupos com um máximo de dez elementos, estando sempre um investigador disponível para o esclarecimento de dúvidas. Em casos de sujeitos analfabetos ou com importantes défices cognitivos, as aplicações foram realizadas pelo investigador.

Análise dos dados

Para o tratamento estatístico dos dados, recorreremos ao SPSS 11.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Ao nível da estatística diferencial, e para efeitos de descrição e comparação inter-grupos, foi utilizada a análise de variância de um critério (One-Way ANOVA), que permite verificar qual o efeito de uma variável independente, de natureza qualitativa, numa variável dependente ou resposta, de natureza quantitativa (Pestana & Gageiro, 1998). No que se refere à análise intra-grupos, foi realizado um estudo correlacional, com a amostra total, entre a existência de comportamento de auto-mutilação e

as escalas do MCMI-II, utilizando o coeficiente de correlação de Spearman, para correlacionar variáveis qualitativas (Reis, 2002).

RESULTADOS

O Quadro 3 refere-se à tipologia dos comportamentos de auto-mutilação. Dessa forma, no que concerne aos sujeitos auto-mutilados, a amostra recolhida apresenta vários tipos de comportamento de auto-mutilação, sendo o mais frequente a realização de cortes, que, de forma isolada, acontece em 53,3% dos casos. Contudo, uma percentagem significativa dos sujeitos (23,3%) afirma ter realizado mais do que um tipo de auto-mutilação, sendo os cortes uma constante nas três variantes de referência a múltiplos tipos de comportamentos de auto-mutilação.

Quadro 3

Tipologia dos Comportamentos de Auto-mutilação

Comportamentos de Auto-mutilação	Número de Sujeitos	Percentagem
Ingestão Voluntária de Corpos Estranhos (IVCE)	2	6,7%
Cortes	16	53,3%
Greve de Fome e/ou sede (GF/S)	3	10,0%
Outro	2	6,7%
IVCE + Cortes	2	6,7%
Cortes + GF/S	4	13,3%
Cortes + IVCE + GF/S	1	3,3%
Total	30	100%

No Quadro 4 são apresentados os resultados da comparação entre os grupos relativamente ao estudo das perturbações da personalidade, através do MCMI-II para o qual foi utilizada a análise de variância de um critério (One-Way ANOVA). Assim, a comparação inter-grupos apresenta diferenças com significado estatístico numa escala de validade: “MCMI-Z E. Alteração” ($p < 0,02$), em oito das vinte e duas escalas clínicas, especificamente nas escalas “2 – Evitante” ($p < 0,02$), “8B – Autoagressiva” ($p < 0,05$), “S – Esquizotípica” ($p < 0,05$), “C – P. Estado Limite (Borderline)” ($p < 0,005$), “H – Histeriforme/ /Somatoforme” ($p < 0,05$), “B – Abuso de Álcool” ($p < 0,002$), “T – Abuso de Drogas” ($p < 0,005$) e “CC – Depressão Major” ($p < 0,002$), e no item “Factor de Risco” ($p < 0,005$) apresentando, em qualquer um dos casos, pontuações mais elevadas para o grupo 1. No que se refere ao grupo 1, algumas pontuações encontradas são mesmo indicadoras da existência de perturbação (pontuações $TB > 75$), como acontece nas escalas “Evitante” (G1 $TB = 86,13$), “Histriónica” (G1 $TB = 76,20$), “Autoagressiva” (G1 $TB = 78,93$), “Esquizotípica” (G1 $TB = 79,37$), “Personalidade Estado Limite (Borderline)” (G1 $TB = 85,40$), “Abuso de Álcool” (G1 $TB = 82,13$) e “Abuso de Drogas” (G1 $TB = 93,87$).

Quadro 4

Inventário Clínico Multiaxial de Millon – II (MCMI) (Média±DP)

	Grupo 1	Grupo 2	Anova	
	(Auto-mutilados) (N=30) Média±DP	(Ñ Auto-mutilados) (N=30)	F	p
MCMI-V – E. Validade	0,20±0,41	0,07±0,25	2,32	NS
MCMI-X – E. Sinceridade	80,70±15,73	74,73±18,18	1,85	NS
MCMI-Y – E. Desejabilidade	72,67±13,69	75,70±17,12	0,58	NS
MCMI-Z – E. Alteração	73,77±18,02	60,33±19,36	7,74	0,007
MCMI - 1 – E. Esquizóide	72,17±19,87	65,50±15,32	2,12	NS
MCMI - 2 – E. Evitante	86,13±21,39	73,87±19,63	5,36	<0,02
MCMI- 3 -E. Dependente	69,03±27,38	62,47±25,61	0,92	NS
MCMI- 4 – E. Histrionica	76,20±14,93	71,53±10,47	1,95	NS
MCMI- 5 – E. Narcísica	84,00±17,75	86,70±14,20	0,42	NS
MCMI- 6A – E. Antissocial	96,83±19,82	87,67±20,49	3,10	NS
MCMI- 6B - E. Agressivo/Sádica	80,67±22,34	80,43±19,34	0,00	NS
MCMI- 7 – E. Compulsiva	62,40±19,78	67,90±14,30	1,52	NS
MCMI- 8A – E. Passivo/Agressiva	80,97±29,28	70,97±26,96	1,89	NS
MCMI- 8B - E. Autoagressiva	78,93±22,93	67,03±16,91	5,23	0,02
MCMI- S – P. Esquizotípica	79,37±21,02	69,33±14,56	4,62	<0,05
MCMI - C – P. Estado Limite (Borderline)	85,40±22,73	68,93±19,48	9,08	<0,005
MCMI – P – P. Paranóide	78,43±20,03	77,13±13,94	0,08	NS
MCMI – A – Ansiedade	78,53±25,00	67,23±27,00	2,83	NS
MCMI- H- Histeriforme/ Somatoforme	66,77±20,61	57,47±12,65	4,44	<0,05
MCMI – N - Hipomania	67,07±13,91	64,17±11,10	0,80	NS
MCMI – D – Distímia	74,60±30,81	60,70±28,38	3,30	NS
MCMI - B – Abuso de Álcool	82,13±13,00	69,13±16,08	11,86	<0,001
MCMI – T – Abuso de Drogas	93,87±17,56	79,63±19,90	8,63	<0,005
MCMI – SS – Pensamento Psicótico	72,10±23,35	67,13±11,52	1,09	NS
MCMI – CC – Depressão Major	69,70±18,43	57,40±10,50	10,09	<0,002
MCMI – PP – Perturbação Delirante	70,97±17,67	69,63±11,63	0,12	NS
MCMI – Factor de Risco	1,40±1,48	0,40±0,93	9,84	<0,005

Nota. Comparação entre as amostras através do ANOVA. NS=não significativo ($p>0,05$).

O Quadro 5 apresenta os resultados obtidos no estudo de correlacional, envolvendo todos os sujeitos da amostra, entre a existência de comportamento de auto-mutilação e as pontuações obtidas nas escalas do MCMI-II, com o objectivo de verificar a existência de correlações estatisticamente significativas entre a existência de perturbações da personalidade e a história de comportamento de auto-mutilação. Neste estudo, foram encontradas correlações negativas com significado estatístico entre o comportamento de auto-mutilação e as escalas 8B ($p<0,05$), C ($p<0,01$), D ($p<0,05$), B ($p<0,01$), T ($p<0,01$), CC ($p<0,01$) do MCMI-II e o Factor de Risco ($p<0,01$) da mesma escala. Todas as escalas referidas apresentam uma fraca associação linear (8B: $r=0,58$; C: $r=0,36$; D: $r=0,29$; B: $r=0,37$; T: $r=0,34$ FR: $r=0,40$), à excepção da escala CC, que apresenta uma associação linear moderada ($r=0,42$). Estas correlações indiciam que a existência de comportamento de auto-mutilação se encontra associada à obtenção de pontuações mais altas nas referidas escalas, ou seja, a maior probabilidade de existência de patologia.

Quadro 5

Comportamento de Auto-mutilação vs. MCMI-II

	Comportamento de Auto-mutilação	
	<i>r</i>	<i>p</i> *
MCMI – 1	-0,01	NS
MCMI – 2	-0,22	NS
MCMI – 3	-0,19	NS
MCMI – 4	-0,19	NS
MCMI – 5	0,10	NS
MCMI – 6A	-0,23	NS
MCMI – 6B	0,05	NS
MCMI – 7	0,14	NS
MCMI – 8A	-0,18	NS
MCMI – 8B	-0,25	<0,05
MCMI – S	-0,03	NS
MCMI – C	-0,36	<0,01
MCMI – P	0,13	NS
MCMI – A	-0,24	NS
MCMI – H	-0,18	NS
MCMI – N	-0,03	NS
MCMI – D	-0,29	<0,05
MCMI – B	-0,37	<0,01
MCMI – T	-0,34	<0,01
MCMI – SS	-0,12	NS
MCMI – CC	-0,42	<0,01
MCMI – PP	-0,002	NS
MCMI – Factor de Risco	-0,40	<0,01

Nota. Correlações obtidas através do coeficiente de correlação de Spearman. *Em função dos graus de liberdade, indica-se o respectivo nível de significância; NS=não significativo ($p>0.05$).

DISCUSSÃO

Segundo vários autores, as perturbações da personalidade assumem um lugar de destaque no quadro dos comportamentos de auto-mutilação (Bohus et al., 2000; Castro, 2002; Fulwiler, 1997; Guertin, 2001; Haw, 2001; Kernberg, 1992). No presente trabalho foram estudadas as escalas do MCMI-II, tendo sido encontradas diferenças com significado estatístico em oito das vinte e duas escalas clínicas.

A escala Evitante (2) (G1 TB=86,13), onde foi obtida, para o grupo 1, uma pontuação média indicadora da existência de patologia, mede um estilo de funcionamento marcado pela indiferença e isolamento sociais. A existência desta perturbação parece ser congruente com o descrito por outros autores na literatura consultada, ao referirem a existência de graves carências na imagem de si, baixa auto-estima, intensa auto-desvalorização e graves carências na relação que o sujeito auto-mutilado estabelece com o meio, predominando as emoções negativas (Castro, 2002; Hawton et al., 1999). Para além disso, Castro (2002) foca ainda a tendência para evitar os contactos sociais e uma hipersensibilidade à rejeição, dando especial ênfase ao factor solidão, que afirma constituir o único preditor cognitivo/afectivo significativo do comportamento de auto-mutilação. Para além disso encontra-se ainda referência a graves

carências na imagem de si, baixa auto-estima, intensa auto-desvalorização (Castro, 2002) (escala Autoagressiva (8B) (G1 TB=78,93). O destaque obtido pela escala C, Perturbação Estado Limite (Borderline) da Personalidade (G1 TB=85.40) é congruente com a generalidade da literatura que se refere a uma relação entre esta perturbação e a existência de comportamento de auto-mutilação (Bohus et al., 2000; Feldman, 1988; Guertin, 2001; Kernberg, 1992; Zlotnick et al., 1999).

Por outro lado, o abuso de substâncias em geral, associado ao comportamento de auto-mutilação (escala B (Abuso de Álcool) (G1 TB=82.13); escala T (Abuso de Drogas) (G1 TB=93.87)) encontra também um amplo suporte na literatura (Castro, 2002; Crawford, 1998; Gillet et al., 2001; Groholt et al., 2000; Haw et al., 2001; Pernanen, cit por Soyca, 2000; Simpson & Porter, cit. por Kolk, 1989; Zlotnick et al., 1999;) sendo mesmo afirmado que alguns agentes psicotrópicos, como o álcool e as drogas, desempenham um papel na ocorrência das principais perturbações do comportamento desencadeando ou aumentando o risco de auto e/ou hetero-agressão, bem como *acting-out*.

Segundo alguns autores, a depressão parece também condicionar o comportamento de auto-mutilação, vários autores citam esta perturbação como uma importante característica psicopatológica do sujeito que exhibe comportamentos de auto-mutilação (Guertin, 2001; Haw, 2001), o que parece corroborado pelos resultados por nós obtidos (escala CC (Depressão Major) (G1 TB=69,70)). Em associação aparece ainda o risco de suicídio, cujo aumento parece também associado a história de comportamentos de auto-mutilação (Bennewith et al., 2002; Stanley, Gameraff, Michalsen, & Mann, 2001) tal como foi por nós comprovado pela pontuação obtida no item “Factor de Risco”.

O presente estudo parece indicar uma importante associação entre a história de comportamentos de auto-mutilação e a existência de perturbações da personalidade, nomeadamente no que diz respeito às escalas “Evitante”, “Autoagressiva”, “Perturbação Esquizotípica”, “Perturbação Estado Limite” e “Histeriforme/Somatoforme” do MCMI-II. Por outro lado, verificou-se ainda, uma maior tentência suicidária para o grupo de reclusos auto-mutilados, evidenciada pelo item “Factor de Risco” do MCMI-II, bem como uma maior prevalência de consumos/dependência de drogas e/ou álcool.

Será ainda importante referir que não se pretende, com estes dados inferir relações causalistas entre o comportamento de auto-mutilação e a existência de perturbações da personalidade. Pretende-se, unicamente apresentar números que, no nosso estudo, se encontraram correlacionados e, ao invés de respostas, lançar novas questões para que, de futuro, novos trabalhos se debrucem sobre estas questões e lancem novas luzes que permitam um mais lato conhecimento dos factores associados aos comportamentos de auto-mutilação de reclusos.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (1987). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (3ª edição revista). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (APA). (1996). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bennewith, O., Stocks, N., Gunnell, D., Peters, T., Evans, M., & Sharp, D. (2002). General practice based intervention to prevent repeat episodes of deliberate self harm: Cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, *324*, 1254-1257
- Bohus, M., Limberger, M., Ebner, U., Glocker, F.X., Schwarz, B., Wernz, M., & Lieb, K. (2000). Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilation behavior. *Psychiatry Research*, *95*(3), 251-60.
- Castro, A.M. (2002). Auto-mutilação: A emergência de sentir. *Jornal de Psicologia Clínica*, *5*(6), 21-34.
- Crawford, M. (1998). Does initial management affect the rate of repetition of deliberate self harm? Cohort study. *British Medical Journal*, *317*, 985-990
- Favazza, A.R., & Rosenthal, R.J. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospital & Community Psychiatry*, *44* (2), 134-140.
- Feldman, M.D. (1988). The challenge of self-mutilation: a review. *Comprehensive Psychiatry*, *29*, 252-269.
- Fulwiler, C., Forbes, C., Santangelo, S.L., & Folstein, M. (1997). Self-mutilation and suicide attempt: Distinguishing features in prisoners. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, *25*(1), 69-77.
- Gillet, C., Polard, E., Mauduit, N., & Allan, H. (2001). Acting out and psychoactive substances: Alcohol, drugs, illicit substances. *Encephale*, *27*(4), 351-359.
- Glucklich, A. (1999). A Phenomenological Psychology of Sacred Pain. *Harvard Theological Review*, *92*(4), 479-506.
- Grøholt, B., Ekeberg, Ø., & Haldorsen, T. (2000). Adolescents hospitalised with deliberate self-harm: The significance of an intention to die. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *9*, 244-254.
- Guertin, T. (2001). Self-mutilative behavior in adolescents who attempt suicide by overdose. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *40*(9), 1062-1069.
- Haw, C., Hawton, K., Houston, K., & Townsend, E. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *British Journal of Psychiatry*, *178*, 48-54.
- Hawton, K., Kingsbury, S., Steinhardt, K., James, A., & Fagg, J. (1999). Repetition of deliberate self-harm by adolescents: The role of psychological factors. *Journal of Adolescents*, *22*, 369-378.
- Kernberg, O. (1992). *Agression in Personality Disorders*. New Haven: Yale University Press.
- Nixon, M., Cloutier, P., & Aggarwal, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalised adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *41*(11), 1333-1341.
- Pelios, L., Morren, J., Tesch, D. & Axelrod, S. (1999). The impact of functional analysis methodology on treatment choice for self-injurious and aggressive behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *32*(2), 185-195.
- Roy, S., Hahn, A., Hanson, D., & Herrera, J. (1990). Self-injury in psychiatric in-patients. *International Journal of Psychosomatics*, *37*(1-4), 35-36.
- Soyka, M. (2000). Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *British Journal of Psychiatry*, *176*, 345-350.
- Stanley, B., Gameroff, M.J., Michalsen, V., & Mann, J.J. (2001). Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *American Journal of Psychiatry*, *158*(3), 427-432.

van der Kolk, B. (1989). The compulsion to repeat the trauma – Re-enactment, Revictimization, and Masochism. *Psychiatric Clinics of North America*, 12(2), 389-411.

Winchel R.M., & Stanley M. (1991). Self-injurious behavior: A review of the behavior and biology of self-mutilation. *American Journal of Psychiatry*, 148(3), 306-317.

Zlotnick, C., Mattia, J.I., & Zimmerman, M. (1999). Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *The Journal of Nervous Mental Disease*, 187(5), 296-301.