

Ensaio Terapêuticos na Automutilação Autística

Marcelo Caixeta *

Comportamentos automutilatórios estão presentes em 10% das crianças com distúrbios globais do desenvolvimento. Estão muito associados com estereotípias, apesar de que estas são mais frequentes (40% de eligofrenias severas e profundas).

Alguns autores sugerem, baseados em estudos farmacológicos e experimentais em animais, que os comportamentos automutilatórios fazem parte de um "espectro" de alterações psicobiológicas que vão das estereotípias simples do tipo "balanceio" ântero-posterior até as grandes automutilações.

Vários fatores foram associados ao comportamento: 1 - Atividades auto-estimulatórias para suprir suas incapacidades de se inteirar com o ambiente; 2 - Incapacidade do ambiente de ser afetiva e sensorialmente estimulante; 3 - Estimulação excessiva; 4 - Desafferentação (auto-estimulação dos amauróticos); 5 - Síndromes biológicas do tipo Leach Nyhan e Cornélia de Longe; 6 - Obtenção de reforços; 7 - Escapar de determinadas demandas (pedagógicas por exemplo); 8 - Oligofrenias severas; 9 - Associação de deficiência mental com outra patologia psiquiátrica; 10 - Autismo infantil.

Clinicamente, o sintoma pode se manifestar de múltiplas formas: morder os punhos ou os dedos, morder os lábios, arrancar os cabelos, roçar os pés ou o rentum em objetos duros ou no próprio ombro, bater a cabeça, enfiar os dedos nos olhos. O diagnóstico diferencial deve ser feito com alguns distúrbios do movimento: coréia, atetose, discinesias iatrogênicas, tiques.

Várias tentativas terapêuticas foram ou continuam sendo propostas: 1 - neurolépticos em altas doses; 2 - Reforços negativos; 3 - Baclofeno; 4 - Fenfluramina; 5 - Antagonistas opióides, para nos atermos aos mais difundidos.

Paciente e Método

Analizamos diferentes estratégias terapêuticas propostas a uma criança autista (critérios DSM-III para distúrbio autístico e CID X para autismo infantil) de 9 anos de idade.

Para análise quantitativa da observação, empregamos a "Escala de Avaliação Global para Crianças" (C-GAS), e a "Childrens Psychiatric Rating Scale" (Arch Gen Psych, 1983, 40:1228-1291) em seus itens

RESUMO

Em um estudo aberto sobre um caso de autismo, o autor compara diferentes tratamentos para o comportamento automutilatório (que é dividido em 3 grupos, conforme suas características psicopatológicas). No grupo no qual se enquadra o paciente (grupo II), o baclofeno e a fluoxetina não promoveram a redução da auto-agressão, ao passo que os neurolépticos, sobretudo quando associados a uma estratégia comportamental, demonstraram ter um efeito terapêutico.

UNITERMOS

Autismo infantil, Automutilação, Terapêutica.

* Professor/Chefe do Serviço de Neuropsiquiatria Infanto-Juvenil (Un.C.Go.). Especialista pela Universidade de Paris (Orient. Prof. de Ajurisguerra).

referentes ao autismo, especificamente aos comportamentos auto-agressivos. Avaliamos o item auto-agressividade, apenas em função de dois subitens: melhorado ou não melhorado.

Caso Clínico

Rodolfo... foi admitido para o tratamento em regime de hospital-dia com 6 anos de idade. Inicialmente dócil, foi adquirindo cada vez mais comportamentos automutilatórios, à medida em que se estimulava a melhora de performance psicopedagógica. Diante de seu comportamento auto-agressivo, as psicopedagogas o deixavam à vontade, sem forçá-lo a nada: no entanto, este comportamento generalizou-se e o paciente se automutilava, então, mesmo diante dos atos mais banais como ir para o refeitório ou para o banheiro. Com o passar do tempo, passou a se automutilar mesmo quando sozinho no pátio. Estas agressões chegaram a tal magnitude que o paciente foi obrigado a permanecer no leito, contido mecanicamente. Permanecia assim, em completa abulia, durante meses. Várias estratégias foram progressivamente ensaiadas, inicialmente com o haloperidol, depois com clorpromazina, levampromazina, baclofeno, fluoxetina, terapia comportamental. O estudo foi feito no decorrer de um ano e 10 meses.

Seus exames paraclínicos mostravam EEG, Tomodensitometria e exames bioquímicos de rotina sanguíneos normais.

Durante a utilização destes medicamentos, excetuando-se os neurolépticos, foram feitos exames semanais hematológicos, hepáticos e eletrocardiográficos. Não foram encontradas alterações dignas de nota.

A utilização de cada uma destas drogas se faz no decurso de 45 dias, com uma latência de 15 dias para se atingir a dose máxima de cada medicação, que durante 30 dias foi utilizada na seguinte posologia (estando o peso do paciente na época especificado entre parênteses).

- 1 - Haloperidol - gotas - 40 mg/dia (34kg).
- 2 - Levemepromazina - gotas - 300 mg/dia (37 kg).
- 3 - Clorpromazina - gotas - 800 mg/dia (39 kg).
- 4 - Baclofeno - 50 mg/dia (41 kg).
- 5 - Fluoxetina - 60 mg/dia (40 kg).
- 6 - Fenfluramina - 40 mg dia + clorpromazina 150 mg/dia (peso 43 kg).

Resultados

A correlação da clínica com a terapêutica foi a seguinte:

- 1 - Haloperidol - não melhorado.
- 2 - Levemepromazina - discreta melhora.
- 3 - Clorpromazina - discreta melhora.
- 4 - Baclofeno - não melhorado.
- 5 - Fluoxetina - não melhorado.

6 - Clorpromazina + terapia comportamental: sensível melhora, mas por breve período.

7 - Clorpromazina + fenfluramina: sensível melhora. (estudo em curso).

8 - Clorpromazina + fenfluramina + terapia comportamental: melhora importante, mas ainda com alguns comportamentos automutilatórios mais brandos e esporádicos (estudo em curso).

Houve intolerância gástrica com o uso de 40-50 mg de lioresal, sedação com 300 mg de levemepromazina.

Discussão Psicopatologia

Pensamos haver ao menos três modalidades diferentes de comportamento automutilatório em crianças:

I - Neste grupo, o comportamento está relacionado com um baixo nível cognitivo, estereotípias, instabilidade psicomotora, agressividade. A automutilação é apenas mais um elemento de um cortejo de sintomas derivado do "primitivismo" do sistema. Não tem nenhuma intencionalidade; é um comportamento fechado em si mesmo, sem valor comunicativo. A título de exemplo, poderíamos citar neste grupo as automutilações da síndrome de Lesch-Nyhan conseqüentes a uma hiperuricemia e reduzida por medicação específica antigotosa.

II - Neste grupo intermediário, estariam as crianças que têm um pequeno repertório para reagir e se comunicar com o ambiente. Seria o caso de nosso paciente, um autismo de desempenho cognitivo mediano. Chamamo-lo intermediário, porque não é tão primitivo a ponto de ser considerado quase que como um "reflexo", nem tão evoluído que dotado de uma clara intencionalidade como o grupo seguinte. Estes pacientes reagem ao ambiente ou tentam controlá-lo, através de um comportamento facilmente operacionalizado, dentro da pobreza de seu repertório. Teriam, portanto, uma intencionalidade "primitiva" que se instala sobre um fundo de angústia, aproveitando reações "circulares" muito elementares e regressivas como são as estereotípias automutilatórias. Seria, portanto, a conjunção de 3 fatores: a - um comportamento atávico, quase que "etológico"; b - um fundo de angústia; c - uma intencionalidade difusa e primitiva.

III - Neste nível, a intencionalidade é completa e o "imprít" mínimo. Como exemplo, temos a tricotilomania, a onicorrexe, condutas derivadas diretamente da angústia subjacente, observadas em crianças neurotizadas não oligofrênicas.

Psicofarmacologia

A - Os neurolépticos, assim como todos antagonistas dopaminérgicos, inibem comportamentos estereotipados em modelos animais e, muito provalmente, em humanos.

A justificativa de seu uso em comportamentos auto-agressivos, portanto, fica demonstrada na medida em que podemos associar as estereotipias e a automutilação, como fazendo parte de um mesmo "espectro" neurobiológico. Sua utilização seria, então, preferencial no Grupo I de nossa classificação. No entanto, sua capacidade de reduzir a "angústia psicótica" pode fazê-lo útil nos Grupos II e III. Em nosso estudo, (excetuando-se a fenfluramina cujo protocolo ainda não se encontra pronto) a resposta mais satisfatória foi encontrada com o uso destas substâncias. Como integramos nosso paciente ao grupo II, pensamos que, neste caso, sua ação preferencial seja a redução não do comportamento "estereotipado", mas do nível de angústia e irritabilidade.

B - Baclofeno - esta é uma substância gabaérgica, utilizada, sobretudo, em paresias ou plegias espásticas por sua atuação preferencial sobre os circuitos medulares, tendo assim um efeito iorrelaxante. Estudos experimentais e pré-clínicos mostraram que os agonistas GABA se opõem à verticalização estereotipada induzida pelos anticolinérgicos. Sabe-se, por sua vez, que o hipofuncionamento colinérgico determina um hiperfuncionamento dopaminérgico a nível estriatal: este por sua vez é "estereotipogênico". Desta forma, o sistema GABA poderia estar envolvido na diminuição das estereotipias e conseqüentemente da auto-agressividade no Grupo I. Pensamos que nosso paciente não respondeu a esta medicação por fazer parte de um outro grupo.

C - Fluoxetina - esta substância antidepressora aumenta os níveis de serotonina (5HC) centrais. Vários estudos, partindo da eficácia da fenfluramina (outra droga, anfetaminóide, com as mesmas propriedades), sobre as estereotipias auto-indutoras de crises convulsivas, confirmaram, sua ação "anti-estereotipogênica". A partir daí, muitos comportamentos tidos como "aparentados" (obsessões, bulimia), foram alvos de estudos clínicos aparentemente favoráveis. Não conhecemos literatura referente à utilização em automutilações. Em nosso caso, não obtivemos resposta favorável. Talvez isto se deva ao fato de que seu efeito possa se exercer preponderantemente sobre o grupo I, onde as mutilações são corolárias ou copartícipes das estereotipias.

D - Fenfluramina - seu uso estaria indicado pelos mesmos motivos acima relatados. No entanto, é fato comprovado que as anfetaminas, por exercerem uma atividade agonista dopaminérgica, podem induzir estereotipias em animais de laboratório e mesmo em humanos. No entanto, AMA & KERN em uma intensa revisão sugerem, a despeito da falta de experiências rigorosamente controladas, que a fenfluramina possa ter uma ação "anti-estereotipogênica" em crianças autistas. De qualquer forma, utilizamo-la em associação com um neuroléptico de modo que este exerça um bloqueio dopaminérgico (antagonizando o efeito da fenfluramina como agonista dopaminérgico), enquanto a droga anfetaminóide aumenta os níveis de

5-hidroxitriptamina, reduzindo assim as estereotipias. Estando este ensaio ainda em curso, será objeto de uma próxima publicação.

E - Terapia comportamental - Parece ter tido um efeito benéfico na redução das automutilações. Utilizamos-nos de técnicas de dessensibilização progressiva (o paciente era introduzido pouco a pouco em cada atividade pedagógica), time-out, condicionamento aversivo (um pequeno choque ou tapa nas mãos, quando iniciava seu comportamento auto-agressivo). Técnicas de imersão (colocar o paciente diante de um grande contingente de estímulos ou demandas pedagógicas, por exemplo) nos parecem absolutamente contra-indicadas, pois observamos grandes regressões nestas ocasiões. Seu efeito benéfico, todavia, nos pareceu muito fugaz com breve recidiva da sintomatologia.

Conclusão

Com a utilização de neurolépticos, agonista GABA, antidepressivo "serotoninérgico" e terapia comportamental, nosso melhor resultado foi obtido com o neurológico associado à terapia comportamental.

Pensamos ser fundamental a delimitação psicopatológica do tipo de conduta auto-agressiva com que estamos lidando, pois parece-nos que tem mecanismos subjacentes diferentes.

O estudo, em questão, peca obviamente por se tratar de um caso único e ser um estudo aberto. Estudos mais controlados serão indispensáveis no esclarecimento deste grave problema.

SUMMARY

On a single case report of childhood autism, the author confronts different therapeutic approaches for self injury behaviours (SIB) baclofen (no improvement), fluoxetine (no improvement) and neuroleptics (improvement, chiefly when associated with behaviourist strategies). Three different psychopathological categories of SIB probably responsible for differences among some psychopharmacological essays on SIB.

KEY WORDS

Autism. Self-Mutilation. Therapeutics.

Bibliografia

1. AMAN, M.G.; KERN, R.A. - Review of Fenfluramine in the treatment of the development disabilities. *J An Acad Child Adolesc Psychiatry*, 28 28:549-565, 1989.
2. COCCARE, B. - Hyposerotonergic states associated with increased irritability. *Br J Psychiatry*, 155 (supis) 52-62, 1989.

3. CONSTENTIN, J. - Les modulations de sensibilité des récepteurs dans le SNC. Des paramètres dans la régulation synaptique. **Encéphale**, 5: 121-149, 1979.
4. CORBETT, J.A. - Mental retardation: psychiatric aspects. In: **Child and adolescent psychiatry**, RUTTER, M.; HERSOV, L. (ed.). 2nd ed. Blackwell. London, 1985.
5. GUALTIERI, C.T.; SCHROEDER, S.R. - Pharmacotherapy for self-injurious behavior: preliminary tests of the D1 hypotheses. **Psychopharmacol Bull**, 25: 364-371, 1989.
6. LESIEUR, P.H. - Interaction serotonine-dopamine dans les comportements pathologiques. In: **Autisme et troubles du développement global de l'enfant**, LELORD, G.; SAUVAGE, D. (ed.) pp. 128-132. ESF, Paris, 1989.
7. NISES, R. - Le traitement de l'automutilation chez l'enfant par la levomepromazina. **Am Med-Psych**, 119 (2):968, 1961.
8. PETIT, M. - Dopamine et serotonine dans les troubles du développement global de l'enfant: de la synapse aux comportements et à la thérapeutique. In: **Autisme et troubles globaux du développement de l'enfant**, Lelord G, Sauvage D (ed.) pp. 104-152. ESF. Paris, 1989.
9. REPP, A.G.; SINGH, N.N.; OLINGER, E.; OLSON, D.R. - The use of functional analyses to test causes of self-injurious behaviour. **J. Ment Defic Res**, 34: 95-105, 1990.

Endereço para correspondência:
Serviço de Neuropsiquiatria Infantil
Rua Pe. Hildebrando, Qd. 1, It. 6
CEP 74.515 - Goiânia - Go