

**Universidade Federal do Rio de Janeiro - Instituto de
Psicologia
Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica**

Vicissitudes da autolesão nas dobras do traumático

Diego Pinheiro Sanzana

Rio de Janeiro

2021

VICISSITUDES DA AUTOLESÃO NAS DOBRAS DO TRAUMÁTICO

Diego Pinheiro Sanzana

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos à obtenção do título de Mestre em Teoria Psicanalítica.

Orientador: Julio Verztman

Coorientadora: Thais Klein

Rio de Janeiro

Agosto/2021

Vicissitudes da autolesão nas dobras do traumático

Diego Pinheiro Sanzana

Orientador: Julio Verztman

Coorientadora: Thais Klein

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos à obtenção do título de Mestre em Teoria Psicanalítica.

Aprovada por:

Prof. Dr. Júlio Verztman

Orientador

Profa. Dra. Thais Klein

Coorientadora

Profa. Dra. Marta Rezende Cardoso

Prof. Dr. Carlos Augusto Peixoto Jr.

Rio de Janeiro

Agosto /2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S238 Sanzana, Diego Pinheiro.
Autolesão nas dobras do traumático / Diego Pinheiro Sanzana.
Rio de Janeiro: UFRJ, 2021.
209 f.

Orientador: Julio Verztman.
Coorientadora: Thais Klein.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, 2021.

1. Psicanálise. 2. Comportamento autodestrutivo. 3. Automutilação. 4. Psicopatologia. I. Verztman, Julio Sergio. II. Klein, Thais. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia.

CDD150.195

Elaborada por: Adriana Almeida Campos CRB-7/4081

Ao meu avô Samuel, que apesar de tudo que passou, pode ter me dado tanto. Transmitiu de forma única e apaixonante uma imensa gana de viver. Além de força, me legou a determinação, amparos necessárias para lidar com as piores adversidades. Gratidão por sempre ter se demorado no olhar sobre mim, por não esconder seu encanto com cada gesto meu.

Agradecimentos

A Julio Verztman, sobretudo pela confiança em mim. Por ter me lido nas entrelinhas, por ter acatado e respeitado meu estilo e tempo de sobrevoo. Pelas orientações ao longo desses anos. Pela sua notável sensibilidade clínica que há tempos me cativou e inspirou. Por ter me acolhido e investido em mim desde a iniciação científica. Sou muito grato por esse bom encontro.

A Thais Klein, por ter topado caminhar junto, no segundo tempo, dessa jornada hercúlea. Por ajudar a suavizar minha escrita. Pelas cervejas, confidências e parceria.

Aos meus pais, minha avó, minha tia e meus irmãos, minhas bases e primeiras inspirações, obrigado por terem suportado — e me aguentado — nesse longo período de indisponibilidade de presença.

A Ana Paula Sanzana, por ser o grande pilar do que estou me tornando, por me ajudar a sempre enxergar o outro, por seu olhar atento, por radicalizar a importância das sutilezas.

A Phellipe Barcelos, por ter me surpreendido com tanto afeto, dedicação e ânimo. Por toda prontidão em me ajudar no que eu precisar.

A Marta Rezende Cardoso, pelas frutíferas contribuições teóricas ao longo do exame de qualificação. Por toda generosidade de transmissão em suas aulas. Sua presença foi essencial para a construção desta dissertação.

A Carlos Augusto Peixoto Jr, por me acompanhar desde o meu início no Mestrado e continuar possibilitando excelentes trocas, com muito afeto e vivacidade. Por todas as contribuições no exame de qualificação. Muito obrigado por ter a destreza e generosidade no partilhar de suas ideias e por ser um grande interlocutor.

A Regina Herzog, pelo amparo, pela amizade, pelos livros, ligações, indicações. Pelos inúmeros e imprescindíveis sopros de confiança que me deu ao longo desses anos, desde a graduação.

A Teresa Pinheiro, pelas excelentes trocas e pelo aprendizado, sempre recheados com grande entusiasmo e senso de humor. Por ter topado dividir seu conhecimento sobre a vida, sobre a clínica e sobre Ferenczi.

A Barbara Andrade, que com toda sua sabedoria e doçura, me fez importantes apontamentos.

A Leonardo Câmara, por todo suporte.

A Fernanda Pacheco, por todo incentivo no início desse percurso, por todas as trocas ao longo desses anos.

A Ivanise Fontes, pela amizade e por me expandir os horizontes da psicanálise.

Aos companheiros de trabalho do Núcleo de Assistência em Saúde Mental Casa Verde, sobretudo a Carmen Tourinho, por ter apostado em mim, por ser uma grande e generosa sumidade nas práticas de cuidado.

Ao NEPECC, por tantas discussões frutíferas e enriquecedoras para a minha vida e profissão. Por fomentar a troca, por ser rede, por todo afeto. Em especial a Júlio Verztman, Teresa Pinheiro e Regina Herzog, pelas valiosas contribuições, pela generosa e primorosa transmissão da psicanálise.

Aos meus colegas de orientação, especialmente a Ana Carolina Cubria, Ramon Reis, Fernanda Landeira e Tatiana Audino que partilham comigo essa trabalhosa, mas também prazerosa, jornada.

A Andrea Kurthy, pelo caminhar junto de tantos anos, pelos desvios necessários.

Aos supervisores Sérgio Tostes, Hélia Borges e Carlos Augusto Peixoto Jr, por me ajudarem de maneira tão sensível no refinamento de minha escuta. Por incentivarem e abraçarem meus movimentos de experimentação na clínica.

A Paulo Sérgio de Souza Jr., pela atenciosa e eficiente revisão deste texto.

A Sabira Alencar, sem você não teria sido possível ler todos esses textos em francês.

A Alice Quintella e José Luiz, pela ajuda e pelo apoio do PPGTP.

Ao CNPq, pelo financiamento de minha pesquisa.

Aos meus amigos queridos, antigos, novos e de sempre, minha família do coração.

Por fim, agradeço aos meus pacientes, pelo privilégio que me concedem ao partilharem suas trajetórias.

SANZANA, Diego Pinheiro. **Vicissitudes da autolesão nas dobras do traumático**. Rio de Janeiro 2021. Dissertação (Mestrado em Teoria Psicanalítica) — Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Resumo

Vicissitudes da autolesão nas dobras do traumático

Diego Pinheiro Sanzana

Orientador: Júlio Verztman; Coorientadora: Thais Klein

Resumo da Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Teoria Psicanalítica.

Esta pesquisa de mestrado tem como objetivo principal uma aproximação teórico-clínico da autolesão, sob uma perspectiva psicanalítica. Sua finalidade é contribuir para o avanço da compreensão dessa modalidade de defesa que envolve uma ação visível de destruição de partes do corpo. Para tanto, pretendemos aquilatar a extensão da variabilidade funcional da autolesão. Tendo em vista sua presença de forma heterogênea, apresentamos a autolesão a partir de diferentes experiências, utilidades, finalidades, modos de apresentação e dinâmicas subjetivas. Para tanto, realizamos este escrito em três etapas, nas quais a ideia de heterogeneidade se encontra presente enquanto um pano de fundo. No primeiro capítulo, o trabalho é voltado para o resgate da noção de autolesão, cotejando uma visão panorâmica acerca do tema, ao apresentarmos algumas das diversas facetas do fenômeno autolesivo, delimitando, com isso, alguns dos principais eixos que vêm sendo trabalhados sobre o tema, sobretudo no campo da psicanálise. Adiante, no segundo capítulo, é feito um retorno a Freud, Ferenczi e Winnicott, em que são apresentadas as hipóteses levantadas por estes no que diz respeito ao trauma, tendo como finalidade construir as bases para argumentação e análise de possíveis matizes expressivos nos quais a autolesão se dá. A partir disso, extraímos, das diferentes conceituações de autores, algumas possibilidades de articulação da autolesão com o trauma, a exemplo do cunho defensivo, de sua dimensão paradoxal e, por fim, de uma discussão dos índices sensíveis implicados nesses atos. A partir das considerações efetuadas nos dois primeiros capítulos, exploramos algumas expressões subjetivas — os extremos relacionais, um feitio histérico, obsessivo e limítrofe — de modo a caucionar e ilustrar nossa hipótese quanto à heterogeneidade da autolesão. Neste ínterim, foi salientada a importância da dimensão relacional para compreensão da autolesão, além de nos abrirmos a uma dimensão de positividade existente em um ato tão virulento e destrutivo de partes do corpo.

Palavras-chaves: Autolesão - Trauma - Heterogêneo – Defesa– Psicanálise – Psicopatologia – Dissertação (Mestrado).

Rio de Janeiro

Agosto/2021

SANZANA, Diego Pinheiro. **Automutilation dans les plis du trauma**. Rio de Janeiro 2021. Thèse (Master en théorie psychanalytique) — Programme de troisième cycle en théorie psychanalytique, Université fédérale de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Résumé

Automutilation dans les plis du trauma

Diego Pinheiro Sanzana

Directeur : Julio Verztman; Co-directrice : Thais Klein

Résumé du mémoire de recherche soutenu dans le programme de troisième cycle en théorie psychanalytique, Institut de psychologie, Université fédérale de Rio de Janeiro - UFRJ, dans le cadre des exigences nécessaires pour obtenir le titre de Master en théorie psychanalytique.

Cette recherche présente une approche théorique de l'automutilation dans une perspective psychanalytique. Elle a pour objectif de contribuer à la compréhension de cette modalité de défense qui passe par une action visible, en évaluant l'extension de la variabilité fonctionnelle de l'automutilation. Étant donnée sa présence hétérogène, l'automutilation est théorisée à partir de différentes expériences, usages, finalités, modes de présentation et dynamiques subjectives. L'étude se développe en trois temps, l'idée d'hétérogénéité étant le fil rouge de tous les chapitres : dans un premier temps, le mémoire reprend la notion d'automutilation, dans une visée panoramique et comparative du sujet. Ce premier chapitre aborde quelques-uns parmi les différents aspects du phénomène d'automutilation, en délimitant les principaux axes qui ont été travaillés sur ce thème, notamment dans le domaine de la psychanalyse. Le deuxième chapitre propose de revenir à Freud, Ferenczi et Winnicott pour exposer les hypothèses qu'ils développent sur le traumatisme psychique et construire les bases de l'argumentation et l'analyse de certaines nuances fondamentales dans lesquelles l'automutilation se produit. Des différentes conceptualisations de ces auteurs sont tirées quelques articulations possibles entre l'automutilation et le traumatisme, à savoir son aspect défensif, sa dimension paradoxale, ainsi que la discussion des indices sensibles impliqués dans ces actes. Sur la base des considérations qui composent les deux premiers chapitres, quelques expressions subjectives seront explorées — les extrêmes relationnels, le caractère hystérique, obsessionnelle et borderline — afin de soutenir et d'illustrer notre hypothèse de travail sur l'hétérogénéité de l'automutilation. Ainsi, l'importance de la dimension relationnelle est soulignée pour mieux comprendre l'automutilation, non moins qu'une certaine dimension de positivité pouvant accompagner cet acte virulent et destructeur de quelques parties du corps.

Mot clés : Automutilation- Trauma- Hétérogène -Défense- Psychanalyse- Psychoopathologie- Mémoire (Master).

SUMÁRIO

<i>Preâmbulo</i>	12
<i>Capítulo I – Autolesão: a que será que se destina?</i>	20
I.1 – Argumento	20
I.2 – Ponto de partida: Modos de apropriação da autolesão	21
I.3 – Perspectivas da psiquiatria	22
I.3.2 Babel conceitual: notas sobre modos de designação e classificação	25
I.3.3 O sintoma disfuncional, disperso e somático	27
I.4 – A abrangência de problemáticas: o leque cultural	32
I.5 – Dimensões de reflexão acerca da autolesão no cenário psicanalítico	36
1.5.2 – Com Freud a psicopatologia da autolesão cotidiana	37
1.5.2.2 A pulsão destrutiva	41
I.5.3 – A variabilidade de ordenações subjetivas na autolesão	44
1.5.4 Vestígios no corpo	50
1.5.5 O inédito do corpo adolescente	54
1.5.6 A função econômica: uma roupagem masoquista?	57
1.3.5 Algesia e dissociação	61
1.5.8 O assoalho traumático na autolesão	65
1.9 Sumarização do panorama	68
<i>CAPÍTULO II – A dobra traumática: reflexões e apontamentos sobre autolesão e o trauma</i>	71
II.1 Argumento	71
II.1.2 Os ângulos de análise do traumático na autolesão	73
II.2.1 O tronco freudiano do traumático	76
II.2.1.2 Sua majestade o eu e seus sucedâneos traumáticos	82
II.1.3 O transbordamento	88
II.2.2 Autolesão: um destino possível frente a diversas incidências traumáticas	92
II.3 O ramo ferencziano: o fato vivido e seus efeitos	95
III.3.1 O relacional em foco no trauma	96
III.3.1.2 O não reconhecimento da vulnerabilidade infantil: Acidente interacional	98
III.3.1.3 O vínculo frágil com a vida	101
II.3.1.4 Qualidades interacionais e atmosfera traumática	103
II.3.2 Repercussões na subjetividade da criança	105

II.3.2.1 Paradoxo da autotomia: o psicossoma nos estados de exceção e as defesas radicais.....	106
II.3.2.2 As defesas radicais e a autolesão.....	110
II.3.2.3 Com Ferenczi: a dimensão paradoxal da autolesão.....	117
II.4 O ramo winnicotiano: dependência em colapso.....	119
II.4.1 As raízes do trauma	119
II.4.2 As bases do sentimento de si mesmo e do continuar a ser.....	122
II.4.3 Trauma no âmbito de desenvolvimento emocional.....	127
II.4.4 Integração, reação, espacialização e temporalização: vetores sensíveis da autolesão	135
II. 5 Sumarização	139
<i>CAPÍTULO III – UM BREVE ENSAIO DE EXPRESSÕES AUTOLESIVAS.....</i>	<i>144</i>
III.1 Argumento	144
III.1.2 Autolesão: entre enlacs e desenlacs com o outro.....	145
III.2 – Extremos relacionais	149
III.3 A alegoria obsessiva compulsiva: pensamentos intrusivos, punição e confusão...	153
III.4 – Matiz histérico da autolesão: a pantomima e o rancor	161
III.5 – Estilos-limite: Vazios, bordas e impulsividade	168
<i>Considerações finais.....</i>	<i>182</i>
<i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	<i>192</i>

Preâmbulo

Quando questionado quanto ao percurso que me fez abordar o fenômeno da autolesão, duas falas sempre me veem à cabeça: “*Diego, tô me batendo porque tô nervoso, tá?*” e “*vocês não entendem que a questão não é eu me cortar?*”. Foi a partir da relação experienciada na clínica, com sujeitos que partilham e partilharam comigo fragmentos de suas histórias e modos de viver, os quais em alguns momentos recorreram à autolesão. O eco da fala “*you do not understand that the question is not me cutting myself?*” reverberou fortemente em mim, levando-me a uma aproximação de maneira mais cuidadosa dessa problemática. Nesse ponto estou diante de meu incipiente repertório teórico, reconsiderando minha capacidade de desempenhar o papel para o qual estava ali sendo convocado. Toda essa dimensão do encontro clínico foi que mais me instigou ao início da pesquisa; e embora essa seja a semente inicial da dissertação, apenas teremos informações a seu respeito de forma muito tangencial. Como temos ouvido essas expressões dinamicamente? De que forma estamos lidando com um estilo subjetivo que envolve atacar o corpo, no qual as autolesões ganham morada? Como uma companheira de trabalho, e de vida, uma vez me sugeriu: esse caso trazia muita angústia para cena, para todos os seus componentes.

O segundo ponto que me motivou a escrever sobre a autolesão foi a constatação de que havia modos muito diversos de se apresentar esse fenômeno. Talvez o contexto em que me encontre inserido tenha favorecido a minha percepção, para um conhecimento banal para aqueles que transitam por dispositivos clínicos, a saber: a singularidade e as pluralidades que a autolesão podem desempenhar para cada um. Foi então que decidi me debruçar com veemência sobre a temática das autolesões. Meu contato mais próximo com esse fenômeno se deu de maneira concomitante em três circunstâncias clínicas: em meu consultório privado, no contexto do cotidiano de um Hospital Dia¹, e também nas discussões teórico-clínicas do NEPECC³. As trocas, vivências e discussões em torno

¹ O Hospital Dia foi proposto como alternativa à lógica manicomial hegemônica, buscando operar uma concepção de loucura e de tratamento através da criação de uma ambiência mais terapêutica. Nesse sentido, podemos lembrar, com Vertzman, Cavalcanti e Serpa (1992), que ele pode ser um lugar legítimo de tratamento e tecido de vida para determinados sujeitos, havendo uma disposição capaz de acolher e escutar esse indivíduo com uma organização psíquica particular.

² Núcleo em assistência e saúde mental Casa Verde.

³ O Núcleo de Estudos em Psicanálise e Clínica da Contemporaneidade (NEPECC) é resultado de um acordo entre duas instituições da UFRJ, o Programa da Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica (PPGTP-

dessa problemática, a partir de contextos clínicos distintos, incitaram uma aproximação da autolesão de modo a buscar por semelhanças e diferenças em cada situação.

No Hospital Dia foi possível, de maneira mais contundente, alcançar uma percepção de que esse fenômeno poderia ocorrer em um espectro muito amplo de processos e estados subjetivos. Por exemplo, um homem que se morde quando muito frustrado. Um outro rapaz que se corta superficialmente a cada mudança de estagiários. Uma mulher que fricciona suas coxas até se esfolar como forma de obtenção de prazer. Esses indivíduos receberam diagnósticos muito distintos, do autismo à histeria. O modo de interpelação do outro parecia um elemento importante a ser considerado. Aqui, ainda que de forma muito embrionária, foi possível perceber finalidades, funções e formas de realizar a ação autolesiva com uma ampla pluralidade. Independentemente da possível classificação, a autolesão nesse contexto convocava as pessoas do entorno, de forma direta ou indireta. Por vezes se formava uma estética trágica, do ponto de vista de quem presencia, na qual o indivíduo parecia derrotado pelo impulso ou pela necessidade de se lesionar — em que nada era efetivo para conter tal imperativo. Eu me questionava quanto à diferença dos modos de apresentação, e quanto às diferenças de efeitos sentidos por mim. Alguns gestos inicialmente me causaram muito desconforto, como se a imagem ressoasse em minhas vísceras, no meu próprio corpo. Porque em alguns casos havia um efeito do aterramento imediato, que impelia a equipe a conter o ato, e em outros isso não era tão evidente? Qual diferença de qualidade autolesiva poderia influenciar aqueles casos que me arrepiavam até os ossos, somente por imaginar uma sensação similar à que um dano como aquele geraria?

Independentemente do encontro com o que se apresentava, as feridas vivas evocavam em mim e na equipe do Hospital Dia um tipo de efeito instantâneo, que nos convoca a remediar a situação. Uma vez, ao perguntar a um usuário se este sentia dor ao se cortar, recebi uma resposta marcante: *“Isso? Não, não sinto dor. Corto mais fundo para ver se sinto alguma coisa. Corte aqui? É presença!”*. Tais experiências me questionavam a respeito de como lidamos com a dimensão do ato na clínica e traziam em relevo o

IP) e o Instituto de Psiquiatria (IPUB), sob a coordenação de Teresa Pinheiro, Julio Verztman e Regina Herzog.

paradoxo entre lesão e preservação. O que pode estar em jogo nesse modo exteriorizado de sofrimento? Será que haveria na autolesão alguma possibilidade de posituação?

No consultório, diferentemente do Hospital Dia, a autolesão aparecia de forma mais sutil, mas também numa miríade de apresentações. Às vezes como algo transitório, às vezes como algo impulsivo, como forma de descarga, ou como um machucar constante de alguma parte do corpo durante a sessão. Geralmente, não muito à mostra. Das situações por mim acompanhadas, ninguém chegou com queixas em relação ao ato em si; e, quando trazido no início do processo, não havia um estranhamento ou incômodo em relação a ele. Se o sofrimento em relação à autolesão em si surgia, era relacionado com o momento em que alguém do entorno tomava conhecimento, se alguém na rua deteve olhar sobre isso ou o medo de descobrirem tal prática.

O desenvolvimento dessa pesquisa foi não apenas muito influenciado, como também derivou do percurso empreendido por nós na pesquisa intitulada: *Estudo psicanalítico das compulsões em pacientes com diagnóstico psiquiátrico de TOC e patologias afins: uma pesquisa exploratória*, desde de 2014. Tal linha de pesquisa faz parte do projeto do NEPECC (Núcleo de Estudos em Psicanálise e Clínica da Contemporaneidade), que se desdobra na investigação de questões clínicas decorrentes do atendimento de sujeitos, especialmente com diagnóstico psiquiátrico de TOC⁴. Ademais, o NEPECC realiza suas atividades desde 2002, com uma metodologia de pesquisa que tem como ponto de partida um diagnóstico — do campo psicopatológico, de um sintoma, de uma queixa — nos campos *psi*, para questionar a ideia de que um sintoma não necessariamente define uma organização subjetiva de um sujeito. Isto é, um mesmo sintoma pode permear diferentes organizações subjetivas, como também remeter a modos múltiplos de ser e de se relacionar com o mundo, à medida que estilos subjetivos diversos podem surgir de uma queixa inicial comum. Tanto nas pesquisas que pude participar quanto daquelas das quais tive apenas notícias, um dos propósitos almejados pelo NEPECC era o de retirar o caráter de descrição dos fenômenos pelo negativo, por um viés deficitário. Ao longo dos anos em que estive nesse contexto de pesquisa,

⁴ *Grosso modo*, nessa pesquisa procurou-se investigar os principais aspectos subjetivos de sujeitos que apresentam sintomatologia compulsiva, mas não exclusivamente estes. Um dentre os objetivos dessa pesquisa seria o de averiguar se, dentre os sujeitos pesquisados, as estratégias disponíveis para construir a experiência da certeza de si se correlacionam com os sintomas compulsivos. Um dos dados preliminares da pesquisa conduziram à hipótese de que haveria uma grande heterogeneidade clínica, do ponto de vista da psicanálise, entre os pacientes que recebem o diagnóstico psiquiátrico de TOC.

defrontei-me e encantei-me com essa visada de trabalho. Nesse contexto, a autolesão também apareceu em diferentes ordenações e de maneiras muito díspares⁵. Com relação às semelhanças, o que ficava muito marcado era o quanto a sintomatologia contemporânea embaralhava a compreensão dos casos, bem como exigia que se buscasse outras saídas para impasses técnicos que eclodiram do contexto terapêutico. Foi a partir dos impasses suscitados nesse eixo clínico-teórico com sujeitos que lançam mão da autolesão que as questões, delineadas ao longo do texto, começaram a ser esboçadas e aprofundadas.

Nossa pesquisa de mestrado visa, portanto, uma aproximação teórica da autolesão, numa perspectiva orientada pela psicanálise, com a finalidade de contribuir para o avanço da compreensão dessa modalidade de defesa que envolve uma ação visível. Uma questão que norteou nosso percurso de pesquisa: o fenômeno da autolesão não se refere necessariamente a um diagnóstico de borderline, apesar de ser um índice importante e recorrente nesses quadros. Isto é, pretendemos aquilatar a extensão da variabilidade funcional de um tipo de fenômeno, de experiência, o qual geralmente pode dirigir nosso raciocínio diagnóstico para uma modalidade subjetiva limítrofe. Esperávamos então encontrar, ao iniciar este percurso, uma heterogeneidade de experiências, utilidades, finalidades, modos de apresentação, de dinâmicas subjetivas a partir de um mesmo filtro sintomático. Buscamos promover uma interlocução entre alguns aspectos subjetivos e psicopatológicos, pretendendo adentrar alguns territórios de compreensão sobre o tema, de modo a talvez nos sensibilizarmos a alguns modos de sofrer do sujeito que lança mão da autolesão.

Quem nunca esbarrou a perna em uma superfície pontiaguda? Ou, descuidadamente, se queimou ao apanhar uma panela aquecida a temperaturas elevadas? Quem não experimentou, ainda que de forma aparentemente acidental, algum tipo de lesão no corpo? Imaginemos se tais eventos, ocultados através da causalidade, poderiam ser, na realidade, autolesões? Para meu espanto, no decorrer da pesquisa, deparei-me com o próprio Freud, com todo um campo (FREUD 1901/2006) — que chamei de psicopatologia da autolesão cotidiana — em que essa visada pode ser empreendida. A autolesão tem aparecido como uma possibilidade defensiva relativamente privilegiada no

⁵ Em outras pesquisas como a do *patologias narcísicas e doenças auto-imunes e clínica psicanalítica contemporânea: entre a vergonha e o perdão*, a problemática autolesiva se fazia presente.

cenário atual. Se, em Freud, já era possível afirmar que lesões autoinfligidas não eram algo raro, hoje cabe dizer que “estão em cena de forma privilegiada”. Os acréscimos algorítmicos, as cifras das pesquisas quantitativas, bem como a proliferação de casos nos centros de cuidado, nos espaços coletivos, nos consultórios e na mídia caucionam essa afirmação.

No que tange ao contemporâneo, supomos que a valorização de práticas de exposição da imagem e de um modo de subjetivação exteriorizado talvez esteja propiciando um novo modo de apresentação do mal-estar. Para Andrade e Herzog (2013), atualmente, os modos de padecimento vêm perpetrando de maneira mais explícita a articulação entre sofrimento e corporeidade. Apesar de não nos ser possível adentrar nesse campo, questionamentos que daí advieram estiveram no pano de fundo de nossa investigação. Tal constatação nos convocou a pensar sobre a forma como os arranjos subjetivos, seus modos de funcionamento, assumem nuances diferenciadas, visto que são indissociáveis de um determinado contexto sociocultural (CARDOSO, 2014). Recorreremos às epígrafes ao longo deste escrito a fim de fazer aparecer melhor a dimensão complexa que a autolesão implica. Além disso, avaliamos que trazer esses relatos a partir da perspectiva de primeira pessoa pode nos aproximar da vivência desses sujeitos. É necessário ressaltar que as falas mencionadas, as epígrafes, foram extraídas da plataforma Reddit⁶. Mas o que estamos chamando de autolesão?

A autolesão não é um termo autodefinitório, cada campo trabalha com atribuições específicas que nem sempre conseguem conversar entre si. Nesse sentido, estaremos mais próximos da definição proposta por um interlocutor clínico da psicanálise, a psiquiatria, ainda que outras perspectivas sejam visitadas. De acordo com Favazza (2012), a autolesão é definida como a alteração e/ou destruição deliberada e direta de tecidos saudáveis do corpo, sem haver, conjugada ao ato, uma intenção suicida manifesta. No que tange às suas formas de expressão, podem variar muito: tapas, esbulhos, fricções, cortes, queimaduras, podendo assumir muitos matizes de intensidade, periodicidade e gravidade. Nesse âmbito, faz-se necessário, portanto, conceituar mais precisamente de que forma a

⁶ Reddit, é um ambiente de interação e troca de informações como o Google, Instagram, Tumblr, mas elaborado e construído pelas pessoas comuns que utilizam o espaço como um local para armazenar não apenas conteúdo, como também propiciar uma troca de diálogo entre aqueles que pesquisam por determinado assunto.

autolesão vem sendo trabalhada, em um contexto macro, e depois situar a discussão na perspectiva teórico-clínica da psicanálise.

No primeiro capítulo da pesquisa, visamos clarificar o contexto sob qual a autolesão se apresenta, recorreremos a um modo panorâmico de conformação. Tal percurso nos leva a expor algumas formas de compreensão de pensamento acerca da autolesão, extraindo as principais temáticas trabalhadas. Em seguida, buscaremos na obra de Freud subsídios para uma investigação psicanalítica. Apresentaremos, também alguns questões e problemas colocados pelas leituras atuais da autolesão, delineando as características que percebemos mais marcantes. Encaminhando-nos para uma discussão que leva em conta aspectos presentes no interjogo entre a esfera intrapsíquica e suas ressonâncias na esfera interpessoais, faremos a partir daí um afinilamento: elegeremos, dessa trama complexa que abarca o fenômeno, um fio a ser percorrido.

Adiante, no segundo capítulo, faremos uma incursão mais aprofundada a um dos termos que destacamos no capítulo anterior, a saber: o trauma. A passagem da infância à vida adulta pode contar com a presença de diferentes modalidades de trauma, que contribuem para a manifestação de defesas autolesivas. Objetivamos discutir em que medida podemos extrair de Freud, Ferenczi e Winnicott certas nuances da noção de trauma a fim de alcançarmos uma inteligibilidade sobre a dinâmica relacional, modos de apresentação e finalidades em jogo, neste fenômeno que produz, ele mesmo, um tipo de trauma físico. Buscamos elencar um arcabouço mínimo da articulação do traumático com a autolesão, com intuito de apontar como esse operador pode nos auxiliar a chegar a matizes qualitativas distintas, caucionando-nos na ilustração da heterogeneidade do fenômeno.

O terceiro capítulo da dissertação tem como foco uma visada psicopatológica. Discorrer sobre situações subjetivas diversas a despeito de um fenômeno comum nos pareceu um caminho interessante para ilustrar e caucionar o que viemos marcando ao longo deste escrito: há grande heterogeneidade clínica entre os pacientes que lançam mão da autolesão. Tentaremos circunscrever, a partir das questões levantadas anteriormente — buscando algumas aproximações e articulações —, de uma forma genérica, algumas distorções e variações no campo da psicopatologia. Situiremos nossa discussão em torno

das subjetividades que detêm familiaridade com o campo das neuroses⁷ e daqueles próximos às não neuroses⁸ (GREEN, 2008). No entanto, aqui excluiremos o campo mais específico das psicoses declaradas. Quanto aos estilos subjetivos a que nos remetemos, eles nos serviram de balizadores para nossa reflexão teórica, auxiliando-nos a apontar diferentes formas de pensar, de se relacionar, de lidar com conflitos a partir da autolesão. Aqui, retomaremos algumas formulações quanto ao trauma à luz, também, das contribuições contemporâneas de outros autores a respeito do tema. A partir dessa retomada teórica, buscaremos nos aproximar da trama complexa que há entre a problemática das autolesões e como pode estar intimamente articulada à dimensão intersubjetiva.

Apresentadas as possibilidades de circunstâncias, prossegue-se para algumas inquietações: Que tipo de experiência esse ato de ferir o corpo tem proporcionado? Para quais estados subjetivos as lesões autoinfligidas estariam apontando? O que o apelo ao corpo na autolesão nos informa acerca da dimensão interacional? Quais elementos podem nos auxiliar a entender essas respostas que se dão através do autolesionar-se? Quais forças estão em jogo? Qual a dinâmica dos objetos internos? Qual a dinâmica com os objetos externos? Que função o lesionar-se está cumprindo? Como o eu pode se apresentar nessa situação? A partir dessas inúmeras questões a serem observadas, construiremos a narrativa a seguir.

⁷ “Afecções psicogênicas em que os sintomas são a expressão simbólica de um conflito psíquico” (LAPLANCHE & PONTALIS, 2001).

⁸ Green (2008) nomeia “não neurose” as ordenações psíquicas que apresentam distúrbios na constituição do eu. Estas incluem as psicoses e os transtornos de personalidade borderline, ou *estados-limite*.

Capítulo I – Autolesão: a que será que se destina?

I.1 – Argumento

r/too afraid to Ask

Para mim a razão pela que me machuquei foi porque isso fez meus problemas emocionais parecerem reais. Eu tenho depressão severa, mas por eu nunca ter passado por um trauma severo, não ter um motivo específico para estar deprimido todas na minha vida agiram como se eu estivesse fingindo ou simplesmente que meus sentimentos não eram válidos. Chegou ao ponto que não acreditei na dor que sentia, como se ela não fosse real, mas o autodano deu a essa dor uma manifestação física, tornando-a mais real para mim e, portanto, mais fácil para eu lidar. Também serviu para me punir, em alguma medida, achava que meus pensamentos suicidas e isolamento eram egoístas e manipuladores. (REDDIT, postagem arquivada, 2018; tradução nossa)⁹¹⁰

Nosso objetivo no presente capítulo é primeiramente avaliar o contexto em que a figura da autolesão se apresenta, delimitando sua especificidade e cotejando a heterogeneidade do fenômeno. Iniciamos nossa reflexão trazendo uma espécie de panorama, acompanhando alguns questionamentos que antecederão a pesquisa e que optamos por não aprofundar. Em seguida, procuramos bordejar o percurso de emergência da noção de autolesão no domínio da psiquiatria e, subsequentemente, no território psicanalítico. Esboçar um panorama servirá principalmente para tentarmos captar as formas diferenciadas de pensamento e discursos produzidos sobre a autolesão. Tal caminho panorâmico se justifica na medida em que contrasta uma diversidade de teorizações sobre o tema que, muitas vezes, podem não dialogar. Essa etapa é fundamental, pois retrata a diversidade de nomenclaturas, de aspectos culturais, bem como das possíveis linhas de abordagem teórica para se estudar a autolesão, contribuindo também para delimitar o encaminhamento dos recortes estabelecidos e a serem mais aprofundados.

⁹ Recorreremos à relatos em primeira pessoa de sujeitos que apresentam autolesão, nas epígrafes em todos os tópicos, por duas razões: primeiro, por avaliarmos ser importante dar voz as vivências desses sujeitos. Segundo, por endossar a tese que buscamos sustentar nesse capítulo, a saber: de que a autolesão abrange uma série de modos de apresentação, bem como pode assumir dissemelhantes graus, tonalidades, usos, sentidos e causas. No Capítulo III, iremos retomá-las de formas mais aprofundada.

¹⁰ Todas as epígrafes e textos de outras línguas utilizados nesta dissertação são traduções nossas.

I.2 – Ponto de partida: Modos de apropriação da autolesão

Diversas áreas têm discursado sobre o ato de se lesionar intencionalmente; ressaltamos os campos¹¹ da psiquiatria e da psicanálise. Contudo, não pretendemos nos aprofundar nos efeitos e repercussões que cada discurso produz nos sujeitos. Nosso objetivo aqui é mais modesto: a fim de poder cotejar o contexto, visto a diversidade que pode confundir, ensejamos reunir algumas produções, sobretudo no campo psicanalítico. Nos empenharemos em realçar como a autolesão é um fenômeno muito heterogêneo: em uma acepção mais ampla, ele poderia expressar, de forma mais ou menos subjetivada, diferentes modalidades de sofrimento. A proposta mais geral desta pesquisa é explorar determinados aspectos envolvidos no sofrimento daqueles que elegeram a autolesão como estratégia para lidar com as questões impostas pela vida, imbricados nos diferentes destinos da experiência de uma ação visível na corporeidade (por meio do sensorial, isto é, da percepção, do toque, da sensorialidade dolorosa).

No campo da psicanálise, temos, de saída, alguns problemas: pode ser espinhoso trabalhar com teorias que aparentemente não dialogam, à medida que novos paradigmas, problemas e situações são colocados e reescritos. Como então manter o diálogo? Acreditamos, tal como Ogden (1986/2017) nos aponta, que o que pode permanecer pungente no diálogo, reconhecendo a tese da incomensurabilidade entre paradigmas, seria a nossa capacidade interpretativa. Junto a essa postura, há de se ponderar que a cada ato interpretativo preserva-se a ideia original, ao mesmo tempo em que se abre um novo campo de compreensão.

Na medida em que Freud não se ocupa em precisar ou trabalhar com profundidade a autolesão, nem lhe dedicar um texto específico, teríamos de admitir, então, que não haveria um pensamento sobre autolesão na teoria psicanalítica? Nenhum grande autor¹² dedicou-se à autolesão de forma específica¹³ no campo psicanalítico, e foi somente nas últimas décadas que se dispensou mais atenção a tal temática, sobretudo na tradição francesa. A autolesão não foi diretamente esmiuçada por Freud, mas é pensável a partir da teoria psicanalítica — caminho tomado por diversos autores contemporâneos, como

¹¹ A sociologia e antropologia têm trazido questionamentos muito frutíferos para a discussão. No entanto, cotejá-los seria um percurso que fugiria do proposto aqui.

¹² Em referência aos grandes autores: Freud, Ferenczi, Klein, Winnicott, Bion, Lacan...

¹³ Karl Menninger (1938/1970) estuda a autolesão enquanto desvio de um impulso suicidário. Quanto aos fenômenos autolesivos em si, a sua tese central seria que nesses casos haveria um deslocamento do impulso suicida focalizado sob uma parte específica do corpo, substituindo e preservando assim o todo.

veremos adiante. Porém, em torno de que problemas a discussão emerge? Ao pensarmos na relação entre as inúmeras formas de alterações corporais presentes na cultura hoje e seus pontos de contato com a autolesão, de certo o debate se complexifica.

As modificações corporais, no mundo contemporâneo, assumem expressividade no cotidiano. No entanto, a autolesão tem uma gravidade própria que a diferencia dessas práticas ou rituais mais ou menos inseridos na cultura. Esse limiar pode ser bem controverso. A medicina tem um papel central na construção desse limiar. É nesse ínterim que o fenômeno da autolesão assume o cenário. Frente a isso, consideramos que o campo da psiquiatria parece desempenhar um papel de destaque em relação a outras áreas no que tange à catalogação, designação e criação de ideias e expressões dos fenômenos do mundo. O ponto de difusão da autolesão é a psiquiatria. Parece-nos que os outros campos importam problemas derivados da psiquiatria, desdobrando-os e conferindo a eles a sua interpretação própria. É o que se passa com a autolesão: a ideia de autolesão enquanto fenômeno patológico — não só o termo, mas também a sua delimitação enquanto sinal de doença patológica, aberrante — vem desse registro. Nesse sentido, faz-se lícito adentrar o campo da psiquiatria e da psicopatologia para melhor delimitar o plano de composição que estamos situando. Vamos fazer referência a essas perspectivas, buscando apresentar algumas questões que o campo psiquiátrico coloca em relação à autolesão.

Em tempo: ainda que não nos detenhamos aos dados e pesquisas epidemiológicos, gostaríamos também de ressaltar alguns problemas nesse terreno. A maioria dos estudos, tanto qualitativos quanto quantitativos referentes à autolesão, vem privilegiando determinados índices e resultados com um enfoque no gênero feminino, bem como um recorte específico em termos de faixa etária: a adolescência. No entanto, há estudos e pesquisas que apontam para dados diferenciados¹⁴.

I.3 – Perspectivas da psiquiatria

r/self harm

O interessante sobre o estigma da "autolesão" é que você pode fazer isso de tantas maneiras, que as pessoas nem percebem que você está fazendo, isso é aceitável. O problema, portanto, não é "autolesão", mas o julgamento das pessoas. Usar todo tipo de porcaria, todos os dias em

¹⁴ Narjisse (2014), Klonsky, Oltmanns & Turkheimer, (2003); Briere & Gil (1998).

vez de usar a dor? Claro, as pessoas dizem, sem problema. Aumente sua dívida de crédito. E declarar falência várias vezes? Não é grande coisa, você só é ruim com dinheiro. Tão bronzado que você tem câncer com menos de 30 anos? Que azar, mas seria loucura chamar isso de automutilação. Seus pais bateram em você e o Cortar causou danos permanentes com o abuso? Cala a boca, pirralho mimado, abuso não existe, os pais podem fazer o que quiserem com você e você deve ser grato pela disciplina. (REDDIT, anônimo, julho de 2020)

Atualmente, ao menos no Ocidente, ousamos (re)afirmar o que muitos já disseram: que a medicina desempenha papel de destaque nos meandros da aceitação e repercussão dos seus enunciados científicos quando comparada a outros campos. Muitos atravessamentos — tanto no plano individual quanto no social — são impulsionados por esse campo. No início desta pesquisa acerca das autolesões, interrogaram-nos quanto ao que diferenciaria tal ação de outras — como se depilar, fazer as cutículas, comer a carne em torno da unha —; quanto a qual seria a diferença, por exemplo, entre se tatuar e se escarificar. Ou seja, autolesionar-se, mesmo quando o risco à vida não é significativo, é tomado usualmente como algo grave e possivelmente patológico? Para a psiquiatria, lesionar a si mesmo pode ser categorizado sob inúmeros arranjos, a depender de outras manifestações apresentadas pelo sujeito, bem como da hierarquia dos critérios. Embora uma resposta imediata consiste que a finalidade de se depilar e a de se queimar sejam exponencialmente diferentes, esses limiares podem ser bem controversos. Apesar de não podermos adentrar essa problemática, é evidente que quando práticas são legitimadas, ou não, no campo social, tem-se efeitos e implicações distintas.

De acordo com Favazza (2012), a autolesão é definida como a alteração deliberada e direta ou a destruição de tecidos saudáveis do corpo, sem haver intenção suicida. Para o pesquisador, esses comportamentos variam do corte ou queimadura da pele à enucleação ocular ou amputação de partes do corpo. É interessante notar como o fator deliberação é importante, pois traz, ainda que de forma implícita, critérios como vontade e reflexividade — o que é curioso, visto que a autolesão é constantemente atrelada, numa perspectiva cognitivista, a respostas impulsivas diante de fatores estressantes (BERLIN & ROLLS, 2004). Ainda em relação à deliberação, sua presença se faz necessária como oposição a comportamentos acidentais ou indiretos — como overdoses ou ingestão de substâncias nocivas — que causam lesões incertas, ambíguas quanto ao curso, ou invisíveis (FAVAZZA, 2012). É feita ressalva de que, ainda que os atos autolesivos

ocorram sem a intenção de morrer, é possível que as pessoas que se machucam possam ter ideias suicidas. Há muita discussão em torno dessa distinção entre tentativa de suicídio e autolesão¹⁵.

A compreensão do sentido que tais atos podem assumir costuma incorrer na postura essencialista. Tal visada por vezes escrutina os múltiplos sentidos que um sintoma é suscetível de adquirir na história de um sujeito; ela não favorece o conhecimento do sofrimento psíquico do ponto de vista de quem o vivencia, bem como da relevância do caráter relacional das expressões clínicas (SERPA JR & LEAL LOUZADA & SILVA FILHO, 2007). Centrado na temática do trabalho de uma maneira ampla, há diversas lesões corporais autoinfligidas que comportam uma licitude, enquanto outras, não. A partir disso, nesse momento, temos a pretensão de extrair três ideias que podem ser inferidas da psiquiatria acerca da autolesão — uma visada de compreensão que parece influenciar na concepção do problema de seu uso e no desenho das práticas e dos manejos clínicos. São elas:

1. A autolesão da perspectiva psiquiátrica é uma manifestação — um sintoma — de caráter predominantemente disfuncional;
2. A autolesão da perspectiva psiquiátrica é dispersa e difundida em muitos modos de existência e, conseqüentemente, em categorias diagnósticas muito heterogêneas;
3. Se há um elemento comum à dispersão é quanto à convocação da esfera somática.

Antes de focarmos nessas ideias, cabe traçar algumas notas quanto aos problemas terminológicos e epistemológicos que outras áreas importam da psiquiatria. Segundo Turner (2002), as ordenações dos fenômenos autolesivos têm sua expressividade no campo da psiquiatria com classificações e sistematizações. A classificação mais utilizada referentemente às autolesões nos diversos campos epistemológicos, mesmo quando não seguida, foi proposta por Armando Favazza (1987) em “Corpos sob cerco: automutilação na cultura e na psiquiatria”. Mas ainda hoje não há consenso quanto à sua delimitação definitiva, nem tampouco a respeito de quais situações devem ser incluídas em seu escopo conceitual.

¹⁵ Giusti (2008), por exemplo, buscou fazer uma distinção entre suicídio e autolesão a partir de três critérios: intenção, letalidade e repetição. Porém, entrar nessa problemática fugiria da proposta aqui.

I.3.2 Babel conceitual: notas sobre modos de designação e classificação

*r/por que as pessoas cometem autolesão?
Como alguém com TOC, posso verificar isso. Eu me magoo muito porque muitas vezes tenho pensamentos intrusivos (obsessões) muito angustiantes que não desaparecem. Esses pensamentos ficam parados, como um disco arranhado tocando a mesma parte da música repetidas vezes. Tem a ver com alguma disfunção nos gânglios da base do cérebro, se bem me lembro. De qualquer forma, às vezes a autolesão pode acalmar uma pessoa com pensamentos intrusivos que não desaparecem e pode ajudar a interromper os pensamentos. (REDDIT, postagem de 2015 sobre relatos de experiência com se cortar)*

Como relatamos anteriormente, a autolesão ainda hoje não possui uma delimitação consensual quanto à sua definição, ao emprego do melhor termo, nem tampouco quanto à precisão de quais situações devem ser incluídas no seu escopo conceitual. Os critérios eleitos pelos pesquisadores variam muito entre países, entre epistemes. Muitos estudos (BARBOSA, 2017; VENOSA, 2015; JATOBÁ, 2010; SIMPSON, 2006; FAVAZZA, 1992) apontam que a abrangência, a falta de sistematização e a definição divergente dificulta o desenvolvimento de pesquisas, de dados consistentes, bem como o desenvolvimento de terapêuticas efetivas. A psiquiatria nos parece ser um privilegiado campo de importações, de designações e classificações. Enquanto pesquisadores, consideramos que vale situar um pouco a discussão terminológica, tão polissêmica, para tentar justificar o porquê da eleição, feita aqui, do termo “autolesão”.

De saída, um problema que se apresenta consiste no fato de que os pesquisadores, ao denominarem ou conceituarem o ato de ferir a si próprio, não dispõem dos mesmos critérios e pressupostos para sua delimitação. Há uma série de controvérsias de conceituação que variam de acordo com os marcadores e as categorias às quais se está referido. Por vezes, o comportamento de provocar ferimentos em si mesmo foi chamado de parassuicídio¹⁶; outras vezes, de automutilação; ultimamente, fala-se em autolesão

¹⁶ Alguns autores dizem que essa definição supõe que haja uma imitação de tentativa de suicídio, sem haver intenção real; o indivíduo simularia essa tentativa de forma a receber atenção dos demais (KINGDOM, 2005). Hawton & James (2005) sugerem que o termo “autolesão” é preferível à “tentativa de suicídio” ou à “parassuicídio”, uma vez que a gama de motivos e razões para o ato inclui várias intenções não suicidas. Para os autores, mesmo quando a morte é o resultado de um comportamento autolesivo, isso pode não ter sido planejado (HAWTON & JAMES, 2005). Outros autores usam a definição de parassuicídio como a tentativa sem êxito de suicídio, quando há a intenção do indivíduo de provocar a própria morte (HAWTON

deliberada ou simplesmente autolesão — porém, existem algumas diferenças entre essas definições (GRATZ, 2001; HAWTON, FAGG, PLATT, & HAWKINS, 1993; KLONSKY, OLTMANN & TURKHEIMER, 2003; RUNESON, BESKOW & WAERN, 1996; YARYURA-TOBIAS, MANCEBO & NEZIROGLU, 1999).

Outra grande confusão: automutilação (*self-mutilation*) e autolesão (*self-harm* ou *self-injury*). Para Barbosa (2017), nos países em que houve um número maior de investigações, há a distinção entre autolesão e automutilação. A questão que se colocava novamente era a de um certo uso indiscriminado dos termos, empregados também para se referir a um tipo de ferimento mais grave, às vezes localizado em um tipo de experiência como a psicótica (GRATZ, 2001); e a outros, equivalentes a ferimentos causados em si mesmo sem maior relevância em termos de gravidade (LANG, BARBOSA & CASELLI, 2009). Diversos pesquisadores brasileiros (CÂMARA & CANAVEZ, 2020; DEMATOVA, 2017; BARBOSA, 2017; ARCOVERDE, 2013) utilizam o termo “autolesão” como uma tradução mais precisa, pois há também muita polêmica quanto à distinção entre autolesão e automutilação. De acordo com Venosa (2015), automutilação é uma tradução correta; no entanto, assumiu uma conotação pejorativa, podendo ainda ser mal interpretada como um outro fenômeno, também recente, no qual há intencionalidade de amputação dos membros sadios. Nock e Favazza (2009) abandonaram o termo “automutilação”, pois este sugere um aspecto de maior severidade da lesão, ou seja, se aproxima de uma gravidade que não dá conta de abarcar o espectro do fenômeno.

Na definição de autolesão não suicida (*non-suicidal self-injury*) são incluídos apenas comportamentos que lesam o tecido corporal — como cortes, queimaduras e arranhões —, sobretudo quando o indivíduo afirma não existir a intenção de morrer. Já a definição de autolesão (*self-harm*) inclui todos os métodos de autolesão como cortes, sufocamento e ingestão de substâncias; não diferencia se o comportamento é uma tentativa de suicídio ou não, evitando assim a questão da intencionalidade devido às dificuldades em tal atribuição (GUERREIRO & SAMPAIO, 2013). Atualmente, as duas definições são assentidas na Europa (THYSSEN & CAMP, 2014).

Tal raciocínio nos conduz a aceitar que existem muitas taxonomias possíveis, bem como variados usos para os quais uma ou outra serão a mais indicada. Desse modo, a questão central se torna “qual será a mais útil para os nossos propósitos” (KENDLER et

et al., 1993). “Parassuicídio” é o termo mais controverso, a nosso ver. Esse termo, portanto, não será utilizado neste estudo por provocar certa confusão.

al., 2011, p. 1145 *apud* BANZATO & ZORZANELLI, 2014, p. 109), uma vez que, inevitavelmente, classificamos por nossa conta e risco. A partir da gama de afinidades nas mais diversas situações, temos de levar em consideração o fato de que cada classificação gera desdobramentos muitas vezes imprevisíveis, cabendo a nós a tarefa de “avaliar os prós e os contras das opções nosográficas à nossa disposição” (BANZATO & ZORZANELLI, 2014, p. 110).

Nesse sentido, a escolha pela utilização do termo “autolesão” neste estudo se deu por ser uma tradução aproximada dos termos *self-harm* e *self-injury*, utilizados amplamente em publicações. Tendo em vista a babel conceitual acerca dessa terminologia, optamos por utilizar o termo “autolesão” e corremos o risco consciente de não utilizar a nomenclatura proposta por cada pesquisador, a não ser quando o objetivo for o de referir-se a um aspecto específico que tal ato pode assumir. Primeiro, porque está fora de questão fazer aqui um trabalho filológico; segundo, porque estamos apontando para uma dimensão mais ampla da questão, cujos problemas terminológicos podem vir a atrapalhar.

Concordamos com Garel (2008) quando destaca que os comportamentos autolesivos parecem escapar às tentativas classificatórias. Não queremos, com isso, reduzir a complexidade que pode já ser indicada na classificação. Um melhor esclarecimento do termo pode ser muito útil. Há uma necessidade de designar com mais clareza o sentido dado ao termo, mas que foge à nossa proposta aqui prevista. Feito esse esclarecimento do uso que fazemos do termo “autolesão”, especificaremos um pouco mais as três ideias extraídas da psiquiatria.

I.3.3 O sintoma disfuncional, disperso e somático

*r / AdultSelfHarm,
Recentemente, comecei a me coçar e cortar aos 45 anos. Tenho um histórico de transtornos de ansiedade. É extremamente difícil encontrar informações sobre nós na meia-idade. Estou envergonhado e não contei a meu psiquiatra sobre isso. Eu só precisava desabafar! Eu conheço meus gatilhos, então isso ajuda, mas não posso evitar muitos dos gatilhos. (REDDIT, adulto, anônimo)*

Caberia perguntar de que forma toda a discussão feita neste eixo do trabalho interessa à psicanálise. Embora possa parecer óbvio, nem sempre o é, visto que modelos de pesquisa quantitativa podem trazer a questão de ser um paradigma forçado

(VERTZAMAN & VIANA, 2014), que achata as singularidades. No entanto, categorias diagnósticas, dados estatísticos, todas essas produções forjam um modo decisório de interação entre os diversos contextos de uma sociedade. Em relação a essa reflexão, Verztman, Herzog e Pinheiro (2010) nos trazem importantes contribuições no que tange à importância de estar atento as nosografias psiquiátricas, “tê-las no campo de visão, mas sem subserviência” (p. 161). A psiquiatria é o campo no qual historicamente se desenvolveram os conceitos psicopatológicos. Para Figueiredo (2004), a psicanálise, herdeira da psiquiatria, tem como sua herança a própria psicopatologia.

No que tange às problemáticas autolesivas sucede o mesmo¹⁷: classificações, compreensões e taxonomias parecem importadas da psiquiatria. Em diferentes contextos — supervisões, discussões clínicas, diálogos entre terapeuta e psiquiatra ou até mesmo trocas de clínico para clínico — percebe-se, com certa frequência, uma brusca associação entre autolesão e quadros “borderline”. Não raro também se encontram sites em que tal relação é enfatizada¹⁸.

De uma forma geral, depreende-se que a autolesão, até a quarta edição do DSM, é compreendida enquanto sintoma, uma manifestação isolada que pode compor um diagnóstico. Ela compõe diversas categorias de perturbação mental, posto que é tomada como subjacente a alguma entidade diagnóstica. No entanto, no DSM-5, ainda que continue associada a muitos transtornos, há tentativa de torná-la um transtorno específico. Nesse sentido, nos referimos ao Transtorno de Escoriação (*skin-picking*), no qual o sujeito belisca seu corpo e pode haver comportamentos de esfregar, espremer e morder (APA, 2014) — mais precisamente a pele — de forma recorrente, resultando em lesões. Há também a tricotilomania, que consiste em arrancar o próprio cabelo de forma recorrente, resultando em sua perda. Esses diagnósticos estão inseridos no eixo dos Transtornos Obsessivos Compulsivos e transtornos relacionados, como transtornos em si ou como possíveis sintomas de outros transtornos. Percebemos que a presença da autolesão nos diagnósticos do DSM-5 seria um critério de má adaptação, em vista de serem aparentemente sem propósito, mesmo que possam atender à função de gestão de ansiedade, por exemplo (APA, 2014). Nesse sentido, é como se o comportamento autolesivo estivesse destituído de pensamento, de singularidade, ou seja, haveria a

¹⁷ Diversos artigos brasileiros ligados à temática parecem se utilizar das taxonomias e compreensões produzidas pelos DSM.

¹⁸ Uma possível e brusca justificativa para essa frequente articulação é a de que poderia ser efeito de uma sensibilização propiciada pela quarta edição do DSM.

convocação de esfera somática para evacuar uma tensão cujo conteúdo não importa. Vários dos transtornos aos quais a autolesão pode estar associada parecem estar ligados à noção de automatismo¹⁹, que *grosso modo* circunscreve a autolesão como uma resposta imediata, um reflexo somático em que não haveria a mediação do psiquismo — o que, muitas vezes, traz o risco de dessubjetivar um fenômeno tão complexo. Uma visão alternativa a esta é subjetivar tais comportamentos, mesmo nos indivíduos mais impulsivos ou com transtornos de neurodesenvolvimento. Na esteira dessa visão alternativa, trata-se de tentar captar a sutileza de que existe um trilhamento subjetivo — inúmeras escolhas, não necessariamente conscientes ou reflexivas — que culmina na “eleição” pela autolesão.

Nesse contexto, vale dizer que a autolesão não suicida é apontada em anexo como um fenômeno a ser mais trabalhado, que ainda não é bem delimitado, indicando a necessidade de mais pesquisas no campo. De acordo com o DSM-5 (APA, 2014), a autolesão não suicida é definida como “comportamento repetido do próprio indivíduo de infligir lesões superficiais, embora dolorosas, à superfície do seu corpo” (p. 804). A intencionalidade dos atos estaria associada à redução de emoções negativas (como tensão, ansiedade e autocensura), e através dos atos se visaria desintrinchar impasses relacionais. Há aqui uma semente para buscar subjetivar esse fenômeno, tanto a partir da ideia de que haveria intencionalidade quanto da ideia de isso ser engendrado na relação com o outro. Sob uma perspectiva um pouco alternativa, Favazza (2012) percebe, a partir de uma análise da cultura, que a autolesão pode se apresentar em sujeitos que não compõem critérios para nenhum outro diagnóstico de doença mental, o que o conduz a fracionar a autolesão em duas categorias: patológica e não patológica. Os marcadores não patológicos estariam ligados a condutas usuais de modificação corporal²⁰ (tatuagens, implantes, procedimentos cirúrgicos). Mas quais são as implicações de conceber a autolesão enquanto síndrome ou categoria diagnóstica? Para poder chegar nessa questão, cabe uma breve discriminação entre essas duas noções na psiquiatria.

Para Figueiredo & Tenório (2002), o diagnóstico sindrômico descreveria esse conjunto de sinais e sintomas, sem definir a doença de fundo, enquanto o diagnóstico nosológico aponta justamente para a moléstia, nos termos da nosografia psiquiátrica, ou

¹⁹ Tributário de concepções organicistas e mecanicistas.

²⁰ A despeito disso, Favazza (2012) apresenta uma hipótese de que as práticas de modificação corporal podem ser uma sublimação da autolesão patológica. No pensamento de autor, a autolesão patológica é tipicamente um método de regulação emocional.

seja, de agrupamento com uma certa estabilidade. O diagnóstico sindrômico tem a finalidade de orientar a intervenção clínica, no sentido dos sintomas que devem ser atacados, para estabilizar esses sintomas. O diagnóstico nosológico, identificando a doença propriamente dita, orienta uma intervenção de mais longo prazo, levando a descrevê-los nos termos de categorias psicopatológicas generalizáveis.

Nessa perspectiva, o foco terapêutico é atacar o sintoma, muitas vezes à custa de retirar todo o seu aspecto subjetivo. Ainda acerca dessa problemática, debruçar-se sobre a patologia de forma descritivamente objetiva leva a interpretações e previsões bruscas, assim como à defesa de uma terapêutica centrada em diretivas remissivas, em uma leitura da autolesão como comportamento disfuncional, desviante e indesejado. Fica muito evidente nessas colocações o quanto o sintoma acaba por ser dissociado das experiências subjetivas daqueles que o vivenciam. A serviço de que juízos e critérios está a tendência em fazer com que aqueles que se cortam cesse de fazê-lo? Em qualquer relato das vivências dos que se autolesionam percebe-se que a questão não é o ato em si, mas um modo singular de ser e de sofrer. Nesse sentido, Banzato & Pereira (2014) nos alertam para o uso que se faz das categorias diagnósticas; para o fato de não serem tomadas como representações, mas como entes concretos. Logo, a operacionalização das categorias diagnósticas carrega sempre consigo o risco de ser capturada pela “miragem de simplicidade provocada pelo instrumento com a própria realidade” (BANZATO & PEREIRA, 2014 p. 40).

Ainda que tenhamos noção de que são categorias sempre provisórias, mesmo na psiquiatria a autolesão não é uma categoria diagnóstica, tampouco uma entidade nosográfica²¹ ou, muito menos, um marcador patognomônico. Trata-se, isso sim, de uma ação, podendo se manifestar de inúmeros modos dentro da variação da amplitude de expressões entre o normal e patológico. Mas não é uma doença em si, não é específica; ela pode ter, inclusive, um caráter um tanto quanto dispersivo. Numa certa visada psiquiátrica, os mais variados tipos de ação, sentimento e cognição disfuncional podem se colocar como um sintoma. Ou seja, sob esse viés a compreensão terapêutica semelha orbitar em torno da solução de algo que é indicio de algo disfuncional, visto que está longe de certa norma, uma norma muitas vezes ideal.

²¹ Mesmo na tentativa de transformar o sintoma numa entidade, como no Transtorno de Escoriação, os aspectos que compõem os critérios muitas vezes se misturam e confundem. Por exemplo, tal transtorno não é validado se o beliscar da pele é principalmente atribuído à intenção de se ferir, que é característica da autolesão não suicida. Não são esclarecidos os critérios necessários para avaliar a capacidade de juízo, ou não.

Para além disso, no campo da clínica psicanalítica não se tem por objetivo a remissão do sintoma, ainda que ela possa ocorrer; favorecem-se aspectos mais gerais da saúde, da qualidade de vida e das interações. Para Dunker (2015), o âmbito do patológico — inclusive nas práticas de saúde — se espalhou regulando os modos de viver, comportamentos de risco, atitudes inadaptadas, que contribuem para fazer do mal-estar uma doença, dificultando assim olhar para o sofrimento para além do sintoma. Ainda que seja muito pertinente a crítica feita ao DSM-5 — no qual se perceberia um ímpeto classificatório (DUNKER, 2015) —, se tivermos em mente uma delimitação mais clara do pano de fundo em jogo em tais classificações, podendo apurar os prós e contras em cada uma delas, isso pode ser uma ferramenta útil. O DSM-5, em sua ordenação, nos ajuda a dimensionar o aspecto dispersivo e complexo que, no caso da autolesão, o sintoma pode adquirir. O fenómeno da autolesão implica múltiplas situações, com sentidos variados, podendo abarcar figuras nosológicas muito distintas²², desde o autismo até os casos de neurose, com uma vasta abrangência de perspectivas, que trazem modalidades heterogêneas de sofrimento.

O amplo espectro em que o fenómeno pode incidir tem como expoente de identidade o recrudescimento da esfera somática. Se, por um lado, é difícil estabelecer se a autolesão seria de uma conduta, comportamento ou gesto; por outro, é indiscutível que parece haver uma convocação do registro da ação. Apontar para a heterogeneidade do sintoma autolesivo, já num plano descritivo, endossa as nossas hipótese e persistência de investigação.

Pretendemos trazer, mesmo que de forma breve, algumas formas de como a autolesão se apresenta disseminada na cultura de maneira também multiaxial. O fenómeno da autolesão implica situações múltiplas, podendo abarcar figuras nosológicas muito distintas, com uma vasta abrangência de perspectivas. Nesse sentido, em vista da pretensão de marcar que a autolesão pode bordejar tópicos muito distintos, apontar o leque de expressões que se tem na cultura pode dar corpo a essa nossa proposta. Mas, para além do objetivo central do panorama, qual a importância de trazer uma perspectiva mais próxima da cultura para discussão em psicanálise? Psicanalista ou psicoterapeuta, o clínico não está fora do campo normativo. Somos muito capturados pelo presente, nos

²² Transtornos do neurodesenvolvimento, transtornos orgânicos, transtornos de personalidade, transtornos dissociativos, transtorno de estresse pós-traumático, transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo compulsivo, transtornos fictícios, dentre outros.

situamos num mundo que por vezes nos enreda a tal ponto que dificulta descolar desse contexto.

I.4 – A abrangência de problemáticas: o leque cultural

*r/self-harm what the difference of tattoo?
A intenção importa. Se você está fazendo uma tatuagem porque quer uma tatuagem e, no processo, sente dor, isso é uma coisa. Se você está sentindo dor e como subproduto faz uma tatuagem, isso é algo completamente diferente.
(REDDIT, postagem de 20/02/2020)*

Algumas composições e apresentações aparentemente atuais nos fazem indagar o porquê de alguns arranjos sintomáticos estarem mais presentes em determinados momentos do que em outros. Segundo Green & Urribarri (2019), a ideia de mal-estar é um modo histórico-social de codeterminar os modos de produção e funcionamento psíquico. Pontos epistemológicos e históricos mudam. Recorremos a André Green (1974), tomando o modelo da confrontação com um novo campo clínico — como sendo algo que produzirá mudanças teórico-clínicas, bem como uma matriz de pensamento mais aberta, pluralista —, tentando propor interlocução entre diferentes autores e saberes. Os arranjos subjetivos, seus modos de funcionamento assumem nuances diferenciadas, visto que são indissociáveis de um determinado contexto sociocultural (CARDOSO, 2014).

Cabe ressaltar que, a partir de meados do século XIX, surgiram os estudos específicos que sumarizam a autolesão abertamente como sintoma de problemas mentais²³. Entretanto, Menninger (1938) — considerado um dos pioneiros a sumarizar os fenômenos autolesivos — fala de automutilação como algo possível a todos, da normalidade aos casos de psicose. Ou seja, traçar e circunscrever o fenômeno nunca pareceu tarefa fácil. Para Menninger (1938) existem formas de automutilação tão disseminadas na vida social que se faz difícil pensá-las diretamente relacionadas com as mutilações observáveis em tipos clínicos. Como precisar as lesões autoinfligidas que se consideram nos limites da normalidade?

Houve muito debate até os anos 2000 em torno do caráter patológico, ou não, das marcas corporais. Há diferentes pesquisas existentes, com enfoques muito diversos, que priorizam critérios muito heterogêneos para situar as autolesões fora ou dentro do

²³ Patterson & Khan (1983), Favazza & Rosenthal (1996) e Karl Menninger (1938) foram os primeiros a se aproximar do assunto.

contexto de saúde²⁴. De saída, assinalamos que esse é um tema delicado em função, por exemplo, do difícil limiar entre o normal e o patológico, da dificuldade de um consenso quanto ao que o conceito de autolesão abarca, ou não²⁵. A ausência de uniformidade dos seus modos de apresentação suscitou discussões relevantes para a vida cotidiana. Nessa acepção, Ana Costa (2003) contextualiza diversos tipos de marcações corporais, desde a Pré-História até a Contemporaneidade. Numa perspectiva histórico-temporal das modificações corporais, ficam evidentes os deslocamentos do que era aceitável, os seus usos e funções, como no fato de que modificações outrora abomináveis, índices de marginalidade, podem hoje ter qualidades exponencialmente contrárias.

As marcas corporais, por exemplo, de acordo com Neto (2005), embora sejam procedimentos antigos e multiculturalmente diversificados, ganharam expressividade na cultura assumindo contornos distintos, sem estarem necessariamente amarradas a rituais ou ideais compartilhados, recolocando a discussão em torno de quais comportamentos podem ser entendidos no limite da normalidade. As modificações corporais deixaram de ser fenômenos de exceção com significados mais ou menos precisos para fazer parte das normas imaginárias do coletivo. Conforme salientou Neto (2005), as modificações corporais ganharam visibilidade a partir do advento da *Body Art*. Em geral incluem a consideração de riscos objetivos e negociam com os limites das tecnologias que lhes dão suporte. Segundo o autor supracitado, a *Body Art* faz parte de um certo “vale-tudo” estético dos anos 60, popularmente conhecido como “arte conceitual”, que já em sua origem trazia muitas polêmicas²⁶ — situações que perturbavam profundamente as disposições sociais para classificar, diferenciar e aceitar inovações nos comportamentos (NETO, 2005).

Parece haver um consenso, atualmente, de que a produção de marcas corporais como tatuagens e piercings, e até a autolesão, constituem “um fenômeno frequente e desejado, ligado às normas imaginárias da cultura, sem consequências danosas para o bem-estar coletivo” (NETO, 2005, p. 48). Nesse pensamento, ele poderia estar ligado a

²⁴ Atualmente, o binômio saúde-doença se complexificou ainda mais. Essa problematização já tinha ganhado outros contornos com Canguilhem, em *O normal e o patológico*, já alterando o escopo de valor e significado de saúde, sem ser vinculado apenas com a patologia.

²⁵ A discussão quanto ao limiar entre autolesão e tatuagens é bem complicada. Para Costa (2003), tatuar não é somente pintar-se, é também escarificar. Não nos estenderemos nessa discussão, mas vale destacar que percebemos a proximidade com nossa temática. Por mais fecundos que alguns desdobramentos desse eixo possam ser, consideramos que esse aspecto alargaria demais o escopo da pesquisa.

²⁶ Neto (2005), em sua tese, capta que por muito tempo atos considerados autodestrutivos expressavam uma contestação direta nos aparelhos culturais ostensivamente repressores, visto que podiam ser modos ou tentativas de resistir aos efeitos desestruturantes em situações como o encarceramento.

circunstâncias diversas, como contexto histórico e referências estéticas, abarcando o registro religioso, social, e podendo estar ou não associado a ritos de passagem e de iniciação em que se lesiona o corpo na transição de gerações (os judeus, as tribos lakota, os biafras do Camarões). As marcas corporais se referem “a uma longa lista de práticas que alteram a aparência, a forma ou o funcionamento do corpo. São ações efetuadas sobre o corpo de forma consciente e voluntária, com objetivos mais ou menos precisos e riscos específicos bem conhecidos” (NETO, 2005, p. 50).

No que concerne às problemáticas da autolesão, o antropólogo David Le Breton, importante interlocutor desse campo com a psicanálise, vem produzindo desvios necessários no pensamento ocidental contemporâneo, especialmente quanto ao fenômeno das marcas corporais em geral (tatuagens, piercings etc.). Em seu posfácio de *Adieu au corps, multiplication des corps, biffures du corps*, Le Breton (2009) marca a ideia de que qualquer relação entre o homem e o mundo envolve a mediação do corpo: “até o pensamento é corporal” (p. 181). O corpo é fonte inesgotável de práticas sociais, representações, imaginações. Segundo Le Breton (2009), a existência do homem é primariamente corporal; ela implica um jogo sensorial, gestual, postural, mimético, codificado socialmente e virtualmente inteligível pelos atores em todas as circunstâncias da vida coletiva. Assim, percebemos que assume uma posição na qual a compreensão do mundo é, ela mesma, o fato do corpo através do movimento incessante de percepções. Nesse sentido, o corpo é um vetor para entender o relacionamento com o mundo humano: “não há nada em seus recursos de significado que não tenha passado anteriormente por ele” (p. 181).

O corpo é explorado pelo autor como a marca do indivíduo, o pilar que o torna distinto dos outros. Destaca-se também o lugar de desconforto que o corpo vem assumindo, o que tem por efeito o empenho de “transformá-lo em uma criação pessoal” (p. 183). Ao mudar seu corpo, o indivíduo estaria em busca de mudar sua existência. A marca em relação ao corpo nos tempos atuais, para o autor, é justamente o seu caráter transitório, passível de transformações conforme as experiências.

Le Breton (2003) adota a perspectiva na qual as lesões autoprovocadas remeteriam à questão da dor. O autor se questiona se, nesses atos, a dor deixaria de desempenhar um papel de proteção do indivíduo. Para buscar responder a essa questão, vai defender sua tese de que “não haveria dor sem sofrimento” (p. 27). A partir dessa hipótese, segue: “se o sofrimento é inerente à dor, será mais ou menos intenso, dependendo das circunstâncias” (p. 27). Nesse sentido, o sofrimento é modulado pelos significados

atribuídos à dor, que, para o autor, seria proporcional às intensidades das experiências de violência que um indivíduo vive.

Para ilustrar sua hipótese, o autor se vale de dois extremos (situações de tortura e doença), nos quais o sofrimento extrapola a dor e os indivíduos se veriam sem alternativa. Por outro lado, traz exemplos de esportes radicais e de certas artes corporais, cujo sofrimento é irrisório e propicia uma exploração de situações-limite. Sob esse prisma, a dor “se transforma num desejo de tocar as margens da condição humana” (LE BRETON, 2003, p. 27). Haveria, então, uma pluralidade de dores, o que, conforme o autor, se deve ao fato de ser tributária da existência de inúmeros sofrimentos.

Seguindo esse pensamento, Le Breton (2003, 2009, 2010) propõe uma explicação para as autolesões, que, acreditamos, estaria influenciada por uma concepção econômica da psicanálise — trazendo a figura do excesso, relacionado ao sofrimento. Como, por exemplo, nas frases: “o indivíduo sufocado por seu sofrimento se machuca para escapar” (p. 27), ou “ele abre a pele para parar sua tensão” (p. 28). A partir daí ele chega na questão paradoxal do sentir, ou não, a dor em tais atos, o que culmina em sua tese de que as feridas autoproduzidas materializam a angústia. Nesse sentido, Le Breton (2010) afirma que a dor da lesão e a cicatriz na pele materializam o sofrimento, formando uma “cobertura” de dor. A utilização do corpo em situação de sofrimento se impõe para não morrer. Para recuperar o controle, o sujeito “tenta se machucar, mas para ter menos dor” (LE BRETON, 2010, p. 27). O autor parece ter o cuidado de não querer reduzir um fenômeno tão complexo em suas apresentações: a necessidade de provocar dor a si mesmo, ter menos sofrimento, experimentar suas fronteiras pessoais para assegurar sua existência, conhece enormes variações individuais, e o significado íntimo do ato tem uma polissemia surpreendente (LE BRETON, 2003). Mas ele mantém em suas produções a posição de que “a ferida autoinfligida é oposição ao sofrimento; ela é um compromisso, uma tentativa de restauração do sentido” (LE BRETON, 2010, p. 28). Acreditamos que a autolesão, então pode estar vinculada a modalidades heterogêneas de sofrimento.

Tentamos, nesse tópico, chegar a uma delimitação mínima aberta por essas questões e, para dar continuidade à proposta panorâmica — após essa breve apresentação e ponderação acerca de algumas leituras dos pensamentos psiquiátricos e dos campos mais próximos da cultura —, consideramos necessário ir encaminhando a discussão para o campo que mais nos interessa aqui, o psicanalítico. Para discutir como a psicanálise tem se apropriado desse tema, é imprescindível mapear quais conceitos e noções os psicanalistas mais têm utilizado para compreensão e escuta das autolesões. Quais são os

eixos que têm alicerçado as tematizações acerca da autolesão? Será que estamos ouvindo a patoplastia contemporânea, captando os modos de funcionamento e pensamento mais estranhos e erráticos? Para que esse trabalho preliminar possa refletir, ainda que caricaturalmente, a visão mais difundida hoje, é pertinente o recurso a uma metodologia orientada em termos de revisão bibliográfica: certo panorama acerca das autolesões no campo da psicanálise, sobretudo a partir de algumas produções brasileiras e francesas.

I.5 – Dimensões de reflexão acerca da autolesão no cenário psicanalítico

r/selfharm- Alguém mais corta não só quando você está triste? Quando estou entediado, o ciúme é um grande problema para mim, quando estou bravo, quando me sinto uma farsa, e justamente quando preciso de uma distração ... Eu não acho que cortei porque estou apenas triste, preciso de um motivo “melhor” do que aquele. (REDDIT, Homem anônimo)

Foram empreendidas pesquisas em seguintes bases de dados indexadoras: Scielo, Lilacs, PePSIC e Cairn (base de referência francesa), assim como consulta a algumas teses, dissertações e capítulos de livro acerca da temática. Utilizaram-se os seguintes descritores: 1) autolesão, 2) automutilação 3) escarificação — dada a pluralidades de conceitos existentes para se referir ao fenômeno. Como reunir concepções, por vezes tão díspares, de um campo que se pluralizou em muitas matrizes de pensamento? Como fazer trabalhar técnicas e teorias heterógenas? A finalidade de analisar de maneira panorâmica esses estudos justifica-se para que seja possível extrair os alicerces a que a psicanálise tem recorrido, de forma a contribuir para a compreensão do fenômeno da autolesão. Nesse sentido, pretendemos identificar os eixos de reflexão não só mais utilizados, mas que serviram de base aos objetivos da nossa pesquisa. Não serão contemplados aqui trabalhos que não sejam orientados por um viés psicanalítico.

Ao nos debruçarmos sobre o material psicanalítico acerca da autolesão, tivemos a percepção de que também, no que se refere à compreensão do fenômeno, há uma heterogeneidade relevante. Encontram-se modos distintos de encarar a autolesão na psicanálise, interpretações diferenciadas, uma expressiva dissemelhança quanto a sua função e seu uso. Há hipóteses, apreensões e assimilações díspares, que, no entanto, por vezes revelam familiaridade em alguns pontos. No entanto, notamos dois enfoques principais, que atestam certa dominância de viés no modo de analisar e discutir o problema da autolesão. De um lado há o privilégio de um viés intrapsíquico

metapsicológico pulsional; do outro, leituras com mais abertura a uma dimensão relacional intersubjetiva. No plano geral, entendemos que essas duas tendências podem ser complementares no modo de conceber o fenômeno. Priorizaremos um recorte das leituras buscando articular esses vieses, de modo a não deixar de conferir peso à dinâmica intrapsíquica, mas utilizando a metapsicologia contextualizada na modulação reguladora proporcionada pelo objeto. Outros ângulos de reflexão que podem gerar tensão, na tentativa de estabelecer um entendimento da autolesão, se dão entre a dimensão das forças (intensidades e movimentos pulsionais) e do sentido (em relação a presença ou não de representações e sua eficácia). Há ainda os entrecruzamentos das dimensões quantitativas e qualitativas presentes nos atos autolesivos. Acreditamos no diálogo entre essas visões da experiência humana. Independentemente da lente utilizada para se aproximar da autolesão, o que buscamos traçar e enfatizar é o vivido do corpo — no qual, nas diferentes dinâmicas autolesivas a linguagem do ato e do corpo assumem lugar prestigiado. A proposta não é a redução, mas olhar com cautela. Diante desses ângulos de aproximação da temática, cabe explicitar, primeiramente, de que forma Freud se aproximou do nosso objeto de pesquisa. Afirmamos anteriormente que nenhum grande autor se dedicou ao fenômeno da autolesão de maneira específica; todavia, podemos encontrar alusão aos atos autoinfligidos em dois momentos em Freud. Encontramos a referência a uma ideia próxima a autolesão em *A psicopatologia da vida cotidiana* (Freud, 1901/2006) e em *Esboços de psicanálise* (1940[1938]/2006).

1.5.2 – Com Freud a psicopatologia da autolesão cotidiana

r/adultselfharm

Quase disse aos meus “amigos” que tive um colapso mental, mas não tive coragem, apenas fiz uma insinuação. E a resposta deles foi literalmente “Não me importo”. Costumávamos sair fazendo coisas como assistir vídeos ou filmes, pegar comida para levar e comer juntos ou fazer uma viagem ao parque. Agora eles só falam comigo quando algo está errado ou quando eu falo com eles primeiro. Eu me sinto tão sozinho. É um tipo estranho de dor porque geralmente não sou o tipo de pessoa que precisa de companhia, mas me sinto tão alienado. Meus colegas de quarto não têm ideia de que eu SHING²⁷, além de fumar (na verdade, considero fumar uma lesão autoinfligida porque pode queimar) constantemente, e que às vezes fico bêbado.

²⁷ Sigla utilizada para *self harm injury*. SH, também é uma abreviação bastante utilizada.

Fiquei bêbado duas noites seguidas. Eu não comi antes. A sala estava girando. Eu só queria desmaiar. Além disso, estou despersonalizando na maior parte do tempo. No passado, eu lidei com a dissociação por autoflagelação porque me lembrava que estou vivo. Já tive dias inteiros em que sinto que estou me observando, ou como se estivesse fora de mim, e estou começando a ficar com medo. Mas, ao mesmo tempo, não me importo com o que faço, porque não me importo com o que acontece comigo. é difícil não fazer SH quando é assim que você se sente (REDDIT, homem adulto na pandemia, 20/10/2020)

Freud (1901/2006) investiga, dentre outras coisas, algumas das formações do inconsciente e suas formas de expressão — nesse momento: os sonhos, os sintomas psicopatológicos ou equívocos do cotidiano. O ponto de interesse centrava-se, ali, no estudo dos atos falhos. O estudo dos atos falhos para tentar melhor circunscrever as formações do inconsciente. Os atos falhos podem ser percebidos, por exemplo, através de equívocos na fala, na escrita, no esquecimento e na ação. *Grosso modo*, os atos falhos permitiriam uma via de afirmação do desejo inconsciente, que encontra uma possibilidade de realização. Através dos atos falhos, desejos inadmissíveis para o consciente podem se exteriorizar, podem se revestir de um aspecto accidental, de casualidade, descuido. É possível aproximar a autolesão e as formações do inconsciente que Freud (1901/2006) tenta delimitar nessa obra? De que maneira?

Notamos possíveis paralelos a serem traçados justamente quando Freud (1901/2006) se detém na análise dos atos falhos numa perspectiva da motricidade, das atividades motoras. A partir dessa direção, o autor compõe dois agrupamentos de casos, ordenados por seus elementos determinantes: os equívocos na ação (*Vergreifen*) e os atos sintomáticos e acidentais (*Symptom- und Zufallshandlungen*)²⁸. Apesar da fronteira pouca nítida entre eles, Freud (1901/2006) parece tentar esboçar uma nuance de diferenciação, ao destacar como elemento essencial a tensão entre a dimensão consciente e inconsciente. No primeiro grupo, haveria um desvio da intenção inconsciente; propósitos inconfessados, revestidos pela ideia de equívoco, conseguiriam se manifestar. Tal ideia pode ter empregos dos mais variados — dos mais evidentes até os mais obscuros. No outro grupo, o crucial é o fato de “desprezarem a intenção consciente e, portanto, não terem necessidade de um pretexto” (FREUD, 1901/2006, p. 193). Para poderem dispor

²⁸ Em relação a essa divisão, o autor esclarece que “não se pode traçar uma demarcação nítida entre eles e, na verdade, todas as divisões feitas nesse estudo têm apenas a importância descritiva e contradizem a unidade interna desse campo de fenômenos” (FREUD, 1901/1996, p. 167).

dessa posição, precisam ser discretos e suas repercussões, insignificantes. Em ambos os casos, de forma mais ou menos satisfatória, tal aspecto motor expressa algo de que o próprio agente não suspeita, e que de uma forma geral “não pretende comunicar, e sim guardar para si” (p. 193). O que teremos como primeira questão de reflexão com Freud (1901) é a conclusão²⁹ de que é lícito admitirmos a possibilidade de uma intenção inconsciente por detrás de tais atos. Nesse sentido, ele afirma: “sei agora e posso provar com exemplos convincentes que muitos ferimentos aparentemente acidentais sofridos por esses doentes são, na realidade, lesões autoinfligidas” (FREUD, 1901/2006, p. 182)³⁰.

Um segundo ponto, entendemos ser a ênfase no aspecto da psicopatologia da autolesão cotidiana. Buscando enfatizar o papel desempenhado pela a intenção inconsciente, Freud afirma que tais ocorrências de “modo algum são raras” (p. 182). Em uma nota de rodapé, sublinha o quanto é possível identificar lesões autoinfligidas de maneira dispersa na cultura. Sobre tal aspecto, considera, não ter outra alternativa “senão ocultar-se atrás da casualidade ou manifestar-se pela simulação de uma doença espontânea. Antigamente, ela era sinal de um costumeiro luto; em outras épocas, podia expressar tendências a religiosidade e à renúncia ao mundo” (FREUD, 1901/2006, p. 182). Nesse sentido, parece orientar nossa atenção para os casos de lesão autoinfligidas a partir de pequenas perturbações da vida cotidiana das pessoas sadias. Assim, ele desmonta a ideia de que se autoinfligir seria correlato a uma doença, ou algo aberrante. Já em relação ao campo psicopatológico, nos quadros de neurose, especificamente, percebe que atos autoinfligidos podem aparecer em diferentes intensidades; nesses casos, por exemplo, ocasionalmente aparecem como sintomas patológicos³¹. Destarte, nos conduz a pensar que existe ponto de contato entre o normal e o patológico: um não é oposto do outro, parece haver uma linha de continuidade entre uma autolesão normal e uma patológica.

Ao lado disso, é pertinente evidenciar que Freud (1901) destaca três tipos de fonte³² por de trás de tais atos: a culpa, sua subsequente autopunição e a ideia de uma tendência autodestrutiva constitutiva da subjetividade. Em relação à culpa, traz exemplos

²⁹ Nesse ensaio, Freud (1901/1996) traz diversos exemplos (vinhetas clínicas, casos com ele partilhados, autoanálise) para reforçar a aproximação dos atos autoinfligidos e as formações do inconsciente.

³⁰ Atualmente, não raro nos deparamos com sujeitos que não precisam recorrer à casualidade ao se lesionarem. Por outro lado, o fato secreto parece ser ainda uma dimensão pertinente em questão.

³¹ Afirma também que nunca se pode excluir o suicídio como um possível desfecho do conflito psíquico.

³² Freud (1901/1996) ainda faz referência a outras explicações, aspectos pouco abordados, tais como: a ideia de ato sacrificial e a inibição motora diante de eventos potencialmente lesivos. Além disso, há a menção a um caso no qual a dor de quebrar vários ossos do corpo não é sentida: “o notável foi a ausência de quaisquer expressões de dor e a tranquilidade com que ela suportou seu infortúnio” (p. 182).

do conflito entre o desejo e a moral da época³³. A culpa vivenciada por alguma situação inadmissível socialmente abre espaço para a tendência à autopunição, a qual está constantemente à espreita, contribuindo para formação do sintoma. Nesse pensamento, a autopunição “tira hábil partido de uma situação externa oferecida pelo acaso, ou contribui para sua criação até que se dê o efeito lesivo desejado” (FREUD, 1901/2006, p. 182). Tal argumento leva o autor a uma disposição para reconhecer que existiria uma autodestruição semi-intencional (com uma intenção inconsciente) capaz de explorar astuciosamente uma ameaça à vida e mascará-la como acidente casual. Afirmando, assim, que “não há porque supor que autodestruição seja rara. É que a tendência à autodestruição está presente em certa medida num número muito maior de pessoas do que aqueles que chega a ser posta em prática” (FREUD, 1901/2006, p. 183). A articulação direta entre os ferimentos auto infligidos e a autodestruição, pode se ler:

Os ferimentos autoinfligidos são, em geral, um compromisso entre pulsão e as forças que ainda se opõem a ela. Mesmo nos casos em que realmente se consuma suicídio, a propensão a ele terá estado presente desde longa data, com menor intensidade ou sob forma de uma tendência inconsciente e suprimida. (FREUD, 1901/2006, p. 183-184)

Cabe, agora, delimitarmos de que forma essas ideias, um conjunto de enunciados freudianos, nos ajudam na discussão, como saber e como experiência clínica, na autolesão. De saída, Freud apresenta suas tematizações acerca das lesões autoinfligidas como não sendo algo próprio à patologia, mas podendo estar presente em uma importante diversidade. O que contribui com nossa hipótese de que a autolesão pode abarcar muitas configurações. Um outro ponto, importante, seria a intencionalidade inconsciente impulsionando tais atos. Com Freud, uma deliberação consciente da autolesão nunca é puramente consciente. Precisamos pressupor que a escolha consciente de alguma maneira está transpassada pela fantasia. Então, desse ponto de vista, mesmo a escolha consciente seria o resultado ou uma tentativa de resolução para alguma coisa que é, antes de tudo, inconsistente; a ideia de sobredeterminação faz com que qualquer tipo de decisão ou escolha consciente esteja sobredeterminado. Pensar em termos estritamente conscientes

³³ Traz exemplos de uma situação de aborto, de desejos sexuais por figuras proibidas, situações de repressão.

nos conduzira a uma perspectiva próxima dos transtornos cognitivos, o que nos induziria a tomar o fenômeno numa visada puramente disfuncional, desadaptativa, com prejuízos e limitações da capacidade mental. Assim sendo, a partir de Freud, podemos olhar para o fenômeno a partir de outros aspectos, buscando fios de sentido e subjetivação. Apesar de dimensão deliberativa, em termos de intencionalidade, presente no ato autolesivo, devemos pressupor que influências inconscientes estejam operando de forma mais ou menos intensa. Deste modo, podemos pensar que as autolesões surgem então “como uma manifestação, na realidade, do transbordamento do inconsciente” (HAZA & KELLER, p. 740). Isto posto, nos questionamos: que tipos de circuitos que a autolesão pode percorrer? A quais funções e destinos estaria servindo?

Antes de buscarmos adentrar esses questionamentos abertos por Freud, com as leituras mais atuais do tema, visitaremos o desdobramento conferido à ideia de tendência a autodestruição e sua relação com a autolesão.

1.5.2.2 A pulsão destrutiva

O segundo texto em que Freud (1940[1938]/2006) lança mão do termo autolesão é *Esboço de psicanálise*. Estamos dando um grande salto, agora nos redutos do segundo dualismo pulsional, diante de diversas reorganizações e releituras da sua teoria. Nesse contexto, Freud diz entender que o Id expressa o verdadeiro propósito da vida: a satisfação de suas necessidades inatas. Deste modo, manter-se vivo ou se proteger dos perigos, não deve ser atribuído ao Id. Tarefa essa, destinada ao ego³⁴, cujo intento é encontrar o método mais favorável e menos perigoso de se obter satisfação, levando em conta, também, o mundo externo. Ao superego imputa, como função primordial, a limitação das satisfações. Ainda nesse painel, vai presumir que, por trás das tensões causadas pelas necessidades do Id, existem as pulsões, que representam as exigências somáticas ao psiquismo. Ainda que seja possível perceber um número indeterminado de pulsões, Freud (1940[1938]/2006), nesse momento, considera a existência de duas pulsões básicas, Eros e pulsão destrutiva. Neste ínterim, afirma que o objetivo de Eros é estabelecer unidades cada vez maiores e, assim, preservá-las; e a pulsão de destruição,

³⁴ Usaremos ao longo da dissertação as noções de ego e eu de forma indistinta. Apesar de haver importantes nuances que possam vir a diferenciar estes termos.

em contraste, tem como objetivo desfazer conexões e, assim, destruir coisas³⁵. Para Freud (1940[1938]/2006), a ação das pulsões se dá de forma conjunta; elas atuam de forma concorrente, dando origem a uma variedade de fenômenos.

As diferentes proporções de fusões e desfusões pulsionais podem ser encontradas em todas as partes, até mesmo em momentos de ego-Id indiferenciado. Freud relembra que as vicissitudes de Eros são mais fáceis de acompanhar do que as da pulsão destrutiva. Enquanto a pulsão opera internamente, como pulsão de morte, ela permanece silenciosa; “só nos chama a atenção quando é desviado para fora, como pulsão de destruição” (FREUD, 1940[1938]/2006, p. 175). Prossegue, afirmando que parece essencial, à preservação do sujeito, que esse desvio ocorra de forma que a pulsão possa deixar de ser autodestrutiva: “o aparelho muscular serve a esse intuito” (p. 175). Neste ponto, há uma relação direta com a autolesão, ao supor que “arrancar os cabelos ou esmurrar a face” (FREUD, 1940[1938]/2006, p. 175) apontaria para situações nas quais a transição da agressividade para a autodestrutividade é ocasionada pelo desvio da agressividade contra si próprio. Nesse âmbito, a agressividade que tinha como preferência outrem fora impedida, então o corpo parece assumir o ponto de desvio. Ainda em torno desse ponto, Freud (1940 [1938]) traz a ideia de que “conter a agressividade é, em geral, nocivo e conduz à doença (mortificação)” (p. 175). Como consequência, parece que se autolesionar, tendo como alvo o corpo, seria uma espécie de fórmula ante a mortificação.

Mais adiante, ainda nesse texto, ao discorrer sobre a técnica psicanalítica, Freud (1940[1938]) vai descrever dois principais fatores de resistência à análise: o sentimento de culpa inconsciente e a pulsão destrutiva. Apesar de reconhecer que tenham, sob certos aspectos, origens diferentes, ele os agrupa sob a denominação de “necessidade de estar doente ou de sofrer” (p. 207). Esses fatores estariam lutando contra o trabalho do analista. Em relação ao sentimento de culpa, a ideia que sobressai é de autopunição, visto que o ímpeto de se manter doente responderia à relação com Superego, hostil e cruel, que contribui para a intensificação da sensação de que o sujeito não é digno de melhora. O autor, lança, ainda, a ideia quanto a outra fonte de resistência, a pulsão destrutiva, de difícil demonstração. Sua hipótese é fundada a partir da experiência com neuróticos, que

³⁵ Acrescenta também que haveria um objetivo básico de levar o que é vivo ao estado inorgânico e, por esse motivo, seria chamado também de pulsão de morte. Nesse raciocínio, a ideia é de que as coisas vivas aparecem posteriormente às inanimadas e delas se originam; a pulsão de morte se ajusta à ideia de que as pulsões tendem a retornar a um estado anterior.

lhes pareciam dispor de uma pulsão de autopreservação invertida: “eles parecem visar nada mais que à autolesão e à autodestruição” (FREUD, 1940 [1938]/2006, p. 208). Nesses casos, parece ter ocorrido desfusões de pulsão de grandes intensidade em decorrência do que houve uma liberação de quantidades excessivas da pulsão destrutiva voltado para dentro. No entanto, Freud confessa que em tais casos não é possível conferir-lhes explicações completas.

O que fica para nós como caminho a ser mais bem trilhado é o fato de que há diferentes leituras da função da pulsão de morte. A partir dos trabalhos atuais (GREEN, 1986/1988), percebemos que quem afirma o primado da pulsão de morte vai estar trabalhando com uma tendência do desligamento³⁶, ou um “princípio de desunião” (PONTALIS, 1972, p. 90). Tal visada para alguns autores não é necessariamente mortífera, ou destrutiva: Zaltzman (1994), por exemplo, pensa em efeitos não mortíferos da pulsão de morte, através das figuras do cansaço, do tédio, pequenas catástrofes do cotidiano. Além disso, Zaltzman (1994) destaca também uma faceta da pulsão de morte, a pulsão anarquista, em que a tendência ao desligamento opera de forma vital, “contra organizações de vida aprisionantes” (p. 33). Visto que há toda uma concepção de pulsão de morte, de tendência ao desligamento, enquanto produção de diferença — que é alguma coisa que se dá na relação com a vida —, há uma série de autores que vão afirmar pulsão de morte como uma pulsão criadora, que não é totalmente destrutiva. Para além desse ponto, há uma tensão em termos de situar a pulsão de morte como sendo algo inato ou fruto de desbalanço ambiental. Um ponto marginal, mas fundamental, se deu em relação à proposição freudiana de que o aparelho muscular auxiliaria a transformar a tendência autodestrutiva. Mas de que forma? Para Zaltzman (1994), o recurso aos limites do corpo é as vezes o único que resta para se subtrair a ascendência mental de um outro. Nesses casos, a tendência vital é mantida, mesmo pendendo para efeitos mortíferos em nome do asseguramento da existência psíquica que é visado, e não a própria morte. Todas essas discussões requerem um nível de aprofundamento que desviaria muito do foco da nossa pesquisa, à medida que abre inúmeras indagações. Mas o que fica como questão diretamente relacionada com o tema da autolesão é como pensar o eixo destrutividade e sobrevivência, evidente em tais situações.

³⁶ De acordo com Green (1986/1988) a função desobjetalizante, através do desligamento, ataca não só a relação com o objeto, mas também os substitutos destes (p. 60).

Que outros problemas podem ser delineados? Como observamos, há uma variabilidade de apresentações da autolesão, mas será que entender a autolesão enquanto sintoma polimorfo nos ajuda a pensar? Será que podemos reunir todas essas apresentações sob o mesmo guarda-chuva? Ao nos aproximarmos de outras formas clínicas, será que os operadores fundamentais, em questão para Freud, se mantêm?

I.5.3 – A variabilidade de ordenações subjetivas na autolesão

Na literatura psicanalítica, a autolesão foi primeiramente tematizada, de forma tangencial, através das matrizes clínicas da neurose, por Freud, em certa ideia de continuidade com a normalidade. O primeiro psicanalista a se dedicar ao tema, de forma mais evidenciada, densa e ampla, foi Karl Menninger (1938/1970). O autor vai apropriar-se da ideia de propensão à autodestruição freudiana como algo inerente ao humano, utilizando-se da noção de pulsão de morte como pano de fundo de suas conceituações. Em seu livro *O homem contra si mesmo* (MENNINGER, 1938/1970), ele pensa a complexa interação entre as pulsões de vida e de morte, num permanente conflito; ele as toma como tendências construtivas e destrutivas da personalidade. *Grosso modo*, entende que o triunfo do desejo de viver sobre o de morrer traz um alto custo à vida. Nessa linha de pensamento, tematiza as autolesões a partir da ideia de um suicídio focal, em que há uma concentração da autodestruição em uma parte focalizada do corpo. O autor busca mostrar que o impulso suicida pode se concentrar numa parte, como substituta do todo — a autolesão atestaria essa tese. O que nos é relevante nesse momento é apontar que Menninger (1938/1970) já havia pensado a autolesão como aparecendo no curso de uma neurose, de uma psicose e da normalidade. Mas como se pensa a especificidade da autolesão em cada estilo clínico aqui?

Para Menninger (1938/1970), os neuróticos muitas vezes disfarçam³⁷ o método com que executam a autolesão; os psicóticos não fazem o menor esforço de ocultá-lo. O aspecto evidentemente compulsivo é percebido como estando contíguo às situações psicóticas, ainda que seja pouco frequente. Enquanto isso, “o neurótico raras vezes se mutila irremediavelmente” (p. 212). A explicação central reside na ideia de barganha: “o elemento de negociação — fazer os melhores acordos possíveis — é a essência da questão” (p. 212). O Eu, com sua função discriminativa, tinha a incumbência de ajustar

³⁷ Nesse ponto particular, ele os aproxima da ideia de simuladores de doenças.

as exigências, buscando o melhor acordo possível. Nas situações de psicose, o Eu faria um negócio particularmente ruim. Ao separarmos uma figura clínica da outra, nosso esforço se dirige a demarcar algumas similitudes e diferenças da autolesão, em alguns dos diferentes estilos subjetivos nos quais ela comparece.

Se nas primeiras conceituações acerca da autolesão as formas clínicas variavam dos redutos psicóticos à normalidade; no contemporâneo, por vezes o acento reside na articulação entre os casos-limite e as autolesões. A respeito disso, no campo da psiquiatria já percebemos que, por mais que possa haver lógica nessa associação, a diversidade de situações clínicas em que a autolesão pode aparecer contestam tal argumentação. Destarte, acreditamos que seria equivocado atrelar as autolesões como pertencentes “apenas ao funcionamento psicopatológico limítrofe” (MATHA, 2010, p. 258). Segundo Corcos (2013), se por muito tempo atrelou-se a autolesão a distúrbios psicopatológicos mais graves, hoje há uma expansão para estilos subjetivos mais próximos aos quadros neuróticos, podendo favorecer uma aparência histérica ou narcísica. Ainda em torno do campo clínico e psicopatológico de delimitação na psicanálise, Catherine Matha (2010) infere que a dificuldade de precisar melhor essa ação atestaria justamente a gama de ações e funcionamentos psíquicos subjacentes à autolesão, complexificando sua catalogação. Mas, então, como refinar a que campo psicopatológico o ato de lesionar estaria remetido?

Brandão Junior & Canavêz (2018) situam a problemática das autolesões sob o conjunto de manifestações de sofrimento expressos a partir de queixa de sintomas corporais. Não fica clara a forma como essa queixa é endereçada, nem como o corpo é recrutado nessa aparente queixa. De maneira similar, Araújo et al. (2016) se utilizam de noções equivalentes para elucidar a dimensão sintomática da autolesão. Em vista disso, o sintoma é compreendido na qualidade de um fenômeno subjetivo que não constitui necessariamente sinal de uma doença, mas a expressão de um conflito inconsciente ou uma forma de lidar com ele. Parece-nos que aqui estamos diante de uma ideia implícita de tematização da autolesão em situações de sujeitos que dispõem de uma integração já alcançada, de um eu constituído. Nessa lógica, *grosso modo*, o aspecto central da subjetividade gira em torno de uma possibilidade de conflitualização. Mas qual a consequência do acento na dimensão sintomática e conflitiva?

De uma maneira geral, o que está em relevo, acentuado a conflitualidade, é o embate permanente de forças. O sintoma nas neuroses se monta como modo de resolução de uma situação conflituosa e a sua remissão não equivaleria à cura. Seguindo essa lógica, Menninger (1938/1970) afirma que, em termos de conflitualização, haveria um

paradigma de contrainvestimento do desejo; paradigma segundo o qual, se haveria um desejo de morte, em contrapartida haveria também um desejo que não morre — o que traz uma problemática de ambivalência e, conseqüentemente, de formação de compromisso. No entanto, se pensarmos em situações mais extremas, nas quais esteja em jogo uma impetuosidade de defesas radicais, a possibilidade de fazer arranjos sintomáticos pode ficar comprometida, a formação de compromisso podendo não se efetuar de maneira efetiva. Porém, intuimos que quando alguns autores estão falando em conflito, estão referidos à ideia de mundo interno; ideia na qual o recalque, as formações do inconsciente e o Édipo se apresentam como o universo de importância.

Parece-nos pertinente marcar a fórmula trazida por Menninger (1938/1970) na qual o âmago da autolesão centraria, em graus distintos em cada estrutura, na ideia de autocura ou, pelo menos, de autoconservação. Isso seria indício de um paradoxo, em razão de se obter paz na destruição, uma vez que a autodestruição local seria “uma forma de suicídio parcial para evitar o suicídio total” (p. 242), o que representaria uma vitória custosa das pulsões de vida sobre as pulsões de morte.

Menninger (1938/1970) tem um pensamento de continuidade, fala de automutilação como algo possível a todos. Na época, articulava esse sintoma como destino da culpa, uma forma de expiação e autopunição inerente a uma maior ou menor intensidade de ação de impulsos destrutivos. Para além do pensamento de *continuum*, o que nos vale como elemento de comparação é, por um lado, a sua dimensão de barganha, de negociação: em vez de morrer, de matar o corpo todo, mata-se uma parte específica. E por outro lado, a presença do contexto nesses comportamentos, que, “sem dúvida, eram originalmente dirigidos contra algum objeto externo” (p. 235).

Nos casos que o autor aproximou de uma estrutura neurótica, ele deu ênfase na dimensão do momento traumático de castração remetido à experiência de masturbação. Notamos que em todos os casos em que ele ressalta as relações iniciais, a cena primitiva, há situações de violência, repressão da dimensão sexual. Percebemos aqui a visada conflitiva, em que o corpo é tomado como objeto, exigindo um rearranjo e uma (re)apropriação dele devido às “leis impostas” do ambiente — processos traumáticos inevitáveis da subjetivação humana. Nesse sentido, os significados giravam em torno de aspectos eróticos da autolesão, derivando a dimensão de agressividade, suas funções autopunitivas e conciliatórias. De uma forma geral, nas estruturas ditas neuróticas a autolesão visaria, a partir das questões edípicas, a um compromisso entre pulsão e defesa, diante da ameaça do retorno do recalçado, com o levantamento do véu da repressão. A

questão central nesse prisma seria “a tentativa de recuperar uma posição ativa, de controlar pulsões agressivas, intrusivas e passivadoras” (MENNINGER, 1938/1970, p. 240).

Todavia, pensar nos modos de subjetivação em que as possibilidades de conflitualização encontram-se travadas desloca o eixo dos registros que estamos abordando³⁸. Nessa outra acepção, a dinâmica do fenômeno parece ainda orbitar ao redor da trama tecida em torno das relações primárias, mas apontaria para a vertente referida para além dos limites de um traumático constitutivo da subjetividade. Destarte, a autolesão poderia ser testemunha das vivências do sujeito com o mundo, de sua interação. Mas como pensar os critérios determinantes que possam vir a distinguir o espectro da autolesão?

Em conformidade com a importância de delimitar os registros e as situações clínicas em que as formas de apresentação da autolesão se enunciam, Maurice Corcos (2013), em seu livro sobre *o terror da existência*, esclarece algumas imprecisões, bem como traz uma definição que nos parece fazer jus à complexidade da questão. Nas palavras do autor:

Autolesão é um comportamento de externalização no corpo de uma dor psíquica mais ou menos circunscrita (ansiedade, sentimento dissociativo, afeto depressivo...), depois uma ação somatopsíquica. Seu objetivo é conter, filtrar e contraexcitar (através de um excedente de excitação autogerada) o retorno de ansiedades arcaicas que emanam de fantasias inconscientes insuportáveis, em vez de representações estáveis” [revivescências e não reminiscências, excedentes fantásticos para preencher o vazio]. É apenas secundariamente “no pós-fato” (*sic*) que a conduta pode tomar, dependendo do caso, o sentido de uma autopunição de fantasias incestuosas em relação ao objeto

³⁸ Freud (1914/2006) redimensiona o nível de conflitualidade. Com a formulação do eu enquanto polo de investimento, com sua possibilidade de libidinização, ele passa a ser um possível polo de conflito; um polo de conflito não mais contra pulsão, visto que é pulsional, mas com a alteridade. Nesse momento, a questão da dimensão narcísica ganha relevo. Outras questões para além do pulsional vão estar colocadas na construção do eu. Outros elementos serão necessários para compreender os termos de importância do universo subjetivo, não mais centrado no conflito, no prazer e na ambivalência, mas em situações vitais, de dor, clivagens. Os registros são distintos, o que não quer dizer que não possam ser copertinentes ou se sobrepor. Por consequência, um dos pontos que ganha destaque está relacionado aos arranjos eu/corpo.

edipiano em casos brandos, ou em mortificação em registros mais depressivos. (CORCOS, 2013, p.238)

Por conseguinte, nas formas mais arcaicas, o que regeria a autolesão seria a sua finalidade de purificação e extirpação das excitações que afetam o corpo. Para Corcos (2013), uma pulsionalidade nua, não integrada, reflexo de uma tensão contraditória entre o familiar e o pessoal, compeliaria a situações dissociativas, incertezas no sujeito quanto a sua própria existência, que o forçam a experimentar a hiperrealidade de um ato passional. O preço a pagar a fim de evitar a dissociação psique-corpo assume uma realidade brutal. Em tais casos, os objetos internos não estariam suficientemente internalizados. Nesse âmbito, a destrutividade em questão seria uma espécie de apelo a uma resposta efetiva do ambiente, “ao mesmo tempo que permite algum controle pelo terror no ambiente antes que a compulsão a repetição mecanize todo funcionamento psíquico e não atrapalhe nenhuma possibilidade de sentido” (CORCOS, 2013, p.240). Nos casos-limite, a autolesão é exigente, na medida em que é dirigida a um objeto que lhe parece vago ou incerto, sendo recrutado em momentos de ausência do objeto, o que faz pensar que nesses casos a autolesão tem “um objetivo mais benevolente, através da produção de sensações, do que um objetivo de satisfação autoerótica sádica” (CORCOS, 2013, p. 239). Nesse sentido, caberia referir a autolesão no singular e enquanto sendo da ordem de um sintoma?

A partir de uma reflexão similar, Douville (2004) nota que nos casos mais severos, como em autistas agudos, seria possível questionar essa centralidade do eu como agente da ação, e que tais condutas³⁹ “podem ter valor de defesa” (p. 10). Justamente nesses estados clínicos, a formação de compromisso pode ser precária no que concerne a determinados aspectos. Abordar a problemática desses casos enquanto satisfação pulsional (sintomática) seria inviável, ao menos no que diz respeito às áreas da subjetividade cuja expressão de resposta se apresenta através de defesas extremas (podendo haver, simultaneamente, formação de sintomas e dificuldade nesse mesmo plano em outras áreas do funcionamento psíquico de um mesmo sujeito). Nas áreas onde há impossibilidade de formação de compromisso, a operação de “conflitualização” pode se revelar travada⁴⁰. Acreditamos que há pontos de convergência entre a apresentação

³⁹ Douville (2004) propõe pensar a autolesão enquanto conduta — isto é, comportamentos que revelam algo do ser em questão —, buscando contornar o possível problema, colocado mais enfaticamente pelo autismo, de uma ideia solipsista de indivíduo, em que seria possível excluir uma dinâmica intersubjetiva.

⁴⁰ Scarfone (2010) complexifica essa problemática ao trabalhar com a ideia de que teria algo aquém da possibilidade de conflitualização, o que não significa estar fora da relação de conflito.

autolesiva nas distintas figuras subjetivas; no entanto, em relação ao modo como se manifestam, sua dinâmica, podem ou não se sobrepor⁴¹. Como consequência, optamos por situar as autolesões, enquanto ações que podem assumir qualidade de defesa, numa acepção que engloba uma série de mecanismos heterogêneos para lidar com o mundo. Defesas têm qualidades distintas, desde as mais suaves às mais violentas; nesse sentido, é pertinente separar os registros que estamos abordando. Em determinadas situações, eles podem assumir caráter sintomático. Então, intuímos que há um caminho a ser percorrido, um trilhamento dessa ação; parece haver um caminho do comportamento ao sintoma na autolesão.

Deste modo, achamos que alguns problemas são evitados ao marcar melhor, mesmo que de modo aproximado, de que ordenação subjetiva estamos partindo. Milagres (2006) discute o estatuto do corpo na esquizofrenia a partir de reiterados episódios de automutilação. Ciccone (2011) se propõe a examinar a autolesão em estados autistas e psicóticos, mas também em uma psicopatologia cotidiana. O autor se questiona a respeito de qual seria o modo eficaz de entender o fenômeno, ressaltando a transversalidade corporal, o que o leva a indagar em favor de aspectos infantis e arcaicos nas determinações da autolesão. De maneira análoga versa Dargent (2006): ao pensar a autolesão em adolescentes, articula a problemática à dimensão conversiva da histeria, em que “corpo e carne se oferecem em um movimento sacrificial” (p. 657). Dessa perspectiva, o ato autolesivo seria um sintoma, “na medida em que apoia o desejo inconsciente no encontro entre correntes genitais púberes e representações incestuosas” (p. 657).

Entramos assim num terreno em que se delineiam diferenças nos modos de apresentação, função, estatuto, e usos da autolesão nas diferentes configurações subjetivas. O objetivo principal aqui foi também de explorar a questão espectral vasta em que a autolesão pode estar presente do ponto de vista psicanalítico. Apesar de cada estilo subjetivo apresentar nuances e dominâncias diferenciadas, nos parece que há em todas elas um papel de destaque para o corpo. Nesse sentido, explorar o registro do corpo nas autolesões nos parece um caminho profícuo. Desde Freud há pistas, mas não uma centralidade para pensar o corpo como importante operador de análise da questão. Por

⁴¹ Câmara & Canavêz (2020) vão pensar a autolesão, seguindo as provocações ferenczianas, numa lógica não estrutural, mas sobretudo por variações de grau, intercambiáveis, nas quais territórios transbordam entre si em um espaço de mistura e indistinção.

esse ângulo, a que concepção de corpo os autores estão se referindo em relação à autolesão? Qual corpo seria alvo das lesões autoinfligidas?

1.5.4 Vestígios no corpo

Se declinarmos de falar do corpo anátomo-biológico-funcional, de que corpo falaremos na autolesão? No cenário psicanalítico, falar de corpo pode abranger, por si só, uma vastidão de ideias e concepções. A psicanálise, desde Freud, tem seu interesse pelo corpo físico, alvo de traumas, assim como pelo corpo pulsional, na fronteira entre o psíquico e somático, composto pelo universo fantasmático. Por um lado, este pode ser lugar do que se inscreve no psiquismo, mas também, por outro, do que se mantém inassimilável, permanece como pura intensidade. Somado a tudo isso, há ainda o corpo atravessado pela alteridade, que também é um corpo relacional, alvo de impressões sensoriais, alvo ou não do desejo do outro, que depende de “alguém ao lado” para se constituir. Nas situações de autolesão, essas delimitações e esses registros se tornam ainda mais complexos, visto que o corpo atacado é, ao mesmo tempo, o mesmo que age sobre si. Como, então, podemos pensar a questão do corpo em sua articulação direta com a autolesão? Parece-nos que a ideia de heterogeneidade, também se faz pertinente em relação ao corpo.

Reconhecendo a autolesão como uma “categoria” existente em vários fenômenos clínicos, Menninger (1938) percebe que as formas de autolesão têm em comum os “ataques destrutivos deliberados a várias partes do corpo” (p. 207). Notadamente, há modos variados de encontrar e de considerar a forma como o sujeito se autolesiona. Nesse sentido, um apontamento preliminar é o de que se autolesionar é uma ação com uma ampla diversidade de manifestações, como beliscões na pele, roer as unhas, comer a pele ao redor da unha, coçar-se insistentemente, friccionar partes do corpo a ponto de produzir lesões, arrancar cada fio do couro cabeludo, agravar lesões existentes, morder as bochechas. Com a introdução de um instrumento, aumenta-se ainda mais as possibilidades de combinação e efeitos — por exemplo, ingerir água sanitária, tomar banho a temperaturas extremas, cortar-se com objetos pontiagudos, queimar-se com cigarro, introduzir em si objetos afiados, bater a cabeça contra a parede. A autolesão é uma ação visível no corpo, com reminiscências tanto de ordem material quanto de ordem subjetiva.

Os efeitos de tais ataques são dos mais variados, passando por dor, sangramento, contusão, queimadura, cicatrizes, alívio, prazer, culpa, anestesia, excitação, vergonha, sentimento de estar vivo, controle. Os destinos, os efeitos e as expectativas de tais atos podem assumir, para os sujeitos, arranjos infinitos; por outro, é inegável que o corpo lesionado parece desempenhar uma função importante, visto que os sujeitos continuam a se infligir lesões. Mas o que o corpo lesado vem oferecendo a essas pessoas?

Para Corcos & Richard (2006), a autolesão é a externalização de um sofrimento no corpo, uma ação cujo objetivo seria primordialmente conter e filtrar o surgimento de ansiedades arcaicas. Corcos (2013) sublinha que a autolesão poderia ter como questão de fundo impasses no campo emocional, como se a esfera do pensamento estivesse prejudicada. Por esse ponto de vista, “a linguagem emocional corre o risco de permanecer linguagem somática” (CORCOS & RICHARD, 2006, p. 459). Nesse sentido, o corpo assumiria preponderância, na medida em que serviria como recurso de externar um sofrimento indizível. Na mesma linha de reflexão, Gauthier (2007) enfatiza a percepção de que os sujeitos que recorrem continuamente à autolesão poderiam dispor de um espaço psíquico pessoal pouco estabelecido. Nessa perspectiva haveria um sofrimento em questão que não encontra palavras para verbalizar, ou apenas uma instável “expressão simbólica”, restando o invólucro corporal como recurso expressivo: “a carne se torna verbo” (CORCOS, 2013, p. 237). Assim, podemos pensar a autolesão enquanto uma denúncia do próprio sofrimento, e não como sua causa — ainda que possa haver sujeitos que sofrem por não conseguirem se desvincular desse modo. Nesse sentido, podemos entrever a abertura para a dimensão comunicativa que a autolesão pode comportar⁴². Assim sendo, o corpo relacional parece ganhar relevo aqui. O corpo, nessa perspectiva, pode funcionar como meio de comunicar aquilo que lhe sufoca, o que remanesce de algo que faz sofrer.

De acordo com Cidade (2020), o corpo não só denuncia conteúdos e vivências que extrapolam a possibilidade de representação psíquica, bem como para outras modalidades de descarga e aparição das tensões internas, que não estão contidas de forma simbolizada. Percebemos em alguns trabalhos a ideia de que o recurso às palavras é entendido como tributário de uma cadeia simbólica, minimamente estruturada, que se veria ausente ou em defasagem naqueles que se lesionam. A prática terapêutica proporcionaria um caminho

⁴² Se, por um lado, podemos incorrer numa perspectiva que concebe as manifestações somáticas como contraponto a representação; por outro, a dimensão comunicativa que a autolesão pode comportar também é frisada.

para que o sujeito “possa se direcionar para outros processos construtivos que não seja o ato de se automutilar” (LOPES, SILVA, TEIXEIRA & CAVALCANTE, 2019, p. 294). Tal leitura é ancorada na concepção de que a experiência corporal, quando predominante, como nos casos de autolesão, seria sinal de que “os sujeitos estariam em posições subjetivas arcaicas que levam a posições masoquistas centradas no gozar, e não na lógica do desejo” (LOPES, SILVA, TEIXEIRA & CAVALCANTE, 2019, p. 25). O artigo de Barbosa et al. (2019) alude a um recorte similar; as autoras concebem a autolesão enquanto podendo ser um destino pulsional, um sintoma da expressão de um conflito inconsciente ou uma forma de lidar com ele. Diante disso, o enfoque parece estar centrado sob o corpo pulsional. Para Bigott (2010), por sua vez, na maioria dos atos autolesivos a pele é a mais frequentemente atacada — para o autor, nesses casos, a expressividade através do corpo é o meio prioritário, principalmente em relação à palavra.

Numa visada mais abrangente, situa-se a proposta de Câmara & Canavêz (2020), ao trabalharem a autolesão tendo em vista a expressividade do corpo em sua multiplicidade de destinos. Nessa proposta, concebem as ações autolesivas não só extrapolando sua função de alívio frente à dor e ao desprazer, como também em termos da capacidade de verbalizar ou não o sofrimento. Diante disso, marcam o aspecto não apenas da função de regulação, mas também de “experimentar novas formas de sentir o próprio corpo” (CÂMARA & CANAVÊZ, 2020, p. 71). Essa exploração do corpo através da autolesão, pode abarcar situações que implicam uma tentativa de produções de sensações mais ou menos consistentes. Importa salientar que as contribuições de Câmara & Canavêz (2020) não recorrem ao discurso hegemônico que propõe uma oposição entre a linguagem e o ato, o simbolizável e o corpo. Isto porque vislumbram que uma das maiores consequências trazidas pelo fenômeno da autolesão é a de não traçar, como perspectiva única de análise, a simbolização da autolesão pela linguagem e pela palavra. Ainda que haja leituras que concebem o ato autolesivo como articulado a um déficit de representação, de simbolização, acreditamos que tal encaminhamento da questão mereça ser abordado com cautela⁴³.

Para além disso, há aqueles que veem os atos autolesivos como uma via que poderia favorecer a simbolização. Nessa lógica, Dargent & Matha (2011) afirmam que a

⁴³ Partilhamos de uma visada diferente, visto que reconhecemos que processos de pensamento, reflexividade e representação podem se apresentar de forma incipiente, mas que o fato de um sujeito se utilizar da autolesão não necessariamente atestaria isso. No decorrer da dissertação abordaremos melhor esse ponto.

autolesão implica pensar sobretudo na trama somatopsíquica; compreendem que a superfície corporal é dotada de potencial catalisador de figuração, ou seja, na medida em que é uma via seminal “das representações psíquicas” (MATHA, 2010, p. 262). Desse modo, vemos aqui uma via frutífera para contornar a oposição entre autolesão e pensamento, um outro modo de leitura do problema. Nesse visada, atuar também é capaz de referir a uma maneira de pensar. Para Ciccone (2016), a autolesão enquanto atuação poderia ser um caminho no qual “as experiências podem ser psicizadas” (p. 45)⁴⁴.

Tomaremos a autolesão em uma acepção mais ampla que poderia expressar, de forma mais ou menos subjetivada, modalidades heterogêneas de sofrimento. Nesse sentido, torna-se incontornável pensar a dimensão relacional em jogo, na medida em que poder pensar no sofrimento, experimentá-lo, “implica não apenas um contato consigo mesmo, mas necessariamente um contato com o outro” (GAUTHIER, 2007, p.56). Por esse ângulo, Ciccone (2016) alega que o dano autoinfligido testemunha a relação com os objetos principais. O autor identifica nas autolesões um modo de dramatizar a relação com objetos primordiais, posto que elas refletiriam as relações com primeiros objetos, servindo de pistas para compreender a natureza da ligação com primeiros objetos que foram introjetadas. Mas a que plano de relação podem estar referidas as autolesões?

Desde Menninger (1938/1970), é factível traçar dois campos objetais possíveis, de modo que o ato pode ser dirigido para um objeto introjetado, ou dirigido a objetos reais e presentes, “não para objetos imaginários ou distantemente colocados” (p. 253). No entanto, esse plano de compreensão é difícil de precisar, e muitas vezes os dois campos se apresentam imbricados. Sob esse plano de compreensão, mas essencialmente a partir das possíveis confusões entre o eu e o objeto, Cidade (2020), Demantova (2017) e Andrade & Herzog (2014) se empenham em propor, a partir das articulações com enfoque em dimensões da corporeidade, questões que seriam mais expressivas da ordem relacional. Nessa acepção, Demantova (2017) compreende que, nos casos de autolesão, sobretudo em relação às adolescentes, a expressão no corpo atestaria um movimento relacional entre a recusa e dependência do objeto, em que a vinculação com este é paradoxalmente atacada e buscada. Andrade & Herzog (2014) fazem uma explanação a partir de um relato clínico, no qual a autolesão serviria, principalmente, como modalidade de resistência à relação com objeto primário. Nessa situação, a autolesão seria um mecanismo de defesa eleito como resposta a experiência avassaladora produzida pelo

⁴⁴ Para Ciccone (2016) existem maneiras de agir que produzem pensamento e modos de agir que evitam o pensamento.

excesso de presença materna. No caso em questão, haveria uma apropriação da fantasia materna pela filha, que passa a ser habitada “por uma figura fantasmática estranha, que captura sua identidade” (ANDRADE & HERZOG, 2014, p. 141). Desse modo, a destruição de si seria ao mesmo tempo a do outro. Percebe-se que, no modo como se é construído o problema, conjugam-se diferentes concepções de corpo: pulsional, narcísico, relacional e intensivo.

Ainda sobre o âmbito relacional, Corcos & Richard (2006) pontuam como a autolesão agride e ataca o ambiente em que o sujeito está inserido. Apesar do fato de o ato ser executado sobre si próprio, há um entorno a que se dirige⁴⁵, ainda que se possa recorrer à autolesão “mais por seus efeitos intrapsíquicos do que pelo seu impacto relacional” (CORCOS & RICHARD, 2006, p. 463). Por esse ângulo, Douville (2004) percebe que, quando o ambiente se mobiliza, alguém responde ao ato, a autolesão ganha outros contornos, a significação adquire uma outra plasticidade.

Pensar não só a variabilidade clínica da autolesão, assim como o problema de uma reflexão sobre o arcaico nos encaminha para autores que circunscreveram suas pesquisas sobretudo a partir de um trabalho com adolescentes. Ainda que não nos detenhamos no peso da adolescência, o exame, ainda que breve, desse contexto nos auxilia: a manter a ideia de heterogeneidade pulsante, a pensar a importância do corpo para autolesão e também na aproximação das camadas arcaicas⁴⁶.

1.5.5 O inédito do corpo adolescente

Para podermos avançar em relação ao nosso objetivo principal, cabe destacar algumas pistas suscitadas pela leitura dos artigos. Notamos que o plano de produção científica acerca da temática tem se centrado na articulação entre a autolesão e o contexto do adolescer.⁴⁷ Ainda que não seja possível circunscrever tais ações a esse contexto, é inegável que há um peso na adolescência no que tange a essa temática. Flémal & Lefebvre (2010) propõem — em analogia ao trabalho do luto de Freud — a ideia de “trabalho adolescente”, sendo ele plural e complexo, em vista dos intensos remanejamentos subjetivos a serem feitos nesse período da vida. A adolescência é particularmente afetada

⁴⁵ Ainda que tenhamos em vista o fato de que os sujeitos que se autolesionam possam ser habilidosos na arte de ocultar e mostrar.

⁴⁶ Para Golse & Roussillon (2010), o arcaico está atuante na vida psíquica de todos, mas se apresenta de maneira mais evidenciada em situações traumáticas e patológicas.

⁴⁷ Segundo Cardoso (2011), a adolescência exige do sujeito profundo remanejamento do equilíbrio entre suas pulsões e suas defesas.

por ser um marco onde o corpo assume lugar, de maneira mais evidente, de transformação — onde há todo um trabalho de reconstrução e construção subjetiva a ser feito. Dargent & Matha (2011) nos atentam para o risco de atribuir funcionamentos psicopatológicos acerca de condutas, sobretudo na adolescência. Demantova (2017), por sua vez, ao articular a problemática autolesiva na adolescência com o traumático, acentua a pluralidade dos funcionamentos subjetivos presentes nos adolescentes que recorrem ao ato. Mais significativamente, Demantova (2017) estreita a relação entre a questão do ato e as transformações no corpo, situando-a no núcleo da problemática adolescente, sendo a convocação do registro do agir uma modalidade de defesa frente à experiência incontornável de passividade, trazidas principalmente pelas transformações corporais, bem como das perdas vivenciadas nessa passagem da infância à vida adulta.

Neste sentido, Douville (2004) traz a questão do informe corporal, presente na clínica com adolescente autolesionadores. Há, nesse contexto, a erupção de uma face da vida (menstruação, ejaculação), que favorece uma atmosfera de espanto, bem como a ansiedade de despersonalização. A adolescência pode ser um momento de reviravolta narcísica que catalisa respostas de ordem destrutiva, visto que o próprio corpo pode se deixar levar pela turbulência e que, “longe de ser equivalente à imagem ideal do semelhante, volta a ser aquele peso de realidade que insiste” (p. 20). Em vista disso, expressões autolesivas podem ser recrutadas. Articula-se, então, a ideia de informe corporal a um estado de corpo que se tornou estrangeiro a si mesmo, sendo a autolesão uma tentativa extrema e desesperada de entrar em contato com o próprio corpo.

Em contrapartida, pretendemos menos pensar num recorte específico da vida, e sim explorar alguma coisa que interfira na continuidade de ser. No entanto, acreditamos que seja profícuo trazer as contribuições dos autores, mesmo quando remetidos à adolescência, pois elucidam aspectos que parecem guardar reverberações ao longo da vida. Nesse sentido, buscamos extrair adiante ideias em impasses da corporeidade que nos auxiliam a pensar a alteridade como espécie de operador para analisar distintos quadros clínicos que apresentam como ponto de convergência o recurso à autolesão. Trata-se de modos de ser nos quais notamos a convocação da corporeidade no intrínseco do campo sensorial indicando uma problemática que nos interroga, dentre muitos outros aspectos, os redutos arcaicos. Sob essa perspectiva, Douville (2004) refuta ver nas autolesões um simples automatismo ou uma estereotipia, mesmo em casos mais graves, como em situações autistas, pois detecta aí expressões arcaicas de defesa. Indo mais longe na compreensão dessas ações, ele as concebe como um elo com os outros, no qual os

sujeitos podem “fazer da autolesão um acontecimento que coloca o corpo do sujeito em uma situação, em um endereço” (DOUVILLE, 2004, p. 10).

É pertinente marcar que as experiências vividas, ainda que passíveis de aproximações, não possuem os mesmos efeitos. É fundamental não perdermos de vista que o apelo à dimensão de corporeidade e ato se dão de formas distintas em cada um. Muitos fatores devem ser levados em conta para se estimar o impacto, os efeitos de um sintoma, de uma defesa na vida de alguém. Por outro lado, a prática clínica e os relatos encontrados em redes virtuais nos indicam que muitos desses sujeitos estão em sofrimento, e que vêm usando a autolesão como forma de lidar com ele. No entanto, tal constatação não torna viável inferir que todos que se autolesionam estão sofrendo.

Para além de marcar a que camada estaria remetido tal ato — ou melhor, mesmo dentre os artigos em que não há uma delimitação clara de qual subjetividade ou modo de ordenação estaria remetido —, os artigos parecem se manter fiéis à ideia de Freud, forjada a partir da reação terapêutica negativa, na qual se notava um agravamento do sintoma ou angústia no processo terapêutico. Uma formulação subjacente a ela diz respeito justamente à dificuldade de abdicar de um sintoma, não apenas devido à formação de compromisso, mas também ao aspecto de engajamento do indivíduo, visto que ele forja uma solução para si para lidar com sofrimento. Então, abrir mão do sintoma, ou da defesa, seria como abrir mão de sua estratégia para lidar com o martírio. Mais do que isso: para os autores psicanalíticos, ao que nos parece, a dimensão trófica e criativa da autolesão vem sendo valorizada; de uma forma geral, percebemos a apreciação de sua dimensão positivante.

No material analisado, dentre muitos fatores, pretendemos ressaltar que os principais temas trabalhados foram acerca dos possíveis motivos, funções e causas que estariam em jogo no sujeito para apresentação autolesiva. A ideia de sobredeterminação nos auxilia a manter tesa a dimensão inesgotável e irreduzível de compreender e interpretar a autolesão. Antes de darmos seguimento, explicitaremos, a seguir, algumas observações no que concerne à temática; observações necessárias para delimitar e circunscrever a área de estudo. Mais do que buscar os problemas e consequências dos modos de entendimento da temática, pretendemos apontar considerações que nos auxiliem em um plano de compreensão das autolesões em sua interface com a alteridade e que contribuam com a abertura de novas possibilidades de perguntas, novos horizontes a seguir.

1.5.6 A função econômica: uma roupagem masoquista?

r/whyselfharm

Eu tenho shing há muito tempo, provavelmente cerca de 12 anos agora e só recentemente comecei a sentir isso. Alguém que já teve experiência com a autolesão fica excitado quando pensa sobre isso ou faz isso? Sei que a euforia é comum, mas recentemente tenho tido outros sentimentos e não sei por quê. Não é o mesmo tipo de tesão que você sentiria se tivesse numa relação sexual ou algo assim, eu realmente não quero fazer sexo ou ser cortado de forma sexual, mas a sensação de euforia que tenho quando me corto é tão forte que honestamente acredito que poderia ter um orgasmo se tentasse. (REDDIT, Homem de 30anos, anônimo)

Dos vividos do corpo evocados nas situações de autolesão, a dimensão econômica⁴⁸ parece ser uma dimensão privilegiada de compreensão. Nesse contexto, cinco dimensões podem ser destacadas — o prazer, o alívio, a dor, a expiação da culpa e o processo autocalmante —; dimensões que, salvo as particularidades, podem estar referidas à ideia de descarga de tensão. Nessa perspectiva, a autolesão pode ser entendida enquanto modulação econômica de ordem extrema, sem tempero, que em última instância coloca em questão o gerenciamento de afetos (CORCOS, 2013, p. 233). Ainda que seja uma solução autoprejudicial, Gauthier (2007) nos lembra que qualquer solução para um conflito, por mais capenga que seja, permite um relaxamento, uma alteração energética, mesmo que parcial.

A ideia de alívio⁴⁹ pode estar referida a algumas camadas de compreensão, pois, de uma maneira geral, nos casos de jovens, por exemplo, esses atos são realizados em momentos de “insuportável tensão interna, com a qual não sabem como lidar” (FORTES & MACEDO, 2017, p. 355). Tal orientação nos conduz a alguns caminhos, um deles ligado à dimensão de excesso, de uma ideia de um transbordamento pulsional que supera as capacidades subjetivas, sobretudo do Eu. O que estaria em relevo na articulação entre

⁴⁸ Para Laplanche & Pontalis (2001), o viés econômico qualificaria os processos psíquicos em termos de circulação e repartição de energia quantificável (energia pulsional), suscetível de aumento, de diminuição e de equivalências.

⁴⁹ *Grosso modo*, apesar da consideração trófica atrelada a esse comportamento, a ideia de que condutas autolesivas são um recurso custoso, dispendioso para a subjetividade, logra de maneira mais ou menos consistente. Ou melhor, parece haver, mesmo que de maneira implícita, a expectativa de que o sujeito encontre um controle mais econômico e mais eficaz para lidar com as questões impostas pelo mundo — visto que as palavras são mais econômicas e precisas para alcançar a satisfação de necessidades.

excesso e autolesão seria da ordem de “uma falha no sistema de paraexcitação” (DARGENT & MATHA, 2011), que obstaculiza o trabalho de apropriação subjetiva. Nessa perspectiva, podemos entender que a lógica se insere num registro de sofrimento não dominado ou difuso (aqui cabem afetos como angústia, raiva, ansiedade, vazio) que é convertido em uma dor provocada ativamente (sem que paradoxalmente o sentir dor esteja colocado).

Numa leitura similar, somado à ideia de compulsão a repetição que a autolesão pode assumir, Dargent (2006) percebe um movimento de recuperação do controle de si mesmo, trazida pela repetição de uma invasão no corpo, analogamente ao que se sofreu outrora. Nesta ideia, ser invadido, dominado traria à baila vivências em que não se foi capaz de lidar ou agir. Em síntese, a autolesão implicaria, nessa logicidade, uma expectativa de saída de um sentimento de impotência. Visto que “por reversão, a passivação (GREEN, 1999) torna-se ativação (GUTTON, 2004), tem-se então a equação: passivação-sofrimento invasivo / ativação-autolesão” (DARGENT, 2006, p.654). A reversão de posição coloca o sujeito em uma espécie de condição de vítima e algoz a um só tempo. Segundo Matha (2010), a feição masoquista da autolesão guardaria um aspecto sem objeto, pois o sujeito ocupa os dois papéis previstos no jogo: o polo sádico e o polo masoquista. Mas será que podemos pensar essa cena desenrolando-se à maneira de um monólogo? Que corpo é atacado nessa situação? Será que com a ausência materializada de uma outra pessoa na cena poderíamos pensar a autolesão fora do campo da alteridade?

Na revisão por nós empreendida percebemos um viés, como já apontado: uma perspectiva específica de análise da questão que tende a ser predominantemente intrapsíquica. Mais do que isso: uma leitura que vai privilegiar a dinâmica masoquista sob uma lógica solipsista. Há, no entanto, perspectivas que cotejam o masoquismo a partir de uma dinâmica com mais ressonâncias relacionais, uma lógica suplementar que complexifica e sofisticada o dinamismo subjetivo. No entanto, percebemos que não há consenso na posição dada a esse aspecto, de extrair e percorrer o sofrimento como forma de obtenção de prazer, como sendo a matriz que perpetra a autolesão. Mas seria a articulação entre autolesão e masoquismo anódina? De que maneira a corporeidade estaria colocada em uma autolesão de caráter masoquista? A qual estado de corpo estaria referida? Será que os aspectos destrutivos em relevo na dinâmica autolesiva estariam referidos a um registro exclusivamente de sofrimento masoquista? Será que a lógica que rege esses atos seria remetida ao prazer? Qual o sentido do termo “masoquismo” atribuído pelos autores em questão?

A dimensão masoquista das condutas autolesivas aparece atrelada a algumas qualidades de modulações afetivas, referidas a variações de intensidades. O artigo de Araújo *et al.* (2016) enfatiza a articulação entre a dimensão masoquista e a de prazer envolvido nos atos autolesivos. Tal visada é empreendida a partir de depoimentos em que sujeitos relatam um acúmulo de tensão seguido do relaxamento após a descarga que o cortar, queimar, se lesionar propiciaria. Seguindo a argumentação das autoras, o prazer de descarga promovido pelas rasuras pode ser comparado a um orgasmo obtido por masturbação ou ato sexual. Quanto à sensação de alívio, Luca, Bonnichon & Marty (2012) afirmam que comportamentos que proporcionam tal sensação, mesmo que temporária, são colocados sob o selo do masoquismo moral.

Outro desdobramento propiciado pela articulação da autolesão e do masoquismo moral diz respeito ao sentimento de culpa, sua imperiosa necessidade de castigo, motivo subjacente aos atos. Nesta visada, a dimensão de expiação da culpa presente na autolesão ganha relevo, “*é uma culpa que é relatada pelos pacientes em situações de sua história e de seu cotidiano atual como justificativas para a automutilação*” (ARAÚJO *et al.*, p. 510; grifos das autoras). Tal leitura remeteria à ideia freudiana de que qualquer descarga é uma fonte de prazer. Qualquer solução para um conflito — não importa quão esfarrapada — permite um relaxamento, mesmo que parcial. Sob um ângulo similar, mas com importância do contexto mais marcada, Hernández, Rojas, Cerecer & Aviña (2009) detectaram que as práticas que implicam a produção de dano do sujeito contra si mesmo podem assumir uma função que busca reunir esforços para colocá-lo em conformação com as normas da cultura. Em conclusão, percebem que a autolesão pode se manifestar como tentativa de apaziguamento do sentimento de culpa e ser uma forma de amenizar a incompatibilidade entre as exigências culturais e os parâmetros subjetivos (HERNÁNDEZ, ROJAS, CERECER & AVIÑA, 2009).

Já Menninger (1938) traz o relato de um rapaz que se cortava por sentir muita culpa ao se masturbar. Desde pequeno, sua mãe o censurava, particularmente por sua propensão a sair com moças. O rapaz vivia intensamente seu prazer sexual, em vista disso sua moléstia era sentida como merecida: “eu nunca teria ficado assim se não andasse tanto com mulheres” (p. 218). Nesse sentido, embora o autor não se refira diretamente à incidência do masoquismo, os significados giravam em torno de aspectos eróticos da autolesão, derivando a dimensão de agressividade, suas funções autopunitivas e conciliatórias. Parece-nos que há aqueles com uma tolerância a dor e os que são mais sensíveis a ela. Os registros de prazer e dor podem se misturar muitas vezes. Mas haveria

situações em que tais aspectos não se relacionam? Nos casos em que, por um mínimo de dor, se tem uma confirmação de que se está vivo, seria ainda viável estendermos que a busca de prazer estaria em curso? O campo do prazer está afastado do campo da sobrevivência?

Numa visada oposta, Le Breton (2005) pensa numa lógica de existência, não estando ligada, portanto, a uma dinâmica de masoquismo moral ou erógeno⁵⁰; ou seja, uma circunstância em que o registro de prazer estaria suspenso — os níveis de dor seriam como que um atestado de que se existe. Tal ideia nos remete ao que Pontalis (2005) defende como saída vital; circunstância em que a articulação entre prazer e pulsão sexual não se opera de forma consistente. A autolesão, nessa perspectiva, remeteria mais a uma necessidade de garantia da existência do que a uma prática masoquista de tipo erógeno ou moral.

A partir de uma outra perspectiva — intermediária, diríamos —, Corcos (2013) infere que “evocar o masoquismo pode ser problemático quando a clínica mostra a (aparente) falta de erogeneidade que permeia os comportamentos autolesivos, que na verdade não são muito sexuais” (p. 249). O masoquismo poderia se expressar, a longo prazo, a partir de uma lógica de erotização da tristeza e do sofrimento. Nesse pensamento, para Corcos (2013), estaria em questão o masoquismo primário, erógeno — que, só ao perder sua carga libidinal, poderia se tornar masoquismo moral. Nesse âmbito, há um deslocamento da ordem da dominância, ou não, de prazer para um aspecto referido a outro nível, como se o uso de masoquismo devesse ser referido à dimensão de erogenização da experiência, no caso da dor e do sofrimento.

No que tange ao registro do prazer, Gauthier (2007) acredita que o problema do masoquismo o coloca sob outros termos. Em troca de prazer de descarga existe o princípio oposto, de conexão e continência. Articulado sofrimento e autoerotismo, Gauthier (2007) traz outros parâmetros para pensar o prazer que não a descarga; ele pensa o princípio oposto, que é a capacidade de conexão e contenção. Sob essa ótica, seria possível ter prazer em conter, em tolerar um gradiente de tensão. Abordado através do masoquismo erógeno primário, em sua dimensão fundante do aparato psíquico, esse prazer tem a sua expressividade no eixo autoerótico, bem como a sua constituição a partir “dos braços maternos” (GAUTHIER, 2007, p. 54), no contato corpo-a-corpo com a alteridade. Aqui, a dimensão de masoquismo erógeno, constitutivo da existência, operaria

⁵⁰ Le Breton (2005) faz uma distinção entre o prazer pela dor (masoquismo erógeno) e o prazer pelo sofrimento (masoquismo moral) para pensar as autolesões.

a partir de uma lógica que difere da defesa masoquista que, ao contrário, atestaria um desamparo (GAUTHIER, 1994).

Corcos & Richard (2006) sugerem que a função econômica seria, na melhor das hipóteses, um modo de o sujeito distanciar-se de um masoquismo passivo, regido pelo objeto, e de “apropriar-se da erogenicidade do próprio corpo” (CORCOS & RICHARD, 2006, p. 467). Tal ideia nos leva a pensar na pergunta: “quem manda nesse corpo”? Tanto Andrade & Herzog (2014) como Demantova (2017) iluminam algumas questões relativas aos percalços da diferenciação, que são geralmente sustentados por uma fantasia de compartilhamento de um corpo, ou pele, comum. Nesse sentido, Corcos & Richard (2006) enfatizam que poderia haver um aspecto masoquista em curso, em termos de prazer e satisfação, na medida em que o ataque ao corpo estaria, ao mesmo tempo, direcionado ao domínio do objeto sobre o sujeito.

Pensar a dimensão econômica parece incontornável ao trabalharmos a autolesão. Relatos de alívio nas práticas de autolesão são frequentes, mas, como vimos, eles podem estar remetidos a distintos aspectos. Tal discussão nos encaminha para outro tema: a dor. A dor é emergencial, é urgente, ela grita; no entanto, quando o sujeito não sente dor, torna-se emergencial para quem? Qual seria a sua função prioritária?

1.3.5 Algesia e dissociação

r/adultselfharm

Às vezes sinto como se meu cérebro tivesse se desconectado do corpo e estou apenas acompanhando. Sinto que posso ver através de tudo, mas perco minha capacidade de sentir física e emocionalmente. Ou melhor, posso sentir, mas é como se o problema fosse inteiramente de outra pessoa. Eu costumava experimentar em momentos como este, e todos pensavam que eu estava deprimido, mas na verdade eu estava apenas curioso. Desde então, aprendi a não experimentar se não por mim, então pelas pessoas que inevitavelmente descobrirão. Então acho que estou perguntando se mais alguém se sente ou já se sentiu assim? (REDDIT)

Não podemos evitar o fato de que, dentre aqueles que conseguem falar sobre a autolesão, muitos afirmam que o nível de dor é irrisório ou inexistente ao executar o ato. Para Corcos & Richard (2006), essa analgesia levanta a questão de que se trataria de um processo de resistência a qualquer percepção sensorial ou de um fenômeno de alucinação negativa em curso, o que justificaria a analgesia em circunstâncias que supostamente

comportariam um caráter altamente doloroso. Isso nos coloca em consonância com a ideia de que a lesão autoinfligida estaria apontando para um estado de corpo não integrado, por vezes dissociado, que sugeriria um sofrimento psíquico intolerável (POMMEREAU, 2006). Sobre interpretação similar versa Louppe (2001), ao depreender que a intensidade da dor que o sujeito se inflige é análoga à emergência de uma dissociação. Mas se a dissociação nem sempre é patológica ou sintomática, como podemos entendê-la? Para Dermesropian, Goffinet & Becker (2018), os processos dissociativos podem ser eficazes para situações dolorosas, um modo de lidar com emoções e sentimentos. No entanto, assumem também um caráter paradoxal, visto que a autolesão poderia, em alguns casos, ser um recurso para sair de uma situação dissociativa, ou ainda um recurso evitativo do sofrimento. A experiência dissociativa pode ser uma pista interessante na compreensão de tais ações autolesivas com a noção de dor.

No que concerne ao tema da dor, suas vicissitudes em relação à autolesão, observamos que também há diversidade de finalidades e de usos. Neste ponto, tornam-se pertinentes algumas especificações. Em alguns casos nos parece que a intencionalidade se centra na focalização da experiência da lesão. Corcos (2013) percebe um aspecto, senão uma função, de ressuscitação psíquica imbricado em algumas situações em que a dor física é focada. Já em outras circunstâncias, a dor não parece ser um alvo a ser buscado em si mesmo; às vezes é negada ou a sua percepção é ausente. Nas formas mais arcaicas em que se manifestam as autolesões, Corcos (2013) acredita se tratar menos de dor e culpa do que de anestesia (dor branca) e vergonha, testemunhando a caráter narcísico em questão. Juntamente com essa dimensão de anestesiamento, que parece evocar o silenciamento e não grito, Corcos (2013) vai adiante na discussão ao retomar um outro desdobramento da dor tal como trabalhada em Freud (1926). Nesse contexto, não mais a angústia, mas a ausência da mãe seria fonte da vivência de dor no bebê⁵¹. Dessa forma, Corcos (2013) vai pensar que a dor seria uma espécie de elo, estranho, que remete a situações agnósticas, nas quais o único vestígio do relacionamento com o objeto seria a dor psíquica.

Numa linha similar, Fortes & Macedo (2017) articulam o campo alteritário⁵² com a possibilidade, ou não, de transformação da dor em sofrimento. Diante dessa

⁵¹ Nesse momento ainda não seria possível distinguir uma ausência temporária de uma perda concreta.

⁵² Ressalta-se a dimensão complexa em questão, visto que se, por um lado, não há um outro para receber a mensagem da dor; por outro, há uma dificuldade do próprio sujeito em admitir para os outros que está triste, sofrendo ou angustiado.

impossibilidade de colocar em palavras a própria dor, a autolesão se apresenta como um recurso apaziguante. Segundo esse pensamento, a ausência do outro intensifica a dificuldade de encontrar palavras para a dor, “já que a ressonância daquele é condição necessária para que o sofrimento psíquico se constitua como tal” (FORTES & MACEDO, 2017, p. 357). Alguns autores (FORTES & MACEDO, 2017; DEMANTOVA, 2017; MATHA, 2010) destacam sobretudo a função econômica — de caráter defensivo, bem como constitutivo — da dor para a subjetividade. Como nos indica Demantova (2017), a dor física propiciada pela autolesão possibilitaria um contrainvestimento narcísico no corpo, “oferecendo um tipo de imobilização, mesmo que de forma passageira, das tensões psíquicas vivenciadas” (DEMANTOVA, 2017, p. 88). Para Matha (2010), a dor psíquica sentida passivamente é produzida por uma quebra traumática dos limites devido ao excesso de excitação e ao fracasso das possibilidades de vínculo. Isso exige uma retirada narcísica e uma transformação em dor física que pode permitir uma melhor circunscrição. Essas conceituações se valem da diferenciação, operada por Freud (1926), da transição e da natureza entre a dor física e a psíquica. Nessa visada haveria, na dor física, um investimento narcísico, enquanto na dor psíquica prevaleceria um investimento libidinal do objeto. Fortes & Macedo (2017), Demantova (2017) e Matha (2010) ainda sublinham a distinção e a transformação de uma dor moral em dor física, autogerada — a segunda apaziguando a primeira, considerada insuportável. Há, nesse sentido, uma tentativa de substituição de uma dor por outra, “na medida em que se constata a inegável dificuldade de elaboração psíquica de um evento doloroso” (FORTES & MACEDO, 2017, p. 356).

Em articulação com uma espécie de fuga, a dor a fim de evitar o sofrimento (aspecto pregnante na contemporaneidade), salienta-se não só a precariedade da relação com a alteridade — no que tange à ausência de ressonância, de anteparo, para legitimar a dor —, mas também, e principalmente, do sujeito para com ele mesmo, na medida em que admitir sua dor pode remeter ao sentimento de fracasso, desqualificação e impotência. Um último aspecto que consideramos fundamental retomar aqui refere-se à articulação feita por Douville (2004), a partir da qual ganha relevo a dimensão da “cinesia” — a sensação de propriedade de um corpo, de corporeidade e de contenção —, ao apontar a autolesão como um ato que busca evitar um colapso psicótico. Nesse sentido, a “automutilação seria o recurso de um sujeito em estado de sideração, acometido de forte angústia de despersonalização e do conseqüente distanciamento do próprio corpo” (FORTES & MACEDO, 2017, p. 359).

Seguindo essa linha de pensamento, a possibilidade de localizar a dor psíquica, operada pela lesão no corpo, confere materialidade a uma sensação que pode ser muito dispersa e confusa; circunscrevê-la no corpo possibilita uma materialidade, estreitar o campo dispersivo. A dor corporal limita o psíquico; é justamente a partir desse aspecto que Ciccone (2011) depreende que, em situações em que o psíquico seria aniquilado, a dor oferece sustentação ao ego, um índice para o sentimento de existir. É a partir dessa função que, por vezes, deriva a argumentação, do uso autocalmante de tais situações. A finalidade autocalmante, processo em que a cinesia é predominante, visaria transformar a excitação dispersa, as ansiedades, na medida em que se cria uma zona de percepção permanente no corpo. A partir de uma atividade intensa da sensório-motricidade, essa zona de percepção permanente criada no corpo permitiria ao sujeito voltar-se quase completamente para realidade externa. Deste modo, a excitação ganharia um destino, não pela via psíquica, mas pela via somática. Há toda uma visada que entende os aspectos autocalmantes como opostos à lógica masoquista. Essa perspectiva marca os processos autocalmantes como substitutos à atividade psíquica. Independentemente do estatuto desse processo, vale marcar que, como consequência dele, o sujeito tem a sensação “de segurança e controle em sua experiência de si mesmo e com mundo” (CICCONE, 2011, p. 208). No entanto, como sinalizado por Matha (2010) e Corcos (2013), tal finalidade geralmente possui caráter transitório, sobretudo nas situações em que o ato assume uma especificidade compulsiva, na qual tenderá a insistir e se repetir intensamente — o que pode tornar ainda mais árdua a criação de sentido, porquanto os motivos que levaram o sujeito a autolesonar-se ficam mais nebulosos, não sabendo mais se o faz para escapar de algo ou para se encontrar ali. Em relação a essa face compulsiva que a autolesão pode assumir, Gauthier (2007) percebe que essa atividade estaria cumprindo função de contrainvestimento do objeto.

Neste tópico, evidenciamos a dissociação como modo de lidar com a realidade, e a autolesão como um possível movimento de resolução deste. A percepção, ou não, da dor pode estar ligada às interferências dissociativas. Nessas situações, pode haver dissociação entre pensamento e corpo, o que abre caminho para pensar as autolesões numa reflexão em relação aos elementos passíveis de trabalho e apropriação subjetiva, ou não, que foram excluídos do campo egoico de alguma maneira. Conforme apontado, a presença do outro tem um papel imprescindível, podendo se colocar como influenciando o sofrimento, a dor ou ajudando a metabolizá-lo. O nível de dissociação pode assumir uma magnitude considerável, a ponto de o sujeito não reconhecer o corpo como seu. Tal discussão nos

conduz a explorar as nuances da dimensão traumática presente na autolesão, as suas diversidades de fontes e efeitos.

1.5.8 O assoalho traumático na autolesão

r/whyselvharm

É tudo. Eu gosto disso. Faz me sentir bem. É meu segredo. É uma forma de mostrar às pessoas a dor que sinto. Faz a dor passar. Isso me torna parte de um grupo. Isso me faz sentir não tão sozinho. É uma compulsão que às vezes não consigo evitar. É viciante. Isso me ajuda a funcionar normalmente. Isso me faz sentir como se estivesse louco. É reconfortante não sei por quê. (REDDIT)

Segundo Matha (2010)⁵³, a dimensão do ato em seu aspecto impulsivo, ou mesmo compulsivo, especialmente quando faz parte de uma dinâmica de efração dolorosa do corpo, como é o caso das autolesões, leva-nos necessariamente a uma reflexão sobre o trauma (p. 104). Centrando na dimensão traumática que a adolescência coloca ao sujeito, a autora faz uma articulação entre as inevitáveis perdas, recorrentes nas situações de separação, que podem se constituir enquanto pivô de repetições traumáticas, “mas acima de tudo se oferecem como possibilidades de recuperação elaborada de elementos traumáticos do passado dos conflitos vividos nos acontecimentos atuais do momento” (MATHA, 2010, p. 104).

Nessa linha de pensamento, a autolesão comporta um caráter traumático, trazendo à cena, a um só tempo, uma dificuldade “de encontrar um equilíbrio entre as expectativas narcisistas e as contribuições objetais” (MATHA, 2010, p. 105). Ainda no contexto adolescente, Demantova (2017) desdobra essa questão, acentuando o registro do luto, de trabalho de luto a ser feito no momento de separação dos objetos primários que, até então, desempenhavam de modo dominante a instauração narcísica do indivíduo — na medida em que o movimento de fração dos objetos primordiais “pode provocar verdadeira desorganização narcísica, o que tende a resultar no acionamento, por parte do eu, de respostas atuadas, como forma de proteção diante da ameaça de perda tanto de si como do outro” (DEMANTOVA, 2017, p. 23). Achamos pertinente entender que esse processo de separação na adolescência compõe uma dimensão traumática que não se esgota nesse

⁵³ A autora vai trabalhar a perspectiva traumática, apoiada na apresentação de um caso de uma jovem, inerente ao processo púbere — em particular as imposições desse período às situações de separação.

período da vida. Tendo em vista que na vida os sujeitos podem atravessar não só esse tipo de separação, mas vários outros, é lícito dizer que os ecos traumáticos são capazes de exigir recorrentemente uma atenção. Visto que na vida temos um trabalho constante de investimento nos objetos e seus consequentes lutos, novos investimentos se colocaram para o indivíduo, o que em menor ou maior grau o convocará num trabalho permanente “de pequenos lutos”. Apesar dessa dimensão ter um caráter universal, não retira o caráter disjuntivo e laborioso que as problemáticas de separação podem suscitar.

A partir do atendimento com uma adulta, cujo sofrimento central girava em torno da vergonha de si, Andrade & Herzog (2013) sustentam a hipótese de que a autolesão em questão decorria de uma relação de submissão absoluta ao objeto materno, fixado numa fantasia de indiferenciação. O apelo ao ato nesse contexto se colocaria enquanto recurso de oposição a essa dinâmica. Em relação ao elemento traumático em questão no caso, as autoras mantêm tesa a dimensão complexa; o modo como o sujeito vai se apropriar, ou não, desse fragmento da realidade — reconhecendo, ao mesmo tempo, a intensidade de algumas vivências — exige reconhecimento “além dos movimentos pulsionais do sujeito, daquilo a que ele foi confortado em sua realidade histórica e como aquilo foi introduzido em sua vida psíquica” (ANDRADE & HERZOG, 2013, p. 140). As autoras destacam os brancos de pensamento nas situações de ataque ao corpo, em que a paciente não conseguia atribuir nenhum significado ou criar qualquer fantasia nos momentos em que se lesiona, ou no momento precedente. Em conformidade com essa perspectiva, Matha (2010) atribui à autolesão uma espécie de “chamado ao trauma”, uma forma violenta de invocar a realidade a serviço da diferenciação psíquica. Nesse sentido, é importante levarmos em consideração as situações nas quais o trauma se insere numa dinâmica particular que estaria “para além do representável” (CARDOSO, 2004), que podemos entender como um além de um solo constitutivo do traumático. Segundo Dargent (2006), a lesão operada contra si próprio seria a personificação de um trauma invasivo de sedução atuado por adultos, haja vista a alta tensão interna inelaborável. Além disso, a autolesão sinalizaria o retorno dos elementos clivados, enquistados na psique, insuficientemente simbolizados. Nessas situações, talvez pensar a expiação em questão se trataria “não de teatralização, mas mostração” (CORCOS, 2013, p. 49).

Nessas ocasiões, temos a marca da dissintonia com o objeto. Ainda que não houvesse uma demarcação clara quanto aos estilos subjetivos estudados, Damous & Klautau (2016) explorarão a reatualização de marcas precoces, conferindo ênfase a situações-trauma típicas que repercutiram na adolescência sob a forma de autolesão. Há

o relato de um caso clínico de uma adolescente de 15 anos, atendida no ambulatório de saúde e envolvendo cortes nos braços e coxas usando um estilete, que não tinha laços afetivos com a mãe, a qual, na interpretação das autoras, falhou em ser um “escudo protetor” para a criança. Nesse contexto, as autolesões poderiam representar um modo de expressar falhas, um excesso pulsional que favorece a experiência de compulsão à repetição. Logo, a autolesão seria fruto dos ecos de um trauma precoce, nos momentos iniciais da constituição do psiquismo, que não foram simbolizados e agora estão sendo comunicados através de ato. As autoras enfatizam o não cumprimento da função de anteparo do objeto, bem como a dimensão elaborativa da compulsão à repetição. Já Fortes & Macedo (2017) destacam a matriz de indiferença, instaurada na vivência de indiferença, que não seria um simples desdém de oferta por parte do adulto, mas a marca do reconhecimento da existência do outro em sua singularidade. Nesse viés vão considerar que a autolesão dá a conhecer, “no ataque ao próprio corpo, a cruel dimensão da sensação de inexistência do si mesmo para o outro” (FORTES & MACEDO, 2017, p. 362).

Além disso, Matha (2010) sublinha essa estratégia como sendo de natureza dupla e paradoxal, visto que ela pode se referir, dependendo do caso, a modos de buscar ativamente um choque traumático ou, ao contrário, de evitar a fonte presumidamente traumática. Dessa perspectiva, Dargent & Matha (2011) defendem que, justamente por “dominar” o excesso de excitação, a autolesão teria uma função paradoxal — o que as autoras denominam “traumatofilia antitrauma”. Ou seja, o ataque ao corpo produz um trauma físico, uma lesão dolorosa no corpo, sendo também uma defesa aos efeitos do traumático.

Há também quem enfatize e perceba nos casos de autolesão uma história de violência física concreta, inclusive num histórico de abusos sexuais. Corcos & Richard (2006) relatam perceber, com frequência, em pacientes autolesivos uma história de abuso sexual ou de atividade sexual prematura. De forma análoga, Ciccone (2011) capta a autolesão como sendo testemunha de um traumatismo em sua versão corporal. Há também um certo espectro traumático, diversidade de fontes de trauma, desde os momentos de cuidado primário, os momentos de separação, as situações de doença, as de transformações do corpo e a frustração com mundo. O conceito de trauma abre um leque de possibilidades de articulação com a autolesão.

1.9 Sumarização do panorama

Neste capítulo, nós nos empenhamos em trazer um panorama desde leituras da psiquiatria, passando pela antropologia, até chegarmos à psicanálise. Mas qual a relevância deste capítulo para a dissertação? O objetivo principal foi o de enfatizar que, ao trabalharmos com um fenômeno como a autolesão, podemos estar apontando para situações muito heterogêneas⁵⁴. Nesse panorama, evidenciamos essa pluralidade a partir de vários vetores: a diversidade de psicopatologia, de conceituação teórica, de nomenclaturas, de aspectos culturais. Indicamos o porquê da eleição do termo “autolesão”, além de ressaltar que o fato de sujeito apresentar condutas autolesivas não seria um marcador patognomônico de um diagnóstico. Mesmo quando abordada enquanto sintoma, pela psiquiatria, nós nos deparamos com um notável leque de organizações subjetivas e contextos em que a autolesão pode se dar. Trouxemos para discussão o fato de se tratar de um fenômeno de difícil apreensão, muitas vezes sendo uma tarefa arduosa situar quais formas de apresentação da autolesão são patológicas, ou não. Definitivamente, estamos de acordo com Oliver Douville (2007) ao insistir na dimensão complexa implicada em tais atos, alertando-nos para não os reduzir “a simples surtos de fúria autodestrutivas” (p. 24), mesmo em casos mais agudos. Nós nos motivamos a percorrer um panorama em que a autolesão se coloca por partilhar das contribuições entrevistas por Klein, Verztman & Pacheco-Ferreira (2018), no sentido de expandir os modos como nos apropriamos e compreendemos as experiências do mundo. Aproximarmo-nos das formas de pensamento e dos problemas suscitados pelos outros campos — de outras possíveis articulações — nos auxilia a manter a dimensão multifatorial que o fenômeno pode impor. Vimos, por exemplo, que abertura para o diálogo com outros campos pode importar, além das definições e conceituações, formas compreensão — como, por exemplo, o fato de que a autolesão poderia ser uma busca de ter menos sofrimento. Além de ser possível atribuir inúmeras variações individuais para seu uso, ela pode adquirir uma polissemia de sentidos para o indivíduo (LE BRETON, 2003).

⁵⁴ Tal objetivo é inspirado na metodologia de pesquisa desenvolvida pelo NEPECC, que, desde a sua origem, entende que um sintoma não nos diz tudo sobre o sujeito. Além disso, partem de pesquisas com sujeitos que dispõem de um mesmo sintoma, numa proposta comparativa, para evidenciar o quanto sua incidência pode se dar em diferentes organizações subjetivas e apontar diferentes modos de se relacionar com o mundo.

Esse panorama, no plano psicanalítico, foi fundamental. Retornamos a Freud, buscando pontos de reflexão que podem ser conservados, chaves de leitura que orientavam conceituações de autores posteriores. Com Freud, a primazia do inconsciente é evidenciada, de modo que a chave de leitura psicanalítica concebe que qualquer escolha consciente tenha, uma determinação inconsciente. Outro ponto tangenciado em Freud é quanto à importância do corpo nas vicissitudes da pulsão destrutiva. Além disso, apontamos a autolesão na perspectiva de uma psicopatologia da vida cotidiana. Afinal, frisamos que a autolesão não pode ser referida a um estilo subjetivo específico — em vista não só da diversidade de tipos de organização psíquica, mas também da variabilidade dos modos de uso e de propósitos. Nesse sentido, pensar os operadores dominantes nas situações de autolesão a partir de subjetividades com familiaridades com a apresentação psicótica, ainda que haja elementos convergentes, não permite que eles sejam tomados como equivalentes às expressões mais neuróticas. Para de além do campo no qual podemos nos aproximar das formas de operatividade subjetiva, as situações clínicas distintas nos dão notícia das possíveis vicissitudes psicopatológicas que cada um dos vetores de composição da subjetividade pode ter. Ressaltamos a noção de arcaico, seus efeitos específicos em cada estilo subjetivo. Como consequência se fez lícito precisar melhor a que quadro estamos referidos ao fazermos nossas conceituações. A questão do limiar será a base para o nosso modo de descrição dessa problemática. Se vez ou outra recorreremos a posicionamentos mais estanques, ou redutivos das subjetividades, isso está sendo feito meramente para fins de organização. Em vista disso, nós nos deteremos a pensar a autolesão a partir de uma delimitação mais restrita. Pretendemos, daqui em diante, comparar esse fenômeno num campo clínico mais próximo ao das neuroses, e dos casos-limite⁵⁵.

Percorremos a literatura sobre o tema de maneira que possamos, de agora em diante, fazer uma escolha de temas a serem mais bem desenvolvidos, de modo que nos ajudem na proposta mais ampla desta pesquisa — que é explorar determinados aspectos envolvidos no sofrimento daqueles que elegeram a autolesão como estratégia para lidar com as questões impostas pela vida, imbricados nos diferentes destinos da experiência de corporeidade. Na revisão empreendida por nós, percebemos dois vieses de análise da questão, que tende a ser predominantemente intrapsíquica, ou com mais abertura para dimensões intersubjetivas. Buscamos contemplar uma análise que abarcasse ambas as

⁵⁵ Essa escolha se deve a dois motivos: a falta de tempo de trabalhar dentro de um espectro mais amplo, bem como o fato de trabalharmos aqui com sujeitos que dispõem da narrativa verbal.

perspectivas, na medida em que compreendemos que essas tendências são linhas complementares. Mostramos também leituras que enfocam a autolesão em termos de precariedade de simbolização. Ainda que elas tenham fundamento, privilegiamos outras leituras que não aquelas que tomam o somático como sendo fruto de uma desestruturação psíquica, favorecendo, assim, a perspectiva de que ele pode ser motor de um processo específico de simbolização.

No material analisado, apresentamos alguns dos eixos de reflexão acerca da autolesão que vêm sendo abordados na literatura psicanalítica. Priorizamos os temas, conceitos e ideias em torno dos motivos, funções e causas que estariam em jogo nos diferentes estilos subjetivos dos sujeitos que procuram autolesionar-se. Chegamos, assim, às noções de alívio, prazer e tensão, reunidas sob o aspecto econômico. A partir desse aspecto, foi incontornável nos questionarmos se a busca de prazer na dor, a faceta masoquista, seria um fator marcante nesses casos. Chegamos à conclusão de que essa articulação merece mais atenção, visto que em várias organizações subjetivas o fenômeno autolesivo não tem uma finalidade masoquista. Na sequência, situamos a discussão quanto a algesia, analgesia e dissociação, posto que há um expressivo número de sujeitos que não relatam sentir dor no momento de perpetrar a lesão a si mesmo — o que nos conduz para a discussão do fundo traumático subjacente à dinâmica autolesiva.

No marco da complexidade e da riqueza dessas ideias precursoras, marcada a heterogeneidade expressiva do fenômeno autolesivo, o nosso enfoque será trilhar se existem afinidades e diferenças entre a autolesão nessas figuras clínicas, principalmente no que concerne à experiência relacional. Restringiremos nossa análise à discussão do tema do traumático, buscando articular e trazer os outros eixos apenas de forma complementar. Pretendemos, assim, refinar um pouco nossa possibilidade de escuta dos sofrimentos referidos às situações autolesivas de maneira que possamos, quem sabe, extrair elementos que nos sensibilizem a outros estilos clínicos, formas relacionais ou organizações subjetivas (VERZTMAN & FERREIRA, 2019).

CAPÍTULO II – A dobra traumática: reflexões e apontamentos sobre autolesão e o trauma

II.1 Argumento

A autolesão é um fenômeno por demais heterogêneo, com uma abrangência de problemáticas que se atravessam. Temos uma riqueza de formas, funções e finalidades que nos previne de qualquer tentativa de redução, ou de univocidade na caracterização do fenômeno. Mesmo tendo colocado em perspectiva as características que julgamos mais marcantes, na literatura psicanalítica consultada, a respeito da autolesão, inúmeros prismas de discussão podem ser tomados. Diante de tantos caminhos possíveis a serem mais bem explorados, como apontado no capítulo anterior, nós nos propomos, a aprofundar e aquilatar algumas premissas, buscando elucidar de maneira mais cuidadosa o plano de compreensão, de forma que nos auxilie numa melhor aproximação do fenômeno autolesivo articulado à temática do traumático.

No Capítulo I, numa visada mais ampla, propusemos que a autolesão poderia expressar, de forma mais ou menos subjetivada, modalidades distintas de sofrimento. Percebemos também como a autolesão pode assumir modos de apresentação, função e estatuto, a depender do estilo subjetivo em questão. Ainda que sejam modos diversos de ser e sofrer, nossa hipótese é a de que a autolesão vem auxiliando a lidar com o sofrimento, ao recrutar de maneira muito particular a dimensão corpórea e do ato. Isto é, o sujeito em tormento submete-se a uma destruição tolerável — um trauma físico, uma ação visível — a fim de não colapsar, não deixar agudizar o seu sofrimento (LE BRETON, 2010). Utilizaremos a noção de trauma como uma espécie de operador, justamente por remeter mais diretamente ao plano relacional, haja vista a importância que a relação com a alteridade pode desempenhar nesse fenômeno. Mas por que o conceito de trauma foi eleito como importante operador para trabalhar a heterogeneidade expressiva do fenômeno autolesivo?

Compartilhamos da compreensão de que a subjetividade mantém particularidades⁵⁶ de experiências precoces iniciais, arcaicas e infantis. Como Freud afirma, “traumas são experiências relativas ao corpo próprio, ou então percepções sensoriais, principalmente de ordem visual ou auditiva” (FREUD, 1939/2006, p. 161).

⁵⁶ Para Roussillon (2014), formas primárias de pensamento ou simbolização continuam a se desdobrar e incidir na subjetividade ao longo do tempo.

Mas por que nos será útil conferir ênfase a esses momentos iniciais⁵⁷? Para Winnicott (1962/1983), seja qual for o momento da vida do sujeito, “são sempre os conflitos do bebê ou da criança que são o tema central” (WINNICOTT, 1962/1983, p. 65). De uma maneira similar, Ciccone (2008; 2014) afirma que o sofrimento psíquico mais intolerável é sempre aquele experimentado pela parte infantil que compõe a subjetividade. É a esse sofrimento infantil que autores como Winnicott (1967/1994) aludem como sendo impensável, às vezes subjacente à produção de defesas, do qual os sujeitos buscam se proteger. Nesse sentido, o sofrimento do adulto ou os aspectos adultos da subjetividade não têm o peso mais desestabilizador; apesar de seu caráter violento, doloroso, toca em partes maduras que podem usar recursos plásticos. Conforme aponta Ciccone (2008), quando o sofrimento transborda, quando é inominável, terrível, traumático, desorganizador, ele remete aos aspectos infantis que ainda estão vivos, sempre atuais e que coabitam na subjetividade, mesmo no adulto. Considerar que as primeiras experiências estão no centro do sofrimento humano e de todas as suas formas de angústia supõe que o pensamento infantil esteja sempre atual e não apenas convocado pelos efeitos secundários ou como uma relíquia do passado, “raspe um adulto e por baixo dele encontrarão a criança” (FERENCZI, 1909/2011, p. 111). A “parte criança” da subjetividade tem efeitos que não estão reduzidos ao ponto de vista histórico. Não pertence à história passada, mas ao presente do sujeito. Ele se deixa captar e ouvir não apenas no retorno de experiências passadas, mas na atualidade de experiências presentes. Em outras palavras, o infantil não se refere apenas a uma dimensão temporal e a um tempo distante, mas corresponde à maneira pela qual uma criança que ainda está viva dentro de

⁵⁷ Conforme nos aponta Ciccone (2014), o mito do trauma inicial é bastante operativo na cultura vulgar. Muitos pais estão procurando o trauma pelo qual são responsáveis, que interrompeu o desenvolvimento de seus filhos (separação precoce, hospitalização, gravidez indesejada etc.). Somado a isto, se eles tiverem pouco acesso ao conhecimento psicológico e psicanalítico, passaremos do mito do trauma ao mito da palavra salvadora: o que a criança sofreu não é trauma, mas a ausência de palavras sobre o evento (CICCONE, 2014). O autor nos traz essa ressalva, afirmando que o modelo da doença em um período infantil é provavelmente justo, que muitos praticantes parecem recorrer a tal modelo de forma adequada. Contudo, aponta também que traumas precoces são “frequentemente combinados com outras características e, por si só, não podem representar uma explicação completa para qualquer forma de psicopatologia” (CICCONE, 2008, p. 24). Ciccone (2014) circunscreve que há o mito dos distúrbios precoces, que está muito próximo do mito da mãe má, mãe congelante, da mãe esquizofrenizante, da mãe deprimida que torna seus filhos autistas etc., bem como do mito do trauma. Segundo o autor, essas representações contêm pontos de relevância, mas daí a transformá-las em algo preditivo ou causal seria algo completamente diferente. No que diz respeito ao trauma, refletir sobre algumas de suas características — como a alusão ao fator do tempo, de uma continuidade espaço-temporal, de situações estruturantes ou desestruturantes — auxilia na aproximação de diferentes nuances de interação, e a resposta poderá apontar para a dimensão singular da experiência do sujeito.

todos vê o mundo, interpreta o mundo, as experiências e a maneira como sofre e se protege do sofrimento.

Tudo isso nos impele a melhor explorar alguns desses elementos, ao examinarmos alguns vértices particulares contidos nos atos autolesivos, tendo em vista o papel da dimensão traumática nesse modo de funcionamento. Num plano geral deste tópico, pretendemos levantar alguns pontos: (1) cotejar as múltiplas facetas existentes na articulação entre trauma e autolesão; (2) apresentar, resumidamente, as acepções de trauma que auxiliam a organizar o campo; (3) articular algumas das hipóteses dos autores trazidos no Capítulo I. Para atingirmos nosso objetivo, iremos não apenas descrever algumas das teorizações de Freud, mas também de autores pós-freudianos, sobretudo Ferenczi e Winnicott. A fim de avançarmos em nossa investigação, dividiremos esta parte da dissertação a partir da perspectiva dos autores principais, buscando seguir, em cada tópico, o mesmo plano geral, partindo da ênfase conceitual evidenciada por cada autor destacado.

Daremos continuidade ao nosso percurso buscando aprofundar as seguintes questões, no decorrer do capítulo: Qual o peso o traumático pode assumir nas autolesões? Qual o papel do ambiente na produção da manifestação patológica dos atos autolesivos? Quais as ideias de trauma estariam em questão na dinâmica autolesiva? Haveria um fundo traumático — algo que transcorreu como efeito causal — nas autolesões? Qual seria ele? Qual lugar da alteridade nessa combinatória? Teria o trauma papel relevante na forma com que a autolesão é expressa? O que pode estar acontecendo ali, onde o atual do traumático é insuportável? Que é esse (auto) da autolesão? Que outro é esse que deve ser lesionado? Para podermos responder essas questões, faz-se necessário um breve levantamento dos referenciais teóricos do trauma. Iniciaremos este capítulo fazendo um retorno a Freud, com relação ao traumático, buscando traçar alguns pontos de contato com o fenômeno da autolesão.

II.1.2 Os ângulos de análise do traumático na autolesão

r/AdultSelfHarm

Ainda sou um cutter aos 23 anos. Muitas pessoas pensam que a autolesão é um comportamento da busca por atenção de um "adolescente angustiado". Elas não percebem que não paramos magicamente quando completamos 18 anos. Muitas pessoas até começam quando adultas, mas, na mídia, isso só é falado sobre os adolescentes. Há

informações na internet sobre automutilação em adultos, mas é mais difícil de encontrar e muito menos prevalente do que a autolesão de crianças e adolescentes. Mesmo que eu tenha estado longe dos meus principais abusadores por cerca de 5 anos, ainda estou uma bagunça. Depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático (PTSD), etc. Ainda tenho dificuldade em justificar a vida. Me queimo para lidar com algumas dessas emoções. Só porque não estou mais sendo abusado ativamente, não significa que ainda não sinta os efeitos disso. (REDDIT, 21/12/2020)

Nesses breves relatos acerca de experiências vividas por adultos que se autolesionam, localizados no diretório do site Reddit, encontramos alguns fios lógicos que iremos seguir na argumentação deste tópico. Os atos deliberadamente infligidos sobre o corpo produzem uma perturbação no local selecionado, ou seja, há uma produção intencional de um trauma físico, o que pode conduzir à argumentação de que um trauma físico é provocado de modo a diminuir o sofrimento, possivelmente vinculado a um trauma psíquico. Mas de que trauma psíquico poderia se tratar? Qual percurso pode se dar do trauma psíquico à ação visível de lesão no corpo? Na literatura acerca das autolesões (MATHA, 2010; DEMANTOVA, 2017; FORTES & MACEDO, 2017; CORCOS, 2013; ANDRADE & HERZOG, 2013), podemos encontrar variadas maneiras e matizes de articulação do traumático com a autolesão. Entre elas, situações de separação, diferenciação, luto, bem como seu contraponto, contextos de ratificação da dependência parental, alienação e violência física concreta. Parece-nos possível discriminar valências específicas em relação à organização psíquica, funções e efeitos para o sujeito. Tomaremos o aspecto do traumático como possível eixo de comparação nos quadros em que a autolesão comparece. Isto porque as situações traumáticas na história individual trazem pistas com relação às qualidades interacionais entre sujeito e o mundo circundante. No próximo capítulo, tal ideia vai ser evidenciada de maneira mais contundente⁵⁸.

A palavra trauma vem do grego (*traûma*, ou *traumatós*), e seu significado original remete à ideia de “ferida” (LAPLANCHE & PONTALIS, 1991). A palavra foi adotada,

⁵⁸ Apesar da sua inegável especificidade em cada estilo subjetivo, acreditamos que essas manifestações podem se sobrepôr em determinados registros. Não nos deteremos, portanto, em nenhuma forma de apresentação psicopatológica no momento, de modo que abordaremos a questão de uma forma mais ampla e inespecífica, no tocante a psicopatologia.

primeiramente, pelo domínio médico, no qual passou a ser empregada para caracterizar uma lesão no organismo desencadeada por um fator externo⁵⁹. Antes de explorar a dimensão traumática de maneira mais refinada, especificamente em jogo nas autolesões — isto é, de apontar os modos distintos de organização traumática que se correlacionam com tipos diferentes de autolesão —, avaliamos ser pertinente contextualizar, ainda que de forma sucinta, a extensão de problemas colocados pela noção de trauma. Podemos, já em Freud, encontrar diferentes abordagens dos aspectos traumáticos, visto que em sua obra apresentam-se múltiplas conotações desses aspectos. Ainda que o termo possa se manter, é legítimo afirmar que, por vezes, ele assume acepções diferentes. Nesse sentido, concordamos com Bokanowski (2005) ao afirmar que o traumatismo não existe “em si” (p. 891), mas sim teorias, concepções, modelos de pensamento que tornam possível dar conta das modalidades clínicas que se relacionam, interna e externamente, com os eventos traumáticos e com os processos associados a eles. Atualmente já dispomos de muitos trabalhos (LEJARRAGA, 1998; BALINT, 1969; BOKANOWSKI, 2002; MEZAN, 2006; DEL MOLIN, 2011) que vão percorrer as mudanças conceituais do trauma psíquico na obra de Freud. Não entraremos nessa seara que, por mais frutífera que possa ser, fugiria em muito do nosso objetivo aqui. Faremos uma pequena apresentação do panorama do trauma em Freud, buscando realçar alguns pontos que nos serão relevantes posteriormente. Recorreremos também a alguns comentadores, de maneira a melhor sublinhar alguns aspectos. Nosso critério de utilização conceitual é pautado no que nos pareceu mais útil ao tema da autolesão.

Na psicanálise, de maneira a tentar organizar o campo, convencionou-se pensar em distintos momentos do conceito de trauma na obra de Freud. Conforme avançado por Cardoso (2018), o retorno do traumático na obra freudiana se deu a partir de fundamentos muito distintos daqueles teorizados sobre a etiologia das neuroses de transferência. Segundo Legarraja (1998), formulações não são descartadas, ou superadas, mas se complexificam a partir de uma interação entre os diferentes momentos, na qual haveria uma constante reformulação e remanejamento das primeiras hipóteses. Na literatura sobre autolesão, percebemos ênfase no aferente do trauma relacionado ao excesso pulsional,

⁵⁹ O fenômeno mental nesse momento era pensado como epifenômeno do dado físico (PASSOS-FERREIRA, 2011). Diante desse cenário é que Charcot pensou na correlação entre trauma e histeria. Foi da neurologia que Breuer (1893) e Freud (1895) tomaram emprestado a palavra “trauma” para denominar o agente externo causador de uma crise psíquica que levaria à separação da consciência observada nas pacientes histéricas. Ou seja, de que na origem dos sintomas histéricos haveria um trauma psíquico (FREUD, 1893/1991).

que seria a última teoria traumática freudiana. Ela aparece em outros autores (MATHA, 2010; DARGENT, 2010; DEMANTOVA, 2017) de forma muito bem trabalhada e articulada com a autolesão; porém, não vamos querer realçar essa perspectiva aqui. Portanto, daremos mais atenção a essas primeiras conceituações⁶⁰ e suas fissuras do que às suas reformulações posteriores.

II.2.1 O tronco freudiano do traumático

Sabemos que nas conceituações freudianas, num primeiro momento, o fenômeno mental era pensado como epifenômeno do dado físico (PASSOS-FERREIRA, 2011), visto que “fatos externos determinam a patologia da histeria numa medida muito maior do que se sabe e reconhece” (FREUD & BREUER, 1893/2006, p. 40). A despeito disso, “transforma-se em trauma psíquico toda impressão⁶¹ que o sistema nervoso tem dificuldade em abolir por meio do pensamento associativo ou da reação motora” (FREUD, 1892/2006 p. 222). Freud (1899/2006) afirma que as experiências dos primeiros anos de nossa infância deixam traços inerradicáveis nas profundezas de nossa mente, mas assinala, entretanto, que há formas diferentes de se armazenar, ou reter os acontecimentos, dentre os quais, impressões que não deixam nenhuma imagem mnêmica. Podemos pensar, esquematicamente, que para o autor as impressões seriam sequelas diretas da experiência vivida⁶². Assim, Freud (1982) observa que os ataques histéricos estariam intimamente articulados com o retorno de lembranças alucinatórias de uma cena significativa. Mas com isso, Freud não parece pretender simplificar o trauma a um agente provocador externo, visto que o trauma psíquico, ou sua lembrança, agem como “corpo estranho que, muito depois de sua entrada, deve continuar a ser considerado como agente que ainda está em ação (...)” (FREUD & BREUER, 1893/2006, p. 42)⁶³. A lembrança do

⁶⁰ Segundo Fontes (2002) os estudos traumatológicos do primeiro Freud, estão muito próximos das últimas considerações ferencianas acerca do trauma.

⁶¹ Freud na carta 52 (1896/2006) apresenta um aparelho de memória partir das noções de marca, impressão e traços. Nesse escopo a memória seria constituída de traços, sendo estes resultantes do que se registrou de uma determinada impressão. De acordo com Garcia-Roza (1991) haveriam algumas impressões que não passíveis de serem registradas pela memória como traços ou representações, em vista disto não poderiam ser lembradas. Nesse caso, “não se trata de uma memória lembrança, mas da permanência de algo como pura intensidade, memória de pura impressão e não do traço que a representa” (GARCIA ROZA, 1991, p.55).

⁶² Posteriormente em sua obra, Freud (1939/2006) aponta que as experiências inaugurais produzem fortes impressões, relativas sobretudo a dimensão do corpo.

⁶³ Em relação a esse aspecto, Laplanche e Pontalis (1988/1993) percebem o trauma, articulado à ideia de corpo estranho, em termos de um exterior-interiorizado, ou seja, de um externo que se interioriza. Isto porque “todo traumatismo provém simultaneamente do exterior e do interior” (LAPLANCHE & PONTALIS, 1988/1993, p. 31)

trauma ou o esmaecimento de seu afeto desencadeador não sucumbem ao tempo, fazendo com que “fatos experimentados há muito tempo possam continuar a agir de forma tão intensa” (FREUD & BREUER, 1893/2006, p. 43). Com relação aos afetos desencadeadores, Freud e Breuer (1893/2006) inferem que qualquer experiência que possa evocar afetos aflitivos — susto, angústia, vergonha ou dor física — podem atuar como elemento desencadeador. Para os autores, nesse momento isso se deve sobretudo devido à impossibilidade de reação ao trauma⁶⁴. O que seria isso? Como tal visada poderia se relacionar com a autolesão?

A questão que se coloca para o esclarecimento desse ponto é a de que, nesse momento da obra de Freud, um acontecimento traumático poderia ser suavizado por meio da ab-reação — uma descarga emocional pela qual um sujeito se liberta do afeto ligado à recordação traumática, que, quando impossibilitada, perturba o aparato anímico. Para Souza (2003), o aparato psíquico funciona de modo permanente, de forma sempre defensiva⁶⁵. Diante desse quadro, a autolesão, enquanto uma ação somatopsíquica, pode assumir toda uma coloração defensiva, aqui ligada ao trauma, à lembrança dele, bem como dos afetos associados. Nos relatos contidos no início do tópico, há menção ao efeito duradouro de um trauma, de seu efeito nefasto no tempo, ainda que o rapaz não esteja “*sendo abusado ativamente*”. Queimar-se prefigura um modo para lidar com “*algumas dessas emoções*”. Houve o trauma psíquico que produziu algum tipo de marca ou impressão no aparato anímico, que pode vir a comprometer a circulação psíquica. Seus efeitos são capazes de perdurar a depender, por exemplo, se foi possível dar um destino a tal desregulação provocada, ou a inserção na cadeia associativa. O retorno dessas impressões pode trazer sensações análogas ao momento do trauma duradouro. Entre o trauma, sua lembrança e o modo de lidar com afetos remanescentes podemos ter a apresentação da autolesão, de cunho defensivo — aos poucos forneceremos mais elementos para desenvolveremos essa afirmação.

Podemos, já nesse contexto, perceber uma alusão ao aspecto temporal. Além disso, é marcado também nesse momento, que a infância seria um período propício para o estabelecimento de um sintoma que persiste ao longo do tempo. Ainda nesses primeiros

⁶⁴ Seria possível articular aqui a problemática quanto à impossibilidade de reação ao trauma às duas dimensões da angústia em Freud. A saber, a distinção e a relação entre angústia automática (dimensão arcaica) e angústia sinal (uma dimensão mais elaborada).

⁶⁵ Roussillon (2014) afirma que, para Freud, recalamento é o termo genérico empregado para designar a defesa primária exercida pela psique contra o que a ameaça. Só posteriormente Freud diferenciará as outras formas de defesas primárias que a psique pode pôr em funcionamento.

escritos, Freud & Breuer (1893/2006) vão pensar a histeria numa articulação com a neurose traumática, a partir da percepção das dificuldades por esses sujeitos de traçar nexos causais para os traumas ocorridos. Na sequência de argumentação, os autores fazem menção aos elementos da equação traumática em termos tanto do modo de incidência no tempo quanto em relação à inclinação da pessoa afetada — sobre seu estado e capacidade de reação. No que se refere ao primeiro ponto, Freud & Breuer (1893/2006) inferem que há possibilidade da situação de transcorrer de forma isolada e marcada, ou também em vários traumas parciais. Neste caso, “só podem exercer um efeito traumático por adição e constituem um conjunto por serem, em parte, componentes de uma mesma história de sofrimento” (p.42)⁶⁶. Deste ponto, se abre toda uma possibilidade para pensar diferentes efeitos do traumático num desenrolar que pode agir e se fixar desde momentos precoces até a vida adulta de maneiras diversas, cujo efeitos podem ser percebidos posteriormente. De maneira breve, podemos pensar a autolesão correlacionada às impressões, das mais precoces até aquelas mais atuais, de caráter traumático.

Com relação ao segundo ponto, Freud & Breuer (1893/2006) afirmam que um afeto ou sua lembrança suavizam seu efeito mediante uma reação energética — todo tipo de reflexo voluntário ou involuntário (das lágrimas aos atos de vingança), também por meio do processo de associações — em que os afetos podem ser descarregados. Nesse pensamento, pela não ab-reação e associação, a lembrança do trauma não se encontra na memória normal, mas sob a forma de um estado dissociado⁶⁷ (FREUD & BREUER, 1893/2006). O afeto que não foi descarregado nem por atos nem por palavras permanece vinculado à lembrança e embargado ao destino de elaboração associativa, ficando, então, fora da consciência, tornando-se representações patogênicas⁶⁸. O retorno dessas impressões traumáticas pode culminar “em sintomas puramente somáticos” (FREUD & BREUER, 1893/2006, p. 116)⁶⁹. Em continuidade com esse ponto, podemos entender que a autolesão se alinha ao retorno das impressões, dos resíduos afetivos do evento traumático ou das lembranças associadas. Nesse caso, o sintoma somático, visaria tratar

⁶⁶ Nesse momento, Freud considera que as histéricas sofrem principalmente de reminiscências (FREUD & BREUER, 1893/2006, p. 43).

⁶⁷ É lícito destacar nesta passagem as indicações de que determinados elementos traumáticos podem não ser marcados como representação, mas apontarem para um tipo particular de memória. Há aqui uma via para pensar o registro do irrepresentável, que conforme veremos se apresenta a partir de mecanismos de defesa arcaicos, como a clivagem, remetendo-nos para a ideia de uma memória do corpo, mais bem evidenciada em Ferenczi e Winnicott.

⁶⁸ Para Freud & Breuer (1893/2006), as lembranças e representações do evento traumático, um aspecto essencial, possuem caráter “hiperestésico” (p. 51).

⁶⁹ Os autores aqui estão pensando no fenômeno conversivo da histeria.

ou buscar se defender da tensão gerada, do desprazer e da desorganização gerados no aparato psíquico.

No que tange à impossibilidade de resposta diante de algo com caráter traumático, Freud e Breuer (1893/2006) organizam duas especificações, que podem coexistir. A primeira diz respeito à natureza do evento; neste ponto, os autores aglutinam situações como a perda de um ente importante, situações em que a cultura obstaculiza as possibilidades de reação e coisas que o sujeito gostaria de esquecer. A segunda tipificação é determinada pelo estado psíquico em que o sujeito se encontra no momento da experiência vivida. A ideia de estado psíquico aponta para dois pontos: tanto em termos de maturidade quanto de estados de vulnerabilidade. É válido apontarmos que, nesse período, o trauma psíquico ainda não estabeleceu vínculo com a noção de sexualidade, mas se familiariza de acordo com uma lógica mais geral. Assim, tem-se um espectro amplo do tipo de experiência com um potencial traumático, desde violências mais estrondosas — como a perda de um ente —, até situações mais silenciosas — tais como uma ofensa não revidada, sofrida em silêncio — à medida que ambos podem ser vívidos como “uma mortificação” (FREUD & BREUER, 1893/2006, p. 44). Mas, como já dissemos, o trauma vai aportar significações diferentes no decorrer da obra.

Ainda nesse período, Freud vai trabalhar a teoria do trauma articulada à ideia de sedução, pensado no início como sendo uma espécie de “fator accidental” nas formas de adoecimento (FREUD & BREUER, 1893/2006, p. 53). Nesse sentido, Freud & Breuer (1893/2006) percebem que, nos casos de histeria baseados em traumas sexuais — experiências eróticas traumáticas —, o efeito da impressão atinge um poder traumático, não no momento do evento, mas posteriormente, visto que o ego incipiente ainda não era capaz de lidar com experiências sexuais. Sob essa ótica, o trauma vai aportar uma conotação em que a lembrança do trauma sexual infantil evoca uma excitação sexual mais intensa do que o acontecimento que o precedeu. Dessa perspectiva, é necessário ao menos dois tempos para que haja o trauma psíquico. Resumidamente, num primeiro tempo haveria uma cena de sedução em que a criança é seduzida por adulto perverso, sem que a excite sexualmente; num segundo, após a puberdade, um evento pode despertar lembranças desse primeiro momento, produzindo então o efeito traumático a posteriori (FREUD, 1986/2006). As cenas traumáticas não formam umnexo simples, “como um fio de pérolas, mas antes se ramificam e interligam como árvores genealógicas” (FREUD, 1896/2006, p. 194). Nesse modelo nos parece que uma cena atual, por mais anódina que seja, quando traumática e desencadeadora de sintomas, é porque remete associativamente

a uma cena anterior (FREUD, 1896/2006). Mas vale marcar que tanto os acontecimentos mais banais quanto os mais graves — experiências que afetam o corpo, bem como impressões visuais e informações auditivas — “devem ser reconhecidos como trauma último da histeria” (FREUD, 1896/2006, p. 198). Os sintomas histéricos são percebidos por Freud (1896/2006) como sobredeterminados, evocados pela combinação de vários fatores e despertados por várias fontes. Ao discutir quanto ao papel desempenhado pelas cenas sexuais infantis na causação dos sintomas histéricos, Freud (1896/2006) afirma que há alguns sintomas determinados por experiências infantis que remontam às primeiríssimas experiências, e outros vinculados as vivências posteriores mais recentes. Em relação ao primeiro grupo, afirma que seriam as “diversas sensações e parestesias, fenômenos que correspondem ao conteúdo sensorial das cenas infantis, reproduzidas de maneira alucinatória, e muitas vezes dolorosamente intensificada” (FREUD, 1896/2006, p. 209).

Outro aspecto é delineado nesse momento enquanto fator importante na etiologia da histeria, o conflito psíquico. *Grosso modo*, quando uma representação se vincula, associativamente, a uma lembrança inconsciente de uma cena sexual infantil, adquirindo então o aspecto de inadmissível para consciência, evoca uma defesa do eu que a expulsa, o recalque. Nesse âmbito, Roussillon (2014) percebe que o conflito atual ressoa com um conflito histórico — oriundo da sexualidade infantil — que não pôde ser resolvido na época por causa de uma situação traumática, exceto com o auxílio da repressão. O trauma histórico foi reprimido, e com ele as representações do desejo que nele estavam envolvidas. É por isso que esse tipo de trauma pode ser dito secundário. Nota-se que agora, diferentemente de suas primeiras conceituações, as cenas traumáticas se alinham às associações, as compõem, diferentemente de um traumático excluído da trama associativa. Nesse sentido, Legarraja (1998) afirma que a noção de trauma vai “passando a coincidir o traumático com as representações inconscientes, com o recalque de caráter sexual e infantil” (p. 22).

Sob uma visada alternativa, em relação ao produzido até então, Freud vai organizar a causação dos adoecimentos a partir de outros termos. Desde a carta 69 de Freud a Fliess (FREUD, 1895/2006), eram colocados em questão os traumas sexuais infantis, ao não acreditar mais em sua *neurotica*⁷⁰. Ao examinar as consequências dessa

⁷⁰ Dentre os vários motivos que o levaram a esse posicionamento, vale marcar que percebeu que para que sua hipótese anterior se sustentasse, o número de perversos assumiria um caráter quase geral entre os adultos. Além disso, marca que é impossível a distinção, no inconsciente, entre a verdade e a ficção

nova posição, afirma que “deixamos de pisar em terra firme” (FREUD, 1914/2006, p.27): a realidade perde sua dominância na montagem do sintoma, visto que os traumas nos históricos “são fictícios” (p. 27). Então o fato novo que surge é precisamente que os sujeitos criam tais cenas na *fantasia*⁷¹, e “essa realidade psíquica precisa ser levada em conta ao lado da realidade prática” (FREUD, 1914/2006, p. 27)⁷². Assim, a realidade factual do acontecimento traumatizante dá lugar⁷³ e importância aos componentes internos, sobretudo à sexualidade. Mas o que implica pensar o trauma sob o primado da fantasia? De maneira um tanto quanto sintética, podemos dizer que haveria uma exigência pulsional, do aparato anímico, que faz com que o contato com a realidade seja mediado e transformado pelo universo pulsional, de modo que as produções psíquicas influenciam as respostas dadas pelo outro, transformando-as. Para Bokanowski (2010), nesse momento da obra o traumatismo está relacionado à força que pressiona as pulsões sexuais e a luta que o ego trava com as pulsões: portanto, para ele, o traumatismo “deve ser considerado com referência a fantasias inconscientes que constituem a realidade psíquica interna” (p. 12). A teoria da fantasia não deixa de ser uma teoria sobre o trauma; no entanto, ela é colocada sobre outros termos, redistribuindo a dominância dos elementos da combinatória de vetores que compõem o traumático. Na obra freudiana, podemos compreender a fantasia podendo ser ao mesmo tempo um efeito, um substrato e um contexto do trauma. Em vista disso, Freud (1912/2006) nos advertiu a respeito do quão infecundo é nos mantermos presos à oposição entre fato interno e fato externo; ele nos ensinou que a causação dos adoecimentos pode se produzir por diversos caminhos. Destarte, mesmo quando a fantasia assume um papel de destaque, podemos remetê-la às modulações de interação com o ambiente. Dargent (2006) por exemplo, percebe nos atos autolesivos o atravessamento de diferentes tipos de fantasias, mas que remetem a indícios das relações com objetos. Por esse lado, fantasias de cunho traumático podem incidir e estar relacionadas com conteúdos de caráter intolerável — incestuosos, de fusão, de espancamento, por exemplo — ocupando o espaço psíquico de forma intoxicante. Tal

investida de afeto, entre os diversos tipos de lembranças e memórias. Freud usa o termo em latim, remetendo à sua teoria sobre a neurose, sedução etc. — não às pessoas neuróticas propriamente ditas.

⁷¹ Para Freud (1914/2006), essas fantasias destinavam-se a encobrir a atividade autoerótica dos primeiros anos de infância; detrás das fantasias, toda a gama da vida sexual da criança vinha à luz.

⁷² Para Laplanche e Pontalis (1985/1993), a partir desse momento era preciso levar em conta três espécies de fenômeno: a realidade material, a realidade dos pensamentos e a realidade do desejo inconsciente.

⁷³ Legarraja (1998) nos atenta para o fato de reduzir a realidade psíquica, o predomínio absoluto do imaginário, e muito menos a substituição da realidade material. Quanto a esse ponto, Coelho Jr (1995) afirma que Freud jamais admitiu a solução subjetivista de que a única realidade existente seria a que denominou de psíquica.

estado de desregulamentação de circulação psíquica aponta para vivências de invasão com objetos. A autolesão ao engendrar uma abertura de orifícios na pele permite, assim, que o sujeito se abra para um movimento de desintoxicação interna (DARGENT, 2008). Deste modo, não podemos prescindir de dar lugar a dimensão fática, do contexto em que se está imerso. Assim, percebemos que há determinadas formas de autolesão que podem estar ligadas ao campo da fantasia, mas que não deixam de indicar a pertinência de levar em conta o eixo relacional e factício. A noção de trauma, em Freud, até esse momento de sua obra, nos abriu alguns caminhos de pensamento em relação à autolesão, que nos remete às nuances da história do indivíduo com o outro.

II.2.1.2 Sua majestade o eu e seus sucedâneos traumáticos

Depois desse momento, percebemos aferentes traumáticos que privilegiam outros ângulos, que podem ser profícuos em relação à articulação do trauma com a autolesão. Para Louppe (2001), a autolesão pode assumir contornos de defesas de qualidade narcísica; e a serviço de que estariam elas? Freud, em “Introdução ao narcisismo” (1914/2006) e “Luto e melancolia” (1917/2013), nos fornece subsídio para ampliar o espectro em relação aos vários possíveis tipos de trauma que um sujeito pode viver. Trata-se de textos que não costumam ser destacados na teoria do trauma, mas que trazem ideias e conceitos fundamentais a compor no complexo repertório do trauma na obra de Freud. De saída, vale pontuar que muitos autores, como Mannoni (1994), concebem esses textos como marco de transição da teoria freudiana. *Grosso modo*, toda uma nova concepção de aparelho psíquico começa a ser esboçada, tendo reverberações sobre grande parte dos que até então ele havia produzido. O que a problemática narcísica nos ajuda a pensar quanto ao lugar do outro, numa face traumática, na relação com a dinâmica autolesiva?

Dentre as ideias que prepararam terreno para articulação entre trauma e autolesão, vale destacar aquelas contidas em “Introdução ao narcisismo” (1914/2006). Ao tomarmos a proposta de “sua majestade o bebê” (FREUD, 1914/2016, p.98), em que há um investimento narcísico dos pais sobre a criança, abre-se uma dimensão intersubjetiva mais evidente na qual é possível não só pensar nas repercussões em relação aos modos de cuidados dirigidos as crianças — consequência e pelos efeitos disso na construção desse bebe —, como também em relação ao fato de que há efeitos da projeção das figuras parentais na subjetividade. Notamos, nessa ideia, a alusão de que os adultos cuidadores detêm uma função de incrementar a subjetividade ainda muito incipiente do bebê através

dos cuidados e atributos (projetados, falados) sobre este, que podem ou não ser paulatinamente relativizados. Para Pinheiro (2002), a imagem de si mesmo seria tributária da projeção do narcisismo dos pais, o produto de uma idealização nascida da ficção montada pelo adulto. Além disso, há a importante constatação de que a “uma unidade comparável ao ego não pode existir no indivíduo desde o começo; o ego tem de ser desenvolvido” (FREUD, 1914/2006, p. 84). A questão que se abre aqui é que tal estado é uma potencialidade, mas nos leva a pensar que muitos impasses promovidos, inclusive pela cultura, podem entrar, intensificar ou não viabilizar esse tipo de investimento num filho. Quais destinos pode levar ao espaço psíquico de alguém que não foi alvo de desejo, de atributos, ou então que é foco de uma projeção ou investimento excessivo? Que relação pode se estabelecer com a autolesão?

Dentro do espectro de figuras traumáticas que podem emergir dos impasses da constituição narcísica, consideramos, de um lado, situações de vazio de investimento desejante do outro — quando não se tem a atribuição de predicados, atributos, intencionalidade — podendo levar o sujeito a encontrar dificuldades na imagem de si ou até mesmo para sentimento de existência, necessitando de outros índices para fazer face a isso. Conforme apontado por Pinheiro *et al.* (2006) o corpo se presta como único território possível para atestar a existência do sujeito, “só que agora não como alvo de olhar de júbilo, mas como palco de sofrimento corporal por meio do qual ele vai buscar para si a atenção e o reconhecimento constante do outro” (p.201). Nesse contexto, Corcos & Richard (2006) percebem na autolesão uma função de ressuscitação psíquica, ao proteger, mesmo que precariamente, contra ameaças ao narcisismo. De maneira similar, Matha (2010) percebe que, ao se contrapor aos limites do corpo, a autolesão pode estar a serviço da consolidação narcísica. Por outro lado, na outra face dessa problemática, existem situações em que há investimentos de caráter excessivo do objeto (GAUTHIER, 2007), o que nos conduz a pensar em questões relativas à alienação. Mas o que é alienante? Afora os casos em que há uma dinâmica adesiva com os objetos, podemos cogitar situações menos explícitas, desde uma busca por um desejo ou, antes disso, por um reconhecimento vindo do objeto — que, no entanto, é pouco expresso. Em ambos os lados, a atmosfera que pressupomos é a de violência; atribuições mais ou menos declaradas de controle, desqualificação, humilhação sádica, mas muito cedo percebidas e captadas pela criança (CORCOS & RICHARD, 2006). Nessa atmosfera de ser alvo de atributos objetivos, Corcos & Richard (2006) pensam a autolesão como um espetáculo

dirigido ao objeto primário, no qual se intenta livrar-se do domínio psíquico objetal. No entanto, a autolesão apresenta um limite de efetivação quanto a esse objetivo; pois, por mais que se tente arrancar a alteridade de si, o sujeito permanece enredado nos cenários fantasmagóricos que lhe são atribuídos pelos pais. Como consequência, a alienação dinâmica pode vir a dar lugar a uma organização essencialmente econômica (CORCOS & RICHARD, 2006), em que a dimensão narcísica de autoestimulação e autossuficiência tornam-se o objetivo a ser buscado (HAZA & KELLER, 2005).

Em linhas gerais, Freud (1914/2006) formula a ideia de uma libido do eu que posteriormente pode ser transmitida em partes para os objetos. Assim é marcado duas qualidades de investimento: em si e no outro. Apesar dessas direções não serem unilaterais, Freud (1914/2006) pontua que sendo que “quanto mais uma é empregada, mas a outra se esvazia” (Freud, 1914/2006, p. 83). Ao se questionar acerca da constituição do ego, Freud (1914/2006) estabelece uma nova dimensão de conflito psíquico, com a existência do eu, promovendo um remanejamento teórico importante, visto que o eu passa a ser também polo de conflito com a alteridade. Para Freud (1914/2006), a libido retirada do mundo externo foi dirigida ao ego de “modo a surgir uma conduta que pode ser denominada de narcisismo” (p. 82). Ainda que o ego tenha de ser desenvolvido, já havia ali, porém, um corpo. É esse corpo que vai dar limite à existência, ao que se é. Designar um limite significa afirmar para fora desse corpo: não eu; dentro: eu. Essa superfície concebe uma ideia de unidade. Pela via do corpo é possível ver, aprender com ele, com o seu limite, entre ser e não ser; enfim, reside aí uma função. Ao avaliar a influência de uma doença orgânica sobre o sujeito, Freud (1914/2006) atesta que o mal-estar corporal tem o potencial de fazer retornar o investimento que estava dirigido ao mundo para o seu ego, e que posteriormente, o investimento pode ser posto “para fora novamente quando se recupera” (p. 89). A corporeidade e o campo dos afetos e dos sentimentos parecem muito interligados, à medida que “os sentimentos de quem ama, por mais forte que sejam, são banidos pelos males corpóreos, e de súbito substituídos por uma indiferença completa” (FREUD, 1914/2006, p. 89). Freud nos fornece, assim, alguns alicerces para pensar a autolesão sob um viés defensivo narcísico. Por meio de um sobreinvestimento narcísico (Matha, 2010), efeito do corpo lesionado, parece se atingir um remanejamento tanto intrapsíquico quanto em relação ao objeto.

Além disso, Freud (1914/2006) chama nossa atenção para a ideia de um corpo erógeno, loteado, anterior à suposta unificação narcísica: “podemos nos decidir a ver na erogeneidade uma característica geral de todos os órgãos, o que nos permitiria então falar do seu aumento ou decréscimo numa determinada área do corpo” (p. 91). A ideia de corpo erógeno traz à baila o corpo loteado pelos cuidados. Esses adultos que cuidam do bebê são adultos com sexualidade genital. Eles se tornam os primeiros objetos sexuais “que se preocupam da alimentação, cuidado e proteção” (FREUD, 1914/2006, p. 94). Ao cuidar do corpo erógeno, o adulto começa a privilegiar determinadas partes e regiões, loteamento esse do corpo erógeno que vai ser singular para cada um. Essa sexualidade não está dada e, sobretudo, não está dada na genitalidade; ela é construída e começa essa construção na manipulação desse corpo, nos cuidados desempenhados a ele. É no contato com o outro que também vou construir um corpo erógeno. Para cada alteração dessas na erogeneidade dos órgãos poderia haver uma alteração paralela no investimento libidinal do eu (FREUD, 1914/2006, p. 91).

Freud (1914/2006) propôs que de início o bebê se encontraria em um estado de narcisismo primário ou original, caucionado pelo narcisismo dos pais, estado esse em que a energia emocional se colocaria em termos de libido egoica, que posteriormente pode ser direcionado aos objetos. Por meio das identificações narcísicas, com o tempo, o vínculo que trata os objetos como extensões de si pode dar lugar à vinculação com objetos vivenciados como fora de si, fora do âmbito da onipotência. No entanto, Freud (1914/2006) afirma que o indivíduo não quer se privar da perfeição narcísica de sua infância; ao não poder mantê-la, procura readquiri-la “na forma nova do ideal do Eu” (FREUD, 1914/2006, p. 100). Neste ponto, é possível articular a questão do ideal com a autolesão; apesar de não nos determos nessa questão, vale dizer que o ideal de pureza, muitas vezes percebido nas falas dos sujeitos que se lesionam, pode estar próximo do totalitarismo da perfeição narcísica (MATHA, 2010).

Outra questão que podemos pensar com esse texto é a de que o ideal do sujeito é de que o eu seja uma unidade, uma coisa fechada. Mas isso é uma ilusão, podendo se desmontar muito rapidamente. Esse eu tem milhares de facetas, apresenta-se e se transforma de várias maneiras e em diversas situações diferentes. Essa ideia fica mais clara, em situações de dor, de mal-estar e fragilidade, visto que a ideia de concretude, de totalidade, pode se desmontar. Podendo culminar em sensações de estranhamento, um eu que não se reconhece, sem que seja necessariamente um processo psicótico ou delirante.

Freud (1914/2006) evidencia, três vias para compreensão da ação do traumático em relação ao narcisismo: os distúrbios aos quais pode ser exposto; as reações com que ela procura proteger-se deles (dos distúrbios); e os caminhos aos quais fica sujeito ao fazê-lo (FREUD, 1914/2006 , p. 99). Entrevemos aqui toda uma gama de percalços na constituição desse eu, como a montagem narcísica que pode se dar de maneira muito incipiente e frágil. Por um lado, a presença do outro é imprescindível em todo esse percurso. De outro lado, há todo um desdobramento possível em relação à distribuição da libido, em termos de remanejamento, fixação e regressão, bem como das finalidades e funções de cada uma dessas possibilidades. Desse modo, apontamos alguns aspectos do cunho defensivo da autolesão, numa qualidade narcísica.

Sob outra visada, mas ainda sobre o plano relacional, Freud (1917/2014) vai abordar as “experiências traumáticas com os objetos” (p. 83), com base em vicissitudes específicas, sobretudo levando em conta as experiências de perda, de abandono e suas consequências para a subjetividade. Nessa sequência, ele vai comparar características psicológicas do luto às da melancolia, compreendendo-as enquanto modalidades distintas de resposta diante a perda que apresentam em similar “graves desvios da conduta normal da vida” (p.47). Ogden (2014) vê nesse texto um conjunto de fundamentos que marca a emergência da teoria de relações objetais internas inconscientes. Em relação à perda no melancólico, ele “sabe quem perdeu, mas não sabe o que perdeu nele próprio” (p. 245)⁷⁴. Ogden nos mostra, ainda, como em diversas partes do texto “Luto e melancolia” Freud enfatiza que haveria apenas uma diferença sintomática entre ambos: a perturbação da autoestima encontrada na melancolia. O sujeito melancólico apresenta seu ego como indigno e moralmente desprezível, “rejeitado e castigado. Humilha-se perante os demais e tem pena dos seus por estarem eles ligados a uma pessoa tão indigna” (FREUD, 1917/2013, p. 53). Para Freud (1917/2013), no luto, o mundo se torna pobre e vazio; já na melancolia, é o próprio ego. Nesse momento, uma parte do ego se coloca contra a outra, julgando-a de forma crítica, “tomando-a por objeto” (p. 57)⁷⁵.

⁷⁴ Ogden (2014) ressalta, nessa passagem, a ambiguidade presente na frase freudiana, que mesmo sem poder discriminar sua intencionalidade, introduz a simultaneidade de dois aspectos inconscientes da perda do objeto. "Um envolve a natureza do vínculo do melancólico com objeto e o outro envolve a alteração do self em resposta à perda do objeto" (OGDEN, 2014, p. 38).

⁷⁵ Ogden (2014) percebe que Freud atribui ao ego 4 componentes importantes:(1) o ego tem componentes consciente e inconscientes, pode cindir-se; (2) um aspecto inconsciente excindido tem capacidade de gerar pensamento e sentimentos de maneira independente; (3) uma parte pode entrar em relação inconsciente com outra; (4) um aspecto excindido pode ser saudável ou patológico.

A perda ou decepção do objeto amado implicou anteriormente uma escolha, um investimento emocional, como dirá Ogden (2014). Com o afastamento, desconsideração, decepção do objeto amado há o abalo desse investimento, que fica livre até que encontre outro destino, no qual o mais comum seria a retirada desse e o seu deslocamento para outro. Pensando na melancolia, outro destino possível parece se abrir, como nos é indicado por Freud (1917/2013), frente à perda desse investimento emocional: que o ego pode ser escolhido como novo foco de investimento. No âmbito do ego, nos parece que o destino e o uso dado a tal investimento pode ser dos mais variados. Um dos destinos dados vai se colocar em termos de estabelecimento de um tipo de identificação, de uma parte do ego “com objeto abandonado. Desse modo, a sombra do objeto caiu sobre o ego” (FREUD, 1917/2013 p. 61). Há ainda a indicação de que a perda do objeto pode ter como destino: uma vivência análoga da perda de si mesmo, à medida que “a perda do objeto se transformou em perda do ego” (p. 61); como também a transformação da pessoa amada em uma “bipartição entre a crítica do ego e o ego modificado pela identificação” (p. 61). Assim, podemos pensar na melancolia na esteira da perda de um ideal narcísico, de uma perda de si mesmo. Havia algo em mim que só poderia usufruir através do outro. Isso porque o sujeito se empobrece tornando-se o objeto. Nesse pensamento podemos pensar tanto sujeitos que não foram alvo de atributos quanto aqueles que receberam um investimento narcísico e o perderam, e ambas as situações podem remeter à falta de compreensão e de asseguramento de si mesmo. Como podemos conceber a autolesão diante dessa modalidade traumática?

Há múltiplas formas de pensar a autolesão nesse cenário. Seguindo os impasses oriundos dos investimentos do outro, ela pode ser uma tentativa de separação, não metaforizada, do corpo de ambos os pais (CORCOS & RICHARD, 2006). Para Ogden (2014), nos casos de melancolia, ao contrário do luto, haveria uma busca pela evitação do sentimento doloroso da perda. Ogden (2014) deixa evidente — o que estava evidenciado em Freud (1917/2013) — um modo paradoxal de manutenção de vínculo, onde se preserva o objeto abandonado sob a forma de uma identificação com ele. Nesse sentido, para Ogden (2014) há uma negação da separabilidade do objeto: o objeto externo é substituído, de modo onipotente, por um objeto interno, como forma de evasão de um sentimento temido. Assim, as autolesões podem desempenhar o papel de defesa da integridade narcísica, às expensas de manter um estado de submissão do eu ao objeto. Isso porque é possível que se estabeleça um círculo vicioso, o qual “consiste em utilizar

as forças do contrainvestimento narcísico para lutar contra um objeto narcisicamente incorporado” (MATHA, 2010, p. 51).

A partir do aporte de Freud (1917/2013), vemo-nos instigados a pensar sobre aquilo que é assimilado do outro, e sobre as nuances desse processo. Sobre como a possibilidade de existir é muitas vezes atravessada por esse outro interno, e sobre os destinos dados a isso; sobre como esse processo pode ou não ser organizador das diferenças entre eu e não-eu. Ao buscar explicações para a questão do abandono do objeto no melancólico, traz igualmente aportes para se pensar mecanismos estendidos à vida psíquica como um todo — como, por exemplo, a construção disso que entendemos por espaço interno, como também as identificações e o narcisismo. Nesse sentido, acompanhando a indicação freudiana, a perda pode ser considerada um traumatismo, por conta de não apenas interferir num certo circuito estabelecido de investimentos pulsionais, como também produzir uma mudança de estado em relação a si mesmo, aos outros e à vida, em que a qualidade da presença ou a ausência da alteridade tem papel determinante. Vimos também um modo como a autolesão pode interpelar essa dinâmica de qualidade traumática com o objeto.

II.1.3 O transbordamento

Dando seguimento à proposta de sumarizar alguns aferentes do trauma freudiano, chegamos no momento de suas conceituações de 1920, sob o paradigma das neuroses traumáticas. *Grosso modo*, o trauma como a ideia de inassimilável retorna sob a ideia de pulsão de morte como algo mais originário, mais elementar, mais pulsional que o princípio de prazer (FREUD, 1920/2006). Segundo Cardoso (2007, 2011, 2018), haveria um resgate do conceito de trauma, pois a questão se apresenta de maneira profundamente transformada. Isto é, não se trata de um traumático desencadeado por um acontecimento, mas que “passa a ser compreendido como excesso pulsional, excesso de energia livre, sem que o ego tenha os meios de ligá-la, de elaborar psiquicamente essas excitações” (CARDOSO, 2007, p. 80). A concepção de trauma, assim, aproxima-se da ideia de um pulsional que não se deixa aprisionar, não suscetível à interiorização ou recalçamento, aludindo assim à ideia de pane do funcionamento psíquico (SOUZA, 2003), de outras modalidades de respostas do ego (CARDOSO, 2007). Freud (1920/1991) recorre ao modelo da vesícula, em que haveria uma defesa — paraexcitação — contra estímulos e

excitações externas. Nesse momento, Freud (1920/1991)⁷⁶ enfatiza a ideia de transbordamento, ou seja, o traumático é pensando em termos da efração, ruptura do dispositivo protetor, pelas excitações excessivas que levam a desorganização egoica, de difícil assimilação na trama de sentido. O transbordamento pulsional de caráter disruptivo pode servir como elemento desencadeador de um “processo correlativo a um estado de desestruturação narcísica” (CARDOSO, 2011, p. 72), que pode pôr em risco a integridade narcísica e o sentimento de continuidade de si (CARDOSO, 2010). Vale pontuar que o pulsional não é traumático em si mesmo, mas só na medida em que excede a capacidade de apropriação e metabolização pelo aparelho egoico. Segundo Legarraja (1998) o trauma, entendido nesses termos, faz sentido se tomarmos como pressuposto a constituição narcísica e egoica. Legarraja (1998), Bokanowski (2010), Mészáros (2011) ressaltam a importância do modelo econômico do trauma para Freud (1938/2006), que pode ser evidenciada na afirmação de que “a vivência adquire caráter traumático devido unicamente a um fator quantitativo — isto é, que em cada caso é um excesso de exigência o responsável por uma experiência que evoca reações patológicas fora do comum — (...) algo age como trauma no caso de determinada constituição, mas, no caso de outra, não teria tal efeito” (FREUD, 1939, p. 92).

Percebemos que há uma variabilidade de experiências que podem se familiarizar com a noção de trauma como transbordamento. O rompimento causado por um acontecimento traumático, nesses termos, pode provocar um distúrbio em grande escala no funcionamento da energia do psiquismo que colocará em movimento todas as medidas defensivas possíveis (FREUD, 1920/2006, p. 40). De acordo com Cardoso (2002/2010), ao se utilizar da imagem evocada pela expressão “transgressão marinha”, que alude ao movimento das águas marinhas que invadem uma parte do continente, a autora propõe a expressão “transgressão pulsional” como metáfora de um atravessamento pulsional no território egoico, o qual é invadido por um pulsional mortífero, mas que podemos estender a dimensão de invasão da alteridade no espaço psíquico. Segundo Cardoso (2001), a predominância do recurso a modos primários de defesa — tais como o retorno sobre si mesmo, a inversão, a denegação e a projeção — nos leva a admitir uma problemática quanto em relação à diferenciação entre sujeito e objeto, como também nos conduz a supor uma precariedade de fronteiras egoicas em relação à alteridade interna.

⁷⁶ Nesse momento, Freud (1920/1991) retoma a ideia de neurose traumática, como também o paradigma econômico, na ideia de trauma enquanto choque que produz fortes impressões, passíveis ou não de assimilação.

Para Cardoso (2007), as marcas traumáticas, não podendo ser interiorizadas, tendem a ser exteriorizadas pela via do ato e do corpo, “ou seja, tendem a ser apresentadas⁷⁷ através de fenômenos pela compulsão a repetição” (p. 80). Deste modo, as autolesões podem emergir de modo a apaziguar as pulsões excessivas, utilizando-se da superfície do corpo de modo a localizar, materializar e circunscrever a irrupção de impressões traumáticas, buscando dominá-las pela via da lesão física (DARGENT & MATHA, 2011). Nessa visada podemos entender a autolesão no âmbito de um recurso ao ato. Ato aqui em termos de um “conjunto de ações sensório-motoras no qual está engajado um sujeito” (CIAVALDINI 2006, p. 117). Para F. Houssier (2008), o ato “serve de suporte representacional para os conflitos psíquicos que, por não poderem ser postos em palavras, regridem para a linguagem motora para encontrar uma saída externa, endereçada ao objeto-ambiente” (p. 118). Aqui, diversos autores (MATHA, 2010; CORCOS, 2016) pontuam a dimensão autocalmante da autolesão, à medida que a perturbação da superfície do corpo auxilia a marcar a limite para o psíquico; e alivia, acalma, de modo que “a autolesão pode dar suporte ao ego” (CORCOS, 2016). Nesse âmbito, Cardoso, Demantova & Maia (2016) compreendem a autolesão como um recurso último frente a uma eminente angústia de despedaçamento e desaparecimento de si, visando à recuperação do controle psíquico. O que se pode depreender a partir dessa acepção do traumático é que ela nos interpela a pensar em modalidades de agir, não mediatizado, uma vez que estas evocam algo da ordem do que não foi passível de assimilação, que não entra na história, mas que pode exercer seus efeitos e submetendo-o a algo de ordem intolerável que precisa ser posto para fora em forma de ato. Evocam a predominância da convocação do corpo e da compulsão à repetição como operadores da externalização atuada.

No final de sua obra, Freud (1939/1991) reafirma o aspecto temporal, de impressões ou acontecimentos precoces, cedo experimentados e mais tarde esquecidos, não acessíveis à memória, marcando, no entanto, que suas conceituações ancoram-se a partir da clínica da neurose. Os traumas infantis de uma neurose relacionam-se ainda a impressões de natureza sexual e agressiva, e também aos danos precoces ao ego (feridas narcísicas), que podem levar a “uma abundância de esforços de defesa, e acompanhada de formação de sintomas (...) alterações no ego, comparáveis a cicatrizes, são deixadas para trás” (FREUD, 1939/1991, p. 96). Nesse contexto, refere-se à noção de trauma

⁷⁷ Segundo Cardoso (2011), a insistência compulsiva em apresentar o elemento traumático constitui o próprio avesso de uma memória representacional, mas tratar-se-ia “de uma memória corporal” (p. 75).

enquanto “experiências sobre o próprio corpo do indivíduo ou percepções sensórias, principalmente de algo visto e ouvido, isto é, experiências ou impressões” (FREUD, 1939/1991, p. 92). Além disso, nesse mesmo texto, Freud (1939/1991) distingue dois efeitos positivos e negativos de trauma: os primeiros são esforços para retrabalhar o trauma; portanto, para lembrar a experiência esquecida ou, melhor ainda, para torná-la real, para viver dela novamente uma repetição, mesmo que fosse apenas um relacionamento emocional anterior, para revivê-lo em uma relação análoga a outra pessoa — Freud agrupa nesse efeito as fixações ao trauma e a compulsão à repetição. Já as reações negativas tendem ao objetivo oposto: que nenhum elemento dos traumas esquecidos pode ser lembrado, nem repetido. Podemos reuni-los sob o nome de reação de defesa, que fundamentalmente é uma fixação, mas com intuito ao contrário. Para Freud (1939/1991), os sintomas de neurose “são conciliações em que ambas as correntes do trauma procedentes se reúnem, de maneira a que a cota, ora de uma, ora de outra tendência, encontre nelas expressão preponderante” (p. 95). Tal oposição entre as reações dá margem a conflitos. Há ainda, no fim de sua obra, a marcação da importância do trauma no arranjo de uma neurose, colocando-o na base do processo: “trauma primitivo, defesa, latência, desencadeamento da doença neurótica e retorno parcial do recalçado” (FREUD, 1939/1991, p. 99).

Podemos encontrar em Freud uma combinatória de ideias amplas que parecem se manter em conceituações de outros autores — com desdobramentos e enfoques específicos —, isso pensando da perspectiva do ser traumatizado. Sumariamente, encontramos ideias que apontam para um trauma por ruptura do escudo protetor, o trauma por efração (arrombamento), devido à ausência de mediação entre fantasia e realidade, além daqueles oriundos dos impasses na constituição narcísica e dos danos precoces ao eu. Frente a formas heterogêneas do traumático, há diferentes possibilidades de leituras que o situam a partir de dominâncias e vieses distintos⁷⁸ e que podem conferir peso ao efeito da realidade — ora enxergando-o como decorrência da fantasia, como impactado

⁷⁸ Certamente, por vezes afirma-se que Freud privilegiou a dinâmica intrapsíquica do traumatismo. Contudo, revisitando sua obra, podemos encontrar noções que endossam essa problemática, de modo que não se pode tomá-la como algo simples ou reduzi-la a apenas uma perspectiva. Retomando as postulações feitas no *Projeto para uma psicologia científica* (1895/1991), ao conceituar a energia endógena, Freud a define como sendo ligada às necessidades corporais, como as exigências da vida (*Not des Lebens*). Essa energia, em um primeiro momento, terá como via de escoamento a descarga motora — choro ou agitação motora do bebê. Entretanto, a descarga não será suficiente para que cesse a excitação: o bebê, sozinho, não tem condições de dar um destino às intensidades que o invadem, sendo necessária uma “assistência alheia” ou um “homem ao lado”, como sugere Davi-Ménard (2000), que, ao realizar uma ação específica, faz com que a tensão seja apaziguada.

assimilável de uma experiência; ora como seu oposto, o inassimilável ou irrepresentável. Freud, no final de sua obra, aponta que haveria um trauma próprio de todos nós, traumas estruturantes. São traumas inevitáveis e necessários para a estruturação psíquica. Traumas que propiciam uma reorganização psíquica e contribuem para o desenvolvimento e a estruturação. O que a noção de trauma em Freud, em suas múltiplas visadas, tem a ver com o tema da autolesão?

Há determinadas formas de autolesão que estão relacionadas ao campo do traumático a partir do acontecimento, da fantasia, da constituição narcísica, das problemáticas da perda, dos limites do ego. Essas questões abrem caminho para outras possibilidades de pensamento em relação aos atravessamentos na relação com o outro.

II.2.2 Autolesão: um destino possível frente a diversas incidências traumáticas

Vamos isolar algumas ideias que sobressaltaram a nossa leitura. A começar pelas ideias contidas em seus primeiros escritos, retomando as ideias de que: 1) no trauma haveria presença de um fator externo que infiltra no plano interno, 2) com efeito momentâneo e/ou posterior, 3) podendo ser provocado e/ou revivido tanto por lembranças quanto pelo afeto que o acompanhou, 4) tendo a possibilidade ou não de inserção a um trilhamento associativo; 5) o trauma pode ser pontual ou parcial, 6) com seus efeitos perceptivos e duráveis no tempo, 7) devido à impossibilidade de reação a experiência; 8) a possibilidade de resposta vai estar atrelada tanto à natureza do evento quanto ao estado psíquico que o sujeito se encontra; 9) o retorno das impressões do evento, tanto em termos afetivos quanto de uma representação patogênica, pode levar a ataques por um via corporal. Sob essa lógica, a autolesão pode ser entendida como efeito do retorno de impressões de um evento de caráter traumático, que podem ter naturezas diversas. Como destacado no capítulo anterior, esse retorno pode estar relacionado à angústia de castração (MENNINGER, 1938), ao retorno da angústia de separação (MATHA, 2010), como também ao retorno de ansiedades arcaicas (CORCOS, 2013).

Com o narcisismo, a ideia de construção de um eu e os impasses em relação isso podemos pensar a autolesão a partir dos vários meandros da interação entre sujeito e objeto; Freud deixa esse caminho aberto para autores posteriores. Freud (1914/2006) aponta também de que os males corporais, como a dor, podem servir de índice de presença do corpo para o eu. Em situações traumáticas, como vimos, a autolesão propicia o estabelecimento de um mal-estar corporal, um incômodo ou dor, cuja finalidade seria

“oferecer sustentação ao eu, um índice para sentimento de existência” (CICCONE, 2013, p. 208), à medida que qualquer alteração no corpo pode ter efeito de remanejamento dos investimentos no eu. A partir de um traumatismo sofrido, a autolesão pode atuar como contrainvestimento do eu; ela pode ser um meio de promover o remanejamento dos investimentos. Num outro momento, Freud (1917/2013) nos apresenta outros matizes traumáticos em relação à perda. Há diversos tipos de perda, que podem influenciar os investimentos pulsionais, uma mudança de atitude em relação a si mesmo, aos outros e a vida, tudo isso relacionado à justa medida da ausência e presença do outro

Em relação ao acontecimento traumático, de saída temos a ideia de que o modo e os efeitos como cada um vivenciará dependerá da sua história singular, ou seja, o traumático para alguém pode ser trivial para outro, e vice-versa. Além disso, Freud aponta como o trauma pode estar associado às vivências de natureza diversas — sedução, perda de um ente, dificuldades impostas pela cultura e até as vivências, das mais abrangentes, de caráter intolerável. Ou seja, tanto um histórico de abuso sexual (CORCOS & RICHARD, 2006) quanto os impasses da separação das figuras parentais (MATHA, 2010), como também as injunções culturais (NETO, 2005) podem se alocar como ponto de partida dessa sequência. Junto a isso, é necessário levar em conta a intensidade do vivido, que a depender do grau pode gerar lembranças hipertésicas, podendo então ser dissociadas por não serem descarregadas, como também estabelecer uma espécie de memória afetiva, também abrangente, mas que contém um potencial de revivescência. Tal sequência alarga a combinatória traumática em relação à autolesão. Esse ponto nos parece sobremaneira relevante, à medida que a autolesão é atrelada, muitas vezes, a uma reação cognitiva descontrolada (APA, 2014). Além disso, retomando um pouco um ponto trazido no Capítulo I, a autolesão vem favorecendo uma articulação quase patognomônica do diagnóstico de borderline e psicose, que pode enviesar para a suposição de que traumas severos e barulhentos estejam num pano de fundo.

Sintetizando, já com Freud é possível pensar numa heterogeneidade de tipos de situação traumática, assim como de destinos, efeitos e repercussão para a subjetividade, para o corpo e a ação. Operando uma inflexão para pensar o trauma relacionado com a problemática da autolesão, nos é possível afirmar que: 1) existem vários tipos de arranjos traumático que cotejam especificidades distintas de autolesão; 2) há junções traumáticas diversas em pessoas que recorrem a autolesão; 3) a depender da combinatória dos elemento traumáticos em jogo nos sujeito que se autolesionam, possivelmente diferentes

estilos subjetivos (VERZTMAN & PACHECO-FERREIRA, 2020) terão lugar, os quais podem deter familiaridade com ordenações neuróticas, psicóticas, melancólicas e limites.

Mais do que esmiuçar as nuances específicas de como a noção foi trabalhada na obra de Freud, nos interessou aqui evidenciar pontos pertinentes de articulação com a autolesão. Pretendemos nos aproximar com mais cautela do que seria se aproximar desse fator externo, elemento marcadamente importante para o efeito, o processamento e o destinos do traumático. Numa perspectiva freudiana, isso se aproxima de duas ideias de trauma, que não são iguais, mas que também não são opostas: da sedução e presença excessiva do adulto que excita a criança, como também daquela contida no desamparo, na falta desse outro parental, anteparo fundamental, que relega a criança à mercê de suas próprias excitações. Percebemos, assim, já na teoria freudiana, qualidades desse fator externo, dessa ajuda alheia, ainda que de forma muito genérica. Estamos diante de duas modalidades de interação em que o adulto cuidador pode se constituir enquanto pivô de erupção excitacional, tanto pela ausência quanto pela presença. No entanto, na obra de Freud essa qualidade vai se tornando algo mais próxima de uma realidade interna, intrapsíquica, em termos de experiência de interioridade. Sobretudo nos casos de autolesão, o interior, ele existe, tem uma dinâmica e experiência importantes; temos aí um campo de investigação já bem fecundo das possíveis experiências intrapsíquicas em questão. A autolesão tem seu estilo agenciado pela interpelação do corpo e do ato, forma da qual hesitamos em compreendê-los enquanto atos puramente destrutivos, que atentam contra a integridade de si e do outro. Tudo isso, esse interjogo, cujo destino encontra respostas ora dirigidas a si, ora dirigidas ao outro, mobiliza vários planos (narcísico, objetal, na realidade, no corpo) e coloca em primeiro plano o eixo relacional. Pôr em relevo as respostas do ambiente como sensível indicador das qualidades de interação nos questiona acerca das problemáticas de dependência. É exatamente em função disso, buscando esse outro ângulo de análise, essa relação entre trauma e intersubjetividade, relacionalidade — mesmo que a dimensão intersubjetiva esteja presente em Freud — que acreditamos que essa perspectiva vai estar mais evidenciada em autores como Ferenczi e Winnicott, que vão enfatizar suas conceituações a partir de um plano de composição mais revelador da interação com o ambiente. A proposta é recorrer a esses dois autores, que tinham uma abordagem clínica diferenciada: fizeram inovações e propostas diferentes na questão clínica e na questão teórica — ambos trabalhando com patologias graves.

“Mas eu acho que foi mais pelo fato do meu pai ser uma pessoa muito esquisita, então, eu acho que no fundo eu sempre quis tentar entender o que se passava na cabeça dele e porquê ele se comportava daquele jeito com a gente, saber o porquê. Ele parecia não amar a mim e a minha irmã. Então, eu acho que, no fundo, eu sempre tentei achar uma resposta pro que se passava na mente dela, como um pai e uma mãe poderiam ser daquele jeito com os filhos, sabe? Me sentia abandonado. Eles puniam muito a gente: batiam em mim e na minha irmã. Geralmente, falando versículos bíblicos, do tipo: na bíblia diz que tem que se corrigir o filho com a vara. Então, ela literalmente pegava um galho de uma árvore para bater, porque estava escrito que era para bater. Então, assim, o dia mais leve, o castigo mais leve para a gente, era ficar ajoelhado no milho. Eu me sentia um obstáculo para a minha mãe, como se eu impossibilitasse ela de algo, então, eu me sentia sempre um obstáculo, um empecilho. Hoje sinto que tenho que ser punido, quando saí da casa deles e algo na vida dava errado, eu mesmo me batia”.

II.3 O ramo ferenciano: o fato vivido e seus efeitos

Visando estreitar a compreensão quanto às modalidades de trauma que podem estar subjacentes à autolesão, sobretudo na interface entre sujeito e alteridade, iremos recorrer a Ferenczi, que deu valor às repercussões subjetivas do fator traumático não apenas no que tange aos aspectos de realidade psíquica, como também à realidade material. Visto que apesar de apontar os ganhos de se pensar a questão traumática articulada a fantasia, esta não poderia ser algo que vem a descreditar a realidade fática, podendo trazer um risco de não se abordar “de maneira suficiente a origem exterior” (FERENCZI, 1932/2011, p. 111), do trauma. Vamos buscar interrogar esta modalidade de mal-estar que coloca em cena, na relação com o outro, um olhar de reprovação, de dominação e até de posse do espaço subjetivo que leva a reorganizações fragmentárias em que o corpo é solicitado de forma mais insistente. Discutiremos a autolesão, inserida numa gramática em que o ambiente se coloca de forma ausente ou coercitiva, quadro que pode solicitar uma lógica diversa do recalçamento e remeter aos modos silenciosos e virulentos da ação da clivagem. Por sua vez, por meio da teorização de Ferenczi sobre autotomia, alucinação negativa e identificação com agressor, será possível abordar a autolesão de uma perspectiva mais insidiosa, que vai culminar em modos de tratamento frente ao traumático, de maneira paradoxal, muito remetida ao âmbito relacional, em que

o corpo tem relevo. Para tal cabe uma apresentação, em linhas gerais, do modo como o autor (re)arranja o traumático.

III.3.1 O relacional em foco no trauma

Segundo Pinheiro (2016), o trauma em Ferenczi se produz mediante a incidência de um acontecimento capaz de mobilizar todo o aparato psíquico. Podemos delinear o trauma em duas vertentes, seguindo as indicações ferenczianas: a primeira delas atende pela característica de ser estruturante⁷⁹, referindo-se a experiências que preconizam mudanças no aparelho psíquico⁸⁰; na segunda vertente, encontra-se o potencial desestruturante do trauma que, ao contrário de fomentar a organização psíquica, a colapsa. Para Ferenczi, é duvidoso que o nascimento assumisse o valor de um trauma; pelo contrário, deve ser considerado como um triunfo da vida. Nesse sentido, ele afirma que “outros traumatismos reais têm efeitos mais difíceis de eliminar: não são da ordem fisiológica, mas dizem respeito ao ingresso da criança na sociedade de seus semelhantes e, quanto a isso, o instinto dos pais parece com frequência falhar” (FERENCZI, 1928/2011, p. 5). É nesse enquadramento de interação com ambiente — familiar, social — que toda uma constelação de situações pode assumir a valência traumática, como por exemplo o “trauma do desmame, do treinamento de asseio pessoal, da supressão de maus hábitos e, finalmente, o mais importante, a passagem da criança a vida adulta” (FERENCZI, 1928/2011, p. 5). Há aqui a indicação sutil da incidência do trauma no corpo; além disso, pensar o trauma em termos estruturantes não quer dizer aproximá-lo da ideia de algo simples ou indolor. Alguns traumas são não apenas inevitáveis, como também necessários à ordenação psíquica. O trauma em sua vertente estruturante, para Ferenczi, pode se configurar como uma espécie de imunização. Refere-se aos processos que se dão durante o desenvolvimento do sujeito, mediante os cuidados proferidos pelo ambiente. A este propósito ele nos lembra:

(...) A “força vital” que resiste às dificuldades da vida não é, portanto, muito forte no nascimento; segundo parece, ela só se reforça após imunização progressiva contra os atentados físicos

⁷⁹ Para Câmara e Herzog (2018), os traumas de forma geral, para Ferenczi, assim como as catástrofes filogenéticas, são rupturas, ou seja, elas instauram descontinuidades e abismos onde antes era um fluxo, gerando novas formas de existência.

⁸⁰ Ferenczi(1924) positiva a vertente estruturante do trauma como parte de uma herança filogenética.

e psíquicos, por meio de um tratamento e uma educação conduzidas com tato. (FERENCZI,1929/2011, p. 59)

Pensando no termo “imunização”, chegamos à torção operada por Ferenczi em relação à relevância desse ponto: a força vital, isso que o bebê já traz consigo, necessita da interação com outro para se robustecer. A partir da imagem de imunização, que objetiva, *grosso modo*, se opor às dificuldades da vida, só é possível através do contato progressivo, conduzido com tato. Podemos pensar também aqui no aspecto contínuo, permanente e processual dessa interação. Ou seja, a partir do encontro com esse meio, imprescindível, o bebê vai sendo capaz de construir seus recursos e defesas para lidar com os atentados e dificuldade impostos pela vida. Mas essa “imunização” pode encontrar resistência de muitos ângulos, como nos casos em que crianças não são desejadas pelo seu meio, ou que não dispõem de um objeto mediador, indisponível a se afinar as suas necessidades — essas crianças ficariam mais à mercê do mundo externo. Nesse sentido, podemos pensar que a dimensão do trauma enquanto excesso de excitação só vai ser vivida como algo que invade e transborda enquanto não houver ressonância desse encontro do *infante* com aqueles que o cercam.

Nessa perspectiva, Ferenczi coloca em destaque o aspecto relacional, atentando para a ligação pueril do recém-nascido com a vida: “o bebê, ao invés do adulto, ainda se encontra mais perto do não-ser individual” (FERENCZI,1929/2011, p. 58). Portanto, desloca o acentuado interesse da psicanálise ao estatuto de desamparo infantil diante de sua própria magnitude pulsional. No entanto, os aspectos pulsionais não foram negligenciados. Como observam Herzog e Pacheco-Ferreira, “a teoria do trauma passa de considerações predominantemente quantitativas a considerações qualitativas, subordinadas às relações intersubjetivas em questão” (HERZOG & PACHECO-FERREIRA 2015). Por conseguinte, Ferenczi (1926) vai pensar que, sobretudo nos primórdios, o frágil organismo sucumbiria ao estado inorgânico, caso o ambiente não fosse capaz de prover suas necessidades básicas, ao passo que num momento precoce “encontram-se ainda tão próximos do ponto de emergência para fora do inorgânico que sua pulsão de destruição tem muito menos caminho a percorrer para a ele retornar e mostra-se, portanto, muito mais eficaz.(...)” (FERENCZI, 1926/2011, p. 400).

III.3.1.2 O não reconhecimento da vulnerabilidade infantil: Acidente interacional

Ferenczi (1931/2011) nota que os “pacientes difíceis” apresentam algumas características em comum: a existência de eventos traumáticos reais em momentos precoces, nem sempre de cunho sexual, mas que portavam efeitos difíceis de eliminar. Para o psicanalista húngaro, esses efeitos de difícil dissolução eram fruto da desarmonia do par ambiente-bebê, já que “as forças intrapsíquicas apenas representam o conflito que se desenrolou na origem entre o indivíduo e o mundo externo” (FERENCZI 1931/2011, p. 77). Propõe assim uma articulação da experiência pulsional do sujeito individual a uma visão — nada cartesiana — de uma indiscernibilidade entre bebê e ambiente, o entorno que o acolhe. Em *A adaptação da família à criança* (1927), evidencia essa mudança conceitual, no sentido do uso atribuído ao termo adaptação. Como sugere Kupermann (2017), se até então a ênfase psicanalítica era dada à perspectiva de que o bebê era quem deveria se adaptar ao meio, Ferenczi (1927/2011) opera um deslocamento ao enfatizar que o ambiente também precisaria se adaptar àquele que chega, provendo um acolhimento de forma ativa. Ademais, os humanos são apenas uma fração do ambiente, aqueles que possuem um traço distintivo do todo: “o homem é o único ser vivo que mente. Eis o que torna difícil para a criança a adaptação a essa parte do meio ambiente” (FERENCZI, 1927/2011, p. 11-12).

O esquema dos dois grandes grupos não esgota as suas conceituações acerca do trauma, nem mesmo simplifica a tarefa impossível de tentar, *a priori*, encontrar uma situação traumática, uma natureza *per se*. Ferenczi (1931) simplesmente nos contempla com outro ângulo, que não só traz novos elementos a serem tematizados, como complexifica a discussão. Pensando à luz de situações que habitualmente poderiam ser estruturantes, que, no entanto, podem assumir o adjetivo desestruturante devido a possibilidade de transcorrerem de forma tão intensa e repetitiva, a ponto de levar o eu a colapsar. Nesse pensamento, Ferenczi (1921/2011) nota “como pais e adultos podem, de fato, ir muito longe em sua paixão erótica pelas crianças” (p. 73). Nessa relação, os adultos são propensos a infligir à criança com punições e ameaças graves, como no caso de educações conduzidas em demasia repressão⁸¹, que abalam e perturbam a

⁸¹ Ferenczi já havia comentado, em um de seus artigos iniciais — “Transferência e introjeção”, de 1909 —, sobre os complexos parentais e sua relevância no desenvolvimento psíquico da criança. Ao observar que a tendência para ser hipnotizada vinha do despertar dos afetos de amor ou do temor que a criança sentia por seus pais, percebe que a obediência espontânea da criança teria um limite variável em cada indivíduo, e

subjetividade da criança, à medida que “causam nela o efeito de um choque violento e são para elas inteiramente incompreensíveis” (FERENCZI, 1931/2011, p.73). Para Sabourin (1988), crianças educadas demais seriam produto de uma repressão traumática, cujos efeitos posteriores podem ser dramáticos — como, por exemplo, ter comprometimentos no fantasiar. Nesse sentido, Canavêz (2013) tem como proposição compreendermos os diferentes tipos de trauma — estruturante e desestruturante — como movimentos, ou seja, como um permanente jogo de forças em que o atributo da “estruturação” não se revela tão apartado do da “desestruturação”. Partindo desse princípio, evita-se uma concepção de psiquismo em que se privilegia a prerrogativa de um modelo de estrutura rígida.

Retomando o trauma de forma ampla, Ferenczi pressupõe a intervenção de um fator exógeno que exige uma reconfiguração do aparato psíquico (PINHEIRO, 2016); este rearranjo pode adquirir valência estruturante ou desestruturante. Mas há uma radicalização em Ferenczi (1931), em relação aos destinos possíveis de rearranjo psíquico, visto que “tem-se mesmo a impressão de que esses choques graves são superados, sem amnésia nem sequelas neuróticas, se a mãe estivesse presente, com toda sua compreensão, sua ternura e, o que é mais raro, uma total sinceridade” (FERENCZI, 1931/2011, p. 91). No *Diário clínico*, Ferenczi (1932) vai estreitar o laço entre o trauma e as respostas ambientais, ou seja, em como o ambiente consegue remediar ou não, situações que acometem as crianças; além disso, vai pensar nos desdobramentos que podem vir a ocorrer quando não há contrainvestimento — que, nos momentos iniciais, recai mais sobre as figuras dos cuidadores. Afirma sobre essas condições que “o trauma propriamente dito das crianças é vivenciado em situações em que não há a preocupação de lhe dar remédio imediato e em que uma adaptação, ou seja, uma mudança no próprio comportamento delas lhes é imposta” (FERENCZI, 1932/1990, p. 105). Nessa lógica, a capacidade de metabolização, amortecimento e dissolução do efeito traumático vai estar intimamente articulada às potencialidades e qualidades do ambiente em respondê-las. É esse jogo intersubjetivo que corrobora com as modulações e desdobramentos do

“quando esse limite é transposto pelas exigências dos pais, quando a pílula amarga da coerção não está envolta na doçura do amor, a criança retira prematuramente sua libido dos pais, o que pode levar a uma perturbação brutal do desenvolvimento psíquico” (FERENCZI 1909/2011, p. 101). A pertinência da vinculação entre realidade interna e externa é reafirmada aqui, o que leva o autor a romper com a dicotomia interno-externo, ao imbricar que a realidade não é dada *a priori*, mas, como sempre, construída pelo sujeito na interação com o ambiente.

traumático. Como consequência, podemos pensar também em termos de trauma desestruturante. Como vimos, nesse eixo relacional, há duas particularidades da figura parental (abandono e intrusão), e ambos podem não só conduzir a um comprometimento dos recursos internos propriamente ditos, mas também ter repercussão para a o sujeito como um todo já que, “se o trauma afeta o psiquismo ou o corpo sem preparação, ou seja, sem contrainvestimento, então age sobre o corpo e o espírito de um modo destrutivo” (FERECZI, 1932/1990, p. 105).

Ferenczi (1932/2011) vai organizar a sua teoria do trauma a partir de um mito, na ideia de uma confusão de línguas, que, de maneira brusca, atestaria para o efeito violento da assimetria entre adultos e crianças⁸². O modelo prototípico sobre essa violência é o abuso sexual⁸³. No que tange a esse aspecto, Verztman (2002) observa que a fórmula de Ferenczi é mais abrangente do que parece à primeira vista, servindo para cenas que a violência sexual não abarca, mas seus constituintes se mantêm. Resumidamente, num primeiro tempo, a criança vê-se psiquicamente violada por um conjunto de experiências em que não consegue encontrar sentido; temos aí a experiência do choque que, por falta de contra investimento, paralisa-a. Num segundo tempo, essa paralisia demanda um trabalho de ligação e acionando medidas defensivas. E então, num terceiro tempo, a criança busca um outro adulto que não o agressor para narrar o que lhe aconteceu, com o objetivo de compreender essa experiência. Essa é uma tentativa de sair da confusão em que se encontra, na qual as línguas se misturaram e se confundiram; uma tentativa, enfim, de encontrar algum posicionamento possível frente a esse investimento passional do adulto. O que acontece com bastante frequência é uma completa recusa inesperada. O adulto se comporta como se ele não soubesse nada sobre a anterior excitação ou rejeição; na verdade, ele age como se nada tivesse acontecido. Enfim, descredita a criança de sua própria experiência, relegando esta ao não registro do acontecido. O que a criança passou e o que sofreu são negados; a sua necessidade de compreender é barrada; dizer qualquer palavra sobre o acontecimento é proibido. O descrédito lança a criança ao desamparo, ou melhor, no desalento⁸⁴. Para Reis & Mendonça (2018), a falta de uma rede que compõe

⁸² Balint (1969), Reis (1991), Pinheiro (1995), Câmara (2012) e Del Molin (2016) organizam de forma precisa e elucidativa os tempos do trauma ferencziano.

⁸³ Avello (2006) nos esclarece que, nos casos de abuso sexual, o traumatismo não se exerce sobre uma criança assexuada; é a busca da própria criança que a torna vulnerável aos traumas. Eles atingem a criança em seu período edípico, movida por sua libido — uma libido terna que o adulto agressor toma por uma libido adulta (AVELLO, 2006, p. 124).

⁸⁴ Segundo Birman (2014), o desalento se configura quando o sujeito, atado na dolorida posição solipsista, não pode fazer qualquer apelo ao outro.

um campo de afetação intersubjetivo leva à precariedade de intrincamento entre a intensidade do corpo do bebê e de quem cuida dele, o que torna custoso para que as excitações pulsionais encontrem outros destinos que não as descargas diretas, cuja manifestação pode se dar em termos de ação destrutiva contra si mesmo, tal como nos casos de autolesão.

Para que o trauma se efetive não é necessário que este terceiro emita sentenças específicas a respeito da criança, “basta que não a encare como uma pessoa com necessidades próprias” (VERZTMAN, 2002, p. 69). A incidência do funcionamento passional do adulto, cujo efeito pode propiciar a emergência de um estado confusional na criança — a qual não está preparada, o que incrementa o elemento surpresa —, pode levar a transformações subjetivas momentâneas ou duradouras. Para Ferenczi (1932/1990), frente a um choque arrasador, primeiro se busca modificar o ambiente, diante da conscientização de que não há recursos — “não se dispõe de nenhuma arma” (p. 223) — para fazer frente à virulência, então “se chega a uma submissão sem condições, até mesmo a identificação com agressor” (p. 222). Neste estado de coisas, a sua saída será encontrar alguma maneira de se defender e de continuar sobrevivendo. A partir desse corolário, somos convocados a refletir sobre o fracasso dos recursos menos dispendiosos para o aparato anímico, o que pode implicar o acionamento de defesas de ordem arcaica, como tentativas extremas de manutenção da vida. De que forma a autolesão dialoga com essa lógica?

III.3.1.3 O vínculo frágil com a vida

Os efeitos do trauma, os quais atuam de modo destrutivo no corpo e na alma do adulto, seriam indícios para Ferenczi de que, quando “crianças registraram bem os sinais conscientes e inconscientes de aversão ou de impaciência da mãe, e que sua vontade de viver viu-se desde então quebrada” (FERENCZI, 1929/2011, p. 57). No testemunho do rapaz que se autolesiona, do Reddít, tal faceta é expressa: “*ainda tenho dificuldade de justificar a vida*”. No que concerne a esse vínculo frágil com a vida, Ferenczi (1929) parece atentar-se para a composição e efeitos do campo de afetação, na relação ambiente-bebê, em que as modulações afetivas do bebê são muito sensíveis às do ambiente. Para Ferenczi (1929), a não adaptação da família à criança, bem com a omissão de responsividade do ambiente, podem trazer efeitos dos mais diversos, mas que parecem

ganhar expressão na vida — se escampam ao destino da morte — uma postura pessimista, cética e desconfiante postura frente à vida. Tal aspecto tem um peso importante em relação à continuidade de existência, visto que “os menores acontecimentos, no decorrer da vida posterior, eram bastante para suscitar nelas a vontade de morrer, mesmo que fosse compensada por uma forte tensão da vontade” (FERENCZI, 1929/2011, p. 57).

Nesse sentido, os sujeitos que apresentariam um vínculo frágil com a vida eram considerados para algumas vertentes da época como pacientes que sofreriam de uma fraqueza congênita de sua capacidade para viver; contudo, para Ferenczi, este suposto “caráter congênito da tendência mórbida é simulado, em virtude da precocidade do trauma” (FERENCZI, 1929/2011, p. 50). Tais sujeitos não entendem o motivo de não serem desejados e tentam encontrar, desde muito cedo, explicações para a rudeza dos que o circundam, ademais “a retirada do amor conduz inegavelmente a sentimentos de abandono” (FERENCZI, 1932/2011, p. 238). Tal imagem fica clara na passagem: “*no fundo eu sempre quis tentar entender o que se passava na cabeça dele e porquê ele se comportava daquele jeito com a gente, saber o porquê. Eles pareciam não amar a mim e minha irmã*”. Além disso, o autor percebe que, sob tais circunstâncias, o sujeito pode ter como consequência uma tendência ao adoecimento juntamente com uma hipersensibilidade ao sofrimento. Isto posto, para Ferenczi, a relação entre o mundo infantil e o mundo adulto é marcada por continuidades e descontinuidades. O adulto é aquele que tanto pode sustentar e prover as necessidades do *infante*, como demandar, por falta de “tato”, exigências impossíveis a criança. Da mesma forma, a relação estabelecida entre esses mundos pode tanto prover apaziguamento das excitações infantis, quanto ser fonte dos mais disjuntivos “terrorismos do sofrimento” (FERENCZI, 1933/2011, p. 215). Vale pontuar que Ferenczi (1933/2011) ilumina a compreensão dessa dimensão — paradoxalmente — sutil e devastadora do trauma, na qual não há uma violência explícita, uma situação clara e flagrante, como nos casos de crianças que são levadas a solucionar uma série de conflitos familiares sozinha. Tal dimensão “exige da criança um grau de heroísmo de que ela ainda não é capaz” (FERENCZI, 1934/1992, p. 111), isto porque almejam desfrutar “de novo a paz desaparecida e a ternura que daí decorre” (FERENCZI, 1933/2011 p. 215). A submissão pode ser uma saída menos desprazerosa frente à necessidade do objeto, mas tal rendição pode exigir da subjetividade um custo alto — nas palavras de Green (1974/2017), delirar ou morrer. O ponto crucial, independente da conjectura em que o trauma se dá, reside nas situações em que há o descrédito, isto é,

quando adultos acabam por não “levar em conta os interesses próprios da criança” (FERENCZI, 1933/2011, p.215). Para Gondar (2012), neste ponto, ele sugere que o desmentido, antes mesmo de menosprezar o sofrimento de uma criança, desconsidera a sua vulnerabilidade, que precisaria ser protegida dos atos de violência física e psíquica para que o sofrimento não ocorra.

Com Ferenczi, há a possibilidade de cotejar a autolesão a partir de modalidades de traumatismo provenientes de descontinuidades ambientais, que podem levar a experiências de sofrimento terríveis, podendo lançar o sujeito em um estado de vulnerabilidade, de vínculo frágil com a vida. Uma das consequências disso se dá em termos da continuidade de viver, que pode ficar comprometida, imputando ao ser uma hipersensibilidade ao sofrimento de modo que a suportabilidade de tensões, desprazer, frustrações se torna muito constrangida. Nesse pensamento, para Corcos (2016), em situações mais arcaicas, machucar-se ou bater em si mesmo indicam a busca por algo consistente: a possibilidade de agarrar-se em alguma coisa.

II.3.1.4 Qualidades interacionais e atmosfera traumática

Ferenczi (1913/2011) nos apresenta dois modos de submetimento, pelo qual o mundo externo se impõe à criança, expressos através da transmissão de ensinamentos dos pais. Para Ferenczi (1913/2011), a maneira como se constrói a relação com os pais vai determinar os modos de receptividade às formas de influência. De um lado, a hipnose materna por insinuação ou sedução, arcada pela doçura; e outro mais marcadamente impositivo, que age por intimidação e medo, nomeado de hipnose paterna. Segundo Reis (1991), estes papéis não estão ligados diretamente à figura do pai e da mãe, mas sim a estratégias de relação, que podem ser adotadas na interação com o infante. Nesse modo de interação é justamente onde pode habitar toda uma série de transformações na pré-história individual de cada um, em que devemos considerar não só atos, mas gestos, provocações e falas⁸⁵ como portadores de uma faculdade disfuncional e prejudicial à criança; e que, ao tomar formas excessivas, pode comprometer “a sua capacidade de agir com independência” (FERENCZI, 1913/2011, p. 17). Em relação às respostas dadas à criança, de ordem excessiva e virulenta, Sabourin (1998) vai pensar numa gama de vias pelas quais a passionalidade do adulto pode se expressar, desde palavras mentirosas e

⁸⁵ Para Sabourin (1998), a palavra sobretudo quando pensada em termos de ameaça, se traduz como uma linguagem passional e violenta.

delirantes, como sua falta, distorção da realidade elementar, bem como a sedução, em seu sentido concreto ou figurado — “violência, estupro, violação do espaço psíquico” (SABOURIN, 1988, p. 128).

Ferenczi (1932/1990) pensa que, a partir das figuras da “interdição e a vontade de interdizer do pai, a surdez e a cegueira da mãe” (p. 223), se estabelece condições próprias para fissurar o psiquismo: “a solidão traumática” (p. 223). Para Ferenczi, a solidão só é suportável se não há abandono; isto é, o insuportável da solidão é quando assume uma nuance “total e absoluta, onde não existe sequer a esperança de ser compreendido ou ajudado pelo mundo exterior” (FERENCZI, 1932/1990, p. 239). Ao longo do diário clínico, inúmeras passagens compõem a imagem; o amparo, o reconhecimento e o socorro funcionariam como contrainvestimento, de forma a dar condições de o infante se recuperar.

“Mesmo depois de um trauma arrasador, de tal sorte que as forças próprias da pessoa abalada, não perturbadas por tarefas exteriores de precaução ou de defesa, podem ser consagradas, sem se dispersar, à tarefa interior de reparação das perturbações funcionais causadas pela penetração inesperada” (FERENCZI, 1932/1990, p. 104). Ou seja, nesse estado de solidão traumática, o que resta ao ser que fica só é ajudar-se a si mesmo; “e, para esse efeito, clivar-se naquele que ajuda e naquele que é ajudado” (Ferenczi, 1932/1990, p. 223). Nesse sentido, para se chegar a essa combinatória, o ambiente como um todo parece ter de se colocar numa postura para além da passionalidade. Tal como proposto por Vertzman (2002), o ambiente traumatogênico se constitui, muitas vezes, enquanto portador de uma linguagem da indiferença. Segundo Roussillon (1999), a única maneira de sair dessa situação seria de forma paradoxal. A clivagem descrita por Ferenczi é uma maneira encontrada para sobreviver, na qual o sujeito se retira da experiência traumática primária (ROUSSILLON, 1999), de modo que tal situação é clivada de sua subjetividade. O paradoxo, para Roussillon (1999), é que a clivagem, ao mesmo tempo em que assegura sobrevivência psíquica, por meio da desvinculação do ocorrido da vida subjetiva, engendra uma perda de si, fazendo com que o sujeito se descentralize, se desloque de sua própria experiência subjetiva.

Se, após o acontecimento da primeira parte do nosso cenário, não houver o descrédito, o evento, ainda que possa ser considerado traumático, já não mais será

desestruturante, visto que a “confusão traumática⁸⁶ sobrevém, na maioria das vezes, em consequência da agressão e da reação serem desmentidas pelos adultos” (FERENCZI, 1932/1990, p. 223-224). Isto se dá porque o processo da inscrição psíquica e aquisição de sentido não é impedido pelo movimento de descrédito. Os eventos traumáticos que podem de alguma forma ser introjetados com a participação do outro são metabolizados no psiquismo do sujeito, podendo participar de sua estruturação, prescindindo do recurso a clivagem. Acreditamos que este modelo não é uma simples confirmação ou um retorno absoluto à teoria da sedução proposta por Freud antes do estabelecimento da primeira tópica. O que a teoria do descrédito põe em xeque não é apenas a possibilidade da sedução de uma criança perpetrada por um adulto, mas a constatação de que abusos dos mais variados acontecem e muito; e também que a relação objetal e ambiental, por algum motivo, falhou, e pode continuar a falhar⁸⁷ de maneira catastrófica⁸⁸. Até aqui vimos um axioma complexo de matizes traumáticos, o que mostra a tarefa árdua e inescapável com que os clínicos têm de se haver, visto a necessidade, tal como marcada por Balint (1969), de lidar com o problema de diferenciar as experiências desagradáveis, em geral, de traumas, em particular, e de respostas diferenciadas à ameaça de trauma das reações ao próprio trauma. E nós devemos distinguir entre traumas reativados e aqueles experimentados de novo. Nesse sentido, acreditamos ser necessário começarmos a nuançar a compreensão do fenômeno autolesivo, sobretudo com relação às vicissitudes da clivagem.

II.3.2 Repercussões na subjetividade da criança

“quando eu me bato é na frente do espelho, a única lesão que faço na frente do espelho, acho que encarno meu pai, falo até mesmo como se fosse ele, ele falando para aquele rapaz que aparece no espelho”.

Tudo isso, nos leva a colocar em termos o que se passa da perspectiva de quem sofre o trauma, em como a criança lida com essa violenta passionalidade e quais destinos dará a isso. Ferenczi (1932), muito balizado pela sua experiência clínica com adultos

⁸⁶ De acordo com Green (1976/2017), não se pode falar em clivagem sem se remeter ao seu termo complementar, a confusão.

⁸⁷ Ferenczi (1932) vai falar também do efeito iatrogênico da terapia, em termos de repetição do contexto traumático.

⁸⁸ Já que nem outras figuras de importância familiar, nem instituições foram capazes de cumprir um papel de anteparo e cuidado, que auxiliasse o indivíduo a se apropriar do ocorrido.

traumatizados, vai perceber que as reações têm um caráter mais autoplástico (que modifica o eu) do que aloplástico (que modifica a excitação). Assim, o trauma leva a uma neoformação do eu, que tem como pressuposto para sua transformação “uma prévia destruição parcial ou total” (FERENCZI, 1932, p. 227). A imagem que se cria é a de uma subjetividade que renuncia o quanto for necessário de si para a própria sobrevivência. Como já vimos, uma das vicissitudes dessa modificação no eu pode ter como efeito uma adaptação forçada ao ambiente, exaurindo a sua espontaneidade que pode dar a sensação, inclusive, de tornar-se um ser autômato, com uma vida subjetiva no mínimo confusa em termos de afetividade e vontade (volição) — que, enfim, “obedece mecanicamente” (FERENCZI, 1933/1992, p. 103) ao outro. Olharemos mais detidamente esse aspecto: o que acontece após a confusão de línguas, ao descrédito e ao choque com a criança? Para descrever esse processo de traumatogênese, nos parece pertinente também uma breve incursão nas ideias precursoras dos modos de defesa extremos, antevista pela noção de autotomia, que nos interessa sobremaneira por sua familiaridade com a autolesão.

II.3.2.1 Paradoxo da autotomia: o psicossoma nos estados de exceção e as defesas radicais

“as vezes não sei quando eu to sonhando, quando to acordado, se é real ou não é real. Na hora eu nem sinto dor, a pressão que eu sinto vai suavizando se me queimo, parece que de alguma forma a mente da uma acalmada. O principal é o alívio, e depois eu fico cuidando, me cuidando.”

Para Ferenczi (1930/2011, p. 282) “o efeito imediato de um traumatismo que não possa ser superado é a fragmentação”⁸⁹. Os processos de fragmentação e de cisão, como pensados por Ferenczi, parecem seguir as inspirações da zoologia quanto à ideia de “autotomia”. A autotomia, lembremos, é um recurso — um modo de reação — observado em alguns seres vivos a partir do qual, mediante uma ameaça, intenso terror, uma irritação virulenta que de algum modo o façam sofrer, uma parte do corpo é despreendida, ou seja, “deixa cair, literalmente, por meio de movimentos musculares específicos” (FERENCZI, 1924/2011, p. 301). Neste ponto, podemos pensar algumas utilidades e serventias da autolesão, sobretudo com relação aos efeitos sobre o sofrimento e a dor. Ferenczi

⁸⁹ A esse respeito, Ferenczi (1930/2011) se questiona se a fragmentação é somente consequência do choque, ou ela mesma já é uma forma de defesa.

(1930/2011) vai traçar quatro vantagens entrevistas na existência fragmentária, que podemos estender à autolesão: 1) a criação de superfícies de contato maiores a partir da fragmentação, o que possibilita movimentos de descarga afetiva aumentada; 2) dissolve o sofrimento, à medida que “(...) faz desaparecer o sofrimento simultâneo de um desprazer de múltiplas faces. Cada fragmento sofre por si mesmo; a unificação insuportável de todas as qualidades e quantidades de sofrimento é eliminada” (FERENCZI, 1930/2011, p. 282)⁹⁰; 3) na perda de coesão, de integração das partes, “leva a uma adaptação maior a dor”, que torna uma “modificação da forma possível” (FERENCZI, 1930/2011, p. 282). Em relação a isso, é perceptível também uma série de mudanças à nível dos órgãos os quais “reduzem suas funções ao extremo” (FERENCZI, 1934/2011, p. 125). Eis então onde nos reaproximamos da autolesão de outra forma, a partir dos ganhos que a ideia de seccionar, fragmentar nos fornece. Porquanto, o trauma físico operado pela ferida dolorosa vem como uma forma de dissolver o sofrimento, ao expulsá-lo, descarregá-lo. Além disso, articulada aos efeitos da clivagem há uma dissociação dos trilhamentos dos órgãos, de modo que a possível sensação de dor que os atos podem trazer pode ser atenuada. Conforme assinalado por Demantova (2017), o recurso à sensorialidade neutraliza o excesso da ferida e tenta dar um contorno a um eu arrombado.

Em relação às vantagens da fragmentação, podemos sintetizar, tal como Câmara & Canavês (2020), que se trataria, na autotomia e na autolesão, de uma morte parcial a fim de evitar uma morte total. De acordo com essa lógica, a noção de autotomia parece se adequar à ideia de autolesão enquanto uma via de lidar com sofrimento oriundo de uma intercorrência traumática. A esse respeito, a ideia de defesa paradoxal se torna mais clara, à medida que se ataca uma parte de si para preservar o “funcionamento global, ou seja, a vida” (FERENCZI, 1932, p. 105). Deste modo, a autolesão se firma como um freio ao risco da desorganização e da perda dos limites (Dargent & Matha, 2011); nessa conformidade, renunciando aos fragmentos da pele, dos tecidos do corpo, tem-se um desfecho vitorioso, embora com pesadas perdas (FERENCZI, 1930/1992).

Para além disso, o autor vai pensar a autotomia enquanto uma tendência em todos os organismos, e que incide primeiramente no âmbito propriamente psíquico, causando

⁹⁰ Com relação a este aspecto, Ferenczi (1921/2011), ao pensar nos diferentes modos para afastar o sofrimento, vai articular a autotomia com a ideia freudiana de retorno sobre a própria pessoa, que reúne manifestações desde o coçar e raspar a epiderme, até a “tendência dos catatônicos para automutilação” (FERENCZI, 1921/2011, p. 99).

“desorientação” (FERENCZI, 1930/2011, p. 127). Ferenczi se utiliza também da noção de autotomia representando o “modelo biológico do recalçamento, ou seja, essencialmente, a fuga psíquica diante de sentimentos demasiados intensos” (FERENCZI, 1924/2011, p. 301)⁹¹. Em relação a isso, Avello (2006) percebe, nas produções posteriores, que a autotomia se aproximou de outros fenômenos de qualidade específica, atuando sobre o próprio eu de maneira vertical; contraponto ao modo de ação do recalque, que atuaria diferentemente de forma horizontalizada derivado do conflito neurótico, que manteria afastadas instâncias diversas do psiquismo. De maneira similar, Roussillon (1999) afirma que a clivagem é uma defesa que opera uma retirada da impressão traumática da subjetividade, e não apenas subtração da representação ou repressão do afeto, tal como o recalque⁹².

Em qual estado está a criança traumatizada? Ferenczi pensa a consequência imediata de vários ângulos, mas que se concentram na ideia de comoção psíquica (FERENCZI, 1930/2011, p. 127; FERENCZI, 1930/1990, p. 227). A comoção psíquica tem como pressuposto a experiência da criança de ter “um sentimento de estar segura de si, no qual, em consequência dos eventos, a pessoa sentiu-se decepcionada” (FERENCZI, 1934/2011, p. 126). Por consequência, a subtaneidade da vivência traz à baila o estado de medo, solidão, angústia, agonia insuportável, sensação de morte física e psíquica, uma variabilidade de ações e sensações psicossomáticas. Em relação a este último aspecto, podem ocorrer desde paralisias — uma ausência de reação corporal —, até manifestações somáticas como tremores, câimbras, sensação de desmaio e enrijecimento do corpo. As modificações corporais e psíquicas são a expressão da agonia física e psíquica, “que acarreta uma dor incompreensível e insuportável” (FERENCZI, 1931/2011, p. 90). Para dar conta disso tudo, é necessário recorrer a estados de exceção, diligências-limite, extremas, que virão fazer face ao ocorrido na tentativa de liquidar os afetos de terror e agonia. Há aqui uma ligação explícita com o fenômeno da autolesão, que se enquadra no repertório de soluções buscados para dar conta tanto dos afetos de terror suscitados, como do sofrimento. A autodestruição, pode ser pensada pela via da autolesão como dispositivo de urgência; enquanto o entorno não aparece, a esperança de ser resgatado parece fora de

⁹¹ Para Ferenczi (1921), há aqui uma articulação entre esse modo de reação de defesa e o sadismo, e entre a autodestruição e o masoquismo. Nesse sentido, afirma que “a autotomia seria um protótipo arcaico do componente pulsional masoquista” (FERENCZI, 1921/2011, p. 99). Mais adiante iremos pensar a questão do masoquismo.

⁹² Para Roussillon (1999), o aspecto paradoxal dessa defesa extrema é que o ego está separado de uma experiência que é experimentada e, ao mesmo tempo, não constituída como uma experiência do ego.

questão. A primeira finalidade da autolesão seria no âmbito da busca de uma saída, visto que, conforme o desprazer avoluma, ele exige válvula de escape (FERENCZI, 1931/2011, p. 127). Ferenczi (1934/2011) afirma que “uma comoção pode ser puramente física, puramente moral ou então física e moral. A comoção física é sempre também psíquica; a comoção psíquica pode, sem nenhuma interferência física, engendrar o choque” (p. 110). Há aqui todo um campo de possibilidade entre a autolesão e as alterações dos estados de pensamento, dos estados de consciência; isto porque um trauma, seja físico ou psíquico, pode trazer a experiência de choque que é capaz de produzir uma desorientação psíquica.

Assim sendo, independentemente do roteiro que se segue, o que acontece após a experiência traumática produz um choque, que desencadeia uma comoção psicofísica, a desorientação psíquica e corporal, culminando nas tentativas do eu de reagir a ela. A traumatogênese não é como o trauma se produz; ela é um termo específico utilizado por Ferenczi (1931/2011) para descrever as alterações psicossomáticas, sobretudo autoplasticas na criança, no que tange a esse momento após o trauma. Nesse sentido, Ferenczi (1931/2011) afirma que, “em primeiro lugar, a paralisia completa de toda espontaneidade, logo de todo trabalho de pensamento, inclusive estados semelhantes aos estados de choque, ou mesmo de coma, no domínio físico, e, depois a instauração de uma situação nova — deslocada — de equilíbrio” (p. 90).

Nesse sentido, para Pinheiro (1995), o estado de choque que caracteriza a comoção psíquica se interpõe entre o acontecimento do trauma e o reencontro do equilíbrio psíquico ou do estado de ternura procurado — nesse sentido funciona como um tampão entre esses dois momentos. Tal transformação é desencadeada por um sofrimento extremo, oriundo dos desdobramentos do estímulo externo, e seu objetivo é o de se livrar dele, para que ele possa então ser apagado, negado, sendo evadido-se e tendo a sua percepção minimizada. A comoção é também o tempo em que o sujeito lança mão não só de defesas radicais, mas também de um uso intensivo, um agravamento, a fim de levar a cabo seu plano de reorganização do ego e assegurar o equilíbrio anterior. Ferenczi (1931/2011) percebe nesses casos a perda do prazer de viver, o sentimento de abandono, e o direcionamento da agressão contra si mesmo; “isso chega às vezes tão longe que o paciente chega a sentir que fosse perder os sentidos e morrer” (p. 90). Para Corcos (2016), em situações extremas de autolesão, onde os limites entre preservação e destruição ficam mais embaçados e a questão da morte está colocada, pode-se ir longe na dor a fim de conseguir experimentar o corpo como próprio. Por conseguinte, dirigir a agressão contra si, tal como na autolesão, aponta para outra finalidade que pode estar a serviço de uma

tentativa de reassuramento do equilíbrio anterior ao trauma, ao abandono e desesperança. Sob esse prisma, pensamos aqui num contra-investimento narcísico, visto que o choque operado por uma lesão no corpo pode reagrupar as energias utilizadas até então para relações com objetos, “sob a forma de solicitude, de precauções e de preocupações narcísicas” (FERENCZI, 1930/2011, p. 282), atribuindo à autodestruição uma produtividade, de modo a ser “posta à serviço da preservação da vida” (FERENCZI, 1930/2011, p. 290).

De forma esquemática, Ferenczi (1931;1932) aponta vários tipos de defesas extremas, de caráter paradoxal, que podem atuar depois do acontecimento traumático: a clivagem do eu, a fragmentação, a identificação com o agressor, a dissociação, a alucinação negativa. Elas que não são iguais, mas por vezes se combinam e se superpõem — caminham juntos —, intensificando umas às outras. Vejamos, então, os recursos defensivos erigidos para lidar com o sofrimento virulento, propiciados pelo abandono, descrédito e a solidão a que a criança fica exposta, buscando também os elos com a autolesão.

II.3.2.2 As defesas radicais e a autolesão

A) Dissociação e clivagem no eu

Nessa linha de pensamento, Ferenczi afirma que, se o trauma atinge o psiquismo ou o corpo sem contrainvestimento, então age sobre ele de modo “destrutivo, quer dizer, perturbador, por fragmentação” (FERENCZI, 1932, p. 105). Esse processo de fragmentação, como forma de minimizar o sofrimento engendrado pela solidão traumática, tem como consequência dissociações em vários níveis e graus: entre fragmentos de órgão e elementos psíquicos, entre elementos psíquicos entre si e entre fragmentos de órgão. Tem-se assim, no plano corporal “uma anarquia dos órgãos” que impede uma colaboração recíproca; no plano psíquico, há uma espécie de explosão, “uma destruição de associações e sistemas psíquicos que pode estender-se até os elementos de percepção mais profundos” (FERENCZI, 1932, p. 106). Desse processo há uma dupla faceta, pois ainda que possa aumentar as possibilidades de suportabilidade do sofrimento, sobrevém uma desorientação tamanha; e mesmo que em doses menores, quando comparado ao trauma, ela também pode ser dolorosa e angustiante. Há um elo interessante aqui para pensar em outra finalidade da autolesão, especificamente no efeito

contra dissociação, à medida que pode romper com um estado confusional que sobrevém do efeito do choque traumático. Conforme vimos, no Capítulo I, processos dissociativos podem ser eficazes recursos para lidar com sofrimentos intensos. Frente ao acontecimento traumático, pode se ter a experiência de distanciamento do próprio corpo, “com suspensão da percepção simultaneamente com a do pensamento” (FERENCZI, 1934, p. 113). A autolesão pode propiciar, a partir do recrutamento da atividade sensório-motriz, uma zona de percepção na superfície corporal, permitindo o sujeito voltar para realidade (CORCOS, 2013).

Em torno da ideia de clivagem do eu, Ferenczi (1933) nos propõe que, após todo choque, implica uma divisão da personalidade, além de que se tem como reação uma psicose transitória, uma fuga da realidade e uma anestesia: “a pessoa divide-se num ser psíquico de puro saber que observa os eventos a partir de fora, e num corpo totalmente insensível” (FERENCZI, 1932/1990, p. 142). Cabe precisar que não se trata aqui de uma insensibilidade, mas antes uma desconexão afetiva oriunda da descontinuidade radical produzida pela clivagem (VERTZMAN, 2002). Até aqui o roteiro serve também para as situações de choque violento, mas quando o ambiente não exerce sua função de contrainvestimento, anteparo, mediador, pode levar o indivíduo a recorrer a cisões de maneira ainda mais intensa e recorrente. Como nos apontam Mello & Herzog (2009), a criança é lançada num dilema inconciliável: confiar na verdade do adulto ou confiar na verdade dos sentidos. Temos então a defesa de base diante do descrédito⁹³, a autoclivagem narcísica.

A partir da noção de clivagem do eu e seus efeitos, teremos outros modos de disposição e de finalidade da autolesão, nesse ponto de vista estreitamente relacionado a um efeito secundário do trauma, ou seja, seria uma reação contra à reação do traumático, do retorno do clivado⁹⁴. Para deixar essa percepção mais clara, vamos evidenciar o que se passa com o eu a partir da autoclivagem narcísica. Deste modo, para Ferenczi (1932/1990), a força relativa ao caráter insuportável determina o grau de profundidade da decomposição do ego: a) mudança do estado consciente; b) perda do estado de consciência; c) síncope; d) morte.

Nesse seguimento, uma das partes da personalidade que foi clivada “sobrevive em segredo e esforça-se constantemente por manifestar-se” (FERENCZI, 1930/2010 p. 65).

⁹³ Miranda (2012) propôs essa tradução em vez de desmentido.

⁹⁴ Roussillon (1999) irá chamar essa modalidade defensiva, contra o retorno do estado traumático, de defesas completares

As várias metáforas podem ser expressas como “uma parte de sua própria pessoa começa a desempenhar o papel da mãe ou do pai” (FERENCZI, 1931/2011, p. 87), anulando, assim, a sensação de abandono, o caráter penoso da indiferença. Para Ferenczi (1931/2011), “tudo se passa verdadeiramente como se, sob a pressão de um perigo iminente, um fragmento de nós mesmos se cindisse sob a forma de instância autoperceptiva que quer acudir em ajuda, e isso desde os primeiros anos de infância” (p. 89).

Percebamos: a clivagem aqui se dá em um aspecto do ego que experimenta o abandono e a solidão traumática, e outra que otimiza as habilidades protetoras a fim de cuidar dessa primeira. De forma direta, Ferenczi utiliza essa ideia tanto em relações a situações em que o ambiente desadaptado — para corresponder às necessidades narcísicas da criança —, bem como nas situações de agressão mais explícita, poderiam implicar que essa tivesse que amadurecer rapidamente para suprir o que faltou no campo intersubjetivo. Ferenczi (1932/1990) chega a falar de progressão traumática⁹⁵, uma espécie de compensação, amadurecimento artificial e precoce de uma parte clivada, para cuidar da parte adoecida, bem como do ambiente que a rodeia. Portanto, a clivagem incide nas capacidades elementares do eu — síntese, juízo crítico, percepção, pensamento, ação, comunicação — de forma a distorcê-las e alterando os modos de interação com o entorno. A parte sensível ao trauma é brutalmente destruída e desinvestida, enquanto a que sobrevive sabe tudo, porém não sente nada.

Para Vertzman (2002), pode ocorrer uma descontinuidade subjetiva radical que toma a forma de uma clivagem estável da personalidade, tão eficaz que não apresenta as características da fragmentação. No entanto, como “resultado de choques infantis de efeito particularmente intenso, a maior parte da personalidade converte-se como num teratoma, ao passo que todo o trabalho de adaptação real é assumido por uma parcela que foi poupada” (FERENCZI, 1930/2011, p. 77). Enquanto o trabalho de adaptação à realidade é assumido pela parcela protetora, a outra parte profundamente clivada, no entanto, sobrevive secretamente no psiquismo, como um tumor, que busca se manifestar. Esta parte da personalidade é que permanece infantil — ou seja, mantendo todas as demandas prévias a toda essa transformação. Ferenczi (1932/1990) afirma que, ao

⁹⁵ Estender-se nessa ideia nos distanciaria em demasia do nosso objetivo. Mas Ferenczi (1932) vai dar muitos elementos para pensar esse amadurecimento precoce de uma das partes cindidas; ele vai se utilizar das imagens como a do bebe sábio, de fruto bicado, para pensar esse modo de progressão e suas consequências no ambiente.

sobreviver ao trauma, os restos despertam com lacunas de memória, pois as lembranças da agonia, “mas também todas associações ligadas a ela desaparecem de modo seletivo e talvez estejam aniquiladas” (p. 225). No entanto, “doses gigantescas de quantidades de excitação sensíveis, desprovidas de representação, cortadas da descarga motora e do pensamento, são acumuladas” (FERENCZI, 1932/1990, p. 203). Nesse sentido podemos pensar em termos de retorno do clivado (ROUSSILLON, 1999), marcado pelo registro pré-verbal, ou seja, a modalidade expressiva é atravessada sobretudo pelos afetos em estado bruto, das percepções alucinatórias, da sensorialidade, da motricidade e do corpo. Logo, a autolesão pode estar inserida nesse âmbito, tanto como expressão do retorno do clivado quanto como uma possibilidade de atenuar ou eliminar os efeitos dele.

B) Identificação com o agressor⁹⁶ e alucinação negativa

Como já evidenciado, a identificação com o agressor é um dos elementos do arranjo que impulsiona e fomenta as diferentes cisões ao nível do eu, na traumatogênese ela aparece vinculada a ideia de identificação com o agressor. *Grosso modo*, Ferenczi (1931) levanta a hipótese de que, diante de uma experiência avassaladora — acrescida do sentimento de aniquilamento de si, medo e constatação de que não há como reagir —, uma via alternativa se monta a fim de se proteger de tudo isso; resta reagir “não pela defesa, mas pela identificação ansiosa e a introjeção daquele que a ameaça e agride” (p. 103). Tal estratégia pode não só auxiliar no derradeiro momento, mas também ser uma tentativa de, através de si mesmo, espelhar a realidade para o adulto: “você é assim” (FERENCZI, 1932/1990, p. 223). Nesse sentido parece que haveria ainda uma espera por clemência, por ajuda e compreensão. Após todas as tentativas de reação fracassarem, as crianças se entregam a uma forma de submissão muito particular, “obriga-as a submeter-se automaticamente à vontade do agressor, a adivinhar o menor dos seus desejos, a obedecer esquecendo-se de si mesmas” (FERENCZI, 1933/2011, p. 121) e, por fim, a identificarem-se com ele. Nesta identificação⁹⁷, o agressor “desaparece enquanto

⁹⁶ De acordo com Pinheiro (1995), esse processo detém familiaridade com a incorporação do agressor, pois não viabiliza o processo introjetivo. Diante dessa impossibilidade, a solução encontrada pelo ego “é fazer de conta que houve a introjeção” (p. 52). A introjeção não se realizada a termo, ou porque o objeto de interesse desapareceu, ou por não ter condições necessárias para servir de mediador.

⁹⁷ Para Pinheiro (1995) e Verztman (2002), essa identificação particular pode ser correlacionada com a identificação narcísica de Freud (1917), na qual haveria um embargo, na criança, em relação à sua constituição de um universo subjetivo pautado na percepção de que os investimentos que dirige ao mundo são seus.

realidade exterior e torna-se intrapsíquico” (p. 117); e, através da alucinação negativa, a agressão deixa de existir enquanto acontecimento real. Para Verztman (2002), o adulto não só desaparece da realidade externa, mas deixa de ser um outro. Em referência a isso, o testemunho do rapaz que se bate frente ao espelho — *“falo até mesmo como se fosse ele, ele falando para aquele rapaz que aparece no espelho”* —, nos auxilia a materializar essa ideia.

Segundo Pinheiro (1995), a identificação com o agressor, para Ferenczi, remete a uma imagem de invasão no ego da criança, no qual o agressor torna-se o possessor desse ego, ignorando o seu verdadeiro dono. O infante, assim, parece recorrer à imitação como especialidade, ou seja, sensação de fazer exatamente o que outros esperam. Articulado essa noção à ideia de autolesão, somos levados a interrogar quem é o “auto” na autolesão. Se partimos da imagem de um agressor apossando-se do ego, a autolesão estaria visando a qual parte? Podemos estabelecer uma conexão na qual autolesionar-se visaria atacar esse outro em si como forma de amenizar a invasão. Isto porque, na medida que a autolesão visa atacar esse outro (o agressor em si), o ataque então não seria direcionado ao si mesmo: tudo se passa “como se esse sofrimento fosse infligindo a um outro ser” (FERENCZI, 1932/1990, p. 38). Em situações em que o grau de submissão aos objetos é tamanho, considerando a ideia do “desaparecimento de sua própria pessoa”, o sujeito que se autolesiona não sentiria a dor autoinfligida “porque não existe” (FERENCZI, 1932/1990, p.142).

A alucinação negativa também se mostra como recurso eficaz. Acrescida da incorporação do agressor e da clivagem, tornam-se juntos operadores cuja finalidade é a evasão da situação agonizante engendrada pelo trauma. A imagem que Ferenczi (1930) nos propõe é a de que, para contornar esse sentimento de ser devorado, o ser vivo, com muito esforço, “engole toda força ou pessoa inimiga e imagina ser ela mesma aquela que engole alguém. Além de justamente a sua própria pessoa” (FERENCZI, 1930/2011, p. 280). Nesse modo de solução emergencial, ser objeto de agressão, solidão e aquele que ocupa o polo passivo da equação se deslocam, ou melhor, se camuflam. Nessa mudança intrapsíquica, altera-se também o modo de interação com o ambiente, pois ao tomar para si a responsabilidade de agressão, já ocorre uma inversão completa dos papéis: ela se torna agora o seu próprio algoz — “inocente e culpada” (FERENCZI, 1932/2011p. 117) —, viabilizando, assim, a manutenção do vínculo com o ambiente anterior ao trauma. Isto porque, deste modo, é possível poupar o adulto agressor da autoria pela catástrofe, bem como, conforme apontado por Pinheiro (1995), torna-se possível a manutenção do adulto

como objeto idealizado. Além disso, Ferenczi (1924/2011) marca essa saída como podendo ser vivida em um aspecto prazeroso, no sentido de festejar a superação de uma dificuldade. Para Pinheiro (1995), tal solução de negar o trauma e o sofrimento e transformá-los em prazer da vitória, banhado pela onipotência, alucinação negativa e clivagem, permite que o sujeito sinta como se não estivesse experimentado a perda de si e o abandono. A articulação desses mecanismos é paradoxal, na medida em que se pode trazer tanto a liquidação do choque quanto efeitos colaterais. A esse respeito, Vertzman & Ferreira (2008) afirmam que, ainda que esta saída seja criativa — ela o defende contra outras formas de adoecimento mais severos —, cobra o seu preço exatamente na esfera da afetividade, pois qualquer solução encontrada leva a um esmaecimento das potencialidades do eu.

A identificação com o agressor seria também um modo de autodestruição, em que um tipo peculiar de prazer poderia estar implicado: “o prazer do autossacrifício ou prazer altruísta” (FERENCZI, 1930/2011, p. 276). A referência que fundamenta tal ideia está contida na imagem “do pássaro fascinado pelo olhar da serpente ou pelas garras da águia, e que após breve resistência, precipita-se para sua perda” (FERENCZI, 1930/2011, p. 276). Como já vimos no capítulo anterior, não raro se associa a autolesão a um modo de masoquismo. No entanto, com Ferenczi (1930/2011), apoiado na noção de identificação com o agressor e a de alucinação negativa, a lógica masoquista adquire outros contornos. Nessa combinatória articula-se a ideia de afirmação do desprazer (1926/2011), na qual “o reconhecimento do ambiente enquanto hostil representa um desprazer, o seu não reconhecimento comporta geralmente ainda mais desprazer” (p. 434). Podemos pensar na lógica de um “antes com o hostil do que com nada” (ruim com ele, pior sem ele), então se toleram e suportam doses de desprazer e dor, para evitar uma de grau ainda pior dessas sensações — “a solidão só é suportável se nunca se sentir completamente abandonada” (FERENCZI, 1932/1990, p. 239). Deste modo, abrem-se duas vias de prazer altruísta e de autossacrifício, em que a primeira diz respeito à faceta de prazer que se pode perceber do agressor: “sinto a satisfação e o gozo do agressor” (FERENCZI, 1932/1990, p. 142). Nesses termos, a autolesão pode proceder de modo masoquista, ou seja, tendo prazer de sofrer quando vinculado a modos particulares de ligação com ambiente⁹⁸ permeados por sofrimento, sem o que o sujeito poderia ser lançado num tormento ainda maior. E o

⁹⁸ Para elucidar a ideia trazida, basta pensarmos nas situações de violência física. As palmadas que os pais dão nos filhos, por exemplo, deixam marcas corporais. Além disso, aquele que bate pode demonstrar prazer no ato de ferir.

segundo seria em casos em que há identificação com o sofrimento. Quanto a esse modo de adesão ao sofrimento, Pinheiro & Vianna (2018) afirmam que, diante do traumático e da conseqüente perda da certeza de si, sofrimento e altruísmos podem funcionar como pilares para “fazer uma identificação” (p. 55), à medida que o sofrimento se torna um índice de singularidade. Nessa visada, a autodestruição “converte-se verdadeiramente em causa do devir” (FERENCZI, 1926/2011, p. 402), ou seja, o sofrimento passa a ser vivido não só de forma positivante, como pode até ser buscado de modo a ser vivenciado como “não só tolerável, mas desejável” (FERENCZI, 1932/1990, p. 76). Assim, o prazer em sofrer na autolesão assume contornos eminentemente narcísico, estreitamente vinculado à necessidade de submissão ao objeto, como também atrelado à dimensão de sobrevivência psíquica.

Além disso, Ferenczi (1932/1990) pensa nas vulnerabilidades dessas saídas extremas, em que percebe que as faculdades adquiridas pela via traumática (desestruturante) não são autênticas: “a capacidade de realizar não é uma prova de verdadeira *vontade* de realizar e de verdadeiro *prazer* em realizar” (p. 306). Tais soluções às vezes são passageiras, já que novos traumas têm o potencial de desarmar “gerando um colapso” que remonta às mesmas vivências análogas ao choque, levando a “uma recaída no pueril/infantil como o desejo nostálgico de proteção, de amparo; o sonho e o mundo fantástico são lúdicos, pueris (em especial: desejo de ser irresponsável)” (FERENCZI, 1932/1990, p. 306). Uma notável consequência do trauma e da clivagem, é o abismo que pode se criar entre o eu e a vida sentimental. Em virtude, da cisão do ser entre aquele que sabe e o que sente, “o ser psíquico ainda é acessível aos sentimentos, incide todo o seu interesse no único sentimento que subsiste de todo o processo, isto é, o que o agressor sente” (FERENCZI, 1932/1990, p. 142)⁹⁹. Uma das saídas do sujeito traumatizado é virar assistente psiquiátrico (FERENCZI, 1932/2011, p. 133), de observador do mundo e culpa a ser (VERTZMAN, 2002). Para tais sujeitos, ser outro e para o outro parece ser a única condição de existência, única possibilidade identificatória; e quando isso vacila — por uma violência imprevista ou por alguma possibilidade de associação —, o súbito contato entre as partes produz uma explosão ruidosa: “convulsões, sintomas corporais sensitivos, sensoriais e motores, uma explosão de cólera maníaca, (...) movimentos emocionais incontroláveis” (FERENCZI, 1932/1990, p. 251-252). A esse respeito, Vertzman & Ferreira (2008) afirmam que algumas das formas de sofrimento por que passam tais

⁹⁹ Para Tisseron (1992) e Del Molin (2016), sentir o que o agressor sente, ser atravessado pelo sentimento de culpa, pode ter como consequência tornar-se um ser extremamente culpado e envergonhado.

peças são “a insegurança sobre seus próprios sentimentos, a anestesia psíquica, a sensação de máxima idiosincrasia no mundo dos humanos, o esmaecimento da tonalidade emocional, a dificuldade de decifração dos estímulos que emanam do corpo (...)” (p. 73).

II.3.2.3 Com Ferenczi: a dimensão paradoxal da autolesão

Como vimos, nos momentos de grande aflição, em que o psiquismo é massacrado pela violência externa, “forças psíquicas muito primitivas despertam, e tentam controlar a situação perturbada. Nos momentos em que o sistema psíquico falha, o organismo começa a pensar” (FERENCZI, 1932/1990, p. 37). Nesse momento da dissertação, demos um salto na forma de conceber os traumas, enfatizando a dimensão alteritária do trauma, acrescentando elementos importantes à discussão, voltando a conferir peso aos traumas reais, bem como acentuando que o acolhimento ambiental, após um acontecimento de potencial traumático, pode alterar as possibilidades de apropriação e de repercussão do ocorrido. Vários aspectos do traumático foram colocados, em que o ambiente e a qualidade dos objetos têm função primordial para seu desfecho, dos quais a autolesão pode servir de diversas formas. Dos vários tipos possíveis de trauma, conferimos ênfase à dimensão dos modos de interação; nessa linha, destacamos duas qualidades traumáticas das figuras ambientais: a do abandono e da invasão. Estas podem se configurar enquanto figuras de indiferença, em que o cerne da problemática gira em torno do não reconhecimento das necessidades próprias do indivíduo. Na sequência, o sujeito pode ser lançado num estado de solidão traumática, sem esperanças de ser ajudado. Inúmeras defesas são acionadas a fim de liquidar o efeito doloroso e seu sofrimento, dentre elas a autolesão. Com a noção de autotomia o elo com a autolesão ficou mais evidente. Com a noção de clivagem e seus efeitos múltiplos, o repertório de finalidades, funções e desdobramentos da autolesão aumentou consideravelmente. Além disso, essa é uma defesa que não se restringe, em maior ou menor grau, a organizações subjetivas estanques e bem definidas. Nesse sentido, para Vertzman & Pacheco-Ferreira (2018), a descrição ferencziana do trauma é ampla o suficiente para ultrapassar qualquer tipologia psicológica. É uma descrição potente para abranger situações clínicas nas fronteiras do classificável. Mostramos também algumas articulações da autolesão com as defesas radicais frente ao choque e ao descrédito. Tais defesas têm natureza paradoxal, ao passo que preservam a integridade global à custa do abandono de alguma parte de si mesmo, que acaba por trazer a vivência de alívio, conforme a relação com o objeto é preservada.

Dentro deste panorama vai se delimitando a importância do ambiente e de como os sujeitos são essencialmente voltados para o outro.

Em Ferenczi realçamos o desencontro como marca fundamental dessa relação com meio ambiente, pois esse encontro com o entorno propõe uma lógica paradoxal: o meio que sustenta o infante em seu desamparo é, ao mesmo tempo, aquele que lhe impõe privações e exigências de trabalho. Ferenczi vai falar de coisas que aconteceram a partir da situação traumática, e Winnicott vai complexificar a discussão dos aferentes traumas, bem como de seus tipos, à medida que pensa o trauma num contexto expandido do processo de subjetivação. Deste modo, Winnicott vai contribuir para nossa discussão acerca da autolesão, enquanto complementa a concepção traumática de Ferenczi e de Freud. O trauma vai ser pensado sobretudo em termos ambientais com Winnicott, além de ser pensado desde os primórdios da vida — o que, para o tema da autolesão, particularmente nos interessa.

“A primeira vez que me machuquei, com uns oito nove anos, foi quando eu saí da casa e fui para os meus avós. Eu tinha umas sensações, eu tinha uns sonhos, que era como se eu fosse um fantasma, eu realmente me sentia como se não estivesse ali. Era como se eu não fosse visto, não fosse percebido. Eu sempre sonhava que eu tinha morrido e que a vida seguia em frente tranquila e eu só estava observando. Me lembro de sentir uma pressão, até hoje eu sinto quando faço isso. É uma pressão como se eu não conseguisse falar, eu não consigo respirar é uma ardência que eu sinto, é quase uma dor. Que quando vem eu preciso tirar isso, eu preciso botar para fora e eu não consigo falar, não consigo me expressar. Não lembro direito o que aconteceu, só sei que essa pressão foi muito forte. Aí, eu fui para o quintal e comecei ralar o meu joelho na parede, ralei no chão, que era aqueles pisos antiderrapantes. E, aí ficava ralando o joelho, mas eu olhava e não era suficiente. Então fui à cozinha e peguei uma faca e continuei passando onde eu tinha ralado. Eu passei o dia com aquele joelho escorrendo sangue e eu fiquei andando pela casa com aquele joelho ali... e ninguém reparou... Eu fiquei num final de semana, sábado, com a família toda lá e ninguém viu meu joelho escorrendo. Então, é realmente, eu achava que eu não estava aqui”.

II.4 O ramo winnicotiano: dependência em colapso¹⁰⁰

Nesse ponto, pretendemos acrescentar à discussão o pensamento de Winnicott em relação ao trauma. Entretanto, não iremos fazer uma apresentação aprofundada dos elementos necessários para compreensão de sua teoria. Simplificando um pouco a complexa questão do desenvolvimento primitivo, Winnicott (1945/2000) destaca alguns dos seus aspectos fundamentais: a entrada em contato com a realidade externa, o sentimento de que se vive no próprio corpo, a integração da personalidade e a atribuição pessoal à existência. Nesse sentido, parece que o autor busca responder a perguntas basais em relação à subjetivação: Como passar para uma questão propriamente interpessoal? Como o mundo interno se torna eu? Como uma vivência do pré-indivíduo faz-se pessoal? Vamos buscar utilizar o mínimo indispensável, de forma que seja possível contribuir na articulação do traumático com a autolesão. Buscaremos, ainda assim, não reduzir a complexidade de seu pensamento.

II.4.1 As raízes do trauma

Winnicott, em diferentes momentos de sua obra, vai destacar a importância dos cuidados continuados ambientais nos primórdios da existência, em que a possibilidade de ser só é possível a partir de certas condições, argumentando que nos primórdios “existe um simples estado de ser, e uma consciência (*awareness*) incipiente da continuidade do ser e da continuidade do existir no tempo” (WINNICOTT, 1990, p. 157)¹⁰¹. Seguiremos de forma um tanto quanto abrupta por alguns nuances do desenvolvimento emocional primitivo, tendo em vista que “a dissecação das etapas do desenvolvimento é um procedimento extremamente artificial. Na verdade, a criança está o tempo todo em todos os estágios, apesar de que um determinado estágio pode ser considerado dominante” (WINNICOTT, 1990, p. 52). Como também a ideia de que “*os estágios iniciais jamais*

¹⁰⁰ Perguntei-me diversas vezes o porquê de introduzir um outro autor neste percurso. Acredito que, de forma mais expressiva e direta, o autor me auxilia em impasses clínicos e em discussões hospitalares acerca de sujeitos que vinham recorrendo à autolesão. Lembrei-me, ao começar a escrever esse tópico, de uma discussão clínica em que se debatia muito a hipótese de um abuso sexual na história de um paciente, uma alternativa encontrada para pensar num quadro em que os familiares se mostravam implicados, atentos, suficientemente bons naquele momento da vida de seu filho. Mas não havia qualquer indício de que um trauma de valência sexual tivesse ocorrido, seu sintoma parecia responder, justamente, à busca de individuação dentro da família.

¹⁰¹ É muito comum nos referimos às ideias de mãe suficientemente boa e estado de preocupação materna primária para pensarmos nesse primeiro ambiente para o bebê. *Grosso modo*, aqueles que se implicam nos cuidados do bebê — usualmente, figura da mãe — possuem uma sensibilidade (preocupação materna primária) em relação às necessidades deste, permitindo a ela sentir como se estivesse no lugar do bebê, e deste modo responder às primordialidades dele.

serão verdadeiramente abandonados, de modo que ao estudarmos o indivíduo, poderemos encontrar todos os tipos de necessidades ambientais, das mais primitivas às mais tardias” (WINNICOTT, 1990, p. 179). Necessidades estas que são, de início, corporais e que, aos poucos, vão se tornando necessidades do ego a partir da elaboração imaginativa da experiência física (PEIXOTO JR, 2008). Com isso, Winnicott estaria propondo “não um conflito entre diferentes tipos de pulsão, mas uma metamorfose de um tipo de 'necessidade' para outro” (PHILLIPS, 2006, p. 176).

Para Phillips (2006), Winnicott buscou explicar como o indivíduo cresce, para além da dependência, rumo a um modo de ser pessoal, processo muito atrelado à “tarefa contínua de integração psicossomática” (p. 23). Nesse pensamento, a psicopatologia pode ser pensada, sobretudo, como oriunda da quebra de continuidade, em que o self individual estaria ameaçado — “lacunas causadas por intrusões, privações, e catástrofes naturais da infância, a maioria das quais ele via como resultante de falhas na provisão parental” (PHILLIPS, 2006, p. 22)¹⁰². Em relação à formação do ego, Winnicott (1956/2000) nos fala que ele começa “como uma soma de experiência tranquilas, motilidade espontânea e sensações, retorno da atividade à quietude, e o gradual estabelecimento de uma capacidade de aguardar a recuperação dos aniquilamentos; aniquilamentos que resultam das reações às intrusões do ambiente” (WINNICOTT, 1956/2000, p. 405).

Em relação à temática do trauma, Phillips (2006) afirma que o autor examinava o paradoxo de experiências traumáticas que eram formativas, em virtude dos cuidados desempenhados que favoreciam um self disponível para experiência pessoal. Acreditamos que Winnicott traz contribuições fundamentais à discussão, na medida em que avança uma teoria do trauma num início pré-subjetivo da experiência humana (SOUZA, 2003). Desse ponto de vista, Winnicott (1960/1983) extrapola o campo de incidência do traumático, ao pensar seus efeitos mais precoces, ou seja, fora do âmbito da onipotência — do controle do ego. Assim sendo, nos propõe um modelo conceitual baseado nas formas de interação bebê-ambiente contidos na noção de unidade dual.

Tal relação apresenta uma característica paradoxal, na qual o ambiente está presente, mas não se faz notar — análogo ao modo como as mães cuidam de seus filhos

¹⁰² “havia coisas que a criança experienciaria mas não conseguiria entender de forma satisfatória, e conseqüentemente tampouco encontrar lugar dentro si para tal experiência” (PHILLIPS, 2006, p. 23). Para o bebê que espera tempo demais por sua mãe, “a única coisa real é a lacuna; ou seja, a morte ou a ausência, ou a amnesia” (WINNICOTT, 1971, p. 26)

no início da vida —; ideia essa contida no aforismo “*isso que chamam de bebê não existe*”¹⁰³ (WINNICOTT, 1952/2000, p. 165). Tal ideia vai servir de base para suas tematizações teóricas e clínicas. Nesse lógica, o trauma, diz o autor, “envolve fatores externos, (...) é um fracasso relativo à dependência” (WINNICOTT, 1965/1994, p. 113). Sem muito rodeio, acreditamos, tal como Fuchs & Peixoto Jr (2014), que três pontos essenciais auxiliam na concepção de trauma para Winnicott — o que justifica trazermos o autor para discussão —: 1) o valor dado ao ambiente; 2) a ênfase à dependência, como também 3) à ideia de processo. Nesse sentido, aferentes do traumático se alteram, isto é, serão distintos a depender do estado em que cada indivíduo se encontra, a partir da intensidade da dependência ambiental, dos recursos internos que se pode contar para sua compreensão. Logo, o trauma “varia de significado de acordo com o estágio do desenvolvimento emocional da criança” (WINNICOTT, 1965/1994, p. 113), tendo em vista o fato de que o próprio tempo é muito diferente de acordo com a idade com que é experienciado (WINNICOTT, 1939/1987). Na medida em que desfruta de um amadurecimento emocional mais consistente, a possibilidade de lidar com os traumas se torna maior. Nesse sentido, “quanto mais a criança alcança integração, mais gravemente ela pode ser ferida se for traumatizada; ferida, ou feita sofrer, significando algo oposto a ser impedida de alcançar integração” (WINNICOTT, 1965/1994, p. 114).

É interessante apontar que Winnicott (1965/1994) faz alusão à ideia de que os traumas são inevitáveis — têm um aspecto normal —, visto que o ambiente está “sempre traumatizando” (p.114), no sentido de descontinuidades suportáveis para o infante, sobretudo com a instauração dos processos básicos de integração, realização e personalização. Mas o resultado “não é como do trauma por causa da capacidade que a mãe tem de sentir a capacidade do bebê momento a momento” (p.114), o que num momento precoce permite que o indivíduo vivencie a experiência de onipotência. Nesse sentido, Winnicott (1949) afirma que o mais importante é o trauma “representado pela necessidade de reagir” (p. 265). A capacidade e a importância de reagir e tolerar rupturas vai variar de acordo com o estado e momento em que o indivíduo se encontra, e analogamente o ambiente vai ser mais ou menos requisitado em sua qualidade adaptativa ou desadaptativa. O trauma é esse conjunto: “uma intrusão do ambiente e uma reação do indivíduo a essa intrusão” (WINNICOTT, 1967/1994, p. 155). Notemos que a dimensão

¹⁰³ Para Winnicott (1952/1983), ao ver um bebê certamente se vê também quem cuida dele focalizando todos os seus sentidos.

relacional é radicalizada, pois independentemente do momento da vida a que esteja referido, o binômio indivíduo-ambiente se faz presente. Para Winnicott (1960/1983, p. 47), “a alternativa a ser, é reagir, e reagir interrompe o ser e o aniquila. Ser e aniquilamento são as duas alternativas”. Nesse contexto, a questão fundamental que se põe, desde os primórdios, “relaciona-se com a oposição entre espontaneidade e reatividade, oposição que estará presente, em crescente complexidade, ao longo da vida” (DIAS, 2003, p. 158).

Winnicott (1945) nos propõe uma imagem da reunião de linhas que partem de direções opostas, que têm a possibilidade de se aproximar, podendo se sobrepor, dando relevo a um “momento de ilusão” (p. 227). Ou seja, a tendência só pode vir a se afirmar uma vez que haja algum acolhimento satisfatório do ambiente, aquilo que vem do bebê — que quer perseverar —, e a corrente que vem do ambiente — que tolera ou não essa afirmação, ao suportar e acolher essa impetuosidade. Nesse sentido, as tendências primárias¹⁰⁴ só vão adquirir importância em proporção à facilitação que pode ou não encontrar, já que “a sustentação da mãe, é gradualmente substituída pelo solo” (WINNICOTT, 1952, p. 163). Isto é, a tendência está em movimento, caminha rumo a algo, só se viabilizando em função do ambiente, podendo então se instaurar um plano de composição que torna essa vitalidade mais ou menos viável. Antes de descrever os modelos de trauma se faz necessária uma breve apresentação das experiências paradoxais mais basais.

II.4.2 As bases do sentimento de si¹⁰⁵ mesmo e do continuar a ser

Antes de tudo, de podermos falar em ser, cabe trazer a indagação de Winnicott (1990, p. 153): “Qual é o estado do indivíduo humano quando o ser emerge do interior do não ser?”. A proposição do autor envolve um paradoxo, “no princípio há uma solidão essencial. Ao mesmo tempo, tal solidão somente pode existir em condições de dependência máxima” (p. 153-154). Cabe apontar que, para Winnicott (1990), “de início há a não integração, não há vínculo entre corpo e psique, e não há lugar para uma realidade

¹⁰⁴ Podemos pensar a tendência a composição da psique com soma, integração, ao gesto espontâneo, a ilusão, a onipotência, agressividade que só puderam se atualizar no encontro com outro, que se dá primeiramente a partir do corpo a corpo.

¹⁰⁵ Para Safra (2005, p. 144), “não se deve pensar no self como organização mental, ou como uma representação de si mesmo, mas como o indivíduo organiza-se no tempo, no espaço, no gesto, a partir de sua corporeidade. O self se dá no corpo, é corpo”. Apesar de termos feito essa ressalva, não abordaremos as diferenças terminológicas de self e sentimento de si, e aqui serão utilizadas de maneira indistinta.

não-Eu” (p. 153). Uma pontuação relevante diz respeito ao fato de que “a não-integração, o estado primário, não é caótica” (p. 157), portanto o caos só se torna significativo, um destino possível, a partir da possibilidade de discernimento de algum tipo de ordenação. Para Winnicott (1990), o caos desponta no decurso do desenvolvimento emocional, “através das interrupções reativas do ser, especialmente quando são longas demais” (p. 157). No entanto, o bebê está sendo cuidado, e a adaptação às necessidades desse são quase completas.

Nesse estágio a unidade é dual, é o conjunto ambiente-indivíduo, no qual, da perspectiva do bebê, “ainda não existe ali um self individual capaz de discriminar entre EU e não-EU” (p. 153). O essencial será oferecido pelos cuidados suficientemente bons, que ao desempenhar uma presença-ausente, protege e facilita as dinâmicas próprias do ser em constituição, um movimento que leva a sentimento de ser real, de autenticidade, porquanto “descobre o ambiente. Isto repetido, transforma-se em padrão de relacionamento” (p.149). De forma distinta, teríamos um padrão de relacionamento pautado no movimento ambiental, ancorado nas intrusões imprevisíveis, levando a repetições de reações a intrusões, que “subtrai a sensação de viver verdadeiro” (p. 149). No entanto, o autor afirma que a cisão é um estado essencial em todo ser humano, “mas não é necessário que ele se torne significativo, se a camada protetora da ilusão se tornou possível através do cuidado materno” (p.158).

Em que lugar os padrões poderiam ser retidos? Winnicott (1990) presume, servindo-se dos conhecimentos de sua época¹⁰⁶, que, antes do parto, o bebê já seria capaz de “reter memórias corporais” (p. 147). Em relação à experiência fundadora do tornar-se, Vertzman & Klein (2018) elucidam o quanto em Winnicott se trataria de uma experiência pré-reflexiva, que evidencia um contexto marcado por limiares perenes vinculados à sensação, na qual a experiência do pensamento deixa de ser central. Nesse contexto, não se pode dizer tanto de uma “experiência do bebê, mas de algo que se passa no entre, num plano conjugado das sensações” (VERTZMAN & KLEIN, 2018, p.96). Para Winnicott (1956/2000), o bebê apresenta uma constituição; tendências inatas ao desenvolvimento; motilidade, sensibilidade e instintos, do qual depende do estado sensível de sintonização ambiental que fornece “um contexto para que a constituição comece a se manifestar, para

¹⁰⁶ Segundo Girard (2018), muitos dos trabalhos dedicados ao nascimento da vida psíquica, para a psicanálise, eram da ordem da “ficção teórica” (p. 209). Já Winnicott, podendo integrar o conhecimento disponível ao seu tempo, buscou bases empíricas para sustentar e defender sua perspectiva.

que as tendências possam desdobrar-se, e para que o bebê comece a experimentar movimentos espontâneos e se torne dono das sensações correspondentes a essa etapa inicial da vida” (WINNICOTT, 1956/2000, p. 403). Nesse pensamento, muitas das situações descritas por Freud e Ferenczi são colocadas dentro dessa lógica: a de que chegamos ao mundo com potencial para o amadurecimento, com uma força vital, que busca se afirmar, dependendo ao mesmo tempo do ambiente para perseverar.

Sob esse ângulo, muitas invasões e intrusões — sobretudo de grau e duração elevadas — podem ser evitadas por uma função vitalmente importante da mãe, “a preocupação materna primária” (WINNICOTT, 1956/2000), que seria “sua capacidade de se pôr no lugar do bebê, saber o que ele necessita no cuidado geral de seu corpo e, por consequência, de sua pessoa. Colocar-se no lugar do bebê implica um descentramento de si mesmo para captar e decifrar as necessidades do bebê; “o amor, neste estágio, pode apenas ser demonstrado em termos dos cuidados corporais” (WINNICOTT, 1962/1983, p. 56). Através dos cuidados despendidos, suas necessidades fundamentais podem ser atendidas. Deste modo, é necessário pensar no bebê “não como uma pessoa que sente fome, e cujos impulsos instintivos podem ser satisfeitos ou frustrados, e sim como um ser imaturo que está continuamente a pique de sofrer uma *ansiedade impensável*” (WINNICOTT, 1962/1983, p. 56). Isto nos conduz à ideia de que a ameaça de aniquilamento é uma “ansiedade muitíssima primitiva, muito anterior a qualquer ansiedade que inclua a palavra morte em sua descrição” (WINNICOTT, 1956/2000, p. 403). Parece que nessa passagem o autor se refere à possibilidade de sobreviver a algo mais radical que a morte: sobreviver a um aniquilamento que impediria a existência. Nesse contexto, só poderia morrer aquele que teve um ambiente que forneceu a continuidade de ser necessária, a ponto da possibilidade da constituição do ego e da sobrevivência desse. “A primeira organização do ego deriva da experiência de ameaças de aniquilação que não chegam a se cumprir, e das quais, repetidamente, o bebê se recupera” (WINNICOTT, 1956/2000, p. 404). Isto posto, essas ameaças de pequenos aniquilamentos precisam sempre ser superadas com auxílio do ambiente, o que pode nos levar a pensar que amenizar tais experiências proporciona não só continuidade de ser, como também possibilita a “confiança na recuperação” que pode dar lugar àquilo que compreendemos enquanto “capacidade do ego em suportar frustrações” (WINNICOTT, 1956/2000, p. 404).

Vemos que, para Winnicot (1990), a provisão às necessidades é sobretudo, de início, corporal e afetiva, já que “no sentido físico do termo, antes do nascimento, e, após do nascimento, a mãe continua a prover o cuidado físico, o único tipo de expressão de amor que o bebê pode reconhecer no princípio” (WINNICOTT, 1990, p. 122). Assim, nos primeiros meses da vida do bebê, o ambiente e aqueles que se ocupam dos cuidados desempenhados devem assumir algumas funções básicas¹⁰⁷, que podemos assim sintetizar: *holding* (sustentação), *handling* (manejo) e apresentação dos objetos (WINNICOTT, 1967/1975). Essas três funções facilitam o desdobramento do processo em marcha que contempla três tarefas principais: a integração (propiciada pelo *holding*), a personalização (propiciada pelo *handling*) e a relação objetal (propiciada pela apresentação dos objetos) (WINNICOTT, 2000).

Nessa discussão, Winnicott (1945/2000) versa sobre como, na integração, tem-se todo um conjunto de experiências sensoriais que interferem de maneira decisiva na capacidade integrativa. Remetendo-se às interações entre os cuidadores primordiais e a criança, o autor entrevê de que forma o modo como o bebê vai ser aquecido, lavado e segurado seria integrativo em termos de experiência emocional. Nesse seguimento, “necessidades corporais gradualmente se transformam em necessidades do ego à medida que, da elaboração imaginativa das experiências físicas, emerge uma psicologia” (WINNICOTT, 1956/2000, p. 403). Deste modo, o processo integrativo compõe um plano emocionalmente estável e consistente à experiência; e, como isso é ligado diretamente à personalização, o que está sendo delimitado também imediatamente é o todo da dimensão sensorial. A maneira de transmitir afeto se dá através do cuidado físico, ou seja, é pelo corpo que você está oferecendo a possibilidade de uma experiência afetiva mais consistente. Junto a isso, há a função de espelhamento dos objetos, que devolvem ao bebê as suas expressões gestuais e afetivas, que podem vir a auxiliar na sensação de existência, já que “quando olho, sou visto, logo existo” (WINNICOTT, 1967/1975, p. 157). Em relação a esse ponto, Roussillion (2008) vai pensar aqui na potencialidade de o objeto primário ser e ao mesmo tempo não ser o bebê — à medida que pode também

¹⁰⁷ Neste ponto, há de se ponderar uma ressalva importante referente às proposições feitas pelo autor que, aos olhos tanto de alguns de seus adeptos como de críticos, implicariam construções normativas e prescritivas. Partilhamos da leitura que vê em suas propostas uma convocação para não se contentar com uma visão naturalista ou sentimental da unidade mãe-bebê (GIRARD, 2018). Em cada unidade-dual constituída, os encontros eram únicos, pois se desenrolam “nas experiências suscitadas pelos ritmos e movimentos de cada corpo em movimento, em suas particularidades excitabilidades, nas formas como se manifesta a força em cada um” (BORGES, 2019, p. 13).

expressar um outro a partir de seu estado —, e nesse sentido o bebê pode ser para além de um duplo.

Winnicott (1964/1994) postula ainda o processo de personalização como parte da tendência a integração, em termos de “tendência a atingir uma unidade psique-soma, uma identidade experiencial do espírito, ou psique, e da totalidade do funcionamento físico” (p. 88). Podemos dizer que a personalização vai remeter às experiências de constituição de corpo próprio, localização, habitação e alojamento da psique no corpo, ou seja, o corpo se torna o espaço que acolhe a experiência de si. Como já citado, partimos de uma dimensão não integrada da experiência, a qual deve poder ser vivida de forma saudável, tranquila e repetidamente, a ponto de criar alguma previsibilidade, tornando-se confiável. Mas o que seria confiável? O conjunto de vivências sensoriais pode ser apropriado subjetivamente, por meio do manuseio e sustentação do corpo conferido pelo ambiente, sendo possível, então, “juntar o seu envolvimento emocional” (WINNICOTT, 1970/1994, p. 205). Pelos cuidados do corpo se oferece a possibilidade de uma experiência afetiva consistente. Levando em conta o plano de composição oferecido pela preocupação materna primária, esse corpo começa a ser vivido como próprio, bem como a composição de um mundo interno próprio, de modo que “a porção psíquica da pessoa tem a ver com relacionamentos, relações de dentro, relações com corpo, com o mundo externo” (WINNICOTT, 1990, p. 28). Deste modo, ela passa a dispor de “defesas contra ansiedade de vários graus e tipos” (WINNICOTT, 1964/1990, p. 88).

Não podemos perder de vista que, na “condição de uma personalidade bem desenvolvida, (...) há uma grande falta de comunicação entre os diversos elementos” (WINNICOTT, 1990, p. 159). Para Winnicott (1990), ao alcançar o status de unidade, “torna-se possível dramatizar o caos, a cisão e a dissociação no mundo interno pessoal” (p. 159). Nesse pensamento, até mesmo quando estabelecido um grau consistente dessas experiências basais, Winnicott (1963/1983, p. 170) afirma que “no centro de cada pessoa, há um elemento não comunicável, isto é sagrado e merece ser muito preservado”. Faz parte da saúde a possibilidade de passar por algum grau de estados de dissociação, despersonalização ou cisão, uma vez que “a cisão é estado essencial em todo ser humano, mas não é necessário que ele se torne significativo” (WINNICOTT, 1990, p. 158).

A integração, a personalização e a realização se dão em momentos precisos da infância, até adquirir uma consistência mais definitiva; ela nunca se torna, entretanto,

definitiva e absoluta. Na ausência de uma adaptação ativa o suficiente, a cisão se torna significativa e “o caos ocorre em relação à integração, e o retorno ao caos é chamado de desintegração” (WINNICOTT, 1990, p. 158). Isto posto, a desintegração consiste num desfazer organizado da integração, que é “produzido e mantido em razão das ansiedades intoleráveis na vivência da totalidade” (p. 159). Comprometimentos nos processos integrativos, de personalização e realização, prejudicarão a possibilidade de trânsito entre momentos integrados e momentos não integrados, estados excitados e relaxados, e por aí vai. Nesse seguimento, incertezas quanto a estar habitando o corpo, pode se apresentar em vários contextos, sobretudo aqueles traumáticos, denotados por exemplos em fenômenos como na “exploração das sensações da pele, a dramatização do cuidado físico e a ênfase excessiva na capacidade de cuidar de si próprio” (Ibid., p. 138). Feito esse panorama, podemos agora recontá-los, numa perspectiva articulada a temática do trauma, para então discutir especificamente as possíveis relações com a autolesão.

II.4.3 Trauma no âmbito de desenvolvimento¹⁰⁸ emocional

“às vezes me machuco por não sentir que existo, às vezes é só por raiva do mundo mesmo.”

Nesta pesquisa não temos como objetivo analisar cada uma das fases do processo para, então, caracterizar a variabilidade de aferentes da noção de trauma para Winnicott¹⁰⁹. Desse modo, recorreremos, essencialmente, a dois artigos: “Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade (1949/2000)¹¹⁰; e também “Conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família”, escrito em 1965, no qual Winnicott fornece, de forma ampla, um panorama acerca das modalidades de traumas que podem ocorrer ao longo tempo. Nós nos centraremos não apenas naquilo que avaliamos enquanto o mais inovador, como também no que virá a contribuir de forma mais evidente com o tema da autolesão como aqui pretendido.

¹⁰⁸ Klein & Vertzman (2018) percebem que desenvolvimento, no sentido winnicotiano, é o processo através do qual as potencialidades se atualizam e ganham forma continuamente.

¹⁰⁹ Fulgêncio (2004) nos indica algumas outras variantes, um quadro geral, em relação aos diferentes sentidos do traumático abordados por Winnicott, para além do que é apresentado nesse texto. Por exemplo: o trauma é tratado como uma violação do si-mesmo; como privação; como inconstância do ambiente levando a uma hiperatividade do funcionamento mental; como aniquilação do indivíduo cuja continuidade do ser sofreu uma interrupção; como associado às ansiedades ou agonias impensáveis; como ausência da mãe por tempo excessivo; como ameaça de separação.

¹¹⁰ Winnicott (1949) vai partir das formulações freudianas acerca da possível relação da ansiedade com o trauma do nascimento.

Percebemos que Winnicott (1949/2000) vai enfatizar algumas características que consideramos fundamentais para uma compreensão mais ampla de trauma em sua obra, utilizando-se de experiências muito precoces para a construção de suas conceituações. Ele vai pensar na questão do trauma desde os primórdios, inclusive propondo a sua extensão até a vida intrauterina, elencando os elementos que compõem a ideia de traumático. O autor traz três ideias que parecem se manter, ainda que de forma mais complexa, em sua obra. A primeira está contida na imagem do indivíduo enquanto uma bolha: “se a pressão externa se adapta ativamente a pressão interna, o elemento central da situação será a bolha, ou seja, o eu do bebê. Mas se a pressão do ambiente for maior ou menor que a do interior da bolha, então a bolha não será o elemento principal, e sim o ambiente. A bolha adapta-se à pressão externa” (WINNICOTT, 1949/2000, p. 264). O que torna a experiência paradoxal, pois o ambiente precisa estar ali, sem ser notado, sem se fazer muito presente.

A segunda ideia é a de que certas discontinuidades e intrusões são toleráveis e até mesmo esperadas¹¹¹, visto que “as perturbações ambientais até um certo grau constituem um estímulo valioso, mas para além desse grau tais perturbações são contraproducentes na medida em que dão margem a reações” (p. 263). Nessa lógica, para que o elemento central dessa situação continue sendo a bolha, a pressão externa deve se modular de acordo com a pressão adequada ao bebê, nem mais nem menos; caso contrário, o elemento principal passa a ser o ambiente. Essa imagem vai servir de contraponto entre o reagir e o começar a ser — “o mais importante é o trauma representado pela necessidade de reagir” (p. 265).

A última ideia, que compõe a combinatória ampla do trauma, fundamenta-se na experiência temporal de que, sobretudo nesses momentos mais iniciais, intrusões são toleráveis, “mas não tão intensa[s] ou tão prolongada[s] a ponto de cortar o fio do seu processo pessoal e contínuo” (p. 264). O autor confere ênfase à dimensão intolerável da experiência de sofrer o efeito de algo, “sem ter a mínima ideia de quando isso terá um fim” (p. 266). Nesse sentido, antes do nascimento já haveria um conhecimento rudimentar a respeito de intrusões que causam reações pouco significativas — “o corpo sabe o que significa nascer” (p. 261). A vida intrauterina oferece um plano de continuidade, em que

¹¹¹ As contrações, por exemplo, constituem um plano de previsibilidade no qual a pressão do parto não se torna uma discontinuidade radical, um evento de pressão de grau insuportável.

as experiências do nascimento não se tornam uma surpresa; inclusive, “pode ser aceito como algo que já aconteceu” (p. 266). As contrações são pressões que servem de prévia para aquilo que virá a ser ampliado no momento do parto em si¹¹². Dessa imagem, o autor vai pensar o trauma na qualidade de pequenas intrusões — rupturas toleráveis, não contínuas e não prolongadas —, compondo assim a situação do que vem a ser um “nascimento traumático comum”. Assim, auxiliam o corpo materno, auxiliam a criar a forma de um parto que está por vir; isto posto, “através da forma, o fim está visível desde o início” (p. 266).

O autor vai dizer que “antes do nascimento já há um início de desenvolvimento emocional, e é possível que mesmo nessa época já exista a capacidade para uma aceleração falsa ou não saudável desse desenvolvimento” (WINNICOTT, 1949/2000, p. 263). Ou seja, as condições intrauterinas já seriam um período importante para o desenvolvimento emocional; a continuidade de ser nesse âmbito estaria relacionada às condições adequadas da gravidez sem maiores perturbações. Isto posto, o nascimento é precedido por um tipo de presença do ambiente — pelo corpo da mãe no bebê, diríamos. Sua tese é a de que, se “as experiências do nascimento são boas, podem promover o fortalecimento do ego e estabilidade” (p. 262). À medida que “esta fornece o padrão de um modo de vida natural, esse modo de vida normal pode vir a ser fortalecido por diversos tipos de experiências subsequentes, fazendo com que a experiência do nascimento seja um elemento numa série de fatores favoráveis ao desenvolvimento da confiança, do senso de sequência, estabilidade, segurança etc.” (p. 261). Nesse sentido, o autor parece estar partindo do pressuposto de que a experiência do nascimento normal seria alguma coisa que ocorreria num parto que vai possibilitar o estabelecimento de um padrão, justamente uma experiência de continuidade que vai favorecer o funcionamento corporal com certa espontaneidade. A experiência de ansiedade que possa surgir daí, tanto das condições gestacionais quanto do parto em si, seria justamente efeito de um fracasso adaptativo. O ambiente mais adaptativo é aquele que se adequa às necessidades do bebê desde sempre, inclusive no parto e na vida intrauterina¹¹³.

¹¹² “Antes do parto, e especialmente se este sofre uma demora, podem facilmente ocorrer ao bebê experiências repetidas em que, durante aqueles momentos, a predominância é do ambiente e não do eu, e é possível que o bebê seja apanhado mais e mais vezes nesse intercurso com o ambiente à medida que o parto se aproxima. Assim, no processo natural, a experiência do nascimento é um exemplo exagerado de algo que o bebê já conhece”(WINNICOTT, 1949, p. 264).

¹¹³ Nesse sentido podemos pensar que o que é mais adaptativo, do ponto de vista de Winnicott (1949), é aquele ambiente que se dispõe a favorecer as condições mais adequadas para o bebê, para a criança. Se

Winnicott (1949/2000) vai sumarizar, então, três categorias¹¹⁴ de experiência do nascimento. A dita normal, que é a saudável, positiva e apresenta, no decorrer da vida do indivíduo, uma significância relativa, fornecendo o padrão de vida natural, sem exigir praticamente nenhuma reação. A traumática comum, que acaba por misturar diversos outros fatores ambientais traumáticos, é uma experiência traumática que não se destaca em relação a outras possíveis descontinuidades: ela é um trauma que não chega a ser altamente significativo; é uma experiência traumática como qualquer outra. E por último a experiência traumática extrema, que faz advir uma insegurança corporal muito grande, e conseqüentemente exigiria reações excessivas por um tempo prolongado que levam ao rompimento do fio do seu processo pessoal e contínuo, “deixando sua marca permanente no indivíduo” (p. 272). O bebê é obrigado a dar conta de um ambiente que insiste em ser importante. Neste ponto, é possível dizer que o bebê perturbado por uma imposição que o faz reagir é empurrado para fora do estado de ser visto; que, “ao reagir, o bebê não está 'sendo'. O ambiente que impõe não pode ser sentido pelo bebê como uma projeção de seus impulsos agressivos pessoais, pois, neste estágio, tal coisa ainda não faz qualquer sentido” (p. 267). As conseqüências que advêm daí implicam o comprometimento da tendência à integração, haja vista a possibilidade de “ocorrer uma falsa integração que implica alguma forma de pensamento abstrato, o que não é natural” (p. 266). O autor nesse momento nos propôs dois caminhos a que as cisões podem levar: “No primeiro caso ocorre um desenvolvimento intelectual precoce. No segundo há um fracasso no desenvolvimento do intelecto” (p. 267). Com relação a esse aspecto, o desenvolvimento prematuro da atividade intelectual é um problema, pois deriva de um estágio demasiadamente precoce na história do indivíduo, “sendo, portanto, patologicamente desvinculado do corpo e de suas funções bem como dos sentimentos, impulsos e sensações do ego total” (p. 267).

Winnicott (1949/2000) parte do pressuposto da concepção de que o corpo e a psique se desenvolvem juntos, a princípio fundidos, e gradualmente tornando-se distinguíveis um do outro. Haveria antes do nascimento uma potencialidade, “um estar-

você tem um bebê que precisa de uma condição para que o parto seja facilitado, essas são as condições ideais. O ideal é o adaptativo para favorecer a continuidade de ser nessa perspectiva, radicaliza a dobra operada sobre o bebê, diz respeito às condições do bebê que está por vir, e não às impostas pelo ambiente que previamente determina aquilo que seria mais adequado. É pensar em disponibilizar as melhores condições para o bebê — porém, é claro que, às vezes, as melhores condições para o bebê não são as melhores para a mãe.

¹¹⁴ Tal organização detém semelhança com os traumas estruturantes e desestruturantes de Ferenczi.

aí pessoal, uma continuidade da capacidade de ter experiências. Essa continuidade, que poderia ser vista como o início do eu, é periodicamente interrompida por fases de reação a intrusões” (p. 274). A título de conclusão, o autor afirma que “a ansiedade é um fenômeno universal, do qual não se pode correlacioná-la a um tipo especial de nascimento” (p. 273), mas que o trauma pode determinar padrões de sentimentos posteriores.

Nos seus últimos anos de vida, Winnicott (1963/1994) trabalha sobre o tema do medo do colapso, que seria um “fenômeno universal” (p. 70) manifestado mais expressamente por alguns sujeitos do que por outros. Winnicott (1963/1994) propõe a possibilidade do colapso enquanto algo que já tenha acontecido, mas não experienciado, próximo do início da vida do indivíduo. Neste contexto, a inconsistente integração do ego não é capaz de se apropriar do ocorrido, ou seja, o ego é “imaturo demais para reunir todos os fenômenos dentro da área da onipotência pessoal” (p. 70). O ponto diferencial aqui reside justamente na ideia de que as defesas geralmente são pensadas enquanto organizadas pelo ego para dar conta de um possível colapso na organização do mesmo ego, mas na questão do colapso é o próprio ego e sua mínima “organização a ameaçada” (p. 71). Neste contexto, há uma eclosão de agonias primitivas — “ansiedade, aqui, não é uma palavra suficientemente forte” (p. 72). Mas o que seria o colapso? *Grosso modo*, pode significar tanto “uma falha na organização de uma defesa” (p. 71), como também “para descrever o estado de coisa impensável subjacente a organização de uma defesa” (p. 71). Em relação ao medo¹¹⁵, ele estaria articulado “agonia¹¹⁶ original que provocou a organização de defesa” (p. 73). Não entraremos nos meandros de cada uma delas, mas vale assinalar a importância para o autor da noção de ruptura na continuidade de ser, considerando que nas agonias impensáveis “a ameaça não é, como na angústia de castração, a perda da onipotência narcísica, mas o aniquilamento do ser, já que o bebê interrompe seu vir-a-ser quando reage” (p. 72). De acordo com Loparic (1997), tal

¹¹⁵ Sem grande rigor, acreditamos que aqui haveria uma diferença entre afetos mais complexos (tristeza, alegria) e aqueles mais basais, de explosão, desfalecimento, temores básicos relacionados as primeiras experiências subjetivas. Para melhor compreensão dessa vivência de afetos de agonia em um eu incipiente, seria necessária uma exploração aprofundada no campo dos afetos. Indicamos nesse sentido o artigo de Peixoto Jr & Arán (2011), bem como os trabalhos de Daniel Stern.

¹¹⁶ Em relação às agonias primitivas, Winnicott (1963) vai trazer alguns exemplos delas e das defesas erigidas contra elas: 1. Retorno a um estado não-integrado (Defesa: desintegração); 2. Cair para sempre (Defesa: sustentar-se/*self-holding*); 3. Perda do conluio psicossomático, fracasso da despersonalização (Defesa: despersonalização); 4. Perda do senso do real (Defesa: exploração do narcisismo primário, etc.); 5. Perda da capacidade de relacionar-se com objetos (Defesa: estados autistas, relacionados apenas a fenômenos do self).

conceito compreende afetos que surgem quando o indivíduo se depara com situações nas quais há ameaças de: aniquilação, quebra da linha do ser, perda do contato com a realidade, desorientação no espaço e desalojamento do corpo.

A questão que se coloca é a de que, num contexto precoce — de dependência absoluta —, “o ego não pode se organizar contra o fracasso ambiental, na medida em que a dependência é um fato da vida” (WINNICOTT, 1963/1994, p. 71). É nesse sentido que Ogden (2015) vai afirmar que o colapso se relaciona justamente com colapso da relação ambiente-bebê, impondo à criança uma solidão que a coloca à beira da inexistência. Tal estado em que o bebê se encontra — desconectado de um vínculo com o ambiente — o impulsiona “para o que poderia assumir a forma de uma agonia dissecadora primitiva” (OGDEN, 2015, p. 22). Nesse contexto, houve uma falha em tal grau e duração num momento em que isso não era possível, o que faz com que Winnicott ache mais apropriado pensar “não em traumas, mas em nada acontecendo quando algo poderia proveitosamente ter acontecido” (WINNICOTT, 1963/1994, p. 75).

Isto significa que uma agonia impensável só o é pelo motivo de “se manifestar na ausência de relacionamento mãe-bebê, bom o suficiente” (OGDEN, 2015, p. 21). Tem-se ainda a dimensão do acontecido não experienciado, que por ter um caráter presentificado, que insiste em atormentar os sujeitos, mesmo muitos anos depois, visto que a experiência de agonia não pode se tornar passado a menos que “o ego possa reuni-la dentro de sua própria e atual experiência temporal” (WINNICOTT, 1963/1994, p. 73). A não integração dessa experiência na linha de continuidade leva o sujeito a buscar detalhes do passado, procurando compulsivamente no futuro (WINNICOTT, 1963/1994). Para Ogden (2015), a busca por apropriação desses fragmentos de vida não experienciados — que seriam em última instância, partes de si mesmo perdidas — seria uma necessidade universal. Daremos continuidade, de forma mais sintética, à proposta de discriminar os aferentes do trauma no âmbito do desenvolvimento emocional.

De início, o trauma trará mais impasses às organizações do ego e da personalidade, como nos dirá o autor; nesse contexto, o “trauma implica um colapso na área da confiabilidade ‘no meio ambiente expectável médio’, no estágio da dependência quase absoluta” (WINNICOTT, 1965/1994, p. 113). Esse tipo de trauma corresponde à não sintonização do ambiente na previsão da necessidade básica do bebê, que propicie “a experiência de onipotência” (p. 113). Em consequência, o trauma prejudica a realização

das tarefas básicas do processo de amadurecimento: a integração temporal e espacial do bebê, o estabelecimento da parceria psique-soma e a constituição do si mesmo. O segundo tipo de trauma está imbricado num contexto de dependência relativa, exigindo aqui a introdução de desilusões graduais; ou seja, se tudo vai bem, instaura-se um plano de composição a partir do acolhimento e da provisão ambiental, que oferece a possibilidade de um plano interno para o externo, da ilusão para a desilusão, do eu para o não-eu, de forma gradativa. Isto é, “podemos pensar que aqui há um trânsito importante entre o mundo subjetivamente e objetivamente percebido, primordial na instauração do princípio de realidade” (p. 113). Aos poucos vai sendo possível produzir diferenciações mais complexas. O trauma, nesse contexto, terá lugar se o ambiente não falhar, se não for desadaptativo em doses suportáveis, incapaz “de desempenhar seu papel no processo de desilusão” (p. 114), podendo não só interromper a tendência afirmativa, como afetar outras experiências, dificultando todo esse trânsito em relação à realidade externa, à percepção de si e à relação e uso de objeto. Os exemplos ilustrados pelo autor remetem às situações que apontam para uma qualidade ambiental em que a separação é insuportável. No entanto, isso se deve não a uma tendência instintiva de relação de apropriação dos pais sob a criança, mas pela emergência de estados que alteram a consciência dos pais — tendo para isso vários motivos, depressão, surto, luto — que inviabilizam o uso do ódio nos relacionamentos¹¹⁷, e conseqüentemente a capacidade de desiludir.

Winnicott (1965/1994) fala ainda de trauma — terceiro tipo descrito —, no sentido em que houve no infante ou criança a consolidação da capacidade de “acreditar” (p. 114). *Grosso modo*, já houve uma confiabilidade anterior no ambiente; já há a percepção da existência externa do ambiente, conforme apontado por Dias (2006); ele já sabe distinguir entre algo que vai mal em si mesmo e algo que falhou no ambiente. Nesse sentido, a provisão ambiental primeiro se ajustou, mas depois fracassa — “implica uma quebra da fé” (WINNICOTT, 1965/1994, p. 114). Para se apropriar do uso da expressão [do?] trauma, a falha ambiental deve sobrepujar a capacidade de confiabilidade, e dessa maneira “atravessar as defesas” (p. 114). Atravessar as defesas levaria a um tipo de dissociação interna, na qual se “divide o objeto idealizado e isto pode ser experienciado em termos de um delírio de perseguição por parte de objetos bons” (p. 114). Desta

¹¹⁷ O ambiente nesse sentido foi confortador, mas não tranquilizador.

maneira, se há possibilidade de reação apropriada — “ódio e raiva apropriado” (p. 114) — e a suportabilidade do ambiente em relação a isso, a capacidade de acreditar não se desmantela, o indivíduo é capaz de lidar com essa desadaptação ambiental sem comprometer seu amadurecimento e sua espontaneidade. O quarto modelo de trauma, para Winnicott (1965/1994), estaria remetido ao contexto situado no período edipiano, “nos inter-relacionamentos como os que se dão entre três pessoas totais” (p. 114).

A ideia que se tem aqui é de uma consistência maior dos processos básicos — uma integração substancial — em que o trauma teria uma natureza “oposta a ser impedida de alcançar integração” (p. 114). No entanto, isso não quer dizer que a integração não possa ser dificultada, ou que a partir desse momento o trauma seria menos doloroso. Winnicott (1965/1994) aponta, justamente, que a essa altura do processo em marcha, “mais gravemente ela pode ser ferida se for traumatizada; ferida, ou feita sofrer” (p. 114)¹¹⁸. Desta maneira, o ambiente aqui precisa ser confiável para dar auxílio na consistência e pessoalidade do mundo interno, de modo a propiciar uma relação com o mundo interno menos persecutória, ou seja, “tornar-se estabelecida uma realidade psíquica pessoal ou interior que torna a fantasia uma experiência comparável ao relacionamento [com o?] objetal real” (p. 114). Nesse sentido a falha ambiental em que a ideia de trauma estaria imbricada tem aqui duas acepções: a de 1) fonte de sofrimento intenso, que pode levar a feridas; e a de 2) comprometimento no âmbito da personalização do mundo interno.

Há ainda a modalidade de trauma relacionado à “destruição da pureza da experiência individual por uma demasiada intrusão súbita ou imprevisível de fatos reais” (WINNICOTT, 1965/1994, p. 114), como também “pela geração de ódio no indivíduo, ódio do objeto bom experienciado não como ódio, mas delirantemente, como sendo odiado” (p. 114). Para Dias (2006), tal situação de decepção, ou uma sobrecarga de decepções, pode assolar em qualquer momento da vida, resultando não em aniquilamento, mas em amargor, ressentimento e quebra genérica de confiança na humanidade. Por esse ângulo, mesmo quando uma pessoa teve um bom começo, dissociações, abalos e intensificações de defesas podem ter lugar, até mesmo adquirindo um caráter relativamente estável. Em relação a esse aspecto, Klein & Vertzman (2018) aludem ao

¹¹⁸ O que fica como questão é se o autor dá a entender que, atingindo um grau de integração tal, o indivíduo deixa de perder algumas posições basais. Tal questionamento, por mais frutífero que seja, nos desviaria do foco pretendido no capítulo.

fato de que, quando o bebê começa a advir enquanto tal, é impossível voltar à não integração como estado permanente, ainda que seja possível experienciar estados não integrados. Ainda nesse pensamento, Dias (2006) nota que o estado paranoide, em sua modalidade de colocar para fora, projetivamente, seu ódio, não tem sempre a mesma raiz, e nem se estabelece nas mesmas proporções. Nesse sentido, podemos pensar de maneira análoga uma diversidade de modalidades defensivas como, por exemplo, a autolesão.

II.4.4 Integração, reação, espacialização e temporalização: vetores sensíveis da autolesão

“Eu cuido depois. Passo pomada anti-inflamatória, tomo remédio, fico observando cada casquinha que se faz. Vejo se ainda está dolorido, percebendo mesmo como está o processo de cicatrização. Tem todo um ritual com meu corpo, dos cuidados com meu corpo depois de me queimar, machucar”.

No que foi exposto até aqui, observamos que o conceito de trauma em Winnicott comporta uma multiplicidade de elementos que esgarçam os modos de ação traumática. Sendo assim, se levarmos em conta os primórdios, o trauma abarcaria não só situações muito aquém das interações linguísticas, simbólicas e representacionais, não se restringindo às experiências barulhentas de ruptura, quebra e descontinuidade *per se*. A partir das ideias de unidade dual (estar completamente só e completamente dependente) memória corporal, colapso vivido, mas não experienciado, e busca por apropriação deste, o traumático e suas consequências passam a abranger movimentos tanto de destruição como de criação.

Feita a apresentação da variabilidade de junções traumáticas em Winnicott, cabe agora a tarefa de responder à questão: como pensar a questão do trauma em jogo na dinâmica da autolesão no âmbito do desenvolvimento emocional primitivo? Que relação essa modalidade de ato guarda com o papel do ambiente? Vale frisar que a autolesão é multicausal, e buscaremos aqui apenas apontar as vias de compreensão que se abrem na articulação com as ideias de trauma como trabalhadas pelo autor, buscando chegar numa diferenciação de grau, bem como nas possíveis diferentes nuances qualitativas.

Primeiramente, vamos pensar no âmbito dos primórdios, no momento em que “existe um simples estado de ser, e uma consciência (*awareness*) incipiente da continuidade do ser e da continuidade do existir no tempo” (WINNICOTT, 1990, p. 157).

O trauma, nesse contexto, remeteria mais à ideia do colapso da relação com o ambiente; precisamente, “em nada acontecendo quando algo poderia proveitosamente ter acontecido” (WINNICOTT, 1963/1994, p. 75) como também de um vivido não experienciado (p. 73). Tal imagem nos remete justamente a uma fissura, uma vivência de corte no âmbito corporal, espacial e temporal em que instantes podem ser vividos como eternidades: “a ideia de infinito provém dos vestígios mnêmicos de nossa infância, presentes em cada um de nós, antes de o tempo se pôr em marcha” (p. 128).

Isto posto, pequenos ou grandes colapsos, podem e são vividos, expondo o ser em constituição a uma sensação de ausência de delimitação, de contorno, de borda. Como vimos, tal experiência vai ser buscada — na tentativa de apropriação — no futuro pelo indivíduo. Num registro sensível, toda uma variedade de formas autolesivas — das mais sutis às mais intensas — poderiam ser pensadas a partir desse vivido primitivo do infinito, como um modo de espacializá-lo, enquanto uma defesa contra a exposição à vivência de desmesura. Em relação às agonias que emergem num contexto de colapso da relação com ambiente, há aqui toda uma vastidão de sensações, difusas e com potencial lascivo: a de não ser, não se sentir vivo, não se sentir real, vivências de vazio, de aniquilamento, que ao se autolesionar, índices podem ser criados de maneira a aplacar, amenizar, contrapor essas sensações disruptivas.

Um pouco mais adiante na marcha da subjetivação, retomemos a imagem da bolha, na qual a dimensão da alteridade existe, mas não é sentida. Alguns dos possíveis desdobramentos que se colocam quando o ambiente se torna o centro de gravidade — tanto por presença ou por ausência excessiva e/ou prolongada — suscitando reações à intrusão. Nesse sentido, as falhas na provisão ambiental — de cuidado suficientemente bom, *holding*, *handling* —, a depender do grau, não só não auxiliam na amenização de uma dimensão persecutória, como na sobrevivência aos pequenos aniquilamentos. Tudo isso, somado aos temores agonísticos, não auxilia a minimizar os efeitos dos sentimentos de desintegração e despersonalização: “o bebê se desmancha em pedaços a não ser que alguém o mantenha inteiro” (WINNICOTT, 1990, p. 137). Isto porque, numa descontinuidade acima do grau suportável, “o bebê entra em estado de não integração, ou perde contato com o corpo, ou translada-se do conteúdo para o continente sem qualquer dor” (WINNICOTT, 1952, p. 166).

É necessário lembrar que há os estados de não integração, a partir do qual a integração se produz, isto é “só gradualmente o estado geral de integração se torna fato” (WINNICOTT, 1990, p. 137). À medida que o self se constrói, que o ego vai ganhando consistência, passa então a ser capaz “de incorporar e reter lembranças do cuidado ambiental, e, portanto, cuidar de si mesmo, a integração se transforma num estado cada vez mais confiável” (WINNICOTT, 1990, p.137). Assim, não se pode falar mais em não integração, enquanto estado permanente, mas apenas de modo breve ou transitório. No entanto, a desintegração sempre pende “como ameaça no futuro”, isto porque “existe um sentimento geral, fora do alcance da consciência, de que a integração é um estado precário que, quando perdida, “produz uma sensação de enlouquecimento” (WINNICOTT, 1990, p. 138).

Se pensarmos no trauma em termos daquilo contra o que um indivíduo não possui defesa organizada — “de maneira que um estado de confusão sobrevém, seguido talvez por uma reorganização de defesas, defesas de um tipo mais primitivo do que as que eram suficientemente boas antes da ocorrência do trauma” (Winnicott, 1970, p. 259; p. 201) — podemos articulá-lo, associando a autolesão a partir de vários graus em relação às experiências básicas do ser. Por exemplo, para Winnicott (1990), fortemente associada ao problema da integração recém-alcancada “está a exploração das sensações da pele, a dramatização do cuidado físico e a ênfase excessiva na capacidade de cuidar de si próprio¹¹⁹” (p. 138). Destruir o próprio corpo, autolesionar-se, tem a função de tentar proteger o objeto — objeto que no período ainda marcado por uma dependência intensa, ou seja, que ainda é parte da onipotência —, da retaliação primitiva que ocorre num momento em que a diferenciação entre sujeito e objeto ainda é incipiente. Como também, pode vir a ser um recurso para suportar o trauma. Winnicott (1990) menciona ainda a aquisição da integração numa época tardia, como sendo por vezes marcada por ataques defensivos, que podem ser facilmente confundidos com impulsos instintivos. No âmbito da desintegração, há a possibilidade de se vivenciar certo descontrole a partir dos impulsos. Os impulsos que passaram a ser vividos como pessoais voltam a ser vividos como impulsos impessoais, com uma qualidade persecutória. Em vista disso, certa desterritorialização passa a ser temida. No entanto, o ataque defensivo, como a autolesão,

¹¹⁹ Esses memórias de cuidar de si próprio derivam “de uma mistura de memórias de ser levado ao colo e de experiência de não estar sendo suficientemente bem seguro” (WINNICOTT, 1990, p. 138)

“possui um elemento positivo na medida em que propicia uma integração momentânea” (WINNICOTT, 1990, p. 142).

Deste ponto de vista, podemos derivar ao menos cinco ideias em que a autolesão pode comparecer, articulada ao traumático: 1) a autolesão poderia ser utilizada enquanto uma reação à invasão ambiental, que nesse contexto não se constitui enquanto tal — atacar a si seria sinônimo de atacar o ambiente —; 2) numa outra via, quando o ambiente se faz presente gera um padrão persecutório que pode gerar ansiedades, angústias e agonias, bem como modos de lidar com essa — ou seja, aqui a autolesão seria uma defesa contra a emergência de afetos disruptivo —; 3) além disso, é possível pensar em termos de sobreposição de defesas, na qual, frente a experiências de desintegração ou dissociações intensas, a autolesão pode vir a ser: 3.1) uma maneira de manter o conluio do corpo com psique, ou 3.2) um modo de retomar o contato com a realidade. Há ainda, em situações de ausência, 4) a possibilidade da autolesão enquanto forma de usar o corpo como consolo — como no chuchar do dedo a ponto de machucá-lo —, que seria uma tentativa de busca de autossuficiência, que ao mesmo tempo apontaria para uma tentativa de manter o objeto a meio do caminho; e 5) o excesso de demanda ambiental — podendo levar a hipertrofia da atividade mental, sobrecarga da atividade do pensamento, expor-se à tensão corporal —, ao passo que a dor física se colocaria enquanto possibilidade de alívio da pressão de um regime superinvestido, transladando-o para o continente.

Um ponto importante, é o em relação à caracterização quanto à forma de ação da autolesão. Na ideia expressa por Winnicott (1949) quanto à delimitação temporal — o mais intolerável seria sofrer o efeito de algo que não sabe quando terá um fim — percebemos que ao se utilizar a autolesão, pode-se obter dois efeitos cujo resultado familiariza-se com algo da ordem da oposição à dispersão. Isto é, ainda que esse efeito possa ser transitório, a autolesão tem o potencial de instaurar uma outra temporalidade para o sujeito, uma vez que “através da forma, o fim está visível desde o início” (WINNICOTT, 1949, p. 266). A autolesão, a um só tempo, intenta delimitar uma objetividade a um sentimento vivido de forma puramente subjetiva, e insere a possibilidade de temporalização; isso à medida que, ao lesionar o corpo, há um tempo de machucar, de cuidar, de se recuperar, como também de acompanhar todo esse processo — no qual se sabe, em termos, como ele termina (na cicatrização), de onde vem (da própria pessoa) e onde está localizado (na pele).

Num âmbito macro do desenvolvimento emocional, é possível associar a autolesão dentro de um espectro em torno das possíveis vacilações na constituição do si-mesmo (WINNICOTT, 1945/2000). Os atos autolesivos, ao que tudo indica, portam uma forma de revitalizar e de cuidar do corpo, ao promoverem um novo modo de experimentá-lo. Estes aspectos nos levam a considerar a autolesão, antes de tudo, como efeito de um trauma, e não sua causa, visto que ela advém de um colapso na relação ambiental que, como consequência, mobiliza agonias, angústias, ansiedade — e que, em algum ponto, pode ser vivido como sofrimento. Isto posto, em relação ao sofrimento, a autolesão nos parece guardar mais familiaridade em termos de consequência do que quanto a ser fonte, causa de sofrimento.

II. 5 Sumarização

Qual foi o ângulo de abordagem do assunto? Recorremos, sobretudo, a Freud, Ferenczi e Winnicott de modo a trazer algumas de suas contribuições acerca do trauma, de modo a tentar nos aproximar do fenômeno da autolesão. Como colocado no primeiro capítulo, nem todos os sujeitos apresentam todas as características, ou seja: a autolesão se apresenta de formas diferentes. No entanto, parece que detêm pontos em comum, certa semelhança de família, índices que os une em torno da ideia de usar o corpo para lidar com um sofrimento, com uma lembrança, com um afeto, com pensamentos, com as fantasias, com o efeito do outro. Neste capítulo, tentamos demonstrar como existem variadas organizações traumáticas que se correlacionam com tipos distintos de autolesão. A depender da combinatória dos elementos que vêm a se adjetivar enquanto um trauma para alguém, aspectos diferentes vão ter dominância tanto no plano interno quanto no externo. Desse modo, encontramos modalidades, possivelmente situações traumáticas díspares, que vão implicar estilos subjetivos heterogêneos para aquelas pessoas que se cortam. Para evidenciar essa hipótese, recorreremos a alguns aferentes do trauma nos autores de modo e destacar algumas qualidades variadas, ressaltando aqueles vértices que pretendíamos aquilatar.

A reflexão e revisão extensa operada por Freud acerca da noção de trauma nos permite muitas conexões com a temática da autolesão. Diante dessa apresentação, cabe reconhecer que, em alguns momentos, Freud privilegia termos que detêm familiaridade com um âmbito comum de significação — ruptura, violência, invasão, inundação, excesso, afetos aflitivos, surpresa, dentre outros — sem, no entanto, apontar os limiares

tênuas que os distingue. Freud ofereceu um terreno de onde é possível derivar e compor diversos arranjos com o adjetivo traumático. Muitas imagens e possíveis fios lógicos de associação — de fato, ao ser apropriados por outros autores — que podem se ramificar e se interligar compondo uma árvore genealógica. Não aventamos os matizes e diferenças que implicam as mudanças operadas pelos autores, mas somente apontamos que, embora haja diferenças, nexos lógicos podem ser buscados. Vale dizer que encontramos, sobretudo em seus primeiros escritos acerca da ideia de trauma, referências que remetem a ideia de multiplicidade, pluralidade de elementos que podem levar ao adoecimento. Destarte, extrapolam a dimensão do traumático enquanto encontro com a sempre problemática sexualidade e suas vicissitudes prioritariamente intrapsíquicas, bem como permite olhar com mais cautela para os impasses do encontro, imprescindível, com a alteridade.

Atentando-nos também para as sutilezas afetivas perpetradas nesta relação, salientamos algumas possíveis derivas traumáticas, que podem variar de acordo com a possibilidade de assimilação, que pode ser impedida ou favorecida pela alteridade. As noções de trauma, em Freud apresentadas, nos pareceram um critério determinante no que tange à possibilidade de distinguir e matizar o espectro abrangente da autolesão. Ao retomarmos às várias vertentes do trauma em Freud, podemos esclarecer os atos autolesivos a partir da lógica do retorno das impressões ocorridas num passado. Esse retorno pode estar conexo a afetos, a choques traumáticos, a problemáticas de perda, de separação, de constituição do eu. A depender do tipo com a que se colaciona, a autolesão vai remeter a aspectos díspares, mas que podem se sobrepor. Também com Freud, o corpo parece se interpor à medida que o objeto falha, à medida que o mundo se torna fonte de tormento.

Recorremos a Ferenczi para a ampliação do campo do trauma e dos modos de defesa radicais que permeariam todo o território existencial, em razão de Ferenczi fazer constantes referências a “fragmentações” e “cisões no eu”, que assumiriam posteriormente a noção de clivagem — com a qual operou diversas articulações, ou seja, pensou seus efeitos a partir de vários contextos, com vários aspectos. A partir das modalidades de defesa mais radicais, tornou-se mais claro o enredo paradoxal da autolesão. Aproximamo-nos de qualidades de relação com o ambiente em que a marca se caracteriza como indiferença, abandono que pode culminar na incorporação do agressor. Nessa lógica surgiram indagações a respeito da dor, do prazer, como também em relação ao alvo que se pretende atingir quando se lesiona. Aquilatamos também de que forma o

corpo se comporta nessas situações. Como já apontado anteriormente, Ferenczi descreveu processos de adaptação à realidade — como nas situações de educação conduzidas sem cuidado — em que o expoente na criança seria a produção de uma personalidade distinta. Ferenczi trabalhou com modalidades de adoecimento psíquico num vasto e sutil espectro de situações, a partir das interações do sujeito com seus objetos. Os traumas agem, de forma geral, diretamente sobre a corporeidade, aspecto que foi ressaltado com mais refinamento. Os traumas, para os quais o autor nos chamou atenção, atingiriam o psiquismo em um momento crítico de sua própria constituição, desestruturando um edifício narcísico ainda insuficientemente erigido. Na vida do sujeito há duas ordens traumáticas, de limites sutis, que podem influenciar as formas de subjetivação de maneira estruturante ou desestruturante. Para Ferenczi, o que torna os processos comuns aos desenvolvimentos de toda criança patológicos — o que lhes acrescenta o adjetivo de traumáticos — é a relação com objetos que mantêm certas características (DEL MOLIN, 2016, p. 183).

Ferenczi se dedica de forma mais atenta aos traumas desestruturantes, traumas de cunho patológico, que complexifica as relações de temporalidade, memória e defesa no sujeito. Bordejando os limites da metabolização e apropriação da experiência, o trauma, à medida que pode ultrapassar os limites psíquicos e que tem consequências dramáticas para o sujeito, pode pôr em risco a continuidade de ser. Com Ferenczi, novos elementos são postos em jogo para compreender a faceta mais dispendiosa do trauma; além disso, somos levados a encarar tal forma de efeito, enquanto um acidente de percurso, que atua de forma indiferente. Ou seja, o traumático com potencial transformador e mobilizador do anímico pode ser comprometido justamente a partir de uma dissonância entre sujeito e ambiente, de tal forma insidiosa e cumulativa, que afeta a subjetividade, podendo assumir um efeito ainda mais nefasto por sua incidência na infância (um adulto violenta uma criança, isso pode ser de várias formas: castigos físicos muito grandes, por exemplo, mas o modelo que Ferenczi toma é o do abuso sexual). Uma violência exercida por um adulto em uma criança, frente a qual a mesma não pode reagir, não tem apoio de outro adulto e provoca intensos rearranjos que favorecem a manifestação patológica, fixações e compulsões. Essa reflexão que leva Ferenczi a pesquisar as maneiras de acessar os eventos traumáticos, pensar suas vias de expressão, encontrando o corpo, com todo seu potencial afetivo e catártico, como desempenhando papel preponderante. Conexões diversas com a temática da autolesão surgiram, sobretudo com relação a clivagem. Na descrição desse tipo de mecanismo arcaico, apontamos como seu uso pode ser

intensificado em situações que ultrapassam as possibilidades e recursos do sujeito. Nesse ínterim, a autolesão poderia estar articulada tanto enquanto trauma físico fomentador de clivagem a nível psíquico, quanto pode ser recrutada com a finalidades de contraposição aos desdobramentos provocados pela clivagem na subjetividade.

Com Winnicott, a dimensão ambiental é radicalizada. O eixo e a importância do trauma, no decorrer da vida do sujeito, são alargados de maneira considerável. O autor vai tematizar o trauma fora do âmbito da onipotência. As experiências precoces têm interferência muito grande na maneira como cada um vai viver um trauma posteriormente. Diante das vivências traumáticas, para aqueles que não puderam experimentar uma provisão adequadas às suas necessidades, um evento pequeno pode ter impacto de algo muito devastador, aterrorizante. Ressaltamos algumas qualidades basais do ambiente, que podem facilitar ou impedir a afirmação do ser e de seus potenciais vitais. Dentre as tarefas básicas do ambiente está a de oferecer os cuidados corporais, a partir de um plano de afetação, e com isso apresentar o mundo em pequenas doses, coisas simples e previsíveis, aspecto fundamental para instaurar a vivência de tempo e espaço. Pequenas distorções são parte do processo. As grandes são resultado de reações excessivas em função de intrusões excessivas que passam do limite do suportável. Vale lembrar que a dimensão do que não aconteceu quando deveria ter acontecido vai insistir por apropriação na vida do sujeito. Com relação à autolesão, chegamos a limiares perenes, a qualidades sensíveis e marcantes da corporeidade que vão estar presente de forma mais ou menos consistente na vida dos sujeitos. Destacamos a importância da forma, da espacialização e da temporalização implicadas nos atos autolesivos. Abordamos também a conexão entre os aspectos da continuidade de ser, com sentimento de existência, e a função que a autolesão pode ter quando tais marcadores se tornam incipientes. Para dar inteligibilidade ao explicitado até aqui, nos utilizamos dos testemunhos encontrados no diretório do Redditt. Ao final deste capítulo chegamos a uma situação traumática, que coaduna indicações dos três autores, em que a alteridade se apossa do psiquismo do sujeito, podendo assumir um grande domínio sobre ele.

Por conseguinte, feito esse percurso, podemos então discutir a autolesão a partir de algumas expressões e alguns estilos subjetivos. Partindo de uma visada relacional, do pressuposto de que em algum momento da história do sujeito houve algum fracasso ambiental, vimos que tal desbalanço pode vir a favorecer essa experiência de ferir o corpo — que, nesse caso, poderá atuar de maneira defensiva. Será explorada a complexidade traumática a partir das situações de autolesão que remetem à relação de domínio da

alteridade na subjetividade. Realçaremos alguns aspectos psicopatológicos que podem ter modalidades distintas de fazer apelo à autolesão.

CAPÍTULO III – UM BREVE ENSAIO DE EXPRESSÕES AUTOLESIVAS

III.1 Argumento

Vimos, no primeiro capítulo — com Matha (2010), por exemplo —, como é possível vincular a autolesão a diversos funcionamentos psicopatológicos. Nosso objetivo principal, com este capítulo, é aventar algumas tipificações na interface da noção de trauma com a autolesão. É pertinente marcarmos que, quando nos referimos a estilos subjetivos, tipologias ou matizes psíquicos, não estamos nos remetendo a um diagnóstico¹²⁰. Recorremos à tipificação buscando com isso nos sensibilizar para a dimensão heterogênea da autolesão, impedindo-nos de tomá-la enquanto indicativo de uma ordenação psíquica específica.

Tomando o pressuposto de que, na história dos sujeitos, pode haver desencontros primários importantes, de marca traumática, pretendemos ir um pouco além, buscando os caminhos abertos. Vamos pensar algumas nuances qualitativas que podem favorecer certas respostas autolesivas. Para isso buscamos índices traumáticos, um pouco além daquilo que pode exceder o não olhar, a não provisão, o não manejo suficientemente bom em matizes familiares a obsessão neurótica, a histeria, nos casos limites. O campo da autolesão comportaria outras tipologias, as quais não iremos abordar — como, por exemplo, aquela remetida às psicoses. Nessa reflexão sobre a qualidade, a nossa tentativa é tatear, esboçar uma via de compreensão dessa diferença de resposta, evidenciando o caráter múltiplo que a autolesão pode assumir. Neste capítulo, não iremos marcar as diferenças de especificidade da noção de trauma, optando por utilizá-la de forma não muito esquemática. Todavia, utilizaremos ainda as diferentes acepções de trauma como uma espécie de operador, justamente por remeter mais diretamente ao plano relacional, à relação com a alteridade. Qual nuance da história infantil, da relação com a alteridade, que pode ajudar a entender o que está na base das respostas? Quais características desse funcionamento queremos ressaltar?

Nós nos inspiramos nas propostas de Verztman (2013), *A estratégia de estudo de casos múltiplos na pesquisa clínica em psicanálise*, e de Vertzman & Pacheco-Ferreira

¹²⁰ Concordamos com Winnicott (1965h) que devemos nos desvencilhar das entidades nosológicas bem definidas, visto que à medida que a análise decorre, podemos nos deparar “como uma histérica pode se revelar uma esquizofrênica subjacente, uma pessoa esquizoide pode vir a ser um membro sadio de um grupo familiar doente, um obsessivo pode se revelar um depressivo” (p. 125).

(2018) *O sintoma compulsivo na contemporaneidade: reflexões a partir de um estudo comparativo de casos à luz da teoria psicanalítica*. Nessas visadas metodológicas, a proposta é discorrer sobre situações subjetivas diversas a despeito de uma queixa inicial. Apesar de não recorreremos a um estudo comparativo de casos, nos baseamos nesse formato pareativo, de colocar lado a lado estilos clínicos, formas relacionais, nos pareceu um caminho interessante para ilustrar a heterogeneidade de um fenômeno. Ainda na proposta de enfatizar a heterogeneidade de tipos clínicos a que a autolesão pode estar associada, iremos nos aproximar agora dos matizes neuróticos, obtidos na combinação de traços obsessivos, compulsivos, impulsivos e histéricos. O que queremos apontar com essa proposta? Que um sintoma não nos dá tudo do sujeito, pode permear distintas ordenações subjetivas, como também modos de estar no mundo. Não pretendemos comparar para colocação de um plano de valor; buscamos apenas marcar a pluralidade de tipos, estilos subjetivos, de um mesmo fenômeno. Conforme apontado por Vertzman (2013), comparar modelos seria um modo em que algumas abstrações nos servem para dar algum parâmetro a nossas práticas. Estamos apenas cotejando alguns modos de expressão autolesivos que acreditamos serem utilizados de modos diferentes e com finalidades diferentes, mas que, apesar dessa diferença, podem apresentar pontos de contato. Para podermos nos manter na proposta de marcar a heterogeneidade expressiva do fenômeno da autolesão, faz-se necessário esboçar com mais acuidade aquilo que, dos funcionamentos subjetivos, gostaríamos de descrever em termos de semelhança de família — algo que os reúne dentro desse quadro.

III.1.2 Autolesão: entre enlaces e desenlaces com o outro

Parece-nos possível discriminar valências específicas em relação à organização psíquica, funções e efeitos para o sujeito. Sendo pertinente, assim, distinguir situações em que a autolesão estaria submetida a um traumático passível de representação, ainda que nunca totalmente, daqueles que teriam a dominância de um traumático para além da representação e mais insidioso no potencial disruptivo da subjetividade. Frente à pluralidade de vetores, centraremos nossa análise na articulação entre os atos autolesivos e situações — que podem assumir valências traumáticas — nas quais “identidade se confunde com alteridade, em que o sujeito experimenta um estado paradoxal de despersonalização, confusão ou alienação” (JUNG & ROUSSILLON, p. 1045). Estados estes em que a alteridade parece dominar o território intrapsíquico, podendo então vir a

comprometer a continuidade de existência do sujeito. Quando nos referimos, ao longo do capítulo, a domínio e dominação, estamos seguindo a proposição de Dorey (1981), que conceituou o domínio como algo sempre em relação. Para o autor, “na relação de domínio trata-se sempre e muito eletivamente de um ataque ao outro como sujeito desejante que, como tal, se caracteriza por sua singularidade, por sua própria especificidade” (DOREY, 1981, p. 1426-1427). Nesse modo singular de interação entre dois sujeitos, o que se pretende é o desejo do outro, “portanto, reflete uma tendência muito fundamental para neutralizar o desejo dos outros, isto é, para a redução de toda alteridade, de toda diferença, para a abolição de toda especificidade” (DOREY, 1981, p. 1427). Para o autor, o domínio tem como objetivo controlar o outro de maneira a torná-lo inteiramente assimilável; e Dorey (1981) afirma que esse controle existe em todos nós, em graus variáveis.

Ao nos determos na questão do domínio interno, indagamo-nos, de saída: como ele se dá e qual resposta é dada a ele? De forma um tanto quanto esquemática, podemos pensar que a constituição do si mesmo envolve, antes até do encontro, uma relação anterior ao especular, havendo a projeção do narcisismo perdido dos pais e de uma série de exceptivas e projeções nesse ser por vir: a sua majestade, o bebê (FREUD, 1914/2006). Podemos conceber que, nesse momento anterior ao nascimento, já teria início a questão do domínio. Winnicott (1945/2000) sistematizou as modalidades de dependência a partir de três contextos interacionais com o ambiente: a dependência absoluta, a dependência relativa e rumo à independência. Em cada um desses modos há graus, níveis de dependência do indivíduo em relação ao seu entorno, mas o que fica marcado é que a independência nunca é total, não se evita a dependência. Podemos, entretanto, esperar que ela acabe sendo de intensidade moderada (ROUSSILLON, 2004). Em linhas gerais, o investimento dos adultos nas crianças é absolutamente fundamental para a existência do ser, investimentos que, no princípio, são somatopsíquicos. As demandas iniciais da criança, ligadas às necessidades básicas, exigem dos objetos um trabalho de se colocar no lugar do outro. Para que tal sintonia e experiência sejam sustentadas, é preciso, na hipótese de Winnicott (1956/2000), um nível de identificação tamanha — a preocupação materna primária —, que é como se a mãe pudesse viver a experiência do outro, quase alucinatoriamente.

Tal conjuntura, nessa interação, favorece que as experiências do bebê possam ir sendo integradas e apropriadas. Nesse contexto de unidade dual, há toda uma atmosfera de previsibilidade. A preocupação materna primária evita que o bebê precise reagir a possíveis perturbações, podendo continuar a ser. Esse estado, conforme descrito pelo

autor, passa-nos a sensação de que a mãe não só se preocupa *com* o bebê, mas ela de fato se preocupa *pele* bebê. Nesse ínterim, uma outra função do objeto também é evidenciada, no corpo da mãe, sobretudo no rosto: a sua função de espelho (WINNICOTT, 1967/1983). É no reflexo do outro, no que se transmite, nessa dobra, que o eu corporal e a existência psíquica, como um todo, vão se sofisticando.

Desdobrando essas conceituações, Roussillon (2004) vai propor a noção de homossexualidade primária em duplo, a qual, *grosso modo*, diz respeito à organização da relação primária entre a mãe e o bebê, que assume — para além das complexificações que a história mais tarde trará para esse primeiro rascunho do vínculo — um pano de fundo das relações¹²¹. Tal noção nos ajuda a enfatizar que o estado de preocupação materna primária, e a função de espelho, não é um estado de indiferenciação: “um duplo é outro, é outro sujeito; se o duplo não é um outro, não pode ser um duplo, a referência ao duplo exclui a confusão psíquica” (ROUSSILLON, 2004, p. 424). Assim, o outro primordial precisa refletir e partilhar os estados afetivos do bebê, sem, no entanto, se confundir com ele.

Para Ogden (2014), na preocupação materna primária, haveria uma abdicação do lugar de sujeito da mãe para se colocar à disposição do bebê, sendo esta uma posição difícil. Numa linha similar, Green (1988), ao falar da dimensão da preocupação materna, com estado de sensibilidade exacerbada, acredita que haja um trabalho psíquico do objeto para estar nessa função de espelhamento. Nesse sentido, esse é um processo intersubjetivo, no qual o objeto “precisa aceitar tornar-se semelhante, que aceita refletir e compartilhar os mesmos estados de ser, os mesmos estados de espírito” (ROUSSILLON, 2004, p. 424).

Os caminhos e descaminhos do domínio interno são um problema de todos nós — de maneira análoga a uma psicopatologia da vida cotidiana. As nuances da vida psíquica, sua qualidade, vão estar intimamente relacionadas aos modos como daremos conta desse estranho familiar. Como daremos conta disso que se descontinua do familiar, ao mesmo tempo que se aproxima dele, daquilo de que podemos ter reconhecimento enquanto o que nos funda, mas que, por vezes, pode nos dar a sensação de que nos domina? É possível pensar que o eu traz, em seu âmag, um outro, que, no entanto, pode ser dissolvido enquanto tal, mesmo que isso não ocorra de forma absoluta.

¹²¹ De forma breve, o “homo” diria respeito a uma relação anterior à relação sexual: primário, por seu caráter arcaico, e em duplo, visto que o objeto se propõe a atuar como semelhante.

Vemo-nos às voltas do encontro com a dependência do outro e com o lastro que parece permanecer disso, quase como uma sombra. Tal questão nos remete ao aforismo da sombra do outro que recai sobre o eu, formulado por Freud (1917/2013) a respeito da melancolia, mas que, ao mesmo tempo, é pensável enquanto aspecto constitutivo da subjetividade humana — “um novo modo de pensar a experiência humana”, dirá Ogden (2014). Recorrer ao outro, depender dele, obter ajuda alheia traz, ao mesmo tempo, um incontornável confronto. Parece-nos que, nas situações de experiência traumática de não diferenciação, a “sombra do objeto” primário se aloja e domina o espaço psíquico do sujeito. Como efeito, o espaço subjetivo parece interdito (ANDRADE *et al.*, 2013), o que pode levar a experiências de não reconhecimento de si mesmo, e até mesmo a uma perda da certeza de si. Qual destino será dado a esse confronto? Como esse eu pode se apropriar ou ser dominado, ocupado por aquilo que veio do outro? De maneira breve e direta, nas situações em que parece não ter havido uma dissolução do domínio interno da alteridade, a identidade do sujeito pode ser ameaçada de alienação: essa identidade então assume a forma dos aspectos narcísicos do objeto, peculiaridades de sua alteridade, situações marcadas por uma dinâmica na qual “a alteridade do objeto tende a impor-se ao sujeito de forma alienante e desorganizadora” (JUNG & ROUSSILLON, 2013, p. 1050). Quando pensamos nas situações em que há impasses na dissolução do outro em si, como podemos pensar as diferentes respostas autolesivas? Qual o peso que o apelo ao ato passou a ter nessas situações?

Como construir hipóteses e generalizações levando em conta as singularidades de cada um? Ao buscarmos delimitar alguns modos de ser, podemos incorrer na tendência de resvalar nas estereotípias. Porém, ainda assim, acreditamos ser possível, a partir de alguns ramos comuns, supor um evento traumático ou uma sucessão de traumatismos que podem se constituir enquanto trauma num *a posteriori* — por exemplo, culminando numa manifestação autolesiva como destino viável. Entretanto, com isso não queremos dizer que, apenas pelo fato de terem ocorrido traumas — primários, secundários, violências ou abusos —, teremos a resposta autolesiva; há infinitos destinos possíveis. No entanto, observamos que o traumático é um aspecto frutífero para entender como o caminho da autolesão se dá. Pretendemos agora, ainda na proposta de enfatizar a heterogeneidade expressiva da autolesão, esboçar as diferenças de qualidade, e não só estabelecer um mau encontro com os objetos. Nesse sentido, a hipótese aqui proposta é ancorada no par ação-reação, segundo o qual estaríamos pressupondo que um “re-agir é resposta a um agir anterior” (PONTALIS, 1991, p. 61). Pensaremos então um modo de relação eu-outro, em

que o sujeito estaria mergulhado num contexto em que o traumático, em maior ou menor grau, pode vir a se conjecturar, analogamente, a uma situação de trauma. De maneira caricatural, estamos esboçando situações nas quais partimos de um tipo de fenômeno para avaliar a extensão de sua heterogeneidade. Ainda que privilegiemos a dimensão singular de cada um, não acreditamos ser possível abrir mão inteiramente de certas balizas. Nesse sentido, ao propormos matizes ou estilos subjetivos (extremo, obsessivo, histérico e limite), temos por objetivo nos aproximar da experiência de sofrimento de um sujeito marcado por traços que se estabilizam.

III.2 – Extremos relacionais

Tomando o aspecto do traumático como possível eixo de comparação nos quadros em que a autolesão comparece, apesar da sua inegável especificidade em cada estilo subjetivo, acreditamos que essas manifestações podem se sobrepor em determinados registros. Nesse âmbito, percebemos que o fenômeno autolesivo nas diferentes experiências subjetivas pode aparentar similaridade com o que autores como Roussillon (1991) chamam de “situações-limite”, ou o que Pommier (2009) e Estellon (2012) chamam de clínica dos extremos. Na mesma linha de pensamento, Villa & Cardoso (2004) afirmam que as situações-limite podem sinalizar algo transitório, isto é, “significa que essa forma de funcionamento psíquico não está necessariamente referida a algo fixo e estrutural, podendo fazer-se presente numa determinada fase de vida, sem persistir posteriormente” (VILLA & CARDOSO, 2004, p. 61). Segundo Pommier (2009), as figuras extremas podem ser evocadas em conexão com uma realização individual, que interpela um tipo de jogo com a morte. O autor acrescenta que essas situações podem oscilar desde cenários caóticos e desumanizados até formas menos excepcionais, próximas a uma psicopatologia cotidiana. Como nos mostra Pommier (2009), trata-se menos de uma situação específica, mas uma posição que o sujeito ocupa quando confrontado com algo que excede sua capacidade de resistência ou negociação. Geralmente, nesses casos, o sujeito mantém consigo e com o outro, uma dinâmica criada pelo próprio, no qual se faz intervir ao mesmo tempo como perseguidor e salvador. Nesse sentido “é mais sobre viver o extremo do que se encontrar uma situação objetiva” (POMMIER, 2009, p. 156). Mas qual qualidade relacional queremos marcar? Situações em que o objeto se apossa do espaço subjetivo. A aposta aqui é de que a autolesão visa amenizar ou aplacar a presença objetal excessiva, colocando-a do lado de fora.

Nesse cenário, pensamos em relações numa qualidade similar a uma “paixão mortífera” (CARDOSO, 2005), na qual o sujeito se encontra como que apossado pelo objeto, sobretudo o primário, que exerce um intenso domínio interno, diante do qual o sujeito encontra tribulações para obstaculizar, resultando na inundação do universo adulto no psiquismo da criança (VERZTMAN, 2020). Porém quais são os efeitos mobilizados nessa dinâmica? Os efeitos disso para o sujeito são dos mais variados. No entanto, um efeito incontornável, de força perturbadora, da dominação é um estado de confusão. Aqui vale retomar o tema do trauma para articular melhor o ponto no qual estamos focando. Verzman (2020), ao discutir os modos pelos quais a confusão de línguas¹²² participa da traumatogênese, sugere que a “confusão é um estado psíquico da criança traumatizada” (p. 48). A confusão, fruto da incidência passional dos adultos, como nessas situações de paixão mortífera, seria uma confusão provocada na criança pela paixão dos adultos, que transforma sua subjetividade (VERZTMAN, 2020). Como então o sujeito pode sair desse estado confusional em que se encontraria?

Para Cardoso (2007), uma relação muito intensa¹²³ e de caráter passional com o objeto pode mobilizar sobremaneira angústias. A dinâmica na qual o sujeito está mergulhado leva-o a intensas vivências contraditórias, em virtude de buscar, ao mesmo tempo, realizar movimentos de aproximação absoluta do objeto, bem como uma luta feroz contra sua presença. Sendo assim, nas situações de alienação radical do outro, no domínio interno que o outro pode assumir sobre nós, sobretudo as figuras parentais, a autolesão poderia ser uma tentativa de assenhorar-se de si, atacando o outro em si, ainda que de modo inconsciente, além de ser concomitantemente uma forma de tentar sair de um estado confusional.

A necessidade de se individualizar, de existir fora de uma relação anaclítica com objetos da infância, faz com que o sujeito realize uma busca “traumotrópica da realidade” (MATHA, 2010)¹²⁴, o que nos leva a supor que os sujeitos que se autolesionam envoltos por esse contexto podem estar buscando — em vista de tamanha intrusão do objeto no seu espaço psíquico interno e da falta de espaço próprio interno — “a cena psíquica no exterior” (CARDOSO, 2007, p. 330). Ou seja, acreditamos que, nessa possível face traumática, um dos recursos que tem se colocado para os sujeitos, ainda que limitado, é a autolesão. Quais seriam então as fantasias atuantes nessas situações?

¹²² Texto em que Ferenczi (1933) trabalha a problemática do trauma.

¹²³ Sobretudo nos funcionamentos-limite.

¹²⁴ Expressão de Guillaumin (1985/2001).

Seguindo esse pensamento, a partir do atendimento com uma adulta, cujo sofrimento central girava em torno da vergonha de si, Andrade & Herzog (2013) sustentam a hipótese de que a autolesão em questão decorria de uma relação de submissão absoluta ao objeto materno, fixado numa fantasia de indiferenciação¹²⁵ moderada. Em relação a esse elemento traumático, sucessivos traumatismos foram experienciados na dinâmica do sujeito com a mãe. Na cena externa, na relação entre mãe e filha, percebia-se as recorrentes falas autoritárias, ditos absolutos que impediam qualquer possibilidade de deslizamento e ambiguidade. Além disso, parecia haver transparência e ausência de fronteiras — as autoras percebem que tudo era compartilhado.

Segundo Andrade & Herzog (2013), a fantasia de não diferenciação seria resultado da problemática narcísica materna, que, projetada sobre o psiquismo da criança, ocupava seu espaço psíquico de forma invasiva, buscando na filha um reflexo especular. A criança, por seu lado, participaria dessa apropriação da figura materna à medida que passa a crer na fixação da fantasia projetada, que captura sua identidade. Essa dinâmica pode provocar uma confusão identitária de tal magnitude que “a sintomatologia do sujeito pode vir a funcionar como reflexo do sofrimento materno” (p. 139). O que nos remete a uma espécie de “incorporação da confusão de línguas” (VERZTMAN, 2020, p. 49), processo posterior ao trauma, em que o sujeito agiria de acordo com a linguagem dos seus objetos primordiais. Tal sequência nos remete a um profundo distúrbio na reflexividade da identidade que afeta fundamentalmente a continuidade autorrepresentativa do eu. Um possível desdobramento disso seria o modo como essa relação de domínio se expressa no psiquismo, operando “em torno do eixo passividade/atividade” (CARDOSO, 2007, p. 333).

Parece-nos que, nessa situação de alienação, a alteridade interna se mistura com a identidade e borra o sujeito em relação aos seus objetos internos, como se o sujeito experimentasse a si mesmo como um estranho para si, “um espectador impotente diante de sua própria desorganização” (JUNG & ROUSSILLON, 2013, p. 1046). Frente a esse modo absoluto de relação com o objeto, a autolesão parece se contrapor enquanto recurso de expulsão ativo, para escapar dessa relação de passividade intensa, ao menos em seu espaço corporal. No entanto, é preciso ter em vista que o domínio do outro em si, e seu consequente borramento dos limites com o eu, faz com que, nessas situações, o ataque a

¹²⁵ As autoras ponderam que essa ideia de fixação numa fantasia de indiferenciação assume, no caso, um caráter relativo, e não aparece de forma absoluta, como ocorreria em um quadro de psicose.

si mesmo seja ao mesmo tempo atacar o vínculo com objeto, ou até mesmo o outro, em maior ou menor grau.

Nesse sentido, a autolesão assume uma função dupla e paradoxal, visto que, por um lado, opera uma espécie de “chamado ao traumático”¹²⁶ (MATHA, 2010): uma forma violenta, com o ataque ao próprio corpo, de invocar a realidade a serviço da diferenciação psíquica. O apelo ao ato nesse contexto, em que há um aprisionamento, uma fixação, na fantasia materna projetada sobre a criança — a qual enreda a subjetividade num sistema fechado, alimentado por uma intensa idealização —, funcionaria como recurso de oposição a essa dinâmica pouco diferenciada. Por outro lado, a autolesão nesse tipo de situação parece um modo de afirmação subjetiva, ainda que com aspecto evidentemente destrutivo, de um psiquismo engolido pelos efeitos de uma relação de submissão ao objeto primário. Desse modo, a exteriorização e a realidade parecem ser utilizadas para suprir um vazio de espaço interior (CARDOSO, 2007), ou seja, parecem ser uma estratégia defensiva para lidar com o trauma. Vale ressaltar que esses indivíduos vão buscar em algum ponto do seu sofrimento, para lidar com os desdobramentos relacionais e seus efeitos para subjetividade. Mesmo com o ferimento, com o trauma físico a autolesão pode apresentar “um elemento positivo na medida em que propicia uma integração momentânea” (WINNICOTT, 1990, p. 142). Além disso, diante de um vazio, de uma sensação de mortificação, a autolesão pode ter um efeito revitalizante, à medida que escoo a agressividade contida (FREUD, 1938/2006). Como vimos, haveria ainda toda uma nova relação que pode ser estabelecida consigo mesmo após uma lesão — o momento de cuidar das feridas, de acompanhar a sua progressão.

Em virtude de a autolesão poder ser um choque traumático, ou, pelo contrário, um mecanismo para conter, refrear, os efeitos da fonte presumidamente traumática, Matha (2010), qualifica a autolesão com apostas de natureza paradoxal. Quanto ao evento ser qualificado enquanto trauma, parece-nos pertinente manter tesa a dimensão complexa: o modo como o sujeito vai se apropriar, ou não, desse fragmento da realidade — reconhecendo, ao mesmo tempo, a intensidade de algumas vivências —, “além dos movimentos pulsionais do sujeito, daquilo a que ele foi confortado em sua realidade histórica e como aquilo foi introduzido em sua vida psíquica” (ANDRADE & HERZOG, 2013, p. 140). Há, decerto, formas relacionais muito heterogêneas, um grande espectro traumático, uma diversidade de fontes de trauma, desde os momentos de cuidado primário

¹²⁶ A autora se refere a um chamado ao trauma, que traduzimos aqui de traumático para fazer referência à distinção feita por Bakanowski (2002).

aos momentos de separação, às situações de doença, às de transformações do corpo e de frustração com mundo. O conceito de trauma abre um leque de possibilidades de articulação com a autolesão.

III.3 A alegoria obsessiva compulsiva: pensamentos intrusivos, punição e confusão

“Um caso de automutilação, que eu tive oportunidade de estudar durante um período de muitos meses e com muitas minúcias, também tinha relação com cabelos. Esse homem de negócios, bem educado, de vinte e sete anos, costumava tomar uma tesoura e cortar seus próprios cabelos, até causar um efeito repulsivamente grotesco, com manchas aqui e acolá, onde chegava perto do couro cabeludo. A razão a que atribuíu isso inicialmente foi que, sendo muito pobre, precisava economizar, não podia desperdiçar dinheiro indo ao barbeiro e tinha de cortar seu próprio cabelo. Como na realidade era abastado, reconheceu a necessidade de uma explicação melhor do que essa e admitiu sua sovinice, mas não pôde inicialmente apresentar melhor razão para o ato imprudente de cortar seus próprios cabelos. Tinha certeza de que seus cabelos estavam caindo e partilhava da crença popular que os cabelos são estimulados quando a própria pessoa os corta. Esta era uma confortadora racionalização em harmonia com o fenômeno anteriormente observado de evitar punição punindo o próprio, isto é, para que o cabelo não fosse tirado dele por forças externas ele próprio o cortava. Análise mais profunda revelou as verdadeiras razões de sua compulsão de cortar os cabelos. Quando menino tinha uma luxuriante cabeleira preta. Contudo, tinha um irmão loiro que todos preferiam e do qual, por esse motivo, sentia extrema inveja e ciúme. Devido a esse ódio pelo irmão mais novo, atormentava-o e às vezes maltratava-o violentamente. Em resultado, levava surras do pai. Nessas surras o pai segurava o menino por sua luxuriante cabeleira enquanto lhe aplicava os golpes. Toda sua vida adulta foi uma série de desastres, cuja fórmula aproximada era esta: Começava um novo projeto com grandes esperanças e grandes promessas. Causava boa impressão e devido a sua inteligência e simpatia progredia rapidamente. Contudo, depois de firmar-se nas graças de alguém, provocava uma briga ou se tornava objeto de justificada retaliação, de modo que no fim era posto para fora, injuriado, às vezes atacado e sempre detestado. Isso acontecera muitas e muitas vezes. Em outras palavras, ele repetia vezes e vezes a fórmula de atacar seu irmão, desafiar seu pai e incorrer em punição.

Cortar seus cabelos representava, não só uma reapresentação de seu desejo de escapar do pai, mas também, em sentido mais realístico, uma punição contra si próprio. Era o único dote físico de que tinha razão para orgulhar-se, mas não o impediu de sentir inveja. A maneira selvagem como cortava seus próprios cabelos tinha também outra significação. Sua família era judia, mas seu irmão não se interessava por religião e tinha tal temperamento que era aceito socialmente pelos gentios. Por essa razão, o irmão invejoso, meu paciente, fez todo o possível para acentuar e explorar sua qualidade de judeu. Embora não fosse assim criado, esposou a forma ortodoxa de fé que, como se sabe, implica em não cortar os cabelos. Foi durante algum tempo muito meticuloso em todas as formalidades prescritas, mas seu interesse, como vimos, era ditado não tanto por piedade quanto por motivos menos dignos, principalmente o de censurar e envergonhar seu irmão e ser diferente dele. Quando viu que não exercia efeito sobre seu irmão ou seu pai, renunciou a isso: decepcionar-se de novo. Pôde indicar essa ressentida renúncia muito compreensivelmente mutilando e rejeitando seus cabelos” (MENNINGER, 1938/1970, p. 220-221).

Vale mencionar que, do âmbito mais geral, iremos nos aproximar de temas relativos aos modos “autolesivos obsessivos”. Para podermos falar do matiz obsessivo, é necessário apontar, primeiramente, seus traços distintivos. A partir de Freud, o obsessivo foi pensado com nuances específicas de interagir e estar no mundo, seu modo de se relacionar com o outro sendo geralmente dominado por culpa, controle, dúvida e agressividade. Um ponto pertinente é que os obsessivos são caracterizados como apresentando um alto investimento na esfera do pensamento. Que pensamento (intrusivo) é esse? A que se deve? Freud (1896/2006) percebe um desenrolar temporal, curso típico, próprio da neurose obsessiva: em sua base, num primeiro tempo, haveria uma experiência traumática, inicialmente passiva e depois ativa. Sobrevém a essa experiência atos de agressão aos objetos, como também uma autoacusação ligada a essas experiências traumáticas. Após o esmaecimento do seu efeito no psiquismo e o seu esquecimento, no segundo tempo uma outra vivência traumática desperta tal marca, levando ao estabelecimento de uma defesa bem-sucedida, tal como a vergonha e a autodesconfiança, que formam o “sintoma primário de defesa” (p. 169). Num terceiro tempo, assistiremos ao retorno do recalado — isto é, pelo fracasso da defesa que por um tempo atuou de forma bem-sucedida —, possibilitando que lembranças e autoacusações decorrentes reemergam de forma alterada na consciência; formações de compromisso, ideias e afetos

obsessivos “substituem lembranças patogênicas no que concerne à vida consciente” (p. 170). Nesse momento, para Green (1964/2006), há um duplo deslocamento: “o presente substitui o passado e o não sexual substitui o sexual, mantendo-se o estado emotivo de reprovação” (p. 173). Num último tempo, veremos aparecer um conjunto de outros sintomas, a “defesa secundária”, as medidas protetoras que buscam rechaçar os derivados de lembranças e afetos obsessivos. Quando essas medidas conseguem recalcar mais uma vez os sintomas do retorno do recalçado, “a obsessão é transferida para as próprias medidas protetoras e cria uma terceira forma de ‘neurose obsessiva’ — *as ações obsessivas*. Essas ações nunca são primárias” (FREUD, 1896/2006, p. 172). Freud (1893, 1895, 1896) tece uma trama estreitando a ligação entre trauma, defesa e sintoma, discorrendo assim sobre formas distintas de neurose obsessiva¹²⁷, que variam em sua apresentação sintomática. Iremos nos concentrar naquela em que percebemos, de maneira mais evidente, a presença de sintomas ou defesas autolesivas: as ações obsessivas¹²⁸.

As ações obsessivas são tentativas de controlar pensamentos e afetos obsessivos. No tocante aos afetos obsessivos, Freud (1986/2006) aponta que a defesa secundária contra eles pode levar a um conjunto vasto de medidas protetoras, agrupadas de acordo com seu objetivo, sendo estas “passíveis de se transformarem em atos obsessivos” (p. 173). Para Freud (1907/2006), toda atividade pode converter-se em ato obsessivo ao adquirir “caráter rítmico através de pausas e repetições” (p. 110). Lembremos que, no início de sua obra, Freud trabalhou a presença de autolesões como resultado de autopunições, castigos como solução à culpa, ao poder da consciência moral (FREUD, 1901/2006). As medidas protetivas colocam em relevo a ideia de sacrifício, o que nos conduz a pensar na corporeidade. Isso porque os sacrifícios e penitências, em geral, envolvem o plano corporal — como arranhões, tapas, socos, jejuns. Isto é, a autolesão no matiz obsessivo se constitui enquanto defesa secundária, apresentando-se com propósito de medida penitencial — podendo estar arranjada enquanto cerimoniais opressivos. Os cerimoniais consistem em “pequenas alterações em certos atos cotidianos, em pequenos acréscimos, restrições ou arranjos que devem ser sempre realizados numa mesma ordem,

¹²⁷ Para Freud (1985[1894]/2006), em toda obsessão encontramos dois correspondentes: uma ideia aflitiva (um pensamento) e um estado emocional associado. Com relação aos estados emocionais, Freud (1985[1894]/2006) percebe índices qualitativos diversos nos casos de obsessão, tais como a angústia, a dúvida, o remorso e a raiva. Conforme apontado por Green (1964/2005), o traço dominante para caracterizar a neurose obsessiva, para Freud, é a distinção entre a ideia e o estado emotivo. Enquanto o estado emotivo permanece inalterado, a ideia a ele associada varia, e a conjugação destes elementos “permite reconstituir o trauma sexual primitivo” (GREEN, 1964/2006, p.173).

¹²⁸ É interessante notar que Freud (1907/2006) chamou a atenção para o fato de que a existência de sintomas com características obsessivas não implica necessariamente neurose.

ou com variações regulares” (FREUD, 1907/2006, p. 109). Nesse pensamento, vemos apresentações autolesivas ordenadas, geralmente, de forma solitária. Isto é, pode haver um cerimonial relativo à autolesão, em termos do local onde geralmente é realizada, a ordem em que cada dano é feito, sua forma, a que profundidade, inclusive tendo que obedecer a certas formas e regras. Não raro, podemos observar o quanto tais atos são capazes de ser executados com muito minúcia. Para Vertzman & Pacheco Ferreira (2018), a compulsão nas neuroses tipifica uma organização subjetiva às voltas com imperativos impossíveis de serem seguidos e realizados, frente aos quais devem ser construídos modelos defensivos extremamente limitadores da vida relacional. Nesse contexto, podemos pensar em rituais que materializam compulsões por se punir, por arrumar, que por vezes podem levar a vertigem e exaustão (ESTELLON, 2016). De forma análoga, Vertzman (2016) percebe que os sujeitos que arrancam seus cabelos até a raiz, para não crescerem, recomeçam esse processo repetidamente — uma dinâmica em que só se encerra ao atingir a exaustão. Mas o que estaria na base da autopunição externalizada nos atos autolesivos?

Para Menninger (1938), a pessoa neurótica pune a si mesma como propósito “profilático” (p. 242), tanto de si quanto do outro. O que seria profilático nessa dinâmica? Um outro elemento que vimos no Capítulo I foi com relação à função dos atos autolesivos enquanto um desvio da agressividade dirigida a um outro (FREUD, 1940/2006). Isso posto, percebemos nessas situações que dirigir as lesões a si mesmo protege o objeto da agressividade que seria a ele dirigida. Diante desse tipo de vivido se constata, em tal estado subjetivo, que suas inclinações interferem diretamente na felicidade ou infelicidade dos outros. No tocante a esse aspecto, os obsessivos acreditam que podem alterar o destino dos objetos inclusive quanto a “vida e morte, dependem e algumas de suas ações e de seus processos de pensamento” (FERENCZI, 1913/2011, p. 46). Nessa perspectiva, a autolesão pode ser uma espécie de fórmula anticatástrofe, na medida em que, para alguns obsessivos, se não for executada uma determinada ação, “um grande infortúnio acontecerá a tal ou qual pessoas (na maioria das vezes, um parente próximo)” (FERENCZI, 1913/2011, p. 46). Como bem elucidado por Ferenczi (1913/2011), os obsessivos, por mais esclarecidos que sejam, “continuam alimentando o sentimento de que seus desejos, de um modo inexplicável, se realizam” (p. 46). Deste modo, para Farias & Cardoso (2013) há, na base da autopunição obsessiva, a presença de um desejo agressivo recalcado, que é percebido como um ato efetivamente realizado, como crime cometido. De acordo com Menninger (1938), a autolesão pode ser uma forma de expiação

da culpa, como também parece oferecer uma via estratégica cuja visada última seria uma proteção de si e do outro. Por conseguinte, através do sacrifício de uma parte do corpo, “os atos e desejos agressivos do passado também oferecem uma proteção antecipatória, como que para prevenir futura punição e permitir outras indulgências mediante pagamento adiantado de uma penalidade” (p. 253).

No que concerne aos sentimentos internos, de acordo com Farias & Cardoso (2013), a autopunição obsessiva, evidenciada especialmente nas autorrecriminações, indica a satisfação das tendências do sadismo e do ódio relacionadas ao objeto, que não puderam ser externadas e que assim retornam para o próprio eu, mantendo o sentimento de culpa. Segundo Vertman (2011), a culpa é um complexo afetivo e experiencial, suscitado quando algum tipo de avaliação sobre nossa conduta ou nossa imagem está prestes a ser realizada. A despeito disso, Winnicott (1958/1983) esclarece que o sentimento de culpa seria efeito da ansiedade ligada à ambivalência¹²⁹. A culpa pode vir à tona se um julgamento sobre quem somos ou sobre o que fazemos é comparado com determinadas prescrições ou ideais, em relação aos quais percebemos grande distância de nosso estado atual. Nesse sentido “a culpa se caracteriza pela percepção da realização de um ato danoso a uma vítima que deve ser reparada, a fim de que seja obtida alguma forma almejada de reconciliação” (VERZTMAN, 2011, p. 75). Nessa linha de pensamento, a culpa por ter sentimentos agressivos, destrutivos ou impróprios em relação a alguém de tamanha importância pode levar a indulgências e penalidades, expressas tanto em sentimentos de menos valia, quanto podendo ser externalizadas e quitadas no plano corporal. Articulada ao sentimento de culpa, a autolesão poderia ter aqui as funções de expiação e punição (MENNINGER, 1938). Podemos sublinhar um modo obsessivo de autolesão articulado à ideia de culpa e punição quando o sujeito busca dominar e controlar a violência que teme. Uma forma de entender a autolesão nesses termos é pensar que o sujeito se faz maltratar antes que o maltratem, de modo que “controlar e punir a si mesmo seria um modo de dominar, até mesmo silenciar, a culpa e vergonha de ser a fonte de rejeição dos outros” (CICCONE, 2016, p. 53). Mas haveria algo mais arcaico nessa dinâmica? O que poderia estar na base do sacrifício e da penitência evidenciada numa situação autolesão obsessiva?

Aqui retomaremos a tematização quanto ao trauma. Para Freud (1896/2006), as obsessões pressupõem, tal como nas histerias, uma experiência de trauma de cunho sexual

¹²⁹ Em termos de desenvolvimento emocional, implica certo grau de integração do ego, o que torna possível a experiência de dirigir pulsões agressivas e eróticas ao mesmo objeto.

na infância, em que, “entretanto, não se trata mais de passividade sexual, mas de atos de agressão praticados com prazer e de participação prazerosa em atos sexuais — ou seja, trata-se de *atividade sexual*” (FREUD, 1896/2006, p. 168). Segundo Green (1964/2006), um trauma passivo recobre e precede o trauma ativo determinante, nos tipos obsessivos¹³⁰.

Embora Freud tenha trabalhado, sobretudo, a partir de traumas vinculados à sexualidade, queremos aqui ressaltar e esmiuçar tal aspecto em termos das qualidades dos cuidados que são concedidos na história do sujeito obsessivo, relacionado especialmente à esfera da afetividade intrincada na relação com o ambiente.

Seguindo tais indicações, centralizaremos nossa investigação em torno da relação inicial com o ambiente. De acordo com Kristeva (1993/2002), a figura materna do sujeito obsessivo pode ser caracterizada como alguém deprimida¹³¹, que, no entanto, busca encobrir seu estado afetivo através de atividade exacerbada. Tal nuance faz com que se tenha a impressão, da perspectiva do filho, de que se trata de “uma mãe severa” (KRISTEVA, 1993/2002, p. 63). No âmbito do cuidado, tal estado pode repercutir na subjetividade da criança, em termos de qualidade de presença com relação ao filho, tendo por característica uma provisão ao mesmo tempo intensa e inespecífica, visto que não é diretamente vinculada a ele. A mãe do obsessivo “só deseja o filho em uma miragem” (p. 63). Ainda de acordo com a autora supracitada, a identificação primária do obsessivo, nesses contornos, leva a dois opostos: de um lado, coloca-se no lugar de carrasco da deprimida, daquilo que imagina ser a causa de seu mal-estar; e de outro lado, o obsessivo retém o núcleo essencial de seu funcionamento psíquico: “a dissociação entre representação de afeto e representação verbal” (p. 71). Um modo de entender as respostas autolesivas aqui seria enquanto “manifestação de uma vingança contra esse objeto insatisfatório” (CICCONE, 2016, p. 53). No que concerne à natureza da autolesão, as respostas serão de natureza dupla e paradoxal: métodos que visam tanto buscar ativamente um choque traumático quanto, ao contrário, evitar a todo custo a fonte presumida traumática (MATHA, 2010). Conforme apontamos no Capítulo I, a autolesão poderia corresponder tanto a um efeito do retorno do recalcado quanto ao retorno do

¹³⁰ Essa articulação se repete anos depois: ao afirmar que “toda neurose obsessiva parece ter um substrato de sintomas histéricos que se formam em uma fase bem antiga” (FREUD, 1926/2006, p. 115).

¹³¹ De acordo com Kristeva (1993/2002) há uma mãe enterrada no miolo do psiquismo do obsessivo, que não é necessariamente o que Green (1980/1988) chama de mãe morta, dos casos psicóticos ou borderline.

clivado, na forma de ataques pela via corporal, ou ainda a um efeito contra esse retorno, ambos derivados relacionados com efeito de impressões de caráter traumático¹³².

Para Ferenczi (1912/2011), com relação ao tipo de maternagem dispensada aos obsessivos, tais sujeitos parecem regredir a um período de pensamento e palavras mágicas. Nesse estágio do sentimento de realidade, a qualidade da presença do ambiente seria um momento de predileção, influenciando na causação dos sintomas obsessivos, visto que nesse contexto os adultos adivinham, respondem e realizam apressadamente os pensamentos e desejos da criança, de modo a endossar os sentimentos onipotentes da criança. Nessa lógica, Kristeva (1988/2006) aponta-nos como aquele que desempenha a função materna adotaria uma postura particular, expressa pelo pudor, pelo rigor, pela escassez de contato físico, pela distância afetiva, como também pela elevada exigência moral. Em consonância com esse pensamento, Winnicott (1956/1994) havia percebido que o obsessivo guarda da provisão ambiental, predominantemente, aspectos afetivos e corporais em termos da “acumulação de lembranças de treinamento, ensino e implantação de moralidade” (p. 27). O trauma aqui não é tão aparente, e é cumulativo, trazendo à baila a ideia de confusão: “aspecto importante do comportamento obsessivo é a confusão que ele implica” (WINNICOTT, 1956/1994, p. 26). A confusão pode assumir muitas nuances, tanto em relação ao pensamento quanto aos atos, como também no que concerne ao plano das relações, funcionando “como um meio de evitar que as coisas [sejam] compreendidas” (FREUD, 1909/2006, p. 197). A que se deve essa confusão? O que será que o obsessivo poderia querer evitar?

No plano da provisão, os objetos primários do obsessivo, por serem severos e excessivos, invadem, via corpo, o espaço psíquico do sujeito. Para Kristeva (1993/2002), o obsessivo traumatizado pela depressão materna que um dia se abateu sobre ele é, no entanto, “o traidor obstinado e brutal desse desamparo, já que assimila a desordem materna, e só o desvela *a contrario* vingando-se, como por exemplo quando constitui a si próprio como objeto mais que passivo” (p. 72). Aqui a função de revolta da autolesão (CÂMARA & CANAVÊZ, 2020) nos parece fecunda. A autolesão nesse contexto pode ser uma forma de compartilhar dessa revolta contra essa figura. Para Winnicott (1956/1983), a confusão pode ocorrer em qualquer estágio, desde que se faça à atividade mental uma exigência que se encontra além do campo de ação do indivíduo. No obsessivo, ela parece articulada a uma tentativa de fazer frente ao estado depressivo do

¹³² É lícito mencionar que nesse contexto há uma correlação de defesa e desprazer, na qual o retorno de lembranças ou sensações desprazerosas suscitaria uma resposta defensiva do psiquismo para contê-las.

objeto primário, tendo por objetivo “ocultar algo muito simples: o triunfo do mau sobre o bom, do ódio sobre o amor, da agressão sobre a capacidade de preservação” (WINNICOTT, 1956/1983, p. 27). A confusão pode introduzir na discussão o risco de colapso, de extrema ansiedade que pode ser cessada com a autolesão. A lesão feita no corpo é convocada, como aponta Ciccone (2016), em situações de extrema ansiedade; o apelo ao comportamento autolesivo interrompe “uma hemorragia psíquica” à medida que provoca uma hemorragia corporal, que acalma e silencia a ansiedade.

Sob essa lógica, Farias & Cardoso (2013) vislumbram que os objetos primários do obsessivo tendem a exercer controle onipotente sobre o sujeito, “dele exigindo total submissão, especialmente pelo controle severo de suas necessidades e cuidados na esfera do corpo” (p. 124). Uma consequência desse modo de cuidado — que, da perspectiva do adulto, é também um modo de defesa contra a depressão — é evidenciada “na posição em que o bebê fica situado: a de objeto do desejo da mãe” (FARIAS & CARDOSO, 2013, p. 124). Entrevemos que uma autolesão pode intervir justamente nessas situações de grande confusão, dissociação e desorientação se colocando a serviço da preservação, ao fazer frente ao traumático e ao invasivo da depressão materna (LOUPPE, 2001).

Na autolesão presente no estilo subjetivo obsessivo, a percebemos mais próxima ao efeito do conflito em torno da “dificuldade para reconciliar todas as várias exigências feitas a ele” (FREUD, 1924/2006, p. 193). Entretanto, parece haver em jogo problemáticas ligadas ao pano de fundo das relações com objetos primordiais (ROUSSILLON, 2004), cujos efeitos podem enredar o sujeito em situações e estados de submissão. Os traumas aqui parecem acontecer de forma menos evidenciada, traumas parciais (FREUD & BREUER, 1893/2006). Ou melhor, de maneira cumulativa (WINNICOTT, 1956/1994), ligados a repressões, vinculados ao corpo, relacionados a ensinamentos ligados à moralidade. Ainda que a alteridade não domine o território psíquico, nesse feitiço subjetivo, o sujeito pode passar por momentos em que o estado de confusão se imponha, trazendo ansiedades, excessos de tensão. Como vimos, com Ferenczi (1932/1990), em situações em que o grau de submissão ao objeto é tamanho, a sensação de desaparecimento da própria pessoa se intensifica. Os obsessivos nos mostram como, para fugir de um desconforto interior, a busca por sensações corporais é efetiva. Nesse sentido, Estellon (2020) afirma que atacar o invólucro do corpo contém em si uma dimensão de paraexcitação, à medida que, diante dos conflitos intrapsíquicos e agonias primitivas que ameaçam o desmoronamento da identidade, “tudo é projetado para evitar

o desconforto que ambivalência emocional provavelmente causará” (p. 30). Nesta lógica, ainda que tenhamos a marca de um teatro interno, da predominância do conflito intrapsíquico, o alívio pode ser procurado fora, ou melhor, no limite de dentro e fora, através da autolesão.

III.4 – Matiz histérico da autolesão: a pantomima e o rancor

“Comecei a me autolesionar em agosto de 2016 assim que comecei a frequentar a Englewood Middle School, no Colorado. No início, era apenas um teste para ver com que tipo de dor eu aguentava, mas agora se tornou essencial para mim. Esta é a primeira vez que decidi abrir sobre isso, e estou fazendo isso na internet, nada menos. Minhas panturrilhas estão, o que outros dizem, arruinadas. Essa área do meu corpo era a minha escolha. Escondido, fora de vista, ninguém poderia dizer nada, até que a pele fisicamente não pudesse mais deixar cicatriz. Então eu fui para outro lugar... Para encurtar a história, agora sou um adulto e estou sofrendo de algo em que não sabia que alguém poderia ficar dependente.”

“É tudo. Eu gosto disso. Faz me sentir bem. É meu segredo. É uma forma de mostrar às pessoas a dor que sinto. Faz a dor passar. Isso me torna parte de um grupo. Isso me faz sentir não tão sozinho. É uma compulsão que às vezes não consigo evitar. É viciante. Isso me ajuda a funcionar normalmente. Isso me faz sentir como se estivesse louco. É reconfortante não sei porque. Quando eu era pequeno, não sabia como articular minhas palavras ou frases, então faria isso se ficasse frustrado. Eu costumava bater minha cabeça contra a parede. Eu não faço mais isso, mas é assustador que ninguém viu os primeiros sinais: /”

Temos muitas maneiras de discutir os estilos subjetivos, cada vez que nós o fizermos será mais uma panorâmica do que um exame acurado, pois nosso intuito é contextualizar a autolesão a partir de diferentes estados mentais, de gêneros de conflito. Nessa perspectiva, quando nos referimos ao “viés histérico”, queremos dizer que não necessariamente é uma histeria; porém, o sujeito pode apresentar modos de funcionamento próprios da histeria. Para que possamos falar da autolesão com contornos

históricos, é preciso fazer uma breve apresentação quanto as características dessa matriz clínica, apontar seus conhecidos traços¹³³.

É curioso notar, que tal como a histeria o fora no século XIX, a autolesão hoje também vem a ser um fenômeno que evoca certo enigma. Conforme apontado por Didi-Huberman (2015), durante muito tempo, a histeria representou-se como incógnita para a medicina, sobretudo devido à impossibilidade objetiva de delimitar uma causa para ela. O que se passava no corpo da histérica detinha semelhança com diversas doenças e manifestações neurológicas. A partir de Charcot, foi possível uma distinção, por exemplo, entre uma crise histérica e uma crise epiléptica: o que as separava era o componente afetivo, existente somente nos casos de histeria. Nas primeiras conceituações de Freud (1886/2006), foi apontada a relação do trauma com a histeria em sua manifestação conversiva, em articulação com as experiências que afetam o corpo na infância, a dimensão sensorial. Como já vimos, embora reconhecesse, no relato da histérica, conteúdos traumáticos, estes foram perdendo destaque na obra de Freud, assumindo uma qualidade contingencial¹³⁴. O trauma vivido pelo histórico funciona, dentro da etiologia da histeria, como mecanismo provocador, ou seja, o trauma não é o agente etiológico determinante, mas atua incidindo na forma que o sintoma adquire. Segundo Roudinesco & Plon (1988), as duas principais formas de histeria teorizadas por Freud foram a histeria de angústia, cujo sintoma central é a fobia, e a histeria de conversão, onde o destino dado à soma de excitação desvinculada se exprime através do corpo¹³⁵.

Percebemos uma inquietação análoga diante dos atos autolesivos. A delimitação do quadro de histeria por Freud (1886/2006) conferiu inteligibilidade para um quadro multiforme que continha uma ordem própria e definida. Na histeria, “o corpo atravessado pelo sintoma surgia no lugar da lembrança” (BRUNO, 2013, p. 65). Não pretendemos produzir com essa tipificação qualquer iconografia em termos de uma autolesão histérica, ou modo de classificação de sofrimento. Buscamos apenas ampliar nossos recursos de compreensão, para nos sensibilizar a um modo de expressão desse tipo de sofrimento, dentre aqueles que detêm familiaridade com escopo de compreensão dos quadros de

¹³³ Vale lembrar que, tal como salientado por Serfaty (2019), as vias encontradas pelas históricas não estão nesta dissertação para servirem de modelo, mas para manterem nossos olhares e escutas atentos às táticas de manutenção da vida.

¹³⁴ O fato da sedução é abandonado; no entanto, a questão da passividade egoica, da assimetria na relação com o outro, da atualização do sexual, se mantêm de forma revolucionada e não abandonada.

¹³⁵ “Eu tomaria por histérica, sem hesitação, qualquer pessoa em quem uma oportunidade de excitação sexual despertasse sentimentos preponderante ou exclusivamente desprazerosos, fosse ela ou não capaz de produzir sintomas somáticos”. (FREUD, 1905 [1901], p.35)

histeria. Como nos sugere Bollas (2000), ao pensarmos nas características que compõem a imagem da histeria, embora haja outras tipologias que apresentem na circunvizinhança tais caracteres, somente o histérico os reúne de uma forma dinâmica.

A partir de Freud, a histeria foi pensada como um modo de estar no mundo, de se relacionar com ele. Tal como nos aponta Didi-Huberman (2013), a histeria nos mostrou a plasticidade expressiva da subjetividade humana. Mas que traços da tipologia do histérico nos serviram como modelo de comparação na autolesão? O modelo da histeria nos aproxima, ainda que com outras nuances, das questões quanto à corporeidade. Melhor dizendo, podemos pensar na ideia de perturbação e dificuldade de lidar com as demandas da sexualidade, na hipersensibilização do corpo, no modo teatral de expressar o sofrimento, aos ataques de angústia, à influência do outro (sugestionabilidade, imitação), às superidentificações com o outro, até às questões da visibilidade, do olhar e toda a articulação com outro que isso implica. Percebemos em certas formas de autolesão, tal como na histeria, um curto-circuito da palavra. Assim, ainda que o arranjo autolesivo não se enquadre inteiramente no modelo histérico, é de considerar que em algumas situações as autolesões possuem um “colorido” ou um “viés” histérico.

De saída, vale lembrar que Freud (1986/2006) percebe que os sintomas histéricos são “sobredeterminados” (p. 211). No que concerne às experiências pelas quais a histérica transforma seu corpo, sem necessariamente haver um sofrimento proveniente dessa mudança, elas parecem deter semelhança com a autolesão em relação à vivência da lesão no corpo. Com isto estamos querendo evidenciar que, em alguns casos de autolesão, não sentir um corte, um murro, um arrancar o cabelo — ou seja, a linguagem anatômica — podem estar ligados a um viés histérico, à medida que também não seguem as terminações nervosas. Há diferentes modulações sintomáticas do corpo; no entanto, um corpo silenciado, reprimido, ainda fala — insiste, resiste, expressa. No caso da dor, pelo mapeamento anatômico, quando não há a presença de um distúrbio neurológico ou orgânico, deveria haver a sensação de dor. Nas histéricas de Freud, já havia, de um lado, lugares hipersensíveis do corpo, cuja estimulação poderia desencadear um ataque, as “zonas histerógenas” (FREUD, 1988/2006, p. 47); de outro, ainda dentro dos “distúrbios da sensorialidade” (FREUD, 1986/2006), a figura do corpo anestesiado. Tal lógica parece similar nos casos de autolesão em termos da dimensão de algesia, sentir ou não dor, as quais parecem ser secundarizadas ou pouco relevantes. No entanto, se nas situações em que através da autolesão a dor não é procurada enquanto tal, qual a função que a lesão na superfície corporal poderia adquirir?

Entrevemos que uma função relevante da autolesão à serviço de um endereçamento ao outro. Isto porque o que aparenta ganhar relevo é o aspecto figurativo, imagético — aquilo que pode ser, ou não, mostrado. Ainda que de modo simplificado, estamos situando essa dimensão visual nessa ideia de viés histórico. Nessa perspectiva, Ferenczi (1919/1993), ao versar sobre fenômenos do campo da histeria, vislumbra um processo, as “materializações”, como passíveis de se observar na “maioria dos movimentos expressivos que acompanham as emoções humanas” (p. 50). As “materializações” históricas são uma modificação a partir da matéria que dispõem do próprio corpo, para dar vazão a desejos, lembranças e pensamentos (FERENCZI, 1919/1993). Há na histeria, de forma geral, uma eficaz capacidade expressiva, de transmissão de seus estados afetivos ao outro, que não passa pelo registro verbal, ao passo que “de maneiras muito diversas os históricos demonstram inquietação com o corpo” (BOLLAS, 2000, p. 34). Na “autolesão histórica”, encontramos uma lógica marcada pela tensão entre aquilo que se mostra e o que se esconde. Acreditamos que a autolesão nesses contornos seria um sintoma que comunica uma mensagem oculta, tal como os ataques históricos (FREUD, 1909/2006). Para Freud (1909/2006), “em ataques históricos (mais frequentes em homens) pode ocorrer um autoferimento que repete um acidente da vida infantil — como, por exemplo, um folgado violento” (p. 212). Na lógica do recalque, no malogro deste e seu retorno, o ato autolesivo mostraria o que não se pode dizer. Nesse sentido, os ataques são “traduzidos para esfera motora, projetados sobre a motilidade e representados por meio da mímica” (FREUD, 1909/2006, p. 209). Isto é, o corpo diz o que o sujeito não consegue anunciar. Mas o que não seria possível de ser anunciado?

Aqui retomaremos a ideia de trauma. Masud Khan (1988), ao retomar a hipótese de Freud no que se refere ao papel do traumatismo real (a sedução) na etiologia da histeria, afirma que haveria um traumatismo real na etiologia da histeria, mas que não é de natureza sexual. A hipótese de Khan (1988) é a de que o trauma estaria, “antes, relacionado ao fracasso da mãe que foi incapaz de prover as necessidades do eu da criança” (p. 55-56). No entanto, a histeria apresenta um eu relativamente organizado (GREEN, 2002), o que nos permite supor que, se houve um trauma, intrusões contraproducentes do ambiente, que dão margem a reações (WINNICOTT, 1949/2000), em alguma medida ele pode ser reparado “com compreensão e ternura do ambiente” (FERENCZI, 1931/2011, p. 91). Sob essa ótica, Green (2002) afirma que, apesar da predominância do recalque na histeria, é possível encontrar também, ocasionalmente, a intervenção de outros modos como a clivagem. Ainda podemos pressupor que haveria

aqui uma modalidade de trauma que implicou uma quebra de fé (WINNICOTT, 1965/1994), ou que foi ocasionada pela geração de ódio no indivíduo, ódio do objeto bom, experienciado como sendo odiado (WINNICOTT, 1965/1994, p. 114). Nessa visada, Khan (1988) percebe que os efeitos traumáticos, derivados da não provisão ambiental, atuam como um dos componentes do “rancor perpétuo” (p. 51) vivido pelos histéricos. Segundo Khan (1988), o rancor, no histérico, o defende do auxílio que o outro poderia lhe propiciar. Tal faceta é visível nas “autolesões histéricas”, se levarmos em conta toda a dinâmica entre ocultar e o exibir que tais atos colocam em relevo.

Para evidenciar com mais afinco os contornos a que buscamos dar relevo, vamos nos remeter a uma cena, fictícia, em que a autolesão pode se desenrolar. Se destacamos três momentos no desdobramento da autolesão — o antes, o durante e o depois do ato — podemos pensar em múltiplas formas de tensão em relação a si e ao outro. Geralmente, as motivações que desencadeiam tais atos então inseridas num plano de composição em que os atos estão intimamente modulados com as vicissitudes e nuances da relação com a alteridade. Como já vimos, basta pensarmos no peso da alteridade no espaço psíquico¹³⁶ do sujeito, que já se torna possível contestar o caráter aparentemente solipsista da autolesão. Para fins esquemáticos, vamos pensar em duas cenas comparativas, em termos de presença: uma cena *in absentia*, que chamaremos de íntima, e outra cena compartilhada. De acordo com Gauthier (2004), a autolesão adquire um significado diferente no momento em que alguém é movido ou tenta conter a ação, ou seja, que responde ao ato. Matha (2010), por sua vez, discorrendo sobre a autolesão em casos adolescentes, percebe como esta é marcada por uma dimensão paradoxal, pois apesar do caráter solitário desse recurso, leva os outros a uma experiência de desvalia. Assim se evidencia o quanto, nesses tipos de autolesão, o “histérico obriga seu ambiente a agir sobre ele, ou para ele, mas permanece inacessível a mutualidade de um diálogo psíquico” (KHAN, 1988, p. 57). Nesse pensamento, o entorno fica impedido de qualquer ação, tanto de acolher quanto de repudiar, tanto de se responsabilizar quanto de se desimplicar. Ao mesmo tempo que esconde o que está fazendo, mostra através das marcas que ficam no corpo — o sangue, a ferida, a marca, a cicatriz — e parece buscar a anulação do outro ao mesmo tempo que se dirige a ele.

De que forma os objetos primários contribuem para esse viés? Qual a qualidade da relação objetal daqueles sujeitos com estilos subjetivos histéricos? De acordo com

¹³⁶ Como já vimos, lembremos da ideia de corpo estranho, proposta por Freud, já nos estudos sobre a histeria, no qual indicava o lugar da alteridade nos confins da interioridade.

Bollas (2000), os histéricos testemunham um intenso, senão destacado, amor materno¹³⁷, “evidenciado pela paixão narrativa materna sobre a criança e/ou a *performance* materna de seu amor em presença da criança (BOLLAS, 2000, p. 22). Numa reflexão similar, Kristeva (1992) sustenta que o sujeito histérico apresenta marcas sensoriais pré-linguageiras, muito intensas com a mãe. Nesse sentido, “há uma memória somática rebelde à representação” (KRISTEVA, 1992, p. 56). Na hipótese da autora, tais marcas impõem ao sujeito um modo oscilante entre a “a excitação pulsional indizível, de um lado, e a linguagem e o simbólico de outro” (KRISTEVA, 1992, p. 46). Para Bollas (2000), a relação primária do histérico é marcada pela busca da criança em delimitar o que significa para este objeto, “buscando se identificar com esse objeto de desejo e representa-lo para mãe” (BOLLAS, 2000, p. 22). Ademais, o histérico colocará qualquer objeto na qualidade de objeto primário, à medida que seja possível se projetar nele, de modo que “uma identidade será selecionada para atuação” (BOLLAS, 2000, p. 23). Nos estados de conflito, o histérico será aquele que espera para que haja possibilidade “de se reformular como objeto de desejo do outro” (BOLLAS, 2000, p. 23).

Nesse sentido, vale retratar melhor a teatralidade em questão nas autolesões com viés histérico. Segundo Gauthier (2012), a autolesão é extremamente contagiosa, e em um hospital psiquiátrico espalha-se rapidamente entre os pacientes. O mesmo fenômeno pode ser observado nas escolas e, mais recentemente, nas redes sociais. Acreditamos, em linhas gerais que a autolesão próxima a histeria o corpo fala e mostra em sua atividade algo da linguagem, mas algo que não pode ser assumido. Entendemos essa dimensão mais histórica, contagiante, ligada à cultura, visto que tal organização é muito sensível à cultura. Haveria aqui um aspecto mimético ligado a essa forma de subjetivação.

Para David-Ménard (2000), a presença do corpo no histérico remeteria a algo próximo da transfiguração do corpo. A ideia de teatro é bem importante na histeria, mas como algo não correlato à mentira. Charcot via que não era mentira quando estão paráliticas: elas estão, de fato. De acordo com Winnicott (1949/2000), as manifestações históricas não estariam sempre ligadas à ideia de reconstrução, mas de reviver a experiência — as crises podem trazer indícios do que foi vivido. Nesse sentido, “pacientes histéricos dão-nos a impressão de estar representando, mas sabemos melhor do que eles que há verdadeiros afetos sendo exibidos e ocultados nas manifestações históricas” (p. 260). Para Bollas (2000), o histérico monta o palco para personificação de outros

¹³⁷ Bollas (2000) nos atenta que quando se refere a mãe ou pai em sua exposição, está se referindo a aqueles que sustentam determinados modos e disposição de cuidado.

ausentes, recrutando até mesmo desconhecidos para representarem papéis no drama que se desenrola, reconstituindo “as anulações da cena primária” (p.188). Tal composição gera um misto de surpresa, de expectativa incerta e angústia, já que não fica claro como esse teatro vivo — ou agitação subversiva — irá terminar. Quem aparecerá? Quem será chamado? E em que companhia? Sob esse prisma, Gicquel & Corcos (2011) afirmam que a autolesão atestaria uma modalidade de expressão, de externalização, de “corporação do psíquico”, no sentido de encenação no corpo. No que tange a esse aspecto, David-Ménard (2000) associa a expressão histérica à ideia de pantomima, ou seja, uma ideia de encenação, contada exclusivamente por gestos, expressões faciais e movimentos. Para Winnicott (1949/2000), o afeto que acompanha a experiência, ou a recordação, a memória, é o índice da verdade da experiência, mesmo se a memória que a acompanha é fonte de dúvida. Nesse sentido, se a encenação convence é porque há afeto. Além disso, o teatro histórico, segundo Bollas (2000), traz para a cena fantasmas do passado; traços dos personagens ausentes ganham “materialização” (p. 176). Mas, para escutar a histeria enquanto pantomima, precisamos vê-la como propõe David-Ménard (2000): como sendo a ordem da apresentação (*Darstellung*), e não da representação (*Vorstellung*)¹³⁸.

O feito histórico nos remete sobremaneira ao apelo ao corpo como recurso expressivo, onde “a carne se torna verbo” (CORCOS, 2013). No plano relacional, mesmo que os limites entre sujeito e objeto sejam, por vezes, ameaçados pontualmente, objeto e sujeito parecem permanecer diferenciados. Entretanto, pressupomos que a problemática do domínio interno em questão num estilo histórico incide, sobretudo, nos modos de apresentação de seus sintomas, sua estratégia de relação (FERENCZI, 1913/2011). Os modos de interação de sua pré-história individual apontam para um momento em que possivelmente houve uma falha no provimento das necessidades do eu, um trauma, que favoreceu um modo rancoroso de se relacionar com os objetos, de modo a impossibilitar uma espécie de reparação. Com relação aos efeitos do traumático, níveis distintos do traumáticos podem coexistir, a diferença está na dominância. A autolesão que acontece num estilo subjetivo próximo à histeria pode tanto estar remetida aos sucedâneos do recalado, como do clivado; pode contar tanto a história do que ocorreu, como do que

¹³⁸ Com isso, queremos apontar que, em certos sintomas históricos, mesmo que se deem no corpo, pode haver uma estrutura narrativa, tal como faz Freud. Mas um sintoma que não tem estrutura narrativa, ele estaria contando a história do que não ocorreu, que não pode se organizar numa estrutura de linguagem. Isso faz com que o sujeito não encontre em si um lastro que permita fazer referência a esse sofrimento, que não se encontra naquilo que sofre.

não ocorreu. Como apontado por Corcos & Richard (2006), a autolesão é a externalização de um sofrimento no corpo. À vista disso, percebemos que a externalização na histeria pode remeter a dois planos distintos: 1) quanto à modalidade através da qual o sintoma comunica uma mensagem oculta vinculada através do corpo. A dimensão imagética, que faz apelo ao olhar do outro, convoca a alteridade a participar da cena, na qual o corpo parece dizer o que o sujeito não consegue anunciar. Como vimos, os ataques são “traduzidos para esfera motora, projetados sobre a motilidade e representados por meio da mímica”, nos diz Freud (1909[1908]/2006, p. 209); 2) Há, aqui, também uma tendência à externalização, em uma apresentação que materializa cenas passadas. Esse modo de apelo ao externo, pode remeter a dimensão de uma experiência que não pode ser apropriada. Nesse pensamento, podemos supor que aspectos não foram reconhecidos pelos objetos, algo não pode ser escutado pelo ambiente, pondo a exteriorização visar reparações desse ambiente. Deste modo, concebemos dois modos de teatralização: um no qual há todo um enredo, em que, se fizéssemos uma decomposição, seria possível encontrar tanto uma história, da qual é possível se extrair uma narrativa; outro, uma história que não foi organizada como linguagem, sem uma estrutura narrativa, mas em busca de tornar essa experiência integrável à história, partilhável.

III.5 – Estilos-limite: Vazios, bordas e impulsividade

Sarah é hospitalizada após extensas escarificações em um quadro clínico “limítrofe”. Recentemente foi colocada com sua tia, irmã de sua mãe, esta última, alcoólatra, não podendo mais cuidar dos filhos. Algumas semanas atrás, a mãe, em um momento de grande alcoolismo, teria tentado se jogar no Sena com a irmã mais nova de Sarah. Os pais estão separados há vários anos e o pai, sem-teto e desempregado, mora com amigos e bebe álcool com frequência. Aos seis anos, Sarah foi abusada sexualmente repetidamente por um amigo do pai. Pouco depois do incidente, houve um julgamento e o agressor foi condenado a vários anos de prisão. Foi a partir desse evento que a mãe passou a beber, segundo as palavras de Sarah, constituindo um de seus motivos conscientes de culpa. Os problemas de Sarah começaram na puberdade. Sobre as escarificações, ela explica: “Faço isso desde os doze anos. Costumava fazer isso com tesoura ou faca. Não estava sangrando. Agora faço isso com uma lâmina de barbear. Isso dói. É quando eu tenho “flashes”, é para me punir. Me sinto culpada”. Sarah tem uma apresentação muito masculina, seu rosto é duro e fechado. Quando chega ao serviço, seu estado de ansiedade é maior, evita todo contato com adultos e tenta regularmente se escarificar. Rapidamente, ela busca a presença exclusiva de um adulto cuidador ou educador e conta sua história de forma crua e descontente. Ela tem “flashes” em suas próprias palavras, durante os quais vê as cenas de violência sexual que sofreu quando criança. É durante esses “flashes” que ela se escarifica, nos antebraços e na barriga. Além dos “flashes”, ela tem pesadelos frequentes que a mergulham em um torpor nas horas que se seguem” (DARGENT, 2006, p.652).

É preciso deixar explícito que quando nos referimos à matiz do limite, à questão dos estados-limite ou das patologias-limite, não estamos falando do quadro nosológico ou diagnóstico, estamos apenas realizando uma aproximação de experiência subjetiva que possui familiaridade com o feitiço psicopatológico, tal como formulado por Green (1974/2017) como “estados-limite”. Os estados-limite possuiriam uma estrutura própria (GREEN, 1976/2017). Já o funcionamento-limite, ou extremo, tal como elucidado por Villa & Cardoso (2004), pode sinalizar algo transitório, isto é, “significa que essa forma de funcionamento psíquico não está necessariamente referida a algo fixo e estrutural, podendo fazer-se presente numa determinada fase de vida, sem persistir posteriormente” (VILLA & CARDOSO, 2004, p. 61). Não estamos, portanto, articulando esse matiz a uma nosologia específica. Buscamos apenas sublinhar um modo de apresentação — modalidade particular de funcionamento psíquico —, aproximando-o de nuances específicas, que também marcam certo contraponto aos outros estilos até aqui apresentados. Isso em razão do nosso objetivo geral, que visa apontar que a autolesão pode implicar situações muito heterogêneas. Destarte, nossa proposta enfatiza que um mesmo ato, a autolesão, pode se dar a partir de injunções distintas, estilos subjetivos diversos, como também ser fruto da interação de elementos díspares da subjetividade. Dito de outro modo, a autolesão abrange condições clínicas muito diversas.

A partir dessa aproximação, inspirando-nos, então, no modelo das situações-limite, consideramos necessário dizer que não faremos uma revisão desse modelo, ou o abordaremos de maneira profunda. Nesse sentido, quais os elementos desse matiz-limite¹³⁹ buscamos sublinhar? Para Green (2002/2008), a clínica dos estados-limite levou a que se desse atenção especial ao papel do ego e ao conceito de limite neste tipo de afecção. Realçaremos, assim, três aspectos como característicos desse estilo subjetivo, são eles: os limites das fronteiras psíquicas¹⁴⁰, o modo específico de lidar com o vazio — com o sofrimento psíquico — e a participação maior da impulsividade na relação com o mundo. Pretendemos articular tais nuances com os ângulos de análise que temos contemplado ao longo da pesquisa; nesse ponto, nós nos valeremos da exploração dos

¹³⁹ Dentre os muitos autores que investigam as configurações-limite, Green (1990/2017) elava a noção de limite tornando-a conceito, fazendo do limite um território fértil a se explorar. Nesse sentido afirma: “nos casos-limite não se trata simplesmente do problema dos limites do ego, mas também da desorganização dos limites no interior do aparelho psíquico” (GREEN, 1990/2017, p. 16).

¹⁴⁰ Para Green, nos estados-limite “os problemas ligados à estrutura do ego aparecem em primeiro plano” (Green, 2000, p. 52).

vetores traumáticos implicados nas situações-limite, como também no modo singular de relação com a alteridade.

Antes de adentrarmos a caracterização dos aspectos dos estados-limite ligados à autolesão que pretendemos realçar, retomaremos a ideia de trauma, sobretudo do mecanismo da clivagem — outro ponto essencial para a compreensão dessa caracterização. Articulando as tematizações acerca do trauma — como trabalhado por Ferenczi, como vimos anteriormente —, mediante esse mecanismo, o sujeito pode se retirar da experiência traumática a fim de preservar sua vida, ainda que para tal precise cindir sua personalidade, seu mundo interno. A vivência traumática à qual a clivagem estaria relacionada, dentre outros muitos fatores, inviabiliza a apropriação subjetiva. Como apontado por Green (2008), Ferenczi “misturou de maneira muito surpreendente aberrações técnicas além do aceitável com observações de uma grande profundidade” (p. 40) que atestam o seu lugar de destaque na psicanálise contemporânea¹⁴¹. Para Herzog & Pacheco-Ferreira (2015), Ferenczi inaugura uma clínica baseada nas relações precoces do Eu com seus objetos primários. O trauma em Ferenczi coloca em cena o desbalanço interacional, num vasto gradiente, com vicissitudes diversas. Quanto às consequências do trauma sobre o aparelho psíquico, o mecanismo da clivagem, mobilizado em situação de caráter virulento, sem preparo ou possibilidade de contrainvestimento, mostrou-se essencial para pensarmos em outros modos de sofrer até então tematizados.

Numa visada similar, Roussillon (1999) infere que a experiência não integrada se apresenta como uma experiência não experimentada como própria, como um sentido não sentido. Isto é, “de um lado, a experiência foi ‘vivida’ e, portanto deixou ‘traços mnêmicos’ de sua experimentação e ao mesmo tempo, de outro lado, não foi vivida e apropriada como tal na medida em que, como diz Winnicott, ela não foi posta ‘no presente do eu’, o que suporia que ela foi representada” (ROUSSILLON, 1999, p. 20). Lembrando que os efeitos da clivagem são múltiplos, diversos autores inspirados nas tematizações de Ferenczi elevam a clivagem a um mecanismo de base do psiquismo (GREEN, 1974/2017)¹⁴². Nessa perspectiva, Green (2000b) aquilata os aspectos

¹⁴¹ Para Klein (2021), é interessante assinalar que a problemática do limite na obra de Green está ligada tanto aos casos-limite quanto aos limites da analisabilidade — nesses dois pontos seria possível entrever a importância de Ferenczi para o pensamento contemporâneo.

¹⁴² Para Green (1974/2017), outras defesas — como identificação projetiva, introjetiva, denegação, idealização, onipotência, defesa maníaca etc. — são secundárias à clivagem.

defensivos, destrutivos ou constitutivos da clivagem¹⁴³. Quando tal recurso é utilizado de modo preponderante, radical, pode caducar as fronteiras e limites, em diferentes níveis — entre as instâncias, entre o dentro e o fora, entre a psique e o soma, entre sensações corporais e afetos —, o que não permite a sustentação de um espaço interno.

Por esse viés, Roussillon (1995) afirma que “a clivagem supõe a ação de um ‘além do princípio de prazer/desprazer’, quer dizer, da tentativa e da falha de instauração do seu primado: alguma coisa lhe escapa, o que está na origem de um hiato no funcionamento psíquico” (p. 1358). No entanto, o fato de os traços da experiência traumática primária¹⁴⁴ serem separados não significa que ela desapareça¹⁴⁵ (ROUSSILLON, 1999). Ainda de acordo com Roussillon (1999), os traços perceptuais estão sujeitos à compulsão a repetição; isso significa que eles serão regularmente reativados sob a pressão desta e, portanto, tenderão a ser regularmente reinvestidos de forma alucinatória. Seu reinvestimento tenderá a ameaçar a subjetividade e o ego com um retorno da experiência traumática: a clivagem também tende a voltar. A clivagem, portanto, não é suficiente; ela terá que ser repetida ou organizar defesas contra o retorno do estado traumático anterior. Roussillon (1999) sustenta que o estado traumático anterior retorna mantendo as características principais do momento em que emergiu. Quanto às defesas — denominadas defesas complementares —, “elas são implementadas pelo psiquismo para tentar amarrar e conter de forma estável o retorno da clivado” (ROUSSILLON, 1999, p. 13). Na medida em que a clivagem não é de natureza representativa, o retorno do clivado também não o é, pressuposto que faz com que seja “pela ação que os seus efeitos são manifestados, isto é, corre o risco de reproduzir o próprio estado traumático” (ROUSSILLON, 1999, p. 13). Aqui entrevemos o elo com a autolesão de feitiço limite, em sua finalidade mais elementar, enquanto uma ação (defensiva) que visa fazer face ao retorno do clivado.

Para Winnicott (1962c), o borderline possui uma organização refinadíssima, da qual se devem examinar não só a organização das defesas ou suas agonias impensáveis subjacentes, “mas também o colapso clínico real da primeira infância, o superestiramento

¹⁴³ Para Green (1976/2017, p. 129), “clivagens são necessárias para possibilitar o trabalho do aparelho psíquico, que não deve ser sobrecarregado por uma tensão intolerável. Pois, para sobreviver, para representar, ele deve ter um mínimo de alívio e de bem-estar”.

¹⁴⁴ Lembrando que, no pensamento de Roussillon (1999), haveria o traumatismo secundário, cujo processo se desenrola sob a égide do princípio de prazer, e o traumatismo primário, o qual se desdobra em um universo aquém da representação.

¹⁴⁵ Para Roussillon (1999), a clivagem faz com que os traços só desapareçam para a subjetividade consciente, não faz com que desapareça para o inconsciente.

da onipotência, o aniquilamento que constitui a ferida narcísica” (WINNICOTT, 1962c, p. 60). Nessa visada, Stern (1945) entende que o sujeito borderline vive em um ambiente traumático, onde não há necessariamente a ocorrência de um grande trauma, mas sim eventos constantes que fazem com que a criança passe a experimentar situações e conflitos cotidianos como se fossem traumáticos. Sob lógica similar, Green (1976/2017) infere que o caráter radical que as clivagens podem assumir se relaciona, estreitamente, com o modo de fazer face às respostas disparatadas dos objetos primários, num contexto provocador de conflitos e confusões intoleráveis¹⁴⁶. No que concerne à especificidade da clivagem nos casos-limite, Green (1976/2017) afirma que ela se desenvolve em dois níveis: “o primeiro entre o psíquico e o não psíquico (soma e mundo exterior), e o segundo no interior da esfera psíquica” (p. 126). Ainda nas conceituações do autor, diante da atitude do objeto, a clivagem é uma reação fundamental que pode ser dupla: 1) “a ausência de fusão da parte da mãe, o que significa que mesmo nas experiências efetivas de encontro o que a criança encontra é um seio em branco; 2) o excesso de fusão da parte da mãe, incapaz de renunciar, em função do crescimento da criança, ao paraíso redescoberto durante a experiência da gravidez e da amamentação do início da vida” (GREEN, 1976/2017, p. 125-126). O efeito paradoxal da clivagem atua de modo similar ao retorno do recaiado, com a diferença “de que terão uma qualidade persecutória intrusiva” (GREEN, 1976/2017, p. 126). A clivagem que intervém nos casos-limite atua de modo alternado entre a expansão ou a retração, formas de reagir à angústia de separação (perda) e ou a angústia de intrusão (implosão), operando nas fronteiras do Eu¹⁴⁷. Entretanto, essa “variabilidade de limites do Eu não é sentida como enriquecimento da experiência, mas como última medida defensiva contra a desintegração ou desaparecimento” (GREEN, 1976/2017, p. 128). Destarte, a autolesão se enquadra nesse estilo subjetivo como modalidade defensiva de caráter elementar que visa, sobretudo, fazer face às vicissitudes causadas pela difícil tensão com o objeto, pelos efeitos do retorno do clivado, como também aos empasses vinculados à circulação psíquicas. Todos esses elementos possuem qualidade desorganizadora e confusional.

¹⁴⁶ Para Green (1974/2017) “não se pode falar em clivagem, sem seu termo complementar a confusão” (p. 125).

¹⁴⁷ Green (2002/2008) descreve duas formas de angústias, as quais são possíveis de serem encontradas com particular frequência nos casos-limite: a angústia de separação e seu simétrico oposto complementar, a angústia de intrusão. Assim, “preso entre esses dois perigos combinados, o ego desses sujeitos vive com a permanente ameaça de ser abandonado por seus objetos, e/ou também de ser invadido por eles na sua individualidade subjetiva. Nessas condições, sua dependência do objeto, da distância do objeto e da distância ao objeto reduz muito sua liberdade de movimento” (GREEN, 2002/2008, p. 94).

Feita essa breve retomada das conceituações acerca do trauma e da clivagem, podemos nos reaproximar dos aspectos dos estados-limite que buscamos realçar e articular mais detalhadamente com a autolesão. Brusset (1999) nos fornece algumas variáveis comuns dos quadros-limite, que nos auxiliam a organizar o campo. Para o autor, os elementos comuns dos estados-limite seriam a importância dada ao eu, sua fragilidade e seus mecanismos de defesa específicos, a angústia maciça e concomitante de intrusão e de perda do objeto, inconsistência nas relações objetais, conflitos não simbolizados e um polimorfismo de sintomas. Com relação ao primeiro aspecto, que examinaremos de forma menos apressada, temos a questão dos limites das fronteiras psíquicas. O que é o limite de alguém? De acordo com Green (1976/2017), precisamos levar em conta, primeiramente, o envoltório cutâneo proporcionado pela pele, nas palavras do autor:

O tecido cutâneo é interrompido por outros tecidos; ele é furado. Esses furos que desempenham papel de porta ou, melhor, de alfândega, são olhos, a boca, o ânus e os órgãos genitais. As zonas erógenas funcionam nos dois sentidos: de fora para dentro e de dentro para fora. Entretanto, vemo-nos confortados com dois problemas: o primeiro é o da consistência desta fronteira e o segundo, o da circulação no interior e no exterior das suas portas. (p. 107)

Os casos-limite nos interrogam de maneira especial com relação à consistência e à circulação do espaço subjetivo. A ideia de uma fratura no si próprio, marcada por um outro que não pode ser dissolvido. Com o conceito de narcisismo, vimos a dimensão de que há uma ocupação do outro necessária para se construir um eu; a saída desse momento depende do objeto, do favorecimento da possibilidade de se diferenciar. Conforme assinalado por Estellon (2012), a porosidade dos limites do ego reflete na dificuldade de esses sujeitos distinguirem o eu do objeto, a interioridade da exterioridade. Os estados-limite nos interpelam, dentre inúmeros outros aspectos, sobre os danos narcísicos implicados na história subjetiva, os percalços no processo de constituição narcísica, e os danos ao sentimento de si (CARDOSO & GARCIA, 2010). De acordo com Cardoso (2018), essas configurações subjetivas são assentadas predominantemente no uso de defesas de caráter arcaico e elementar, aquém do recalque. A impossibilidade de constituição dos limites entre as diferentes fronteiras psíquicas tem como contrapartida, tal como apontado por Green (1974/2017), a dominância da clivagem, do desinvestimento, da exclusão somática e da expulsão pelo ato. Nas situações-limite, as fronteiras psíquicas se apresentam de maneira particularmente problemática, à medida que o território ocupado

pelo outro no espaço psíquico parece apossado pelo objeto primordial. Intuímos que, dentre os estilos subjetivos aqui apontados, neste feito limite, o questionamento quanto a quem seria o alvo atacado (o auto) se torna central na autolesão. Isso em razão da possibilidade, da sensação de desaparecimento da própria pessoa, em vista uma tamanha submissão aos objetos, que o sujeito pode sentir que não existe (FERENCZI, 1932/2011). Nesse âmbito, a presença radical do outro no espaço psíquico, provocadora de uma fragilidade na delimitação interna, fonte de desorganização ou de desmoronamento, torna necessária a implementação de defesas particulares para possibilitar as trocas entre o interior e o exterior, o sujeito e o objeto, à medida que a autolesão propiciaria ventilação psíquica face a um psiquismo ameaçado de asfixia (DARGENT, 2008). Assim, conforme a autolesão pode ser uma forma de punir e agredir o outro, atingindo a si mesmo (MATHA, 2010), ela possibilitaria, ao mesmo tempo, preservar tanto a si mesmo quanto o objeto contra as consequências de um ataque que fosse dirigido para fora (DARGENT, 2006).

Diante do problema quanto aos limites do território psíquico, tais sujeitos são confrontados com outros tipos de situação. Tal como assinalado por Brusset (1999), vê-se na problemática-limite um funcionamento psíquico exteriorizado, bem como uma vivência atravessada pelo vazio interno. A tendência à exteriorização nos leva a questionar a especificidade da compreensão da autolesão nesse estilo subjetivo. Isto porque o ato autolesivo pode ser efeito de trilhamentos díspares, que, entretanto, apresentam familiaridade em termos de um modo de apresentação exteriorizado; afinal, encontramos sujeitos com estilos-limite que se autolesionam por duas vias: 1) devido à dificuldade de elaboração da experiência, ou seja, por certo esvanecimento da interioridade, em termos tanto da capacidade de representação e simbolização¹⁴⁸ quanto da falta de espaço psíquico, o que redundaria na exteriorização via ato — para Chagnon (2009), a falta de espaço mental desencadeia uma necessidade exacerbada do exterior, que remeteria a um maior investimento na realidade externa utilizada para mascarar e remediar o vazio interior —; 2) devido à perturbação de seu estado mental, com seus pensamentos podendo assumir uma qualidade insuportável. Nesse contexto, a autolesão pode atuar de forma a interromper a atividade do pensamento, isto é, como “estratégias

¹⁴⁸ Conforme apontado por Cardoso (2007, p. 83), “aquilo que não se faz representar tende a se apresentar como ato”. Isto é, no plano interno, a ausência de estabelecimento efetivo de uma fronteira entre o eu e o outro internos dificulta muito o estabelecimento de efetivas negociações entre as marcas traumáticas e o ego (CARDOSO, 2007).

antipensamentos tendendo a esvaziar o espaço interno para não ter que pensar (e sofrer) de contradições universais, mas inumeráveis, inintegráveis” (CHAGNON, 2009, p. 184).

Com relação aos efeitos e aspectos dos pensamentos, Green (1976/2017) percebe que nos casos-limite haveria a impressão de um conjunto contraditório; uma falta de coerência entre os pensamentos, afetos, fantasia, sem prevalência de um sobre o outro, com distinções pouco nítidas, afeta o pensar. Levando em conta os impasses no pensar, Green (1976/2017) aponta que a confusão tem papel importante nos casos-limite, à medida que os diferentes tipos de matéria do psiquismo podem estar confundidos, de modo que “um pensamento claro nunca é possível, como se os processos de pensamento estivessem carregados de quantidades tão massivas de afeto que o eu fosse incapaz de se livrar do domínio das pulsões, senão por uma clivagem intensa” (p. 133). Deste modo, os impasses de coesão correspondem a “um sentimento de desinteresse e desligamento, uma falta de vitalidade, a impossibilidade de se sentir existir e de estar presente para o outro a impressão de futilidade de todas as coisas que retira qualquer valor da vida” (GREEN, 1976/2017, p. 129). Sob esse prisma, a autolesão torna possível turvar o pensamento com preocupações materiais, e assim interromper o fluxo de estímulos internos e externos transbordantes (HAZA & KELLER, 2005). Nessa manifestação exteriorizada, se os pensamentos persistem, pode-se instalar uma rotina obrigando o sujeito a entrar num circuito incansável, de autolesão, repetindo o ato num contexto de compulsão a repetição. A repetição, nesses casos, despoja todas as reivindicações iniciais, e permanece apenas a dimensão narcísica de autoestimulação e autossuficiência (HAZA & KELLER, 2005).

Os estados-limite, como já afirmamos, trazem também uma problemática quanto ao vazio. Tal aspecto tem muitos ângulos e modulações, na medida em que pode apontar para situações de vazio de linguagem verbal, sensações de vazio, como também relacionadas a um vazio que habita o sujeito vinculado a problemas no âmbito de ser, que podem ser sensações de irrealidade e de inautenticidade. A questão do trauma retorna, à medida que podemos pensar as respostas ambientais que conseguem remediar, ou não (FERENCZI, 1932), situações de violação do espaço psíquico do sujeito (SABOURIN, 1988), as quais contribuem para um estar no mundo marcado por uma postura desconfiada, próximas à não existência, marcadas por uma fraqueza na capacidade para viver (FERENCZI, 1929). Ao abordamos a questão do vazio, no estilo limite, abrimos

outra gama de possibilidades articuladas à autolesão, em termos de uma manobra que busca fazer frente a sensações de morte, de angústias terríveis, como uma válvula de escape (FERENCZI, 1931/2011), recurso erigido — defesa extrema — contra agonias primitivas, contra o colapso (WINNICOTT, 1963/1994). Num pensamento similar, Ferenczi (1931/2011) percebeu, nos casos de sujeitos traumatizados, uma perda no prazer de viver, um sentimento forte de abandono e um movimento de agressão para si mesmo. Mas de que forma a autolesão propiciaria tal contraponto? A vivência de vazio pode remeter a traumas primitivos, a uma experiência de perda de territorialidade de esgarçamento desmedido do sofrimento, no qual nada aconteceu quando deveria ter acontecido (WINNICOTT, 1963). A autolesão auxilia a especializar esse estado de desmesura, ao buscar no corpo a fonte de estímulos, explorando as sensações da pele, de modo a ser um índice que atesta sua existência. Conforme apontado no capítulo anterior, infligir dano no próprio corpo possibilita uma integração, mesmo que momentânea (WINNICOTT, 1990), ao propiciar uma forma de revitalizar e de cuidar de si mesmo. Em vista disso, a autolesão aponta para um positivo do negativo (WINNICOTT, 1994), uma positividade, em termos de ser um artifício posto a serviço da preservação da vida (FERENCZI, 1930/2011).

Nas situações de excesso de presença objetal no domínio interno, também se têm experiências de vazio, situação em que um “cheio demais cria um vazio (PONTALIS, 2005, p. 268). A finalidade *princeps* da autolesão, aqui, remete à ideia proposta por Douville (2004) de buscar por um asseguramento de que se habita o corpo, diante de um sentimento de descontinuidade de si mesmo. Assim, Dargent (2008) percebe que a autolesão pode ocultar uma busca desesperada para manter vivos tanto o eu quanto o objeto, em um território interno devastado marcado pelo vazio. Considerando o vetor de sobrevivência psíquica, a autolesão implicada na perseguição do corpo e pelo corpo garante a sensação de viver (DARGENT, 2008). Isso porque, ao convocar o ruído do corpo e de seus órgãos — sobretudo da pele —, cujo silêncio seria um sinal de morte (DARGENT, 2008), ao apelar ao exterior, ao corpo, busca-se os limites psíquicos. Em um sujeito imerso num estado de dissolução por confusão interna, pelo domínio da permanente sensação de vazio que reverbera, mergulhado numa anestesia psíquica, a autolesão prefigura um meio de estabelecer limites circunscrevendo, no corpo, a marca da diferenciação; e possibilitando, ainda que de forma provisória, administrar tensões internas. Essas finalidades benéficas da autolesão seriam, portanto, uma forma de empoderamento (RIOULT, 2010).

O último aspecto que vamos ressaltar dos estados-limite é quando o recurso a agir tem precedência sobre a internalização do conflito, e a urgência prevalece (ESTELLON, 2020). Percebemos, em algumas situações de autolesão, nuances que proporcionaram um questionamento frutífero em relação ao estado de corpo nas situações de impulsividade. Em que pese o variado gradiente semântico atribuído ao termo “impulsividade” no campo psicanalítico — sobretudo nas estreitas subjacências mantidas com as noções de obsessão e compulsão —, pode-se afirmar, com relativa assertividade, que, diferentemente dessas categorias, o mesmo ainda carece de um estatuto conceitual estabelecido. Nesse matiz, a tônica do apelo ao ato autolesivo tem a marca do predomínio de uma ação irrefreável; portanto, uma ação marcada pela não anteposição da ponderação, da análise e da reflexão sobre a execução motora. Isto é, não há hesitação, intervalo, entre a injunção e a ação; a autolesão nessas condições é irrefletida, ou seja, sem pensamento prévio, em termos de métrica, ordenação ou intencionalidade consciente. O ato impulsivo autolesivo desabrocha sem um índice de conflito psíquico ou, em suma, na ausência do esteio da culpa. Conforme apontado por Matha (2010), a dimensão impulsiva da autolesão remete à reflexão sobre o trauma. Na mesma linha de pensamento, Ciccone (2016) acredita que o tipo autolesão fornecerá informações importantes a respeito do elo internalizado com os objetos primários. Qual qualidade de experiência traumática pode estar na base de tal resposta? Para Corcos & Richard (2006), tal estilo impulsivo parece inscrever no corpo os efeitos de uma insuficiência da barreira de paraexcitação. Isto nos remete necessariamente ao modo de interação com o ambiente. De fato, é apoiando nessa função de contenção, na paraexcitação construída na relação com o objeto, que pouco a pouco vamos construindo o próprio sistema paraexcitatório (EMMANUELLI, 2008). Dentre os problemas destacados na dinâmica impulsiva, queremos realçar a temporalidade, que se encontra suprimida.

Para Gurfinkel (2008), a impulsividade distingue-se da compulsão obsessiva por ser egossintônica, ou seja, o sujeito sente-se constrangido a gostar de uma coisa, mesmo contra a sua vontade. A defesa aqui tem a função de manter o equilíbrio intrapsíquico, evitando o transbordamento pulsional, excitatório, e por isso seria sintônica com o ego. Nesse caso, costuma-se presumir inversamente à questão obsessiva, a inoperância dos processos de pensamento, redundando no predomínio do caráter impulsivo. Ou seja, nessas situações o processo decisório, a capacidade de reflexividade, estariam suspensos frente a um impulso de caráter tentador. A impulsividade traz uma característica

fundamental: o modelo da descarga. O que geralmente implica fazer algo sem saber o motivo de tê-lo feito. O traço distintivo que queremos delimitar nesse quadro é a maneira irresistível com que o impulso é experimentado, “levando inevitavelmente ao ato que elimina a tensão” (GURFINKEL, 2008, p. 443). Não raro escutamos esse fascínio esmagador pelo lesionar-se, tal como observamos em alguns dos relatos trazidos nesta dissertação. O objetivo aqui pode ser atribuído ao plano da expulsão, da eliminação, tanto da dor psíquica quanto do aumento de tensão, visto que, nesses casos, “toda tensão psíquica é experimentada como inerentemente traumática” (p. 443). Então, pelo fato de uma tensão trazer a dimensão de excesso, de transbordamento para o ego, livrar-se dela nessas situações o mais rápido possível pode levar a uma primazia da ação em detrimento de outras esferas da vida psíquica, de modo que “a ação precede o pensamento” (p. 444). Mas o que implica colacionar a autolesão a um estatuto impulsivo?

Acreditamos que, nessas situações, a autolesão não está inserida sob a lógica do processo secundário; isso na medida em que, num contorno impulsivo, a “finalidade da ação não está a serviço do desejo” (GURFINKEL, 2008, p. 450). Nesse sentido, a autolesão impulsiva não estaria a serviço propriamente de um melhor compromisso, ou articulação desejante, apontando para traços ocultos de uma luta defensiva primária (FREUD, 1909). Numa visada intermediária, há ainda uma outra leitura que concebe o modelo da impulsividade — de forma a não opor pensamento e ação —, de modo a destacar a estreita ligação entre o pensar e a ação. Para Ciccone (2016), atuar também é uma maneira de pensar; o ato é um meio pelo qual as experiências são psicisizadas. A argumentação de Ciccone (2006) se dá a partir da comparação com o ato de falar, que pode ter função tanto de apoiar quanto de impedir a atividade de pensamento. Tudo isso não implica uma abstinência corporal em favor da fala, já que “o corpo é o fundamento da experiência psíquica” (CICCONE, 2016, p. 43). Sob essa lógica, existem maneiras de agir que produzem pensamento e maneiras de agir que evitam o pensamento. Dessa perspectiva, a autolesão pode ser uma maneira de evacuar emocionalidades incontroláveis, mas também um modo de tratamento de conflitualidade até então embargada num plano interiorizado. Lembremos, com Ferenczi (1932), que quando o psiquismo falha, o corpo começa a pensar. Se há uma falha no processo de pensamento, a autolesão não seria algo que necessariamente viria em resposta a isso, mas pode justamente estar buscando vias em que o conflito psíquico se desdobre, de maneira exteriorizada. Nesse sentido, a autolesão impulsiva pode ser uma tentativa afobada de erigir uma instância inibitória, censória, extrínseca ao controle do pensamento, na medida

em que a tentação impõe uma grande exigência que desafia a subjetividade a suprimir o intervalo entre o impulso e a sensação. Há assim, com a autolesão, a possibilidade de abertura para uma temporalização, elemento que parece incipiente no plano intrapsíquico na dinâmica impulsiva.

Na proposta de pensar a presença do ambiente na interferência do modo como se dão os arranjos defensivos e sintomáticos, retomando a articulação com o traumático, como podemos pensar o elo impulsivo? Para Gauthier (2004), a lesão concreta no corpo revela algo de muito insidioso e sério em nível relacional. Não pretendemos escrutinar a vastidão de sentidos e qualidades que podem estar relacionados com esse estilo subjetivo, mas percebemos que a relação com a perda objetal e a ausência de presença são situações de potencial traumático que podem alterar de maneira mais ou menos pregnante os processos de temporalidade. De acordo com as proposições de Winnicott (1971/1975), o sentimento de que o objeto existe dura determinado tempo; quando ele sobrepuja o que é suportável para o bebê, este fica aflito. A depender do retorno do objeto, essa aflição pode, ou não, ser reparada, traumatizando, caso exceda a capacidade do bebê. Tal vivência primitiva pode ter como destino a vivência de aniquilamento de si, de despedaçamento psíquico, como também a agonia primitiva relacionada à perda da capacidade de se relacionar com objetos. Diante desse tipo de vivência, a autolesão pode ser um recurso apaziguador durante experiências de frustração e de separação que são experimentadas de maneira traumática (CICCONE, 2016). Nessa perspectiva, Corcos & Richard (2006) vislumbram que o sofrimento do próprio corpo se torna representante final de um objeto primário frustrante, substituindo a falta; e ele não consegue elaborar o luto, dando então lugar a uma organização essencialmente econômica. Além disso, as autolesões podem a um só tempo ter efeito de desligamento do pensamento (POMMEREAU, 2006), como também expressar de maneira mais direta uma insatisfação com o ambiente — atestando, inconscientemente, uma denúncia que denotaria uma expectativa de mudanças relacionais significativas (POMMEREAU, 2006).

Pode-se ver aí o prenúncio da importância dos descompassos entre o ambiente adulto e o infantil, em termos das vicissitudes subjetivas provenientes das experiências de perda e abandono de valência traumática. Como já apontando anteriormente, o sentimento de perda inconsciente pode envolver a experiência de alteração do si mesmo (FREUD, 1917/2013), podendo resultar numa sensação de perda da certeza de si. A perda pode guardar uma dimensão inelaborável, insistentemente traumática, na qual sua

revivescência pode adquirir um caráter coercivo, sufocante, levando à ritualização dos sentimentos e pensamentos intoleráveis. Lesionar-se de maneira disruptiva, sem possibilidade de resistir à ação, pode ser um recurso que o corpo vem a acionar, atuar, para tentar expressar, compreender, delimitar o que é da ordem de um traumático indizível e penoso. Tal lógica foi percebida por Ciccone (2016) num contexto prisional, referido ao momento de saída na sala de visitas. Segundo o autor, após a saída das visitas e a volta ao isolamento, não raro os presos se cortam no momento da separação, “como uma maneira de manter o objeto, uma maneira de representar o processo” (CICCONE, 2016, p. 50). Esses modos impulsivos de autolesão nos remetem a uma função análoga à ideia dos sonhos traumáticos (FREUD, 1920), cujo objetivo pode remeter, justamente, a uma tentativa de assimilação da experiência traumática. Isto porque a autolesão “produz uma zona de percepção permanente que pode representar a permanência do objeto. Uma representação pictográfica” (CICCONE, 2016, p. 51). De maneira similar, Pommereau (2006) contesta a ideia de um curto-circuito do pensamento nessas situações, justamente por todos os índices figurativos implicados nos atos autolesivos. Nesse sentido, vislumbra antes tentativas de figuração (CHABERT, 2000), um modo extremo de lidar com uma perda insuportável: é como se o sujeito “precisasse ir longe para experimentar que o objeto não está separado, não está perdido” (CICCONE, 2016, p. 51). Desse modo, o sujeito marca a si mesmo de forma a expressar um sofrimento mudo; externalizar tem valor de revelação, ou seja, evacuar para fora de si toda a dor, o mal, a vergonha, configurando-se como um “pensamento em ação que proporciona uma apresentação (sensível e perceptível) neste caso encarnada, dando forma e consistência ao que era até então desconhecido para o sujeito, que buscava evitar ou evadir” (POMMEREAU, 2006).

Em tempo: concluímos com este capítulo que a autolesão pouco determina sobre a organização psíquica do sujeito. Vemos aqui a heterogeneidade desse recurso de ataque ao próprio corpo, em toda sua pluralidade de funções psíquicas que pode desempenhar em sua vertente obsessiva, histérica e em casos limites. Lembremos que não pretendemos pensar os diagnósticos, propriamente ditos, os quais poderiam apresentar autolesões. Buscamos construir hipóteses, que podem soar como generalizações, tendo sempre em mente o aspecto singular que possa apresentar em cada uma. As linhas que se sucederam talvez tenham tido um aspecto caricatural, na medida dos exageros de alguns dos traços essenciais de cada estilo subjetivo. Exploramos também a positividade da autolesão nos diversos contextos. Não buscamos precisar etiologias exclusivas; apesar de nos concentrarmos em alguns pontos específicos, nos situamos junto a Freud (1906

[1905]/2006) ao conceber que nunca basta uma influência etiológica: “na grande maioria dos casos exige-se uma multiplicidade de fatores etiológicos, que apoiam uns aos outros e que, portanto, não devem ser colocados em oposição” (p. 265). Podemos supor que observamos um caráter instrumentalizado, mas isso não quer dizer que, assim, teremos a resposta x ou y. Há infinitos destinos possíveis. No entanto, o que os une para nós é a questão traumática e o recurso ao corpo que parece estar sempre presente, cada qual à sua maneira e com suas especificidades. Ou seja, a autolesão não se limita a nenhuma ordenação psíquica exclusiva, muito menos a um psicodiagnóstico específico, mas se mostra como um recurso defensivo que vem suplantar formas de traumas distintos.

Considerações finais

Ao longo deste trabalho, buscamos contemplar alguns eixos de reflexão acerca da autolesão. A escolha do tema foi tributária de algumas inquietações clínicas, sentidas a partir do encontro com sujeitos que sofrem e que encontram, na autolesão, uma oposição a este. A fala “*você não entende que a questão não é eu me cortar*” sintetiza o estado que enviou nosso pensamento na pesquisa. Outro fator que pesou na escolha do tema, e que nos levou a formular nossa hipótese central, é o de que a autolesão é um fenômeno por demais heterogêneo, manifestando-se em um vasto campo de expressões subjetivas. O contexto de pesquisa e de trabalho em um hospital dia contribuíram não só para a formulação dessa hipótese, como também para a escolha de uma metodologia, que é, em alguma medida, comparativa — o que nos mobilizou a cotejar a autolesão buscando por semelhanças e diferenças em cada situação.

A intenção desta dissertação foi a de realizar uma aproximação teórica da autolesão, numa perspectiva orientada pela psicanálise, com a finalidade de contribuir para o avanço da compreensão desse fenômeno. Consideramos a autolesão como uma modalidade de defensiva — multifacetada — que envolve uma ação visível de lesionar o corpo. Uma das hipóteses elaboradas foi a de que a autolesão seria um fenômeno que contempla uma pluralidade de experiências, utilidades, finalidades, modos de apresentação, de dinâmicas subjetivas. Buscamos realçar alguns dos aspectos relacionais em jogo na dinâmica autolesiva. Nesse percurso, observamos que a noção de trauma se revelou tanto um importante operador em termos de ser um vetor importante no estabelecimento e convocação de atos autolesivos, como também serviu como elemento de comparação entre diversos feitos subjetivos. Vários autores, tal como Freud (1901/2006) e Menninger (1938/1970), destacaram um espectro de *continuum* na autolesão, apresentando-se desde em situações cotidianas até no campo das psicoses. Incluímos, ao longo deste escrito, recortes e trechos de relatos em primeira pessoa de modo a trazer vivacidade a alguns dos problemas levantados.

Iniciamos nosso percurso realizando um panorama e percorrendo alguns contextos em que a figura da autolesão vem sendo abordada. Essa etapa nos pareceu fundamental em razão de retratar a diversidade de formas de compreensão, de forma que tal percurso nos levou a extrair as principais temáticas trabalhadas, auxiliando-nos, assim, na indicação de qual caminho trilhar. Tatear o campo da psiquiatria se justificou por este

ser um campo que exporta uma boa parte das designações e catalogação dos fenômenos do mundo. No entanto, duas questões merecem ser destacadas desse campo: a primeira, quanto à dimensão da nomenclatura; e a segunda, quanto à perspectiva de a autolesão ser, nessa visada, um comportamento disperso e difundido em muitos modos de existência. Já nesse domínio, foi possível contestar um trilhamento habitual de raciocínio diagnóstico, o qual, por vezes, pode conduzir a achatar a autolesão a uma modalidade subjetiva limítrofe. Além disso, há uma tendência na psiquiatria a perceber a autolesão como um sintoma disfuncional e indesejado, que pode vir a favorecer uma terapêutica focalizada em sua remissão, podendo, assim, não favorecer uma aproximação do sujeito e dos múltiplos sentidos que esse fenômeno pode ter na sua história (SERPA JR, & LEAL LOUZADA & SOUZA FILHO, 2007).

Esse trabalho preliminar trouxe também algumas impressões mais próximas ao campo da cultura. Sob essa ótica, foi possível constatar que existem formas de autolesão muito disseminadas na vida social (MENNINGER, 1938/1970), e em diversos momentos histórico-temporais (COSTA, 2003). Vimos, nesse contexto, como as marcas corporais muitas vezes têm objetivos mais ou menos precisos, assim como riscos específicos geralmente bem conhecidos (NETO, 2005). Recorremos a Le Breton, buscando com ele alguns desvios de leitura, sobretudo quando apreende a autolesão de forma a comportar uma grande polissemia de significados, no foro íntimo de cada um; mas que, no entanto, ganha estabilidade, ou familiaridade, ao ser uma alternativa, uma tentativa de fazer oposição ao sofrimento, através de uma modificação no corpo, na tentativa de restauração do sentido (LE BRETON, 2010). Ao chegarmos a uma delimitação mínima do que estamos chamando de autolesão, encaminhamos nossa discussão para o campo que mais nos interessa: a psicanálise. Indagamo-nos, de saída, como o cenário psicanalítico estaria ouvindo os modos de funcionamento subjetivo mais estranhos e erráticos.

Dito isso, dentro do campo psicanalítico nos propusemos a explorar, ao longo desta dissertação, um contínuo diálogo entre algumas dimensões de reflexão quanto aos fatores precipitantes, finalidades, funções subjetivas e relacionais da autolesão. Com o objetivo de explorar algumas particularidades do fenômeno autolesivo, fizemos o roteiro típico de ir a Freud a fim de buscar alguns fios e brechas para se pensar o fenômeno. Para nosso espanto, Freud (1901; 1938) trabalhou a autolesão, ainda que de forma tangencial, nos deixando algumas janelas a serem mais bem aprofundadas. Nessa exploração, a autolesão foi articulada à ideia das formações do inconsciente, mais precisamente inseridas na noção de atos sintomáticos e acidentais. Nesse recorte, os atos sintomáticos

são, em geral, um efeito do compromisso entre a pulsão e as forças que se opõem a ela (FREUD, 1901/2006). Esses primeiros enunciados freudianos apontam também para o atravessamento inconsciente por detrás da autolesão, além de não serem uma ação própria à patologia. Apontamos também a presença das autolesões como referidas às situações em que há um desvio da agressividade para a autodestrutividade, agressividade essa que tinha outrem como alvo (FREUD, 1938/2006). Nessa visada, o último autor já nos dá indícios de que o corpo desempenha um papel fundamental na dinâmica com a alteridade; em especial, que este o protege contra a agressividade do sujeito. A autolesão, nesse ínterim, pode ser entendida como formula antimortificação, à medida que “conter a agressividade é em geral nocivo à saúde” (FREUD, 1938/2006, p. 175), permitindo-nos começar a esboçar toda uma vertente trófica da autolesão. Todavia, percebemos que os elementos trazidos por Freud não abarcavam a complexidade do fenômeno, e, apesar de ser possível fazer sua teoria trabalhar de modo a compreender esses fenômenos, priorizamos buscar outras referências, mais atuais e aprofundadas, acerca da autolesão.

Sem a pretensão de esgotar um tema tão complexo, ainda numa visada panorâmica, realçamos alguns dos principais eixos que vêm servindo de alicerce para a tematização do ato autolesivo. À luz da contribuição de vários autores (MATHA, HAZA & KELLER, CORCOS, DARGENT, MENNINGER, RICHARD, DOUVILLE, GAUTHIER, CICCONE, LOUPPE, POUMMEREAU, DEMANTOVA, CIDADE, CÂMARA & CANAVÊZ, ANDRADE & HERZOG, FORTES & MACEDO), conseguimos salvaguardar nossa hipótese quanto à existência de propósitos e experiências diversas entre aqueles que recorrem à autolesão. Com isso, trouxemos algumas discussões em torno dos eixos que vêm sendo priorizados na literatura psicanalítica. Iniciamos esse percurso indicando um ponto que nos foi valioso, a variabilidade clínica. Intentamos apresentar a dimensão espectral ampla relativa aos arranjos subjetivos em que a autolesão pode estar presente. Dedicamo-nos a marcar algumas similitudes e diferenças quanto ao uso da autolesão nas diferentes ordenações psíquicas. No que se refere às similitudes, ressaltamos dois aspectos que se articulam, de forma específica, em cada estilo: o elemento de barganha e o potencial defensivo. Um outro ponto em comum entre os variados estilos subjetivos é a convocação do corpo e do ato, esse contato específico em que há uma ação visível e danosa da superfície corporal é um elemento que todas as pessoas que se utilizam da autolesão atravessam. Vimos que, apesar de haver essa semelhança no recrutamento do corpo, existe uma enorme variedade

de manifestações desse ato, o qual pode aumentar ainda mais a diversidade de formas e efeitos se a ele for acrescido um instrumento.

Vimos, igualmente, uma polissemia de arranjos quanto à finalidade, à expectativa e às funções que a autolesão pode alçar para cada sujeito. Destacamos o aspecto comunicativo, de alívio, de culpa, de anestesia, de excitação, de vergonha, de controle, de provocação, de protesto. Os vestígios no corpo apontam para um sofrimento que pode ser aplacado com essa nova relação que com ele se estabelece, de modo a compreendermos a autolesão sobretudo como denúncia e modo de oposição ao sofrimento, e não como sua causa. Indicamos que há concepções que entendem essa tendência a agir como sendo tributária a uma deficiência representacional ou simbólica, e outras que nos impedem de remeter necessariamente a essa relação. Além disso, vimos que há uma perspectiva que atribui um potencial figurativo enquanto modo particular de representar. Nesse ínterim, o corpo pode se tornar verbo, ou antes um canal privilegiado de transmutação e partilha de uma experiência de sofrimento. Nestas condições, o ataque ao corpo traz para a dinâmica a relação com o objeto, tanto interno quanto externo, e de como há um peso das relações primordiais nessa modalidade de resposta.

O privilégio que os pesquisadores vêm atribuindo na articulação da autolesão com a adolescência não é anódino; de fato, nos pareceu que o adolescer traz questões importantes que podem favorecer um tipo de funcionamento exteriorizado tal como a autolesão. A adolescência é marcada por toda uma mudança no corpo, nas relações com objetos, que pode favorecer experiências de ordem traumática. Embora não tenhamos nos restringido nesse recorte, ao inédito do corpo adolescente — com todas as transformações, remanejamentos, alterações de dinâmica interna e relacional que ele traz —, esse marco na vida dos sujeitos vem a ser um índice importante no que se refere à autolesão.

Destacamos também algumas destinações econômicas da autolesão. O que é visado nessa tensão é uma espécie de desafogo. Isto é, há situações em que a autolesão é recrutada devido à sua capacidade de propiciar a sensação de alívio e apaziguamento que tais atos podem trazer. Não é novidade para a psicanálise modalidades defensivas que intentam tal objetivo, até porque o sujeito está constantemente em busca de certo alívio para o seu sofrimento e mal-estar. Muitas leituras psicanalíticas privilegiam a finalidade gerenciadora de afetos, da autolesão, de modo a incidir na modulação energética do aparato anímico. Destacamos, ainda, que a ideia de alívio pode estar referida a diferentes camadas de compreensão, pois as modulações de intensidade podem estar atreladas à

sensação de prazer, de descarga, à pulsionalidade, à excitação sexual e à tensão física. Assim dizendo, podemos pensar o registro econômico em jogo na autolesão de forma múltipla. Podem haver sujeitos que recorrem à autolesão de forma masoquista, ou aqueles em que a dimensão de prazer não se faz presente. É possível ainda encontramos esses dois vieses de forma superposta, tal como quando há algum grau de prazer por se retomar a erogenicidade do corpo, ou quando se tem uma satisfação decorrente do efeito no outro que o ataque ao corpo pode vir a assumir.

Nos encaminhamos para o campo da dor, entre o sentir e a anestesia. Encontramos tanto aqueles que relatam uma experiência da vivência de dor quanto aqueles que não sentem a dor, enquanto tal, ao se infligirem algum dano. Podemos encontrar sujeitos que visam à dor na autolesão, como também aqueles os quais ela, a dor, não é focalizada. A analgesia relatada por aqueles que se lesionam levanta questões quanto ao estado do corpo do sujeito no momento em que o ato é realizado, sobretudo se estariam em curso vivências alucinatórias, dissociativas ou despersonalizantes. O campo da dor, quando buscado, pode ter em vista seu uso enquanto critério de que se tem ou não um corpo, a cinesia. Sob o plano relacional, pontuamos também situações em que a dor serve de índice de uma relação com objeto, de uma história marcada e associada por uma relação dolorosa.

O último tema desse eixo panorâmico da psicanálise foi com relação à base traumática das autolesões. Na literatura consultada, percebemos uma visada de compreensão que aborda a autolesão como uma alternativa que visa dar conta do trauma, enquanto excesso pulsional. Apresentamos algumas perspectivas nas quais certas experiências da vida são ameaçadoras demais, podendo chegar a comprometer o funcionamento anímico. Nessa visada esboçamos a dimensão de trauma físico — o ataque ao corpo produz um trauma físico, uma lesão dolorosa no corpo —, que pode ser recrutado de modo a contrapor um trauma psíquico. Trazendo para o foco uma perspectiva que contemple esmiuçar as qualidades relacionais, traumáticas, buscamos nos atentar para alguns índices sutis que podem estar influenciando alguns casos de autolesão. A noção de trauma, sobretudo quando pautada numa dimensão intersubjetiva, abre-nos um campo de possibilidades para pensar algumas diferenças de nuances em relação à autolesão. Esse conjunto de elementos sinaliza certas vias de compreensão do fenômeno; a ideia de sobredeterminação freudiana nos pareceu pertinente de se manter no horizonte. Dentre as questões encontradas na literatura, percebemos que, com o complexo conceito de trauma, podemos nuançar algumas formas de expressão autolesiva. Encontrando nessa noção um operador indispensável para compreender o que poderia estar na base, ou ao

menos influenciado os modos de apresentação da autolesão. Esbarramos em alguns obstáculos epistemológicos que, de certa forma, nos evadimos de aprofundar. Primeiro, porque excederia a nossa proposta; segundo, por acreditarmos que num sujeito o plano do que é ou não representável, simbolizável atua de forma conjunta, ou seja, não são excludentes e nem dicotomizados. Além disso não adentramos numa via de trabalho que contemplasse de forma enfática o eixo de pulsão de vida e de morte, nos problemas de suas imbricações e desimbricações.

Em tempo, no Capítulo I, propusemos que a autolesão poderia expressar, de forma mais ou menos subjetivada, modalidades distintas de sofrimento. Percebemos também, como a autolesão pode assumir modos de apresentação, função e estatuto a depender do estilo subjetivo em questão. Ainda que sejam modos diversos de ser e sofrer, nossa hipótese é a de que a autolesão vem auxiliando a lidar com o sofrimento, ao recrutar de maneira muito particular a dimensão corpórea e do ato. Isto é, o sujeito em tormento se submete a uma destruição tolerável — um trauma físico, uma ação visível — a fim de não colapsar, não deixar agudizar seu sofrimento.

O que buscamos, em seguida, foi estabelecer algumas especificidades da autolesão nas dobras do traumático, isto é, nos diversos e níveis em que se dá. O trauma é tema fundamental para compreensão da experiência humana, sobretudo na psicanálise, visto que pode assumir uma dimensão inevitável enquanto potencialidade traumática de base em todo funcionamento psíquico, e que “nenhum indivíduo humano é poupado de tais experiências traumáticas, nenhum escapa às repressões a que elas dão origem” (FREUD, 1940 [1938] /2006, p. 213). Essa potencialidade, por sua vez, pode tanto ser mobilizadora e constitutiva dos processos psíquicos quanto pivô desorganizador, elemento primário de uma vastidão de modalidades de adoecimento. Em ambos os casos há uma dimensão de trabalho imposta ao psíquico; porém, as incidências geradas nem sempre são de mesma natureza. Trabalhar com a noção de trauma implica articular registros simultâneos. Mas podemos sintetizar que, nas diferentes acepções possíveis, a ideia de um acontecimento intenso, significativo — podendo ser pontual ou cumulativo —, promove um rearranjo subjetivo. Os efeitos não costumam seguir uma lógica temporal linear, um evento ocorrido no passado podendo ser reconhecido posteriormente. Exploramos sobretudo as conceituações de trauma de Freud, Ferenczi e Winnicott, buscando alinhavá-las a alguns tópicos da autolesão que avaliamos que deviam ser mais bem aprofundados. Existem vários aspectos e formas de traumatismo — que tanto Freud

e Ferenczi quanto Winnicott vão cotejar — que podem se articular com expressões diferentes de autolesões.

Optamos por dar mais atenção a essas primeiras conceituações e suas fissuras do que às suas reformulações posteriores, por percebermos que ali poderíamos encontrar algo que ainda não havia sido tão bem trabalhado na articulação entre trauma e autolesão. Com Freud, vários aspectos foram tocados de modo a serem mais bem explorados com os aportes de outros autores. O trauma aparece de diferentes maneiras na obra freudiana, marcando sua presença desde os escritos “pré-psicanalíticos” e ressignificando-se paulatinamente com o desdobramento da teoria, especialmente com a introdução do conceito de narcisismo e com a presença do segundo dualismo pulsional. De uma forma geral, vimos que a noção de trauma em Freud nos leva a olhar para uma pluralidade de incidências traumáticas na autolesão. Isto é, há determinadas formas de autolesão que estão relacionadas à ordem de um acontecimento, ligados a lembranças, ligados a impressões, ligados a possibilidade de descarga, ao campo da fantasia, à relação com o outro, aos cuidados desempenhados, às decepções, às possibilidades egoicas, às problemáticas de diferenciação da alteridade. Essas questões caucionam nossa perspectiva de marcar a heterogeneidade do fenômeno autolesivo, como também a importância de levarmos em conta a dimensão relacional. Tocamos assim numa outra vertente da questão principal que aqui nos ocupa: a questão da alteridade. Desde Freud, foi possível estabelecermos um tronco de leitura que nos permite vislumbrar toda uma potencialidade defensiva da autolesão diante dos sucedâneos traumáticos.

Com Ferenczi, demos um salto na forma de conceber os traumas, enfatizando a dimensão alteritária do trauma, acrescentando elementos importantes à discussão, voltando a conferir peso à dimensão fática, bem como acentuando que o acolhimento ambiental, após um acontecimento de potencial traumático, pode alterar as possibilidades de apropriação e de repercussão do ocorrido. Vários outros aferentes do traumático foram trazidos, marcando assim como o ambiente e a qualidade dos objetos que o compõe têm função primordial para seu desfecho, para o qual a autolesão pode servir de diversas formas. A partir das noções de autotomia e clivagem destacamos a dimensão paradoxal que o ato de se autolesionar geralmente carrega. As autolesões podem ter natureza paradoxal, ao passo que preservam a integridade global às custas do abandono de alguma parte de si mesmo, que acaba por trazer a vivência de alívio, ou conforme a relação com

o objeto é preservada. Com a noção de clivagem, a compreensão de algumas finalidades da autolesão se torna mais compreensível — como, por exemplo, as vivências de analgesia nos momentos em que se lesiona. De uma forma geral, a leitura ferencziana se mantém numa perspectiva de valorização dos movimentos defensivos — tal qual Freud — mais erráticos, de modo que a autolesão é alçada enquanto recurso que visa minorar os efeitos de vivências traumáticas violentas, ou então contra os efeitos provocados pelas vicissitudes dessas impressões.

O que buscamos, em seguida, foi estabelecer algumas especificidades da autolesão, o que chamamos de vetores sensíveis. Com Winnicott, as junções traumáticas se tornam ainda mais amplas. Destacamos algumas das tarefas básicas do ambiente como a função de oferecer os cuidados corporais, a partir de um plano de afetação, e com isso apresentar o mundo em pequenas doses — aspecto fundamental para instaurar a vivência de tempo e espaço. Apontamos como grandes distorções e perturbações são resultado de reações excessivas em função de intrusões excessivas que passam do limite do suportável. O autor nos abre o campo de pensar a dinâmica ambiental em que nada aconteceu quando deveria ter acontecido. Numa articulação mais direta com o fenômeno da autolesão, chegamos à delimitação de limiares perenes, de qualidades sensíveis e marcantes da corporeidade que vão estar presentes de forma mais ou menos consistente na vida dos sujeitos, e que a autolesão pode vir a corroborar — sendo, assim, um positivo de um negativo. Destacamos a importância da forma, espacialização e temporalização implicadas nos atos autolesivos, para fazer frente às experiências agonísticas primitivas. Nossos desenvolvimentos teóricos, nesse capítulo, visaram explorar um ponto de vista que pretendeu restituir a subjetividade de tais atos — traumas, sofrimentos, relações vividas no passado —, os quais podem, em determinados casos, gerar no presente o recurso ao trauma físico (a autolesão) com finalidades e formas muito diversas. Destarte, feito esse percurso, nos foi possível estabelecer um terreno para discutir a autolesão; e aproveitamos os elementos teóricos das noções de trauma para pensar algumas das diferentes formas de expressão e psicopatologia na autolesão.

O caminho percorrido despertou inúmeras considerações que, em última instância, remetem ao campo da clínica. Ao longo do texto, utilizamos as epígrafes de modo a não perder de vista o relato dos sujeitos que encontram na autolesão algum tipo de estabilização do seu sofrimento. Nós nos inspiramos no formato parativo do NEPECC,

que tem em sua metodologia uma proposta de colocar lado a lado estilos clínicos. Tal metodologia nos pareceu interessante, sobretudo em vista do objetivo de ilustrar a heterogeneidade do fenômeno autolesivo. Em função do exposto até então, exploramos o eixo psicopatológico tendo como pressuposto a ideia de que, na história dos sujeitos, desencontros primários importantes possam ter ocorrido. Pretendemos esboçar uma possível diferença na qualidade de respostas, indagando-nos quanto ao que poderia exceder a não provisão, o não manejo suficientemente bom em matizes familiares à obsessão neurótica, na histeria, nos casos-limite que poderiam influenciar nos tipos de resposta autolesiva. Buscamos colocar a autolesão sob essa perspectiva, de modo a caucionar a ideia de heterogeneidade que foi proposta desde as primeiras linhas deste escrito. Além disso, destacamos uma variabilidade de potencialidades que a autolesão guarda; e o fato de que, apesar da destrutividade em questão, há também uma dimensão positiva muito pungente em tais atos.

Diante do exposto aqui, há ainda a pergunta: o que nós, nas diferentes posições de cuidado, fazemos diante disso? Decerto nos é possível, acreditamos, frear um pouco nosso impulso remissivo; precisamos estar atentos aos outros aspectos que não essa defesa, esse ato ou sintoma. Não tivemos a pretensão de esgotar a discussão sobre a complexa problemática dos atos autolesivos, nem de escrutinar seus múltiplos fatores desencadeantes na figura do trauma. Apesar de reconhecermos o peso do traumático aqui, não é possível lhe atribuir a responsabilização pela apresentação do fenômeno. Nosso objetivo foi debruçarmo-nos sobre alguns índices que consideramos estar na base dessa problemática, destacando especialmente a questão traumática do corpo, como também o predomínio de demandas ligadas ao campo das relações objetais. Procuramos nos sensibilizar aos enunciados daqueles que se autolesionam, buscando assim talvez uma outra aproximação e auxiliando, quem sabe, a abrir nossa escuta para modos mais erráticos de lidar com o sofrimento e com a vida — olhando para a autolesão de forma a não chapar os múltiplos sentidos que ela pode ter na história de cada analisante que nos chega. A psicanálise nos mostra que existem muitos mecanismos para lidar com a realidade do mundo; será que tendemos a ver naqueles mais interiorizados a salvação da lavoura? Uma coisa sabemos, há ainda muito a se entender sobre esse fenômeno tão complexo.

A partir do acumulado nesse estudo, percebemos a impossibilidade de termos respondido, satisfatoriamente, todas as questões levantadas nesta dissertação. Apesar disso, estas janelas que permaneceram abertas, nos facilita a formulação de possíveis caminhos a serem seguidos e explorados com mais cautela nessa temática. De todas as observações feitas, pode se concluir que há uma considerável extensão da variabilidade funcional da autolesão. O que nos impede de seguir o raciocínio diagnóstico que tende a colacionar a ação intencional de lesionar o corpo com modalidades subjetivas — necessariamente — limítrofes. Descrevemos uma heterogeneidade de experiências, utilidades, finalidades, modos de apresentação, de dinâmicas subjetivas a partir da autolesão. Foram as indagações que a clínica nos impõe que nos levaram às reflexões teóricas aqui apresentadas. Nesse sentido percebemos que mais pesquisas voltadas para situação terapêutica nos casos de autolesão como um possível eixo ser mais bem explorado. Será que temos sido receptivos às expressões e experiências, um tanto quanto turbulentas, que aqueles que recorrem a autolesão tem nos colocado?

Por fim, marcamos que estar atento à dimensão da pluralidade na clínica, pode não só nos preservar e nos provocar, mas nos abrir a formas complexas e paradoxais de sustentar o viver. Somos convocados, assim, a expandir nossa escuta para diferentes formas de subjetivação, de estilos psíquicos, de modos de ser. Conforme já exposto: *A autolesão é tudo. Eu gosto disso. Faz me sentir bem. É meu segredo. É uma forma de mostrar às pessoas a dor que sinto. Faz a dor passar. Isso me torna parte de um grupo. Isso me faz sentir não tão sozinho. É uma compulsão que às vezes não consigo evitar. É viciante. Isso me ajuda a funcionar normalmente. Isso me faz sentir como se estivesse louco. É reconfortante não sei por quê.* (REDDIT)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, A.B.; HERZOG, R. Bater em si: a automutilação como resistência à indiferenciação. In: FREIRE, A. B. (Org.). O corpo e suas vicissitudes. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2013. p. 135-148.

ANDRADE, A.B.; PACHECO-FERREIRA, F.; VERZTMAN, J. Psychical Transparency and Trauma. Some Considerations Based on Clinical Research, *Recherches en psychanalyse*, 2013/2 (n° 16), p. 226-234. DOI: 10.3917/rep.016.0226. URL: <https://www.cairn.info/revue-recherches-en-psychanalyse1-2013-2-page-226.htm>

ARAÚJO, J. F. B. de et al. O corpo na dor: automutilação, masoquismo e pulsão. *Estilos clin.*, Ago 2016, vol. 21, no. 2, p. 497-515. ISSN 1415-7128.

ARCOVERDE, R. L. et al. Autolesão e produção de identidade. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica– Universidade Católica de Pernambuco, Pernambuco, 2013.

AVELLO, J. J. Dimension théorique: au-delà de la pulsion de mort. In: L'île des rêves de Sándor Ferenczi “Rien que la pulsion de vie”. Paris: CampagnePremière, 2013.

AVELLO, J. J. La isla de sueños de Sándor Ferenczi, nada más que pulsión de vida. Madrid: Biblioteca Nueva, 2006.

BALINT, M. Trauma and object relationship. *The International Journal of Psychoanalysis*, 50(4), 429–435, 1969.

BANZATO, C.E.M; PEREIRA, M.EC. O lugar do diagnóstico na clínica psiquiátrica. A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea, p. 35-54, 2014. / organização Rafaela Zorzanelli, Benilton Bezerra Jr, Jurandir Freire Costa. - 1. ed. - Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

BANZATO, C.E.M; ZORZANELLI, R. Superando a falsa dicotomia entre natureza e construção social: o caso dos transtornos mentais. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 17, n. 1, p. 100-113, 2014.

BARBOSA, VS. A prática de autolesão em jovens: Uma dor a ser analisada. (Dissertação de mestrado). Centro de Ciências Biológicas e de Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, Brasil, 2017. Disponível em repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/8982/DissVSB.pdf?sequence=3&isAllowed=y.

BARBOSA V., DI LOLLO MC., ZERBETTO SR., HORTENSE P. A prática de autolesão em jovens: uma dor a ser analisada. *REME – Rev Min Enferm*, 2019. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20190088

BEZERRA, B.; AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria sem Hospício – Contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992

BIGOT, T. *Comportements d'automutilation: sens, détection et prise en charge, 2010*.

BIRMAN, J. *O sujeito na contemporaneidade (2a ed.)*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

BOKANOWSKI, T. Du traumatisme au trauma: Les déclinaisons cliniques du traumatisme en psychanalyse [J]. *Psychologie clinique et projective*, 1(1), 9-27, 2010. Disponível em <https://doi.org/10.3917/pcp.016.0009>

BOKANOWSKI, T. Traumatisme, traumatique, trauma. *Revue française de psychanalyse*, 3(3), 745-757, 2002. Disponível em <https://doi.org/10.3917/rfp.663.0745>

BOKANOWSKI, T. Variations sur le concept de “traumatisme”: traumatisme, traumatique, trauma. *Revue française de psychanalyse*, 3(3), 891-905, 2005. Disponível em <https://doi.org/10.3917/rfp.693.0891>

BOLLAS C. *Hysteria*. São Paulo: Escuta, 2000.

BORGES, H. *A clínica contemporânea e o abismo do sentido*. Rio de Janeiro: 7 letras, 2019.

BREUER, J & Freud, S. Comunicação preliminar: sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos. *Obras completas de Sigmund Freud*, v. II. Rio de Janeiro: Imago, 1893/2006.

BREUER, J. & Freud, S. Estudos sobre a histeria. *Obras completas de Sigmund Freud*, v. II. Rio de Janeiro: Imago, 1895/2006.

BRUNO, F. *Máquinas de ver, modos de ser: vigilância, tecnologia e subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2013.

BRUSSET, B. Névroses et états limites. In C. Chabert, B. Brusset & C. Brelet-Foulard, *Névroses et fonctionnements limites* (pp. 1-70). Paris: Dunod, 1999.

CÂMARA, L. AND CANAVÊZ, F. Contribuições de Sándor Ferenczi para o fenômeno da autolesão. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, Mar. 2020, vol.23, no.1, p.57-76. ISSN 1415-4714.

CANAVEZ, F. Na outra cena da representação: considerações ferenczianas sobre o trauma. *Psicol. USP, São Paulo*, v. 24, n. 1, p. 165-182, Apr. 2013. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0103-65642013000100009>

CARDOSO, M. R. A impossível "perda" do outro nos estados limites. *Psicologia em Revista*, v. 13, p. 325-338, 2007.

CARDOSO, M. R. A servidão ao outro nos estados limites. *Psyche (São Paulo)*, São Paulo, v. 16, p. 65-75, 2005.

CARDOSO, M.R; DEMANTOVA, A; MAIA, G. Corpo e dor nas condutas escarificatórias na adolescência / Body and pain in scarifying behaviors in adolescence *Estudos de Psicanálise*, (46), 115-123, 2016.

CARDOSO, M.R. Dependência e adolescência: a recusa da diferença. *Ágora* (Rio J.), v. XVII, número especial agosto de 2014, p. 63-74.

CARDOSO, M.R. (2004) *Limites*. São Paulo: Escuta.

CARDOSO, M.R. Novo retorno do traumático na psicanálise hoje: além do mal-estar?. *Ágora* (PPGTP/UFRJ), v. 21, p. 149-157, 2018. *Estud. psicanal.*; (46): 115-123, dez. 2016. Artigo em Português | Index Psicologia - Periódicos técnico-científicos | ID: psi-70939 Biblioteca responsável: [BR1724.1](#)

CARDOSO, M. R. Recusa ao ato na adolescência: uma dimensão subjetiva negativa. *Ágora*, v XIV, (1), p. 21-33, 2011.

CHABERT C. Masochisme chez l'adolescent, in *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, sous la direction de Houzel D., Emmanuelli M. et Moggio F., Paris, puf, 2000, p. 402-404.

CHABERT, C. Problématiques. In: CHABERT, C; BRUSSET, B.; BRELET-FOULARD, F. *Névroses et fonctionnements limites*. Paris: Dunod, 1999, p. 73-128.

CHAGNON, Jean Yves. Os estados-limite nos trabalhos psicanalíticos franceses. *Psicol. USP*, São Paulo , v. 20, n. 2, p. 173-192, jun. 2009 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51772009000200003&lng=pt&nrm=iso>.

CIAVALDINI, A. L'agir violent sexuel. In: CHABERT, C. et coll (Orgs.). *Actes et dépendances*. Paris: Dunod, 2006. p. 111-169.

CICCONE, A. *La psychanalyse à l'épreuve du bébé*. Paris: Dunod, 2011.

CICCONE, A. La scène du corps dans le développement et le fonctionnement psychiques et dans les situations de souffrance psychique. Dans: AIRE éd., *Des corps: Entre corps et psyché. Penser ce qui les agite* (pp. 43-60), 2016. Nîmes, France: Champ social. <https://doi.org/10.3917/chaso.aire.2016.02.0043>"

CIDADE, N. A dimensão arcaica das automutilações : descontinuidades nos primórdios da vida / Natália de Oliveira de Paula Cidade; Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2020.

COSTA, A. M. M. “Se fazer” tatuar: traço e escrita das bordas corporais. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 12, n. 7, p. 56-63, 2002b.

COSTA, A. *Tatuagens e marcas corporais*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

CORCOS, M. & RICHARD, B. L'emotion mutilée: approche psychanalytique des automutilations à l'adolescence. *La psychiatrie de l'enfant*, 49(2),459-476, 2006. Disponível em www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2006-2-page-459.htm

CORCOS, M. *La terreur d'exister*. Paris: Dunod, 2013. (Originalmente publicado em 2009).

DAL MOLIN, C. E. *O terceiro tempo do trauma*. São Paulo: Perspectiva, 2016.

DAMOUS, I; KLAUTAU, P. Marcas do infantil na adolescência: automutilação como atualização de traumas precoces. *Tempo psicanalítico*, v. 48, n. 2, p. 95-113, 2016.

DARGENT, F. Corps scarifié, adolescence marquée. *Revue française de psychosomatique*, 2(38), 131-143. Recuperado a partir de <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychosomatique-2010-2-page-131.htm>.

DARGENT, F., & Matha, C. *Blessures de l'adolescence*. Presses universitaires de France, 2015.

DARGENT, F. Les scarifications chez l'adolescente: du masochisme cruel aux scénarios pervers comme mouvement paradoxal de subjectivation. *Adolescence*, 2006/3 no 57, p. 651-663.

DARGENT, F. Persécution dedans/dehors: De l'attaque du corps au projet de peau: étude d'un mouvement de projection détoxifiant. *Adolescence*, 263, 681-695, 2008. Disponível em <https://doi.org/10.3917/ado.065.0681>

DAVID-MÉNARD, M. *A histérica entre Freud e Lacan*. São Paulo: Escuta, 2000.

DE LUCA, M.; BONNICHON, D. & MARTY, F. Les scarifications à l'adolescence: un équivalent suicidaire? *La psychiatrie de l'enfant*, 55(2), 637- 678, 2012.

DEMANTOVA, Aline. *Escarificações na adolescência: corpo atacado, corpo, marcado*. Dissertação (Mestrado em Teoria Psicanalítica) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

DERMESROPIAN, A., GOFFINET, S. & DE BECKER, E. (2018). La dissociation : conceptualisation, intérêt d'une intrication avec la scarification et protocole d'intervention. *Psychologie Clinique*, 1(1), 115-133. Disponível em <https://doi.org/10.1051/psyc/201845115>

DIAS, E. O. *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2003.

DIAS, E.O. Caráter temporal e os sentidos de trauma em Winnicott. *Winnicott e-prints*, São Paulo , v. 1, n. 2, p. 1-8, 2006 . Disponível em pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679432X2006000200001&lng=pt&nrm=iso

DIDI-HUBERMAN, G. "A invenção da histeria: Charcot e a iconografiafotográfica da Salpêtrière". Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: MAR/Contraponto, 2015, 504 páginas.

DOREY, R. La relation d'emprise. Nouvelle Revue de Psychanalyse, n. 24, "L'emprise", p. 117-139, 1981.

DOUVILLE, O. L'automutilation, mise en perspectives de quelques questions. Champ Psy, 4(36), 7-24. Recuperado a partir de <https://www.cairn.info/revue-champ-psychosomatique-2004-4.htm>.

DUNKER, C. I. L. Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros. Boitempo Editorial, 2015.

EMMANUELLI, M. "A clínica da adolescência", in CARDOSO, M. & MARTY, F. (Orgs.) Destinos da adolescência Rio de Janeiro: 7 Letras, 2008.

ESTELLON, V. Figures et formes des états limites. Le Carnet PSY, 160, 26-30, 2012. Disponível em <https://doi.org/10.3917/lcp.160.0026>

ESTELLON, V. Les folies compulsives. Paris: Dunod. Disponível em <https://doi.org/10.3917/dunod.estel.2016.01>

ESTELLON, V. Sensations auto-produites et fonctionnement compulsif : une solution limite. *Le Carnet PSY*, 231, 28-32, 2020. Disponível em <https://doi.org/10.3917/lcp.231.0028>

FARIAS, C. P ; CARDOSO, M. R. Compulsão e domínio na neurose obsessiva: a marca do pulsional. *Psicologia Clínica (PUCRJ. Impresso)*, v. 25, p. 117-128, 2013.

FAVAZZA, A. R. FAVAZZA, Barbara. Bodies under siege: Self-mutilation in Culture and Psychiatry. Johns Hopkins University Press, 1987.

FAVAZZA, A. R. Nonsuicidal self-injury: How categorization guides treatment. *Current Psychiatry*. Article in *Current psychiatry*; 2012.

FAVAZZA, A. R. Repetitive self-mutilation. *Psychiatric Annals*, v. 22, n. 2, p. 60-63, 1992.

FAVAZZA, A. R. The coming of age of self-mutilation. *The Journal of nervous and mental disease*, v. 186, n. 5, p. 259-268, 1998.

FERENCZI, S. A criança mal acolhida e sua pulsão de morte, 1929/2011. Em S. Ferenczi, *Psicanálise IV* (Á. Cabral, Trad., 2 ed., pp. 55-60). São Paulo: Martins Fontes.

FERENCZI, S. A adaptação da família à criança, 1928. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 1-16. (Obras Completas, 4).

FERENCZI, S. Agitação em fim de sessão analítica, 1915/2011. In S. Ferenczi, *Psicanálise II* (Á. Cabral, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.

FERENCZI, S. Análise de crianças com adultos, 1931. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 79-96. (Obras Completas, 4).

FERENCZI, S. Confusão de língua entre os adultos e a criança, 1933. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 11-135. (Obras Completas, 4).

FERENCZI, S. Diário clínico, 1932. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

FERENCZI, S. Dificuldades técnicas de uma análise de histeria, 1919/2011. In S. Ferenczi, Obras Completas (Á. Cabral, trad., 2ª ed., Vol. 3, pp.1-9). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1919)

FERENCZI, S. Elasticidade da técnica psicanalítica, 1928c. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 29-42. (Obras Completas, 4).

FERENCZI, S. Mãos envergonhadas, 1914/2011. Em S. Ferenczi, Psicanálise II (Á. Cabral, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.

FERENCZI, S. Notas e fragmentos, 1930-1932. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 267-323. (Obras Completas Sándor Ferenczi, 4).

FERENCZI, S. O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios, 1913/2011. Em S. Ferenczi, Psicanálise II (Á. Cabral, Trad., 2 ed., pp. 45-62). São Paulo: Martins Fontes.

FERENCZI, S. O problema do fim da análise, 1927/2011. In S. Ferenczi, Obras Completas (Á. Cabral, trad., 2ª ed., Vol. 4, pp. 17-27). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1927)

FERENCZI, S. O problema do fim da análise, 1928b. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 17-28. (Obras Completas, 4).

FERENCZI, S. O problema da afirmação do desprazer, 1926/2011. Em S. Ferenczi, Psicanálise III (Á. Cabral, Trad., pp. 431- 443). São Paulo: Martins Fontes.

FERENCZI, S. Perspectivas da psicanálise, 1924/2011. Em S. Ferenczi, Psicanálise III (Á. Cabral. Trad.). São Paulo: Martins Fontes.

FERENCZI, S. Princípio de relaxamento e neocatarse, 1930. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 61-78. (Obras Completas, 4).

FERENCZI, S. Prolongamentos da "técnica ativa" em psicanálise, 1921/2011. Em S. Ferenczi, Psicanálise III (Á. Cabral, Trad., pp. 117-136). São Paulo: Martins Fontes.

FERENCZI, S. Reflexões psicanalíticas sobre os tiques, 1921. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 81-112. (Obras Completas Sándor Ferenczi, 3).

FERENCZI, S. Reflexões sobre o trauma, 1920-1932/ 2011. Em S. Ferenczi, Psicanálise IV (Á. Cabral, Trad., 2 ed., pp. 125-135). São Paulo: Martins Fontes.

- FERENCZI, S. Sintomas transitórios no decorrer de uma psicanálise, 1912/1991. Em S. Ferenczi, *Psicanálise I* (Á. Cabral, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- FERENCZI, S. *Thalassa: ensaio sobre a teoria da genitalidade*, 1924. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 276-357. (Obras Completas Sándor Ferenczi, 3).
- FERENCZI, S. *Transferência e introjeção*, 1909. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 88-123. (Obras Completas Sándor Ferenczi, 1).
- FERNANDES, M.H. *Corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo. (Coleção clínica psicanalítica); 2003.
- FIGUEIREDO, A. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 75-86, mar. 2004. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1415-47142004001006>.
- FIGUEIREDO, A; TENORIO, F. O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 29-43, Mar. 2002. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1415-47142002001004>.
- FLÉMAL, S. & LEFÈBVRE, A. An Impossible Work of Adolescence: Between Death, Delusion and Creation. *Adolescence*, 2(2), 299-314, 2010. Disponível em <https://doi.org/10.3917/ado.072.0299>
- FORTES, I; MACEDO, M. K. Automutilação na adolescência-rasuras na experiência de alteridade/Self-mutilation in adolescence-scratches in the otherness experience. *Psicogente*, v. 20, n. 38, 2017.
- FREUD, S. A dissolução do complexo de Édipo. In: FREUD, Sigmund. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. 19. Publicado originalmente em 1924.
- FREUD, S. Além do princípio do prazer. In: FREUD, Sigmund. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. 18. Publicado originalmente em 1920.
- FREUD, S. *A sexualidade na etiologia das neuroses*. Rio de Janeiro: Delta Editora, 1986. (Ed. standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 3)
- Freud, S. *As neuropsicoses de defesa*. *Obras completas*, v. III. Rio de Janeiro: Imago, 1894/2006.
- FREUD, S. *Atos obsessivos e as práticas religiosas*. Rio de Janeiro: Delta Editora, 1986. (Ed. standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 9)
- FREUD, S. *Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen*. In: FREUD, Sigmund. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. IX)*. Rio de Janeiro: Imago, 1907/2006.
- FREUD, S. *Esboço de Psicanálise*. In: FREUD, Sigmund. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. 23. Publicado originalmente em 1940.

FREUD, S. Extratos dos documentos redigidos a Fliess. In: FREUD, Sigmund. Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos 1892-1899. Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. 1. Publicado originalmente em 1950.

FREUD, S. Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Ed. standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 12, 1911)

FREUD, S. Histeria. Obras completas, v. I. Rio de Janeiro: Imago, 1888/2006.

FREUD, S. Inibições, Sintomas e Ansiedade. In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud (Vol. XX). Rio de Janeiro: Imago, 1925/2006.

FREUD, S. Luto e Melancolia, 1917., Tradução, introdução e notas: Marilene Carone, São Paulo: Cosac Naify, 2011.

FREUD, S. Notas sobre um caso de neurose obsessiva. (J. Salomão, Trad.). Em J. Salomão (Org.), Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 10, pp. 135 - 275) Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Original publicado em 1909)

FREUD, S. Novas Conferências Introdutórias de Psicanálise - Conferência XXXIV explicações, aplicações e orientações. In: FREUD, Sigmund. Obras completas. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. 12. Publicado originalmente em 1933.

FREUD, S. O ego e o id. In: FREUD, Sigmund. Obras completas. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. 19. Publicado originalmente em 1923.

FREUD, S. O Estranho. In: FREUD, Sigmund. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas (Vol. XVII). Rio de Janeiro: Imago, 1919/2006.

FREUD, S. O mal-estar na civilização. In: FREUD, Sigmund. Obras completas. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. 21. Publicado originalmente em 1930.

FREUD, S. O Problema Econômico do Masoquismo. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 2006 [1924].

Freud, S. Projeto para uma psicologia científica. Obras completas, v. I. Rio de Janeiro: Imago 1895/2006.

FREUD, S. Psicologia das massas e análise do eu. In: FREUD, Sigmund. Obras completas. Psicologia das massas e análise do eu e outros textos (1920-1923). São Paulo: Companhia das Letras, 2012. v. 15. Publicado originalmente em 1921.

FREUD, S. Recordar, repetir e elaborar. Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Ed. standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 12, 1914)

FREUD, S. Sobre a psicopatologia da vida cotidiana. In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud (Vol. VI). Rio de Janeiro: Imago, 1901/2006.

FREUD, S. Sobre o narcisismo: uma introdução. In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud (Vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago, 1914/2006.

FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: FREUD, Sigmund. Obras completas. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. 7. Publicado originalmente em 1905.

FUCHS, S. M. S; PEIXOTO JUNIOR, C. Sobre o trauma: contribuições de Ferenczi e Winnicott para a clínica psicanalítica. Tempo psicanal., Rio de Janeiro , v. 46, n. 1, p. 161-183, jul. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382014000100012&lng=pt&nrm=iso>.

GARCIA, C.A; CARDOSO, M. R (Org.). *Entre o eu e o outro: espaços fronteiriços*. Curitiba: Juruá Editora, 2010.

GAREL, P., L'automutilation superficielle à le adolescence: le corps dans tous ses états. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, [França], n. 40, p. 227-235, 2008.

GAUTHIER, M. Automutilation et autoérotisme. Topique, 99(2), 51-59, 2007.

GAUTHIER M. De l'objet secourable: désaide et masochisme, in Colloque international de psychanalyse, Jean Laplanche et coll. Paris: P.U.F., 57-68, 1994.

GICQUEL, L. & CORCOS, M. Les automutilations à l'adolescence. Paris: Dunod, 2011.

GONDAR, J. Ferenczi como pensador político. Ferenczi as a political thinker. Cad. psicanal., Rio de Janeiro , v. 34, n. 27, p. 193-210, dez. 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952012000200011&lng=pt&nrm=iso>

GRATZ, Kim L. Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. Journal of psychopathology and behavioral assessment, v. 23, n. 4, p. 253-263, 2001.

GREEN, A. A loucura privada: psicanálise de casos-limite. São Paulo: Escuta, 2017, p. 69-101. (Original publicado em 1974).

GREEN, A. Hystérie et états limites: chiasme – Nouvelles perspectives. Revue Française de Psychanalyse, avril, 2000. Paris: PUF.

GREEN, A. L'analyste, la symbolization et l'absence dans le cadre analytique. Nouvelle Revue de Psychanalyse, n. 10, p. 225-258, 1974.

- GREEN, A. Metapsicologia da Neurose Obsessiva, 1965. In: BERLINCK, Manoel T. (org.). Obsessiva Neurose. São Paulo: Escuta, 2005, p.215-236.
- GREEN, A. O analista, a simbolização e a ausência no contexto analítico, 2017.
- GREEN, A. O conceito de limite (M. Gambini, Trans.). Em M.C.R. Magalhães (Ed.), *A loucura privada Psicanálise de casos-limite* (1ª ed., pp. 103-135), 2017. Escuta. (Original publicado em 1976).
- GREEN, A; Orientações para uma psicanálise contemporânea. Rio de Janeiro, RJ: Imago. 2008.
- GREEN, A; URRIBARRI, F. Do pensamento clínico ao paradigma contemporâneo. São Paulo: Blucher, 2019.
- GUERREIRO, D. F.; SAMPAIO, D. Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista portuguesa de saúde pública*, v. 31, n. 2, p. 213-222, 2013.
- GURFINKEL, D. Por uma psicanálise do gesto. In Volich, R.M. et al. *Psicossoma IV: corpo, história, pensamento*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.
- GUTTON PH. Souffrir pour se croire. *Adolescence*, 22: 209-224, 2004.
- GUILLAUMIN, J. Le traumatisme et l'expérience des limites dans l'analyse. In: GUILLAUMIN, J. *Quinze études psychanalytiques sur le temps*. Paris: Privat, 1982. p. 125-148.
- HAWTON, K. et al. Factors associated with suicide after parasuicide in young people. *British Medical Journal*, v. 306, n. 6893, p. 1641-1644, 1993.
- HAWTON K, S, et al. Deliberate self-harm in adolescents: a study of characteristics and trends in Oxford, 1999-2000. *J Child Psychol Psychiatry* 2003;44: 1191-8.
- HAWTON, K. Sex and suicide: gender differences in suicidal behavior. *British Journal of Psychiatry*, no 177, p. 484- 485, 2000
- HAZA, M. & KELLER, P. Scarifications chez l'adolescent suicidaire: Une tentative pour penser ?. *Adolescence*, 233, 733-742, 2005. <https://doi.org/10.3917/ado.053.0733>
- HERZOG, R; PACHECO-FERREIRA, F. Trauma e pulsão de morte em Ferenczi. *Ágora* (Rio J.), Rio de Janeiro , v. 18, n. 2, p. 181-194, Dec. 2015. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1516-14982015000200002>.
- HOUSIER, F. A linguagem do ato na adolescência: o delito, entre o recolhimento narcísico e a busca do objeto. In: CARDOSO, M. R. & MARTY, F. (Orgs.). *Destinos da adolescência*. Rio de Janeiro: 7Letras, 2008. p. 107-119.
- KHAN, M.O rancor da histérica. In Berlink, Manoel Tosta. (Org.). *Histeria*. São Paulo: Escuta, 1997, pp. 49-59.

KLEIN, T., VERZTMAN, J. S., & PACHECO-FERREIRA, F. A antropologia contribui para a pesquisa em psicanálise? Sobre o perspectivismo e a experiência psicanalítica. *Psicologia USP*, 29(3), 404-411, 2018. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0103-656420170119>

KLONSKY, E. D.; OLTMANN, T.F.; TURKHEIMER, Eric. Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American journal of Psychiatry*, v. 160, n. 8, p. 1501-1508, 2003.

KRISTEVA, J. (1992) Le contre-transfert: une hystérie réveillée. *Revue Internationale de Psychopathologie*, n. 5, 1992, Paris: PUF.

KRISTEVA, J. *As novas doenças da alma*. Rio de Janeiro: Rocco, 2002

KUPERMAN, D. *Estilos do Cuidado: A psicanálise e o traumático*. São Paulo: Zagodoni, 2017.

JATOBÁ, M. M. V. O ato de escarificar o corpo na adolescência: uma abordagem psicanalítica. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador; 2010.

JUNG, J; ROUSSILLON, R. L'identité et le « double transitionnel. *Revue française de psychanalyse*. 2013/4 Vol. 77 | pages 1042 à 1054. Disponível em www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2013-4-page-1042.

JUNIOR, P. M. C. B., & Canavêz, F. O corpo na contemporaneidade: notas preliminares sobre a prática de autolesão em adolescentes. *Analytica*, Dez. 2018, vol.7, no.13, p.179-191. ISSN 2316-5197.

LANG, C, E; BARBOSA, J.F; CASELLI, F, R, B. Subjetividade, corpo e contemporaneidade. *Anais do XV Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social-ABRAPSO*, Maceió, p. 236-244, 2009.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS J. *Vocabulário de Psicanálise*. Trad. Pedro Tamen, 1982. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. *Fantasia originária, fantasias das origens, origens da fantasia*, 1993. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

LEJARRAGA, A. A teoria do trauma em Freud. Rio de Janeiro, U.F.R.J. , Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Instituto de Psicologia, 1992. Dissertação de mestrado em teoria psicanalítica.

LE BRETON D. (2003). *Adeus ao corpo: antropologia e sociedade*. Campinas: Papirus Editora.

LE BRETON, D. (2003). *La Peau et la Trace: Sur les blessures de soi*. Paris: Éditions Métailié. Disponível em <https://doi.org/10.3917/meta.breto.2003.01>

LE BRETON, D. (2009). Postface: Adieu au corps, multiplication des corps, biffures du corps. Dans : Caroline Doucet éd., Pratiques et usages du corps dans notre modernité (pp. 181-185). Toulouse, France: Érès. Disponível em <https://doi.org/10.3917/eres.gaspa.2009.01.0181>

LE BRETON, D. Se reconstruire par la peau. Marques corporelles et processus initiatique. *Revue Française de Psychosomatique* 38 (2), p. 85-95, 2010.

LOPARIC, Z. Winnicott: uma psicanálise não-edipiana. *Revista de Psicanálise da SPPA*, vol. IV, n. 2, pp. 375-387, 1997 (Reed.). Disponível em www.interleft.com.br/loparic/zeljko/pdfs/winni_psinaoedip_60.pdf

LOPES, L. S.; TEIXEIRA, L. C. Self-mutilation in adolescence and its narratives in school context. *Estilos da Clínica*, v. 24, n. 2, p. 291-303, 2019.

LOUPPE A. Automutilations transitoires à l'adolescence, *Revue française de psychanalyse*, 65,463-475, 2001.

MANNONI, O. Freud: uma biografia ilustrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994. (Original publicada em 1968).

MATHA, C. De l'inscription à la représentation: les scarifications à l'adolescence comme recherche de symbolisation? *La psychiatrie de l'enfant*, 53(1), 255-283. Disponível em www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2010-1-page-255.htm

MATHA, C. Figures traumatiques de la séparation à l'adolescence: de la répétition à l'élaboration. *Psychologie clinique et projective* 16(1), p. 103-144, 2010b.

MELLO, R; HERZOG, R. Trauma, clivagem e anestesia: uma perspectiva freudiana. *Arq. bras. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 61, n. 3, p. 68-74, dez. 2009. Disponível em pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180952672009000300008&lng=pt&nrm=iso

MENNINGER, K. Eros e tânatos: o homem contra si próprio, 1970. São Paulo: Ibrasa. (Originalmente publicado em 1938).

MÉSZAROS, J. Elementos para a teoria contemporânea do trauma. *Percurso: revista de psicanálise*, São Paulo, Ano XXIII, n. 46, p. 9-20, 2011.

MEZAN, R. *Freud: a trama dos conceitos*. São Paulo: Perspectiva, 2006.

MILAGRES, A.F. Corpo e automutilação na esquizofrenia. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, Set 2006, vol.9, no.3, p.447-459. ISSN 1415-4714.

NETO, J. F. P. S. A saúde modificada: criatividade, espontaneidade e satisfação na experiência corporal contemporânea; 2005; 175 f; Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro); 2005.

NOCK, M. K.; FAVAZZA, A. R. Nonsuicidal self-injury: Definition and classification. 2009.

OGDEN, T. H. A matriz da mente: relações objetais e o diálogo psicanalítico. Tradução de Giovanna Del Grande da Silva. São Paulo: Blucher, 2017.

OGDEN, T.H La crainte de l'effondrement et la vie non vécue [1]. *L'Année psychanalytique internationale*, 1(1), 17-40, 2015. Disponível em <https://doi.org/10.3917/lapsy.151.0017>

OGDEN, T. H. *Leituras criativas: ensaios sobre obras analíticas seminais*. São Paulo: Escuta, 2014.

OGDEN, T. H. Os sujeitos da psicanálise. C. Berliner, trad. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

PASSOS-FERREIRA, C. *A máquina semântica de Freud: do mecanismo à intencionalidade*. São Paulo: Annablume, 2011.

PEIXOTO, JR,C.A. Sobre a importância do corpo para a continuidade do ser.Revista Mal-estar E Subjetividade, vol. VIII, núm. 4,diciembre, 2008, pp. 927-958 Universidade de Fortaleza, Brasil Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27111861005>

Peixoto Junior, C. A., & Arán, M. (2011). O lugar da experiência afetiva na gênese dos processos de subjetivação. *Psicologia USP*, 22(4), 725-746. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0103-65642011005000032>

PHILLIPS, A. Winnicott. São Paulo: Ideias e Letras, 2006.

PINHEIRO, T. *Ferenczi: do grito à palavra*. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

PINHEIRO, T. *Ferenczi*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016.

PINHEIRO, T.; VIANA, D. Trauma, descrédito e masoquismo em Ferenczi. In: Maciel Jr., A. (Org.). *Trauma e ternura: a ética em Sándor Ferenczi*. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2018, p. 46-61.

POMMIER, F. L'extrême. In F. Marty, *Les grandes problématiques de la psychologie Clinique* (pp.145-160). Paris : Dunod, 2009A.

POMMEREAU, X. Les violences cutanées auto-infligées à l'adolescence. *Enfances & Psy*, [França], n. 32, p. 58-71, 2006.

PONTALIS, J.B. *Entre o Sonho e a Dor*. Tradução de Claudia Berliner. São Paulo: Idéias & Letras, 2005. 280 p.

_____. *A Força de Atração*. Tradução de Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991. 141 p.

REIS, E.S. & MENDONÇA, L. G. L. Nas cinzas da catástrofe, a criança surge. In Maciel Jr. (Org.). Trauma e ternura: a ética em Sándor Ferenczi (pp. 15-36). Rio de Janeiro: 7 Letras, 2018.

REIS, E.S. Trauma e repetição no processo psicanalítico uma abordagem ferencziana. Centro de Filosofia e Ciência Humanas, Instituto de Psicologia, 1991. Dissertação de mestrado em teoria psicanalítica.

RIOULT, C. Escarifications chez les adolescents: une violence auto-infligée? *Psychologie Clinique*, Paris, n. 30, p. 104-113, 2010.

ROJAS HERNÁNDEZ, M; AVIÑA CERECER, G. Autoagresión corporal entre los jóvenes del occidente de México: psicopatología y cultura. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, v. 12, n. 4, p. 662-676, 2009.

ROUDINESCO, E., & PLON, M. Dicionário de psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

ROUSSILLON, R. Agonie, clivage et symbolisation. Presses universitaires de France, 2012.

ROUSSILLON, R. La dépendance primitive et l'homosexualité primaire « en double ». *Revue française de psychanalyse*, 68(2), 421-439, 2004b.

ROUSSILLON, R. La métapsychologie des processus et la transitionalité. *Revue Française de la psychanalyse*, Paris, p. 1375-1522, 1995.

ROUSSILLON, R. *Le jeu et l'entre je(u)*. Paris: Puf, 2008b).

ROUSSILLON, R. *Le transitionnel, le sexuel et la réflexivité*. Paris: Dunod, 2008a).

ROUSSILLON, R. Paradoxes et situations limites en psychanalyse. Paris: PUF, Coll. Le fait psychanalytique, 258 p, 1991.

RUNESON, Bo S.; BESKOW, Jan; WAERN, Margda. The suicidal process in suicides among young people. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 93, n. 1, p. 35-42, 1996.

SABOURIN, P. *Ferenczi: paladino e grão-vizir secreto*. São Paulo, SP: Martins Fontes, 1988.

SERPRA JUNIOR, O. D. D., Leal, E. M., Louzada, R. D. C. R., & Silva Filho, J. F. D. A inclusão da subjetividade no ensino da Psicopatologia. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 11, 207-222. *Interface (Botucatu)* vol.11 no.22 Botucatu May/Aug. 2007.

SIMPSON, Michael A. The phenomenology of self-mutilation in a general hospital setting. 1975.

SOUZA, O. Trauma, defesa e criatividade. *Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, v. 35, p. 115-135, 2003.

STERN, A. Psychoanalytic Therapy in the Borderline Neuroses, *The Psychoanalytic Quarterly*, 14:2, 190-198, DOI: 10.1080/21674086.1945.11925599

THYSSEN, L.S; VAN CAMP, I. La autolesión en América Latina. *Salud mental*, v. 37, n. 2, p. 153-157, 2014.

TOBIAS, Jose A. Yaryura; MANCEBO, Maria C.; NEZIROGLU, Fugen A. Questões teórico-clínicas do comportamento de automutilação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, p. 178-183, 1999.

TURNER, V.J. *Secret Scars: uncovering and understanding the addiction of self-injury*. Minnesota: Hazelden, 2002.

VENOSA, V.S. O Ato de Cortar-se: uma investigação psicanalítica a partir do caso Amanda e do caso Catarina. Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Social e do Trabalho) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2015.

VERZTMAN, J. S. Algumas consequências teóricas-clínicas da noção de confusão de línguas. In: FERENCZI: INQUIETAÇÕES CLÍNICO-POLÍTICAS. Autor(es): Kupermann, D; Gondar, J; Dal Molin, C.E. et al, 2020.

VERZTMAN, CAVALCANTI& SERPA. Psicoterapia Institucional: uma revisão. In

VERZTMAN, J. S. et al. Corpo, tempo e transferência numa pesquisa clínica. Sofrimentos narcísicos. Rio de Janeiro: Cia de Freud, p. 49-96, 2012.

VERZTMAN, J. *Édipo, narciso e sintoma compulsivo em Freud*. In: Amar a Si Mesmo e Amar o Outro: Narcisismo e Sexualidade na Psicanálise Contemporânea / organização Joel Birman ... [et al.]. - 1. ed. - São Paulo: Zagodoni, 2016.

VERZTMAN, J. S. Estudo Psicanalítico de Casos Clínicos Múltiplos. In: Ana Maria Nicolaci-da Costa, Daniela Romão Dias. (Org.). *Qualidade faz diferença: métodos qualitativos para a pesquisa em psicologia e áreas afins*. Rio de Janeiro: Loyola, 2013, p. 67-92.

VERZTMAN, J. S; FERREIRA, F. P. O uso do afeto na obra de Sándor Ferenczi. *Cadernos de Psicanálise, Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro*, v. 21, p. 45-78, 2008.

VERZTMAN, J. S. Freud e a vergonha. *Cadernos de Psicanálise*, v. 27, p. 73-99, 2011.

VERZTMAN, J; HERZOG, R; PINHEIRO, T. Os psicanalistas podem desprezar inteiramente as categorias diagnósticas da psiquiatria? Um novo lance de dados: psicanálise e medicina na contemporaneidade. Organizado por Joel Birman, Isabel Fortes e Simone Perelson. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2010.

VERZTMAN, J.; KLEIN, T. Desenvolvimento e processo como operadores para Ferenczi e Winnicott. In: Maciel Jr., A. (Org.). *Trauma e ternura: a ética em Sándor Ferenczi*. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2018, p. 83-102.

VERZTMAN, J. S. O observador do mundo: a noção de clivagem em Ferenczi. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 5(1), 59-78, 2002. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982002000100005>.

VERZTMAN, J.; PACHECO-FERREIRA, F. O sintoma compulsivo na contemporaneidade: reflexões a partir de um estudo comparativo de casos à luz da teoria psicanalítica. In: Fulgencio, L.; Birman, J.; Kupermann, D.; Cunha, E., L. et al. *Modalidades de pesquisa em psicanálise: métodos e objetivos*. São Paulo: Zagodoni, 2018.

VERZTMAN, J.S et al. *Sofrimentos narcísicos*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, p. 9-312, 2012.

VERZTMAN, J.; VIANA, D. Reflexões sobre uma ferramenta metodológica para a pesquisa clínica em psicanálise... In: HERZOG, R; PACHECO-FERREIRA, F. (Org.). *De Édipo à Narciso: a clínica e seus dispositivos*. 1ed. Rio De Janeiro: Cia de Freud, 2014, v., p. 130-148.

VILLA, F. C. & CARDOSO, M. R. A questão das fronteiras nos estados limites. In: (2004).

WINNICOTT, D. W. A criança de cinco anos, A família e o desenvolvimento individual. São Paulo Martins e fontes. (trabalho original publicado em 1965/1962.

WINNICOTT, D. W. A criatividade e suas origens. In: O brincar e a realidade. Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 108-138. Trabalho original publicado em 1971.

WINNICOTT, D. W. Agressão e suas raízes. In D. Winnicott (1964/1987), *Privação e delinquência* (1a ed., pp. 89-104. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1964)

WINNICOTT, D. W. (1949) A Mente e sua Relação com o Psicossoma. In: Winnicott, Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000, pp.332-346.

WINNICOTT, D. W. (1952) Ansiedade associada à insegurança. In D. Winnicott (2000/1947), *Da pediatria à psicanálise* (1a ed., pp. 163-167). Rio de Janeiro: Imago. Trabalho original publicado em 1952.

WINNICOTT, D. W. (1956) A Preocupação Materna Primária. In: Winnicott, (1958) *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, pp.399-405.

WINNICOTT, D. W. (1956) A tendência anti-social. In: Winnicott, (1958) *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p.406-416.

WINNICOTT, D. W. (1965) Comentário sobre neurose obsessiva e Frankie. In: Winnicott, C. *Explorações Psicanalíticas: DW Winnicott/Care Winnicott, Ray Shepherd & Madeleine Davis*, 1965.

WINNICOTT, Donald W. Distorção do ego em termos de verdadeiro e falso self. In: O Ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p. 128-139. Trabalho original publicado em 1960.

WINNICOTT, D. W. Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. In D. Winnicott (1983), O ambiente e os processos de maturação (1a ed., pp. 207-217). Porto Alegre: Artmed. Trabalho original publicado em 1965/1963.

WINNICOTT, D. W. (1956) Fragmentos referentes a variedades de confusões clínicas. In: Winnicott, C. Explorações Psicanalíticas: DW Winnicott/Care Winnicott, Ray Shepherd & Madeleine Davis, 1965.

WINNICOTT, D. W. (1970) Sobre as bases do self no corpo in: Winnicott, C. Explorações Psicanalíticas: DW Winnicott/Care Winnicott, Ray Shepherd & Madeleine Davis, 1965.

WINNICOTT, D. W. (1970) Individualização. In: Winnicott, C. Explorações Psicanalíticas: DW Winnicott/Care Winnicott, Ray Shepherd & Madeleine Davis, 1965.

WINNICOTT, D. W. Explorações psicanalíticas (JOA Abreu, trad.). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1989a), 1994.

WINNICOTT, D. W. Explorações psicanalíticas - o medo do colapso (explorações) WINNICOTT, D. (1963). "O medo do colapso". In: D. WINNICOTT; R. SHEPERD; M. DAVIS. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 1994. pp. 70-76.

WINNICOTT, D. W. Memórias do nascimento, trauma do nascimento e Ansiedade. In D. Winnicott (2000/1949), Da pediatria à psicanálise (1a ed., pp. 254-276). Rio de Janeiro: Imago. Trabalho original publicado em 1949.

WINNICOTT, D. W. (1956) Fragmentos referentes a variedades de confusões clínicas. In: D. WINNICOTT; R. SHEPERD; M. DAVIS. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 1994

WINNICOTT, D. W. (1967). O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva. In: D. WINNICOTT; R. SHEPERD; M. DAVIS. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 1994.

WINNICOTT, D. W. (1965). O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. In: D. WINNICOTT; R. SHEPERD; M. DAVIS. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 1994.

WINNICOTT, D. W. O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. In D. Winnicott (1983), O ambiente e os processos de maturação (1a ed., pp. 70-78). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1963/1962).

WINNICOTT, Donald W. O desenvolvimento emocional primitivo. In: Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. Trabalho original publicado em 1945.

WINNICOTT, D. W. O ódio na contratransferência. In D. Winnicott (2000/1958a), *Da pediatria à psicanálise* (1a ed., pp. 277-287). Rio de Janeiro: Imago. Trabalho original publicado em 1949.

WINNICOTT, D. W. et al. Privação e delinquência. In: *Privacao e delinquencia*. 1987. p. 290-290.

WINNICOTT, D. W. Psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise (1965) In: D. WINNICOTT; R. SHEPERD; M. DAVIS. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artmed, 1994.

WINNICOTT, D. W. Psicose e cuidados maternos. In D. W. Winnicott (Org.), *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (1ª ed. pp. 305-315). Rio de Janeiro: Imago. Trabalho original publicado em 1952.

WINNICOTT, D. W. (1958) *Psicanálise do sentimento de culpa*. In: D. Winnicott (1983), *O ambiente e os processos de maturação* (1a. ed., pp. 38-54). Porto Alegre: Artmed.

WINNICOTT, D. W. (1983). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In D. Winnicott (1983/1965b), *O ambiente e os processos de maturação* (1a. ed., pp. 38-54). Porto Alegre: Artmed. Trabalho original publicado em 1960.

WINNICOTT, D. W. (1990) *Natureza humana*. Tradução de Davi Bogomoletz. –Rio de Janeiro, RJ: Imago, Ed.