

ABORDAGEM PSICOTERÁPICA DO TRANSTORNO DA AUTOMUTILAÇÃO COM ANÁLISE TRANSACIONAL

Antônio Pedreira

RESUMO: Este artigo aborda o transtorno da automutilação, tema cujas pesquisas bibliográficas no CID-10, no DSM-4-TR, e em livros atuais de psiquiatria resultaram nulas. Em contraste com a ausência de enquadramento oficial, pude encontrar em sites, propostas de tratamento associando medicação e Terapia Cognitiva Comportamental, após breves menções sobre este transtorno do comportamento em que a pessoa se fere, agredindo o próprio corpo, sem a intenção consciente de se suicidar.

Esta entidade mórbida, contudo, faz parte da minha prática em consultório particular, num crescendo nos últimos 30 anos. Objetivo aqui apresentar a minha experiência em abordar esse tema no meu cotidiano psiquiátrico e psicoterapêutico, e dez passos psicoterápicos contra a automutilação, dentro do quadro de referência da Análise Transacional.

PALAVRAS-CHAVE: Psicoterapia. Análise Transacional. Automutilação.

Conheci o transtorno da automutilação na minha prática de consultório atuando por 35 anos consecutivos, nos quais surgiam eventos automutilatórios como parte de quadros psiquiátricos diversos, tais como: anorexia, bulimia, transtornos de ansiedade social, depressão maior e transtorno de Impulso, entre outros. Eu ouvia menções avulsas em congressos psiquiátricos, sem jamais assistir a uma abordagem direta ou específica sobre automutilação. Meu interesse por esse tema data desde o fim do século passado, pela crescente ocorrência com que atendo em minha clínica particular casos de automutilação. Chama à atenção que os compêndios de Psiquiatria atuais não trazem um só capítulo ou seção sobre o transtorno automutilatórios. Apenas alguns breves comentários e/ou indicações sobre tratamento, mormente quando a automutilação ocorre em comorbidade a outras entidades nosológicas. Apenas achei na internet (2014) e em mais um website – (CONDESSO, 2014) – e nada mais foi encontrado na revisão bibliográfica sobre o transtorno da automutilação, nem mesmo no CID-10 e no DSM-4 TR.

O objetivo desse trabalho é apresentar minha experiência clínica acumulada nesse transtorno voluntário autolesivo, com mais de uma centena de casos em acompanhamentos de pacientes atendidos por mim, no meu consultório particular em Salvador – Bahia no período de 17 de março 2001 até 30 de dezembro 2017. Oferecemos os dez passos seguintes para o tratamento

psicoterápico, os quais serão analisados de per si dentro do que aplico na abordagem desse transtorno de autoagressão deliberada, através do referencial teórico-prático da Análise Transacional -AT.

Plano de desenvolvimento do tema

Nesse trabalho, (1º) Reafirmo a simplicidade de conceitos da Análise Transacional – como Estados do Ego, *Script*, Jogos, Compulsões, Disfarces, Posição Existencial, Sistema de Crenças, por exemplo, (BERNE, 1977; STEINER, 1976; KERTÉSZ, 1985; WOOLAMS & BROWN, 1979; PEDREIRA, 2010 e 2011); – contribuindo para o conhecimento maior e melhor dessa entidade mórbida e seu tratamento e para uma proposta de uma sociedade melhor. (2º) Previne e afasta fatores causais e seus efeitos mutilatórios – com base nas interações humanas *OK/OK* na matriz da família, buscando ser um integrante familiar saudável. (BERNE, 1977, 1985 e 1988; STEINER, 1976 e 2001; GOULDING e GOULDING, 1976 e 1985); (3º) promovendo o empoderamento de todos os envolvidos nos processos vivenciais, visando à obtenção do equilíbrio entre as instâncias do pensamento, sentimento e conduta em prol da saúde mental, física e emocional do indivíduo no contexto familiar, para o bem estar interpessoal (GOULDING & GOULDING, 1976 e 1985).

Apresento-lhes uma ideia atualizada sobre esse transtorno de comportamento que se traduz por atos autolesivos, visando ajudar na tarefa de distinguir os fatores etiológicos dessa entidade mórbida. Ao ensinar a tomada de consciência do que pode ser oferecido de modo efetivo em termos psicoterápicos com Análise Transacional segue-se uma descrição dos fatores predisponentes e desencadeadores da automutilação, no sentido de solucionar os problemas e até mesmo curar esse distúrbio. Também, ao longo de 38 anos de prática psicoterápica, usando AT como referencial teórico-prático, eu pude acumular bons resultados no tratamento do transtorno de automutilação. (PEDREIRA, 2011 e 2010).

Algumas constatações verificadas na minha prática clínica, em relação às abordagens psicoterápicas – validadas como eficientes e eficazes – mostraram as correlações de conceitos bernianos aplicáveis ao entendimento desse transtorno e serviram também para possibilitar a clarificação de como é possível o indivíduo alcançar a sua autonomia (ERSKINE e ZALCMAN, 1979). Ao buscar despertar o interesse do leitor pela existência desse complexo distúrbio de comportamento, trago informações úteis do como é possível tratá-lo, assim como prevenir contra possíveis recaídas e recidivas com base Análise

Transacional. Também analisaremos e discutiremos, aqui, cada um dos dez passos que aplico na abordagem que faço em termos psicoterápicos com AT:

Quadro clínico da automutilação

Trata-se de um transtorno do comportamento humano em que a pessoa, produz em si próprio, feridas, agredindo o próprio corpo sem a intenção consciente de se suicidar. O Automutilador depois de impingir a agressão física, frequentemente toma consciência das suas feridas e busca ocultá-los de alguma maneira, mediante uso de roupas compridas que escondam, ou mesmo mediante explicações plausíveis para a origem desses ferimentos.

As manifestações autolesivas mais comuns são: cortar-se com faca, canivete ou lâmina de barbear, furar-se com ponta de tesoura, pregos, agulhas e até mesmo canetas, bater-se ou esmurrar-se; queimar-se com cigarro, puxar e arrancar fios ou tufo de cabelos, reabrir feridas semi-cicatrizadas, chicotear-se com cinto ou experimentar enforçar-se por curto prazo. Fica óbvio que ao autoinfligir feridas, não há intenção de exterminar a sua própria vida. Todavia, usa esse comportamento visando aliviar dores emocionais, aparentemente insuportáveis.

Sintomas antecedentes da automutilação

Vários sintomas relacionados com automutilação podem ser encontrados sem, contudo, serem específicos, nem tampouco justificarem tais condutas autoagressiva. Entre estes sintomas antecedentes da automutilação estão problemas relacionados à família, ao casal, no âmbito profissional ou acadêmico e, por vezes, na área social. Em consequência dessas dificuldades interpessoais, costumam acontecer problemas intrapessoais, tais como: sentimento de culpa, ansiedade e/ou depressão e certa dificuldade em expressar verbalmente as suas angústias, o que resulta em uma Passagem ao Ato seguida pelo *acting out*. Em outras palavras a pessoa expressa corporalmente aquilo que não consegue fazer por meio de palavras, podendo ir da automutilação até mesmo ao suicídio.

Aspectos etiológicos da automutilação

Apesar de ser atribuído que a automutilação em jovens teria como motivação chamar a atenção dos pais, isso parece ocorrer na minoria das vezes. Aliás, muitas vezes até a escondem dos pais. Muitos destes jovens parecem

buscar a automutilação como um tipo remédio para aliviar o que lhe parece fora de controle, ou como um último recurso, na tentativa de reduzir ou autocontrolar a perturbação emocional.

Este transtorno de automutilação pode aparecer com um reflexo de problemas relacionados a lacunas emocionais: traumas, rejeição, abandonos na infância, entre outros fatores. As lesões praticadas contra o próprio corpo, mediante cortes, perfurações e queimaduras podem ser interpretadas como tendo um significado simbólico. Constituiriam um tipo de escambo ou permuta de um forte sofrimento físico auto infligido, objetivando abafar uma angústia ou sofrimento contínuo do qual não se sente capaz de administrar. Vale ressaltar que, mesmo tendo sentimento forte de desespero, a intenção inicial dessas pessoas não é suicidária.

Mais comumente, o transtorno de automutilação está associado a episódios de *bullying* que podem ocorrer na própria família ou mais frequentemente no grupo escolar.

Perfil psicológico de jovens automutiladores

O perfil mais comum de jovens automutiladores apresenta: autoestima rebaixada, nível alto de ansiedade, angústia, e/ou depressão média ou alta, além de uma frustração que se revela por uma raiva - oculta ou não - manifesta ou sutil, e um detectável sentimento de culpa.

Na origem dos episódios de autolesão, os motivos vão desde o desejo de autoafirmação até a coexistência de problemas de fundo emocional no contexto das suas relações interpessoais. Nestes jovens a principal motivação emocional para esse tipo de agressão seria uma espécie de permuta da dor física autoimposta pela dor emocional, como um tipo de autopunição por algo que lhe faça se sentir fracassado/a.

É alta a prevalência do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDA-H), distúrbios da alimentação: anorexia/bulimia e algum transtorno de impulso, em comorbidade com o distúrbio de automutilação. Obviamente que esses casos supramencionados não incluem outros transtornos mentais, por exemplo: a autoagressão como resposta a um delírio psicótico ou ao transtorno *borderline*, como aparecem no CID-10 e no DSM-4-TR.

É digno de registro que esse transtorno de automutilação pode, ou não, estar direta ou indiretamente ligado à depressão, ou ao Transtorno de Ansiedade Social -TAS, mas podem seguir os respectivos cursos isoladamente. Em outras

palavras, tanto pode estar ocorrendo em comorbidade ao TAS, ou relacionado a um processo depressivo, quanto pode cursar de modo independente da depressão ou do TAS, refletindo entidades mórbidas distintas.

A vulnerabilidade individual determina a predisposição para se ter qualquer um dos seis transtornos da ansiedade, não raro em comorbidade com Transtornos Depressivos. Portadores de tais quadros ditos Ansiosos e depressivos – quando concomitantemente sob o impacto de fatores do estresse – podem estar presentes em pessoas que cometem este tipo de comportamento, em que feridas são provocadas no próprio corpo sem a intenção consciente de suicídio – o que é típico das automutilações.

É possível de se inferir que, as pessoas que usualmente padecem de processos desadaptativos vários, podem agravar o nível dos quadros psiquiátricos e patologias subjacentes. De fato, de acordo com a OMS, a prevalência de transtornos de ansiedade entre os jovens brasileiros cresceu 18,4% nesta última década. Daí, ser possível relacionar esses sintomas – de alguma maneira – com quadros depressivos e de automutilação, e essas duas entidades comórbidas podem aparecer em todo o mundo, com a frequência variável entre 10% a 20% da população geral. Como não há estatísticas oficiais, o ambulatório de adolescentes do Hospital de São Paulo (Nov, 2016) indica que 20% dos jovens sofrem desse transtorno! Por outro lado, qualquer pesquisa desse tipo precisa ser correlacionada com as circunstâncias vigentes onde é feito o estudo, em um dado momento.

Por exemplo, se há uma novela na TV com alta audiência, em que nela apareçam jovens adolescentes praticando este tipo de mutilação, isso pode – de modo subliminar – induzir uma legião de pessoas imaturas a praticar o mesmo tipo de autoagressão. Essa influência também pode ser propagada através das redes sociais – tal como aconteceu com uma recente onda de suicídios juvenis – no fenômeno de autodestruição correlacionada com um jogo, chamado de Baleia Azul, disseminado pela internet.

Principais medidas médicas e psicológicas

Entre as principais medidas que um psiquiatra precisa tomar, em casos mais graves de automutilação incluem, desde a internação e aplicação de psicofármacos, até mesmo o paciente ser tratado no domicílio com a recomendação de atenta vigilância para impedir um mal maior. O internamento se dá, tanto a pedido da família quanto do paciente automutilado, por

vislumbrarem nele uma opção salvadora ou tábua de salvação, até por não saberem o que fazer, quando da automutilação e diante de lesões sangrantes extensas.

Outra ajuda útil que pode ser oferecida pelo psiquiatra, ao jovem autoagressor, é a psicoeducação, que convém ser extensiva à família. É importante que os familiares entendam o significado do fenômeno e procurem agir de modo cooperativo e apoiador, evitando pura e exclusivamente culpabilizar a pessoa que cometeu a autoagressão, a qual já está cheia de culpas. É também recomendável que se evite o uso de jargões do tipo: – Você precisa ser forte; – Você tem que parar com essas idiotices! – Tudo isso é puro fingimento: você dava para artista da TV! – Isto é falta do que fazer, ou falta de vergonha na cara. Outras expressões usadas com ênfase mística são: - Isso é falta de religião! - é castigo do céu!” – Isto é feitiço que fizeram contra você! – São espíritos do mal ou demônios!

Na maioria das vezes as medicações prescritas são úteis para alívio dos sintomas, ou mesmo para controle dos transtornos de impulso. Com o objetivo de elaborar os conflitos intrapsíquicos e interpessoais, uma psicoterapia se faz necessária para buscar trabalhar a origem do problema central nesse transtorno, inclusive para a co-criação de meios e maneiras de lidar com as frustrações presentes.

O processo de tratamento oferecido contempla a abordagem medicamentosa, que visa à normalização da química cerebral – usualmente afetadas nestes pacientes – objetivando a regularização das frequentes alterações bioquímicas referentes aos neurotransmissores.

Também se mostram úteis algumas técnicas eficazes de autocontrole das emoções que estão descontroladas nestes pacientes.

Em minha experiência clínica com AT em pacientes que apresentam o transtorno autoagressão, a duração média para alcançar o desejável equilíbrio psíquico – na maioria dos casos – varia com fatores diversos: intensidade e duração dos processos automutilatórios, podendo ir de dois a dez meses, com resultados palpáveis antes dos três meses de uma psicoterapia semanal feita com regularidade.

Após o tratamento convém que o paciente faça uma Terapia de apoio para a consolidação dos resultados favoráveis obtidos.

Prevenção de recaídas

Tanto nos episódios primários quanto nas recaídas e recidivas, alguns comportamentos são importantes para serem observados pelos pais, que podem estar relacionados com o processo de automutilação. Assim, todas as mudanças súbitas no comportamento habitual dos filhos, podem já despertar suspeitas nos genitores ou por outros membros da família, ao observarem atitudes de desinteresse pelas atividades usuais devem acionar um sinal de alerta. Até mesmo um desinteresse por amigos próximos – os quais podem começar a notar um crescente isolamento social – ou uma queda injustificada no rendimento escolar, um uso inapropriado de roupas compridas e agasalhos em dias não quentes - ocultando possíveis feridas auto infligidas - e ainda perfurações, queimaduras e cortes – nas pernas, nos pés e nos braços – são pistas valiosas para se suspeitar da ocorrência desse transtorno automutilatório.

Há indícios de que as condutas de automutilação trazem de modo oculto um sentimento de vergonha pelos atos autolesivos cometidos ou um desejo de chamar à atenção. Na minha experiência, as referidas lesões costumam ser praticadas sem plateia alguma, e em zonas do corpo que podem ser cobertas pelas vestes. Esses fatos servem para contrapor a ideia de ser uma maneira ou estratégia de chamar à atenção dos outros, ou de extorquir Carícias.

Psicoterapia pela análise transacional na automutilação

A escolha da Análise Transacional, como método psicoterápico, deveu-se à longa intimidade que esse autor tem na utilização do instrumental teórico e prático dessa linha de terapia, ao longo dos últimos 38 anos no tratamento dos distúrbios psicossomáticos e quadros ansiosos e depressivos. Além disso, a pronta adesão dos clientes à AT em razão da fácil compreensão da terminologia, e da já comprovada eficácia do método (NOVEY, 2009).

O ponto de partida será a realização de uma primeira consulta com objetivos de clarificação do processo do paciente automutilado. Nessa sessão inicial, será importante incluir as seguintes questões para que tenha o valor de uma verdadeira entrevista diagnóstica, que servirá de guia para aplicação das intervenções terapêuticas mais adequadas a uma psicoterapia eficaz.

Entrevista diagnóstica

Durante a sessão individual, ou mesmo em grupos específicos para o transtorno de automutilação, são importantes que constem as seguintes

perguntas aos pacientes no ego Adulto, livre de Contaminações – em Transações diretas: Adulto – Adulto, como se segue: (1) Antes de provocar essas lesões no seu corpo, viu alguém fazer isso, ou ouviu referências a estas práticas? (2) É esta a primeira vez que você comete automutilações? (3) Pensa que poderá vir a praticar novas autolesões? (4) Já teve pensamentos ou planos de suicídio? (5) Com que frequência você pratica essas lesões em seu corpo? Como faz tais automutilações? (6) Você correlaciona esse, ou outros episódios, a problemas de que área/s? (Da família, de casal, ocupacional e/ou social?); (7) Pouco antes de se ferir, lembra-se de algum mau sentimento presente em sua cabeça? (8) Qual a sua explicação para cometer a autoagressão? (9) Arrependeu-se de seu gesto automutilatório? (10) Pediu ajuda a alguém? A quem? (11) Que você faria de diferente, se ocorrer isso de novo?

Os dez passos psicoterápicos com AT na automutilação

Eis os dez passos que desenvolvidos por mim, para o tratamento psicoterápico da automutilação com base na AT. 01: Fechar Válvula de Escape Suicida; 02: Desenvolver a Competência Emocional; 03: Interferir para mudar o Sistema de Crenças; 04: Atuar na estrutura da personalidade para desenvolver a autoconsciência; 05: Condução do cliente a uma Redecisão; 06: Após Descontaminar o Adulto, Desconfundir a Criança; 07: Restauração da autoestima e da autoimagem; 08: Saciar-lhe a Fome de incidentes. 09: Dar-lhe Permissões específicos; 10: Promover validação positiva.

Desenvolvimento passo a passo

Passo 1: FECHAR VÁLVULA DE ESCAPE SUICIDA

Pela Análise Transacional, aproveitamos na 1ª sessão – logo que estabelecida a aliança terapêutica – para firmarmos um Contrato de Fechamento da Válvula de Escape Suicida (HOLLOWAY, 1986) principalmente se foi detectada alguma verbalização de ideias ou tentativas prévias de suicídio. É recomendável que, em algum momento da anamnese, o profissional inclua questões acerca de alguma intenção de vir a provocar – de modo direto ou indireto – a própria morte. O Contrato de fechamento da Válvula de Escape suicida também serve como preventivo da automutilação.

Vale lembrar a importância de fechar a Válvula de Escape suicida, mesmo que não tenha sido explicitada a intenção de se matar. É que não é prudente que se Desqualifique o significado do gesto como sendo um mini suicídio.

Embora a segunda crença mágica, citada no passo 6, possa implicar em um possível pedido de socorro, embutido na Transação Ulterior, muitos dos pacientes me relataram que ao perceber uma hemorragia séria acontecendo – produzindo um grande risco para as respectivas vidas – quase todas pediram ajuda de modo claro. Alguns, inclusive, enviaram fotos a amigos médicos – muitos deles estando de plantão –, ou mesmo recorreram a pessoas próximas, ligadas à área de saúde, portanto capazes de socorrê-las.

Passo 2: DESENVOLVER A COMPETÊNCIA EMOCIONAL

Também utilizamos técnicas eficazes de auto controle das emoções, que faltam nestes pacientes. Na abordagem psicoterápica pela AT, uma vez fora de perigo de vida, oferecemos ao paciente a oportunidade para treinar e desenvolver a competência emocional para fazer frente à forte dor emocional, presente nas pessoas com o transtorno de automutilação.

Há evidências experimentais que apontam para o aprendizado de outras maneiras de expressar os seus sentimentos como um recurso eficaz para interromper o comportamento automutilatório. Quando essa técnica é processada em uma terapia grupal, o mesmo efeito pode ser observado em outros membros com o mesmo sintoma, sem a necessidade de se submeterem diretamente à intervenção psicoterápica.

Todo o exposto não invalida a importância psicoterápica da busca de outros fatores causais, motivadores da conduta de automutilação, tipo: fuga de situações aversivas, obtenção de atenção, ou mesmo presença de traço masoquista alto que pode render-lhe um conforto obtido mediante sensações de alívio produzidas pela liberação de endorfinas.

Cabe ao terapeuta buscar a co-criação – juntamente ao paciente – de possíveis alternativas para alcançar os mesmos resultados sem recorrer à automutilação.

Passo 3: INTERFERIR PARA MUDAR O SISTEMA DE CRENÇAS

A meta inicial aqui é levar o cliente a entender e poder interferir no seu sistema de crenças, promovendo a adoção de uma consistente autoconfiança, geralmente afetada nos automutiladores. A intervenção terapêutica consiste em dar consciência ao cliente da presença de Disfarces conectados ao *Script*, e buscar romper o elástico, liberando a carga emocional resultante dessa desconexão efetuada (ERSKINE, 1974).

Dentro do referencial teórico da Análise Transacional, encontramos o conceito de Sistema de Disfarces (ERSKINE e ZALCMAN, 1982), que permite uma compreensão rápida dessa patologia. Em linhas gerais, podemos dizer que toda crença é fundamentalmente um pensamento. Num circuito negativo o sistema de crenças pode iniciar-se por uma crença distorcida – **SOBRE SI MESMO: Central – Não sou digno de consideração! De apoio – Mereço é sofrer, mais do que morrer. – SOBRE OS OUTROS: Central – Eles são mais importantes! De apoio – Ninguém me ama! - SOBRE A VIDA: Central – Viver é sofrer! De apoio – Tenho que me punir por ser um fracasso!**

Qualquer interferência do psicoterapeuta que possa interromper o fluxo no Sistema de Disfarce (ERSKINE e ZALCMAN, 1982) acaba por promover um consistente aumento da autoconfiança, propiciando as desejadas mudanças condutuais frequentes na automutilação.

Passo 4: ATUAÇÃO NA ESTRUTURA DA PERSONALIDADE PARA DESENVOLVER A AUTOCONSCIÊNCIA

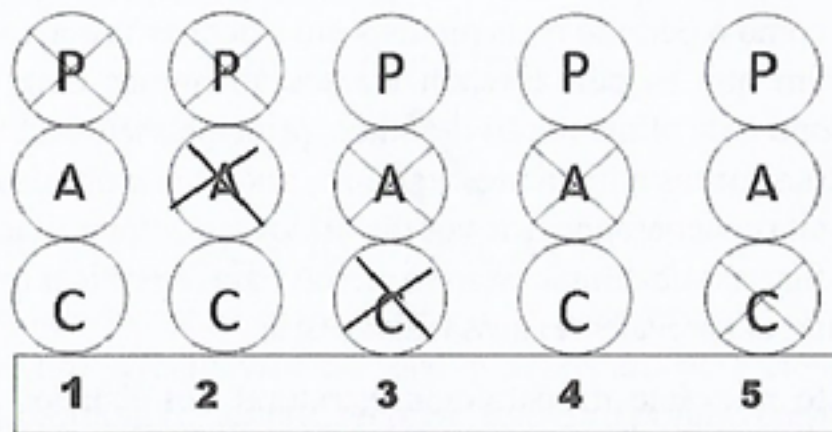
Primeiramente, acho de grande valia levar o cliente a conhecer a teoria dos Estados do Ego (BERNE, 1977), objetivando uma acessível compreensão da estrutura da personalidade humana: o modelo tripartite do Ego, em seus três componentes elementares: Pai, Adulto e Criança.

Segundo Berne (1985): A Exclusão manifesta-se por uma atitude estereotipada, passível de previsão, que é imperturbavelmente mantida por tanto tempo quanto possível, em face de qualquer situação ameaçadora. Ou seja, quando ocorre o emprego rígido e constante de um dos Estados do Ego, de modo que os outros dois permanecem excluídos como se não existissem, dominando o comportamento de uma pessoa, a este Estado do Ego dá-se o nome de constante ou excludente (WOOLAMS & BROWN, 1979). Estes Estados do Ego excluídos são também chamados de Estados de Ego descomissionados.

criança excludente ocorre em indivíduos que não pensam racionalmente e não seguem valores e regras sociais, são eternas crianças, não assumem responsabilidades, não colaboram, não crescem, sendo normalmente egoístas e autocentradas. Ex.: histéricos, psicóticos, narcisistas e manipuladores. (BERNE, 1985, p.44)

Ordinariamente, um indivíduo com uma Criança exclusora do Ego Adulto e do Ego Pai, ele está muito suscetível a cometer a automutilação, porque pode

entrar na Criança “louca” e atuar de modo regredido a um processo primário de pensamento e agir de modo impulsivo.

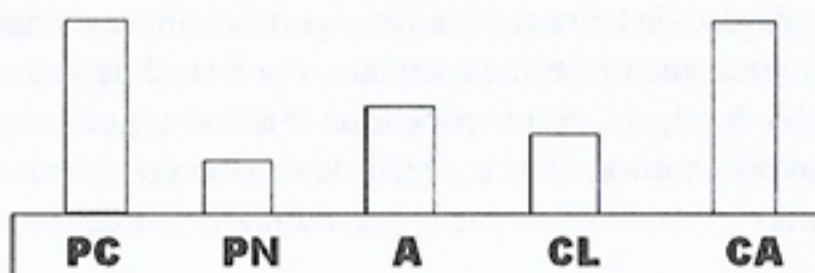


O Egograma é um gráfico construído em cima de avaliações subjetivas, que poderão ser confrontadas, e confirmadas ou não, com o aval do próprio cliente. Nele, as barras representam o valor aproximado da energia psíquica – catexia – em cada Estado de Ego da pessoa em estudo. Assim, a pessoas cujo Egograma mais prevalente é revelador de um perfil – representado acima – do tipo 2, parece ser o mais propenso às automutilações, em face à exclusão da autoproteção do Pai e da racionalidade do Adulto.

Neste caso representado, trata-se do Egograma de uma adolescente de 19 anos que vivia um problema familiar pela sua interação difícil com a genitora dela, que a criou longe do pai, de quem engravidou durante um namoro efêmero, pouco antes de a mãe ir morar em outro país, e a garota só ter vindo a conhecer o pai aos 15 anos, depois do retorno dela ao Brasil. Para o devido reconhecimento da paternidade – após o teste do DNA ter dado positivo – foi necessário um processo judicial litigioso.

O convívio com o genitor – conforme declarou a paciente – é também difícil porque o seu pai biológico é muito fechado e pouco afetivo. Daí a autocrítica devastadora (Pai Crítico NÃO-OK) que lhe gera uma angústia tão alta que, impulsivamente, já praticou quatro episódios de automutilação.

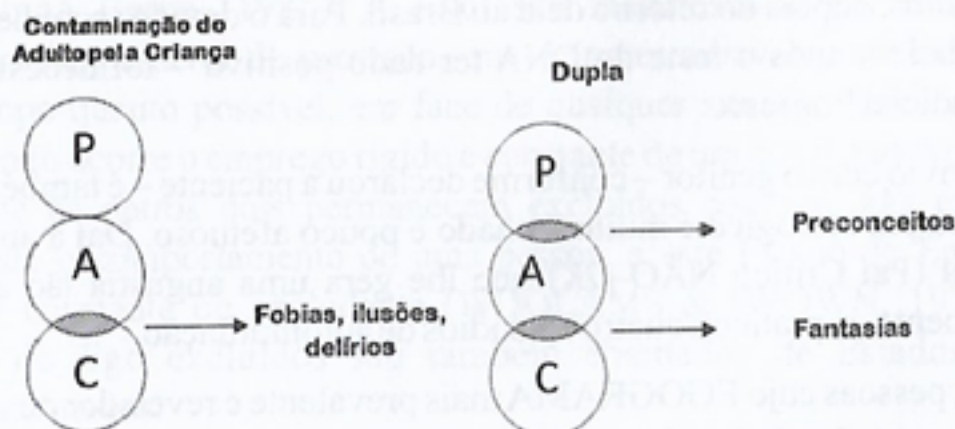
Assim, pessoas cujo EGOGRAMA mais prevalente é revelador de um perfil do tipo apresentado abaixo é um dos mais comuns em pessoas impulsivas ou com propensão às automutilações.



Estatísticas do Sistema Nacional Britânico de Saúde acusa um aumento de 23% de automutilações – desde 2012 – em jovens entre 15 e 19 anos, e apontam a adolescência como o período mais predisposto a ocorrer tais acontecimentos. Por isso, convém que os pais estejam atentos ao humor triste persistente, distúrbios do sono e de alimentação de filhos, principalmente adolescentes. A propósito dos transtornos alimentares: bulimia, anorexia e obesidade, convém lembrar que há alta concomitância de tais distúrbios, e a automutilação. Portanto cabe aos pais e figuras substitutas estarem alertas para identificar qualquer sinal dessas patologias, tão prevalentes nessa faixa etária.

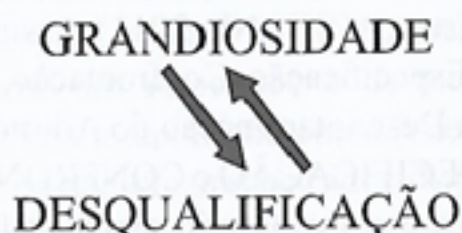
Um aspecto relevante da patologia estrutural dos Estados do Ego é a Contaminação do Adulto – que poderá ser simples ou dupla, e que prejudica o sistema de pensamento, de sentimento e, por conseguinte, influenciando o comportamento humano. Berne (1985, p.44) afirma que “A Contaminação assume a configuração de certos tipos de lesão, por um lado, e de ilusões, por outro”.

Então, entende-se por Contaminação (KERTÉSZ, 1985) a intrusão das fronteiras do Estado de Ego Adulto de informação, procedente do Estado de Ego Pai e/ou Criança, e que avançam pelo Ego Adulto, e este acata tais informações como reais. No caso do Estado de Ego Adulto ser Contaminado pelo Pai e pela Criança, simultaneamente, denomina-se: dupla Contaminação, conforme a representação gráfica destas patologias estruturais que se segue:



Assim, a simples Contaminação do Adulto – pela Criança equivale à força do pensamento mágico de Criança levando o pensamento racional do Adulto a achar uma boa lógica que justifique o seu ato. Por isso, é de todo importante a Descontaminação do Ego Adulto, para uma análise cognitiva ou lógica da realidade factual. Em outras palavras, é válido confrontar os seus mecanismos fantasistas de: maximização da situação pré-mutilatória e de minimização das

suas capacidades autoprotetoras. Em linguagem de AT, fazer a **CONFRONTAÇÃO** do círculo vicioso:



Uma vez interrompido esse processo, é possível se partir para a co-construção de um círculo virtuoso que o afaste do pernicioso mecanismo compensatório, ao qual costumava recorrer, ferindo o próprio corpo.

Passo 5: CONDUÇÃO DO CLIENTE A UMA REDECISÃO

Com o objetivo de trabalhar os conflitos subjacentes – coisa que medicação alguma consegue fazer – ofereço-lhe um processo psicoterápico na nossa linha humanista, a Análise Transacional, com técnicas que ajudam a pessoa a tomar uma nova decisão, em substituição às velhas decisões que foram tomadas na infância em momentos de alto estresse.

Inicialmente, buscar detectar na história pregressa do cliente, se houve alguma vivência catastrófica que possa ter causado um significado abalo na sua autoestima. Em seguida, promover uma desdramatização a partir da vivência – na fantasia – da situação temida e das possíveis respostas comportamentais que teria, procurando identificar o que o cliente imagina que teve vontade de fazer e o que, supostamente, poderia impedi-lo de fazer. Ao levá-lo à realização destes atos – na fantasia – e à tomada de uma nova decisão de sobrevivência (Redecisão), é possível em poucas sessões atingir-se o âmago do problema (GOULDING & GOULDING, 1985). Por tanto, a técnica da Redecisão pode oferecer opções desde a melhora, até de cura desse transtorno, em curto prazo.

Passo 6: APÓS DESCONTAMINAR O ADULTO, DESCONFUNDIR A CRIANÇA

Como já visto no passo número 4, a Contaminação do Ego Adulto afeta significativamente o pensamento, influenciando o comportamento humano. Quer seja simples ou dupla tais Contaminações do Ego Adulto, o primeiro foco do terapeuta será efetuar intervenções de Descontaminação. Subseqüentemente, a meta será desconfundir o Ego Criança.

A Desconfusão poderá ser obtida mediante a sétima operação terapêutica de Berne, que é a Interpretação. As seis operações que a antecedem têm como objetivo primário aumentar a energia psíquica, ou catexia, para estruturalmente lidar com a patologia da Criança (BERNE, 2013). Assim, as operações descritas por Berne: Interrogação, Especificação, Confrontação, Explicação, Ilustração e Confirmação objetivam a Descontaminação do Adulto. Além de iniciar com a INTERROGAÇÃO, ESPECIFICAÇÃO e CONFRONTAÇÃO, é fundamental que o psicoterapeuta esteja preparado para utilizar as clássicas oito intervenções terapêuticas. (BERNE, 2013). Uma vez Descontaminado o Ego Adulto, o paciente agora tem à sua disposição um Adulto forte, claramente definido e competente para realizar uma Desconfusão analítica e processar a psicodinâmica da Criança automutiladora. Para a Desconfusão da Criança – já com o Adulto Descontaminado – chega o momento ideal de fazer a interpretação do seu processo psicodinâmico, levando-lhe a entender que o seu Pequeno Professor propõe-lhe trocar o sofrimento psíquico agudizado e incontrolado, por uma dor física maior, para minimizar a dor psíquica. Devidamente desconfundida a Criança, e compreendendo o seu processo, poderá passar a agir de modo diferente.

Dentre as crenças mágicas e falaciosas do Ego Criança, há duas mais comuns, vida infantil, quando se vê diante de uma situação demasiadamente estressante, a criancinha antes dos oito anos, (HOLLOWAY, 1986) declara para si própria algo equivalente a, se eu passar mal, muito mal mesmo: (1ª) *nada pior pode acontecer comigo; e/ou* (2ª) *alguém fará algo por mim*. E podem internalizar tais crenças falazes como verdades definitivas.

Por outro lado, ao acionar este mecanismo autodefensivo do processo primário de pensamento, a sensação horrível de vazio, mais os sentimentos de angústia e de menos valia e desespero, tudo isso junto pode parecer-lhe sem solução. Cabe aqui, então, a validação das condutas de enfrentamento -em lugar duma cômoda evitação- tendo a atenção integral do seu Adulto e ativando a capacidade de proteção do Pai, e por tanto, capaz de evitar o ato automutilatório.

Daí poderem lançar mão da passagem ao ato e do *acting out*, ações que promovem o ato: como o uso desse remédio amargo, causando-lhe um anestesiamiento paradoxalmente doloroso. De fato, é sabido que essas lesões cutâneas tendem a liberar endorfinas, substâncias produzidas no cérebro que têm efeitos analgésicos e anestésicos e podem reduzir ou anular a dor física.

Passo 7: RESTAURAÇÃO DA AUTOESTIMA E DA AUTOIMAGEM

Tenho observado em muitos clientes que apresentam essa prática agressiva, automutilatória, um significativo rebaixamento da autoestima, da autoimagem e da autoconfiança, como um reflexo da Posição Existencial (PE) NÃO-OK/OK, que pode ser sentida como um autoconceito de menos-valia. Esse conceito básico da AT pode ser útil na terapia e no entendimento desse transtorno. Por definição, a PE básica é uma decisão precoce adotada pela criança antes dos seis anos de idade, que surge quando a criancinha se defronta com questões existenciais sobre si mesmo, o outro e o mundo. (BERNE, 1985). Mediante comparações com outrem, ela decide por adotar uma das quatro possíveis alternativas de PE básica, na correlação Eu/ Tu, tais como se segue: $OK/OK = (+/+)$; $OK/NÃO OK = (+/-)$; $NÃO-OK/OK = (-/+)$ e $NÃO-OK/NÃO-OK = (-/-)$.

Assim, circunstâncias adversas podem levar os filhos a adotarem a denominada PE depressiva $(- / +)$ ou niilista $(- / -)$. Como, em momentos de estresse a pessoa retorna à PE básica, na maior parte dos pacientes que tenho atendido com o transtorno automutilatório, observei a presença de sentimentos, pensamentos e comportamentos decorrentes dessas Posições Existenciais NÃO-OK. Nesses casos, costuma ficar manifesta, a evidência na queixa do paciente de uma autoconfiança afetada, com reflexo na autoestima. Para superar em curto prazo essa sensação de menos-valia, desenvolvi um processo de autoparentalização breve com repercussão rápida sobre o sistema de autoavaliação positiva, mediante uma mudança nas atitudes da pessoa. Em prazo – geralmente – curto a médio, esses pacientes costumam restaurar o amor próprio e o senso de autovalorização.

O método – acima referido – consiste em preparar um decálogo de Pai positivo, com 40 qualidades ou mais, que o cliente escreve, com base em Carícias positivas que já tenha recebido ao longo da sua vida. A repetição por estes automutiladores, de modo reiterado e constante, deste inventário de autocarícias positivas, tende a modificar o seu repertório de Carícias negativas – já internalizadas desde mais tenra idade – funcionando como um antídoto para as consequências contraproducentes desses autoconceitos NÃO-OK.

Em termos de AT, este treinamento funciona como uma reprogramação do Estado do Ego Pai Crítico NÃO-OK, por um novo Pai Protetor OK. Essa técnica de Autoparentalização costuma dar resultados eficazes e eficientes, em portadores desse transtorno de comportamento autolesivos.

Funciona bem, gravar no seu *Smartphone* e, com fones de ouvido, escutá-

las três vezes ao dia, durante três meses. Os resultados são surpreendentes em curto ou médio prazo. Experimentei esta variante de treinamento assertivo e constatei a sua eficácia com mais de seis mil clientes. Os resultados consistentes aparecem ao redor de três meses ou um pouco mais, do exercício da prática deste exercício -três vezes por dia, sendo que muitos clientes apresentam resultados surpreendentes com um período bem menor que este. Ainda assim, insisto que continuem com esses exercícios até completarem o prazo de um trimestre inteiro, prescrito como recomendável. Se feito duas vezes por dia, os efeitos esperados aparecem ao redor de seis meses. Ficou evidente da minha experiência clínica que, quando feito apenas uma vez ao dia, pode levar até um ano, para a obtenção da meta almejada (PEDREIRA e PEDREIRA, 2018). Dependerá, por tanto, da perseverança nos exercícios propostos para atingir-se a desejada autoestima, nesses pacientes complexos.

Passo 08: SACIAR-LHE A FOME DE INCIDENTES.

Foi já demonstrado, o valor da estimulação para que criancinhas possam sobreviver, e também essencial para o seu crescimento e desenvolvimento sadio, e que, quando submetidos à privação de contato físico, desenvolviam uma depressão grave – chamada anaclítica – que poderia até levá-los até a morte (SPITZ, 1945). A partir desta pesquisa, Berne (1964) veio a deduzir que há uma fome de contato e uma fome de estímulos mais sofisticada – que pode ser resolvida pelo intercâmbio de estímulos intencionais, denominados em AT como, Carícias. Por meio delas, o ser humano equaciona uma outra fome, que é a de estruturação do tempo entre o nascimento e a sua morte. Assim Berne (1964) chegou a As Seis Fomes, incluindo a fome de incidentes que leva a pessoa a buscar novos acontecimentos que rompam a monotonia e tragam uma dose mínima de estresse.

É justamente essa fome de incidentes que, ao lado de outras fomes psíquicas: de contato, de estímulo e de reconhecimento, que aparecem em alto grau em pessoas que praticam as lesões físicas auto induzidas. Tais carências necessitam serem identificadas e devidamente supridas, em busca da profilaxia de situações perigosas, desprazerosas e conflitantes, as quais podem gerar emoções fortes, capazes de colocar em risco a vida desses pacientes. Os episódios automutilatórios costumam preencher todas essas fomes e precisam ser resolvidas no contexto psicoterápico.

Em AT são conhecidas (STEINER, 2010 p. 107/114) as Leis da restrição ou da Economia de Carícias uma série de normas advindas do Pai Crítico, ou do Pai

Nutritivo, preconceituosas e ilógicas que contaminam o Ego Adulto impondo-lhe que encontre alguma lógica que as justifiquem. Tais regras precisam ser entendidas pelo Adulto Descontaminado, e devidamente superadas, para permitirem uma interação social mais saudável. Em seguida faz-se necessária a adoção das Leis da Abundância de Carícias, fundamentais na abordagem psicoterápica de pacientes automutiladores.

No particular da Fome de Incidentes nesses clientes, é preciso atentar para o pedido oculto dessas pessoas que parecem necessitar de que algo diferente ocorra em suas vidas, para evitar que aprofundem o seu tédio, e para que tenham a sensação de estarem vivos. Assim, esses jovens podem experimentar drogas ou praticarem uma ingestão exagerada de alimentos e depois provocarem o vômito, e até mesmo tomarem purgantes e adotarem essas condutas bulímicas, acompanhadas ou não por automutilações.

Passo 09: AJUDAR-LHE A LIBERTAR DA DEPENDÊNCIA DO OLHAR DO OUTRO

Impressiona como pessoas que praticam essas lesões corporais autoinflingidas, ficam refém do olhar alheio! Em outras palavras, muito do crescente mal-estar desses pacientes está na razão direta da impressão negativa que imaginam estar causando em outras pessoas. Criam, assim, um mau sentimento de ser um fracasso ou de inferioridade, e até de não serem dignos da apreciação das pessoas do seu círculo de amigos, colegas, parceiros amorosos ou familiares. Desse modo desenvolvem um medo patológico que gera uma angústia imensurável e uma tendência à retração e ao isolacionismo, passando a evitar o contato com outras pessoas. Nestas circunstâncias costumam praticar os atos autolesivos.

É terapêutica, a mensagem de validação das condutas de enfrentamento -em vez da mera e mais cômoda evitação com a plena atenção de seu Ego Adulto e acionando o poder amparador do Ego Pai, com toda a sua capacidade autoprotetiva. Dessa maneira, é possível se contrapor a ação deletéria de Pais Críticos negativos internos e externos que minam a autoimagem e o senso de autovalorização da pessoa, em decorrência desses criticismos exacerbados. Validar o enfrentamento e a liberação desse temor infundado equivale a se libertar do medo do olhar de outrem, e representa um passo muito importante em praticantes da automutilação. Ao tempo em que esse encorajamento é feito pelo terapeuta, o devido apoio de figuras significativas é fundamental, em termos psíquicos e físicos, além da manutenção do processo psicoterápico – já iniciado ou a iniciar.

Passo 10: DAR-LHE PERMISSORES ESPECÍFICOS

Nos casos de automutilação, costuma ficar manifesta e recorrente a queixa do paciente de uma autoimagem afetada, com reflexo na autoestima. Para superar em curto prazo essa sensação de menos-valia, desenvolvi um processo de autoparentalização breve com repercussão rápida sobre o sistema de autoavaliação positiva, mediante uma mudança nas atitudes da pessoa (PEDREIRA e PEDREIRA, 2018). Em curto prazo, geralmente, esses pacientes costumam restaurar o amor próprio e o senso de autovalorização, ingredientes imprescindíveis na superação desse transtorno.

O método compreende um processo algo semelhante ao descrito anteriormente no 7º passo terapêutico para combater a autoestima rebaixada. Consiste em preparar uma lista de Permissões que, com a ajuda dos Adultos – do terapeuta e do o cliente – escritos ou gravados, a partir da identificação dos Compulsões presentes e das suas principais Injunções que possam ter influência marcante na superação do seu processo automutilatório. Por exemplo, se o paciente tem os Compulsões: Agrade sempre, Apressa-te e Seja forte com notória atuação compulsiva na sua impulsividade autolesiva, elaboramos mensagens positivas com capacidade neutralizadoras contra a patologia. Para o hipotético cliente Zé, as mensagens permissoras poderiam ser:

- Zé, você pode ignorar as expectativas alheias e confiar no seu bom senso!
- Zé, seja do seu modo: se aceite como você é.
- Zé, você pode conter a impulsividade e refrear a sua agressividade.
- Zé, você merece viver e desfrutar de sua vida, apesar das adversidades.

É recomendável que o cliente – ao iniciar esses exercícios práticos – traga ao terapeuta um *feedback* especial, revelando se algumas dessas declarações entraram em choque com o seu Quadro de Referência e, eventualmente, se gerou algum Diálogo Interno adverso, capaz de sabotar o seu processo.

A repetição reiterada destas declarações – com um sistema de autoamplificação auditiva – o leva a gravar em redes neurais, mensagens construtivas, que servirão para contrapor os efeitos ruins dos autoconceitos negativos que a pessoa tenha acumulado sobre si mesmo. Em termos de AT, estes exercícios têm o valor de uma reprogramação do Estado de Ego Pai, processo denominado Autoparentalização.

Nesse método, também funciona bem que as mensagens gravadas sejam escutadas com fones de ouvido, na base de três vezes ao dia, durante três meses.

Os resultados são surpreendentes em curto ou médio prazo. Vale verificar como os bons resultados costumam acontecer ao cabo de três meses da execução dessa prática. A frequência os bons resultados guardam os mesmos prazos – já citados antes no passo 7 – para atingir-se a desejada autoestima (PEDREIRA e PEDREIRA, 2018).

Considerações finais

Há evidências de que tais condutas automutilatórias comumente revelam desejo de autoafirmação e de superar a vergonha pelos atos lesivos cometidos contra a sua própria integridade física. Por isso, convém ser observado que, nessas circunstâncias, a importância de que estes indivíduos se sintam compreendidos – de algum modo – e até mesmo acolhidos, em vez de receberem censuras e reprovações. Também no cenário terapêutico os melhores resultados poderão ser obtidos a partir de uma postura acrítica do/s terapeuta/s.

Esse trabalho traz uma contribuição para a abordagem psicoterápica da automutilação – como uma entidade mórbida e não apenas um sintoma de outras psicopatologias – no que merece uma consideração especial pelo crescente número de episódios que ocorrem na atualidade e a necessidade de médicos e psicólogos poderem dispor de recursos efetivos.

Busquei aqui trazer uma contribuição teórica e prática, dentro da minha experiência pessoal em lidar com esses casos, valendo-me do arsenal terapêutico da AT.

Pelo o exposto, convém ter em mente que o transtorno de automutilação faz jus a um entendimento do seu processo subjetivo e também objetivo, pela a sua prevalência na atualidade, o que será certamente contemplado no CID-11 e/ou DSM-5.

Focalizei esse tema com o olhar psiquiátrico de tratar medicamentosamente as comorbidades, e simultaneamente aplicar recursos psicoterápicos para lograr sempre e logo que possível – que o paciente possa se libertar dos acessos automutilatórios e também dos remédios. Para tanto, utilizei elementos da AT e selecionei os passos mais importantes, que compartilho nesse artigo.

Na minha visão, é fundamental uma boa aliança terapêutica, e uma postura empática, compassiva e livre de qualquer criticismo do facilitador para a obtenção dos melhores resultados.

Sabendo-se como os processos de pensamentos, sentimentos e de conduta

de uma pessoa, nesses casos, podem afetar a autoimagem e a autoestima do cliente praticante da automutilação, contaminando-lhe significativamente o Ego Adulto, é desejável que a atuação do psicoterapeuta seja a mais OK e efetiva possível. Apoiadas pelo Adulto do terapeuta, as metas contidas no Contrato terapêutico podem ser atingidas. Em termos práticos, reconheço que há na AT muitos recursos para abordagem psicoterápica dessa entidade mórbida, tais como apresentei e descrevi aqui.

Através do fechamento da Válvula de Escape suicida e da aplicação da técnica da Redecisão é possível a saída desse lugar vicioso e alcançar-se uma nova alternativa de vida com um crescente bem-estar até a alta terapêutica.

Pelo exposto, fica o desafio para novos estudos e um aprofundamento do tratamento do Transtorno de Automutilação e também da sua profilaxia.

Referências Bibliográficas

- BERNE, E. *Os Jogos da Vida*. Rio de Janeiro: Artenova, 1977 p.26-29, 49-62, 68.
- BERNE, E. *Análise Transacional em Psicoterapia*. 1ª edição. São Paulo: Summus Editorial. 1985.
- BERNE, E. *O que diz você depois de dizer olá?* 1ª edição. São Paulo: Nobel, 1988. P.25-37, 353-355.
- BERNE, E. *Princípios do Tratamento de Grupo*. 2ª edição. UNAT-BRASIL. 2013
- CID-10. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. São Paulo: EDUSP, Vol. 1. 2004
- DSM-IV TR. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4ª edition (American Psychiatric Association. (American Psychiatric Press). 2005.
- ERSKINE, R. *Theurapeutic Intervention: Disconnecting Rubber band*. TAJ, 4 (1), 7 – 8, 1974
- ERSKINE, R. & ZALCMAN, M. *Sistema de Disfarce: Um Modelo para Análise dos "Disfarces"*. TAJ, v.9, jan 1979. In: Prêmios Eric Berne 1971-1997. UNAT-BRASIL. Porto Alegre 2008. ,p.169-179
- ERSKINE, R.. *LifeScript: A Transactional Analysis of Unconscious Relational Patterns*. Edited Collection by Karnac Books. London 2010.
- GOULDING, M. & GOULDING, R. *Injunções, Decisões e Redecisões*, TAJ, v.6, jan, 1976 in Prêmios Eric Berne (1971-1997). UNAT-BRASIL, p.41-50.
- GOULDING, M. & GOULDING, R.. *Ajuda-te pela Análise Transacional- A arte de viver bem com a Terapia da Redecisão*. 2ª edição. São Paulo: IBRASA, 1985. p.20-21, 27-39, 66-99.

- HOLLOWAY, W. *Transactional Analysis: an integrative view*. In TA after Berne. San Francisco: Graham Barnes, Ed. Harper's College Press. 1977
- JOINES, V. O Uso da Terapia da Redecisão com Diferentes Adaptações da Personalidade. *Revista Brasileira de Análise Transacional*, Ano IX, n 1, p.9-26 junho. 2000..
- KAHLER, T. & CAPERS H. *O Miniscript*. TAJ, vol 4, n.1.Jan. 1974. Publicado in Prêmios Eric Berne UNAT-BRASIL – circulação restrita, 2010.
- KAPLAN & SADOCK'S. *Synopsis of Psychiatry*, 10^o ed. Lippincott Williams & Wilkins Press. (2007)
- KERTÉSZ, R. *Análise Transacional ao vivo*. 2^a ed. São Paulo: Summus, 14-19; 1985.
- NOVEY, T. B. *Mensuração da Efetividade da Análise Transacional: Um Estudo Internacional*. Publicado in Prêmios Eric Berne (1998-2007) UNAT-BRASIL – circulação restrita, 2009.
- PEDREIRA, A. *La Hora y la vez de la Competencia Emocional – Llevando Inteligencia a las Emociones*. Salvador: A Priori; 1^a Edición en Español. 2011
- PEDREIRA, A.. *Aritmética das Emoções – Uma Viagem Inédita ao Universo das Emoções através da Análise Transacional*. 1^a Edição. Salvador: Contexto, 2010
- PEDREIRA, A. & PEDREIRA, S. N. *Como ser Assertivo sem Ser Agressivo*. Salvador – no prelo. 2018.
- SCHIFF, J. *Leituras do Cathexis: Tratamento de Psicoses*. UNAT-BRASIL (circulação restrita). 1986.
- SPITZ, R. 'Hospitalism: Genesis of psychiatric conditions in early childhood'. *Psychoanalytic studies of the child*; 1, 1945, p. 53-74.
- STEINER, C. *Os Papéis que Vivemos na Vida*. Rio de Janeiro: 2^a Ed. Artenova, 1976 P.36-43.
- STEINER, C. *Educação Emocional*. Rio de Janeiro. Objetiva.2001
- WOOLAMS, S. & BROWN M. *Manual Completo de Análise Transacional*. São Paulo: Cultrix, 197

Antônio Pedreira;

Médico, Psicoterapeuta, Especialista em Análise Transacional pela FATEP/ UNAT-BR, membro Didata Clínico da UNAT-BRASIL e ALAT. Diretor de Ética atual e Ex-Presidente ALAT (2007-09). Autor de 12 livros sobre temas de AT.