



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

FRANCIS WILLIAN BUENO LOURENÇO

**MARCAS DA DOR:**  
ESTUDO PSICANALÍTICO SOBRE AUTOLESÃO EM  
ADOLESCENTES

---

Londrina  
2022

FRANCIS WILLIAN BUENO LOURENÇO

**MARCAS DA DOR:**  
ESTUDO PSICANALÍTICO SOBRE AUTOLESÃO EM  
ADOLESCENTES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina em nível de Mestrado, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha 1- Avaliação Psicológica e Processos Clínicos.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis

Londrina  
2022

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DA OBRA ELABORADA PELO AUTOR, ATRAVÉS DO PROGRAMA DE GERAÇÃO AUTOMÁTICA DO SISTEMA DE BIBLIOTECAS DA UEL

L892m Lourenço, Francis Willian.  
Marcas da dor: estudo psicanalítico sobre autolesão em adolescentes / Francis Willian Lourenço. - Londrina, 2022.  
144 f.

Orientador: Maria Elizabeth Reis.  
Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2022.  
Inclui bibliografia.

1. Adolescente - Tese. 2. Autolesão - Tese. 3. Psicanálise - Tese. 4. Saúde Pública - Tese. I. Reis, Maria Elizabeth. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU 159.9

FRANCIS WILLIAN BUENO LOURENÇO

**MARCAS DA DOR:**  
ESTUDO PSICANALÍTICO SOBRE AUTOLESÃO EM  
ADOLESCENTES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina em nível de Mestrado, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha 1- Avaliação Psicológica e Processos Clínicos.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Elizabeth Barreto  
Tavares dos Reis  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Máira Bonafé Sei  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Nadja Nara Barbosa Pinheiro  
Universidade Federal do Paraná - UFPR

Londrina, 05 de maio de 2022.

Dedico este trabalho aos adolescentes que acompanhei durante uma fase delicada de suas vidas. Gratidão, por tudo que compartilharam comigo.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora, Dr<sup>a</sup>. Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis, não só pela constante orientação neste trabalho, mas sobretudo por sua sensibilidade em relação a cada fase vivida por mim durante a elaboração desta pesquisa. Em termos winnicottianos, diria que ela foi uma orientadora suficientemente boa. Quando necessário, se fazia presente para ouvir minhas angústias, entretanto, jamais ofereceu respostas prontas para que eu pudesse superar minhas frustrações, promovendo um crescimento não apenas intelectual e acadêmico, mas sobretudo em minha maturidade. Sua busca por excelência na produção científica serviu de inspiração para mim.

Aos integrantes do grupo de Pesquisa em Fatos Clínicos Psicanalíticos da Universidade Estadual de Londrina (UEL) que contribuíram ricamente na elaboração desta pesquisa.

Aos docentes do Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Assim como, aos colegas discentes da turma de 2020, mesmo com o distanciamento por conta da pandemia da Covid-19, ainda assim, foi possível desenvolver laços afetivos e companherismo.

Ao gestor municipal e o secretário de saúde do município onde trabalho, por concederem nove meses de licença para me dedicar à conclusão desta dissertação.

Por último, contudo, talvez o mais importante, gostaria de agradecer à minha esposa e filhos, vocês são o motivo de cada sacrifício e de cada vitória em minha vida. Carol, Duda e João Vitor, amo vocês.

*A maioria das doenças  
que as pessoas têm são poemas presos,  
abscessos, tumores, nódulos, pedras.  
São palavras calcificadas, poemas sem vazão.*

*(...).*

*Pessoas adoecem da razão,  
de gostar de palavra presa.  
Palavra boa é palavra líquida,  
escorrendo em estado de Lágrima.*

**Viviane Mosé**

Lourenço, F. W. B. **Marcas da dor**: estudo psicanalítico sobre autolesão em adolescentes. 2022. 144 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

## RESUMO

A autolesão entre os adolescentes vem sendo evidenciada com certa frequência pelos veículos de comunicação. No tocante à saúde pública, os indicadores epidemiológicos referentes à lesão autoinfligida por adolescentes aproximam-se às epidemias de doenças biológicas de caráter orgânico. Não raro, o diagnóstico recebido pela área médica acaba levando a uma estigmatização, gerando no adolescente um ostracismo subjetivo, tolhendo a possibilidade de falar sobre suas dores emocionais. Neste sentido, a psicanálise constitui uma ferramenta eficaz, com o intuito de refletir sobre o sofrimento do adolescente, a partir da relação transferencial-contratransferencial vivida no setting. A presente pesquisa teve por objetivos investigar as vivências emocionais de adolescentes que praticam a autolesão, assim como, identificar os fatos clínicos relativos a episódios de autolesão, em atendimentos clínicos realizados com adolescentes, descrevendo os sentimentos vivenciados pelo adolescente antes, durante e após o episódio da autolesão e, analisar os aspectos afetivo-emocionais implicados na autolesão, a partir dos fundamentos da psicanálise. A coleta de dados foi realizada a partir de relatos clínicos e prontuários relativos ao atendimento em psicoterapia de sete adolescentes, que haviam sido atendidos em psicoterapia psicanalítica em um Serviço de Saúde Pública. Foram selecionados os fatos clínicos vivenciados durante as sessões de atendimento, em que houvesse menção a situações de autolesão praticadas pelos adolescentes em diferentes contextos, os quais foram analisados e transformados em fatos clínicos psicanalíticos. Finalmente os fatos clínicos psicanalíticos organizados em quatro categorias temáticas: autolesão e o sentimento de angústia, autolesão e o sentimento de abandono, autolesão e a busca por prazer, e, marcas da dor – da autolesão a representação da dor.

**Palavras-chave:** autolesão; masoquismo; psicanálise; fatos clínicos.

Lourenço, F.W.B. **Pain marks: a psychoanalytic study on self-harm in adolescents.** 2022. 144 p. Dissertation (Master's in Psychology) - State University of Londrina, Londrina, 2022.

### ABSTRACT

Self-harm among teenagers has been evidenced with some frequency by the media. With regard to public health, the epidemiological indicators referring to self-inflicted injuries by adolescents are similar to the epidemics of biological diseases of an organic nature. Not infrequently, the diagnosis received by the medical field ends up leading to stigmatization, generating a subjective ostracism in the adolescent, preventing the possibility of talking about their emotional pain. In this sense, psychoanalysis is an effective tool, with the aim of reflecting on the suffering of adolescents, based on the transference-countertransference relationship experienced in the setting. The present research aimed to investigate the emotional experiences of adolescents who practice self-injury, as well as to identify the clinical facts related to episodes of self-injury, in clinical care performed with adolescents, to describe the feelings experienced by adolescents before, during and after the episode. of self-injury, and to analyze the affective-emotional aspects involved in self-injury, from the foundations of psychoanalysis. Data collection was carried out from clinical reports and medical records related to the psychotherapy care of seven adolescents, who had been treated in psychoanalytic psychotherapy at a Public Health Service. Clinical facts experienced during the care sessions were selected, in which there was mention of situations of self-harm practiced by adolescents in different contexts, which were analyzed and transformed into psychoanalytic clinical facts. Finally, the psychoanalytic clinical facts organized into four thematic categories: self-injury and the feeling of anguish, self-injury and the feeling of abandonment, self-injury and the search for pleasure, and, marks of pain – from self-injury to the representation of pain.

**Key words:** self-injury; masochism; psychoanalysis; clinical facts.

## LISTA DE TABELA

<b>Tabela 1 -</b>	Casos utilizados na análise dos dados.....	84
-------------------	--	----

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APA	American Psychological Association
APS	Atenção Primária em Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2</b>	<b>O CORPO: PALCO DAS PRIMEIRAS EXPERIÊNCIAS SUBJETIVAS DO APARELHO PSÍQUICO</b> .....	15
<b>3</b>	<b>SOBRE O MASOQUISMO</b> .....	32
<b>4</b>	<b>AUTOLESÃO: UM FENÔMENO A SER ANALISADO</b> .....	43
<b>5</b>	<b>UM OLHAR PSICANALÍTICO SOBRE A ADOLESCÊNCIA</b> .....	49
5.1	O PERÍODO DE LATÊNCIA ENQUANTO UM ESTÁGIO PRÉ-ADOLESCENTE .....	49
5.2	O ADVENTO DA PUBERDADE .....	50
5.3	CARACTERIZANDO A ADOLESCÊNCIA .....	52
5.4	PROCESSO MATURACIONAL NA ADOLESCÊNCIA: UMA VISÃO WINNICOTTIANA .....	55
5.5	SÍNDROME NORMAL DA ADOLESCÊNCIA .....	58
5.6	ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS NA ADOLESCÊNCIA .....	65
<b>6</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	71
6.1	OBJETIVO GERAL .....	71
6.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	71
<b>7</b>	<b>MÉTODO</b> .....	72
7.1	PARTICIPANTES .....	83
7.2	LOCAL DE REALIZAÇÃO .....	84
7.3	CUIDADOS ÉTICOS .....	84
7.4	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS .....	84
7.5	ANÁLISE DOS DADOS .....	85
<b>8</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	88
8.1	AUTOLESÃO COMO FORMA DE ALIVIAR A ANGÚSTIA .....	88
8.2	AUTOLESÃO E SENTIMENTO DE ABANDONO .....	105

8.3	AUTOLESÃO E A BUSCA POR PRAZER.....	116
8.4	MARCAS DA DOR: DA AUTOLESÃO A REPRESENTAÇÃO DA DOR .....	129
<b>9</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>133</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>136</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Ao iniciar as atividades no ambulatório de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de uma cidade de pequeno porte localizada no Paraná, a primeira pessoa que atendi foi uma adolescente que praticava a autolesão. A jovem de dezessete anos entra no consultório e eu, ingenuamente, pergunto quem ela é? Ela me responde dizendo “eu sou isso” e levanta sua camiseta revelando seu abdômen todo marcado por cortes e sacarificações.

A experiência arrebatadora daqueles cortes aludia a incursão a um museu, onde uma pintura na tela convocava a refletir sobre a possível mensagem o autor queria transmitir com aqueles traços. Naquele momento, tinha apenas esta metáfora para amparar meu fascínio e espanto diante do absurdo que é submeter o próprio corpo à experiência da dor, através de cortes na pele. De 2015 até 2020 atendi mais de 50 casos de autolesão, a cada novo caso, surgiam novas perguntas, novos questionamentos e pouquíssimas respostas, e, quando surgiam, quase nunca podiam ser replicadas.

Tais questionamentos levaram à realização de um estudo teórico sobre o tema como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), no curso de especialização em Clínica Psicanalítica, realizado na Universidade Estadual de Londrina (UEL). Naquele contexto, na função de psicoterapeuta-pesquisador, foram investigados fundamentos básicos de clínica psicanalítica com adolescentes, na perspectiva freudiana e sua articulação com o manejo winnicottiano. A pesquisa desenvolvida na pós-graduação Lato-sensu teve um caráter bibliográfico, remontando das bases da psicanálise e o desenvolvimento de conceitos relacionados à constituição da adolescência, tendo como marcadores o sentimento de culpa e a agressividade como motivadores para a prática da autolesão.

Posteriormente, o interesse em aprofundar os conhecimentos sobre a autolesão praticada por adolescentes funcionou como mola propulsora que motivou a continuidade da investigação científica realizada na presente dissertação. Na qual buscou-se um

aprofundamento dos conceitos psicanalíticos, sobretudo, em relação à concepção do corpo na psicanálise, o conceito de dor e sua relação com o masoquismo e a constituição da adolescência na psicanálise contemporânea. Assim, possibilitando melhor compreender as vivências emocionais relatadas pelos adolescentes durante as sessões clínicas ao psicoterapeuta, que agora vivencia a função de pesquisador.

A construção do estudo culminou na revisão de literatura clássica e contemporânea sobre o tema, seguida pela construção de fatos clínicos psicanalíticos decorrentes da análise de casos atendidos em psicoterapia pelo psicoterapeuta-pesquisador.

O primeiro capítulo, foi abordado *o corpo como palco das primeiras experiências subjetivas vivenciadas pelo sujeito*, estabelecendo uma conexão entre ego-psíquico e ego-corporal. Demonstrando a interrelação entre psiquismo e corpo, e a importância da relação da mãe com seu bebê nas primeiras fases da vida, e o desenvolvimento da capacidade da criança reconhecer a pele (corpo) como palco das vivências emocionais.

O segundo capítulo, considerada a problemática do *masoquismo*. Ao nos depararmos com os casos de autolesão, surge a pergunta: como pode uma pessoa provocar dor em si mesma? Esta questão abrange o comportamento autodestrutivo promovido pela pulsão de morte, circuito pulsional que direciona as práticas de autodestruição e de promoção da dor como forma de prazer na dialógica das perversões contemporâneas.

O terceiro capítulo, denominado *autolesão – um fenômeno a ser analisado* apresenta uma revisão de literatura sobre a autolesão na literatura contemporânea. Destacando a relevância de se desenvolver pesquisas que abordem o tema proposto e sua situação no cenário acadêmico e na produção de conhecimento científico.

O quarto capítulo, *a adolescência sobre a ótica da psicanálise* versa sobre o processo da adolescência, como esta etapa da vida da pessoa é caracterizada por transformações e

variações que, por vezes, podem resultar em sintomas psicopatológicos que comprometem o desenvolvimento saudável do adolescente.

O quinto capítulo, discorre sobre o método de pesquisa. Tendo como proposta a pesquisa psicanalítica e a construção de fatos clínicos psicanalíticos. Será abordada a fundamentação teórica psicanalítica que respalda a validade do método psicanalítico como uma proposta eficaz.

O sexto capítulo, apresenta os dados coletados, assim como, a análise do material, apresentando a construção dos fatos clínicos em fatos clínicos psicanalíticos, oriundo dos relatórios de sessão, prontuários e material de supervisão clínica, elaborados durante a realização dos atendimentos anteriores ao desenvolvimento desta pesquisa.

Objetiva-se que este trabalho não seja um fim em si mesmo, em relação aos resultados alcançados, mas que sirva de inspiração para que novos estudos sejam desenvolvidos dentro desta temática.

## 2 O CORPO: PALCO DAS PRIMEIRAS EXPERIÊNCIAS SUBJETIVAS DO APARELHO PSÍQUICO

Na literatura psicanalítica, o corpo ocupa um lugar de destaque na dinâmica psíquica, como pode ser observado nas palavras de Freud (1923/2011) a respeito da constituição do aparelho psíquico, especialmente em relação a uma das instâncias: “o Eu é, sobretudo corporal, não é apenas uma entidade superficial, mas ele mesmo a projeção de uma superfície” (p. 32). Contudo, é necessário compreender como procede ao intrincamento entre o *ego* e o corpo, e como esta inter-relação incide sobre os processos mentais.

Laplanche (2015), em seu livro *Sexual – a sexualidade ampliada no sentido freudiano*, constituído por artigos redigidos pelo próprio autor entre os anos 2000 e 2006, ressalta que o problema freudiano é, antes de tudo, de tradução. Pensando neste aspecto, é salutar destacar que as obras que serão utilizadas nesta dissertação se referem à Editora Companhia das Letras, traduzidas por Paulo César Souza. Segundo Fuks (2011), o tradutor opta por uma tradução literária, evitando utilizar concepções posteriores acrescentadas pelos comentadores da obra de Freud. Outro ponto de destaque é a escolha em detrimento à terminologia dos conceitos freudianos, como: Eu, Id e Supereu, em vez de Ego, Id e Superego. Esta última é, segundo Souza, influenciada pela escola francesa, logo, o objetivo do tradutor foi manter fiel à terminologia utilizada pelo mestre de Viena.

Cabe ressaltar que, embora se utilize a referência da tradução de Souza, optar-se-á por usar os termos mais difundidos dentro da tradição psicanalítica brasileira. Porém, este fato não desvalida o trabalho realizado pela Companhia das Letras, trata-se apenas de uma escolha de familiaridade sonora da palavra, ou seja, por costume. Enfim, aplicar-se-ão os termos: Ego, Id e Superego (Fuks, 2011), exceto quando se tratar de citação direta em que os autores mencionados utilizarem outra nomenclatura.

Em 1888, Freud escreveu um artigo intitulado *Cérebro*, publicado em um dicionário

de medicina geral (Winograd, 2004). Nesta ocasião, o inventor da psicanálise tinha apenas 32 anos, e estava iniciando suas investigações metapsicológicas, no entanto, já era possível observar a sofisticação no que concerne à relação entre o Ego-corporal e o que podemos conceber como psiquismo. Para Winograd (2004, p. 96) “historicamente esse artigo pode ser classificado como parte de seus últimos escritos neurológicos, situando-se na fronteira entre o que se convencionou chamar de período neurológico e período psicológico da produção freudiana”.

Conforme apresentado por Winograd (2004), o artigo *Cérebro* apresenta a noção freudiana do “paralelismo psicofísico” (p. 96). A publicação, além de ser ousada em relação à compreensão do funcionamento cerebral da sua época - uma medicina puramente biológica e materialista, sobretudo - o que salta aos olhos do leitor daquela época e, em alguns casos, do leitor contemporâneo, concentra-se na originalidade e criatividade do autor em estabelecer o que, naquele período, era compreendido como relação corpo-alma, aspecto que pode ser compreendido atualmente como inter-relação corpo-mente.

Em seu pressuposto, Freud (citado por Winograd, 2004) defende o funcionamento cerebral constituído por “excitações sensoriais centrípetas convertidas em impulsos centrífugos de movimento”, fazendo emergir a noção de “causalidade mecânica” (p. 97). Ou seja, inaugura-se a premissa freudiana de que os fenômenos corporais (cérebro) ocorrem simultaneamente aos fenômenos psíquicos (Ego). A causalidade mecânica teria uma relação direta com o estado de apercepção do organismo. Nesse caso, os sentidos seriam responsáveis por captarem os sinais físicos do ambiente e, consecutivamente, os conteúdos mnêmicos compostos por representações simbólicas da experiência resultariam em um estado de consciência dos fatos. Bruno (1971, citado por Winograd, 2004) denomina este acontecimento de “determinação I do psíquico” (p. 98).

Como observado por Winograd (2004), a preposição de Bruno em relação ao artigo de

Freud, escrito dois anos após seus estudos na Salpêtrière com Charcot (p. 96), não contempla a proposta freudiana em sua integralidade. Como afirma a autora, a proposta de Freud em seu artigo menciona a causalidade mecânica como referência ao surgimento da relação corpo-psíquico, entretanto, com o avanço dos estudos preliminares sobre a histeria (Freud, 1893-1895/2016), destaca outro nexos causal estritamente psíquico, que a autora irá denominar dentro do pensamento freudiano como uma cadeia, “cujos elos são os elementos psíquicos” (p. 98).

Nesta cadeia, os elos psíquicos seriam responsáveis pelos processos de pensamentos da esfera consciente e, ao mesmo tempo, interligados ao inconsciente psíquico – “essa ligação tem a forma de uma cadeia, cujos elos são os elementos psíquicos, que podem ser, por exemplo, os diversos estados da consciência, ou mesmo as diversas ideias” (Winograd, 2004, p. 98). Neste aspecto, é possível presumir que este processo se refere ao que se convencionou chamar de associacionismo, associação de ideias, ou, concomitância dependente.

Seguindo a mesma esteira de pensamento freudiano, Anzieu (1989, p. 61) menciona a “psicogênese do eu-pele”, baseado na relação mãe-bebê. O autor passa a explorar a dinâmica do “sistema diádico mãe-filho” (p. 61), onde, é possível observar a origem da constituição psíquica da criança no que concerne à constituição do seu próprio ego. Entretanto, antes do surgimento do Ego individual do pequeno *infant*, ocorre um entrelaçamento entre mãe-e-filho, onde um é a extensão do outro, de forma horizontal, em pé de igualdade, ou seja, não verticalizada, sendo a mãe o sujeito ativo e o bebê sujeito passivo.

Segundo Anzieu (1989), esta relação constitui um acontecimento importante tanto para o bebê quanto para a mãe. Conforme defende Ajuriaguerra (citado por Anzieu, 1989, p. 63) “a criança é criadora da mãe”, sendo na troca de olhares, no contato das peles e no balbuciar/falar entre mãe-bebê que a relação diádica se circunscreve. Logo, o eu-pele da

criança vai sendo enriquecido pelo estímulo sensorial não só da mãe, mas por todos que compõem o ambiente familiar, criando, assim, um aparato vincular chamado de “envelope” psíquico (Anzieu, 1989, p. 63).

Neste sentido, é possível relacionar a “noção de concomitância dependente em Freud” (Winograd, 2004, p. 95) e a proposta de Anzieu (1989) no tocante ao envelopamento psíquico, atribuindo à díade a capacidade de formação do conceito de eu-pele, corroborando a proposta de Freud (1923/2011) em relação ao Ego-corporal que, a posteriori, constitui o psiquismo já desenvolvido em sua instância topológica. Sobre o envelope psíquico, compreende-se que a pele do bebê é por onde a criança capta os efeitos do ambiente, os quais provocam reações fisiológicas no organismo, que são registradas diretamente no córtex cerebral, que, a princípio, poder-se-ia categorizar como prazerosas ou desprazerosas (Anzieu, 1989).

Durante este processo, ocorre um fenômeno descrito por Anzieu (1989, p. 61) como “duplo feedback”. Através da relação que se estabelece entre mãe-bebê e as reações fisiológicas ocorridas no interior do organismo, desencadeiam uma inscrição intrassubjetiva e intersubjetiva na díade, o que, por sua vez, promoverá um delineamento psíquico na criança que ultrapassa o corporal (eu-pele) e agora tangencia o psíquico, ou, “ser um Eu, é sentir a capacidade de emitir sinais ouvidos pelos outros” (Anzieu, 1989, p. 69).

O surgimento do Ego no pequeno ser ocorre através deste envelopamento, por meio da singularização: “ser um Eu, é sentir-se único” conforme afirma Anzieu (1989, p. 69). Entretanto, este acontecimento não se dá de forma resoluto e casual, pois antes de ser um Eu individualizado, a criança recebeu o devido cuidado e o estímulo do objeto primário: a mãe. Esta, não apenas alimentou a criança com leite e nutrientes, mas o preencheu de afeto e carinho, na maioria das vezes a partir do toque. Desde o útero materno o embrião necessita de toque, seja através do útero e o líquido amniótico ou da palavra – é uma relação de

“interface” indica Anzieu (1989, p. 68).

Inicialmente, esta interface ocorre de forma simbiótica. Entretanto, à medida que o bebê vai internalizando as experiências que por ele mesmo foram interpretadas, sem a necessidade de interlocução da mãe, aquilo que foi vivido na pele passa a ser representado na mente da criança. Rica em simbolismo e afetos, a vida começa a ganhar relevo no psiquismo do protótipo do pequeno sujeito – intitula-se sujeito, devido ao processo de separação entre mãe-bebê, o que conduz a singularização do mesmo (Anzieu, 1989).

O processo citado acima remete ao que Anzieu (1989, p. 70) chama de um “sistema aberto do funcionamento psíquico”. Um exemplo que ilustra bem a proposta do autor refere-se ao fato do duplo tocar da criança: ao se tocar, a criança tem uma dupla experiência - ela toca e é tocada ao mesmo tempo, agente ativo e passivo, criador e criatura. Em decorrência desta experiência abre-se a possibilidade de a criança dar e receber o afeto, de intervir sobre si e sobre o ambiente em que se encontra, promovendo mudanças internas e externas.

No aspecto sensorial, o organismo pode ser concebido como um receptor dos estímulos externos. Estes são decorrentes dos fenômenos do cotidiano que cercam o indivíduo, de forma tal que as impressões (*print*) processadas no corpo são o resultado de experiências sensoriais que mobilizam os sentidos no corpo: visão, audição, olfato, tato, paladar. Fazendo uma analogia com um recurso conhecido no campo da Tecnologia da Informação (T. I.), quando se executa um “*print*” está copiando de forma literal aquilo que a tela de um *hardware* capturou. Entretanto, convém ressaltar que a “máquina humana”, digo, o corpo não operacionaliza este acontecimento de forma tão simples, pois não interpreta de forma *ipsis litteris* o *print* do mundo que o cerca, uma vez que cada sujeito já vem carregado de história (Zimmerman, 2004). No que tange às circunstâncias históricas do indivíduo, conclui-se que cada ser é único, singular, composto por experiências que, por mais que sejam idênticas às de outro sujeito, cada um irá interpretar e processar o registro de uma vivência de

forma exclusiva.

Segundo Freud (1923/2011), antes de elucidar em relação ao Ego, é salutar visitar conceitos anteriores, como: consciente e inconsciente. Tanto no campo da Medicina como na Filosofia, os termos “consciência” e “inconsciência” foram amplamente analisados e debatidos. Roudinesco e Plon (1998) referem-se a uma carta enviada por Freud a Fliess, em 1888, na qual o criador da psicanálise faz menção ao pensamento de Hyppolyte Bernheim e Jean Martin Charcot e, ao mesmo tempo, tece algumas críticas a Theodor Meynert, que defendia a oposição entre “fenômenos psíquicos e fenômenos fisiológicos” (p.131). O mesmo pode ser dito em relação ao esgarçamento do pressuposto cartesiano de separá-los como partes distintas e não articuladas de um processo “lógico” de evolução de um ser que precisa pensar (consciência) para existir.

Winograd e Mendes (2009) enfatizam que a questão do corpo é transdisciplinar e congrega vários campos do saber. Em uma perspectiva biológica, o corpo pode ser definido como a substância da matéria, aparato material que coloca em curso a mecânica de funcionamento do organismo, envolvido por carne, nervos, ossos, músculos, pele. Por outro lado, em um sentido mais existencial, é o centro da potência humana, capaz de perceber e reproduzir fisiologicamente os efeitos das experiências recebidas pelo mundo externo.

O pressuposto cartesiano é descartado por Freud, ao lançar as bases do pensamento psicanalítico, ao invés de conceber corpo e mente de forma separada como Descartes. A psicanálise propõe uma noção de integralidade entre corpo e psiquismo. Cukiert e Prizskulnik (2000) mencionam a importância do corpo no tocante ao desenvolvimento da teoria psicanalítica, considerando que o corpo tangencia a noção de psiquismo trabalhada intensamente por Freud. O corpo é o palco dos sintomas histéricos como observado por Freud e Breuer em *Estudo o sobre Histeria* (1893-1895/2016), a afirmação dos autores faz ressonância com o pressuposto defendido por Charcot (Roudinesco & Plon, 1998) e

Mcdoudall (2018) em sua análise do psicossoma e suas manifestações no palco corporal. Segundo Peres et al. (2015), foi por uma questão de didática que Freud escolheu priorizar as afecções mentais em vez de enfatizar os sintomas físicos no corpo, resgatando o pressuposto de Hipócrates que visava uma unidade entre o biológico e o psicológico.

Conforme pode ser observado na história da psicanálise, por exemplo, Laplanche & Pontalis, 2001; Roudinesco & Plon, 1998; Zimmerman, 1999; Quinodoz, 2007, os primeiros autores a dedicaram um estudo minucioso no campo da metapsicologia aludindo a uma relação biopsíquica, em que o corpo e a mente/psiquismo interagem diretamente entre si. O mesmo pode ser dito em relação a Ferenczi e Groddeck, pois ambos postularam a hipótese da relação direta de doenças orgânicas com conteúdo simbólico resultantes de conflito psíquico, como acontece com frequência no campo da histeria. O equívoco destes autores foi querer reduzir o funcionamento do psiquismo humano à organização mental de um histérico, negligenciando a complexidade da mente humana e outras formas de organização psíquica já estudada por Freud e desenvolvido pela psicanálise (Peres et al., 2006).

Para a Psicanálise, o processo de constituição do ego sofre influência de inúmeros fatores, tanto conscientes como inconscientes, pois cada indivíduo interpreta de forma singular o que é experienciado pelo corpo e a forma que esta experiência será representada no psiquismo. Levando-se em consideração a condição psicopatológica de uma pessoa, presume-se que o conflito psíquico resulta de uma tensão entre o id e o ego, trata-se de um embate entre as demandas do id e as proibições ou concessões impostas pelo ego, que, na verdade são imperativos de proibição do *superego* (Laplanche & Pontalis, 2001), podendo resultar na repressão de impulsos ou investimentos destinados para um determinado objeto.

O conceito de ego, na segunda teoria freudiana, traz consigo uma matriz de funcionamento e de constituição do sujeito que deve ser apreendida em toda sua dimensão. Em termos topológicos, compreende-se que o ego, de forma ilustrativa, estaria entre as

demandas impostas pelo id que visam à satisfação, e o imperioso conjunto de normas e leis do superego. Em termos dinâmicos, o *ego* representa a conduta defensiva da personalidade do sujeito, colocando em curso sofisticados mecanismos de defesa. E, por último, o aspecto econômico, encarrega-se de estabelecer a ligação das pulsões em relação ao destino estabelecido, quando a trama não pode ser concretizada devido à repressão. O *ego* executa uma convergência do fato real captado pela percepção, em algo que remete à experiência do trauma primário, fazendo o sujeito agir de forma compulsiva, repetitiva e abalizado em fantasias infantis (Laplanche & Pontalis, 2001).

Segundo Quinodoz (2007), a teoria psicanalítica de Freud visa a examinar a relação entre o *Ego* e o sistema que recebe as percepções e protesta as tomadas de decisão na consciência, denominado de sistema percepção-consciência ou pré-consciente. Num sentido espacial concreto, o curso deste processo passa pelo recebimento do estímulo no órgão/corpo advindo do mundo externo e/ou de uma reação interna do organismo. A isso dá-se o nome de percepção e, geralmente, encontram-se em estado pré-consciente, mas é através da linguagem que se consolidam na consciência. O autor ressalta que “a questão do ‘tornar-se consciente’ das sensações é problemática” (p.227). Do ponto de vista descritivo, uma sensação corpórea pode não ter uma representação registrada na consciência, desta forma aquilo que é sentido no corpo e seu real significado pode ser um conteúdo tido como inconsciente, pois trata-se de um conteúdo reprimido. Este conteúdo reprimido passa ser o objeto de interesse para a psicanálise, o qual pode vir a ser revelado através da fala do indivíduo, ou por uma expressão representativa no corpo – somatização.

Mas, afinal de contas, do que se constitui o Ego? Se o Ego fosse apenas a modificação dos elementos do Id, oriundos do sistema perceptivo encarregados por gerar a representação do mundo externo no psiquismo, o dilema se daria por resolvido, afirma Freud (1933/2010). Entretanto, para o autor, existe algo que ele denomina de “gradação” (p. 217) do Eu, uma

instância denominada de “ideal do *Ego*” (p. 219) ou Superego, o qual, por sua vez, parece estreitar uma relação com o inconsciente, ao passo que, até mesmo o Eu possui, ele próprio, substratos do id, ou seja, o ego não é todo consciente.

O Eu psíquico origina-se de elementos do id. Para Freud (1933/2010, p. 219) “o *Ego*, afinal, é apenas uma parte do id, uma parte modificada, adequadamente, pela vizinhança do ameaçador mundo exterior”. Seguindo este raciocínio, o ego fica encarregado de registrar as impressões captadas pela realidade externa, fornecendo impressões mnemônicas à consciência, pois, caso isso não ocorresse, o id ocuparia esta função, se incumbindo de obter a satisfação desejada através do princípio do prazer, visando unicamente à satisfação pulsional, logo, levando o sujeito à autodestruição. Desta forma, o ego passa a ser o intermediador entre o princípio do prazer e o princípio da realidade. O ego é responsável por articular a homeostase entre as demandas pulsionais do id e as responsabilidades com o mundo externo, promovendo a organização do tempo, da rotina e obrigações oriundas da vida em sociedade. “Adotando formas de expressão populares poderíamos dizer que o Eu representa, na vida psíquica, a razão e a prudência, e o id, as paixões irrefreáveis” (Freud, 1923/2010). Cabe ressaltar que o princípio do prazer procede do princípio da constância. Segundo Freud (1920/2010, p. 164):

Na realidade, o princípio da constância foi deduzido dos fatos que nos impuseram a hipótese do princípio do prazer do prazer. E, ao aprofundar a discussão, veremos que esse empenho do aparelho psíquico, que nós supomos, subordina-se, como caso especial, ao princípio fechneriano da tendência à estabilidade, ao qual ele, Fechner, relacionou as sensações de prazer-desprazer.

Entende-se que o ego, por meio de grande esforço e muito circunlóquio, visa barganhar com a necessidade de obtenção do prazer imediato e a expurgação do desprazer. Na mente do sujeito, este processo provavelmente vivenciará toda esta tensão de forma

angustiante. Contudo, caso obtenha êxito, o ego conseguirá postergar a necessidade de satisfação pulsional pela via do princípio do prazer – a isso denomina-se princípio de constância. No tocante aos impulsos de autoconservação relativos ao *ego*, constata-se o princípio da realidade, em que a consciência se encarrega de avaliar as consequências das ações tomadas na tentativa de obter a satisfação pulsional e o ônus de tais escolhas, assim como, o prejuízo implicado em relação aos investimentos realizados pelo ego em determinados objetos (Freud, 1920/2010).

Presume-se que o ego também é constituído por fragmentos do objeto que foram internalizados. Assim, dir-se-ia que o Eu do mesmo modo é composto por impressões que o sujeito interpretou e incorporou em seus processos psíquicos conscientes ou ao menos pré-conscientes com base em elementos da realidade externa. Entretanto, estes elementos podem ser dúbios no tocante a sua fidedignidade relacional entre o sujeito e objeto. Inclusive, a psicanálise se apropria destas falhas enquanto matéria-prima do processo analítico, como: sonhos, atos falhos, chistes, memórias encobridoras e todas as miríades defensivas do ego (Freud, 1933/2010).

Freud (1923/2011) relaciona os processos da fala com aquilo que pode ser expresso ou sentido no corpo. O corpo parece ter seus próprios meios de se comunicar, embora ele nem sempre fale em nome próprio já que, às vezes, ele – o corpo - se encarrega de expressar o que o Id deseja em termos pulsionais. De certa forma, trata-se de um desejo incognoscível ao Ego consciente: “É como se nos fosse demonstrado, dessa maneira, o que já afirmamos sobre o Eu consciente: que ele é, sobretudo, o Eu do corpo” (Freud, 1923/2011, p. 34).

Para a psicanálise, a busca da compreensão dos processos psicopatológicos transcorre pela via do reprimido, mesmo quando se trata de traumas e conflitos psíquicos vividos pelo ego, já que “o Eu pode ser inconsciente no verdadeiro sentido da palavra”. (Freud, 1923/2011, p. 22). Todo este processo nem sempre pode ser percebido claramente quando se

toma unicamente os aspectos relativos à linguagem. Contudo, em alguns casos, é no corpo que esta dinâmica pode ser aferida com maior precisão. Dito isso, deve-se considerar um importante fenômeno psíquico que perpassa o ego: a transformação da libido objetal em libido narcísica, que pode ser considerada a síntese das identificações objetais estabelecidas pelo Eu (Freud, 1923/2011).

O superego ou ideal do ego parecem incidir sobre o ego diretamente. É provável que, no início da fase oral, quando o indivíduo ainda se percebe unificado ao objeto, não se faz distinção entre o seu próprio Eu e o Eu do objeto. Com o surgimento dos impulsos eróticos, ele é forçado a separar-se do objeto e, sucessivamente, passa a tomar conhecimento dos investimentos objetais. Por sua vez, pode gerar grande angústia, pois estes investimentos passarão pelo crivo do superego, que aprovará ou não, podendo resultar em uma repressão de tais investimentos (Freud, 1933/2010).

O processo descrito acima produz efeitos no Eu/Ego, para Freud (1923/2011, p. 36):

Se um objeto sexual teve ou tem de ser abandonado, não é raro sobrevir uma alteração do Eu, que é preciso descrever como estabelecimento do objeto no Eu, como sucede na melancolia; ainda não conhecemos as circunstâncias exatas dessa substituição. Talvez com essa introjeção que é uma espécie de regressão ao mecanismo da fase oral, o Eu facilite ou permita o abandono do objeto. Talvez essa identificação seja absolutamente a condição sob a qual o Eu abandona os seus objetos.

No primeiro caso, a pulsão libidinal articula-se ao princípio do prazer, e gratificação prazerosa parece necessitar de um intervalo mais curto de tempo, sendo que a libido visa um resultado em curto prazo. Já no segundo caso, os impulsos de autoconservação concedem ao Ego a capacidade de avaliar as condições reais em que determinado objetivo poderá desembocar. Em outras palavras, entra em curso o princípio da realidade, de forma que o Eu psíquico mensura a viabilidade do investimento instintual, podendo, então, retardar ou

abdicar de tal investimento pulsional (Freud, 1915/2010).

Há um consenso entre aqueles que atuam na perspectiva psicanalítica de que todo sujeito coloca em curso seus desejos no afã de satisfazê-los, o que, naturalmente, poderá resultar em experiências prazerosas. Neste aspecto, nada de novo foi dito. Em seguida, vem a revelação psicanalítica, trazendo à luz a noção de homem, o qual poder-se-ia chamar de sujeito freudiano. Na tentativa de alcançar uma satisfação plena, o indivíduo colocaria, às vezes de forma consciente em outras inconscientemente, sua pulsão em um curso altamente destrutivo em relação ao seu próprio corpo, mas que para o mesmo teria um caráter altamente prazeroso (Freud, 1920/2010).

Segundo Freud (1920/2010), o princípio do prazer funciona como um regulador dos processos psíquicos, atuando sobre as tensões que causam desprazer para o sujeito no interior do organismo, e na mente do sujeito neurótico principalmente. Com a finalidade de estabilizar o *quantum* de energia libidinal, é comum que o corpo do sujeito coloque em curso ações de liberação da pulsão (Freud, 2010).

Freud (1920/2010) apresenta um campo que pode ir “além” do que convencionou-se chamar de “princípio do prazer”. O autor não se refere exatamente a um lugar, um espaço físico e ambiental, mas a algo que se assemelha a um estado de espírito, mental e/ou psíquico. Entretanto, de forma simbólica e representativa, esta condição psíquica de plena satisfação e prazer aludem a uma dinâmica invólucra, a exemplo do útero materno. É esta cápsula protetora do corpo materno que possibilita o desenvolvimento do feto, de forma que o pequeno organismo tenha todas as suas necessidades supridas.

Seguindo o raciocínio freudiano, evidencia-se que, na analogia do útero materno como citado acima, constatam-se algumas das premissas propostas por Freud (1920/2010) no texto *Além do princípio do prazer*, como:

A pessoa, na maioria das vezes, busca meios para obtenção do prazer; em alguns

casos, evitar o desprazer é uma forma de garantir a experiência prazerosa, sendo que uma das metas fundamentais do indivíduo é estabelecer uma homeostase psíquico-corporal, principalmente em relação às pulsões sexuais; por último, e a que mais interessa para elaboração deste trabalho, a submissão do corpo físico a condições dolorosas como forma de evitar um desprazer psíquico. (p. 163-164)

A sexualidade é considerada como uma exigência natural na vida dos seres humanos seja para obtenção de prazer pessoal, ou, numa escala maior e coletiva, na perpetuação da espécie. Sendo assim, os instintos sexuais no tocante ao ego tem por finalidade a obtenção do prazer e da sobrevivência humana – auto conservação. Mesmo quando se visa a função reprodutiva, não se exclui a meta instintual de atingir a satisfação no corpo, ou pensando na fixação do indivíduo em determinada fase, o prazer relacionado a alguma zona erógena – órgão (Freud, 1915/2010). O autor concebe a noção de instinto a partir da biologia, aplicando o conceito de tendência (finalidade) e afirma que o sistema nervoso se encarrega da função de descarregar os estímulos que chegam até ele. Laplanche e Pontalis (2001) afirmam preferir o termo pulsão ao invés de instinto, e definem o mesmo como o processo dinâmico que consiste numa pressão ou força (carga energética, fator de motricidade) que faz o organismo tender para um objetivo.

Se a psicanálise afirma que há um entrelaçamento entre o Eu psíquico e o corpo, certamente que o instinto é onde o nó é atado, citando Freud (1915/2010, p. 57):

Voltando-nos agora para a consideração da vida psíquica do ângulo da biologia, o “instinto” nos parece como um conceito-limite entre o somático e o psíquico, como o representante psíquico dos estímulos oriundos do interior do corpo e que atingem a alma, como uma medida do trabalho imposto à psique por sua ligação com o corpo.

Ao abordar o conceito de instinto, Freud (1915/2010) relaciona quatro termos que ajudam a elucidar a noção instintual na perspectiva psicanalítica, são eles: “impulso, meta,

objeto, fonte do instinto” (p. 57). Ao impulso atribui-se o componente motor, o acúmulo de força e empenho laboral que este simula, tendo característica ativa, pois, geralmente, desemboca em algum tipo de ação. Já a meta diz respeito à satisfação que pode ser objetivada na realização do investimento instintual, podendo ser total ou parcial a proporção de satisfação que resulta de tal investimento, o que também possibilita uma gama variável de metas que o indivíduo pode vir a investir. O objeto é aquele pelo qual o instinto impetra sua meta, possui caráter polissêmico e sofre variações ao longo da vida do indivíduo, inclusive, em alguns casos, pode eleger uma parte do próprio corpo ou ele todo. O último, a fonte de um instinto, constitui a tensão somática numa parte específica do corpo, cuja representação simbólica é encenada no psiquismo.

Mesmo com toda esta sofisticação em termos de resolutividade em se desviar a pulsão para uma meta que não seja libidínica, o ego terá que arcar com um prejuízo considerável. Como é conhecido na Psicanálise, o sentimento de culpa inconsciente, encontrado com facilidade em indivíduos neuróticos, acaba por suscitar uma substancial autocrítica de consciência moral (Quinodoz, 2007). Freud (1923/2011) considera na gênese do superego dois fenômenos naturais inerentes à condição humana: a experiência de desamparo e a dependência infantil. Estes fatos, acrescidos do complexo de Édipo, pelo qual as identificações objetais são estabelecidas, posteriormente, passam a fazer parte do aparelho psíquico, “quando pequenos nós conhecemos, admiramos, tememos estes seres elevados; depois os acolhemos dentro de nós “(...) O ideal do Eu é portanto, herdeiro do complexo de Édipo” (Freud, 1923/2011, p. 45).

A interdição edípica pode resultar em uma mudança no circuito instintivo. O terror do incesto vivido pelo indivíduo na infância, assim como o medo vivenciado emocionalmente em relação ao complexo de castração, pode influenciar na escolha do objeto, ou melhor, na sua interdição. O ego corporal, de igual modo ao Eu psíquico, pode apresentar elementos

introjetados do objeto. Tanto na mente como no corpo, o indivíduo pode trazer as marcas do objeto amado que se perdeu ao longo do processo, seja por proibição ou distanciamento físico do mesmo. “A transformação da libido objetal em libido narcísica, que então ocorre, evidentemente acarreta um abandono das metas sexuais, uma dessexualização, ou seja, uma espécie de sublimação” (Freud, 1923/2011, p. 37). Este processo se dá através da intermediação do Eu, que visa apresentar outra meta como destino para a pulsão erótica, mas não constitui ações sem consequências quando se trata de desviar o fluxo de uma pulsão.

Embora haja vários destinos para a pulsão, Freud (1915/2010) se detém nos estudos das pulsões sexuais, pois, segundo autor, essas estas são observadas com maior frequência na investigação psicanalítica, principalmente as seguintes: reversão ao contrário, voltar-se contra a própria pessoa, repressão e sublimação. Estes destinos da pulsão irão incidir diretamente sobre o Ego, delineando as formas de funcionamento deste.

Freud (1915/2010) aborda, inicialmente, o conceito de reversão ao contrário, quando a pulsão volta para a própria pessoa, deixando a repressão e sublimação para outro momento, tendo em vista que consistem em conceitos mais amplos e complexos. Começando pela reversão ao contrário, a priori, o autor menciona a alteração da atividade em passividade, e, a inversão de conteúdo. Para exemplificar o primeiro processo pode-se citar o modelo de duplos opostos: masoquismo-sadismo e voyeurismo-exibicionismo. Em relação à reversão, ocorre a polarização de atitude, “a inversão de conteúdo se encontra apenas no caso da transformação de amor em ódio” (Freud, 1915/2010, p. 65). A inversão de conteúdo pode encontrar sua matriz conceitual no termo *ambivalência*. Em termos pulsionais, constata-se que a inversão de conteúdo é capaz de congrega dois afetos completamente distintos e polarizados, por exemplo, amor e ódio. (Quinodoz, 2007). Neste caso, recorre-se ao Ego novamente, uma vez que não se pode dizer que é a pulsão que ama ou odeia determinado objeto, mas sim o ego. Assim, como em alguns casos, o próprio objeto é desprovido de uma

qualidade, seja ela positiva ou negativa, o objeto simplesmente é, mas o é em termos simbólicos e representativos para o ego-total. Aliás, a pulsão é desprovida de razão para dizer que sente algo em relação ao objeto (Freud, 1915/2010).

No que tange à pulsão que se volta contra a própria pessoa, há o caso do masoquismo que, afinal de contas, refere-se a um sadismo que se reverte em masoquismo e instaura a sua inquisição sobre o próprio indivíduo. Nesse sentido, o autor ressalta que “o essencial no processo, portanto, é a mudança de objeto com a meta inalterada” (Freud, 1915/2010, p. 65). No cerne desta questão, encontra-se a justaposição entre ódio e amor, que é destinado ao mesmo objeto. (Quinodoz, 2007). Também é comum encontrar, em termos de linguagem, a afirmação-negação, em que o indivíduo afirma negando, ou nega afirmando o que deseja (Laplanche & Pontalis, 2001). É muito comum tal situação se apresentar no *setting* analítico, seja através da resistência, na neurose de transferência e/ou nas atuações expressas pelo analisante (Zimmerman, 1999). É neste cenário de grandes batalhas e lutas pulsionais que o Eu vai se constituindo e se consolidando, ou, nas palavras de Freud (1933/2010, p. 221):

Desse modo, impelido pelo id, estrangido pelo superego, rechaçado pela realidade, o Eu luta para levar a cabo sua tarefa econômica de estabelecer a harmonia entre as forças e influências que atuam nele e sobre ele. Assim, compreendemos por que tantas vezes não podemos suprimir a exclamação: a vida não é fácil!

Diante desta complexidade da vida do indivíduo, é possível observar alguns fenômenos que dizem respeito sobre quando a pulsão volta contra a própria pessoa, a exemplo do masoquismo, que nada mais é que um sadismo que se volta contra o próprio ego, descarregando todo seu furor contra si mesmo (Freud, 1915/ 2010). Observa-se um processo sofisticado no tocante a esta dupla antagônica sadismo-masoquismo que convém exemplificar. O sadismo refere-se ao exercício da violência e de relações de poder apropriando-se de outra pessoa como objeto; ao se voltar a pulsão para si mesmo, o indivíduo

transforma a meta pulsional ativa em passiva. Dessa maneira, emerge a condição masoquista, através da eleição de outra pessoa que possa executar o sadismo sem que o sujeito suje suas mãos com seu próprio sangue, metaforicamente falando (Freud, 1924/2011).

É sobre o masoquismo que abordar-se-á o próximo capítulo. Estabelecem-se as formas de autopunição que o indivíduo pode submeter-se na tentativa de “purificar” das imperfeições que emergem da relação com o ambiente e o quanto isso incide sobre o ideal do ego, colocando em curso ações do Superego na tentativa de penalizar o corpo em forma de remissão da culpa.

### 3 SOBRE O MASOQUISMO

Segundo a teoria psicanalítica, a vida psíquica tem uma forte tendência em seguir um curso regido pelo princípio do prazer, mas há exceções. Antes, buscar-se-á compreender este processo. Com o intuito de evitar uma sensação desprazerosa, entra em curso um circuito dinâmico que envolve uma descarga pulsional.

Quinodoz (2007) ressalta que 1920 marca a virada da teoria psicanalítica concernida por Freud em relação aos neuróticos que buscam o atendimento do analista para aprender a enfrentar as vicissitudes do desprazer e a impossibilidade de desfrutar do prazer que está ao alcance pessoal no cotidiano. Em outras palavras, o neurótico se priva de desfrutar de alegrias comuns ao sujeito. A psicanálise anterior à década de vinte baseia-se na lógica prazer-desprazer, a partir deste período em diante o Freud introduz a análise não apenas como retirada dos sintomas apenas (Quinodoz, 2007).

O axioma freudiano defende que o corpo biológico tem uma inclinação a buscar o estado de origem – o inorgânico (Freud 1920/2010). À ânsia desta finalidade, o ego-psíquico pode vir a penhorar o ego-corporal como forma de empréstimo para a obtenção de uma experiência para além de satisfatório, “de onde vem a destrutividade dos pacientes depressivos, toxicômanos, perversos e psicóticos, às vezes levada ao extremo” (Quinodoz, 2007, p. 205).

Contudo, o que marca a elaboração dos pressupostos de 1920 pode ser atribuído ao célebre caso do pequeno Hans (Freud, 1908/2015). Segundo Quinodoz (2007), foi por meio dos relatos do pai da criança que Freud passou a estabelecer a relação das pulsões destrutivas como forma de minimizar a dor e estresse causados pelo sofrimento de abandono e desamparo vivido pelo pequeno Hans, assim como o medo de que o pai não retornasse da guerra. Toda ansiedade gerada por medo pela imprevisibilidade da realidade da vida em ressonância ao período psiquicamente conflituoso da infância. No que tange ao complexo de

Édipo seguido do complexo de castração, resultaram na fobia por cavalos desenvolvida pelo garoto de cinco anos, que marca o deslocamento de um afeto: medo/raiva que sentia do pai, direcionada para um objeto que não fosse o pai, como forma de liberar toda a agressividade represada no psiquismo da criança (Freud, 1909/2015).

O caso Hans apresenta uma dinâmica de deslocamento da pulsão agressiva, contudo, é mister a retomada da teoria pulsional que refere ao circuito da pulsão que volta contra o próprio sujeito. Neste sentido, Karl Menninger (1938/2018), em sua obra intitulada *Eros e tântos – o homem contra si mesmo*, traz à tona as bases do pensamento freudiano de 1920 em trágicos relatos de suicídios ocorridos em sua época. O autor explora o conceito pulsional e articula como os indivíduos, imbuídos de um sentimento de raiva/ódio por uma pessoa, podem cometer suicídio ou, em outros casos, o homicídio seguido de suicídio – decorrente de um sentimento de culpa moral. É inegável, afirma o autor, “a extraordinária propensão do ser humano a aliar-se às forças externas no ataque contra sua própria existência é um dos mais notáveis fenômenos biológicos” (p. 18).

O suicídio é um indicativo que valida a pulsão de morte como ação autodestruidora, encarregado de colocar fim a um sentimento de sofrimento psíquico, o qual, é interpretado pelo psiquismo como realidade impossível de ser vivida, transformando na morte/autodestruição um meio de anestesiamento para a dor (Menninger, 1938/2018). Não há nada de poético, também, não faz apologia a uma saída corajosa para a solução do problema, entretanto, suscita uma relevante questão: o que leva pessoas relativamente normais e saudáveis tomarem este caminho? Assim, conforme palavras de A. Camus (2018), o suicídio é uma reflexão pertinente.

Menninger (1938/2018), seguindo as trilhas deixadas por Freud (1924/2011) em *O problema econômico do masoquismo*, discorre sobre a possibilidade de considerar, desenvolvendo, a partir da questão do masoquismo, como o sujeito pode se colocar no lugar

do objeto gerador de sentimentos hostis. Entretanto, ressalta que o sentimento é ambivalente, pois o objeto é amado e odiado. A mérito de exemplo, indica Menninger (1938/2018): “em lugar de combater seus próprios inimigos, tais pessoas combatem (destroem) a si próprias” (p. 20).

Quando Freud (1924/2011) desenvolveu seus estudos sobre o masoquismo, ele não possuía ou ao menos não mencionou sobre casos de autolesão em seus pacientes. Entretanto, sua teoria contribui para analisar casos desta magnitude. Como mencionado anteriormente, a pulsão destrutiva empregada na relação objetual pode levar o sujeito a conjurar uma relação nociva com o objeto, ou até mesmo investir em si próprio como um agente sádico encarregado de submeter a si mesmo a condições de dano e prejuízo, como afirma Rosenberg (2003) ao abordar o auto-sadismo e a possibilidade de sua transformação em masoquismo.

Le Breton (2013) adota um olhar psicanalítico ao realizar uma análise antropológica em relação a dor. Para o autor:

Qualquer dor, até mesmo a mais modesta, leva à metamorfose, projeta numa dimensão inédita da existência, abre no homem uma metafísica que provoca uma reviravolta no mundo habitual de sua relação com os outros e com o mundo. (Le Breton, 2013, p. 27)

Portanto, a dor tem um caráter existencial, podendo levar a uma experiência de transcendência. Possibilitando a produção de significados e de sentidos, através dos ritos estabelecidos em torno da dor, mesmo ainda em seu estado mais puro, ou seja, quando o que existe é apenas o comportamento mecânico no ato de provocar dor, ainda assim, este processo é caracterizado pela interface entre um estado e outro (Le Breton, 2013). Contudo, a dor pode representar um rito de passagem de um estágio a outro, por isso, a dor é considerada um dos afetos mais importantes nas relações humanas, até mesmo quando esta dor é autoprovocada (Le Breton, 2009).

Nos estudos encontrados que tratam sobre autolesão, o tema da dor é recorrente. É tangível que, ao provocar ferimentos em si mesmo, o sujeito de alguma maneira anula a experiência da dor ou, ao menos, sobrepuja a dor psíquica em detrimento da dor física. Barbosa et al. (2019) citam que sob “estresse/angústia as pessoas que praticam autolesão têm mais tolerância à dor física quando comparadas com as que não praticam autolesão” (p. 4). O mesmo postulado pode ser encontrado no estudo desenvolvido por Brandão Júnior e Canavêz (2018), que compreendem que, o sujeito, ao submeter o corpo a uma dor física, estaria de alguma forma desvirtuando a experiência subjetiva da dor psíquica e, ao fazer isso, desloca para o corpo a vivência de conflito emocional, materializando o fenômeno que ainda não pode ser representado psicologicamente.

Segundo Araújo et al. (2016), a pessoa que pratica a autolesão transforma o corpo em um palco onde passa a expressar seus conflitos psíquicos. Entretanto, esta (en)cenação aproxima-se de uma pantomima, na qual as palavras são escassas e a dramatização manifesta-se pela ação intensa e pelo desdobramento dos movimentos corporais. Contudo, os autores também defendem que a autolesão estaria associada a uma tendência masoquista e que o limiar de dor passa a sofrer alterações, contribuindo para uma diminuição da sensibilidade corporal daquele que se auto lesiona.

Cardoso et al. (2016) ressaltam que ao impor a dor física ao corpo o sujeito conjura a presentificação do corpo na experiência subjetiva, de forma que, ao cortar-se, a pessoa traz à tona a existência do corpo: “em sua relação com a dor, o corpo adquire um estado de concretude” (p. 119). Conforme defendem os autores, a prática da autolesão possibilita uma experiência existencial, como se ao se automutilar a pessoa tivesse uma sensação de estar viva.

Ao suscitar a sensação de existência, ao se auto lesionar, o sujeito passa repetir esta ação, como uma forma de fuga da angústia de aniquilamento psíquico. Para não ter que lidar

diretamente com a causa do mal-estar que emerge do psiquismo, o indivíduo que comete a autolesão, passa a repetir compulsivamente o ato lesivo, com a finalidade de anestesiar a dor emocional, mesmo que o preço a se pagar seja cobrado pelo corpo (Cedaro & Nascimento, 2013). Para os autores, há uma relação estrita entre dor e gozo, de forma que, ao provocar cortes na pele a pessoa que assim faz, tem um ganho secundário. Embora esteja associado à dor, o prazer envolvido no comportamento de se ferir traz no bojo da dor provocada uma imensurável sensação de satisfação e prazer, que não pode ser compreendida de outra forma, se não pelo princípio masoquista (Araújo et al. 2016; Cedaro & Nascimento, 2016; Caroprezo & Monzani, 2012).

Outrossim, é possível concluir que a autolesão tem uma relação direta com o masoquismo concebido por Freud (1924/2011). Apoiado pelos pressupostos freudianos, Menninger (1938/2018) e Rosenberg (2003) propõem que há em cada indivíduo a inclinação a se auto boicotar, consolidando inconscientemente formas de se sabotar, ocasionando perdas e prejuízos que, em alguns casos, podem levar o sujeito à autodestruição. Entretanto, é fato que nem todas as pessoas fazem isso ou, ao menos, nem todas em proporções tão drásticas. Já outras, parecem estabelecer a autolesão como uma meta a ser alcançada, extraíndo dela uma sensação prazerosa com a dor.

Segundo Freud (1924/2011), embora seja abstruso tentar compreender o processo masoquista na vida do indivíduo, existem fortes evidências clínicas que demonstram a tendência masoquista em diversas relações interpessoais, desde a relação sexual, as amizades e até mesmo no trabalho. No contexto familiar, a dinâmica sadomasoquista parece ocorrer de forma mais explícita, principalmente nas hierarquizadas como pais/mães e filhos.

Para facilitar a tarefa de tentar compreender o fenômeno masoquista, devemos seguir a sugestão freudiana de seguir os rastros da pulsão. Ou seja, é necessário diferenciar as pulsões de vida e de morte. Quando Freud (1924/2011) menciona a proposta de Fechner de

que o organismo busca estabilizar o nível de excitação do aparelho psíquico visando reduzir a nada, esta pulsão que emerge do corpo e chega até o *ego* objetiva a homeostase ou, como sugeriu Barbara Low, o “princípio de nirvana” (p. 185-186).

Freud (1924/2011) continua sinalizando que a pulsão sexual é a excitação mais evidente quando se trata de estímulo. Para o autor, esta excitação coloca em evidência o curso da pulsão libidinal e, quando se refere a esta pulsão em específico, é possível observar como a pessoa se posiciona diante da vida ou nas suas relações, na finalidade de atingir a meta pulsional. Assim, seguindo o fluxo pulsional, é possível observar se é a pulsão de vida ou a de morte que está regendo a conduta do indivíduo - o que poderá levá-lo à satisfação pessoal ou à autodestruição. “O que concluímos dessa discussão é que não se pode recusar a denominação de guardião da vida para o princípio do prazer” (Freud, 1924/2011, p. 187).

A dualidade pulsional vive em constante guerra. Como exércitos inimigos, a pulsão de vida e a de morte travam combates intermitentes entre autopreservação e autodestruição, tendo como campo de batalha o corpo biológico, mesmo que a sala de comando esteja na mente. Thomas Hobbes, em sua obra *Do cidadão* (2002, p. 35) desenvolve o axioma “*Lupus est homo homini lupus*” que é uma expressão latina que significa “o homem é o lobo do próprio homem”. Freud (1930/2012, p. 138), em *O mal-estar da civilização*, cita a expressão latina para ilustrar a capacidade destrutiva do indivíduo, seja no âmbito individual como no coletivo.

A proposição de que o homem é lobo de si mesmo aponta para um conceito que custa caro à psicanálise. O masoquismo mereceu um artigo próprio dentro do arcabouço analítico. Em *O problema econômico do masoquismo* (Freud, 1924/2011), o autor apresenta o emblemático conceito relacionado ao campo das perversões: “assim, o masoquismo nos aparece como um grande perigo, o que absolutamente não é o caso de sua contrapartida, o sadismo” (p. 185).

Laplanche e Pontalis (2001, p. 274) apontam que, primeiramente, “foi Krafft-Ebing quem primeiro descreveu de forma muito completa a perversão sexual a quem deu um nome derivado de Sacher Masoch”. Corroborando a epistemologia freudiana, Roudinesco e Plon (1998) relatam:

Termo criado por Richard vom Krafft-Ebing em 1886, e cunhado a partir do nome do escritor austríaco Leopold Von Sacher –Masoch (1835-1895), para designar uma perversão sexual – fustigação, flagelação humilhação física e moral – em que a satisfação provém do sofrimento vivido e expresso pelo sujeito em estado de humilhação. (p. 501)

O termo masoquismo origina-se do campo da sexologia (Roudinesco & Plon, 1998; Laplanche & Pontalis, 2001). Entretanto, Freud (1924/2011) cunha-o de forma singular, desenvolvendo o conceito com acréscimos pertinentes à teoria psicanalítica, analisa o masoquismo correlacionando-o ao funcionamento do aparelho psíquico dos sujeitos denominados perversos. Neste sentido, para o autor, seria contraproducente observar o masoquismo isolado da sua antítese, o sadismo, conforme apresentam Roudinesco e Plon (1998), dando origem a uma nova nomenclatura/conceito “sado-masoquismo, que, então, se impôs na terminologia psicanalítica” (p. 501).

Para Freud (1924/2011), o masoquismo “se oferece à nossa observação em três formas: como uma condição para a excitação sexual, como expressão da natureza feminina e como uma norma de conduta (*behavior*)” (p. 188). Em relação ao primeiro, um meio para a excitação sexual – erógeno, pode ser compreendido como uma sensação de prazer oriunda de algum tipo de experiência dolorosa antes ou durante a relação sexual. Na segunda, o masoquismo feminino está relacionado à natureza “sofredora da mulher” (p. 188), seja este sofrimento imposto pela cultura ou como uma escolha, por exemplo, o caso de uma mulher se ver em uma situação, onde a mesma, é impelida a renunciar a todos os seus sonhos e desejos

em detrimento de uma causa supostamente maior – supostamente, pois, em alguns casos a eleição de uma causa mais nobre para o feminino origina-se do âmbito social, não constituindo uma decisão singular para a mulher. E, por último, o masoquismo moral que, segundo Freud (1924/2011), esta configuração “em certo sentido a mais importante” (p. 188), tem uma relação direta com o sentimento inconsciente de culpa.

Para melhor compreensão do masoquismo e seu enlaçamento com a vida sexual, é salutar a retomada dos postulados freudianos em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (Freud, 1905/2016). Segundo o autor, é possível evidenciar o surgimento de um protótipo do que poderá vir a ser as formas de se relacionar sexualmente na vida adulta, quando o organismo vivencia plenamente o desenvolvimento psicosexual, e integrar o nível de maturidade corporal e psíquico. Contudo, tanto no período das postulações psicanalíticas, quanto atualmente, há uma tendência em se negar a sexualidade infantil.

A sexualidade infantil, abordada por Freud (1905/2016), abrange outras esferas além do erotismo sexual. Em relação a vida subjetiva do indivíduo, a dinâmica interpessoal compõe uma ampla malha de relações, tais como: aspectos simbólicos, representações, afetividade, estímulo corporal, entre outros. O protótipo destas relações intersubjetivas surge com a proposta freudiana do complexo de Édipo e, posteriormente da sua dissolução (Freud, 1924/2011).

Para a psicanálise, o surgimento de um terceiro, que geralmente é atribuído à figura do pai, representa para a criança um conflito relevante, que irá resultar no amadurecimento do repertório inter e intrassubjetivo. Embora seja um momento de profunda angústia, a criança poderá desenvolver a capacidade de se descolar da mãe, fazendo emergir a capacidade de singularização. Freud (1924/2011), em a *Dissolução do complexo de Édipo*, demonstra a importância de a criança passar pelo conflito edípico até a sua dissolução de forma saudável, possibilitando ao infante a capacidade de articular com a realidade, suportando as frustrações

e agruras que a vida impõe à condição humana.

Para Freud (1924/2011) a dissolução do Complexo de Édipo para a criança tem um caráter essencial, no que tange a inclusão de um terceiro. Este acontecimento irá possibilitar para criança à instauração da relação eu-tu e eu separado do outro.

No processo citado acima, Freud (1924/2011) apresenta a dinâmica edípica e o complexo de castração (inclusão de um terceiro) como uma etapa natural na constituição do sujeito freudiano, representando um marco no desenvolvimento infantil. Na psicanálise inglesa, especificamente, Winnicott (1960/2011) ressalta que este rompimento com a dependência materna, instaurará as bases do caráter da criança, assim como de sua personalidade. Quando esse desligamento ocorre de forma espontânea, tanto para mãe quanto para seu bebê/criança, de forma que a mãe compreenda que seu filho já está maduro o suficiente para explorar o mundo e as relações sem a interface dela, consolidam-se as bases da segurança emocional e psicológica no ego da criança.

Quando este processo é interrompido por algum fato psicológico inerente a mãe, a criança poderá desenvolver uma psicose, que, quando não tratada pode resultar em transtornos mais severos (Freud, 1905/2016). Na mesma esteira de pensamento, Winnicott (1960/2011) aponta que a família é responsável pelo desenvolvimento individual da criança e, quando as bases desse cuidado são quebradas ou descumpridas, a criança pode sofrer os danos ocasionados pela interrupção ou fragmentação do cuidado. Em ressonância à Winnicott, Bowlby (2006) destaca a importância dos cuidados maternos no tocante a saúde mental do bebê, criança e posteriormente adolescente.

Neste mesmo período, ocorre um fenômeno indelével em relação à criança na esfera analítica: “é surpreendente a frequência com que a fantasia de que ‘batem numa criança’ é confessada por pessoas que buscam tratamento psicanalítico para uma histeria ou uma neurose obsessiva” (Freud, 1919/2010, p. 294). Neste célebre artigo, o autor já faz o serviço

de comunicar dois tipos de sofrimento psíquico que produzem a fantasia de apanhar, que profere a posteriori a perversão.

Para Freud (1919/2010, pp. 302-303), a fantasia de surra pode aparecer em três formatos: “meu pai bate na criança que odeio (sadismo); ... sou castigada pelo meu pai (masoquismo); ... eu estou olhando alguém ser surrado (não aparece nem a figura do pai, nem da criança)”. Observa-se nos três exemplos, formas de se relacionar com o objeto que remete ao sadismo, masoquismo e/ou sadomasoquismo. Para psicanálise, todas são faces da mesma moeda, como observa Freud (1924/2011), o masoquismo moral é o produto de um auto-sadismo, como conclui Rosenberg (2003) em seu livro *Masoquismo mortífero e masoquismo guardião da vida*.

Rosenberg (2003) desenvolveu seu trabalho com base no conceito freudiano sobre o masoquismo. O autor parte dos pressupostos e achados de Freud, contudo, avança em conceitos que foram esboçados pelo criador da psicanálise, mas não foram amplamente dissecados, realiza esta tarefa se mantendo fiel à tradição analítica. Rosenberg (2003) defende a pressuposição freudiana de que a perversão pode ser evidenciada na infância, mas não se restringe a ela, pois:

Se tomamos como ponto de partida a célebre (e fundamental) fórmula de Freud segundo a qual ‘a neurose é, por assim dizer, o negativo da perversão, somos levados a dizer que se trata, nesta ‘negativação’, da perversão em neurose de um processo longo e que não é interrompido com a infância. É provável que seja um processo contínuo que nunca cessa, e que o ‘positivo do negativo’, isto é, a perversão (perversão infantil do nosso ponto de vista), perdure até os confins da neurose adulta constituída. (p. 61)

Seguindo a trilha deixada por Freud, Rosenberg (2003) organiza “a gênese da culpa” (p. 60), seguindo o caminho do auto-sadismo, que é transformado em masoquismo. Para o

autor o auto-sadismo procede do sentimento de culpa, mas não é tão simples assim, pois para alcançar uma reflexão pertinente dos fatos é necessário “repensar sexualidade infantil” (p. 60), e, para Rosenberg (2003, p. 60).

A sexualidade infantil é um fenômeno complexo: ela é constituída tanto pela perversão infantil polimorfa quanto do que é instituído por meio das defesas, isto é, a neurose infantil. No nosso caso, não abordaremos a relação da perversão infantil com a neurose infantil, mas somente um setor da perversão infantil, o masoquismo-sadismo, com relação a um aspecto da neurose infantil, a culpa.

No próximo capítulo, articular-se-á a relação entre o masoquismo e a prática de autolesão, sua relação com o trauma psíquico e as formas de se manifestar na vida do sujeito, assim como seus efeitos no corpo e na esfera psicossocial daqueles que a praticam.

#### 4 AUTOLESÃO: UM FENÔMENO A SER ANALISADO

Nos últimos anos, no cenário brasileiro, os veículos de comunicação, sejam televisivos ou da internet, têm tratado com muita frequência sobre casos de autolesão praticada por jovens adultos, adolescentes e até mesmo crianças (Brasil, 2016). Não obstante, o Ministério da Saúde lançou um caderno de instrução denominado *Viva – instrutivo de violência interpessoal e autoprovocada* (Brasil, 2016), com a finalidade de orientar os agentes de saúde, assim como toda a sociedade brasileira sobre os aspectos da autolesão, seus danos e formas de tratamento. Entretanto, a produção científica no tocante a este fenômeno pode ser considerada escassa perto do número de relatos de incidentes desta natureza.

O mesmo pode ser dito em relação aos indicadores epidemiológicos derivados da prática da autolesão, mesmo no contexto técnico dos serviços de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde (SUS). É possível perceber a falta de orientação fundamentada em uma literatura acadêmica e em uma *práxis* em relação à escuta, manejo e tratamento dos casos, acarretando erros técnicos e éticos que podem custar caro ao paciente e até mesmo para o psicoterapeuta.

No âmbito social, Le Breton (2009) destaca que os jovens contemporâneos parecem ser ávidos por experiências que envolvem algum tipo de risco à vida. Segundo o autor, os adolescentes na atualidade estabelecem pactos de riscos com a vida, ou, em alguns casos com a morte. Desenvolvendo jogos e atividades de aventura que envolvam um risco calculado em relação a possibilidade de morte, “são jogos de morte que tem como finalidade fazer o jovem dar conta do jogo de viver” (Le Breton, 2009, p. 46). Neste sentido, o autor também destaca que o grupo exerce grande influência sobre a tomada de decisão do adolescente, em relação a colocar a sua vida em risco, desde percorrer uma trilha, pular de paraquedas, e, até mesmo cometer suicídio.

Com a finalidade de estabelecer uma revisão de literatura concernente ao tema da

autolesão, foi realizada uma busca avançada em quatro bancos de dados disponíveis na internet, com acesso liberado e gratuito em dispositivos de armazenamento e busca virtual. As bases consultadas foram: Comunidade Acadêmica Federada (CAFe) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC). Com a finalidade de realizar uma busca refinada, foram utilizados descritores que abrangessem com maior amplitude o tema da autolesão analisado pela ótica psicanalítica, quais sejam: “autolesão” *and* “psicanálise”, “automutilação” *and* “psicanálise”, “escarificação” *and* “psicanálise” e “lesão autoinfligida” *and* “psicanálise”.

Foi encontrado um total de 35 artigos de livre acesso em bancos de dados na internet. Os critérios de inclusão aplicados nos artigos analisados referem-se a estudos de revisão teórica, que tenham como objetivo a exploração da clínica e o manejo psicanalítico, que abordem a temática da autolesão sobre o ponto de vista da psicanálise clássica, preferencialmente embasada na perspectiva freudiana, também foram incluídos artigos da escola francesa e inglesa. Como critério de exclusão, não foram utilizados artigos de abordagens teóricas da psicologia que não se referiam ao saber psicanalítico e estudos que não estivessem disponíveis para livre acesso.

Foram selecionados os seguintes artigos: oito fundamentados na obra psicanalítica clássica (Freud, Ferenczi, outros), sete fundamentados na escola francesa e dois relativos à escola inglesa. Entre os citados, dez estudos foram originados da clínica individual (público/privado); cinco da clínica ampliada, referentes ao trabalho do psicanalista ou psicoterapeuta de base analítica que atua em instituições, como: CAPSI, CRAS, CREAS e outros; dois oriundos da psicoterapia em grupo e um estudo teórico que analisa casos clínicos de outro autor.

As marcas corporais podem ser consideradas uma prática antiga na história da humanidade, quando compreendida por meio das alterações corporais que um indivíduo submete o próprio corpo, como: tatuagens, *piercings*, entre outras intervenções de caráter estético. Portanto, a modificação corporal pode ser encontrada em registros antigos desde a pré-história (Costa, 2014). As modificações corporais impostas ao corpo de forma proposital parecem traduzir formas de singularização do sujeito. Assim como a linguagem, as marcas corporais consistem em formas de comunicação expressas e impressas no corpo (Araújo et al., 2016). As marcas impressas no corpo da pessoa podem abarcar traços da personalidade do sujeito, estilo de vida, religião, fase da vida em que se encontra e assinalar ritos de passagem que simbolizem a experiência vivenciada pelo indivíduo (Brandão Júnior & Canavêz, 2018).

Dentre os tipos de marcas corporais, há uma em especial que chama a atenção na atualidade: a autolesão. Esta pode ser compreendida como ferida auto infligida de pequena intensidade, a qual não há intenção de suicídio, realizada na extensão da pele corporal, geralmente localizada nos pulsos, extensão dos braços, pernas (coxa e virilha) e barriga, produzindo marcas externas na superfície do tecido epitelial na epiderme (Brandão Júnior & Canavêz, 2018; Araújo et al., 2016; Cardoso et al., 2016).

É salutar destacar que é possível encontrar outras terminologias utilizadas para se referirem ao conceito de autolesão, as mais comuns na literatura brasileira são: “automutilação”, “escarificação” e “lesão auto-infligida”, enquanto na literatura internacional, especificamente na “Austrália, Cingapura, Bélgica, Turquia, México, Polônia, Croácia e Espanha”, os termos mais utilizados são “*self-mutilation*” e “*self-cutting*” (Moreira et al., 2019, p. 3948).

A autolesão é o termo utilizado no contexto epidemiológico e recorrentemente usado na esfera da saúde pública pelos técnicos como: médicos, psicólogos, enfermeiros, entre

outros. O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), na sua 5ª versão, define “autolesão” como o ato de autoinfligir-se utilizando-se de alguma parte do corpo ou objeto externo na escoriação corporal com possibilidade de intenção suicida, entretanto, privilegia uma concepção neurofisiológica do fenômeno, tratando de forma biológica os casos de automutilação, como também ocorre na perspectiva da *American Psychiatric Association* (APA). Nesta que refere ao campo restrito da psicologia, o consenso encontrado entre a definição de “autolesão” seria intenção de ferir-se com alguma parte do corpo ou objeto cortante, contudo, a intenção suicida não é identificada na perspectiva psicológica (Câmara & Canavêz, 2020; Barbosa et al., 2019; Jucá et al., 2019; Brandão Jr. & Canavêz, 2018; Araújo et al., 2016).

Ao correlacionar estes dois campos de saber, é possível analisar uma diferença no tocante à concepção e intervenção do caso de autolesão. Para a psiquiatria, a autolesão pode ser considerada uma psicopatologia exclusiva, enquanto para a psicologia, mais especificamente a psicanálise, o ato de ferir-se constituiria um sintoma de um trauma ou conflito emocional maior (Demantova, 2020). Nas palavras de Demantova (2020, p. 22):

O sujeito que se escarifica não apresenta, em geral, motivação suicida, embora não se possa descartar a presença de pensamentos de suicídio em alguns casos. Enquanto o sujeito suicida busca aniquilar sentimento de tristeza e de desespero, vivenciando profunda desesperança, aquele que pratica a escarificação tenta alcançar o alívio da tensão psíquica que o invade.

Em relação ao pressuposto psicanalítico de que o adolescente que pratica a autolesão, a priori, não tem intenção suicida no âmbito da consciência, parece haver um consenso entre vários autores (Câmara & Canavêz, 2020; Barbosa et al., 2019; Jucá et al., 2019; Brandão Junior & Canavêz, 2018; Araújo et al., 2016; Cardoso et al., 2016; Cedaro & Nascimento, 2013; Caropreso & Monzani, 2012). Demantova (2020) cita que, em alguns casos, “a

autolesão pode estar associada aos rituais socioculturais de escarificação de pele” (p. 23). Nestes casos, existem uma diferenciação salutar entre os sujeitos que autoinfligem uma dor através da autolesão como forma de aliviar uma dor emocional, e aqueles que a exercem como acontecimento secundário, advindo como causa de uma tatuagem, *pincing* ou *bodyart*, como são chamadas as modificações corporais.

Contudo os casos de autolesão como forma de ritual de iniciação em um coletivo como em grupos de adolescentes, por questões estéticas ou estilos de vida de alguns sujeitos, podem estar relacionados a influências culturais, sendo, de certa forma, admirados e cultuados, apresentando uma representação estética e não psicopatológica (Demantova, 2020; Silva & Dias, 2019; Barbosa et al., 2019; Jucá & Vorcaro, 2018; Brandão Junior & Canavêz, 2018; Araújo et al., 2016). A diferença fundamental entre as escarificações causadas de forma intencional por meio de uma *bodyart* (tatuagem, *piercings*, outros) e a autolesão está na dinâmica entre sujeito e o outro que olha a imagem ou objeto acoplado ao corpo, estabelecendo uma relação de integração ao corpo, pois na autolesão, a relação é de exclusão, como se o corte tivesse uma função excludente daquilo que gera o mal-estar. Logo, a autolesão constitui uma forma de defesa do ego contra o suicídio (Barrault, 2005).

Em um artigo de revisão integrativa de literatura que versa sobre a automutilação em adolescentes, Moreira et al. (2019) apresentam dados quantitativos sobre essa prática. O estudo contemplou uma busca em dois bancos de dados, sendo eles SCIELO e Portal CAPES, entre janeiro de 2012 a junho de 2017, em língua portuguesa, inglesa e espanhola, compondo um total de 71 artigos selecionados para análise. O que chama atenção neste estudo é que, segundo os autores, não foram encontrados nos bancos de dados pesquisados pelos autores nenhuma publicação na América do Sul, incluindo o Brasil em relação à temática. (Moreira et al., 2019, p. 3951). Entretanto, na busca realizada para a presente pesquisa, foram encontrados 28 artigos sobre o tema, publicados no Brasil, no período de janeiro de 2011 a

março de 2021, sendo 18 atenderam aos critérios de inclusão e exclusão propostos. Os quais relatam estudos de caráter teórico, exploratórios e da prática clínica, fundamentados na perspectiva psicanalítica.

Foi evidenciada uma prevalência, entre todos os estudos, indicando que o grupo feminino tem maior incidência no comportamento de autolesão, entretanto, o grupo masculino inflige lesões mais graves ao próprio corpo (Lopes & Teixeira, 2019; Dias & Silva, 2019; Barbosa et al., 2019; Jucá & Vorcaro, 2018; Brandão Junior & Canavêz, 2018; Araújo et al., 2016; Cardoso et al., 2016; Cedaro & Nascimento, 2013). Cedaro e Nascimento (2013), que desenvolveram seus estudos exclusivamente com o público feminino, defendem a hipótese de que a garota, diferentemente do menino na adolescência, enfrenta o processo de transição entre infância e fase adulta, onde se localiza a adolescência, de forma melancólica. Tendo em vista algumas perdas que ocorrem e, ao mesmo tempo algumas aquisições, comprometendo o investimento pulsional em um objeto externo, fica represado um *quantum* de energia pulsional que se volta para si mesmo, ou seja, para o próprio corpo, fazendo da autolesão uma experiência de prazer e não de dor, como esperado.

O que ressalta a hipótese de que os estudos desenvolvidos no campo da autolesão têm caráter clínico e parte de um interesse singular do psicanalista pesquisador, que transforma sua prática clínica em um campo fértil para a pesquisa e exploração de práticas terapêuticas, submetendo sua *práxis* ao rigor metodológico da psicanálise e, também, dos protocolos de pesquisa acadêmica (Barbosa et al. 2019; Jucá & Vorcaro, 2018; Bocchi, 2018).

Tendo em vista a necessidade de compreender os fatores que levam o adolescente à prática da autolesão, convém refletir sobre as características da adolescência sob a ótica psicanalítica, remontando desde Freud a autores contemporâneos que versem sob a perspectiva da psicanálise inglesa.

## 5 UM OLHAR PSICANALÍTICO SOBRE A ADOLESCÊNCIA

Antes de discorrermos sobre a adolescência propriamente dita é necessário abordar tanto o período de latência como a puberdade. Até a adolescência se consolidar, a pessoa irá sentir no corpo e na mente as transformações pertinentes ao processo de maturação biopsíquico. Segundo Freud (1905/2016, p. 80) “durante esse período de latência total ou parcial são formados poderes psíquicos que depois se colocarão como entraves no caminho do instinto sexual e, ao modo de represas, estreitarão seu curso (nojo, o sentimento de vergonha, os ideais estéticos e morais)”. Estes elementos elencados por Freud podem ser observados a posteriori, ao longo da adolescência.

### 5.1 O PERÍODO DE LATÊNCIA ENQUANTO UM ESTÁGIO PRÉ-ADOLESCENTE

Para Freud (1905/2016) o período de latência caracteriza-se como uma fase de anestesiamiento das pulsões sexuais, possibilitando um investimento libidinal em atividades psicossociais. Em vez de ser direcionada para a esfera sexual, a energia pulsional segue o circuito da criatividade e produção intelectual, como um protótipo da sublimação (Freud, 1905/2016). O autor ressalta, que, no período de latência é possível observar as raízes narcísicas do sujeito, já que a pulsão é auto investida, através do mecanismo sublimatório da libido, como na aquisição de conhecimento e desenvolvimento intelectual (Freud, 1905/2016; 1914/2010; 1915/2010).

Seguindo a matriz de pensamento freudiana, Blos (1998) em seu trabalho sobre *Adolescência – uma interpretação psicanalítica* ressalta que, embora não haja uma demanda sexual no período de latência, isso não significa ausência de pulsão erótica, mas, que as vicissitudes se manifestam de outras formas, como: “masturbatória, voyeurista, exibicionista e sadomasoquista” (p. 73). Segundo o autor, o período de latência é uma etapa importante no tocante ao desenvolvimento psicosexual juvenil: “o período de latência proporciona à

criança o equipamento, em termos de desenvolvimento do ego, que a prepara para o encontro com o incremento das pulsões da puberdade” (Blos, 1998, p. 72).

Quando a transição entre período de latência e puberdade não ocorre de maneira adequada, o indivíduo pode ser capturado por uma intensificação das tensões sexuais e da agressividade (Freud, 1905/2016). Nas situações em que o investimento erótico e as pulsões destrutivas, alimentadas pela agressividade, imperam é possível observar o surgimento de perversões, as quais poderão remeter a um tipo de postura que pode cambiar para o sadismo ou masoquismo. Embora a perversão tenha suas raízes no período de desenvolvimento infantil, é na adolescência que é possível constatar a cristalização de aspectos perversos na personalidade (Blos, 1998).

A característica singular do período de latência repousa sobre o não surgimento de novos objetos, o que configura o estabelecimento de metas libidinais, no período de latência este processo estaria suspenso. “O que se modifica no período de latência é o controle crescente do ego e superego sobre a vida dos instintos” (Blos, 1998, p. 73). Nesse sentido, convém recordar que, segundo Freud (1924/2011), o controle sobre as pulsões resulta do processo identificatório que substituíram as relações objetais.

## 5.2 O ADVENTO DA PUBERDADE

Já na puberdade propriamente dita, as mudanças psicosexuais indicam o amadurecimento da pessoa que transita da infância para adolescência (Freud, 1905/2016). O autor destaca que a puberdade possibilita o desenvolvimento corporal e, principalmente, a constituição dos órgãos reprodutores, evidenciando a principal característica desta fase da vida, a capacidade de estabelecer o coito (Freud, 1905/2016). Para o autor, a puberdade é um desenvolver-se para a reprodução sexual, compreendida pela lógica de *Eros* – pulsão de vida, onde a meta seria a preservação da espécie, através da relação sexual entre homem e mulher.

Entretanto, em alguns casos, é possível observar um descompasso entre desenvolvimento corporal e amadurecimento psíquico. O fato de uma garota já ter passado pela menarca e um garoto estar produzindo sêmen, não significa que estes estejam preparados para exercerem a maternidade e paternidade, é necessário um amadurecimento psíquico neste tipo de situação. Portanto, a puberdade marca a transição para esta fase da vida, que pode ser entendida como intermediária, onde não se é mais criança, mas também não se é adulto, revelando esta forma de existir conhecida como adolescência (Blos, 1998).

Embora o termo adolescência não tenha sido utilizado por Freud, é possível partir das suas explicações em relação à puberdade, para buscar uma compreensão atualizada em relação ao que vem a ser a adolescência na contemporaneidade. Os avanços da medicina e bioquímica eram limitados no período em que Freud (1905/2016) discorre sobre o púbere. Muito pouco se sabia sobre a endocrinologia e psiconeurofisiologia humana, inclusive a psicanálise freudiana leva o crédito sobre alguns achados em relação a estas disciplinas. Conceitos aplicados por Freud, como: substâncias que regem o funcionamento dos órgãos internos e descarga de energia aludem a processos bioquímicos, os quais são reconhecidos como sistema endócrino e que exercem grande influência sobre o organismo (Fulgêncio et al., 2018).

Munido das explicações de Freud (1905/2016) em relação à puberdade, Blos (1998) delimita algumas etapas específicas que tangenciam a adolescência, são elas: período de latência, pré-adolescência, a escolha objetal adolescente, adolescência inicial, adolescência propriamente dita, final da adolescência e pós-adolescência. Embora, o objetivo deste trabalho não seja discorrer sobre cada uma destas etapas, contudo, é relevante citá-las a mérito de informação ao leitor, e, também ressaltar que a adolescência não deve ser concebida como um período pasteurizado do desenvolvimento humano.

### 5.3 CARACTERIZANDO A ADOLESCÊNCIA

Historicamente, os primeiros indícios do reconhecimento da adolescência enquanto uma fase da vida distinta da infância e da vida adulta pode ser encontrada na *paideia* (educação) ateniense, os gregos a chamavam de *eufébia* - termo utilizado para caracterizar o surgimento da puberdade (Le Breton, 2017). Mas, é apenas em 1920 no pós-guerra que o termo adolescência passa a ser aplicado de maneira formal, caracterizando uma etapa importante na vida do indivíduo, Le Breton (2017) destaca que é apenas com o surgimento do modelo de escola que conhecemos hoje e a necessidade de construir instituições de abrigo para acolher jovens órfãos que o sujeito jovem começa a ser reconhecido como adolescente.

Numa perspectiva psicanalítica, Urribarri (2004) utiliza o termo processo para representar a transição da infância para a vida adulta e indica que este período é demarcado pelo desequilíbrio sistêmico do organismo. A homeostase evidenciada no período de latência é atravessada pelo caos da transformação biopsíquica, “o desajuste produzido força um trabalho psíquico de reestruturação das instâncias e das relações entre elas” (Urribarri, 2004, p. 35).

As transformações elencadas por Urribarri (2004) abrangem o ego e o superego, ligados diretamente aos processos identificatórios, o mesmo pode ser dito em relação ao “ideal de ego e o caráter” (p. 35) que vão incidir sobre os aspectos narcísicos e o desenvolvimento da personalidade e cristalização da identidade. Segundo o autor, todo o processo adolescente engloba três eixos: “I) o impacto das mudanças corporais no psiquismo, II) família, identificações e história, e, III) autoridade, autonomia e subjetivação” (Urribarri, 2004, p.50).

Estas transformações que ocorrem no corpo e igualmente no psiquismo do adolescente podem gerar tensões psicológicas, fazendo com que este vivencie as emoções de forma visceral. No aspecto fisiológico, o corpo está sendo bombardeado por inúmeras

alterações, levando-o a oscilações constantes que vão da alegria à tristeza em fração de segundos, transformando a vida deste num verdadeiro inferno. Além das mudanças repentinas de humor, o corpo passa a receber doses frequentes de substâncias bioquímicas que farão o corpo, que até então era de criança, migrar para o um corpo de adulto. Tem-se, assim, o crescimento dos pelos pubianos, desenvolvimento dos órgãos genitais, tornando-se aptos para a reprodução. A anatomia cria robustez gerando forma e circunscrevendo uma nova sensualidade, quando não uma sexualidade (Freud, 1905/2016).

Urribarri (2004) ressalta a complexidade da chegada desta sexualidade na adolescência, apontando assim como Freud (1905/2016), para o dilema da bissexualidade. Dilema, pois parece ser vivenciado pelo adolescente como uma escolha a ser realizada, o que por sua vez, já resultaria em uma exclusão, ou, nas palavras de Urribarri (2004) “possuir um sexo é faltar o outro” (p. 41). Se na vida adulta a falta já se constitui em sinônimo de sofrimento o qual se deve tentar superar, na adolescência a mesma sensação de falta pode ser interpretada como decadência, falência, morte.

No confronto com a realidade, o adolescente experimenta as agruras do limite que o corpo e a maturidade psíquica impõem a ele. (Graña, 1991; Blos, 1998; Urribarri, 2004; Cesar, 2019). Não obstante, as tensões advindas da pulsão erótica/sexual que estavam adormecidas na fase de latência, irrompem a pele e abalam o ego do jovem, que se sente impotente diante das demandas impostas pela pulsão e suas vicissitudes (Freud, 1915/2010). O indivíduo passa a se sentir prisioneiro em seu próprio corpo, sob o domínio do id e vigiado pelo superego, sendo “obrigado a viver nesse corpo, com determinadas características, e, ou se habitua a ele, aprende a conhecê-lo, utilizá-lo a seu serviço, investi-lo e querê-lo, ou fica em eterno conflito, vivendo confinado em uma espécie de corpo-gaiola, que o prende” (Urribarri, 2004, p. 38).

À medida que o corpo do adolescente vai ganhando novo contorno e relevo, ao

mesmo tempo, o jovem vai abandonando o seu corpo de criança. Este novo corpo passa a ocupar uma dinâmica diferente frente ao mundo que o cerca, seja na sua relação familiar, social e consigo mesmo. Em termos psicosssexuais, o adolescente sai da hibernação do período de latência e entra na efervescência libidinal, que a partir de agora tem o outro como objeto de investimento erótico (Freud, 1905/2016).

Quando o período de latência não transcorre como esperado, é provável que algumas complicações surjam durante a adolescência. Para Urribarri (2004), uma característica peculiar é a impossibilidade de sublimação, marcadas por fendas egóicas que impedem o investimento pulsional em processos criativos e produtivos, muitas vezes atrelado à intelectualização. Tal fato pode desembocar em traços psicopatológicos futuros, sendo este fenômeno assim considerado pelo autor: “pseudolatência é mais notória se há marcadas dificuldades prévias, e sua posterior patologia adolescente é mais severa” (Urribarri, 2004, p. 142).

Segundo Urribarri (2004), um dos motivos pelos quais o jovem não desenvolve de forma saudável o que ele chama de “trabalho da latência” (p. 141) é a presença de uma mãe fálica. A mãe fálica é aquela matriarca que se caracteriza pela dominação que exerce sobre sua prole, privando-a de externalizar seus desejos. É intrusiva, a ponto de em alguns casos impor o que o rebento pensa e quais as suas necessidades. Esse tipo de mãe acredita ser o centro da existência para seus filhos e filhas, o que os deixa a mercê da figura materna. (Green, 1988)

Essa dinâmica relação da criança, e até mesmo do púbere, com a mãe fálica resulta em marcas nocivas para o desenvolvimento psíquico do aspirante a adolescente. A dialógica mãe-filho é pautada por “gratificações primárias” (Urribarri, 2004, p. 141) prejudicando a percepção que o sujeito tem em relação a si mesmo. Vive ainda uma relação simbiótica, não sabendo distinguir traços peculiares de si mesmo, em distinção ao eu do outro. “Por isso eles

não podem desenvolver verdadeiras vias sublimatórias para canalizar o pulsional, e seu psiquismo se estrutura a base de uma intensificação da repressão, de mecanismos obsessivos e de inibições” (Urribarri, 2004, p. 141).

Na adolescência, é possível observar a emergência polarizada da pulsão de vida e da pulsão de morte entrelaçada em um conluio complexo e perigoso para o jovem, levando-o a se deparar com frequência com a possibilidade de gerar a vida ou de tirá-la. (Graña, 2004) Com o sistema reprodutivo desenvolvido, agora pode gerar uma nova vida, entretanto, com o desenvolvimento do corpo infantil para um corpo que migra para o corpo adulto, o adolescente, também, se depara com a possibilidade de destruição do outro ou de si mesmo (Freud, 1910/2013).

#### 5.4 PROCESSO MATORACIONAL NA ADOLESCÊNCIA: UMA VISÃO WINNICOTTIANA

O período da adolescência também foi objeto de estudo de Winnicott (1968/2021), que o considera como integrante do processo maturacional. Para o autor, o indivíduo parte de um estado de imaturidade a caminho do amadurecimento. Sendo que, durante o processo de maturação do ego, são elencados alguns agentes que contribuem com o amadurecimento tais como: “o desenvolvimento emocional do indivíduo, o papel desempenhado pela mãe e pelos pais, e, a família como uma evolução natural em termos das necessidades da infância” (Winnicott, 1968/2021, p. 177). Cada ciclo da vida se inaugura com a imaturidade e caminha rumo à maturidade. Portanto, a adolescência surge com a condição de imaturidade do indivíduo nesta fase da vida, levando o *Ser* a buscar formas de adquirir habilidades e competências que possibilitam a maturação dele. Não obstante, existem fatores que podem comprometer este processo maturacional, para Winnicott (1968/2021) é crucial a existência de uma mãe suficientemente boa. Posteriormente, esta mãe suficientemente boa é substituída por uma família suficientemente boa, possibilitando ao adolescente a liberdade necessária

para desenvolver suas capacidades físicas e psicológicas em direção ao amadurecimento e à independência.

Quando referido o conceito de mãe suficientemente boa, e sua extensão pais/família suficientemente bons, Winnicott (1968/2021) não faz alusão à noção de perfeição, ao contrário enfatiza que “é necessário destacar que a palavra ‘perfeito’ não cabe nessa definição. A perfeição é própria das máquinas, e as imperfeições características da adaptação humana às necessidades constituem uma qualidade essencial de um ambiente facilitador” (p. 178). O processo de amadurecimento não ocorre de forma linear e simétrica como já mencionado anteriormente, na verdade, é justamente através de algumas falhas que o indivíduo promove sua aprendizagem, são as falhas aprendidas com espontaneidade que promovem o amadurecimento juvenil, não os acertos ocorridos de forma mecânica e irreflexiva.

Contudo, quando não há um ambiente suficientemente bom para respaldar o processo de amadurecimento do adolescente, é provável que este venha desembocar em agravos na saúde mental do jovem. Winnicott (1968/2021) ressalta a importância da família, mãe-pai, da sociedade, das instituições em relação à maturação dos indivíduos. Evidentemente, fatores singulares da personalidade do indivíduo também podem comprometer o amadurecimento juvenil, como: o fator cronológico, uma predisposição psicótica, neuroses mais graves, a instabilidade emocional.

Segundo Winnicott (1961/2011, p. 115) “cada indivíduo vê-se engajado numa experiência viva, num problema do existir”, talvez essa máxima se potencialize ainda mais na adolescência. Esse problema existencial, segundo Winnicott (1961/2011), promove uma agitação nas águas nada rasas da adolescência, onde a complexidade e problematização são constantes em relação a este período da vida. O autor chega a lançar uma questão importante no tocante à psicanálise, haveria cura para a adolescência? Ele responde, “a cura da

adolescência vem do passar do tempo e do gradual desenrolar dos processos de amadurecimento; estes de fato conduzem, ao final ao aparecimento da pessoa adulta (Winnicott, 1961/2011, p. 116).

É possível caracterizar a adolescência, como uma fase em que o indivíduo faz muito barulho. Em termos orgânicos, as cordas vocais no menino e na menina adolescente estão em transformação, levando o garoto a engrossar sua voz, já na menina a tendência é ficar mais aguda, mas, estas alterações não ocorrem apenas no plano da vocalização. A lamúria, a reivindicação e as reclamações também promovem muito barulho (Cesar, 2019). Entretanto, o oposto pode se fazer presente na vida do jovem, considerando a possibilidade do silêncio absoluto. Às vezes, como uma resposta sintomática em relação ao ambiente ou às condições psíquicas do próprio adolescente, uma forma de mutismo pode surgir. Segundo Cesar (2019), não obstante, pais e mães se queixam em relação ao silêncio de seu filho ou filha, que passam o dia todo sem trocar uma palavra e se enclausuram em seus quartos.

Mencionados os pais dentro da relação com o filho e a filha adolescente, presume-se que, caso os pais e mães façam um bom trabalho enquanto cuidadores, isso, por si só extingiria a possibilidade de os jovens adolescentes passarem por problemas. Seguindo Winnicott (1968/2021), além de esta ideia ser reducionista, diminui a complexidade em relação aos cuidados concedidos ao adolescente durante a fase prematura do bebê, primeira e segunda infância. O autor continua dizendo que, mesmo quando o pai e a mãe do adolescente propiciam um ambiente suficientemente bom, estes terão que lidar com a agressividade e a hostilidade do jovem.

Winnicott (1968/2021) afirma que durante o percurso de desenvolvimento do indivíduo na adolescência, não há como não cometer erros. Entretanto, o importante na relação durante este processo, não se restringe apenas ao fato do pai e da mãe não cometerem erros, mas sim, na capacidade de repará-los. Portanto, errar é humano, mas, não tentar

corrigi-lo ou repará-lo seria um traço de limitação afetiva por parte dos pais, o que irá incidir sobre a capacidade do adolescente em reparar seus erros, promovendo a rigidez na personalidade e a falta de flexibilidade para lidar com a diferença.

Segundo Winnicott (1961/2011, p. 117) “é característica da faixa etária em questão a rápida alternância entre independência rebelde e dependência regressiva, e mesmo a coexistência dos dois extremos num mesmo momento”. Em meio aos conflitos que atravessam a adolescência, o indivíduo nesta fase da vida, busca evitar qualquer tipo de falsa solução, geralmente prefere enfrentar suas batalhas, mesmo quando estas lhe são viscerais e tem um alto custo afetivo e emocional para resolvê-los. Nas palavras do autor, o adolescente é “pré-potente” (Winnicott, 1961/2011, p. 121), é característico desta fase da vida, o jovem se ver desafiado, seja pelos problemas ou por outro adolescente. Nestes casos o adolescente testa suas capacidades ao enfrentar e superar seus problemas.

À medida que o adolescente aprende a lidar com as frustrações e suas limitações, o mesmo, vai adquirindo uma autonomia diante da vida. O jovem que aprende a reconhecer suas emoções, nomear e saber conduzi-las de forma moderada, aprende a controlar melhor seus comportamentos impulsivos, mas, não antes de ter causado alguns estragos. Winnicott (1961/2011) ressalta que apenas depois de compreender o dano causado em algo, assim como, ter destruído alguma coisa, e a partir desta experiência que o adolescente tem a oportunidade de reparar, reconstruir e criar novas relações.

## 5.5 SÍNDROME NORMAL DA ADOLESCÊNCIA

Knobel (1981) aponta que também fazem parte do processo de amadurecimento juvenil as flutuações de humor. Conforme o adolescente vai enfrentando os desafios que lhe são apresentados dos mais variados campos das relações humanas que constituem sua inter-relação, o jovem tem a oportunidade de aprimorar sua capacidade de lidar com as frustrações,

criando resiliência frente às mesmas, ou, às vezes, infelizmente, cristalizando um pessimismo e uma personalidade deprimida diante dos desafios da vida. Contudo, esta dinâmica parece consolidar o caminho percorrido pelo adolescente até chegar na vida adulta, o qual é destacado como “a síndrome adolescência normal” (p. 29).

O comentário acima, expõe o equívoco em parametrizar a adolescência pelo vértice da condição da vida adulta. Se comparado ao apogeu que pode ser alcançado pelo jovem adulto, com suas capacidades emocionais assentadas no bom desenvolvimento psíquico das fases que a antecedem, retomando Urribarri (2004), é cabal lembrarmos que a adolescência implica em um processo de desequilíbrio ou desorganização que atravessa o sujeito neste período da vida. Portanto, qualquer tipo de tendência à patologização na adolescência pode ser arriscada e prematura (Knobel, 1981).

Ao “associar síndrome, que implica entidade clínica, com normalidade, que significa estar fora da patologia” (Knobel, 1981, p. 29), o autor reconhece o risco ao juntar duas terminologias antagônicas. Entretanto, é justamente o antagonismo presente na conjunção do conceito “a síndrome normal da adolescência” (p. 29) que favorece a compreensão de que os critérios utilizados para delimitar o que seria normal ou patológico, estaria na percepção, discurso e narrativa que o adulto já desenvolvido tem em relação à adolescência.

Canguilhem (1966/2014) em seu livro *O normal e o patológico enfatiza* a que normalidade e patologia não devem ser concebidas no campo da nosologia médica, mas, sim, do ponto de vista social e antropológico. Desta forma, tanto o que é tido como normal ou como patológico são definidos por parâmetros da moralidade, portanto, a definição dos termos passa pelo crivo do que é constituído pelo politicamente correto, tendo sua chancela na lógica pré-estabelecida de um modelo ideal. Segundo o autor, a psicologia sofreu grande influência da tradição médica, a qual passou a reproduzir a mesma sistemática idealista e normativa em relação aos quadros psicopatológicos.

Contudo, tanto no campo da medicina, quanto da psicologia e da filosofia surgiram críticos a estes sistemas homogêneos e lineares no tocante a parametrização do que era definido como normal e patológico (Canguilhem, 1966/2014). Em ressonância com Canguilhem, Foucault (2004; 2010; 2011) defende que tanto a noção de loucura como a de anormalidade são construções sociais, criadas com o propósito de condicionar o comportamento humano, através da vigilância e punição.

Desta forma, ao analisar a dinâmica do funcionamento psíquico no período da adolescência pela ótica destes autores (Canguilhem, 1966/2014; Foucault, 2004, 2010, 2011; Knobel, 1981) não é possível reduzir os fenômenos vividos pelo adolescente aos parâmetros criados ou estabelecidos pelo adulto, ou daqueles que seguem critérios de intensidade, tais como: mais e menos, alto e baixo, ou qualquer outro modelo estritamente quantitativo e que seguem a lógica normativa para definir o que é normal e patológico na vida juvenil.

As teses defendidas por Canguilhem (1966/2014) e Foucault (2004; 2010; 2011) sustentam a ideia que Knobel (1981) tem em relação ao período de instabilidade vivida pelo adolescente durante este percurso, uma vez que, há um descompasso entre o ego e eu corporal como apresentado por Freud (1923/2011). Portanto, o que se passa durante a adolescência é um ciclo contínuo de equilíbrio e desequilíbrio, até se atingir a estabilidade emocional desejada para lidar com os problemas suscetíveis a vida (Knobel, 1981).

O desequilíbrio entre capacidade física corporal e desenvolvimento emocional é manifesta, e pode ser observada no choque de tensões refletidas no campo psíquico (Freud, 1905/2016). O adolescente embora tenha saído da infância, ainda não goza de uma plena capacidade emocional para lidar com os conflitos que vão sendo apresentados a ele, e, não são poucos e pequenos os desafios que atravessam a vida juvenil atualmente. As demandas advindas da família e do ambiente social aludem cada vez mais à uma vida de sucesso, levando o adolescente a pensar que não pode cometer erros durante seu percurso, que seu

planejamento de vida deve ser bem estabelecido e estruturado de forma sólida, como se isso de fato fosse possível. Tais demandas acabam por tolher toda espontaneidade e possibilidade de amadurecimento por meio das escolhas que se faz e dos resultados das mesmas (Knobel, 1981).

O surgimento do sentimento ontológico, conforme apontado por Urribarri (2004) desperta no adolescente uma reflexão a respeito de qual seria o sentido da vida, o seu legado ou sua missão no mundo, o que leva o adolescente a analisar sua linhagem, a origem de sua família, as histórias contadas e não contadas a ele, esse processo de subjetivação poderá consolidar traços de sua personalidade. Durante este processo de identificações com as figuras parentais, resulta na dinâmica de internalização psíquica de valores que parecem fazer sentido para o adolescente e são encontrados na mãe, pai ou ambos. Entretanto, também pode ocorrer o rechaço de atitudes e comportamentos identificados no pai ou mãe que não correspondam a concepção de vida e de mundo do jovem (Knobel, 1981).

Desta forma, o adolescente vai constituindo sua própria história, às vezes, contando sua própria versão da história familiar, em alguns casos, quebrando o discurso dos pais adornado de narcisismo e romantismo burguês preñado de idealizações e aspirações sociais. Estas demandas advindas da família resultam em um sufocamento da subjetividade juvenil e tolhe do adolescente a capacidade de ser um no mundo, sucumbindo a imposição parental de ser uma cópia dos pais e seguir o legado imposto a eles (Laufer, 2004).

O intelecto e a fantasia funcionam como uma resposta a condição visceral e às vezes esmagadora, da realidade cotidiana do adolescente. O conflito aqui é entre mundo interior e mundo exterior, o qual, por vezes o adolescente recorre à fantasia ou racionalização a partir de explicações científicas e filosóficas em relação aos seus conflitos inter e intrapessoais. Estas reações defensivas encarregam-se de proteger o adolescente de possíveis conflitos emocionais, para os quais ainda não se encontra preparado para resolver, devido à falta de

maturidade (Knobel, 1981).

Knobel (1981, p. 29) em a “busca de si e da identidade” aponta esta característica na adolescência, marcada por uma busca incessante em relação aos traços singulares da subjetividade do sujeito - verdadeiro eu. Portanto, seja do ponto de vista ontológico ou da subjetividade individual, trata-se da busca da verdadeira essência do Eu. Mesmo sendo o sujeito um ser em constante evolução e transformação, uma das metas juvenis é atingir ou pelo menos se aproximar desta essência no que tange a descoberta de um sentido da vida. Não obstante, o adolescente se vê imbuído de alguma responsabilidade político-ideológica na qual se identifique. Estes processos identificatórios estão a serviço de responder uma questão urgente para o adolescente, que pode ser sintetizada em: quem sou eu?

Ainda em consonância com o eixo das mudanças corporais, proposto por Urribarri (2004), encontramos em Knobel (1981) a expressão “luto pelo corpo infantil” (p. 80). Ao correlacionarmos as propostas dos autores, observa-se a convergência do axioma freudiano, que defende o intrincamento entre corpo e psiquismo, como sendo extensão e a profundidade um do outro (Freud, 1923/2011). Neste processo de separação, o jovem passa a se ver como diferente, embora, com traços de aproximações em relação aos genitores. Este período marca uma zona de conflito, uma verdadeira trincheira de guerra entre pais e filhos, geralmente marcada pelo distanciamento, isolamento doméstico, portas de quartos trancados e cobranças advindas dos pais em relação ao que se esperava para vida do adolescente (Knobel, 1981).

À medida que o corpo do adolescente cresce e adquire forma, e que a anatomia se transforma ganhando tónus e contorno, a sensualidade ganha espaço em um território que antes aludia apenas ao infantil, inocência, fragilidade e limitação (Knobel, 1981). A perda da característica infantil aliada a uma excitação libidinal, levando o corpo juvenil a erupção, resulta em um processo de luto, morte simbólica do corpo que outrora se identificava com o *infant*. Entretanto, este processo é vivenciado com profunda dor no aspecto físico, e angústia

concernente ao psiquismo que ainda não conseguiu integrar a imagem e forma do próprio corpo, retratado por “a dor e a delícia de ser jovem” (Cesar, 2019, p. 262).

Portanto, o sentimento de luto pelo corpo infantil pode ter reflexos negativos no desenvolvimento do adolescente, resultando em um colapso emocional que poderá conduzir o jovem a uma dinâmica psicótica (Laufer, 2004). Numa resposta defensiva à dura realidade enfrentada pelo adolescente neste período, pode resultar um flerte perigoso com fuga e quebra da realidade – psicose. Delírio e alucinações no tocante ao corpo podem insurgir como sintomas (Urribarri, 2004), a regressão a estados arcaicos e primitivos manifestam-se a ponto de jovens comportarem-se como bebês (Graña, 2004). Todos estes sinais, manifestam-se como defesa diante de um estado de enlutamento pelo corpo infantil que morre e vai dando lugar ao corpo juvenil (Knobel, 1981).

Knobel (1981) destaca que a priori o investimento libidinal é retro investido, portanto, é autoerótico, na maioria das vezes marcado pelo surgimento da masturbação e caracterizado por fortes tendências narcísicas. Conforme evolui para um investimento em um objeto externo, ou seja, o outro, o adolescente começa a aventurar-se em experiências sexuais. Tais experiências, segundo Freud (1905/2016), podem ocorrer inicialmente de forma bissexual e depois estabelece-se a escolha de um objeto específico, conforme o desenvolvimento do complexo de Édipo do adolescente.

Outro fantasma que assombra o processo juvenil é a transposição das figuras parentais. Segundo Freud (1912-1913/2012), a experiência de superação do pai é vivenciada com sentimentos ambivalentes. Com isso, por um lado, existe um sentimento de triunfo, êxito, vitória e, por outro lado, o jovem enfrenta a dor da morte simbólica dos pais. Essa experiência o lança em profunda agonia de se ver sozinho, separado das figuras parentais, e, de certa forma responsável por si mesmo e por suas escolhas, portanto, podendo levar o adolescente a esboçar uma “patologia do vazio” (Piva, 2004, p. 183).

Em um artigo intitulado *Sobre a psicologia do colegial*, Freud (1914/2012) aborda a problemática juvenil vivenciada especificamente pelo garoto – o conflito pai e filho. Na medida em que o jovem passa a conceber aspectos da realidade social e familiar, o declínio do pai totêmico rui com todas as idealizações infantis que o jovem outrora projetara na figura paterna. Portanto, este fenômeno é concebido pelo garoto como um dilema, o qual se apresenta ao menos com duas facetas. A primeira se refere ao constrangimento sentido pelo jovem quando percebe que o pai não é tudo aquilo que imaginava, a segunda, se manifesta no ímpeto de superar o pai, ou lidar com as precariedades que este apresenta. O fato é que ambos os acontecimentos não se dão sem conflitos e embates entre pai e filho.

Seja simultaneamente ou a posteriori a estes embates, é possível verificar um sentimento de profunda consternação no jovem, que se reconhece desamparado ou desprotegido diante do mundo (Knobel, 1981). Com a imagem do pai morto (Freud, 1913/2012), o garoto encontra-se desprotegido das intempéries que a vida social apresenta a ele. Pode revelar feridas narcísicas que emergem tanto da identificação com objeto – enquanto ideal do ego (Freud, 1923/2011), como também da projeção narcísica do pai sobre ele (Green, 1988), sendo que essas fissuras provocadas no ego poderão resultar em um sentimento de vazio experimentado pelo adolescente (Piva, 2004).

Tendo em vista o acima exposto, verifica-se que algumas das características presentes na adolescência que, de certa forma, poderiam ser caracterizadas como sintomas de problemas emocionais são comuns no período da adolescência. Fato que justifica a nomenclatura utilizada por Knobel (1981, p. 29) “Síndrome da adolescência normal”. Entretanto, é necessário considerar as possíveis questões psicopatológicas relacionadas ao período.

## 5.6 ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS NA ADOLESCÊNCIA

Até o momento foram destacados os fenômenos globais do processo adolescente, através dos pressupostos de Aberastury e Knobel (1981) em relação às turbulências da adolescência, assim como os equívocos da patologização precoce feita a partir de parâmetros adultoformes apontados por Urribarri (2004) e Piva (2004). Entretanto, é imprescindível destacar também os aspectos psicopatológicos que podem se manifestar na adolescência (Graña, 2004), por vezes barulhentos e direcionados ao mundo externo ou silenciosos e voltados para o mundo subjetivo e a autodestruição (Cesar, 2019).

Para Winnicott (1961/2011, p. 124) “os padrões que se manifestam no adolescente normal têm relação com os que se manifestam em vários tipos de distúrbio mental”, esta afirmação corrobora com o que é proposto por Knobel (1981) em se tratando da síndrome normal da adolescência. Nesta premissa, também é possível observar a linha tênue entre o normal e o patológico (Canguilhem, 1966/2014) quando se trata do indivíduo adolescente, contudo, existem características singulares que possibilitam demarcar o campo da disfunção psíquica e relacioná-las com a psicopatologia.

A princípio, “o fenômeno da delinquência” (Winnicott, 1961/2011, p. 125) representa um tipo singular de distúrbio na adolescência. Para o autor, a delinquência pode ser observada com muita frequência no bojo das relações juvenis, tendo como precursor alguma experiência traumática, resultante de uma ruptura com os laços afetivos no ambiente familiar, podendo vir a consolidar em caráter antissocial no adolescente. Contudo, não se deve ignorar a magnitude de um trauma privativo, pois como aponta Winnicott (1961/2011, p. 25) “na raiz da tendência antissocial há sempre uma privação ou carência”.

Na maioria das vezes, a conduta antissocial é antecedida por um período de calma, de um reflexo ou aparência de saúde mental, para em seguida se apresentar os aspectos mais hostis e agressivos da adolescência (Winnicott, 1961/2011). A moção hostil na adolescência,

tende a virar-se contra o mundo que cerca a pessoa, ou, em alguns casos, contra o próprio sujeito. Em tais circunstâncias podemos encontrar o adolescente suicida e aquele que pratica autolesão, que é o foco deste trabalho. Em ambos os casos, quando os ataques ao ambiente ou a si próprio se manifestam, o que está em jogo é um movimento complexo por parte do adolescente, já que, o esperado pelo agente agressor, é que as pessoas que são atingidas indireta ou diretamente pelo adolescente sejam capazes de suportar os ataques dele (Winnicott, 1961/2011).

Segundo Graña (2004) devido às polarizações e ambivalências típicas à adolescência, é comum correlacionar adolescência como um processo psicopatológico comparado ao espectro *borderline*. Entretanto, o autor ressalta que a tarefa psicanalítica se distingue da tarefa médica e psiquiátrica tangenciados pelos manuais diagnósticos e estatísticos. Os quais, atualmente, constam na décima versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e *Diagnostic and Estatiscal Manual of Mental Disorders – V (DSM-V)*.

Neste sentido, renunciando aos conceitos, termos estigmatizantes e rótulos que compõem a nosológica psiquiátrica, Graña (2004, p. 153) sugere:

Creio que o emprego da palavra “contradição” para descrever as comuns incoerências ou incongruências do pensamento, do afeto, da conduta e da linguagem particularmente adotados pelo adolescente, introduz um parâmetro normativo que peca epistemologicamente, sobretudo por embutir na própria designação normativa (significante) a noção de um modelo comum (significado) de explicação de afetos, de indumentária adequada, de pensamento organizado e de linguagem consensual que não mais serve para aproximação do fenômeno “adolescência”, e mesmo das manifestações clínicas da psicopatologia do adolescente, se a submetermos à crítica baseada numa perspectiva compreensiva psicanalítica instruída pela concepção fenomenológico/estrutural.

Outro aspecto a ser considerado remete à patologia do vazio, que segundo Piva (2004), se manifesta em três instâncias: o intrapsíquico, intersubjetivo e transobjetivo. O primeiro refere-se às vivências internas – mentais; “com suas representações, imagens, sonhos, fantasia” (Piva, 2004, p. 183). Mesmo precisando da relação com o outro, o movimento acontece sem a presença dele, contando às vezes, apenas com a presença “de seu fantasma – o objeto interno” (p. 183). No segundo, é permeado pelas relações interpessoais, e a partir desta relação estabelece a troca simbólica e real da economia afetiva. E, por último, alude ao espaço “sociocultural” (p. 183) e inicia-se o entrelaçamento de duas ou mais dimensões ou “faces de uma mesma realidade”, o que possibilita a capacidade democrática e o caráter flexível em relação às visões de mundo.

Os três elementos citados acima em Piva (2004) se entrelaçam com a morte simbólica dos pais e com o luto do corpo infantil, pois, aludem à experiência de subjetivação na adolescência, conforme aponta Urribarri (2004). O qual considera que o processo, no adolescente, ocorre por meio do questionamento das figuras de autoridade, assim como seu enfrentamento e oposição, este mesmo princípio é proposto por Aberastury e Knobel (1981).

Por vezes, é possível notar uma tendência exacerbada em relação a oposição à opinião de terceiros (Knobel, 1981), desafio à lei e às autoridades (Winnicott, 1961/2011) ou até mesmo no “ato suicida” (Urribarri, 2004, p. 49). Estas atitudes citadas pelos autores, podem facilmente levar aquele que observa, grosso modo, na reprodução pré-concebida de que todo adolescente é um “revoltado”. Entretanto, o termo revoltado não é utilizado de forma pejorativa neste trabalho, mas, visa evidenciar o perfil de rebelar-se contra as normas e padrões pré-estabelecidos em determinados momentos históricos. Logo, de certa forma evidenciando a tentativa de quebra de paradigmas como uma característica peculiar na adolescência.

Na tradição psicanalítica, Freud (1924/2011) alocava seus pacientes que não tinham

um funcionamento neurótico no campo das psicoses ou perversão. Entretanto, esses quadros quando compreendidos de forma estanque diante da complexidade contemporânea, podem levar a alguns impasses, portanto, a expressão “funcionamento psicótico” descrito por Laufer (2004) pode ser correlacionado de forma elucidativa aos termos utilizados na contemporaneidade, o conceito de casos limites (Green, 1988), assim como, *borderline* (Graña, 2004) e adicionalmente o termo “não neurose” (Minerbo, 2019). Todos estes conceitos aplicados à psicanálise contemporânea encontram uma raiz epistemológica nos pressupostos freudianos, contudo, são desenvolvidos a partir da teoria de Freud pós 1920 – marco da segunda fase da psicanálise.

A similaridade entre casos limites, *borderline* e não neurose (Green, 1988; Graña, 2004; Minerbo, 2019) mais relevantes para este trabalho não se encontram nos critérios de identificação nosológica da psicopatologia, mas sim nas formas de manifestação que estes quadros se apresentam na adolescência. Destarte, segundo Graña (2004, p. 155), “poderá adotar: 1) formato ruidoso, ou 2) formato silencioso, ou 3) formato da invisibilidade”.

No primeiro caso, temos os adolescentes que fazem barulho por assim dizer, geram conflitos, se envolvem em brigas, com uso de substâncias psicoativas e alcoolismo, alguns podem se envolver em atividades criminosas, chegando até mesmo a cometer homicídios. No segundo, encontramos os jovens que se retraem, encapsulados em seu mundo interior, e por vezes fechados em suas masmorras de marfim (quarto), evitando qualquer tipo de relação social. E, por último, o terceiro tipo de adolescente - o invisível, considerado pelos professores e pais como modelos de conduta social, que não apresentam nenhum tipo de comportamento inadequado, ao contrário, se adaptam ao mais inóspito ambiente, onde se destacam pela capacidade de não causarem problema algum, aliás, por não causarem nada, já que este tipo de adolescente é invisível e apenas é lembrado quando o outro o solicita (Graña, 2004).

É justamente neste terceiro tipo de conduta juvenil que se localiza o indivíduo focalizado no presente estudo. Geralmente, são os adolescentes que não fazem barulho ou estardalhaço que apresentam comportamento de autolesão, conforme apontam Lopes e Teixeira (2019), em pesquisa que buscou analisar estudantes que praticam automutilação no contexto escolar. As pesquisadoras objetivaram a compreensão das narrativas e discursos “não ditos”, mas representados no corpo através da prática da autolesão, defendendo a proposta de que é possível escutar o corpo dos jovens que se automutilam, utilizando-se da escuta psicanalítica e da apropriação dos conceitos de transferência e contratransferência enquanto instrumentos metodológicos (Lopes & Teixeira, 2019).

Barbosa et al. (2019) visaram entender o significado e sentido atribuído à experiência da autolesão. Munidos do conceito de pulsão de morte e masoquismo, os autores buscaram apreender como o instinto de preservação presente no organismo humano pode ser burlado, por assim dizer, e fazer com que um estímulo doloroso possa vir a ser convertido em uma experiência prazerosa. O resultado da pesquisa é surpreendente, pois, apontam que “nove participantes citam que a dor física alivia a dor emocional” (Barbosa et al., 2019, p. 4).

Os resultados das pesquisas realizadas por Araújo et al. (2016) foram semelhantes aos encontrados por Barbosa et al. (2019), o que se evidenciou em ambas as pesquisas, é que o adolescente que pratica a automutilação tem uma experiência subjetiva com a dor corporal em detrimento a dor psíquica/emocional. Seja através da realização de uma tatuagem ou o cortar a pele com uma navalha, o que o adolescente obtém nestas práticas é traduzido por prazer (Cedaro & Nascimento, 2013; Araújo et al., 2016; Cardoso et al. 2016).

Conforme apontam Caropreso e Monzani (2012), mesmo se tratando de adolescentes, a prática de autolesão constitui um traço patológico no sujeito que a pratica. Os autores, subsidiados pela teoria freudiana das neuroses, destacam que a automutilação representada no aparelho psíquico tem a função masoquista, portanto na autodestruição o que está em voga é

o circuito da pulsão de morte, levado a um ato extremo. A mesma proposta pode ser encontrada na pesquisa de Jucá e Vorcaro (2018) que pretende apresentar as atuações – *acting out*, realizadas por jovens dentro e fora do espaço clínico, se manifestando tanto pelas automutilações como pelo comportamento suicida.

Portanto, é possível localizar na prática da autolesão por adolescente, uma manifestação psicopatológica. Contudo, é necessário a observância individualizada daqueles que colocam em curso a autolesão em suas vidas, para não correr o risco da banalização do conflito psíquico vigente nestes casos, que, geralmente remontam a uma experiência traumática associada a privação ou abandono (Winnicott, 1961/2011).

Tendo em vista o acima exposto foi desenvolvido no presente estudo os objetivos destacados a seguir, assim como, a apresentação do método utilizado no desenvolvimento da pesquisa, participantes, local de realização, coleta e a forma que os dados serão analisados.

## 6 OBJETIVOS

### 6.1 OBJETIVO GERAL

- Investigar as vivências emocionais de adolescentes que praticam a autolesão.

### 6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os fatos clínicos relativos a episódios de autolesão, em atendimentos clínicos realizados com adolescentes;
- Descrever os sentimentos vivenciados pelo adolescente antes, durante e após o episódio da autolesão;
- Analisar os aspectos afetivo-emocionais implicados na autolesão, a partir dos fundamentos da psicanálise.

## 7 MÉTODO

A vivência da experiência clínica pode ser considerada como um laboratório de verificação dos pressupostos psicanalíticos, desde a constatação à refutação de teorias que não contemplem a proposta da ética da psicanálise (Freud, 1917/2014; Quinodoz, 2007; Roudinesco & Plon, 1998; Poli, 2008; Silva & Macedo, 2016).

O método de investigação na psicanálise se apropria do cenário clínico, onde as experiências vividas e contadas pelos pacientes atravessam o analista, afetando-o física e mentalmente através dos fenômenos da transferência e da contratransferência. Os quais podem ressoar na mente do analista, possibilitando ao mesmo a compreensão do fenômeno relatado pelo paciente. O resultado desta relação preenche as linhas de um relatório ou formulário institucional que o psicanalista pode elaborar após seus atendimentos. É por meio destes relatos transcritos que emerge a possibilidade de garimpo do conteúdo compreendido como relevante para análise da pesquisa, a este dar-se-á o nome de fatos clínicos (Dallazen et al., 2012).

É de considerável relevância discriminar o que pode ser compreendido como cenário clínico. A clínica a qual é mencionada neste contexto é a clínica psicanalítica, que de forma objetiva pode ser caracterizada pelo tratamento dispendido a um sujeito que sofre de alguma mazela psicológica/emocional, e, através da intervenção do psicanalista poderá obter uma melhora significativa, quando não total (Zimmerman, 2004). Entretanto, há questões a serem consideradas, como: análise e psicoterapia psicanalítica são a mesma coisa? O que faz um analista e o que faz um psicoterapeuta psicanalítico? Existem pontos em comuns e destoantes entre as formas de tratamento? Estas entre outras questões, já foram mencionadas por outros pesquisadores (Mezan, 1996; Winograd & Cremasco, 2019; Silva et al., 2015), apenas para citar alguns.

Freud (1905/2016) destaca que a prática da psicoterapia é um procedimento antigo, que remonta desde o surgimento da medicina na Grécia antiga, e ressalta que até em sua época, o que poder-se-ia chamar de modernidade, a psicoterapia continua sendo praticada basicamente no mesmo formato, o que para Freud seria a sugestão ou a confiança na figura do médico. Conforme citado, “a psicoterapia não é um tratamento moderno. Pelo contrário, é a mais velha terapia que a medicina utilizou” (Freud, 1905/2016, p. 333).

Entretanto, Freud (1905/2016) no mesmo artigo, refere-se a psicanálise, ou seja, a análise, também como uma psicoterapia. Mezan (1996) desenvolve de forma pormenorizada a afirmativa freudiana e considera que, o que Freud chamou de psicoterapia em seu tempo, não condiz com o que se é concebido hoje como psicoterapia, tanto no sentido semântico, como na pluralidade de práticas psicoterapêuticas existentes nos dias atuais.

Mezan (1996) destaca algumas diferenças entre análise e psicoterapia psicanalítica, tais como: variação em relação a quantidade de sessões, o espaço (*setting*) onde ocorrem os atendimentos, a quantidade de sessões, a dinâmica transferencial, a assepsia ou neutralidade/distanciamento com o paciente por parte de analista, a questão do pagamento, já que em algumas instituições o serviço é ofertado como política pública e o psicoterapeuta psicanalista desenvolve o seu trabalho.

Embora existam diferenças entre psicanálise e psicoterapia psicanalítica, há também pontos em comum (Mezan, 1996; Silva & Macedo, 2016). Mesmo, em algumas escolas mais tradicionais dentro da psicanálise, é consensual que os elementos que as aproximam são maiores do que as distanciam. (Winograd & Cremasco, 2019). Contudo, o desafio consiste em aplicar a psicanálise em instituições públicas ou assistenciais, sem perder de vista a ética da psicanálise, já que este é o elemento indispensável para se realizar tanto a análise como a psicoterapia psicanalítica. A questão não implica em o melhor modelo, mas sim, quando, qual e como utilizar cada um deles, como se pode ver a exposição de Freud (1919/2010, p. 292):

Então haverá para nós a tarefa de adaptar nossa técnica às novas condições. Não tenho dúvida de que o acerto de nossas hipóteses psicológicas impressionará também os incultos, mas teremos que buscar a mais simples e palpável expressão para nossas teorias. Veremos, provavelmente, que os pobres se acham ainda menos dispostos a renunciar a suas neuroses do que os ricos, porque a difícil vida que os espera não os atrai, e a doença significa, para eles, mais um à título a assistência social. (...). Mas, como que se configure essa psicoterapia para o povo, quaisquer que sejam os elementos que a componham, suas partes mais eficientes e mais importantes continuarão a ser aquelas tomadas da psicanálise rigorosa e não tendenciosa.

O arcabouço teórico da psicanálise contempla uma gama de conceitos e temas de estudo que abarcam os fenômenos contemporâneos, mesmo sendo cunhados há mais de um século por Sigmund Freud. Entretanto, o próprio Freud (1919/2010) sugeriu que seus pressupostos continuassem sendo submetidos a constantes verificações e, quando necessário, não se constrangeu em afirmar que ele apenas teria iniciado suas pesquisas e que seus seguidores deveriam permanecer submetendo tanto a teoria quanto a prática psicanalítica a novas reformulações (Silva & Macedo, 2016). Logo, “a Psicanálise compreendida como disciplina científica, comporta bases epistemológicas e éticas para a realização de uma pesquisa” (Silva & Macedo 2016, p. 521).

Entretanto, é imprescindível destacar os dois contextos de onde se origina a pesquisa psicanalítica, ou seja, a instituição e a universidade. Mesmo sendo irmãs gêmeas, deve-se salientar que a instituição nasceu primeiro e, posteriormente, a pesquisa psicanalítica no contexto universitário, contudo, ambas dividiram o mesmo útero, por assim dizer. Como se sabe, Freud sempre levou a sério o rigor metodológico e científico da academia, porém, foi na instituição (consultório, estudos com colegas médicos e análise dos casos clínicos) que o fundador da psicanálise encontrou terreno fértil para lançar luz a sua teoria e prática clínica

(Roudinesco & Plon, 1998).

Mais tarde, a universidade, contemplando uma de suas funções que, a priori, seria se apropriar de novos saberes e testar suas validades e eficácias, assim o fez com a Psicanálise. Neste sentido, Poli (2008) defende a importância do método psicanalítico no contexto universitário, tendo em vista que o saber psicanalítico se constitui de forma desapegada ou não dogmática, já que uma de suas premissas é o compromisso ético com a verdade daquele que fala em sessão e não o saber do analista – que pode facilmente sofrer influência do saber médico, que, na maioria das vezes, é soberanamente cristalizada pela relação de poder que este exerce sobre o doente.

Outrossim, a Psicanálise como método de pesquisa mostra ser uma ferramenta eficiente no que tange a investigação científica (Poli, 2008). Segundo Dallazen et al. (2012), o desejo de querer investigar para se avançar no conhecimento e no desenvolvimento da teoria e prática psicanalítica é considerado um poderoso combustível em relação ao aprimoramento do saber científico, já que este não é estanque e enredado em si mesmo, ao contrário, o saber científico deve estar preparado para a morte, mesmo antes de nascer.

A pesquisa em psicanálise pode ser desenvolvida tanto nos institutos de formação em Psicanálise, como na universidade. Em ambos os contextos o psicanalista pesquisador faz uso de uma gama de procedimentos desenvolvidos inicialmente por Freud (1919/2010) e, posteriormente, seus sucessores. A complexidade em se desenvolver uma pesquisa com o método psicanalítico, embora seja atual, também está presente desde o surgimento da Psicanálise. Logo, na atualidade, o que circunscreve o desenvolvimento de pesquisas que utilizam o método psicanalítico é a necessidade de atualizá-la frequentemente, tendo em vista os desafios que atravessam a execução de um projeto científico.

Alguns destes desafios apresentam-se em uma dinâmica familiar ao psicanalista que já atua no contexto clínico, pois, como se sabe, a transferência não ocorre apenas no *setting*,

também se manifesta na relação orientador-orientando. Um segundo desafio localiza-se na relação entre os pares: participantes diretos e indiretos da pesquisa, alunos do programa que se orientam por uma escola diferente do pesquisador, por exemplo. Em terceiro, a inserção do pesquisador em grupos de pesquisa que debatem e promovem o desenvolvimento científico dentro da temática específica, mas que acabam por se institucionalizarem, promovendo a cristalização dos saberes já constituídos, ou seja, que fazem eco aos pressupostos já suscitados e consolidados, e não se abrem para o um saber que seja diferente do discursado entoado pelos membros de suas escolas, assim como novas formas de se fazer pesquisa (Poli, 2008).

Logo, o método psicanalítico pode ser considerado uma estratégia eficiente para a investigação do inconsciente e dos processos mentais, tendo como instrumento os procedimentos terapêuticos, que podem ser expandidos e reformulados quase que interminavelmente sobre o seu objeto de estudo. Possibilita ao pesquisador acessar conteúdos significativos e singulares da vivência emocional do seu sujeito de pesquisa, promovendo o avanço científico no que tange as representações simbólicas expressadas pelos seres humanos nas suas práticas sociais e privadas (Silva & Macedo, 2016).

São muitas as funções que um psicoterapeuta que trabalha com a psicanálise pode vir a desenvolver na relação com seu paciente, contudo, uma das mais intrigantes, consiste na função testemunho. Segundo Agamben (2008) testemunho deriva do latim e tem dois significados, o primeiro represente *terstis*, aquele que ocupa o lugar de terceiro durante um processo, o outro, vem de *superstes*, sugere aquele que viveu algo, que atravessou juntamente com o outro até o final de uma experiência, portanto, podendo dar testemunho do fato ocorrido. Neste sentido, o psicanalista abarca estas duas características, ou seja, observa e analisa juntamente com seu paciente os fatos clínicos que emergem da relação, e, testemunha sua jornada de representação e elaboração do fenômeno vivido.

Por meio da transferência o psicoterapeuta de base psicanalítica testemunha as vivências narradas pelo seu paciente (Freud, 1912/2010), o que possibilita a compreensão não apenas do que foi vivido na realidade, mas também, aquilo que foi representado simbolicamente no psiquismo do paciente, ou, “dos processos anímicos inconscientes, cujas peculiaridades nos são conhecidas através da análise” (Freud, 1911/2010, pp. 110-111). Ao abdicar do método catártico, que se dava basicamente pelo uso da hipnose, Freud (1912/2010) passa adotar a técnica da associação livre e os recursos de recordar - ou relembrar a experiência traumática, a repetição do trauma em sua relação com o analista e a elaboração deste inconsciente motivado pela intervenção do psicanalista.

Outro recurso que pode ser considerado válido no processo analítico é o uso da contratransferência como instrumento. Contudo, é importante ressaltar que Freud (1912/2010) denominava a contratransferência como a transferência do analista para o seu paciente, e, o autor pontuava este fenômeno como algo contraproducente e até mesmo negativo no *setting* analítico. Entretanto, Ferenczi (1909/2011; 1924/2011) defendia o uso da contratransferência enquanto uma técnica útil no tocante a compreensão da vivência transferencial do paciente projetada no analista, resultando em afetos que tinham efeitos sobre a mente do psicanalista. Mais tarde, os pressupostos de Ferenczi vieram a influenciar os psicanalistas pós-freudianos, como “Klein, Balint e, especialmente, Winnicott” (Minerbo, 2020, p. 92).

Portanto, a clínica psicanalítica em seus diversos formatos e espaços, configura-se num campo pulsional, caracterizado pela díade psicoterapeuta-paciente que compreende a materialização da palavra narrada pelo paciente na (re)vivência do traumático, transformando o *setting* em um espaço vivo e pulsante, onde o discurso ganha vida e possui a potência transformadora da palavra encarnada (Giovannetti, 2018). O mesmo pode ser dito da escrita

psicanalítica, sendo esta, fruto da relação da díade, nisso todos os psicanalistas consentem, desde seu fundador até o mais contemporâneo, que afirmam:

Assim, a escrita freudiana, mais do que cumprir a função de promover desenvolvimentos teóricos e expansões conceituais, era produzida também com a intenção de esclarecer e interpretar a transferência cristalizada e enrijecida do investigador com o conceito anterior. Pois, o enrijecimento transferencial e a repetição obstinada são sempre os maiores obstáculos a qualquer processo de investigação. Funcionando também como grande interpretante da transferência de seu leitor, a escrita freudiana cumpria a função de promover a atitude psicanalítica em sua natureza mais pura, naquilo que tem de mais subversivo e revolucionário – a manutenção do movimento transitivo em oposição às crenças, às repetições estereotipadas e à paralisia intransitiva, aguçando com seu constante refazer-se as inevitáveis ansiedades inerentes ao caminhar despossuído de conhecimentos apriorísticos. Em oposição à posse de um território conhecido, ela estimula um êxodo sem um Deus e sem uma terra prometida. (Giovannetti, 2018, p. 75)

Portanto, passar-se-á a realização deste empreendimento psicanalítico, que objetiva a corporificação do texto escrito, sobretudo no que concerne aos relatos narrados pelos pacientes durante as sessões de psicoterapia, e os seus efeitos, tanto sobre o psicoterapeuta como também do paciente. Reconhecendo que, na maioria das vezes, o que era sentido antes, durante e depois da sessão aproximava-se de uma experiência de morte, ou, novamente nas palavras de Giovannetti (2018, p. 75) “a escrita freudiana é, ao mesmo tempo, nascente e agonizante, viva e sexual, porque, paradoxalmente, atesta a mortalidade e as transformações de seu criador”.

Não há analogia possível de conceber o processo da escrita analítica, se não o comparado ao trabalho de parto. Assim como este, a escrita analítica é antecipada por

tamanha dor e agonia, sensação de impotência, ambiguidade entre vida e morte, seguida de grande júbilo pós-parto, onde a escrita recém-nascida carrega em si a composição genética do analista e seu paciente. Nem sempre a cria representa o ideário imaginado por seus reprodutores, por vezes, ocorre de haver maior ou menor identificação com rebento, o mesmo pode ser dito da relação psicoterapeuta-paciente como aponta Perelberg (2021).

Não é apenas a mente do analista que é capturada na relação com seu paciente, mas seu próprio corpo pode se fundir ao discurso do paciente, fazendo o psicoterapeuta sentir em sua própria pele os efeitos da narrativa enunciada no *setting*. Em termos contratransferenciais, é possível que o psicoterapeuta venha sentir em seu corpo algo referente aquilo que se manifesta na fala de seu paciente, assim como, medo, insegurança, impotência e outras vivências que capturam a mente do analista. Tendo em vista que a relação entre psicoterapeuta e paciente pretende ser horizontal e não verticalmente hierárquica, já que a relação entre ambos se refere a duas pessoas que apresentam complicações por conta de sua neurose, onde, se espera que um seja mais saudável que o outro, neste caso o analista (Zimerman, 2004).

Voltando as vivências do psicoterapeuta, para se alcançar o âmago do sofrimento psíquico relatado pelo paciente, o psicoterapeuta pode atuar como um receptor corporal e mental do conteúdo psíquico ainda não representado pelo paciente. Segundo Pinheiro (2019, como citado em Winograd & Cremasco, 2019) destaca a importância da psicoterapia psicanalítica diante do não dito, denominada pela autora como o “indizível” (p. 239). A autora recorre a proposta freudiana no tocante a uma narrativa mítica para a compreensão dos fenômenos vividos na relação transferencial, e, sobretudo, a perspectiva winnicottiana enquanto um espaço mítico, onde as experiências podem ser revividas, mesmo através daquilo que não é expresso por palavras afirma Pinheiro (2019, como citado em Winograd & Cremasco, 2019).

Ao longo do processo psicoterápico fundamentado na psicanálise são vivenciadas diversas situações, permeadas pela relação transferencial e contratransferencial, que podem ser nomeadas como fatos clínicos. Os quais são considerados por Quinodoz (1994) como um instrumento eficaz quando se trata de capturar um momento específico da relação analista-paciente.

Quinodoz (1994) assinala, é salutar realizar uma distinção entre: fatos, fatos clínicos e fatos clínicos psicanalíticos. Segundo o autor, o termo “fato” tem sua etimologia na palavra francesa *fait*, podendo ser relacionada genericamente como aquilo que aconteceu. Por se tratar de um fato, fica compreendido que se refere a algo do real, concreto e materializável, entretanto, esta premissa pode ser equivocada, já que nem todo fato corresponde à verdade, até mesmo o fato científico só pode ser validado caso esteja de acordo com normas e protocolos da ciência. No campo filosófico, a utilização do termo, equivale a um pressuposto válido e verificável de forma cognitiva e intelectualmente, ou seja, podendo ser da ordem do imaterial (Bunge, 2002).

Em relação ao fato clínico, Quinodoz (1994, p. 614) explica: “tem uma origem médica e denota um fenômeno observado por um médico em um paciente (...) – do leito do paciente”, mais especificamente. Para o autor, é comum a ocorrência de algum mal-entendido quando se trata de fatos clínicos, pois, ao se utilizar a palavra “fato”, o leitor pode entender que se refere a algo vinculado ao real, o que nem sempre corresponde à realidade.

Outro equívoco pode estar situado na aproximação dos termos “fato clínico” e “fato científico”. O primeiro se refere a um fenômeno que diz respeito ao acontecimento clínico e o outro sugere um observador munido de certa neutralidade e desprovido de uma relação afetiva com o fato científico observado e analisado (Quinodoz, 1994).

Os fatos clínicos psicanalíticos emergem da relação transferencial da díade psicoterapeuta-paciente, como já foi dito anteriormente. Ao passo que a incidência da

ocorrência do fato corrobora para a eleição do mesmo, entretanto, a confirmação de que o fato clínico seja tomado como fato clínico psicanalítico repousa no evento de confirmação/aceitação da interpretação sugerida pelo analista ao seu paciente (Quinodoz, 1994).

Segundo Quinodoz (1994), existem dois tipos de fatos clínicos psicanalíticos. Um se origina do trabalho clínico, seja nos moldes da psicanálise clássica ou do que tem se convencido chamar de clínica ampliada no formato da psicoterapia psicanalítica. Ou seja, dos fenômenos do *setting* e da dinâmica transferencial, e dos conceitos conferidos à teoria psicanalítica, tais como: “inconsciente, complexo de Édipo, a repetição da neurose infantil na vida adulta” (Quinodoz, 1994, p. 616). Já o segundo tem um caráter externo, embora seja concebido pelos mesmos conceitos e proposições da teoria psicanalítica, a díade não se faz presente, e o fato concernente, encontra-se fora da dinâmica psicanalista/psicoterapeuta-paciente, podendo ser observado em um filme, pintura, literatura, ou, qualquer outra expressão artística produzida pelo homem (Quinodoz, 1994).

Outra característica do fato clínico psicanalítico deriva do *setting*, da relação psicoterapeuta-paciente, e encontra-se situado na dinâmica da transferência e contratransferência (Quinodoz, 1994). Para Minerbo (2020), a transferência e contratransferência são fenômenos relevantes para a constituição do fato clínico psicanalítico, tendo em vista que todo acontecimento psicanalítico repousa sobre estes conceitos. Para a autora, o material produzido pela supervisão clínica também se configura como um produto analítico fundamental, sendo considerado um fato clínico psicanalítico (Minerbo, 2020).

Segundo Volmer Filho (1994), a construção do fato clínico psicanalítico segue um processo “crescente de abstração das experiências emocionais mobilizadas na relação analítica” (p. 674). Para o autor, o acontecimento do fato clínico psicanalítico pode ocorrer em dois momentos, o primeiro ocorre durante a sessão, enquanto o segundo processa-se a

posteriori, comumente durante o trabalho de redigir os relatórios de atendimentos e outros formulários que correspondam ao mesmo serviço de prescrever a dinâmica da díade analítica. Neste último caso em específico, pode emergir conteúdos que se originam da transferência e contratransferência, os quais constituem a matéria-prima do fato clínico psicanalítico.

Portanto, os conceitos de transferência e contratransferência ganham relevo na perspectiva do constructo do fato clínico psicanalítico. Para Volmer Filho (1994), a interpretação e compreensão dos conteúdos que surgem durante a relação analista-analisando pode produzir um “novo significado interpretado” (p. 675), que, por sua vez, poderá desencadear novos fatos clínicos, os quais, novamente, poderão ser submetidos pelo mesmo processo de construção analítica e se transformar em fatos clínicos psicanalíticos o que “numa sucessão constante, vão constituir e caracterizar o processo psicanalítico” (p. 675).

Portanto, ao se defender a construção de fatos clínicos psicanalíticos como uma estratégia eficiente no tocante a produção científica, ressalta-se que os conceitos aplicados dentro desta metodologia se aplicam tanto ao modelo tradicional da psicanálise clássica, como a clínica ampliada e seus dispositivos (Winograd & Cremasco, 2019). Pois, o que é trabalhado tanto na psicanálise clássica como na psicoterapia psicanalítica é o produto do inconsciente na dinâmica da transferência e contratransferência (Mínerbo, 2020).

Zimerman (2004) usa como exemplo o trabalho com crianças e adolescentes, sobretudo, pelo fato de os dois públicos serem consideravelmente contrastantes aos adultos, demandando do analista/psicoterapeuta uma postura mais flexível, o que, por si só, significa adotar uma postura flexível em detrimento à assepsia da psicanálise clássica. Por outro lado, isso ressalta o fato de a psicoterapia psicanalítica ter um caráter de análise, transformando o “manejo no setting num poderoso instrumento de intervenção” (Zimerman, 2004, p. 361). Assim sendo, a construção de fatos clínicos psicanalíticos foi utilizada como método de pesquisa no presente estudo.

## 7.1 PARTICIPANTES

Segundo a Organização Mundial de Saúde (Brasil, 2007) a adolescência abrange a faixa etária de 10 a 19 anos, critério também utilizado pelo Ministério da Saúde e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística adotam o mesmo critério em relação a sua população adolescente (Brasil, 2018). Entretanto, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) utiliza parâmetros diferentes, adotando a faixa de 12 a 18 anos como a fase da adolescência (Brasil, 2012). A fim, de identificar a população a qual este trabalho se destina, adotou-se a faixa etária estabelecida pela OMS.

A pesquisa foi desenvolvida com pacientes adolescentes que foram atendidos pelo psicólogo-pesquisador em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). No total foram 50 casos atendidos entre os anos de 2015 a 2020, que tinham como queixa principal a autolesão em adolescentes, entretanto, foram selecionados apenas sete casos para serem analisados e discutidos. O critério adotado para seleção destes casos se deu com base no maior número de sessões realizadas, maior quantidade de relatórios/prontuários produzidos e que o conteúdo dos documentos contemplasse o tema da autolesão.

Os relatórios e prontuários analisados foram redigidos durante o processo terapêutico dos sete casos atendidos pelo psicoterapeuta-pesquisador, os quais foram encerrados antes do início da realização da presente pesquisa. A transcrição dos relatos ocorrera de forma literal, o conteúdo do relatório é constituído pelo relato da sessão, sentimentos e emoções que surgiram na relação transferencial durante a sessão e a posteriori, e a conclusão de elementos trabalhados pelo psicoterapeuta durante sua supervisão clínica. Os dados contidos nesta apresentação podem ser melhor observados na tabela abaixo:

Tabela 1  
Casos utilizados na análise dos dados

CASO	IDADE	SEXO	Nº DE SESSÕES
P1	15	Masculino	35
P2	16	Feminino	25
P3	14	Masculino	30
P4	17	Feminino	32
P5	17	Feminino	28
P6	15	Feminino	30
P7	16	Feminino	20

Fonte: tabela elaborada pelo pesquisador

## 7.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO

Os adolescentes foram atendidos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) referente ao atendimento primário em Atenção em Saúde fornecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), localizada em um município do Estado do Paraná.

## 7.3 CUIDADOS ÉTICOS

Os participantes do estudo, assim como os responsáveis legais por aqueles com menor idade, concordaram em colaborar com o estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (Parecer no. 4.187.441; CAAE: 15415019.1.0000.5231). Convém ressaltar que, na ocasião em que os pacientes foram contatados para solicitar a autorização de utilização dos seus dados no estudo, alguns já tinham idade superior a 18 anos.

## 7.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados a partir das anotações realizadas pelo psicoterapeuta-pesquisador, através dos atendimentos prestados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). As quais consistem dos: relatórios de sessão, prontuários, informações decorrentes de supervisão clínica que abordassem os casos analisados. Todos os materiais coletados foram

produzidos durante o período em que os atendimentos ocorreram, portanto, sendo anteriores a elaboração da pesquisa.

## 7.5 ANÁLISE DOS DADOS

A priori, deve-se salientar que a leitura do material coletado foi realizada na perspectiva da atenção flutuante, deixando-se se afetar pelo conteúdo do material, sem expectativas em relação ao que poderá emergir da leitura. Portanto, não se realizou uma busca direcionada em relação ao tema pesquisado, seguindo os moldes propostos. (Polli, 2008; Gomes, 2007; Hoppe, 2000). Possibilitando assim, que durante a leitura flutuante do material coletado, fenômenos relacionados à transferência e contratransferência fossem vivenciados pelo psicoterapeuta na função de pesquisador. Considerando que é no momento presente, como relatado por Quinodoz (1994, p. 620), “estes acontecimentos referem-se as duas faces do real – uma ocorrida durante a sessão, e, a outra, durante a leitura dos relatos”.

Posteriormente, buscou-se encontrar, entre os relatos de sessões e prontuários, os fatos clínicos que faziam alusão à experiência de autolesão relatada pelo paciente adolescente durante o atendimento psicológico e que foram anotados por serem evidenciados como relevantes para aquele momento. Num primeiro momento, o psicoterapeuta-pesquisador retomou a leitura deste material de forma despreziosa, apenas se deixando afetar pelo conteúdo evidenciado nos relatórios, conforme sugerido por Volmer Filho (1994) e Quinodoz (1994).

Após esta leitura dirigida pela atenção flutuante (Quinodoz, 1994), o psicoterapeuta-pesquisador compreendeu que havia o material necessário para a seleção de fatos clínicos. Em seguida, apresentou o material coletado ao grupo de pesquisa sobre fatos clínicos psicanalíticos, dirigido pela orientadora desta pesquisa. Ficando acordado entre os integrantes

do grupo, que além do próprio psicoterapeuta-pesquisador, uma dupla de pesquisadores auxiliares iria analisar cada caso clínico.

Este processo consistia em cada pesquisador selecionar os fatos clínicos que abordassem relatos de autolesão no referido caso. Posteriormente, os fatos clínicos elencados pelos três pesquisadores foram dispostos em uma tabela, assim foram selecionados aqueles fatos em que houve consenso por pelo menos dois pesquisadores. Nas situações em que houve alguma inconsistência ou incongruência em relação aos fatos clínicos destacados por algum dos integrantes responsáveis por analisar o material de um caso clínico, era incluído um terceiro pesquisador para analisar o material, até se atingir a consensualidade e a validação frente ao fato clínico apresentado.

Posteriormente, o psicoterapeuta-pesquisador elaborou categorias de fatos clínicos, considerando as queixas, que remetiam a algum tipo de afeto ou emoção gerada antes, durante ou após o comportamento de autolesão narrada pelo adolescente durante a sessão, que fora transcrita para o relatório de sessão/prontuário do paciente. A seguir, as categorias elencadas foram lidas e debatidas pelo grupo de pesquisa. Assim, houve alguns pequenos ajustes e as categorias foram consideradas validadas.

Os fatos clínicos selecionados foram analisados a partir dos fundamentos da psicanálise. Através da articulação entre fato clínico e a teoria psicanalítica, o psicoterapeuta-pesquisador realizou a construção de fatos clínicos psicanalíticos (Volmer Filho, 1994; Quinodoz, 1994), a partir dos fenômenos transferenciais e contratransferenciais identificados no material analisado. A construção dos fatos clínicos psicanalíticos ocorreu a priori e a posteriori, considerando que alguns foram desenvolvidos durante os atendimentos, os quais já constavam no relato de sessão, e outros durante a análise dos relatórios e prontuários, após a ocorrência dos atendimentos. Tendo em vista os temas que emergiram ao longo do estudo, foi

possível destacar quatro categorias de fatos clínicos psicanalíticos relativos à autolesão vivenciada pelos adolescentes atendidos pelo psicoterapeuta-pesquisador.

## 8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao longo do estudo, as seguintes categorias de fatos clínicos psicanalíticos foram consideradas mais relevantes e serão descritas a seguir: 1) autolesão como forma de aliviar a angústia; 2) autolesão e sentimento de abandono; 3) autolesão e busca de prazer; e, 4) autolesão e representação da dor.

### 8.1 AUTOLESÃO COMO FORMA DE ALIVIAR A ANGÚSTIA

Nos relatos feitos pelos adolescentes, houve uma predominância no tocante a autolesão como forma de aliviar a angústia sentida pelo adolescente antes de se cortar. Foram identificados 27 fatos clínicos que se qualificam nesta categoria, pertinentes aos sete casos analisados. É importante ressaltar, que os afetos vivenciados pelo psicoterapeuta que emergiram da relação transferencial, faziam ressonância ao discurso apresentado pelo paciente, o que, nestes casos caracterizava os elementos da contratransferência sentidos pelo psicoterapeuta-pesquisador, conforme proposto por Freud (1912/2010).

Em várias ocasiões, quando o paciente relatava um episódio onde ele praticava a autolesão, o psicoterapeuta imaginava que os cortes estavam ocorrendo naquele exato momento em seu próprio corpo. Como em um dos fatos clínicos relatados pelo caso P1, que disse: *“Ninguém é livre a não ser em seus pensamentos, e as vezes meu pensamento foi meu carrasco, e a lâmina o chicote que corta minha pele, olha só quantas chibatadas eu já me dei!”*, ao falar isso, o paciente estendeu seu antebraço, puxou a manga da blusa e mostrou seus cortes. Simultaneamente a este acontecimento, o psicoterapeuta passa sua mão em seu antebraço, como se estivesse verificando se ele mesmo também não estava com seu braço cortado, já que, naquele momento teria ocorrido uma experiência sensorial de dor, o qual, a mente do analista interpretou como uma dor real como pode ser observado com frequência na relação da díade (Minerbo, 2020).

Este entrelaçamento psíquico entre psicoterapeuta e paciente contribui de forma singular para o desenvolvimento do tratamento. O psicoterapeuta ao se colocar neste lugar onde o sensível pode ser captado pela transferência e ouvir não apenas de forma sonora a dor de seu paciente, pode ser considerada uma ferramenta importantíssima na relação analítica. Fazendo alusão a proposta de Anzieu (1989) da dinâmica entre a mãe-bebê, o qual se estabelece pelo contato da pele, onde a vivência afetiva é concebida de forma sensorial e internalizada pelo psiquismo, no *setting*, essa troca sensorial também ocorre, não através do toque, mas pela transferência.

É como se a mente e o corpo do psicoterapeuta se ligassem às do paciente (Ogden, 2017), gerando uma conexão direta entre o que é falado e sentido no espaço clínico. Um fato clínico que ilustra de forma interessante o citado acima, se refere ao caso P3, onde o paciente geralmente se apresentava de forma apática, sem vitalidade durante as sessões, contudo quando ele se cortava antes de vir para a sessão ele mostrava-se mais animado e motivado. Então, um dia ele exclamou: *“sobre se cortar, eu sei que não é certo, sei dos riscos, sei que as marcas irão permanecer para toda a vida, mas eu não me importo, eu me sinto vivo, quanto mais dói, mas vivo pareço estar”*.

Conforme citado acima, ao reproduzir sua neurose transferencial, P3 fazia o psicoterapeuta se sentir anestesiado, às vezes quase morto durante as sessões. Também, era possível observar o conluio sadomasoquista entre paciente e psicoterapeuta (Rosenberg, 2003), onde, o psicoterapeuta-pesquisador se sentia motivado a ajudar quando o paciente se apresentava de forma analgésica durante a sessão, suscitando no psicoterapeuta, uma espécie de sentimento messiânico, resultando em frustração quando o mesmo não conseguia fazer com que o paciente falasse durante a sessão.

Seguindo o raciocínio de Menninger (1938/2018), comumente alguns pacientes que praticam a autolesão deslocam para o seu próprio corpo, até mesmo através de pensamentos

obsessivos e delirantes, os ataques que ele gostaria de direcionar para outra pessoa, inclusive os próprios pais. Neste sentido, a moral e o tabu (Freud, 1913/2012) impediriam que o paciente direcionasse sua agressividade para as figuras parentais. Nesse sentido, é possível considerar que na relação transferencial, o psicoterapeuta poderia ser alocado como substituto do sujeito totêmico, possibilitando à P3 exercer sua hostilidade no *setting*.

Os ataques ao psicoterapeuta-pesquisador se manifestavam através do silêncio absoluto e das respostas monossilábicas apresentadas por P3 durante quase todo o período do tratamento. Embora, durante o início de um tratamento psicoterápico o silêncio e a falta de interação do paciente possa ser algo comum, contudo, este tipo de comportamento aponta as nuances dos conteúdos da transferência-contratransferência, conforme apontado por Minerbo (2020). Com base nesse pressuposto, foi possível a construção de um fato clínico psicanalítico referente ao psicoterapeuta-pesquisador estar sendo representado pelo paciente com a função paterna, quando P3 fala em uma das sessões: *“quando estou aqui me sinto da mesma forma quando vou visitar meu pai, eu não sei o que falar na presença dele, então me calo, me sinto burro, ignorante, é como se eu não existisse, como se estivesse morto”*.

P3 vivia um conflito ambivalente de amor e ódio, em relação à mãe superprotetora e intrusiva e de um pai ausente e simbolicamente morto, devido à falta de interação afetiva entre o paciente e seu pai. (Perelberg, 2021). Segundo Aberastury e Knobel (1981) estes conflitos entre o filho ou filha e seus pais são comuns na adolescência, sobretudo pelo fato, do jovem estar construindo sua identidade e também dessa construção ocorrer através da identificação e/ou do repúdio da identidade das figuras parentais. Portanto, para P3 a dinâmica psíquica oscilava entre a identificação com a mãe que sufoca, mas dá a sensação de estar vivo, e com o “pai morto” e ausente (Perelberg, 2021). Assim, resultava em uma sensação de vazio e inexistência própria da adolescência (Aberastury & Knobel, 1981).

Em uma das sessões P3 diz estar de sentido vivo pela primeira vez, o psicoterapeuta-pesquisador perguntou para o paciente o que isso representava para ele, P3 responde: *“Parece que eu passei a minha vida toda, anestesiado, sem expressar nenhum tipo de sentimento, concordando com tudo, sem questionar, ou se manifestar de qualquer maneira”*. O psicoterapeuta-pesquisador, questiona sobre o que aconteceu para P3 estar se sentindo desta forma agora, então o paciente responde:

*“Depois que eu comecei a questionar as decisões da minha mãe em relação a minha vida, e, conforme fui adquirindo coragem para conversar com meu pai e perguntar por que ele nunca se interessou por mim, por minha vida. Eu percebi que fiquei mais confiante em mim mesmo, com coragem para questionar, duvidar, isso me trouxe a sensação de estar vivo”*.

O que pode ser observado no relato acima é a dificuldade enfrentada pelo paciente em transformar a expressão afetiva em palavra. À medida que P3 passou a articular seus afetos com seu discurso, a narrativa sobre sua própria vida assumiu o lugar de protagonismo e não mais de mera reprodução de um *script* delimitado pelo roteiro de uma terceira pessoa. Em termos freudianos, este acontecimento equivale a transformar representação coisa em representação palavra, dar nome e representatividade a um afeto, e poder elaborar através da compreensão do seu próprio discurso (Freud, 1915/2010), o que antes, só podia ser anunciado pela ação – *acting out*.

O relato a seguir, pode elucidar melhor essa preposição, em uma das sessões do caso P5, a paciente relata:

*“Eu e meu pai brigamos feio, não foi só xingamento desta vez. Ele veio para cima de mim e eu reagi. Mas, eu me lembro que durante a pancadaria, eu tive uma cena na minha mente, em vez de me cortar eu estava cortando o meu pai. Na verdade, eu imaginava que estava matando ele, mas aos poucos, eu cortava ele tão fundo com*

*tanta raiva. O engraçado, foi que, depois que a briga acabou, eu não fiquei mal pelo acontecido, mas por ter imaginado cortando meu pai, e o que fiz? Fui para o meu quarto e me cortei, só assim consegui diminuir minha ansiedade”.*

No relato acima, foi possível observar o circuito pulsional (Freud, 1915/2010) em relação a uma meta, onde a finalidade da ação é investir um afeto hostil em direção a um objeto. Contudo, pelo fato deste ser o próprio pai, na esfera psíquica isso pode significar um problema para o sujeito, tendo em vista que esse ataque ao pai configura uma violação, a transgressão da lei, um tabu (Freud, 1912-1913/2012). A ambivalência dos sentimentos vivida pela paciente através da fantasia de agredir o pai, gerando simultaneamente prazer e culpa, resulta em uma ação autopunitiva, neste caso a autolesão manifestada pode ser considerada como uma saída masoquista para minimizar a angústia gerada pela fantasia de matar-possuir o pai e poder assumir o controle, ou seja, a liberdade e autonomia de sua própria vida.

A ambivalência dos afetos (Freud, 1912-1913/2012) atravessa a dinâmica interpessoal dos indivíduos, principalmente em relação às figuras parentais. O princípio da ambivalência parece ser frequente em adolescentes que cometem autolesão (Aberastury & Knobel, 1981; Araújo et al. 2016; Cardoso et al. 2016; Lopes & Teixeira, 2019; Barbosa et al. 2019), não apenas no tocante a relação amor e ódio, mas, sobretudo na dinâmica prazer-desprazer na prática de escarificar-se. Não obstante, a autolesão surge como uma forma de diminuir a tensão gerada no psiquismo do adolescente, pois, ao impor o sofrimento físico, a atenção é deslocada para o corpo, possibilitando o relaxamento psicológico, ao menos por ora. Neste sentido, é possível observar a fala de P1, que diz: *“que tudo invade sua mente, como se tudo fosse dele e para ele, ao ponto de se sentir responsável por todos, quero salvar o mundo, mas sinto que estou me afundando, as vezes no meu próprio sangue de tanto que me corto”.*

No relato acima, é possível analisar como a tensão psíquica é geradora de angústia para o adolescente. Durante o processo psicoterápico de P1, era comum ele relatar que frente ao sentimento de angústia, a única coisa que amenizava era a autolesão. Em seu discurso, era possível analisar a ambivalência entre o sentimento de raiva de si mesmo e dos outros, em especial a figura paterna. Como é possível observar em Freud (1912-1913/2012) ao fantasiar um ataque ao pai (parricídio) o filho pode ser tomado por um profundo sentimento de angústia, já que este ato teria a finalidade de se sobrepor ao pai e tomar a mãe para si, o que intensifica ainda mais o sentimento de angústia, portanto constitui a ruptura de duas leis, matar o pai e possuir a mãe. Tomando isso à luz do discurso do paciente, o mesmo não via outra saída, se não, direcionar a agressividade para si mesmo, e, em vez de atacar o pai, ele ataca a si mesmo com a autolesão com a finalidade de diminuir a tensão, a ponto de dizer em seguida: *“inclusive, acho interessante que ao mesmo tempo em que essas dores do mundo me consomem, é só através das dores causadas pelos cortes que me sinto em paz, sabe, aliviado, é como se eu tivesse usado droga”*.

Ainda, considerando esta perspectiva em relação do ataque as figuras parentais, é importante ressaltar que este movimento simbólico sinaliza uma ruptura com a infância e a transição para uma autonomia e a quebra da dependência total dos pais para o adolescente (Winnicott, 1968/2021). Como dito em uma sessão com a paciente P4, conforme destacado na interpretação do psicoterapeuta: *“às vezes, tentamos de alguma forma, destruir algo da mãe e do pai em nós, é uma forma de encontrarmos nossa própria identidade, de descobrirmos quem somos”*, seguindo-se da confirmação da paciente:

*“Nossa, isso faz total sentido. Nunca havia visto por este ângulo, mas me parece muito real. Pensando desta forma, já não me sinto tão culpada e angustiada. Percebo que toda aquela raiva e ódio que falei em relação a minha mãe acaba se refletindo desta maneira. Em vez de atacar ela, eu acabo atacando a mim mesma”*.

O fato clínico descrito acima pode ilustrar o circuito pulsional (Freud, 1915/2010) de hostilidade as figuras parentais fazendo um desvio e voltar-se contra o próprio adolescente. Esta dinâmica do circuito pulsional se refere a uma postura masoquista (Freud, 1924/2011). Considerando que o masoquismo é um auto-sadismo (Freud, 1924/2011) é possível concluir que o investimento sádico da paciente e invertido para o masoquismo, fazendo com que a paciente direcione sua agressividade para o próprio corpo, de forma que, a autolesão parece funcionar como uma barreira contra a agressividade direcionada a figura paterna e materna, voltando-se contra o próprio adolescente (Araújo et al., 2016).

Existem indícios deste deslocamento pulsional da agressividade em Freud (1919/2010) ao observar a fantasia de espancamento relatado por seus pacientes quando crianças, onde era possível identificar três posições que a criança fantasiava ocupar: observador (*voyeur*), o agressor (sádico), e a vítima (masoquista). Para o autor, este acontecimento marca uma inclinação para um traço específico do lugar que o prazer irá ocupar na perversão do paciente, neste sentido, é possível relacionar os mesmos traços perversos no adolescente que comete a autolesão e na relação que ele estabelece com seus pares e consigo mesmo, podendo ser mero observador, vítima ou carrasco (Freud, 1919/2010).

Ainda nesta esteira de raciocínio, o relato do paciente P1, demonstra a rivalidade estabelecida com o pai e como o pavor de superá-lo, e ocupar o lugar do pai ao lado da mãe, geram impulsos de automutilação do pênis. Nas palavras do paciente: “Quando sinto isso, é como se eu precisasse matar ou destruir esse outro que não sou eu, então começo a me cortar, e tenho muita vontade de mutilar meu pênis”. Aqui é possível analisar conflitos edípicos que devem remontar ao período da *dissolução do complexo de Édipo* (Freud, 1924/2011). Neste caso em específico, o paciente sempre viu o pai como um ser muito superior a ele, mostrava medo na presença do pai, era uma figura castradora, levando o psicoterapeuta e paciente

entenderem que para não ter que rivalizar com o pai, o paciente imaginava que a castração física e real o colocaria em pé de igualdade com a mãe, gerando uma identificação com a figura feminina, evitando assim o embate com o pai.

Perelberg (2021) ao revisitar o complexo de Édipo freudiano, explora dois fatos referentes ao declínio da figura paterna, definindo como o “pai assassinado e o pai morto” (p. 22). O primeiro refere-se a pai narcísico, poderosamente fálico, objeto inatingível visto pelo filho, enquanto o pai morto representa o pai real, que pode ser morto simbolicamente e internalizado através da identificação com ele. (Perelberg, 2021). O paciente P1 não suportava a ideia de enfrentar o pai, rivalizar com ele e matá-lo através da identificação e possibilidade de superação do mesmo, portanto, o superego domina seus pensamentos e censura o confronto, restando apenas a possibilidade de autocastração, eliminando o perigo de ser engolido pelo pai.

Outro aspecto interessante erigido da fala do paciente em relação ao desejo de cortar o próprio pênis repousa sobre o fenômeno da transferência-contratransferência (Minerbo, 2020). O paciente ao dizer que deseja “mutilar o pênis”, promove no psicoterapeuta um pequeno sobressalto de sua poltrona, onde repousava imóvel e atento as palavras do paciente, e, sem que este veja, pois há uma mesa de escritório entre ambos, o psicoterapeuta conduz de forma discreta sua mão até a região de seu órgão genital, buscando averiguar se seu órgão continua ali, pois, por uma fração de segundos, este imaginará ter sido castrado pelo paciente.

Este fato clínico foi trabalhado durante uma supervisão em que o psicoterapeuta apresentou o caso. A supervisora comenta com o psicoterapeuta, que aparentemente o paciente P1, parece gerar uma sensação de impotência devido à complexidade do caso, e a frequente sensação de perda (castração), devido ao frequente discurso de ideação suicida do paciente. Talvez o medo de em algum momento perder o paciente, manifesta-se na fantasia da perda do falo, do poder que o psicoterapeuta imaginou ter sido retirado dele, algo que lhe

seja vital. Entretanto, este acontecimento clínico no jogo da transferência e contratransferência, remete a relação do paciente com seu objeto, já que o psicoterapeuta incorpora a função objetal na dinâmica transferencial (Freud, 1912/2010). A linha entre a subjetividade do psicoterapeuta e o papel que representa para seu paciente é separada por uma linha muito tênue, ele precisa saber quando se aproximar da representação do objeto e se distanciar para não se misturar ao mesmo e com seu paciente, ou, nas palavras de Minerbo (2020, p. 172) é recomendado ao analista que:

De tempos em tempos, tem de se afastar um pouco para observar a si mesmo: o que está sentindo e como está agindo – mais propriamente, quem ele está sendo, para daí reconhecer, usando sua imaginação metapsicológica, que objeto é esse. Ou seja, tem de estar no palco e na “plateia”, alternadamente.

Não obstante, o psicoterapeuta é alvo de muitos ataques disparados pelo paciente, mesmo se tratando de uma transferência positiva, não quer dizer que os afetos são gentis e carinhosos, ao contrário, podem ser selvagens e perversos os afetos direcionados ao psicoterapeuta durante as sessões. P2, em uma das sessões, diz sentir no *setting* a mesma ambivalência que ela sente por sua mãe, e, que ir a terapia equivalia a se cortar, que ao mesmo tempo em que gerava dor, também dava prazer. Em suas palavras: “estar aqui, é uma forma de se punir e ao mesmo tempo ter prazer – ‘aquele lance do tesão’, agora é um sentimento de ódio, e em seguida vem o prazer”. A mesma sensação pode ser confirmada pelo psicoterapeuta em relação a paciente, sobretudo, quando esta descrevia pormenorizada suas aventuras eróticas ao analista, usando de uma sedução generalizada e agressiva, promovia uma atmosfera incestuosa na dinâmica transferencial (Freud, 1912/2010). A qual, ao longo da terapia, foi atribuída uma interpretação em relação à experiência incestuosa com o padrasto da paciente, onde, pairava uma dúvida, se de fato haveria ou não ocorrido um abuso sexual.

No tocante à dúvida da existência da possibilidade do abuso sexual, ou, quando de fato ele ocorre, as consequências podem ser nocivas e destrutivas. Com apontado pela paciente do caso P7, que relatar ter consciência da violência sexual cometida pelo tio paterno da adolescente, ela destaca:

*“Quando eu me lembro do abuso sexual que sofri, eu me sinto muito angustiada, a única coisa que me faz aliviar a tensão é se cortar”. Mas, no fundo, é porque eu sinto que de alguma forma a culpa é minha, mesmo sabendo que não é. Por fim, eu acabo me transformando na vilã e minha punição é se mutilar”.*

Neste fato clínico, fica evidente a angústia oriunda do sentimento de culpa devido o abuso sexual. De maneira que o real vilão não foi delatado pela adolescente, não tendo um objeto externo para ser atacado como forma de vingança, neste caso, só resta à paciente se autopunir, e deixar que o psiquismo se encarregue de fazer o deslocamento simbólico para o abusador, fazendo da identificação projetiva um recurso para atacar seu algoz (Klein, 1955/1991).

O mesmo relato de hostilidade também pode ser encontrado em um fato clínico narrado por P4. Diante da reatualização do conflito edípico na adolescência a paciente busca traçar pontos de identificação e distanciamentos no tocante as figuras parentais, em suas palavras:

*“Sim, às vezes preciso me cortar para não cortar a garganta da minha mãe, e fazer ela parar de tagarelar essas coisas sobre Deus e igreja. É um inferno quando ela começa a falar sobre essas coisas, ela não cala a boca, não sei como meu pai aguenta ela, aliás, já disse para você que meu pai é ateu?”.*

Ao realizar essa comparação entre a mãe e o pai, a paciente esboça todo seu repúdio pela mãe, e a consensualidade pela visão de mundo do pai, estabelecendo uma identificação com o último. Esse tipo de conflito é inerente a adolescência, não apenas em relação ao

conflito edípico, sobretudo pelo fato desta relação estabelecer uma demarcação subjetiva, de escolha de objeto e investimento pulsional (Abesrastury & Knobel, 1981).

Assim, P4 descreve a impossibilidade de se viver na presença da mãe, as fantasias de ataque ao objeto fracassam, obviamente por questões superegóicas, seguido de autoinvestimento pulsional que vai desencadear na autolesão. Durante uma das sessões a paciente descreve de forma dramática este circuito pulsional, dizendo:

*“Obrigado por ter me ajudado durante estes meses, se não fosse por você eu já teria me matado. Mas, como percebeu, é insuportável viver na minha pele, é impossível respirar na presença da minha mãe, a única forma de aliviar a minha angústia e se cortando”.*

Novamente, é possível observar a autolesão como um recurso para diminuir o sofrimento psíquico frente ao sentimento de angústia despertado pelo conflito com as figuras parentais, tal qual mencionado por diversos autores (Araújo et al., 2016; Cardoso et al., 2016; Jucá & Vorcaro, 2018; Demantova, 2020).

Quando a paciente sugere ao psicoterapeuta como é difícil viver na presença da mãe, ela refere à sessão anterior, onde, a mãe da paciente apareceu sem avisar e pediu para que entrasse junto com a filha durante o atendimento. Embora, não houvesse acordado este encontro previamente, era perceptível que não haveria como o psicoterapeuta se esquivar deste acontecimento. Durante a sessão, a mãe da paciente foi extremamente hostil, atacando o analista com palavras grosseiras, e desmerecendo a psicologia em detrimento da religião, entretanto, o aspecto relevante deste encontro refere-se ao fenômeno da identificação cruzada (Winnicott, 1971/2019).

Dentro desta mesma perspectiva, é possível relacionar a proposta de Ogden (2017) em relação à *matriz da mente* (p. 47), onde o autor destaca, que assim como a mãe empresta sua mente para o bebê a fim de elaborar e conter sentimentos de angústia, o mesmo pode ocorrer

dentro do *setting* na relação terapeuta-paciente. Tomando o exemplo acima para analisar o fato clínico ocorrido com a mãe de P4, é possível dizer que o psicoterapeuta pode sentir de forma cruzada os efeitos sobre a paciente na relação com uma mãe perversa, castradora, que impede a capacidade criativa e espontânea da própria filha, consolidando em um funcionamento mental psicótico da paciente, o que geralmente dificultava a compreensão do terapeuta frente ao discurso desorganizado e quase sempre primitivo da adolescente.

Diante dos fatos clínicos apresentados, é possível observar uma prevalência no tocante ao sentimento de angústia gerada no âmbito familiar no embate com as figuras parentais. Esta (re)atualização do conflito edípico constitui um processo importante na emancipação do adolescente frente aos seus desejos e escolhas subjetivas (Urribarri, 2004). Neste sentido, Urribarri (2004) destaca que este conflito é fundamental para a organização psíquica, sexual e corporal do adolescente, possibilitando que o jovem possa a vir estabelecer uma relação mais saudável com o outro e consigo mesmo.

Entretanto, nem sempre esse processo se dá de forma tranquila e estável, como se pode observar com P5. A adolescente foi encaminhada para o serviço de psicologia por realizar autolesão, durante a primeira consulta a adolescente ressalta que os cortes ocorreram em função do relacionamento com o seu pai. Ela destacou que o pai exigia muito dela, o que mais tarde se revelou ser de fato um sentimento de ciúmes da figura paterna em relação ao namorado da filha. Ao mesmo tempo, as queixas da filha em relação ao pai, se davam pelo fato de o pai trair a mãe, também compreendido no processo terapêutico, que o sentimento de traição assim como o ciúme se manifestava na filha e não na esposa, ou seja, a mãe da paciente. De forma similar, o P5 mencionava os ciúmes do pai em relação a ela:

*“Meu pai exige de mim perfeição. Ele quer que eu seja uma coisa que não sou, ele acha que sou virgem ainda. Ele briga quando meu namorado vai em casa e fica no meu quarto, é melhor nós transarmos em casa que na rua. Mas, o problema real é,*

*que se meu namorado está em casa ele vai de cinco em cinco minutos no meu quarto, mas quando eu estou lá me cortando, quase morta, até quando choro alto, ele nem aparece”.*

A compreensão do sentimento incestuoso por parte da adolescente foi identificada em alguns fatos clínicos durante o processo terapêutico. Contudo, a angústia gerada por estes afetos da adolescente direcionados ao pai, se manifestava em crises de ansiedade, sentimento de culpa e punição. Freud (1926/2014) considera que os desejos reprimidos podem ser torturantes na medida em que não são elaborados e compreendidos no processo analítico. Esta proposta freudiana corrobora com os sentimentos vividos pela adolescente P5 durante seu tratamento, quando a jovem se percebia diante dos impulsos eróticos destinados ao pai, acendia um sentimento de culpa, seguido de grande angústia, que resultava no comportamento autolesivo. Isso também explica, a situação exposta anteriormente sobre as frequentes brigas com agressão física entre pai e filha, tendo em vista que uma das primeiras experiências que alude a um erotismo infantil com a presença da excitação genital, é a briga entre duas crianças (Freud, 1905/2016).

Houve um fato clínico interessante em relação a P5. Antes de ser encaminhada para o psicoterapeuta-pesquisador, a adolescente era atendida por uma psicóloga que trabalhava na mesma UBS que o terapeuta, a adolescente apresentava uma queixa em relação a psicóloga anterior semelhante a discurso direcionada a mãe dela, as palavras depreciativas tinham um caráter de humilhação e rebaixamento da profissional. Enquanto, para o psicoterapeuta eram destinados apenas elogios e bajulações, o terapeuta percebeu que se tratava de uma repetição neurótica, o que estava posto ali, não era a qualidade profissional psicóloga, nem do psicoterapeuta-pesquisador, mas sim, a representação simbólica que estes tinham para a adolescente, ou seja, a mãe e o pai.

Convém mencionar, que o caso foi levado para uma supervisão com outro profissional, na qual o psicoterapeuta-pesquisador percebeu que se tratava de uma dinâmica edípica, assim, foi possível interpretar suas vivências contratransferenciais, que variavam entre se sentir seduzido pela paciente, e, em outros momentos se via inclinado a desempenhar um papel paternal com a jovem. De acordo com Minerbo (2020) este misto de afetos faz parte da dança transferência-contratransferência, entretanto, o psicoterapeuta deve estar atento, porque toda dança resulta em um jogo de sedução. Em relação P5, isso se aplicava tanto na relação incestuosa com o pai quanto na transferência com o psicoterapeuta-pesquisador. Vale destacar que, neste o fato clínico psicanalítico foi construído a posteriori, conforme proposto por Volmer Filho (1994).

A paciente P6 também tinha problemas em relação as figuras parentais, entretanto, esta adolescente enfrentava o divórcio dos pais, vivenciando o trauma da separação, onde ela se sentia culpada pelo ocorrido, mesmo não tendo feito nada ativamente que tivesse causado o término do casamento de seu pai e sua mãe. Embora não tivesse feito nada aos pais reais, era em relação aos pais internalizados que sua angústia se destinava, a ideia de ser perfeita como imaginava que seus pais eram perfeitos, com a finalidade de se atingir tal perfeição, sempre se ajustava as supostas expectativas que imaginava que seu pai e sua mãe impusera a ela, desta forma, a adolescente não era ela mesma, não vivia para si, mas para o que ela achava que os outros esperavam dela, quem governava sua vida era o falso *self* (Winnicott, 1964/2021).

Como um camaleão ela se ajustava ao pano de fundo de sua vida, em cada cenário a adolescente se empenhava para refletir aquilo que se esperava dela, durante a entrevista preliminar ela interroga ao psicoterapeuta: “o que você espera de mim? Como eu devo agir aqui? O que você quer que eu fale?”, todas estas três perguntas foram disparadas em uma única frase. Quando o psicoterapeuta responde que aqui ela pode falar sobre o que quiser, da

forma que quiser, o que se seguem são 40 minutos de silêncio até o término da sessão. Para Pinheiro (2019, como citado em Winograd & Cremasco, 2019) a psicanálise o silêncio é ouvido com muita atenção, o inaudível constitui uma matéria-prima importante para o processo terapêutico.

Depois de algumas sessões em silêncio e respostas monossilábicas, a adolescente entende que na relação terapêutica, o psicoterapeuta não espera nada dela, que não se preocupar com certo ou errado, verdade ou mentira, e depois de romper cada camada do falso self chaga-se o núcleo do verdadeiro self (Winnicott, 1964/2021). Neste espaço subjetivo (Winnicott, 1961/2021), espaço potencial como diria Ogden (2017) acontece uma grande descoberta por parte de paciente, ela percebe que existe, permitindo que ela sinta, deseje, sonhe, sofra, pois, ocorrerá a integração entre o corpo-mente na adolescente que antes era refém da expectativa dos outros.

Em uma das sessões a jovem chega e de súbito dispara a seguinte fala:

*“Quando os meus pais se separaram foi muito difícil para mim. Eu me sentia culpada de alguma maneira. Geralmente, eu me cortava por conta desses sentimentos. A relação com o pai era boa nessa época, mas com minha mãe, nós brigávamos o tempo todo. Achava ela insensível a minha dor e sofrimento, e sempre que me sentia abandonada me cortava, mas minha mãe demorou para perceber. Isso foi terrível, porque achava que ela não me amava”.*

Depois de algumas sessões foi possível identificar que o sentimento de culpa se deu pelo fato de a adolescente ter desejado que os pais se separassem, mesmo não esboçando essa opinião com ninguém, ela atribuiu responsabilidade a si por ter fantasiado a separação dos pais, devido as frequentes brigas e a intensificação da violência entre eles.

Com a finalidade de diminuir a angústia devido o sentimento de culpa, a adolescente recorria a autolesão, como se pode observar em um de seus relatos:

*“A culpa geralmente desencadeava a automutilação. Eu sempre me considerei uma pessoa terrível, mesmo nunca tendo feito nada de terrível. É uma sensação interna, minha vó diria que é o demônio, que eu deveria estar possuída, por isso sinto isso de terrível em mim, eu não sei o que é, mas a palavra que me vem à cabeça sempre, é a culpa. A única coisa que aplacava esse sentimento de culpa eram os cortes”.*

É possível relacionar as ideias de Winnicott (1960/2021), quanto a agressividade, culpa e reparação considerando que fazem parte de um movimento psíquico que contribui para o processo de integração do eu, em relação as atitudes adotadas pela paciente. O que está em jogo aqui é a destruição e construção como forma de reparação ao dano causado, entretanto, a culpa antecede a capacidade integrativa do self (Winnicott, 1960/2021).

No caso citado, a paciente sente-se culpada pela separação dos pais, em seguida o corpo sofre uma excitação pulsional, visando uma meta, um alvo a ser destruído (Freud, 1915/2010), devido aos fatores edípicos, é obvio que o inimigo é a mãe. Entretanto, é necessário fazer concessões, já que a mãe não pode ser aniquilada, isso representaria um ataque ao Totem materno (Perelberg, 2021), a única saída que lhe resta é atacar o próprio corpo (Rosenberg, 2003), usar o auto-sadismo (masoquismo) como saída para o sadismo tendo como meta o outro. Neste movimento, a adolescente consegue estabelecer a paz psíquica no território de guerra, portanto, a autolesão parece ser um mecanismo que impede o indivíduo de causar a destruição do outro, levando sobre si, ou seja, sobre o seu próprio corpo a angústia gerada no embate familiar, expiando com seu próprio sangue e garantindo a integridade da relação familiar através da reparação (Winnicott, 1960/2021).

Quando apontado que ela não tinha culpa alguma por ter pensado que seria melhor o divórcio, a jovem diz: *“assim será muito pior, porque agora em vez de agradar um casal, terei que agradar duas pessoas diferentes, é insuportável a ideia de eles serem divididos agora, porque assim eu também fico dividida, fico fora”*, quando apontado para a paciente se

em algum momento ele esteve dentro ou fizesse parte daquela unidade matrimônio, a jovem fica atônita e chora. Na dinâmica do falso self (Winnicott, 1964/2021) a adolescente se vê fundida as figuras parentais, com a separação dos pais ele experiência na própria pele a cisão do eu, contudo, este acontecimento alguma forma possibilita o surgimento de indícios do verdadeiro self.

Portanto, com a paciente P6, a autolesão de fato parece ter um caráter integrativo do eu, justamente por representar a cisão, a separação do self da adolescente com o ego familiar, como se pode observar em uma de suas falas:

*“Em alguns momentos, tenho a sensação que vou surtar, sabe, enlouquecer. É como se meu corpo fosse descolar da minha mente, não sei explicar muito bem. Então, se cortar é a única forma de organizar meus pensamentos novamente. Se cortar é como colar meu corpo e minha cabeça, e se eu não me corto, sinto que vou me perder, que vou ficar louca”.*

Quando o psicoterapeuta menciona para a adolescente, que essa sensação de enlouquecimento pode estar relacionada com a mistura que ocorre, como uma condensação entre o self do pai e da mãe, e estes se misturam ao self dela, resultando em uma confusão mental, fazendo com que a paciente não consiga estabelecer a fronteira que limite onde ela começa e termina em detrimento a seu pai e sua mãe.

Em seguida, P6 confirma a interpretação e diz:

*“É isso, às vezes não sei se sou eu mesma, se sou minha mãe ou meu pai, minha cabeça fica uma loucura. Então, me cortar é como tirar os pedaços da minha mãe e do meu pai de dentro de mim, como um corpo estranho que não me pertence”.*

Através da construção deste fato clínico psicanalítico durante a sessão de a paciente relata sentir-se mais aliviada após elaborar está questão referente a dinâmica psíquica que

acontecia a nível inconsciente, e resultava na autolesão como forma de dissipar da mente e do corpo os elementos internalizados da mãe e do pai.

Anzieu (1989) destaca a importância do eu-pele na relação eu-corpo e eu-psíquico. Para o autor, a pessoa vai constituindo sua visão de mundo através das experiências sensoriais, que o indivíduo vivência ainda quando bebê, podendo se estender até a infância, através da inter-relação com seu objeto. Quando esse objeto é intrusivo, superestimulando a ponto de promover uma hiperexcitação na criança, introduzindo um erotismo precoce, isso pode resultar em graves problemas, pois, esse excesso de excitação atravessa a camada epidérmica e chega até o psiquismo da criança, promovendo confluência entre o ego ainda primitivo da criança e o ego materno (Anzieu, 1989). É possível conjecturar que a hiperexcitação outrora vivenciada possa ter contribuído para a emergência da prática de autolesão nos adolescentes que fizeram parte do presente estudo.

Enfim, neste tópico buscou se estabelecer a relação da autolesão com a angústia, sendo que em muitos fatos clínicos vivenciados o sentimento de culpa permeava as situações de angústia mencionadas. Com base nos fatos clínicos analisados e os pressupostos psicanalíticos, foi possível articular a dinâmica pulsional de agressividade voltar-se contra si mesmo, como uma forma de punição, mas também, como um recurso para minimizar o sofrimento psíquico. Contudo, a consequência se manifestava na dor física, sobretudo nos ataques ao corpo do próprio adolescente.

## 8.2 AUTOLESÃO E SENTIMENTO DE ABANDONO

Nos sete casos atendidos houve uma prevalência de fatos clínicos relacionados ao sentimento de abandono vivido pelo adolescente, quando considera que, de forma consciente ou não, os pais ou cuidadores ignoram, agem com indiferença e não se importam com os sentimentos e sofrimento vivenciados por si mesmo. Assim, na presente categoria foram

analisados os fatos clínicos em que os adolescentes utilizaram a autolesão na tentativa de aplacar a dor psíquica decorrente do sentimento de abandono.

Os fatos clínicos detectados apontam para um tipo de afeto que remete a experiência do abandono, mas ao mesmo tempo, remete a um tipo de encapsulamento, aprisionamento em seu próprio corpo, de forma que o ato de se cortar parece representar uma tentativa de se libertar, se desprender, descolar e/ou desvincular algo que os aprisione a mente dos pacientes a uma relação intrincada com alguma figura parental, refletindo no corpo e gerando sintomas somáticos, com a sensação de sufocamento. É como se algo interiorizado incomodasse a ponto de gerar sofrimento e agonia, na maioria das vezes este sentimento ainda não passou ao status de representação palavra, não podendo ser simbolizado, apenas atuado através da autolesão.

Winnicott (1961/2011) aponta que a condição de todo adolescente é a solidão. Entretanto a solidão, quando é fruto da indiferença e do abandono, pode gerar feridas indeléveis na esfera emocional e psicológica na vida do adolescente, como relatado pelo adolescente P1 ao entrar no consultório em sua primeira consulta: *“Levanta a manga da blusa de moletom para mostrar os cortes em seu braço ... Ele me diz “sabe o que é isso? São as dores do mundo”* O isolamento como resultado da indiferença dos pais pode ser traumático para uma criança e até mesmo para o adolescente, estar fechado em si mesmo, sem ter com quem contar, pode ser uma experiência assustadora e aprisionadora.

Esse sofrimento pode ser analisado nas palavras do adolescente P1:

*“Me sinto em um casulo, e por isso fico raspando a minha pele com gilete. Às vezes, como se de repente fosse sair por debaixo desta pele, um novo corpo, sabe aquele lance da borboleta – metamorfose, eu quero ganhar asas e voar como uma fada”.*

Ao descrever sua vida em um casulo, o paciente retrata o cotidiano de sua vida familiar e doméstica. Deixado a mercê de sua própria sorte, sem ter a presença das figuras

parentais, este adolescente se via obrigado a se renovar constantemente, aprendendo com seus próprios erros e tomadas de decisões, não havia ninguém para interpretar o mundo ao seu redor durante a sua infância. Nasceu de uma mãe 20 anos mais velha que o pai, fazendo com que está tivesse três empregos para sustentar o marido ainda adolescente e o recém-nascido (P1). Como resultado, P1 precisou crescer antes do tempo, amadurecer, se transformar em um adulto-criança. Não obstante, usa a analogia “voar como fada”, como na história de Peter Pan o paciente voava em seus pensamentos para uma terra do nunca.

Durante o processo terapêutico, P1 entendeu que o excesso de cuidado com a vida (medo da morte), higienização intensa e generalizada, assim como o medo de ficar só, se cristalizou como um hábito de autocuidado exagerado, aproximando-se de um funcionamento psíquico compatível com a neurose obsessiva (Freud, 1912/2010). Em outros momentos a paranoia era tão grande em relação a um medo persecutório que as ações e comportamentos lembravam a de um psicótico (Freud, 1924/2011). Para além dos aspectos psicopatológicos, as atitudes do adolescente pareciam evidenciar a finalidade de afastar os seus pensamentos, de que era sozinho no mundo, abandonado afetivamente pelos pais, estrangeira em seu próprio corpo e mente (Ogden, 2021).

Contudo, é possível conjecturar que a autolesão alguma forma acabava gerando um aprisionamento, devido à dependência em relação ao sentimento de dor física como uma forma de enfrentamento do conflito psíquico. Durante uma sessão, P1 estica os braços e levanta levemente a blusa para mostrar os cortes da barriga e exclama: *“depois que o frio da navalha rasga sua pele, e o sangue quente escorre pelo seu corpo, não há mais liberdade. Depois de experimentar isso, sempre terá algo para me machucar!”*.

Ao atribuir o conceito de compulsão a repetição (1920/2010) ao comportamento de autolesão, é possível articular esta prática a conduta dos adictos, usuários de drogas e

alcoolistas, onde o vício influi sobre um ciclo repetitivo interminável, desde que, não se compreenda o significado por trás do sintoma, como se pretende no tratamento psicanalítico.

Como se sabe, todo vício leva o sujeito a uma condição de escravidão, sobretudo pela resposta imediata de prazer que se obtém com a prática compulsiva, entretanto as consequências podem ser drásticas, até mesmo na automutilação. Ainda se tratando de P1, observemos as suas palavras:

*“Hoje percebo que toda dor que causei a mim mesmo, foi na tentativa de me salvar de algo, me purificar, mas isso me custou caro, e algumas contas nunca irei pagar, assim como estas marcas nos meus braços, na coxa e virilha. Estas são as promissórias que assinei, que marquei em minha pele, assim como um escravo é marcado. Mas, eu me concedo minha própria carta de alforria”.*

Blos (1998) destaca que o adolescente luta internamente para se libertar das internalizações dos objetos de seu ambiente familiar. O legado, as imposições que as figuras parentais imponham ao jovem, as expectativas, entre outros fatores, podem levar o adolescente a sucumbir diante de seus próprios desejos. Neste sentido, a autolesão indica um movimento em direção a libertação do psiquismo frente as imposições que a família e o meio social estabelecem para o adolescente (Piva, 2004).

O pai de P1 exercia forte influência em relação as escolhas que o filho deveria fazer, como: opção sexual, como se vestir, qual faculdade fazer, como se comportar em público, tudo deveria passar pelo crivo e aprovação da figura paterna. Conciliado a uma mãe relapsa aos desejos de sua prole, é a composição ideal para gerar um falso self (Winnicott, 1964/2021), que neste caso representa o aprisionamento em seu próprio corpo. Logo se cortar é uma forma de escapar desta prisão. Fato que se consolida através da autoaceitação e da emancipação de seu verdadeiro eu, relatado da seguinte maneira: *“Eu não tenho mais medo*

*de falar o que penso, de falar quem sou, nem meus cortes no braço eu escondo mais, eu sou assim, mudada, quebrada, rasgada, mutilado!”.*

Outra vivência frequentemente relatada pelos adolescentes que praticam a autolesão, encontra-se na sensação de abandono afetivo por parte das figuras parentais. É comum encontrar um discurso de desvalorização por parte dos pais nestes jovens, como podemos observar em uma das falas de P2: *“No fundo acho que minha vida não importa para ninguém”*, ao descrever este sentimento de insignificância, o psicoterapeuta sente-se comovido com a sinceridade de sua fala e, também, com a intensidade afetiva com que isso é dito. Estar neste lugar de desinvestimento total é muito doloroso, mesmo solidário a dor da adolescente, o nó da garganta do psicoterapeuta o impede de falar qualquer coisa. Através da sensação corporal originada a partir da transferência (Minerbo, 2020) é possível compreender que se trata de como a paciente se sente naquele momento. Em seguida, a adolescente fala: *“minha vontade é de se matar, se enforcar, aliás, sinto como se esta corda já estivesse em meu pescoço”*. Imediatamente o psicoterapeuta-pesquisador entende de onde vem aquele nó na garganta, considerando se tratar de uma manifestação contratransferencial em si mesmo.

Assim como P1, P2 também parece estar lutando para se libertar de algo que à faz prisioneira dentro de si mesma. Ao mencionar em uma das sessões:

*“É como se eu estivesse procurando algo dentro de mim, algo perdido, que pudesse ser encontrado abaixo da pele, ou em meio ao sangue e a do. E, neste momento sinto uma sensação boa, prazerosa, mas que se perde, que passa a não fazer sentido. Logo em seguida, então, o que fica são os pedaços de mim, que preciso juntar após os cortes, mas esses pedaços também já não me pertencem mais, não são mais meus, não sou mais eu, é outra coisa”*.

P2 busca encontrar fragmentos de sua própria subjetividade em seu Ego, mas, as partes internalizadas do objeto promovem uma sensação claustrofóbica, psíquica e corporal.

Ao relatar este sentimento para o psicoterapeuta, a adolescente está visivelmente ofegante e sem fôlego, suas palavras mal podem ser ouvidas.

Em P2, também é possível observar o sentimento de abandono afetivo por parte dos seus pais, como podemos observar a seguir:

*“Eu me sinto vazia as vezes. Como se não tivesse nada a oferecer para as pessoas, eu mesma não vejo nada de bom em mim, por isso penso que se eu morresse ninguém se importaria com a minha morte. Queria que minha mãe fosse mais carinhosa e amorosa comigo, e não dependente emocionalmente como ela é, quando estou com minha mãe é tudo sobre ela, tenho que ouvir os sofrimentos dela, mas, ela nunca está disponível para me ouvir, eu sempre me anulo quando estou com ela, é como se eu já estivesse morta”.*

Green (1988) destaca a nocividade causada por uma mãe morta, constituída pelo desinvestimento objetal na filha, gerando uma ferida narcísica, que pode resultar em sensação de morte na criança ou adolescente. No caso citado acima, a filha de uma mãe morta, gera em P2 uma condição de quase morte, onde, em várias ocasiões a jovem precisa se cortar e vivenciar a dor, para validar a sua existência.

Ainda sobre P2, devido às frequentes experiências de abandono afetivo em relação a figura materna e ao distanciamento do pai por ser divorciado da mãe, intensificou-se ainda mais o trauma decorrente do abandono devido ao fracasso familiar (Bowlby, 2006) vivido pela paciente. Com a finalidade de tentar resolver este trauma infantil, P2 se aventura de forma inconsequente em relacionamentos amorosos e sexuais, buscando elaborar o trauma de sua dissolução do complexo de Édipo (Freud, 1924/2011) instaurando sempre uma relação triangular com seus parceiros, onde o resultado é sempre a escolha de outra garota por parte do parceiro. E de forma compulsiva, resultando sempre em fracasso nos relacionamentos, conforme ela mesma observa ao dizer: *“Mas, o pior não é quando eu me corto, é quando*

*esse tipo de gente, estes relacionamentos eles são cortantes, eles me dilaceram, eles me matam aos poucos*". Neste caso, ao se referir aos "relacionamentos cortantes" aludem ao complexo de castração (Freud, 1924/2011) onde ela mesma reconheceu, depois de uma interpretação do psicoterapeuta-pesquisador, que sua atitude em relação aos garotos, simbolizava a tentativa de conquistar o pai, o qual nunca investiu nela como uma filha desejada. Resultando na exclusão, o terceiro excluído (Freud, 1924/2011; Graña, 2004) da relação parental, promovendo um vazio existencial, originado pelo abandono afetivo tanto do pai, como de sua mãe. Em tal circunstância, a comunicação do fato clínico psicanalítico à paciente favoreceu a emergência de novos fatos clínicos, tal qual mencionado por Quinodoz (1994), e a evolução do processo terapêutico.

O caso de P3 também apresenta as mesmas características evidenciadas nos casos anteriores. Seu histórico familiar se assemelha à conjuntura de pais divorciados, resultando no afastamento da figura paterna, e uma mãe que não consegue aceitar as características singulares de seu filho, que diz ser homossexual. Esta flexibilização em relação ao desejo sexual do adolescente se estende para outras áreas da vida, o qual fica compreendido que este excesso na verdade, representa uma desorientação em relação aos seus desejos e escolhas, que incidindo sobre sua própria subjetividade. Em suas palavras:

*"É como se eu tivesse perdido alguém, mas não soubesse quem é, como se algo dentro de mim ou em mim tivesse morrido, mas, quando vejo ainda estou lá, estou meio vivo, meio morto, mas estou lá, no entanto, alguma coisa falta, e eu vou em busca disso nos meus cortes, e quando não acho, vou cavucando cada vez mais fundo com a lâmina"*.

Ao contrário do abordado por Anzieu (1989) no *eu-pele* em relação à mãe intrusiva que gera uma confluência mental nos adolescentes, aqui, é possível observar o que ocorre com mães negligentes. Através da privação (Winnicott, 1939/2012) a qual a criança é

submetida, ou, o abandono ou separação (Bowlby, 2006) vivida pelo sujeito de forma traumática, observamos o surgimento de adolescentes inseguros, com medo do mundo ao seu redor, carentes, ansiosos por atenção e cuidado, que repetidamente falham no estabelecimento de suas relações afetivas. Para estes casos, a autolesão tem como finalidade, aplacar o sentimento de abandono e a falta de amor-próprio ou do que se origina do outro. Estes são os filhos do abandono parental da sociedade contemporânea, entregues à própria sorte.

A dor, como tentativa de superação à dor emocional advinda do abandono afetivo, é paradoxalmente utilizada por adolescentes que praticam a autolesão conforme já mencionado por diferentes autores (Ferreira et al., 2021; Barbosa et al., 2019; Lopes & Teixeira, 2019; Silva & Dias, 2019). Durante o processo psicoterapêutico de todos os casos analisados no presente estudo, foram identificados fatos clínicos, que indicavam a dor física como um recurso para tentar diminuir a dor psicológica, gerando uma homeostase mental e possibilitando o rechaço da angústia psíquica. Esta dinâmica pulsional parece contemplar não apenas o sofrimento psíquico, como também, atingir um nível existencial em que se cortar produz um sentimento de existência, como se houvesse vida na dor, como relata o P4: *“Na verdade, só sinto que existo quando me corto, quando sinto dor”*. Freud (1920/2010) destaca que, seja consciente ou inconscientemente, este flerte com a dor ou com a possibilidade de morte, não apenas proporciona certo prazer, como pode delinear o desejo do indivíduo. Esse elemento autodestrutivo como forma de evitar o desprazer advindo da experiência de abandono foi identificado em todos os sete casos analisados nesta pesquisa.

Quando o sentimento de abandono é resultado de uma preferência específica por parte da figura paterna, parece haver uma intensidade ainda maior. Como podemos observar em P 5, quando a paciente aponta a indiferença do pai em detrimento às suas amantes, diz ela:

*“Meu pai viu os cortes em meu braço, mas nem ao menos me perguntou o que tinha acontecido. Eu não sei como ele pode ser tão indiferente. Ele só se preocupa com as biscates com quem ele sai e trai minha mãe. Minha mãe é burra por estar com ele. Será que eu vou ter que me matar para ele me notar, porque rasgando o meu braço não está sendo suficiente”.*

Ao se sentir invisível para o pai, a adolescente cogita a possibilidade de tomar uma decisão trágica contra sua vida. Durante a sessão ela relata que gostaria que seu pai demonstrasse se preocupar com ela, a ouvisse e participasse da sua vida. O *setting*, enquanto um espaço potencial (Winnicott, 1971/2019), possibilitou a adolescente desenvolver um sentimento de apreço por si mesma, passando a se valorizar mais, lançando as bases do amor-próprio e o autocuidado.

P6, assim como os demais, estabelece uma relação de prazer com a autolesão. Também o relato de vazio existencial, abandono por parte das figuras parentais e a sensação de uma “morta-viva” parece ser amenizada pelos cortes autoinfligidos. Vejamos uma de suas falas, quando questionado sobre a experiência vivida na autolesão:

*“A sensação de vazio é tão grande, é como se eu fosse oca. Se cortar é uma forma de preenchimento desse vazio. Na verdade, é como se a vida não tivesse sentido, como se eu estivesse anestesiada, não sentisse nada, nem dor e nem alegria, aí eu me corto, e daí sinto alguma coisa, não é dor, é vida que eu sinto, sinto como se tivesse vida dentro de mim, órgãos em vez de simplesmente ar, se cortar gera essa sensação em mim”.*

O fato clínico destacado apresenta evidências concretas em relação a um profundo sentimento de inexistência, de vazio. Denominada por Piva (2004, p. 183) como “patologia do vazio”, manifesta-se como um apagamento subjetivo, ausência de objetos internalizados, e um abandono afetivo registrado como intensamente traumático. Todos estes aspectos podem

ser presenciados em P6. Como resultado malogrado, entra em curso uma euforia, hiperatividade e excitação no comportamento do adolescente, entretanto, o excesso serve apenas para esconder a fissura psíquica e emocional, gerando uma contrição interna, que pode ser relacionada ao que se convencionou chamar de depressão branca (Green, 1988), angústia branca, luto branco, uma pseudoalegria para disfarçar, como no mecanismo de defesa de formação reativa, contudo, neste caso os afetos são investidos narcisicamente.

A patologia do vazio parece estar tão inserida na sociedade atual e na cultura juvenil, que é possível refletir sobre a necessidade deste problema psicológico ser abordado enquanto políticas públicas de saúde e não apenas de forma isolada e individualizada, não obstante o problema da autolesão apresenta, em algumas cidades e estados do país, indicadores semelhantes às de doenças epidemiológicas (Ferreira et al., 2021). Esta afirmativa é corroborada pela fala de P6, a seguir:

*“Minha mãe passou a ser muito exigente comigo depois da separação dela e do meu pai. É como se ele quisesse me cobrar em dobro, por ele e por meu pai. Eu sempre fui uma boa aluna, mas por conta dessa pressão e comecei a travar nas provas do colégio, eu tinha crises de ansiedade, pânico, sei lá o que era, e tudo que eu conseguia fazer era ir até o banheiro do colégio e me cortar, as vezes nos cortávamos em grupo, com outros colegas da escola. Isso era nosso culto, nossa comunhão, saíamos desses encontros com os olhos cheios de lágrimas, suor e sangue”.*

A autolesão representa um grave problema no âmbito da saúde pública no Brasil, sobretudo pela falta de informação e de práticas integrativas que envolvam vários órgãos, devido a necessidade de uma intervenção multidisciplinar (Ferreira, et al., 2021). Entretanto, na maioria das vezes o que se vê é descaso e falta de profissionalismo, até mesmo pelos profissionais de saúde, como mencionado na entrevista inicial realizada com P7: *“o médico disse para minha mãe, que era falta de apanhar, por isso eu me cortava, faltou vara”.* Em

outra situação, ainda com P7, ela comentou que durante a triagem feita pela enfermeira no hospital, no qual ela deu entrada por tentativa de suicídio, a profissional de saúde disse a ela que *“o que a falta de um pinto não faz com uma mulher”*, de forma reducionista aludindo o seu sofrimento psicológico à falta de sexo. Infelizmente este tipo de atitude por parte da equipe médica é muito comum, conforme destacado na pesquisa de Cedaro e Nascimento (2013).

Percebe-se, ainda hoje, que a falha com os cuidados destinados aos adolescentes ocorre tanto por parte do Estado, como da própria família tal qual mencionado por Winnicott (1958/2012). Entretanto, quando estas instituições falham toda a sociedade sofre, em especial o próprio adolescente. Winnicott (1939/2012) ao analisar as raízes da agressividade, identifica que a privação pode ser considerada a principal responsável pelo comportamento agressivo na juventude. Neste caso, é possível relacionar a privação com o abandono afetivo que vem sendo destacado neste trabalho, e a autolesão como uma autoagressão em alguns casos pode ser resultado da experiência traumática originada pelo sentimento de abandono parental.

Essa proposta pode ser observada no relato de P7, aqui a adolescente apresenta os motivos que a levaram a cometer autolesão:

*“É por isso que me corto, para evitar ter que falar para minha mãe e meu pai, que eles falharam em cuidar de mim. Talvez, até eu tenha falhado com meu próprio cuidado, caso contrário, eu não me cortaria. Queria poder cortar da minha memória todas essas lembranças, assim como eu corto a minha pele”.*

Durante o processo psicoterapêutico, a paciente percebeu como era impossível apagar a memória relacionada ao abuso, entretanto, ela desenvolveu a capacidade de falar sobre isso, de entender que ela não tinha culpa, e que os pais são humanos, logo, limitados, ela aprendeu a perdoá-los e perdoar a si mesma. Próximo ao encerramento da psicoterapia ela diz:

*“Nenhum exame identificou se eu tinha algum problema na cabeça, nenhum médico conseguiu me entender, nenhum medicamento conseguiu minimizar a minha dor, apenas os cortes diminuíaam o sofrimento, então vim até você, e nunca imaginei, que a simples atitude de falar poderia me curar”.*

### 8.3 AUTOLESÃO E A BUSCA POR PRAZER

Na categoria *autolesão e a busca por prazer*, os fatos clínicos evidenciados apontam para uma dinâmica que envolvia tanto prazer sexual como a sensação prazerosa durante a prática de automutilação. A forma vivenciada contratransferencialmente apresentava um caráter mais invasivo, quando abordado pelo fator erótico, geralmente o psicoterapeuta se sentia invadido, penetrado, violado (Freud, 1917/2010). Já em termos de transferência, era possível observar o prazer sádico do paciente, que no *setting* era apresentada de forma inversa ao prazer masoquista que o paciente descrevia durante a prática da autolesão, tal qual sugere Rosenberg, 2003. Durante a fala da paciente P2, o psicoterapeuta-pesquisador sentia-se desnudado por ela enquanto falava, contudo, não se sentia seduzido por ela, mas sim atacado, violentado, a ponto de ter vontade de esconder partes do meu corpo, como se de fato estivesse nu. A vergonha e o constrangimento ocorriam devido ao lugar de vulnerabilidade a qual a paciente constantemente era submetida pela mãe e por seus parceiros de sexo casual, levando o psicoterapeuta a sentir na pele o que ela sentia (Minerbo, 2020).

Entretanto, até a adolescente fazer a associação acima, em muitos momentos trabalhamos os aspectos simbólicos de suas práticas sexuais. Pois, mesmo sendo geradora de prazer, a sua vida sexual gerava estranheza a si mesma quando se ouvia dizendo que gostava de apanhar durante a prática sexual, e as técnicas por ela utilizadas dentro da alcova (Freud, 1908/2015). Mesmo hoje, em pleno século XXI, a sexualidade ainda pode ser considerada um

tabu em determinadas culturas da sociedade. Principalmente quando as práticas sexuais envolvem um comportamento agressivo e violento (Freud, 1924/2011).

Contudo, ao se analisar os fatos clínicos selecionados nos casos que foram atendidos, o psicoterapeuta-pesquisador encontrou 13 fatos clínicos relacionados a autolesão e o sentimento de prazer. Também, foi possível observar o comportamento simultâneo entre a autolesão e a prática sexual, geralmente através da masturbação, não obstante, em alguns casos foi solicitado pelo adolescente que praticava a autolesão, que o(a) parceiro(a) impusesse sobre ele(a) algum tipo de dor física.

Como é possível observar no relato do caso P1, ao relatar em uma das sessões:

*“Vou te contar uma coisa meio bizarra, sabe, estes dias estava naquele lance de se cortar e se masturbar, e do nada o que veio à minha cabeça foi o pau do meu pai”.*

Neste relato foi possível evidenciar a concomitância entre dor física e experiência sexual, contudo, existem detalhes relevantes que devem ser analisados, com a finalidade de evitar um reducionismo no tocante a interpretar a atitude do caso P1 como um deslocamento da moção erótica para uma prática masturbatória, que constituiria a conversão do sadismo para o masoquismo sexual (Freud, 1924/2011).

Evidências do mesmo fato clínico psicanalítico citado acima podem ser identificadas no fato clínico a seguir:

*P1 diz que as vezes faz isso, mesmo sem estar triste ou angustiado, pois dá muito tesão, segundo ele na verdade é louco a experiência, não sei se dá tesão antes e eu preciso fazer isso para relaxar sabe, dar uma aliviada, ou, se eu faço isso para tentar sentir, ou melhor, descobrir o que me dá tesão.*

Conforme indicado por P1, mesmo sem estar angustiado ele realiza a prática da masturbação aliado à autolesão. Também é possível notar que as vezes a masturbação desencadeia a autolesão, em outro momento a autolesão é seguida da masturbação, em outros

momentos ocorrem simultaneamente. Este circuito pulsional visa atingir uma satisfação que está para além do prazer (Freud, 1920/2010), fazendo com que a dor resultante do masoquismo obtenha uma meta caracterizada como prazerosa e se esquive do desprazer (Freud, 1924/2011).

Ainda sobre o caso P1, o adolescente dizia sentir atração sexual por pessoas do mesmo sexo, desta forma, conforme informado nas sessões, sua prática masturbatória consistia em introduzir algum objeto em seu ânus e se cortava ao mesmo tempo, e, conforme relatado acima, em dado momento veio a imagem mental do pênis do seu pai. Em relação ao fato clínico onde surge a imagem do pênis do pai durante a prática da masturbação, foi possível construir dois fatos clínicos psicanalíticos. O primeiro se refere a fatores edípicos, os quais o paciente reconheceu que o pai remetia a ele afetos ambivalentes, podendo evidenciar o desejo de se fundir ao pai e ocupar o seu lugar em relação à mãe, e justamente devido a este desejo, o medo da castração (Freud, 1923-1924/2011). O segundo refere-se ao erotismo anal, conforme observado neste caso, tem uma relação estrita com o medo da perda do falo advinda da figura paterna, que ao estabelecer a zona erógena na região anal, esquiva-se da rivalidade com o pai, mantendo uma postura passiva (Freud, 1914/2010).

Embora pareça ser um paradoxo pensar que a promoção da dor é uma forma de evitar o desprazer (Rosenberg, 2003), este fato clínico psicanalítico subsidia o pressuposto em relação a conduta masoquista do caso P1, o qual estabelece como meta pulsional o próprio corpo na tentativa de diminuir o sentimento de culpa inconsciente, e ao se submeter ao expurgo ordálio<sup>1</sup> transformando a autopunição em um processo de purificação, pelo qual se atinge o perdão da culpa inconsciente e consecutivamente o benefício da diminuição do

---

<sup>1</sup> Le Breton (2009, p. 78) explica que os ritos ordálicos tem a função de criar sentido à vida, seja através de jogos de vida ou de morte. Neste caso, o adolescente assume o controle de sua própria vida, sendo responsável por sua vida ou morte, também se aplica aos rituais de purificação, que, através da dor e sofrimento, este vem a promover a expiação de seus pecados, que aqui pode ser compreendido como falhas e limitações.

desprazer, através da dor, o qual é vivido na mente do paciente como uma experiência prazerosa (Freud, 1920/2010).

Outro fato clínico psicanalítico relevante em relação a P1 inscreve sobre égide do narcisismo (Freud, 1914/2010). Como destacado nos fatos clínicos anteriores, havia um autoinvestimento erótico por parte de P1, o que levava o paciente a estabelecer uma dinâmica sadomasoquista em relação a si próprio, ele era vítima e algoz ao mesmo tempo, o mesmo corpo que batia, era o mesmo que obtinha prazer com a punição (Freud, 1924/2011). Ao estabelecer este complexo comportamento de punição e prazer, P1 corporificava a fantasia de uma criança que ao imaginar uma cena de espancamento (Freud, 1919/2010), podia ocupar três posições diferentes, a que observa o espancamento, a que é espancada e a que espanca. No caso de P1, ele contemplava todas simultaneamente durante sua experiência masturbatória, excluindo a necessidade de um terceiro, fazendo desta vivência uma prática perversa sadomasoquista, contudo atuando de forma narcísica obtinha o prazer através da autolesão (Green, 1988; Tostes & Winograd, 2019).

Entretanto, durante o processo psicoterapêutico P1 passou a estabelecer uma relação transferencial com o psicoterapeuta que demonstrava que o paciente estava começando a cogitar a entrada de um terceiro, deixando de catalisar em seu próprio corpo seus investimentos sadomasoquistas. Durante as sessões, P1 oscilava entre os ataques ao psicoterapeuta e suscitar o desejo deste punir o paciente, como em algumas situações onde ele falava para o psicoterapeuta sobre seu peso, aparência física, o fato de o profissional trabalhar na Saúde Pública, sempre com a finalidade de rebaixar o psicoterapeuta. Em termos contratransferenciais (Minerbo, 2020), o psicoterapeuta sentia-se rebaixado, humilhado e impotente, até o momento que houve uma interpretação em relação a estes ataques, onde o psicoterapeuta apontou para P1 que estava fazendo o mesmo que o pai dele faz com ele, o sentimento de impotência gerado na psicoterapeuta é o que possivelmente o paciente sente

com as investidas do pai dele, com a finalidade de menosprezá-lo. Talvez isso represente o medo de ser castrado pelo pai, disse o psicoterapeuta, seguido da confirmação do paciente ao declarar “pelo menos aqui, fazendo você de bode expiatório eu consigo enfrentar meu pai”.

O fato clínico psicanalítico evidenciado acima, só pode ser elucidado após a análise de o fato clínico ser explorado nas supervisões do psicoterapeuta-pesquisador, onde de forma análoga à relação psicoterapeuta-paciente, o pesquisador estava atuando com sua supervisora de forma hostil, dizendo a ela que “não estava ajudando em nada, você deve se esforçar mais e dar mais elementos para eu trabalhar com este caso”. Portanto, é possível dizer que este fato clínico psicanalítico teve dois momentos diferentes, um que se deu durante a sessão (a priori) com P1, outro durante a supervisão (a posteriori) do psicoterapeuta (Quinodoz, 1994; Volmer Filho, 1994). Foi possível evidenciar na supervisão, que de forma contratransferencial o psicoterapeuta encontrava-se identificado com o paciente. Após a supervisão foi possível melhor compreender e analisar o fato clínico vivenciado.

No caso P2 é possível observar a mesma dinâmica em relação a autolesão como forma de prazer, entretanto, neste caso a paciente estabelece um conluio com seus parceiros sexuais, os quais exercem suas perversões sobre ela, configurando a dupla sadomasoquista. Como analisado em sua resposta em relação ao tema abordado pelo psicoterapeuta em uma das sessões ao questionar se ela sentia prazer ao ser surrada durante o sexo pelo seu parceiro, ela responde: *“Sim, e você falando isso para mim agora, eu percebo que não é apenas no sexo, mas em tudo na vida, se não dói eu não gosto”*.

Através deste fato clínico, foi possível presumir que P2 apresentava uma postura masoquista perante a vida ao dizer que sua afeição se dá por tudo aquilo que causa dor (Rosenberg, 2003).

Em uma das sessões P2 diz que *“se cortar é uma experiência extremamente prazerosa, se sente muito satisfeita ao fazer isso, e, antes que você me pergunte eu não me*

*sinto culpada*". Neste relato, embora a paciente afirme a inexistência de um sentimento de culpa, a os fundamentos da psicanálise lembram aos seus praticantes a necessidade de duvidar de algumas afirmativas, ou melhor, sua negativa (Freud, 1924/2011). Portanto, ao negar o sentimento de culpa, é presumível que o cerne do conflito residia naquilo que foi recalçado, está hipótese mostrou-se verdadeira ao longo do tratamento psicoterápico, conforme pode ser analisado no diálogo a seguir, entre psicoterapeuta e a paciente: Psicoterapeuta pergunta por que ela acha que relacionaria isso com culpa? P2 responde dizendo "*não é o que todo mundo acha*". Psicoterapeuta interroga, dizendo que todo mundo é muita gente, será que você não está se referindo a alguma pessoa em específico? P2 fica em silêncio por alguns minutos. Em seguida diz "*seria terrível se meus pais soubessem quem eu sou de verdade*".

Em outra sessão, P2 descreve o cenário de sua última experiência sexual, com um garoto que viria a ser seu namorado. A paciente relata que inicialmente ficou meio reticente em pedir para que o garoto desse um tapa em sua nádega, contudo, a vergonha rapidamente dá lugar ao desejo. E, com a prontidão e entusiasmo com a qual o parceiro responde, P2 sugere em seguida que ele aplique a ela um ferimento que faça sangrar, a vivência desta experiência pode ser analisada no fato clínico relatado pela paciente:

*"Na verdade, parece mais loucura da minha cabeça, que tipo de pessoa eu sou, por trás daquela menina educada e toda 'limpinha' como diz minha mãe, eu sou suja, imunda, e adoro essa sujeira, só assim me sinto viva, suja, ensanguentada dos meus cortes e cheia de porra, adoro essa mistura"*.

Quando este fato clínico psicanalítico foi construído e apresentado a P2 através da interpretação, ela mencionou a cena como uma experiência prazerosa. Entretanto, existem outros elementos que foram explorados durante a sessão, como a relação que ela faz com a limpeza e higiene, P2 relata que se recordou de uma encoprese quando criança, e que durante

o ato sexual enquanto atingia o orgasmo quase gerou uma evacuação esfíncteriana, contudo, reteu as fezes contraindo o ânus. Entretanto, ao se ver coberta por seu próprio sangue e o esperma de seu namorado, disse “*ter imaginado tudo aquilo como se fosse fezes*”, quando verbaliza isso, P2 se joga para trás no encosto da poltrona e tem um *insight* e diz: “*nossa, só agora me dei conta que ele estava comendo meu ... (ânus), porque eu pedi para que ele fizesse isso, me come até eu ‘cagar’ ou melhor até ‘gozar’*”, o que ela corrigiu rapidamente, antes que gerasse algum constrangimento.

Contudo, o psicoterapeuta percebe o ato falho e a questiona sobre a troca de palavras, isso foi dito aqui apenas ou durante o sexo? P2 responde que “*tanto lá com ele, como aqui com você, eu fiz essa troca duas vezes, e pelo mesmo motivo, medo de parecer suja*”. Ao destinar a libido para a região anal, P2 converte seu sadismo em masoquismo devido a postura passiva a qual é submetida pelo namorado. Entretanto, há evidências de resquícios de seu sadismo, através das ordens e comandos que ela vai dirigindo ao companheiro, aos quais ele vai aderindo sem questionar. Existe uma relação de poder entre os dois, uma jogo de forças, consolidando o desejo inconsciente de P2 de obter um pênis para si, e de forma fálica estabelecer o controle sobre o outro e de si mesma, conforme podemos observar em Freud (1917/2010) em relação ao investimento anal nas práticas sexuais.

Esta necessidade de controle aparece na relação transferencial com o psicoterapeuta. Ao convidar o psicoterapeuta a ser testemunha do fato ocorrido, ela convoca a triangulação presente no complexo de Édipo (Freud, 1924/2011), aparentemente através da transferência transformando o psicoterapeuta no objeto mãe, aguardando dele um julgamento sobre suas práticas sexuais, sobretudo no aspecto moral. Entretanto, parece haver também uma projeção no psicoterapeuta enquanto objeto pai, já que ao narrar com riqueza de detalhes sua experiência sexual, P2 utiliza-se de uma estratégia de sedução destinada ao psicoterapeuta, a

ponto da paciente verbalizar para o psicoterapeuta “*você se sente excitado com isso que estou te contando?*”.

Ao analisar este fenômeno ocorrido, após o término da sessão, o psicoterapeuta concluí que este jogo de sedução realizado por P2, remete ao que ela disse anteriormente sobre desejar sentir o controle de tudo e de todos, e com o psicoterapeuta não seria diferente. Esse controle e manipulação é encontrado com frequência em pacientes que apresentam um funcionamento psíquico simétrico à uma neurose obsessiva (Freud, 1914/2010), os traços psicodinâmicos desta neurose se manifestavam nas atitudes, assim como na hostilização afetiva de P2.

Na sessão seguinte, ao abordar esta questão com a paciente, ela responde: “*eu faço isso com todos, mas com você é mais gostoso, porque você fica sério, não demonstra nenhum tipo de sentimento*”, o psicoterapeuta interpela e diz, que este tipo de relação não pode acontecer entre psicoterapeuta e paciente, isso equivale ao incesto entre pai e filha. Para a surpresa do psicoterapeuta-pesquisador, P2 responde de forma imediata: “*mas é isso que eu quero, seduzir e conquistar um pai que eu nunca tive*”.

Diferente do menino que mata o pai totêmico para possuir sua mulher (Freud, 1912-1913/2012), aqui a paciente parece desejar destruir o pai, para que possa possuir todos os homens, sobretudo pela representação simbólica do assassinato do pai-falo-totêmico. Desta forma, P2 visa destruir o pai, com a finalidade de tomar o falo para si, garantindo de forma simbólica o empoderamento necessário para possuir todos os garotos que desejar, pois, acredita que ela passará a ser a detentora do falo do pai, conforme sugerido por Perelberg (2021).

No caso P5 os fatos clínicos selecionados fazem consonância aos do caso P2, entretanto com P5 o conflito é estabelecido com a figura paterna, em seus relatos ela sente que o pai a abandonará. A agressividade advinda da privação afetiva resulta em frequentes

brigas entre pai e filha, culminando em agressão física e psicológica, enquanto a mãe da paciente se abstém de participar, de forma passiva ela observa o confronto entre ambos. Contudo, em alguns casos as brigas se originam de consecutivas situações de traição do pai de P5, levando a paciente questionar a conduta do pai em defesa da mãe, cristalizando o papel de vítima da mãe e consolidando o pai como vilão.

Entretanto, em alguns momentos a agressividade de P5 em vez de tomar a via da externalização, sua pulsão de morte volta-se contra o próprio corpo (Freud, 1915/2010; Tostes & Winograd, 2019) resultando em um entroncamento das pulsões de vida e de morte, fazendo conjurar uma instância que vai além do prazer (Freud, 1920/2010) convencional, constituindo uma interface entre dor e prazer (Freud, 1924/2011), culminando no que Rosenberg (2003) denominou de masoquismo guardião da vida. Tais aspectos ficam evidentes através do fato clínico a seguir:

*“Esses dias estava com tanta raiva do meu pai, que me cortei várias vezes ao longo do dia. Só quando meu namorado está comigo que eu consigo me segurar um pouco. Mas, percebi algo em relação ao que conversamos dias atrás. Eu gosto quando meu namorado me bate enquanto transamos, só de te falar já fico excitada, esses dias pedi para ele me cortar na sinta, tirar sangue de mim enquanto me comia. Parece loucura, mas isso me dá muito tesão”.*

Em sessão com P5, o psicoterapeuta buscou analisar o fato clínico junto com a paciente. O surgimento de elementos representativos do conteúdo elaborado do fato acima, contribuiu para a construção de outros fatos clínicos psicanalíticos, tais como a paciente verbalizar que a sua vida erótica é estimulada por algum tipo de tensão com o pai. P5 reconhece o seu amor por ele, entretanto sente que nunca pode alcançá-lo (incesto). Com a finalidade de atingir a meta pulsional, ela desloca sua libido para o namorado, sendo dominada e espancada por ele, atingindo assim o ápice de seu orgasmo, como se pode

obsevar no fato clínico a seguir: “eu estou perdida. Só consigo pensar em sexo e em me cortar. Uma coisa anda junto com a outra atualmente, não sei o que me dá mais tesão, na verdade eu sei, as duas coisas juntos. Estou viciada em pau e lâminas”.

P5 ainda declara que *“as vezes, quando estou transando com meu namorado, penso que é meu pai que está ali, isso é muito estranho, mas, é muito bom. Quando essa imagem vem à minha cabeça, peço para meu namorado me pegar por trás”*. Quando analisados os dois fatos clínicos, ao comunicar o fato clínico psicanalítico construído naquela sessão apontando o motivo pelo qual ela solicita que o namorado a espanque, seja uma forma de se punir por desejar seu pai, P5 conclui: *“isso faz muito sentido, mesmo sendo louco, mas também explica porque eu me corto as vezes, geralmente ocorre antes ou depois que pensei no meu pai de uma forma sexual”*. Portanto, P5 passa ser a filha espancada (Freud, 1919/2010), alcançando tanto a realização libidinal com o namorado (Freud, 1917/2010), como a punição por desejar o pai (Blos, 1998), seja através da autolesão ou da surra infligida pelo namorado no ato sexual.

Portanto, todo este circuito pulsional e o deslocamento dos afetos implicados nas relações, configuram o masoquismo guardião da vida, já que protege tanto da loucura do incesto, podendo resultar na morte (suicídio), como no atingimento das metas sexuais investidas no namorado e em uma dinâmica sadomasoquista (Rosenberg, 2003). O mesmo pode ser dito da autolesão, a prática de autopunição resulta em uma experiência de dor e prazer simultâneos.

Foi possível identificar um discurso semelhante na fala do caso P4, durante diálogo entre o psicoterapeuta e paciente surgem as seguintes fatos clínicos:

*“É maravilhoso quando o garoto goza em mim, de preferência na região onde eu me cortei, e tudo aquilo se mistura, porra, sangue, suor, dor, fico louca de tesão”*  
psicoterapeuta pergunta, o que essa mistura representa para você? P4, não sei,

*pensando agora é só tesão mesmo, mas, espera, vou pensar... me sinto poderosa, no controle de minha vida! O psicoterapeuta interpõe, talvez se cortar tenha a ver com isso, estar no controle, o que acha? P4 responde, pode ser, gosto de me sentir poderosa, dominando, principalmente outro homem”.*

Diferentemente do caso P2 que sofria com a ausência do pai que se afastou dela após o divórcio com a mãe, a paciente P4 se queixava do abandono promovido por sua genitora. Embora haja uma disparidade em relação aos dois casos, no tocante ao trauma do abandono desempenhado pelas figuras parentais, com P4 o psicoterapeuta observou, que para a paciente a figura materna era interpretado como ameaçadora, uma mãe persecutória, que fiscalizava todas as ações de sua filha, até mesmo tentava inferir sobre os pensamentos dela, sempre com um discurso moralista e punitivo. Para Blos (1998) mães que estabelecem este tipo de relação com a prole do gênero feminino, desencadeiam um fluxo afetivo hostil para com suas filhas, desencadeado uma rivalidade entre elas, sobretudo, quando há uma identificação da filha para com seu pai.

A observação do fato clínico psicanalítico destacado acima pode ser constatado pelo psicoterapeuta-pesquisador durante uma sessão, onde a mãe de P4 pediu para participar da consulta sem antes consultar tanto filha como o próprio psicoterapeuta. Os ataques realizados pela mãe de P4 em direção ao psicoterapeuta, com a finalidade de desvalidar o tratamento psicológico, em detrimento aos benefícios da religiosidade, resultando no posicionamento da paciente em defesa do psicoterapeuta, possibilitou que ele concluísse que se tratava do mesmo conflito edípico que ocorria no seio familiar.

Em termos contratransferenciais, o psicoterapeuta agiu de forma semelhante ao pai da paciente, conforme destacado por P4: *“quando minha mãe começa com os sermões dela, meu pai não fala nada, ele só escuta, pois, sabe que não importa o que ele fale, minha mãe sempre dá a última palavra”.* Como de fato ocorrera neste episódio, a mãe de P4 disse que a

filha não iria continuar com o tratamento, dias depois, o psicoterapeuta foi informado que a paciente havia tentado suicídio. Este fato clínico corrobora o que Rosenber (2003) propõe como masoquismo mortífero, considerando situações em que não meios de investir a pulsão de morte seja pela vida do sexual ou através de comportamentos de risco que envolvam um flerte com a morte. Além disso, o fato clínico mencionado remete bem às ideias propostas de Le Breton (2009) em relação ao prazer atribuído a situações que envolvem algum tipo de perigo ou dano físico.

Um fato clínico do caso P6, chamou a atenção do psicoterapeuta-pesquisador, sobretudo, por mencionar uma experiência de autolesão coletiva, segue o relato:

*“Fiquei viciada em me cortar. Me cortava sozinha, em grupo, as vezes pedíamos para um dos amigos nos cortar, era um tipo de religião, quase uma seita – os mutilados. Éramos mutilados por fora e por dentro, ninguém era normal da cabeça naquela época, todos tinham problemas com seus pais, família, sexualidade, sociedade, com o mundo. A nossa cura era se cortar, nossa felicidade, e a única forma de obter prazer em nossa vida vazia e sem graça. Acho que acabei influenciando muita gente a se cortar, isso não é bom, mas, eu não estava bem nessa época”.*

Do ponto de vista da sociologia, o comportamento de risco entre os adolescentes tem como finalidade estabelecer um ponto em comum, que integre o indivíduo ao grupo, estabelecendo uma identificação entre os pares, com base em algum critério, ou seja, algum comportamento específico aderido por todos os integrantes como forma de autoafirmação indenitária no contexto social. (Le Breton, 2009). Neste fato clínico é possível observar que a autolesão é o fator de coesão entre o grupo, segundo P6 a comunhão entre os adolescentes durante a prática dos cortes aludia a uma experiência religiosa, representando os ritos místicos de passagem e de pertencimento a uma tribo urbana. Segundo Le Breton (2009), a conduta de risco na esfera coletiva pode propiciar ao adolescente uma experiência

transcendente, gerando uma intensidade sensorial pela qual a indivíduo percebe o mundo e as coisas ao seu redor de forma vivaz.

Ainda em relação ao mesmo fato clínico observou-se, à luz da psicanálise winnicottiana, que todo adolescente é majoritariamente um sujeito isolado, até mesmo quando inserido a um determinado grupo. Assim, é possível inferir que a inserção no coletivo é uma forma de tentar consolidar a integração do ego (Winnicott, 1961/2011). Na tentativa de estabelecer vínculos afetivos que promova a cristalização de sua personalidade, o adolescente se insere ao grupo, e, através da identificação com os outros indivíduos adere ou até mesmo exerce a influência que circula pelo coletivo adolescente, tendo como finalidade, a busca por se sentir real – se sentir vivo (Winnicott, 1957/2011).

O psicoterapeuta-pesquisador sugere para P6, que ao se relacionar com o grupo de outros adolescentes a jovem estaria indo em busca de uma unidade que aparentemente nunca foi encontrada em sua família nuclear e nem mesmo a de origem. Portanto o ponto em comum entre eles, eram justamente a disfunção familiar, o abandono afetivo por parte das figuras parentais. Sendo a autolesão, como prática de alívio da dor emocional, a resposta da paciente fazendo alusão a história encantada de Peter Pan ao dizer *“sim, eles passaram a ser minha verdadeira família, eramos os garotos perdidos da Terra do nunca, o nunca aqui significa que nunca seríamos felizes”*.

O relato de P6 possibilitou a construção do fato clínico psicanalítico relacionado a busca de conforto emocional através da identificação com outros adolescentes, portanto, ao encontrar em outros adolescentes ressonância em relação aos comportamentos e percepção de mundo, P6 buscava estabelecer uma integração do ego (Winnicott, 1957/2011). Fazendo da autolesão o fator em comum entre os adolescentes do grupo, seguindo a via da agressividade, motivada por um sentimento de culpa, e a tentativa de reparação (Winnicott, 1969/2019), através do ação ordálica de auto-expição (Le Breton, 2013), conforme confirmado por P6:

“aquilo parecia um culto evangélico. Nos abraçávamos, chorávamos, nos cortávamos, era tudo mágico, então voltávamos para casa, todo o sofrimento e solidão voltava”.

#### 8.4 MARCAS DA DOR: DA AUTOLESÃO A REPRESENTAÇÃO DA DOR

Nesta categoria, abordar-se-á os fatos clínicos que evidenciaram o desenvolvimento dos pacientes em relação a capacidade de transformar a autolesão, enquanto atuação do sofrimento psíquico, em representação da dor emocional. Foi possível identificar seis fatos clínicos a respeito nos casos P1, P2 e P3.

Ao ofertar um espaço lúdico, possível de reviver e relembrar os aspectos vívidos do traumático, o *setting* da psicoterapia psicanalítica é considerado um instrumento *sine qua non* concernente a compreensão da neurose do paciente. Neste ambiente o paciente pode falar abertamente sobre seus conflitos, dilemas e sofrimentos psíquicos, sendo eficaz no tocante aos problemas psicológicos (Zimmerman, 2004). O *acting out*, que refere-se as atuações do paciente fora da sala de atendimento, sobretudo na relação do adolescente com seus pares ou consigo mesmo, que em relação aos pacientes P1, P2 e P3 constituía o comportamento autolesivo, passou a ser vivido na relação transferencial com o psicoterapeuta-pesquisador, denominado como *acting in* (na sala de atendimento), que se dava através de ataques verbais ao psicoterapeuta e em seguida alçou o *status* de elaboração do conteúdo reprimido (Minerbo, 2020). Em outras palavras, as marcas de cortes nos braços e de outras partes do corpo ganharam som, a dor silenciosa da autolesão, passou a voz, e, em vez de representar o reprimido de forma inconsciente nos atos mutilatórios, transformou-se em discurso narrado da angústia elaborada pelos pacientes. Assim, a capacidade de transformar o ato de autolesão de representação coisa, para representação palavra (Freud, 1900/2019) foi considerada como consistia em uma evidência do progresso na psicoterapia.

Palavras de P1 ditas ao psicoterapeuta-pesquisador:

*“Marca em mim, assim como as cicatrizes em meu corpo, as lembranças que levarei daqui também nunca sumiram de minha memória. Cada palavra, gesto, atitude que você imprimiu em mim formou o que eu sou hoje e o que eu poderei me transformar. O mais importante é que percebi que não preciso mais me punir, me cortar para diminuir o sofrimento, aprendi a abraçar a dor emocional, em vez de arrancá-la como fazia com minha pele e com meu sangue”.*

P1 concluí:

*“Me veio à cabeça fazer uma tatuagem, e eu gostaria de fazer sobre as marcas dos cortes no meu braço, não é que tenho vergonha, apenas gostaria de criar uma imagem, tipo uma ilustração que seja melhor ou mais explicativa que estes riscos na minha pele”.*

Freud (1900/2019) destaca que a capacidade de transformar o sentimento angústia em uma imagem fixa e concreta pode ser considerada uma evidência de que o conteúdo recalçado passou a ser representado de alguma forma no psiquismo. Neste sentido, o discurso durante o último encontro entre psicoterapeuta-pesquisador e paciente revelou que P1 havia conseguido transformar seu sofrimento, outrora expresso em marcas no corpo, em palavras e até mesmo em imagens que poderiam ilustrar o seu sofrimento psíquico. Assim possibilitando, que o sintoma (autolesão) fosse substituído pela verbalização da angústia (trauma), evidenciando concomitantemente a capacidade de elaboração do mesmo, tal qual postulado por Freud. (1926/2014)

P2, de forma semelhante ao caso citado acima, praticava autolesão e também solicitava a seu namorado que a espancasse durante as experiências sexuais do casal. Apropriando-se da moção sádica do companheiro, P2 buscava atingir seu prazer masoquista durante o coito. Em ambos os casos, tanto na agressão autoinfligida como na imposta por

outrem, a finalidade era atuar de forma primitiva o conteúdo recalcado. Entretanto, durante a décima sessão surgiu o seguinte fato clínico, P2 disse:

*“Foi a primeira vez que percebi que se cortar era algo ruim, que gerava dor, que me machucava, e, eu não quero mais me machucar, nem aceitar que outra pessoa faça isso, aí percebi que poderia sentir prazer com prazer e não com dor”.*

Foi possível perceber a capacidade da paciente em vivenciar o sentimento de culpa e a necessidade de punição por ela fantasiada. Contribuindo para que a paciente buscasse dar um destino para sua pulsão que não tomasse a vida da morte e da destrutividade (Freud, 1915/2010), passando a produzir afetos que promoviam seu bem estar e qualidade de vida através do processo de elaboração (Zimmerman, 2004).

P3 verbalizou: *“eu não preciso ser meu próprio Jesus se sacrificando em uma cruz, e usando a navalha ao invés da lança para furar minha pele e jorrar sangue”.* Convém ressaltar que devido a conflitos religiosos e existenciais (Knobel, 1981), ancorados em crenças e contradições vivenciados na família de origem, P3 se via reticente a frequentar os cultos, pois, dizia sofrer preconceito por ser homossexual e era alvo de frequentes ataques do Pastor daquela denominação. Diante deste contexto, o paciente tinha crises de ansiedade, onde o cerne do seu sofrimento psíquico era manifestado através de uma profunda angústia diante da vida, que se manifestavam em ideação suicida e autolesão.

Próximo ao fim de seu tratamento, P3 disse ao psicoterapeuta-pesquisador:

*“Hoje eu entendo que a vontade de se matar, assim como a automutilação tem uma relação com uma vontade enorme de viver, e que a dor que eu provocava em mim mesmo se cortando, era uma forma de alcançar o prazer, mas a felicidade não pode custar tão caro assim”.*

No decorrer do processo terapêutico P3, que já tinha um interesse por literatura, poesia e dramaturgia, mencionou que tinha vontade de escrever, sonhava em ser artista

literário. As sessões que se seguiram, passaram a ser desenvolvidas através dos poemas e crônicas que ele escrevia, geralmente suas histórias literárias apresentavam o contexto social e familiar que atravessavam o paciente. O que possibilitou a compreensão do fato clínico psicanalítico vivenciado. P3, ao dar sentido e significado a seu sofrimento psíquico através das palavras escritas, conseguiu substituir as marcas no corpo (autolesão) por marcas projetadas no papel, transformando em discurso seus conflitos e dilemas. Um de seus escritos, intitulado “Eu sempre te vi vermelho”, retrata a história de um adolescente que se automutilava e que era visto pelas pessoas ao seu redor, apenas pelos cortes ou sangue que escorriam por seus braços, de onde veio a motivação para a utilização do “vermelho” no título de sua obra.

Os fatos clínicos psicanalíticos mencionados destacam a importância do processo psicoterápico fundamentado na psicanálise em auxiliar o paciente a elaborar seu sofrimento emocional, possibilitando abdicar do comportamento de autolesão e passar a elaboração do conflito vivido de forma inconsciente para o campo da representação. Demonstrando inclusive, os benefícios da psicoterapia no contexto da saúde pública, como um espaço potencial visando o tratamento, a prevenção e a melhora da qualidade de vida dos adolescentes.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo das vivências das emoções e afetos narrados pelos próprios adolescentes em relação ao conflito psicológico vivido pelos sujeitos possibilitou verificar a importância do corpo no processo de conversão da dor psíquica em dor física através da autolesão, sobretudo quando verificada a presença de uma tendência perversa no que diz respeito à conduta masoquista.

Constatou-se que a autolesão é uma prática comum entre os adolescentes na atualidade, entretanto, existem poucas pesquisas referentes a esta temática, tanto a nível nacional como internacional. Este fato por si só, já garante a urgência em se estudar o tema, contudo, é crucial destacar que na esfera da saúde pública e das políticas públicas destinadas ao cuidado com os adolescentes, não há práticas integradas ao serviço de atenção básica em saúde para esta população. Os registros epidemiológicos são limitados a informações quantitativas, inviabilizando o compreensão da prática autolesiva promovida pelo adolescente de forma integral, gerando uma interpretação equivocada e reducionista, quando não, preconceituosa em relação a autolesão provocada pelo adolescente.

Contudo, buscou-se trazer ao cerne da pesquisa, a figura do adolescente, enquanto protagonista, empoderando-o de seu próprio discurso, dando vida a sua narrativa através dos fatos clínicos selecionados para serem analisados e discutidos a luz da teoria psicanalítica. Ao utilizar a metodologia de construção de fatos clínicos psicanalíticos o psicoterapeuta-pesquisador explorou o fenômeno da transferência-contratransferência que se originava da relação psicoterapeuta-paciente para transformar os fatos clínicos em fatos clínicos psicanalíticos.

Cabe ressaltar, que o processo de transformação do fato clínico em fato clínico psicanalítico constitui em uma dinâmica intensa em termos afetivos-emocionais e um rico artifício intelectual e cognitivo. Na medida em que envolve a recordação e revivência das

experiências que emergiram no período em que os atendimentos ocorreram, através dos registros em prontuários e relatos de sessão elaborados pelo psicoterapeuta-pesquisador. Esta metodologia, possibilitou ao psicoterapeuta-pesquisador elaborar questões referentes a teoria e a técnica psicanalítica que corroboram para o desenvolvimento científico, sobretudo, na formulação de novas questões que promoverá o desenvolvimento de novas pesquisas.

Também, possibilitou a imersão no contexto da clínica psicanalítica em sua dimensão ampliada, que não se restringe apenas ao modelo tradicional. Demonstrando que o psicoterapeuta-pesquisador está longe de ser um profissional neutro e distante dos afetos que transitam no espaço do *setting*. Ao contrário, na maioria das vezes as emoções que reverberam no corpo e no psiquismo de profissional psicólogo são de extrema importância e, se bem utilizados, podem contribuir para o desenvolvimento da psicoterapia de base psicanalítica.

Os resultados obtidos nesta pesquisa mostram-se relevantes, pois corroboram os achados de outras pesquisas desenvolvidas dentro desta temática, mencionadas ao longo do estudo, apontando que a autolesão tem a finalidade de diminuir a angústia frente a uma dor emocional, sobrepondo-a a uma dor física. Ademais, a prática autolesiva entre adolescentes demonstrou que também pode ocorrer como forma de inclusão no grupo, possibilitando a sensação de pertencimento a um coletivo, principalmente quando o adolescente se encontra fragilizado devido a uma sensação de abandono emocional por parte das figuras parentais.

Também foi possível evidenciar, a busca pelo prazer sexual associado a práticas de autolesão como forma de obtenção de prazer. Entretanto, as formas de uso do corpo no âmbito sexual tinha uma característica perversa, buscando na dor e humilhação uma forma de obter a satisfação como forma de amenizar os traumas emocionais. À medida que os atos autodestrutivos foram tornando-se palavras e sendo passíveis de elaboração, a prática de autolesão, diminuíram e até mesmo cessaram em alguns casos.

Necessário se faz destacar, que esta pesquisa não pretende encerrar a análise do problema da autolesão no debate público, muito menos apresentar uma solução reducionista para uma questão tão complexa de saúde mental, que é o caso de autolesão entre os adolescentes. Tão pouco, visa dar por resolvida, a compreensão do fenômeno da conduta de risco na sociedade contemporânea, considerada um desafio, tanto para a universidade enquanto produtora de conhecimento, como na vida cotidiana da população que pede resposta para o problema enfrentado.

Ao contrário, através da divulgação desta pesquisa, buscar-se-á a visibilização de um problema de saúde pública, que adentra os lares do Brasil e do mundo, culminando em dor e sofrimento para os membros de famílias, os quais enfrentam o problema da autolesão e nem sempre encontram a assistência de saúde necessária para tratar o problema em questão. Neste caso, o serviço de Psicologia na Atenção Básica em Saúde, da mesma forma a psicoterapia psicanalítica numa proposta ampliada, demonstram ser de extrema relevância no tocante à sua implementação e, em alguns casos sugerem a necessidade de serem repensadas, com a finalidade de mudança de paradigma diante da cristalização de um modelo tradicional. Portanto, espera-se que o estudo possa fomentar e contribuir para este tipo de discussão e debate.

## REFERÊNCIAS

- Aberastury, A., & Knobel, M. (1981). *Adolescência normal: um enfoque psicanalítico*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Agamben, G. (2008). *O que resta de Auschwitz*. São Paulo, SP: Boitempo.
- Ahumada, J. L. (1994). O que é um fato clínico? A Psicanálise clínica como método indutivo. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28(4), pp. 635–656.
- American Psychiatry Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5ª ed. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Anzieu, D. (1989). *O eu-pele*. (Z. Y. Rizkallah, R. Mahsuz, Trad. & Ed.) São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Araújo, J. F. B. de, Chatelard, D. S., Carvalho, I. S., & Viana, T. de C. (2016). O corpo na dor: Automutilação, masoquismo e pulsão. *Estilos Clínicos*, 21(02), 497–515. <https://doi.org/http://dx.doi.org/0.11606/issn.1981-1624.v21i2p497-515>
- Barbosa, V.; Di Lollo, M. C.; Zerbetto, S. R.; Hortense, P. (2019). A prática de autolesão em jovens: uma dor a ser analisada. *Revista Mineira de Enfermagem*, 23(1) e-1240, 1-8. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190088>
- Barrault, C. (2005). *L'adolescence à fleur de peau: se couper pour exister* (Doctoral dissertation, UHP-Université Henri Poincaré).
- Bowlby, J. (2006). *Cuidados maternos e saúde mental* (V. L. B. de Souza; I. Rizzini, Trans.). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1976).
- Blos, P. (1998). *Adolescência: uma interpretação psicanalítica*. (W. Dutra, Trans.). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1962).
- Bocchi, J. C., & Campos, É. B. V. (2018). Morte, narcisismo e invisibilidade nos quadros limítrofes: um estudo clínico. *Natureza Humana-Revista Internacional de Filosofia e Psicanálise*, 20(1), 115-133. <http://revistas.dww.com.br/index.php/NH/article/view/315>
- Brandão Junior, Pedro Moacyr Chagas, & Canavêz, Fernanda. (2018). O corpo na contemporaneidade: notas preliminares sobre a prática de autolesão em adolescentes. *Analytica: Revista de Psicanálise*, 7(13), 179-191. Recuperado em 30 de março de 2022, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2316-51972018000200004&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2316-51972018000200004&lng=pt&tlng=pt).
- Brasil. (2007). Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. *Secretaria de atenção à saúde, Área de saúde de adolescente e do jovem*. Ministério da Saúde. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07\\_0400\\_M.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf)
- Brasil. (2012). Estatuto da Criança e do Adolescente e Legislação Complementar para proteção Integral de Crianças e Adolescentes. *Secretaria do Estado da Família e Desenvolvimento Social*. Curitiba, PR: SEDS.

- Brasil. (2016). Viva: instrutiva notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico]. *Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e promoção de saúde*. Ministério da Saúde. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_instrutivo\\_violencia\\_interpessoal\\_auto\\_provocada\\_2a ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_auto_provocada_2a_ed.pdf)
- Brasil. (2018). Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica. (2ª ed.). *Secretaria de atenção à saúde, Departamento de ações programáticas e estratégias*. Ministério da Saúde. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger\\_cuidar\\_adolescentes\\_atencao\\_basica\\_2a ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica_2a_ed.pdf)
- Bunge, M. (2002). *La investigación científica: su estrategia y su filosofía*. Siglo XXI.
- Câmara, L., & Canavêz, F. (2020). Contribuições de Sándor Ferenczi para o fenômeno da autolesão. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 23(1), 57-76. Epub April 22, 2020. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n1p57.5>
- Camus, A. (2018). *O mito de Sísifo*. (A. R. Paulina, Trad.). Record. (Trabalho original publicado em 1942).
- Canguilhem, G. (2014) *O normal e o patológico*. (M. T. R. C. Barrocas, Trad.) Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1966).
- Cardoso, M. R., Demantova, A. G., & Maia, G. D. C. S. (2016). Corpo e dor nas condutas escarificatórias na adolescência. *Estudos de Psicanálise*, (46), 115-123. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-34372016000200012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372016000200012)
- Caropreso, Fátima, & Monzani, Luiz Roberto. (2012). Vivência de dor e pulsão de morte na teoria freudiana do aparelho psíquico e das neuroses. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 12(3-4), 607-638. Recuperado em 18 de março de 2022, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482012000200005&lng=pt&tlng=.](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482012000200005&lng=pt&tlng=)
- Cedaro, J. J., & Nascimento, J. P. G. D. (2013). Dor e Gozo: relatos de mulheres jovens sobre automutilações. *Psicologia Usp*, 24, 203-223. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642013000200002>
- Cesar, F. F. (2019). *O povo do nevoeiro: psicanálise dos casos difíceis*. São Paulo, SP: Blucher.
- Costa, A. (2014). *Tatuagens e marcas corporais: atualizações do sagrado*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Corso, D. L., & Corso, M. (2014). Corpos ilustrados e enfeitados: Tatuagens e marcas corporais. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 16(1), 138–150.
- Cukiert, M., & Prizskulnik, L. (2000). O corpo em psicanálise: algumas considerações. *Psyche (São Paulo)*, 53-63. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-410137>

- Dallazen, L., Giacobone, R. V., Macedo, M. M. K., & Kupermann, D. (2012). Sobre a ética em pesquisa na psicanálise. *Psico*, 43(1), 47–54. Recuperado de <https://revistaseletronicas.pucrio.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/11098>
- Demantova, A. G. (2020). *Automutilação na adolescência: corpo atacado, corpo marcado*. Curitiba, PR: CRV.
- Dias, J. M., & Silva, J. C. (2019). O Signo da falta: automutilação na adolescência. *Boletim Entre SIS*, 4(1), 21-30. <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/boletimsis/article/view/19497>
- Etchegoyen, R. H. (2004). Contratransferência. In *Fundamentos da técnica psicanalítica* (2a ed, p. 59–173). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Fanfic. (2021, Agost 17). In <https://pt.wikipedia.org/wiki/Fanfic>
- Ferenczi, S. (2011). *Transferência e introjeção* (A. Cabral, Trad.) WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1909).
- Ferenczi, S. (2011). *As fantasias provocadas* (A. Cabral, Trad.) WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1924).
- Fonseca, P. H. N. da, Silva, A. C., Araújo, L. M. C. de, & Botti, N. C. L. (2018). Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 70(3), 246–258.
- Fortes, I., & Macedo, M. M. K. (2017). Automutilação na adolescência: Rasuras na experiência de alteridade. *Psicogente*, 20(38), 353–367. <https://doi.org/10.17081/psico.20.38.2556>
- Foucault, M. (2004). *Vigiar e punir: a história da violência nas prisões*. (R. Ramallete, Trad.) Vozes. (Trabalho originalmente publicado em 1975).
- Foucault, M. (2010). *História da loucura*. (J. T. Coelho Neto, Trad.) Perspectiva. (Trabalho originalmente publicado em 1972).
- Foucault, M. (2011). *Os anormais*. (T. Brandão, Trad.) Martins Fontes. (Trabalho originalmente publicado em 1974-1975).
- Freud, S. (2010). *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico* (P. C. de Souza, Ed. & Trad.) Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1911).
- Freud, S. (2010). *A dinâmica da transferência* (P. C. de Souza, Ed. & Trad.) Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1912).
- Freud, S. (2010). *Recomendações ao médico que pratica a psicanálise* (P. C. de Souza, Ed. & Trad.) Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1912).

- Freud, S. (2010). *Recordar, repetir e elaborar* (P. C. de Souza, Ed. & Trad.) Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (2010). *Introdução ao narcisismo* (P. C. de Souza, Ed. & Trad.) Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (2010). *Os instintos e seus destinos* (P. C. de Souza, Ed. & Trad.) Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (2010). *Além do princípio do prazer* (P. C. de Souza, Ed. & Trad.) Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1920).
- Freud, S. (2010). *Sobre as transformações dos instintos, em particular no erotismo anal* (P. C. de Souza, Ed. & Trad.) Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1917).
- Freud, S. (2010). *Caminhos da terapia psicanalítica* (P. C. de Souza, Ed. & Trad.) Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1919).
- Freud, S. (2010). *Batem numa criança: contribuição ao conhecimento da gênese das perversões sexuais* (P. C. de Souza, Ed. & Trad.) Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1919).
- Freud, S. (2010). *Novas conferências introdutórias em psicanálise* (P. C. de Souza, Ed. & Trad.) Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1933).
- Freud, S. (2011). *O eu e o id* (P. C. de Souza, Ed. & Trad.) Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1923).
- Freud, S. (2011). *A organização genital infantil* (P. C. de Souza, Ed. & Trad.) Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1923).
- Freud, S. (2011). *O problema econômico do masoquismo* (P. C. de Souza, Ed. & Trad.) Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1924).
- Freud, S. (2011). *A dissolução do complexo de Édipo* (P. C. de Souza, Ed. & Trad.) Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1924).
- Freud, S. (2012). *Totem e tabu* (P. C. de Souza, Ed. & Trad.) Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1912-1913).
- Freud, S. (2012). *Sobre a psicologia do colegial* (P. C. de Souza, Ed. & Trad.) Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1912-1913).
- Freud, S. (2014). *Conferências introdutórias à psicanálise* (P. C. de Souza, Ed. & Trad.) Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1916-1917).
- Freud, S. (2014). *Teoria geral das neuroses* (P. C. de Souza, Ed. & Trad.) Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1917).

- Freud, S. (2014). *Inibição, sintoma e angústia* (P. C. de Souza, Ed. & Trad.) Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1926).
- Freud, S. (2014). *Dostoiévski e o parricídio* (P. C. de Souza, Ed. & Trad.) Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1928).
- Freud, S. (2015). *O caráter do erotismo anal* (P. C. de Souza, Ed. & Trad.) Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1908).
- Freud, S. (2016). *Considerações teóricas* (P. C. de Souza, Ed. & Trad.) Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1893-1895).
- Freud, S. (2016). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (P. C. de Souza, Ed. & Trad.) Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1905).
- Freud, S. (2016). *O método psicanalítico de Freud* (P. C. de Souza, Ed. & Trad.) Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1904).
- Freud, S. (2018). *Compêndio de psicanálise* (P. C. de Souza, Ed. & Trad.) Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1940 [1938]).
- Freud, S. (2018). *Construções na análise* (P. C. de Souza, Ed. & Trad.) Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1937).
- Freud, S. (2019). *O trabalho do sonho* (P. C. de Souza, Ed. & Trad.) Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1900).
- Fuks, B. B. (2011). *Comentário sobre a tradução de Paulo César Souza das Obras completas de Sigmund Freud*. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142011000300012>
- Fulgencio, L. (2018). As especulações metapsicológicas de Freud. In Fulgencio, L. (Org.), *A bruxa metapsicologia e seus destino* (pp. 33-74). Blucher.
- Giovannetti, M. de F. (2018). *Clínica psicanalítica: testemunho e hospitalidade*. São Paulo, SP: Blucher.
- Gomes, G. (2007). A gênese do conceito freudiano de inconsciente. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 12, 31-36. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2007000100004>
- Graña, R. B. (2004) A psicopatologia da adolescência e o espectro borderline. In Graña, R. B., & Piva, A. B. S. (Orgs.), *A atualidade da psicanálise de adolescentes* (pp. 153-164). Casa do Psicólogo.
- Graves, R. (2018). A castração de Urano. In *Os mitos gregos* (2º ed, Vol. 1, p. 552). Nova Fronteira.
- Green, A. (1988). *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo, SP: Escuta.
- Hobbes, T. (2002). *Do cidadão*. (R. J. Ribeiro, Trad.). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1642).

- Hoppe, M. W. (2000). Do modelo narrativo à escritura do fato clínico: O drama do paciente e o caso do analista. *Pulsional Revista de Psicanálise*, XIII(140/141), 56–62.
- Iwashima, D., Reis, M. E. T. dos, & Santiago, T. de S. (2019). As emoções vivenciadas pelo psicoterapeuta aprendiz na clínica psicanalítica com adolescentes: Um estudo exploratório. *Revista de Psicologia*, 10(2), 31–40.
- Jucá, V. D. S., & Vorcaro, A. M. R. (2018). Adolescência em atos e adolescentes em ato na clínica psicanalítica. *Psicologia USP*, 29, 246-252. <https://doi.org/10.1590/0103-656420160157>
- Klein, M. (1991). Nosso mundo adulto e suas raízes na infância. (E. M. da Rocha; L. P. Chaves, Col.) In Klein, M. *Inveja e gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1959).
- Knobel, M. (1981). A síndrome da adolescência normal. In Aberastury, A., & Knobel, M. (Orgs). *Adolescência normal: um enfoque psicanalítico*. (Cap. 2, pp. 24– 62). Artmed.
- Laplanche, J.; Pontalis, J. B. (2001). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Laplanche, J. (2015). *Sexual: a sexualidade ampliada no sentido freudiano 2000-2006*. Rio de Janeiro: Dublinense.
- Lazzarini, E. R., & Viana, T. D. C. (2006). O corpo em psicanálise. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 22, 241-249. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722006000200014>
- Laufer, M. E. (2004). Colapso desenvolvimental e funcionamento psicótico na adolescência. In Graña, R. B., & Piva, A. B. S. (Org.), *A atualidade da psicanálise de adolescentes* (pp. 207-218). Casa do Psicólogo.
- Le Breton, D. (2009). *Condutas de risco: dos jogos de morte ao jogo de viver*. São Paulo: Autores Associados.
- Le Breton, D. (2013). *Antropologia da dor*. São Paulo: FAP-Unesp.
- Le Breton, D. (2017). *Uma breve história da adolescência*. Belo Horizonte: ed. PUC-Minas.
- Loffredo, A. M. (2013). Transferência e contratransferência. *Jornal de Psicanálise*, 46(84), 259-262. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-58352013000100023](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352013000100023)
- Lopes, Lorena da Silva, & Teixeira, Leônia Cavalcante. (2019). Automutilações na adolescência e suas narrativas em contexto escolar. *Estilos da Clínica*, 24(2), 291-303. <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v24i2p291-303>
- Mcdougall, J. (2018). *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 2013).

- Menninger, K. (2018). *Eros e Tânatos: o homem contra si próprio*. (A. Arruda, Trad.) IBRASA. (Trabalho original em 1938).
- Mezan, R. (1996, Novembro). Psicanálise e psicoterapias. In Psicoterapia em questão, *Mesa Redonda* [Palestra]. VIII Plenário do Conselho Federal de Psicologia, São Paulo, Brasil.
- Minerbo, M. (2020). *Transferência e contratransferência*. Editora Blucher.
- Moreira, É. D. S., Vale, R. R. M. D., Caixeta, C. C., & Teixeira, R. A. G. (2020). Automutilação em adolescentes: revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 3945-3954. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.31362018>
- Nunes, C. A. (2015). Penélope reconhece Odisseu. In *Odisseia de Homero: Vol. I* (25a ed, p. 424). Nova Fronteira.
- Ogden, T. H. (2017). *A matriz da mente*. São Paulo, SP: Blucher.
- Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão. Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 3 ed. São Paulo: EDUSP; 1996.
- Perelberg, R. J. (2021) *Pai assassinado, pai morto: revisitando o complexo de Édipo*. (C. S. Lima Trad.) Blucher. (Trabalho original publicado em 2015).
- Peres, R. S., Caropreso, F., & Simanke, R. T. (2015). A noção de representação em psicanálise: da metapsicologia à psicossomática. *Psicologia Clínica*, 27, 161-174. DOI: 10.1590/0103-56652015000100009
- Pinheiro, N. N. B. (2019). O que pode a psicanálise perante o indizível. In Winograd, M.; Cremasco, M. V. F. (2019). *O que pode a psicanálise* (pp. 261-280). São Paulo, SP: Blucher.
- Piva, A. (2004). Sobre uma compreensão vincular da psicopatologia do vazio. In Graña, R. B., & Piva, A. B. S. (Org.), *A atualidade da psicanálise de adolescentes* (pp. 35-50). Casa do Psicólogo.
- Poli, M. C. (2008). Escrevendo a psicanálise em uma prática de pesquisa. *Estilos da Clínica*, XIII(25), 154–179. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v13i25p154-179>
- Quinodoz, J.-M. (1994). Fatos clínicos ou fatos clínicos psicanalíticos? *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28(4), 613–634.
- Quinodoz, J.-M. (2007). *Ler Freud: guia de leitura da obra de S. Freud*. (F. Murad; D. Zimmerman, Trad. & Rev.) Porto Alegre, RS: Artmed.
- Renik, O. (1994). Publicação de fatos clínicos. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28(4), 811–819.
- Rosenberg, B. (2003). *Masoquismo mortífero e masoquismo guardião da vida*. São Paulo, SP: Escuta.

- Roudinesco, E.; & Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. (V. Ribeiro; L. Magalhães, Trad.; M. A. C. Jorge, Ed.). Zahar.
- Silva, C. M. D., & Macedo, M. M. K. (2016). O método psicanalítico de pesquisa e a potencialidade dos fatos clínicos. *Psicologia: ciência e profissão*, 36, 520-533. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001012014>
- Sofio, F. (2015). Literacura da histeria: A questão da forma literária das psicanálises. *Jornal de Psicanálise*, 48(89), 93-102.
- Spagiari, N. T. B., Salvador, I. N., Barbeiro, F. de S., & Reis, M. E. B. T. dos. (2020). O segredo despido pelo brincar na clínica psicanalítica. *Revista de Psicanálise: Analytica*, 9(16), 1-19.
- Tostes, I; Winograd, M. (2019) *Pulsão de morte e o trabalho do negativo: uma introdução*. Curitiba, PR: Appris Editora.
- Tuckett, D. (1994). Conceituação e comunicação de fatos clínicos em psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28(4), 603-612.
- Urribarri, R. (2004). Sobre o processo adolescente. In Graña, R. B., & Piva, A. B. S. (Org.), *A atualidade da psicanálise de adolescentes* (pp. 35-50). Casa do Psicólogo.
- Urribarri, R. (2004). Considerações teórico-clínicas sobre as patologias severas na adolescência. In Graña, R. B., & Piva, A. B. S. (Org.), *A atualidade da psicanálise de adolescentes* (pp. 139-152). Casa do Psicólogo.
- Vieira, M. G., Pires, M. H. R., & Pires, O. C. (2016). Automutilação: Intensidade dolorosa, fatores desencadeantes e gratificantes. *Rev. Dor*, 17(04), 257-260. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160084>
- Vilhena, M., & Prado, Y. Z. C. (2015). Dor, angústia e automutilação em jovens: Considerações psicanalíticas. *Adolescência e Saúde*, 12(2), 94-98.
- Volmer Filho, G. (1994). A conceitualização do fato clínico psicanalítico. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28(4), pp. 673-685.
- Winnicott, D. W. (2011). *Fatores de integração e desintegração na vida familiar*. (M. B. Cipolla, Trad.). São Paulo, SP: WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1957).
- Winnicott, D. W. (2011). *O relacionamento inicial entre a mãe e seu bebê*. (M. B. Cipolla, Trad.). São Paulo, SP: WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1960).
- Winnicott, D. W. (2011). *Adolescência: transpondo a zona das calmarias*. (M. B. Cipolla, Trad.). São Paulo, SP: WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1961).
- Winnicott, D. W. (2011). *A criança de cinco anos*. (M. B. Cipolla, Trad.). São Paulo, SP: WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1962).

- Winnicott, D. W. (2012). *A agressão e suas raízes*. (A. Cabral, Trad.). São Paulo, SP: WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1939).
- Winnicott, D. W. (2012). *A psicologia da separação*. (A. Cabral, Trad.). São Paulo, SP: WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1958).
- Winnicott, D. W. (2019). *O uso de um objeto e a relação por meio de identificações*. (B. Longhi, Trans.). São Paulo, SP: UBU Editora. (Trabalho original publicado em 1969).
- Winnicott, D. W. (2019). *O inter-relacionamento independente do impulso instintivo baseado nas identificações cruzadas*. (B. Longhi, Trans.). São Paulo, SP: UBU Editora. (Trabalho original publicado em 1971).
- Winnicott, D. W. (2021). *Agressividade, culpa e reparação*. (P. C. Sandler, Trans.). São Paulo, SP: UBU Editora. (Trabalho original publicado em 1960).
- Winnicott, D. W. (2021). *Tipos de psicoterapias*. (P. C. Sandler, Trans.). São Paulo, SP: UBU Editora. (Trabalho original publicado em 1961).
- Winnicott, D. W. (2021). *O conceito de falso self*. (P. C. Sandler, Trans.). São Paulo, SP: UBU Editora. (Trabalho original publicado em 1964).
- Winnicott, D. W. (2021). *A imaturidade do adolescente*. (P. C. Sandler, Trans.). São Paulo, SP: UBU Editora. (Trabalho original publicado em 1968).
- Winograd, M. (2004). A noção de concomitância na metapsicologia de Freud. *Revista de Filosofia Aurora*, 23(33), 453-473. doi:<http://dx.doi.org/10.7213/rfa.v23i33.1576>
- Winograd, Monah, & Costa Mendes, Larissa da (2009). Qual corpo para a psicanálise? Breve ensaio sobre o problema do corpo na obra de Freud. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11 (2),211-223.[fecha de Consulta 17 de Abril de 2022]. ISSN: 1516-3687. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=193814393015>.
- Zimerman, D. E. (1999). *Fundamentos psicanalíticos: Teoria, técnica e clínica*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Zimerman, D. E. (2004). *Manual de técnica psicanalítica*. Porto Alegre, RS: Artmed.