

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica

Tatiana Fagundes Audino

Contribuições clínico-conceituais sobre a autolesão

Rio de Janeiro

Agosto de 2021

Tatiana Fagundes Audino

Contribuições clínico-conceituais sobre a autolesão

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Teoria Psicanalítica.

Orientador: Prof. Dr. Julio Verztman
Coorientadora: Profa. Dra. Fernanda Pacheco-Ferreira

Rio de Janeiro

Agosto de 2021

Ficha Catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A912 Audino, Tatiana Fagundes.

Contribuições clínico-conceituais sobre a autolesão / Tatiana Fagundes Audino. Rio de Janeiro, 2021.

117 f.

Orientador: Julio Verztman.

Coorientadora: Fernanda Pacheco-Ferreira.

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

1. Psicanálise. 2. Comportamento autodestrutivo. 3. Dor. 4. Corpo. 5. Autolesão. I. Verztman, Julio Sergio. II. Pacheco-Ferreira, Fernanda. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia.

CDD: 150.195

Elaborada por: Adriana Almeida Campos CRB-7/4081

Contribuições clínico-conceituais sobre a autolesão

Tatiana Fagundes Audino

Orientador: Prof. Dr. Julio Verztman

Coorientadora: Profa. Dra. Fernanda Pacheco-Ferreira

Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ – como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Teoria Psicanalítica.

Aprovada por:

Prof. Dr. Julio Verztman (Orientador)

Profa. Dra. Fernanda Pacheco-Ferreira (Coorientadora)

Profa. Dra. Regina Herzog

Profa. Dra. Teresa Pinheiro

Profa. Dra. Bárbara Andrade

Profa. Dra. Fernanda Canavêz

Rio de Janeiro
Agosto de 2021

Ao meu pai, João Warner, pelas marcas impressas em tempos imemoráveis.

(in memoriam)

Aos meus filhos, Eduardo, Elis e Elena, pelos afetos, pelos sorrisos, pelo (re)vivido da
infância.

AGRADECIMENTOS

Ao Eduardo Oliveira, pelo companheirismo, pelo amor que me fortalece e incentiva, porque cada dia ao seu lado me faz querer ter mais e mais dias ao seu lado. Obrigada por atravessar mais essa jornada comigo.

Aos meus filhos, Eduardo, Elis e Elena, pelos olhinhos que sorriem e permitem que eu veja a vida mais leve e colorida.

Aos meus pais, João Warner (*in memoriam*) e Analice, por me darem oportunidades que estavam além de suas possibilidades. Pelo suporte e pela confiança que me permitiram acreditar que eu poderia chegar aonde quisesse.

Aos meus irmãos, Fabiana e Warner, pela infância que nos permitiu construir nossos laços afetivos, pela dor que nos uniu e pelo amor que nos fortalece.

Aos meus sobrinhos e afilhados, pela alegria de cada encontro.

À Aline Audino, amiga e irmã que a vida me concedeu. Uma das poucas pessoas que realmente sabe de mim. Obrigada por partilhar a vida sempre ao meu lado.

À Amanda, pela amizade sensível, pela presença constante nessa trajetória, pelo incentivo a persistir, por ter acompanhado esta escrita tão de perto, sempre tão disponível. Obrigada por estar sempre junto.

À Paula Maia, pelo apoio e carinho sempre presentes, por partilhar a vida de um modo tão leve. Aos amigos da UFRJ, especialmente aos colegas de orientação, Diego Sanzana e Ana Carolina Cubria, pela convivência, pelas trocas virtuais, por dividirmos as dores e as delícias da vida acadêmica.

A todos meus amigos e familiares que, mesmo com a distância imposta pela pandemia, fizeram-se presente virtualmente, trazendo leveza e coragem para enfrentar as angústias desse período.

À Mari, tia tão querida que há quase dois anos não mede esforços pra me dar todo o suporte que preciso em casa. Pelo afeto e cuidado com as crianças, fundamentais nesse final de percurso.

Às colegas Iza e Maria Luiza, pela gentil acolhida no retorno ao Sul.

Ao Julio Verztman por ter aceitado fazer parte desse percurso. Pela disponibilidade, compreensão e incentivo dedicados durante esses anos de pesquisa.

À Fernanda Pacheco-Ferreira, pela acolhida, pela disponibilidade e sobretudo por fazer parte da minha trajetória acadêmica desde antes do ingresso no Mestrado.

À Regina Herzog não só pelas valiosas contribuições no exame de qualificação e participação na banca, mas também pela presença tão significativa desde o início do Mestrado.

À Fernanda Canavêz, pelas importantes contribuições teóricas no exame de qualificação e pela disponibilidade de participação na banca.

À Tereza Pinheiro e Bárbara Andrade, por terem gentilmente aceitado fazer parte da banca.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, pela importante contribuição em minha formação acadêmica.

Ao Zé Luiz e à Alice, pela disponibilidade em atender cada demanda.

Ao NEPECC, pela importante interlocução teórica e clínica, pelo crescimento, pelo aprendizado ao longo dos últimos oito anos.

Aos pacientes por me confiarem o que há de mais singular, as marcas e impressões que os constituem.

À Maria Anna e ao Caio, pela revisão atenta e cuidadosa.

À CAPES pelo fomento financeiro a esta pesquisa.

RESUMO

AUDINO, Tatiana Fagundes. *Contribuições clínico-conceituais sobre a autolesão*. Rio de Janeiro, 2021. Tese (Doutorado em Teoria Psicanalítica) – Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2021.

Esta tese visa investigar o fenômeno da autolesão e suas expressões na atualidade. De modo geral, a autolesão define-se como uma prática autodeliberada que inflige dano ao próprio corpo, com maior ou menor gravidade, podendo ou não estar associada ao suicídio. Apesar da heterogeneidade que a prática comporta, propomos pensá-la como um fenômeno complexo que revela aspectos importantes das subjetividades contemporâneas. Sustentamos a hipótese de que o ataque à própria pele consiste em um recurso sensorial com a finalidade de (re)construir as bordas corporais a partir do resgate das experiências sensoriais precoces. O primeiro capítulo expõe um panorama que busca abarcar a heterogeneidade presente nos discursos que se propõem ao estudo do fenômeno, com ênfase na antropologia, na psiquiatria e, fundamentalmente, na psicanálise. O segundo capítulo versa sobre o modelo teórico da dor, demonstrando que, apesar de não haver um modelo único possível que responda ao fenômeno em sua totalidade, trata-se de um conceito estrutural para o desenvolvimento desta temática. Por fim, o terceiro capítulo, com o objetivo de explorar a dimensão corporal na origem do psiquismo, traz a sensorialidade para o centro da discussão. O conceito de Eu-pele ganha relevo no imbricamento entre dor e corpo, uma vez que, dentre as diferentes facetas do fenômeno da autolesão, sobressai a aproximação com a problemática narcísica.

Palavras-chave: Autolesão; Dor; Corpo; Sensorialidade; Psicanálise.

RÉSUMÉ

AUDINO, Tatiana Fagundes. *Contributions clinico-conceptuelles sur l'automutilation*. Rio de Janeiro, 2021. Tese (Doutorado em Teoria Psicanalítica) – Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2021.

Cette thèse a pour objectif d'étudier le phénomène de l'automutilation et ses expressions actuelles. En général, l'automutilation est définie comme une pratique volontaire qui inflige des dégâts au corps, plus ou moins graves, qui peut ou non être associée au suicide. En dépit de l'hétérogénéité que comporte la pratique, nous proposons de la considérer comme un phénomène complexe qui révèle des aspects importants des subjectivités contemporaines. Nous soutenons l'hypothèse que l'attaque à sa propre peau consiste en une ressource sensorielle dans le but de (re)construire les frontières du corps à partir du sauvetage d'expériences sensorielles précoces. Le premier chapitre présente un panorama qui cherche à englober l'hétérogénéité présente dans les discours qui se proposent d'étudier le phénomène, en mettant l'accent sur l'anthropologie, la psychiatrie et, fondamentalement, sur la psychanalyse. Le deuxième chapitre traite du modèle théorique de la douleur, démontrant que, bien qu'il n'y ait pas de modèle unique possible qui réponde au phénomène dans son intégralité, il s'agit d'un concept structurel pour le développement de cette thématique. Enfin, le troisième chapitre, visant à explorer la dimension corporelle à l'origine du psychisme, place la sensorialité au centre de la discussion. Le concept de Moi-peau prend de l'importance dans l'imbrication entre la douleur et le corps, puisque, parmi les différentes facettes du phénomène d'automutilation, se démarque l'approche de la problématique narcissique.

Mots-clés: Automutilation; Douleur; Corps; Sensorialité; Psychanalyse.

ABSTRACT

AUDINO, Tatiana Fagundes. *Clinical-conceptual contributions on self-injury*. Rio de Janeiro, 2021. Tese (Doutorado em Teoria Psicanalítica) – Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2021.

This thesis aims to investigate the self-injury phenomenon and its expressions nowadays. In general, self-injury is defined as a self-deliberated practice that inflicts damage to the body, with greater or lesser severity, not necessarily being associated with suicide. In spite of the practice's heterogeneity, our purpose is to think about it as a complex phenomenon that reveals important aspects of contemporary subjectivities. We sustain the hypothesis that the self attack to the skin consists of a sensorial resource with the finality of (re)constructing the corporeal edges out of early sensorial experiences. The first chapter exposes a panorama that aims to analyse the heterogeneity that composes the studies about the phenomenon, with emphasis in anthropology, psychiatry, and fundamentally psychoanalysis. The second chapter stands about the theoretical model of pain, demonstrating that, in spite of the fact that there is not one only model that is able to respond to the whole phenomenon, it is a structural concept for this thematic development. The third chapter brings sensoriality to the center of the discussion, aiming to explore the corporal dimension in the origin of psychism. The concept of Skin ego gains importance in the overlapping between body and pain, since the narcissistic problem stands out among the different facets of the self-injury phenomenon.

Keywords: Self-injury; Pain; Body; Sensoriality; Psychoanalysis.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
1 Contribuições clínico-conceituais sobre o fenômeno da autolesão	19
1.1 Autolesão: aspectos introdutórios	20
1.2 Um breve passeio pelos campos da antropologia e da psiquiatria	25
<i>1.2.1 Marcas corporais: contexto histórico e social</i>	<i>25</i>
<i>1.2.2 Considerações da autolesão por um viés antropológico.....</i>	<i>27</i>
<i>1.2.3 Autolesão: contribuições da psiquiatria.....</i>	<i>30</i>
1.3 Perspectivas psicanalíticas sobre a autolesão.....	37
<i>1.3.1 O corpo na experiência da autolesão.....</i>	<i>39</i>
<i>1.3.2 Autolesão e narcisismo.....</i>	<i>44</i>
<i>1.3.3 Autolesão e trauma.....</i>	<i>47</i>
<i>1.3.4 A dor na experiência da autolesão.....</i>	<i>48</i>
2 MODELO TEÓRICO PARA A DOR: IMPASSES E CONDIÇÕES PARA (RE)PENSAR A EXPERIÊNCIA DA AUTOLESÃO	52
2.1 Sobre a dor na contemporaneidade	54
2.2 A dor em Freud.....	61
<i>2.2.1 Dor, prazer e desprazer.....</i>	<i>62</i>
<i>2.2.2 A problemática do afeto</i>	<i>66</i>
<i>2.2.3 A dor na segunda tópica freudiana</i>	<i>68</i>
<i>2.2.4 Considerações sobre o masoquismo.....</i>	<i>70</i>
2.3 Modulações da dor.....	73
3 A AUTOLESÃO NAS BORDAS DA CORPOREIDADE.....	80
3.1 Apontamentos sobre o corpo em Freud.....	83
<i>3.1.1 O corpo do autoerotismo.....</i>	<i>83</i>
<i>3.1.2 Corpo e narcisismo.....</i>	<i>87</i>

<i>3.1.3 Eu-corporal</i>	89
3.3 Notas sobre o Eu-pele	90
3.4 Corpo, dor e sensorialidade	99
CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS	110

*Naquela mesa ele sentava sempre
E me dizia sempre o que é viver melhor
Naquela mesa ele contava histórias
Que hoje na memória eu guardo e sei de cor*

*Naquela mesa ele juntava a gente
E contava contente o que fez de manhã
E nos seus olhos era tanto brilho
Que mais que seu filho
Eu fiquei seu fã*

*Eu não sabia que doía tanto
Uma mesa num canto, uma casa e um jardim
Se eu soubesse o quanto dói a vida
Essa dor tão doída não doía assim
Agora resta uma mesa na sala
E hoje ninguém mais fala no seu bandolim*

*Naquela mesa tá faltando ele
E a saudade dele tá doendo em mim
Naquela mesa tá faltando ele
E a saudade dele tá doendo em mim*

Nelson Gonçalves

INTRODUÇÃO

Aline¹, professora, 35 anos, chega para atendimento com queixa de baixa autoestima e dificuldade de falar em público. Já nas primeiras sessões, começa a evocar situações que a deixam muito ansiosa e relata que possui o hábito de arrancar a pele dos dedos, cutucando e coçando até ficar em carne viva e sangrar. Conta que desde pequena costuma se machucar. Inicialmente, eram cortes superficiais feitos com materiais cortantes. O primeiro episódio de que tem lembrança foi com uma faca de cozinha. Com o passar do tempo, passa a relatar tais episódios com mais frequência nas sessões e acrescenta que, muitas vezes, após ferir-se, coloca os dedos em um pote com sal, o que intensifica a dor. Ao ser questionada acerca dos pensamentos ou sensações enquanto se machuca, diz que sente alívio e que não chega a se incomodar com a dor; porém, segundo ela, depois de passado esse momento inicial de apaziguamento, a dor irrompe de forma a incomodar e torna-se algo ruim.

A ideia de trazer essa vinheta logo de início justifica-se na medida em que se trata de um caso clínico², no qual a prática da autolesão – envolvendo cortes superficiais na pele – está presente nos relatos desde a infância até a idade adulta, sem que tenha havido períodos significativos de ausência dessa prática antes do início da análise. A dor de Aline expressa-se no corpo e com o corpo. Os cortes na pele aparecem como recurso para lidar com uma dor que não encontra outra via de expressão. Sufocada, extravasa suas angústias por meio da motilidade, dos movimentos realizados para se cortar.

O interesse em pesquisar sobre a autolesão a partir do aporte psicanalítico decorre, além desse caso em específico, da articulação entre a pesquisa de Mestrado em Teoria Psicanalítica na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), realizada entre os anos de 2013 e 2015, e das discussões teórico-clínicas realizadas pelo Núcleo de Estudos em Psicanálise e Clínica da Contemporaneidade (NEPECC). No que se refere à pesquisa de mestrado, cuja temática consistiu em discutir a busca da felicidade como um imperativo presente nos dias atuais, nossas investigações trilharam um caminho que se abriu para algumas possibilidades, dentre as quais destaca-se a mudança nas formas de se relacionar com a dor e o sofrimento a partir de um

¹ Trata-se de um nome fictício a fim de manter o sigilo da paciente.

² Este caso foi atendido por mim entre os anos de 2015 e 2017 no âmbito de uma pesquisa acadêmica, realizada pelo Núcleo de Estudos em Psicanálise e Clínica da Contemporaneidade (NEPECC). O NEPECC constitui-se em um grupo de pesquisa criado a partir de um acordo entre duas instituições da UFRJ, o Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica (PPGTP-IP) e o Instituto de Psiquiatria (IPUB), sob a coordenação de Teresa Pinheiro, Julio Verztman e Regina Herzog.

rearranjo do contexto sociocultural, em que emergem novos modelos de subjetivação. Se na época de Freud o mal-estar se expressava como conflito em termos de desejo e proibição (culpa), hoje a problemática da felicidade ronda o sujeito contemporâneo, uma vez que as novas expressões de sofrimento figuram diante de novos ideais de felicidade.

Ademais, a preocupação com o corpo, presente no edifício teórico da psicanálise desde seus primórdios, mantém-se à frente das ditas novas subjetividades. Com efeito, em 1930, Freud localiza o corpo dentre as principais fontes de sofrimento a que o homem pode ser acometido. No contexto do NEPECC, as discussões centravam-se sobre a pesquisa intitulada “Estudo psicanalítico das compulsões em pacientes com diagnóstico de TOC e patologias afins: uma pesquisa exploratória”, a partir da qual verificava-se uma incidência significativa de relatos envolvendo a prática de autolesão em alguns dos casos atendidos. Todavia, vale pontuar que as contribuições teórico-clínicas das pesquisas anteriores mantinham-se presentes no horizonte das discussões da equipe.

Vale destacar que, desde a primeira pesquisa, na qual a problemática narcísica aparece em destaque – especialmente no tocante a questões referentes à fragilidade, incerteza de si, necessidade de assegurar a própria existência, psiquismo constantemente ameaçado pela presença da alteridade –, é possível identificar a presença de relatos com algum tipo de prática autolesiva. Acrescenta-se, ainda, a constatação de um aumento relevante desse comportamento nos últimos 30 anos (DARGENT, 2010; GAUTHIER, 2007; FORTES; KOTHER, 2017). A partir das considerações acima, precisamos sublinhar que a crescente exposição do fenômeno não está circunscrita aos consultórios particulares e serviços de saúde mental, mas sobretudo ganha visibilidade no ambiente escolar com a alta incidência entre adolescentes e adultos jovens.

Ao longo da história, o fenômeno da autolesão expressa-se de modos distintos. Todavia, apontar que a autolesão é um fenômeno antigo não é nenhuma novidade. Ocorre que, a fim de situar nossa pesquisa, é preciso marcar diferenças sensíveis que perpassam essas práticas. No âmbito da Antropologia, desde a Antiguidade encontram-se registros referentes às práticas de infligir algum dano ao próprio corpo, frequentemente associadas a ritos de passagem circunscritos aos povos primitivos, bem como em cultos religiosos, inseridos em uma espécie de ritual de punição. Importante marcar que, nesse contexto, as práticas descritas não apontam para a presença de algum mal-estar subjetivo, mas sugerem imposições externas. Já no campo da Psiquiatria, encontramos referências à prática da autolesão desde o início do século XX, entretanto, a grande maioria dos casos está associada a algum transtorno mental. Atualmente, o

fenômeno aparece com algumas novidades, dentre elas podemos destacar o fato de não estar necessariamente associado a outros transtornos psiquiátricos, nem mesmo a rituais.

Desse modo, a relevância do presente estudo justifica-se não só pela constatação de que a temática da autolesão vem ganhando espaço nos estudos científicos de uma gama ampla de disciplinas, mas também, e principalmente, por sua ressonância na clínica psicanalítica contemporânea. Ressaltamos que, diferentemente da clínica da neurose clássica, em que Freud centrava o conflito psíquico entre desejo e interdição, atualmente as sintomatologias centram-se no apelo ao corpo e no recurso ao ato (BIRMAN, 2013). Além do mais, nos dias atuais, o corpo – de que fala a psicanálise – parece ultrapassar a queixa somática, abarcando o funcionamento do sujeito em sua totalidade, da constituição de sua história (FERNANDES, 2003).

As manifestações somáticas atuais apresentam um corpo poliqueixoso, mas com uma linguagem empobrecida, desprovida de recursos metafóricos que desafia o dispositivo analítico clássico, calcado na associação livre. A queixa desses pacientes faz referência a um sofrimento aparentemente esvaziado de conteúdo. Além disso, quadros clínicos que remetem à falta ou excesso de limites como as anorexias, as depressões, os estados compulsivos e os quadros de pânico nos forçam a revisitar os ordenadores mais utilizados na psicanálise (PINHEIRO, 2012).

Uma vez que se trata de um fenômeno sobre o qual praticamente não há consenso entre os pesquisadores, de saída esbarramos na dificuldade em encontrar um denominador comum quanto à definição e à nomenclatura. Na literatura psiquiátrica e psicanalítica, o impulso de marcar ou machucar o próprio corpo de forma deliberada e sem intenção de suicídio³ pode ser designado de várias formas, como automutilação ou autolesão (Favazza 1998), escarificação (Le Breton, 2009, 2010, 2012), dentre outros. No campo da Antropologia, Le Breton (2012) também localiza a escarificação como um tipo de conduta de risco.

Outra dificuldade com relação à pesquisa em torno da temática da autolesão refere-se à falta de estudos e dados estatísticos com relação aos casos ocorridos no Brasil. Diante dessa lacuna, muitas produções brasileiras utilizam-se de relatos encontrados na internet, principalmente em redes sociais e blogs. No tocante a essas considerações, esta tese visa ampliar o conhecimento teórico-clínico sobre o fenômeno da autolesão, dando relevo à prática de se cortar.

³ De acordo com o DSM 5, constitui-se fator fundamental em torno do fenômeno da autolesão o critério de não haver intenção suicida.

Dito isso, apontaremos alguns questionamentos que nos acossam diante dessa temática: qual a sensação que o rompimento da superfície da pele proporciona? O que leva uma pessoa a provocar um corte em seu próprio corpo? Será que podemos pensar que a dor poderia ser dispensável no estudo desse fenômeno? E, ainda, como a noção de corpo pode nos auxiliar diante da complexidade comportada pela autolesão? Tais questionamentos são lançados nessa pesquisa justamente como um ponto de partida para pensarmos as especificidades existentes na prática de se cortar.

No primeiro capítulo, com o objetivo de apresentar a pluralidade de discursos que se propõem a pensar a autolesão, vamos delinear um breve panorama abrangendo diferentes campos do saber. De início, com a exposição dos discursos antropológicos e psiquiátricos, é possível dar relevo à primeira dimensão dessa problemática, pois justamente a partir dos impasses decorrentes dessa heterogeneidade é possível marcar significativas diferenças na leitura de cada disciplina. Considerando nosso interesse em desconstruir acepções desviantes e patologizantes da prática de se autolesionar, propomos uma discussão em torno da questão da medicalização, tão marcada no discurso da psiquiatria. Por fim, a ênfase volta-se à exploração da temática da autolesão na produção psicanalítica brasileira. Neste ponto, com vistas a uma melhor compreensão do modo como o fenômeno vem se apresentando nas discussões de âmbito teórico-clínico, propomos quatro operadores conceituais como analisadores da prática pela lente da psicanálise: corpo, narcisismo, trauma e dor.

A partir do entendimento da autolesão como um fenômeno bastante heterogêneo, o objetivo do segundo capítulo consiste em aprofundar o modelo teórico da dor, justamente por o considerarmos como contraponto para pensar as diversas modalidades que essa prática comporta. Uma vez que não existe um modelo único que possa dar conta da pluralidade de leituras acerca da temática autolesiva, o modelo da dor insere-se como um balizador importante em seu imbricamento com o corpo. Com efeito, vamos delinear um percurso a partir dos primeiros esboços de Freud sobre a noção de dor, avançando com as problematizações propostas por seus comentadores. Realizado esse percurso, o próximo passo consiste na proposição de uma discussão no âmbito da dicotomia entre a dor psíquica e a dor física proposta por algumas leituras.

Finalizando, o terceiro capítulo lança luz sobre a experiência de se cortar em articulação com questões relacionadas às vivências e expressões corporais, bem como ao entrelaçamento dos movimentos corpóreos a partir da noção de Eu-pele de Anzieu (1989). Por tratar-se de um fenômeno novo e ainda pouco presente nas pesquisas brasileiras, especialmente no que tange

ao referencial psicanalítico, acrescenta-se o interesse em ampliar a discussão, adentrando o universo da sensorialidade, da experiência da dor e sua relação com a corporeidade. Sendo assim, nossa perspectiva vai se delineando a partir de um arcabouço teórico que dá relevo ao toque circunscrito à vivência sensorial, percepção tátil, movimento, ritmo, dentre outros aspectos que podem emergir diante das diferentes facetas do fenômeno da autolesão, especialmente em sua aproximação com a problemática narcísica.

1 CONTRIBUIÇÕES CLÍNICO-CONCEITUAIS SOBRE O FENÔMENO DA AUTOLESÃO

A clínica contemporânea nos impõe desafios constantes, consequência das inúmeras transformações que vêm ocorrendo ao longo dos últimos anos, fundamentalmente após a 2ª Grande Guerra. Novas tecnologias nos âmbitos da economia, da política, da saúde, em particular das neurociências, da indústria farmacêutica e principalmente as do âmbito sociocultural, provocam não só o triunfo e o estabelecimento de uma sociedade de consumo, mas apontam para novas formas de subjetivar-se e de (re)criar os laços sociais. De fato, parece indiscutível que tantas mudanças no cenário atual impliquem alterações importantes nas questões identificatórias em que se fundam as novas subjetividades, produzindo, consequentemente, efeitos nas novas formas de expressão do sofrimento.

Para fins desta pesquisa, diante dessa nova configuração, especificamente a invenção da internet ganha relevo, uma vez que revoluciona o modo de comunicar-se e, fundamentalmente, de estabelecer laços sociais (CUBRIA, 2018). Trocas de mensagens, envios de textos, criação de redes sociais, tudo isso num pequeno instante, com um simples clique, aproxima as pessoas e põe o mundo ao alcance das mãos. Estamos diante do cenário em que o fenômeno da autolesão ganha sua maior expressão, pois, como veremos mais à frente, trata-se de um fenômeno em que o silêncio, amiúde, constitui-se uma de suas características. Entretanto, a internet parece romper com esse silêncio, quando possibilita que as pessoas falem sobre suas práticas em uma lógica mais horizontalizada e sem necessidade de serem identificadas.

Expostas as considerações precedentes, a proposta para este capítulo consiste em esboçar um panorama mais abrangente dos discursos que se propõem à investigação da autolesão na contemporaneidade, com ênfase em três disciplinas: antropologia, psiquiatria e psicanálise. O interesse nesse panorama justifica-se diante da necessidade de circunscrever a autolesão na contemporaneidade, tanto em virtude da pluralidade de discursos que a prática comporta, como, desconstruir concepções que se voltam para o uso pejorativo, desviante e patologizante da prática de se autolesionar. Por fim, o ponto de chegada desta revisão consiste em localizar a psicanálise na interlocução com esses saberes e, sobretudo, sustentar, em contraponto a uma visão hegemônica, um olhar que permita a expressão, justamente, da pluralidade e das especificidades dessa experiência, privilegiando a posição subjetiva do sujeito que a pratica.

1.1 Autolesão: aspectos introdutórios

O campo da autolesão, a depender da disciplina que a aborda, contém atribuições específicas que, a despeito de comportarem um mesmo fenômeno, frequentemente insurgem em pontos de tensão nada fáceis de resolver, como veremos a partir desta exposição.

De antemão, destaca-se a necessidade de adiantar algumas precauções necessárias com relação à terminologia que será utilizada, pois, devido à heterogeneidade inerente ao tema em pesquisa, é necessário que sejamos cautelosos a fim de não cair em armadilhas com algumas nomenclaturas. É corrente entre os pesquisadores o fato de não haver um consenso no que concerne à terminologia mais adequada a ser utilizada: já de saída, esbarramos na dificuldade de encontrar um denominador comum quanto à definição e à nomenclatura, o que, segundo Giusti (2013), acarreta, também, discordâncias com relação à prevalência do fenômeno. Ademais, de acordo com Douville (2004), a falta de um estatuto nosográfico, além de criar obstáculo ao entendimento, traz o risco de confusão diante de termos que, embora não constituam sinônimos, são muitas vezes utilizados em substituição um do outro – tais como “ato”, “gesto”, “conduta”, dentre outros encontrados em textos acadêmicos que versam sobre a autolesão.

Feitas as devidas ressalvas com relação às possíveis confusões terminológicas, ao longo deste capítulo, vamos apresentar uma definição mais próxima de cada um desses termos, a fim de delimitar e justificar a escolha de um termo em específico. Adiantamos que, para fins desta pesquisa, respeitamos a nomenclatura utilizada por cada autor na medida em que apresentamos suas ideias. Contudo, em nossas formulações, mesmo com o foco mais restrito aos sujeitos que se cortam, ao tratar do fenômeno de modo mais generalizado, faremos uso do termo “autolesão”, justamente por estarmos de acordo com as reflexões de Douville (2004) quando enfatiza no termo “auto” o agente de uma ação, o que nos remete, mais especificamente, à relação de atividade e passividade. O sujeito age sobre ele mesmo, vira protagonista do seu sofrimento. Ainda, a escolha de autolesão em detrimento de automutilação, nomenclatura também muito utilizada nos estudos brasileiros, justifica-se por entendermos o fenômeno muito mais próximo de lesões corporais mais leves quando confrontadas com mutilações propriamente ditas (POMMERAU, 2006).

Faz-se relevante frisar que o critério de não haver intenção suicida também não é uma unanimidade. Em diversos estudos, encontramos dados de suicídio sendo apresentados em

conjunto com os dados de comportamento autolesivo. Podemos citar como exemplo um estudo realizado na Universidade de Lisboa e publicado na Revista Portuguesa de Saúde Pública em 2013. Esse estudo, em particular, chama atenção por tratar-se de uma investigação acerca do comportamento autolesivo em adolescentes, entretanto, já de início a temática é localizada em associação com doenças psiquiátricas e com a probabilidade aumentada de suicídio no futuro. Outro ponto que, em nossa leitura, precisa ser questionado refere-se ao argumento apresentado de que o comportamento de se autolesionar na adolescência seria sempre um indicativo de uma adolescência patológica, bem como relacionado a fracassos nas esferas individual, social e familiar (GUERREIRO; SAMPAIO, 2013). Tal argumento parece não considerar relevante a multiplicidade de questões que envolvem o processo de adolecer, na medida em que se restringe a um comportamento, muitas vezes pontual, para que se caracterize uma fase da vida como patológica.

Outros exemplos em que é possível destacar a correlação entre suicídio e autolesão são os seguintes: em 2016, a OMS lança o *Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm*⁴ (Organização Mundial de Saúde, 2016). O objetivo do manual consiste em avaliar a expressividade dos casos de autolesão e tentativas de suicídio a fim de informá-los aos órgãos competentes. Já aqui no Brasil, em 2017, a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) dos maus-tratos contra crianças e adolescentes lança cartilhas contra o suicídio, o bullying e a automutilação. A ênfase dessas cartilhas consiste na orientação de pais, de professores e de outros profissionais que estejam em contato direto com jovens e crianças. De acordo com um dos criadores do projeto, o psicólogo Carlos Henrique de Aragão, jovens que praticam a automutilação podem chegar a cometer suicídio.

Nota-se, a partir desse material, um relevante interesse da saúde pública em propor um protocolo de ações de intervenção e prevenção à automutilação e ao suicídio, principalmente nas escolas. Entretanto, precisamos salientar tratar-se de abordagens reducionistas e medicalizantes⁵, visto que de antemão o fenômeno é abordado como desviante e patológico, necessitando de intervenções por parte da família, da escola, da saúde pública e, em alguns casos, até mesmo do poder público enquanto instância responsável por “acolher” a vida.

Ainda com relação ao critério de incluir ou não o suicídio entre as práticas de autolesionar-se, Demantova (2017) retoma uma discussão proposta por Barrault (2005) a respeito da relação entre escarificação e suicídio, na qual o autor sublinha a diferenciação entre

⁴ Manual de Boas Práticas para estabelecer e manter sistemas de vigilância para tentativas de suicídio e autolesão.

⁵ Mais à frente faremos uma breve discussão acerca da temática da medicalização no âmbito do fenômeno da autolesão.

a flebotomia, espécie de passagem ao ato suicida através do corte de uma veia, e a escarificação, em que não haveria tal finalidade suicida. No entanto, é interessante notar que Demantova (2017) vai mais além e acrescenta que, se for considerado o aspecto compulsivo de tais atos, os quais podem, comumente, aparecer em associação com outros recursos de defesa mais precários, o risco do ato suicida nessas situações não pode ser desprezado.

Outro aspecto que sobressai nesta análise, consiste no fato de que a grande maioria dos estudos, sejam publicações do governo brasileiro sejam textos acadêmicos, possuem abordagem com enfoque predominantemente voltado para a fase da adolescência. Os dados estatísticos da prática demonstram que nos últimos anos tem havido um aumento significativo no número de casos de adolescentes e de adultos jovens que praticam atos de autolesão (FERREIRA, J., 2014; DEMANTOVA, 2017; FORTES; KOTHER, 2017). Giusti (2013), em sua tese de doutorado, ao abordar o aspecto da prevalência do fenômeno da automutilação, faz a ressalva de que são escassos os estudos com foco na análise longitudinal, o que gera mais uma lacuna nas estatísticas encontradas. Por fim, a autora afirma que a prevalência está relacionada tanto com a escolha da população estudada, quanto com a variedade de instrumentos utilizados por cada pesquisador, e a diversidade desses fatores explica, mesmo que de forma parcial, as lacunas existentes em determinadas populações, como, por exemplo, os adultos.

Para os autores que abordam essa prática especificamente com relação à adolescência, a discussão centra-se em torno das particularidades envolvidas na travessia da infância para a vida adulta, principalmente no que tange ao corpo e a suas delimitações próprias da fase, sejam elas transformações biológicas sejam psíquicas. Ao sentir-se convocado a dar uma resposta a essas alterações, o adolescente se depara com a necessidade de lidar com questões referentes a limites, a processos de separação e a convocações da sexualidade. Todos esses aspectos remetem também à construção do laço social na contemporaneidade.

Apesar de o recorte principal do presente estudo não recair na temática da adolescência, em muitos dos estudos aqui utilizados essas questões são relevantes. Sendo assim, a fim de melhor compreendermos os aspectos referentes à prática de se cortar, consideramos importante citar esse material em nossa produção, fundamentalmente por levarmos em consideração o fato de que, segundo Demantova (2017), retomando Barrault (2005), 90% das pessoas que se escarificam deram início à prática na adolescência. A autora assinala ainda que, apesar de esses comportamentos apresentarem um caráter compulsivo, com possibilidades de estarem

associados a transtornos alimentares, muitas vezes estes cessam antes da entrada na idade adulta.

Voltando aos embaraços impostos pelas diferentes terminologias utilizadas, encontramos na dissertação de mestrado de Ferreira (2014) uma breve conceitualização quanto às origens da palavra *Escarificatio*, que segundo o Dicionário Priberam refere-se “à incisão superficial da pele, produzindo cicatrizes mais ou menos pronunciadas”, enquanto nas “línguas inglesa e francesa, o termo *scar* significa *cicatriz*” (FERREIRA, J., 2014, p. 13). A justificativa para a escolha do termo escarificação em sua pesquisa baseia-se em estudos do antropólogo francês, Le Breton, e na dissertação da brasileira Jatobá (2010), nos quais o termo é comumente utilizado para designar o fenômeno de cortar-se. Ressalta também que, para o seu estudo, utiliza como critério de exclusão as práticas como a arte corporal e *body modifications*, nas quais os cortes na pele visam a um aspecto predominantemente estético.

Diante da multiplicidade de perspectivas que a temática condensa, ressaltamos que, em nossa pesquisa, além da questão terminológica, outra dificuldade encontrada refere-se à busca de dados mais concretos sobre as diferentes formas de expressão da prática da autolesão. A falta de dados e de estudos estatísticos que indiquem números mais precisos para dimensionar os casos ocorridos no Brasil nos últimos anos acentua uma significativa lacuna nas produções acadêmicas e acarreta a grande recorrência da maioria dos pesquisadores a pesquisas estrangeiras, bem como, a relatos encontrados na internet, principalmente nas redes sociais e nos blogs.

Entretanto, com referência à literatura internacional, podemos contar com o auxílio de produções mais numerosas. Venosa (2015) apresenta estatísticas de pesquisas realizadas com adolescentes e jovens adultos nos EUA. Retomando Peterson *et al.*, 2008, assinala que a proporção dos jovens que já se envolveram em algum tipo de episódio de *non-suicidal self-injury* é de um terço à metade dos jovens americanos. Nessa mesma perspectiva, a autora cita Toste e Heath, 2010, para referir-se à ocorrência de uma “nova epidemia entre os jovens” (VENOSA, 2015, p. 23).

Por meio dos estudos de Claes *et al.*, de 2010, a autora demonstra que, de modo geral, os resultados indicam estados de excitação elevada antecedendo os episódios de automutilação e, mesmo que houvesse uma baixa de excitação no estado afetivo logo após a realização dos episódios, um terço relata sentir-se pior poucas horas depois. Apesar de não haver referência específica à função de regulação do afeto no estudo em questão, Venosa (2015) destaca como sendo o aspecto mais relevante da pesquisa.

Outra consideração interessante é a constatação de um número maior de estudos publicados pela psiquiatria. De acordo com a autora, um dos motivos encontrados para essa prevalência refere-se às frequentes associações com a intenção suicida e com categorias clínicas, como transtornos alimentares, de ansiedade, borderline, dentre outras apontadas pelo DSM-5 (VENOSA, 2015).

Ainda referente aos dados estatísticos, Pommereau (2006) apresenta uma pesquisa realizada no Reino Unido em 2002 por Hawton et coll., na qual sublinha o aumento de casos de autolesão em adolescentes. Em uma amostra de aproximadamente 6 mil alunos com idade entre 15 e 16 anos, o autor indica que 4,3% afirmaram ter se cortado no período do último ano escolar, com destaque à proporção de 3 meninas para cada menino.

No que tange aos estudos europeus, o autor traz dados de uma pesquisa realizada por ele com a colaboração de Marie Choquet, na França em 2001. A pesquisa selecionou adolescentes que consultavam a enfermagem escolar com alguma frequência e foi realizada em 21 instituições federais. Dentre os 800 estudantes entrevistados (todos cursando o ensino médio), $\frac{2}{3}$ eram do sexo feminino. Os resultados obtidos mostraram que 11,3% das meninas e 6,6% dos meninos tinham se automutilado nos doze meses antecedentes à pesquisa.

Com referência ao recorte de gênero, Pommereau (2006) aponta uma diferenciação entre as práticas utilizadas para se automutilar. Choque e “pancada” contra superfícies mais resistentes costumam ser mais frequentes entre os meninos, enquanto entre as meninas as práticas mais utilizadas consistem em escarificações e queimaduras. Nesse aspecto, Giusti (2013) afirma que a ausência de consenso quanto à prevalência do fenômeno da automutilação entre os gêneros pode ter relação tanto com as diferenças de comportamentos, tal como apontado por Pommereau (2006); como também, e fundamentalmente, com o que se refere à população estudada. Em amostras clínicas, aparecem evidências de que o comportamento seria mais frequente no sexo feminino. Entretanto, segundo a autora, esse dado decorre justamente do fato de que a procura por tratamento se dá, em grande parte, por mulheres. Diante dessa ressalva, importa destacar que a maioria dos estudos utilizados por Giusti (2013), apesar das evidências, a autora afirma não haver um consenso quanto à prevalência de gênero.

Diante de todas as premissas e ressalvas supracitadas, voltemos ao nosso objetivo neste capítulo, esboçar um panorama geral do fenômeno da autolesão, com o intuito, não apenas de reconhecer o território ao qual estamos nos lançando, mas sobretudo, compreender as especificidades intrínsecas ao fenômeno pela lente de diferentes perspectivas teóricas.

1.2 Um breve passeio pelos campos da antropologia e da psiquiatria

Com o propósito de situar o fenômeno da autolesão na contemporaneidade, elegemos começar nossa revisão pela antropologia, disciplina extremamente relevante no estudo da autolesão. Ademais, essa escolha justifica-se, uma vez que consiste em um saber que concentra a ênfase na temática das marcas corporais em diversas culturas e em diferentes momentos da história da humanidade, desde a Antiguidade, permitindo ampliar nosso espectro em torno do fenômeno em estudo. Na sequência, as contribuições da psiquiatria vêm adensar essa discussão, pois, apesar de apresentar uma abordagem mais objetiva e reducionista, pode acrescentar elementos imprescindíveis ao diálogo proposto neste capítulo.

1.2.1 Marcas corporais: contexto histórico e social

A produção de marcas corporais como tatuagens e *piercings*, bem como os fenômenos de autolesão e escarificação, são retratados pelos historiadores como práticas muito antigas, as quais foram apresentando diferentes significados e singularidades de acordo com o contexto e com o momento histórico em que estão inseridas. Reisfeld (2005) aponta que há uma relação entre essas marcas e a concepção de corpo determinada por cada época. Nessa perspectiva, Silva (2012), ao fazer uma análise sobre as funções da tatuagem, frisa que estas apresentam “impacto transcultural, geracional e econômico” (SILVA, 2012, p. 9). Traz o exemplo do movimento *hippie*, dos anos 1960, a fim de ilustrar uma nova visibilidade do corpo, principalmente no que concerne à revolução sexual. Em 1970, surgem os *punks*, que expressam a violência por meio do corpo: “Os *punks* se furam com pregos, tatuam uma miríade de símbolos heteróclitos, religiosos, nazistas, comunistas, símbolos fragmentados e sem sentido” (SILVA, 2012, p. 13). Apesar de, ainda hoje, existirem leituras que apresentam a tatuagem como signo de revolta (SILVA, 2012), sabemos que não se trata apenas disso. A dimensão estética tem sobressaído dentre as marcas corporais dos novos tempos. Tatuagens e *piercings* fazem parte da cultura contemporânea e são aceitas como práticas egossintônicas, diferentemente de marcações corporais realizadas por meio de práticas autolesivas, as quais costumam ser grandemente discriminadas e apontadas como desviantes.

Tal premissa é endossada por Ana Costa (2003) em seu livro *Tatuagem e marcas corporais: atualizações do sagrado*, no qual, ao abordar os diferentes tipos de marcações corporais, nas situações mais diversas, desde a pré-história até a contemporaneidade, a autora

sublinha que marcas antes marginalizadoras hoje podem ser vistas como diferenciadoras, como reveladoras da busca por singularidade, por identificação e de modo de pertencimento a determinado grupo, visto que, um traço, ao capturar o olhar do outro, aponta para a dimensão singular que carrega consigo. Transpor esse argumento para o fenômeno em estudo permite-nos traçar uma primeira aproximação com a linha de pensamento de autores que apresentam a ideia de que o corte, a queimadura ou outro modo qualquer de ferir-se que esteja em foco, remeteria, justamente, à captura de olhares externos.

Mesmo a cirurgia plástica, vista como um tipo de modificação da imagem corporal, é incluída pela autora para exemplificar uma inversão ocorrida da Antiguidade à contemporaneidade, principalmente no aspecto em que se refere a um modo de diferenciação, compreendido como tentativa de construção de uma identidade própria. Realça também a questão da tatuagem, antes marginalizada, hoje *status* de identidade, modo de marcar “uma pertença ao próprio corpo. Tatuagem não é somente pintar-se, é também escarificar: furar a derme introduzindo pigmentos, compondo uma marca definitiva” (COSTA, 2003, p. 13).

Segundo a autora, ao longo da história da humanidade, foram muitos os contextos e significados que as marcas corporais adquiriram, sendo utilizadas tanto de forma individual como coletiva, podendo estar presentes em cerimônias, ritos de passagem, como marcação de classe social e uso religioso (COSTA, 2003). Com relação à tatuagem, apresenta um exemplo de grande relevância para a história da humanidade: o uso da tatuagem nos campos de concentração de Auschwitz, durante a Segunda Guerra Mundial. Nesse cenário, à medida que os prisioneiros eram levados aos campos de concentração, tinham suas peles marcadas com números para identificação. Contrariamente ao uso da tatuagem como signo de pertença social e identidade, vemos aqui o seu uso justamente com vistas à desumanização e ao anonimato: “O número tatuado privava o sujeito do suporte de um traço simbólico (o traço unário), fixando o corpo como dejetivo não representável pelo circuito civilizador” (COSTA, 2003, p. 21).

Diante de tais prerrogativas, retomamos o argumento de Fernandes, 2003: “as formações psicopatológicas falam da cultura, ou melhor, retiram dela o material de base que lhes dará forma, que lhes dará *imagem!*... o imaginário da época, com suas referências estéticas, opera na construção dos novos sintomas” (FERNANDES, 2003, p. 16). O foco na atual preocupação com a exaltação da exterioridade vem contrapor-se a épocas anteriores, em que predominavam recursos à interioridade. Nesse aspecto, sugere uma certa migração das problemáticas internas para o culto ao corpo.

Tais proposições destacam a identificação como característica pregnante das marcas corporais através dos tempos, a qual, por meio de um traço tido como singular, uma marca na pele, diferencia-se dentre tantas outras peles. Um novo modo de se apresentar, de se colocar no mundo: “Impossível um olhar de simples espectador: as modificações comportam um apelo que se dá do corpo para o corpo, afetação instantânea que fisga o pensamento em uma antecipação especular” (SILVA, 2012, p. 19).

Antes de avançarmos nas contribuições da antropologia para a autolesão mais diretamente, ressaltamos que, para fins de delimitação de nossa temática, tatuagens, *piercings*, *body arte* e cirurgias plásticas não serão incluídas em nosso objeto de estudo⁶, pois, apesar da existência de uma modificação corporal produzida por meio de cortes na pele, estão, em grande parte, associadas à dimensão estética e são legitimadas pelo discurso médico. Mesmo que tenhamos conhecimento da importância dessas práticas e de sua proximidade com a autolesão, consideramos que aprofundar esse aspecto fugiria de nossos propósitos com a atual pesquisa, justamente por não ser nosso objetivo analisar essas práticas como rituais da cultura e nem mesmo como padrões estéticos.

Após essa breve contextualização, seguiremos com a proposta para este capítulo, apresentar a pluralidade de leituras encontradas ao pesquisar sobre o fenômeno da autolesão e suas variantes. Nesse intuito, abriremos a discussão para as ideias de um autor considerado fundamental nessa abordagem e que apresenta muitos de seus estudos presentes nas produções brasileiras utilizadas aqui. Trata-se de Le Breton, antropólogo francês, importante interlocutor com a psicanálise, especialista em estudos sobre a temática da dor e do corpo, que se destaca em pesquisas no âmbito das marcas corporais, das condutas de risco e das escarificações⁷.

1.2.2 Considerações da autolesão por um viés antropológico

A premissa de que a existência do homem é primariamente corporal é uma das marcas sustentadas nas produções de Le Breton. Ou seja, em sua perspectiva, toda e qualquer relação entre o homem e o mundo envolve a mediação do corpo, “o corpo é a interface entre o social e o individual, a natureza e a cultura, o psicológico e o simbólico” (LE BRETON, 2003, p. 97). Em seus principais artigos, a abordagem utilizada remete as marcas corporais a um modo de

⁶ Exclui-se também do escopo desta tese comportamentos de mutilação presentes em quadros psicóticos.

⁷ Le Breton utiliza-se do termo escarificação para definir as lesões corporais intencionais (cortes, cicatrizes, etc.). Apesar de esta ser apontada como uma subcategoria da automutilação por Favazza (2007), trata-se de um termo muito utilizado por autores franceses.

resistência ao sofrimento. Um meio lúdico de criar, com seu próprio corpo, uma espécie de “marca” no mundo (LE BRETON, 2010).

No livro *Adeus ao corpo: antropologia e sociedade*, Le Breton (2003) apresenta temáticas referentes às novas tecnologias e a suas aplicações ao corpo. Destaca que, na sociedade ocidental contemporânea, o corpo inacabado e imperfeito necessita ser completado pelo indivíduo conforme seu próprio estilo. Nessa seara, o autor sugere uma aproximação interessante entre as marcas corporais e o ódio ao corpo, relação muito atual quando analisada pela perspectiva da cultura. Ora, se a ideia do uso do corpo, na atualidade, remete não só a formas de expressar a singularidade, o modo de pertencimento, mas também a formas de resistência a um modelo ideal de corpo e de beleza posto em evidência na sociedade atual, faz sentido pensar a autolesão como um analisador da contemporaneidade.

O corpo permite infinitas possibilidades de expressão, principalmente quando tomado como uma espécie de veículo de comunicação. Desse modo, o lugar de desconforto atribuído ao corpo na contemporaneidade ganha destaque, uma vez que ao mudar seu corpo, o sujeito estaria em busca de mudar sua existência e, nesses termos, um ataque ao corpo pode ser um ataque ao que este significa. O caráter transitório, de transformação das experiências, constitui-se característica fundamental do corpo na atualidade (LE BRETON, 2003, 2010).

Contrário à percepção de que o jovem que se machuca estaria buscando a morte, Le Breton salienta o uso do corpo, em situações de sofrimento, justamente como uma alternativa para não morrer.

Se um evento abriu um abismo na existência, ou se um sofrimento difuso impede o pensamento, o corpo, especialmente a pele, é o refúgio para se agarrar à realidade e não afundar. A utilização do corpo em situação de sofrimento se impõe, para não morrer. Aquele que está em carne viva, no plano dos sentimentos, esfolia sua pele como em uma espécie de homeopatia. Para recuperar o controle, ele tenta se machucar, mas para ter menos dor (LE BRETON, 2010, p. 27).

Nessa perspectiva, ao contrapor o campo do ato e da palavra, Le Breton aproxima as escarificações a formas de elaboração para situações em que a palavra faltou, ou fez-se insuficiente: “O jovem exterioriza alguma coisa de seu caos interior a fim de vê-la mais claramente, ele reproduz em ato uma impossibilidade de dizer coisas ou transformá-las. Onde as palavras falham, o corpo fala” (LE BRETON, 2010, p. 27). Para o antropólogo, esses atos de violência contra si mesmo, longe de representarem tentativas de morte ou de destruição, são soluções encontradas para viver. Uma tentativa de imprimir sentido para se permitir ser quem se é. Com efeito, Le Breton (2006) marca a prática de autoagressão como tentativas de forçar a

passagem a existir. Ademais, como na maioria dos casos esses comportamentos tendem a cessar com a idade adulta, o autor os apresenta como uma espécie de ajuste pessoal em reação a alguma situação de ameaça (LE BRETON, 2006).

Por outro lado, as escarificações também podem ser consideradas um tipo de conduta de risco. Le Breton define estas condutas como atuações em que o sujeito se expõe a algum tipo de perigo, os quais envolvem risco de se ferir ou morrer e incluem “desafios, tentativas de suicídio, fugas, inconstâncias, alcoolismo, toxicomanias, transtornos alimentares, velocidade em estradas, violências, relações sexuais sem proteção, recusas ao recebimento de tratamento médico vital” (LE BRETON, 2012, p. 34). O autor relaciona esse agir à ausência de recursos para lidar de outro modo com o que chama de “armadilhas”. Ainda, estabelece uma breve diferenciação entre os gêneros e os tipos de condutas predominantes. Em jovens do sexo feminino, o agir tenderia a assumir formas mais discretas, silenciosas e corporais, expressas por meio de transtornos alimentares, tentativas de suicídio, escarificação e queixas somáticas. Em garotos, as atuações costumam caracterizar-se por serem mais violentas, num confronto com o mundo e com os pais. Esse comportamento mais violento remete a padrões educativos em que homens precisam demonstrar sua virilidade por meio de atitudes agressivas. Tal diferenciação, segundo o autor, elucida a prevalência das lesões corporais autoinfligidas em mulheres (LE BRETON, 2010, 2012).

Quanto à aproximação estabelecida entre conduta de risco e escarificação, Le Breton (2010) sublinha que a última parece impressionar a sociedade de modo mais intenso, mesmo estando mais distante de pôr a vida em perigo; “o ferimento deliberado choca os espíritos, porque mostra uma série de transgressões insuportáveis para a nossa sociedade: as das fronteiras do corpo, o fato de infligir-se dor deliberadamente, o fluxo de sangue, e o jogo simbólico com a morte” (LE BRETON, 2010, p. 37). Ao lesionar-se, o sujeito quebra o que há de sagrado na figura do corpo.

Dito isso, é possível reconhecer um olhar sobre a autolesão que a situa como “baliza identitária”. Marcar a pele, por essa perspectiva, significa marcar um lugar no mundo. Antes de prosseguirmos, faz-se necessário pontuar uma aproximação de nosso entendimento acerca do fenômeno com a visada antropológica vista tanto com Le Breton, como com os autores aos quais recorreremos para trazer o contexto histórico e social das marcas corporais: situar a problemática da autolesão como expressão de uma posição subjetiva. Nos próximos capítulos, temos o intuito de alargar essa discussão, especialmente em uma importante articulação com as contribuições de Didier Anzieu (1989) sobre a constituição do Eu-pele. Por enquanto, deixamos

em suspenso, a fim de concentrar nossa atenção nas contribuições propostas pela psiquiatria para o fenômeno da autolesão.

1.2.3 Autolesão: contribuições da psiquiatria

Conforme citado, a falta de consenso quanto à terminologia utilizada pelos profissionais e pesquisadores da temática da autolesão imputa muitos desafios a todos os interessados em se aprofundar na compreensão desse fenômeno. Esses desafios ficam evidentes não só para pesquisadores e clínicos, mas também por profissionais das áreas da saúde e da educação. Importante ressaltar que, dentre as pesquisas utilizadas por este estudo, verificamos que o fenômeno comumente conhecido como automutilação ou autolesão envolve práticas de cortar-se, queimar-se, arranhar-se, morder-se; ou seja, práticas que, de algum modo, provocam algum tipo de ferida autoinfligida.

Inicialmente, podemos apontar que, no campo da psiquiatria, até o lançamento da quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), em maio de 2013, o fenômeno da autolesão podia ser encontrado como sintoma de alguns transtornos, por exemplo, o transtorno de personalidade borderline. Todavia, apesar de ainda estar incluído nos critérios diagnósticos desse transtorno – “recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante” (American Psychiatric Association, 2013, p. 663) –, com a nova atualização do manual, mesmo não havendo o reconhecimento da autolesão⁸ como transtorno, o termo aparece incluído na seção III “Condições para Estudos Posteriores”, na forma de uma convocação para pesquisas que possam apresentar resultados a fim de que, posteriormente, possa ser incluído como entidade nosográfica. Nessa versão, algumas das condições apontadas como critérios propostos incluem, além da frequência mínima de cinco ou mais episódios no período de um ano, não haver intenção suicida. Afora isso, dentre as expectativas destacadas, estão: “1. Obter alívio de um estado de sentimento ou de cognição negativos. 2. Resolver uma dificuldade interpessoal. 3. Induzir um estado de sentimento positivo” (American Psychiatric Association, 2014, p. 803). Contudo, vale reforçar que, mesmo o DSM-5 excluindo o critério de intenção suicida, alguns estudos indicam a presença do risco ao ato suicida a despeito de haver intenção (BARRAULT, 2005). E ainda, alguns estudos apontam a associação entre a autolesão e o suicídio de modo mais direto.

⁸ O termo autolesão foi escolhido pelos autores como tradução para o termo inglês “non-suicidal self-injury”.

Em nossa pesquisa, a primeira publicação encontrada com referência ao termo automutilação, estendida às neuroses⁹, data de 1938 e é de um psicanalista e psiquiatra norte-americano, Karl Menninger. O que nos chama a atenção nessa publicação é que o autor apresenta uma leitura da automutilação como uma forma de suicídio atenuada ou parcial, a qual se expressaria como um tipo de acordo, tendo necessariamente o intuito de evitar a total aniquilação da pessoa; ou seja, o sacrifício de uma parte do corpo em prol do corpo todo. A definição dada pelo autor para o termo “automutilação” em seu livro *Man against himself* (com tradução para o português como *Eros e Tânatos: o homem contra si próprio*, publicado no Brasil em 1970) é a seguinte:

(1) os ataques destrutivos deliberados a várias partes do corpo com que estamos familiarizados nas formas extremas e bizarras às vezes manifestadas por pacientes em hospitais mentais. Na mesma categoria, também, não podemos omitir (2) as várias formas de ferimento corporal auto infligido a que são dados os neuróticos. Outros se arranham ou cravam as unhas incessantemente na própria carne, arrancam os cabelos ou esfregam os olhos e a pele a ponto de causar inflamação. Finalmente (3), consideraremos as automutilações que são autorizadas, encorajadas ou ditadas por costume social ou por cerimônia religiosa (MENNINGER, 1970, p. 207-208).

Nesse aspecto, ganha relevo a premissa de que a automutilação, para Menninger, seria uma espécie de autossalvação ou de autopreservação, na qual o sujeito sacrificaria uma parte de seu corpo como um acordo para salvar sua vida. Uma formação de compromisso entre a pulsão de morte e as pulsões de vida. Consoante esse pensamento, encontramos a noção de autotomia utilizada pelo médico e psicanalista húngaro Sándor Ferenczi em suas elaborações sobre os tiques. Para o psicanalista a autotomia consiste em um comportamento que advém da capacidade que alguns animais possuem de se desvencilhar de uma ou mais partes do próprio corpo, a qual possui função de defesa. Mesmo que se trate de um comportamento estudado pela biologia, restrito a certas espécies, Ferenczi afirma ser um traço importante encontrado em todo ser vivo (FERENCZI, 2011 [1921]), ou seja, trata-se de uma tendência.

Consoante esse pensamento, atualmente existem alguns autores que abordam esse tipo de funcionamento, mesmo que sem qualquer ênfase direta na autolesão, mas justamente no trato do deslocamento de uma posição passiva para uma posição ativa, quando o sujeito age sobre si mesmo, como uma busca de controle sobre seu próprio sofrimento. Como exemplo, temos o que o filósofo alemão Christoph Türcke apresenta como modo de resposta do sujeito

⁹ O autor não deixa de reconhecer os ataques destrutivos mais extremos, comum às doenças psíquicas mais graves como a esquizofrenia e a psicose maníaco-depressiva. Entretanto, inclui em suas considerações, práticas comuns ao campo das neuroses.

contemporâneo ao trauma: a noção de “fuga para frente”. O que Türcke (2010) está propondo com essa noção coincide com algumas considerações presentes na pesquisa sobre a autolesão, como já visto com Le Breton (2010), pois consiste, resumidamente, em voltar-se contra si no intuito de se autopreservar, como em um processo de autovacinação “no qual o organismo administra a si mesmo uma dose do pavoroso, a fim de se tornar imune a ele, ou seja, volta-o *contra* si a fim de se preservar” (TÜRCKE, 2010, p. 133, grifos do autor).

Outras referências com relação à automutilação podem ser encontradas em publicações a partir dos anos de 1960, década em que houve um aumento na produção acadêmica em torno desta temática. Nesta época, a Síndrome do “cortador de punhos”, como ficou conhecida na psiquiatria a prática de cortar os punhos, classificava mulheres com mais de cinco episódios de corte nos punhos. Entretanto, sublinha-se que a prática frequentemente não se restringia aos punhos, a maioria dos pacientes cortava também outras partes do corpo (ROSENTHAL *et al.*, 1972 *apud* GIUSTI, 2013).

Na nomenclatura utilizada pela literatura psiquiátrica norte-americana, é comum encontrar o termo *non-suicidal self-injury* (FAVAZZA, 1998), designando todo o ato que envolve a intenção de um indivíduo modificar ou destruir, de forma deliberada, uma parte do tecido do corpo, sem que tenha a intenção de cometer suicídio¹⁰ por meio desse ato. Essa terminologia, na tradução para o português, frequentemente é encontrada como “automutilação”, podendo também ser utilizado o termo “autolesão sem intenção suicida”. Destaca-se, ainda, que o autor inclui a escarificação como uma subcategoria da automutilação, considerando-a como um tipo moderado e superficial de automutilação (FAVAZZA, 1998).

Outra classificação encontrada foi proposta por Favazza e Rosenthal em 1993 e modificada em 1996. Nesta, a partir da utilização de critérios clínicos e fenomenológicos, os autores reagrupam as automutilações em quatro categorias: de tipo estereotipado, grave, compulsivo e impulsivo. O tipo estereotipado apresenta padrões de comportamento repetitivos e frequentemente sem associação simbólica ou afetiva. Quanto à automutilação, classificada como grave, os ferimentos autoprovocados, de modo geral, tanto podem causar lesões irreversíveis, quanto colocar em risco a vida do sujeito. No tipo compulsivo, além de comportamentos repetitivos, destaca-se a automatização e a ausência de intenção consciente ou de pensamento com conteúdo mais elaborado. Por fim, nos comportamentos classificados como impulsivos, estão inseridas práticas como cortar-se, bater-se e queimar-se, as quais são

¹⁰ Para este autor, consiste fator fundamental o critério de não haver intenção suicida, entretanto como visto anteriormente, este critério não se constitui em um consenso entre todos os pesquisadores.

apontadas, frequentemente, em associação com alguma vivência traumática ou mesmo pela lembrança desta (FAVAZZA; ROSENTHAL, 1993 *apud* GIUSTI, 2013).

Giusti (2013) acrescenta algumas peculiaridades ao fenômeno da automutilação a partir de uma relação estabelecida com o TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo), dando ênfase aos aspectos compulsivos e impulsivos. Sua tese é resultado de um estudo piloto realizado no Brasil em 2008¹¹. Trata-se de um estudo comparativo envolvendo 5 pacientes que procuraram tratamento para automutilação com 5 pacientes que procuraram tratamento por TOC. Os resultados obtidos indicaram “que todos os pacientes com automutilação também apresentavam sintomas de TOC, com predominância de fenômenos sensoriais (sensações subjetivas físicas e/ou mentais que levam a comportamentos repetitivos) precedendo a automutilação” (GIUSTI, 2013, p. 41).

O fator comorbidade, muito relevante nas conclusões do estudo, foi considerado significativo diante da possibilidade de manutenção do comportamento autolesivo na idade adulta. Outro aspecto em evidência refere-se ao TOC não aparecer como fazendo parte do problema, mas sim como indicativo maior de comorbidade dentre os pacientes com automutilação. Com relação a histórias de eventos traumáticos, a frequência é maior entre automutiladores. Por fim, apesar de as características compulsivas e impulsivas estarem presentes tanto na automutilação quanto no TOC, pacientes com automutilação apresentaram mais sintomas de impulsividade, enquanto os pacientes com TOC apresentaram mais sintomas de compulsividade (GIUSTI, 2013).

Com relação aos termos “impulsividade” e “compulsividade” podemos visitar, rapidamente, as noções apresentadas por Dalgarrondo (2000). Este, ao discorrer sobre as definições básicas dos transtornos de vontade, estabelece uma distinção entre o ato impulsivo e o ato compulsivo. No primeiro, as fases de intenção, deliberação e decisão estariam ausentes, ou seja, não haveria recursos para conter os impulsos e os desejos.

O autor caracteriza como patológicos “tipos de atos impulsivos, nos quais predominam as ações psicomotoras automáticas, sem reflexão, ponderação ou decisão prévias, de tipo instantâneo e explosivo. Caracterizam-se também pela incoercibilidade, ou seja, são incontroláveis” (DALGARRONDO, 2000, p. 114). Cita ainda como característica do ato impulsivo a incapacidade de tolerância à frustração.

¹¹ Estudo descritivo transversal, realizado pela equipe do Ambulatório Integrado dos Transtornos do Impulso (AMITI), apoiado pelo projeto temático desenvolvido em parceria com o Projeto Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (PROTOC), com vistas a responder ao seguinte questionamento: onde a automutilação se situa dentro dos TEOC? (GIUSTI *et al.*, 2008).

Com relação ao ato compulsivo, sinaliza que a diferença reside no fato de o indivíduo ter a percepção de que o ato é inadequado ou até mesmo indesejável, fazendo tentativas de resistir ou ao menos adiá-lo. Um desconforto subjetivo está presente, porém, após a realização, há uma sensação de alívio momentânea a qual é substituída novamente pelo desconforto sentido anteriormente, o que pode, então, desencadear a repetição do ato compulsivo. Tal descrição é frequente nos relatos de pessoas que se cortam, conforme veremos mais adiante.

Com efeito, para Dalgarrondo a autolesão inclui-se na classificação dos impulsos e compulsões agressivas auto- ou heterodestrutivas, juntamente com a frangofilia, piromania e o impulso e ato suicida. A definição do autor para o termo automutilação consiste em “impulso (ou compulsão) seguido de comportamento de autolesão voluntária. São pacientes que produzem escoriações na pele e mucosas, furam os braços com pregos e pedaços de vidro, arrancam os cabelos (*tricotilomania*), etc.” (DALGALARRONDO, 2000, p. 114).

Referente ao termo impulsividade, Dalgarrondo (2000) descreve-o como um comportamento que se caracteriza por apresentar reações rápidas sem planejamento prévio, no qual o foco central consiste no imediato, sem avaliação das consequências. Nessa perspectiva, lembramos das transformações referentes às formas de sofrimento sugeridas por Birman (2012), o qual indica que nos tempos atuais impera uma exigência de performance individual, cuja consequência recai na incitação da ação como alternativa para livrar-se do excesso pulsional que acomete o aparelho psíquico, o que de algum modo remete ao funcionamento do comportamento autolesivo, tal qual já indicado. Entretanto, precisamos sinalizar que a impulsividade não está presente em todos os casos, como é possível perceber em alguns relatos em que existe um planejamento prévio aos episódios de autolesão. De todo modo, podemos reconhecer aí uma das variáveis que constitui a heterogeneidade fenômeno.

Antes de introduzirmos as contribuições da psicanálise, cabe destacarmos alguns aspectos referentes à presente revisão da psiquiatria, salientando a necessidade de serem retomados por uma perspectiva mais crítica, na medida em que entendemos a psiquiatria como um saber localizado em um contexto marcadamente medicalizante.

De saída, é preciso sublinhar que o próprio termo “autolesão” comporta um sentido patologizante, na medida em que carrega o termo lesão em sua formação. Dito isso, o ponto de partida para darmos início a essa discussão remete ao contraponto entre a visada da psiquiatria e o olhar da antropologia para esse fenômeno. Ao longo deste capítulo, priorizamos dar relevo às dificuldades diante das quais nos deparamos com a proposta de estudar uma temática tão heterogênea e multifacetada. Desse modo, percebemos a necessidade de atenção e cuidado na

abordagem de uma prática com tantas nomenclaturas e visões por vezes conflitantes entre si. Por um lado, a psiquiatria, por meio de uma visão descritiva e objetivante, aponta o fenômeno da autolesão como uma conduta desviante, com a possibilidade de ser reconhecida na categoria de transtorno mental. Por outro, a antropologia dá ênfase a uma perspectiva que foge ao reduto medicalizante, indicando a prática autolesiva como recurso, traço identitário ou, mesmo, modo de subjetivação.

No tocante a esse debate, podemos apontar a medicalização como mais um agravante que vem aumentar as dificuldades impostas pelos diferentes discursos acerca do fenômeno da autolesão. Logo, nesse cenário, é preciso considerar previamente alguns pressupostos. Primeiramente, diante da amplitude do termo “medicalização”, o qual pode incorrer em confusões conceituais, convém estabelecer uma breve delimitação acerca de sua utilização nesta discussão; posteriormente, promover o debate do termo com relação à problemática da autolesão; por fim, trazer alguns apontamentos necessários para o melhor encadeamento das ideias abordadas neste capítulo.

Para fins deste estudo, tomaremos o termo “medicalização” circunscrito a uma lógica simplista e reducionista, como abordado por Gomes (2019) em sua dissertação de mestrado. Com a contribuição de Conrad (1992), a autora define a medicalização “como a ampliação do saber médico para diversas esferas da vida cotidiana” (GOMES, 2019, p. 9). Sob esse viés, faz ainda uma reflexão, sublinhando a preponderância do aspecto biomédico em detrimento de fatores socioculturais e psicológicos, que, por fim, acaba patologizando condutas consideradas “desviantes” como, por exemplo, o que vem acontecendo com a autolesão. Em meio à primazia da medicalização, a prática é afirmada como anormal ou até mesmo como subversiva. Nesse sentido, frequentemente considerada como incompreensível, a autolesão aparta-se do pressuposto de que o objetivo da vida seja a busca da felicidade e da obtenção do prazer, tal qual costuma ser pautado pelos ideais contemporâneos (AUDINO, 2015). E mais, foge ao escopo do discurso médico de que a vida é o bem maior a que se pode aceder.

A cada revisão e nova publicação, os manuais diagnósticos apresentam um elevado aumento nos números de categorias elencadas. Nesses termos, tomando o DSM como exemplo, é possível inferir que, com a publicação de novas edições, acrescentam-se não apenas páginas e categorias, mas a possibilidade de práticas como a da autolesão receberem o diagnóstico de transtorno mental. A título de exemplo, uma das principais críticas ao DSM 5 refere-se à banalização do diagnóstico, situações corriqueiras da vida passam a ser reconhecidas como

patológicas. Ou seja, a esfera do normal vem, pouco a pouco, sendo excluída do espectro, transformada em doença.

Não se trata de rejeitar todo e qualquer uso dos psicofármacos, pois são inegáveis alguns de seus efeitos positivos tanto na vida de alguns como na possibilidade de transformação do sistema de cuidados e tratamento da loucura no século XX, mas de evidenciar os efeitos de um discurso que banaliza a existência, naturaliza os sofrimentos e culpabiliza os indivíduos por seus problemas e pelo cuidado de si (GUARIDO, 2007, p. 159).

Com efeito, trazer uma discussão crítica sobre a medicalização da autolesão, não significa um total desacordo com a leitura da psiquiatria acerca do fenômeno, nem mesmo que tenhamos que apresentar uma síntese dos argumentos apresentados. Até mesmo porque concordamos com Verztman, Herzog e Pinheiro (2010) quando afirmam que devemos ter atenção às nosografias psiquiátricas, mas sem se dobrar a elas. Nessa esteira, a ideia é justamente conhecer as especificidades do fenômeno em diferentes disciplinas, a fim de ampliar a visão no que tange a sua expressiva heterogeneidade e, sobretudo, capturar o que desses discursos converge com o discurso dos sujeitos que a praticam. Nesse aspecto, alargar o espectro do que é comumente considerado “normal” pelos discursos médicos, diante da tendência dos manuais diagnósticos de diminuir cada vez mais as possibilidades da esfera da dita “normalidade”, consiste em uma tarefa necessária, apesar árdua. Ainda, nesse contexto, não podemos deixar de apontar o fato de estarmos imersos nessa lógica, a qual inclui necessariamente a grande demanda por diagnósticos e por uso de psicofármacos.

Diante desses pressupostos, somos tomados pela indagação de qual poderia ser o lugar da autolesão nesse cenário? Parece-nos que, longe de oferecer uma solução, a aposta consiste em olhar para o fenômeno, ao menos em algumas de suas facetas, como expressão, estratégia de sobrevivência, ou mesmo, produção de sentido, respeitando a singularidade exposta pelas diferentes subjetividades. Ou seja, evitar soluções imediatistas e reducionistas, tão usuais pelos saberes que a identificam como uma prática desviante. Como afirma Venosa (2015, p. 29), “pessoas que se cortam e veem nisso uma boa saída não vão parar de se cortar simplesmente porque alguém mandou, ou porque é um comportamento mal-adaptado”.

Na era dos transtornos, em que se oferece diagnóstico e remédio para cada sofrimento, a escuta psicanalítica pode ter um importante papel – constituindo uma alternativa à posição alienante, que muitas vezes o sujeito encontra no diagnóstico médico – e apostar na possibilidade de o indivíduo reinventar-se. A interpretação, nesse sentido, precisa abrir-se para um trabalho prévio de costura e de encadeamento, para além da escuta puramente verbal, possibilitando algo da ordem de uma apropriação desse sofrimento (AUDINO, 2015, p. 78).

Em suma, pensar a autolesão, nesta tese, não inclui tomá-la como sintoma ou até mesmo como um transtorno que precisa necessariamente de cura. Pelo contrário, nossa aposta consiste em abordar a autolesão como expressão, como um modo subjetivo de lidar com os impasses da vida e, nesse sentido, uma escuta e um olhar mais sensíveis a suas particularidades torna-se fundamental. Tendo em vista tais elucidações e a necessidade de ampliar nossa perspectiva frente à investigação sobre essa prática, tomaremos esses pressupostos como fio condutor no desenvolvimento de nossa pesquisa. Entretanto, diante da dimensão que ela condensa, é preciso estabelecer um recorte, pois é frequente encontrarmos – em leituras mais apressadas – a autolesão associada a culpa, abuso sexual, punição, dentre outros motivos. Por isso, alertamos para a necessidade de ultrapassar interpretações rasas e imediatistas. Muito mais que encontrar as causas e os porquês, é necessário atentar para o que há de singular em cada caso, como afirmam Pacheco-Ferreira e Herzog (2014, p. 26): “toda a pretensão de generalização e normatização acaba se afastando da proposta freudiana cujo método é construído para singularizar cada caso”. Prosseguindo com o objetivo deste capítulo, partimos para a revisão das produções psicanalíticas.

1.3 Perspectivas psicanalíticas sobre a autolesão

Enfim, a discussão central deste capítulo: uma revisão da literatura de referencial psicanalítico, com ênfase em produções brasileiras sobre o tema. De antemão, salientamos que a tarefa de pensar a autolesão pela lente da psicanálise demanda alguns esforços, uma vez que o próprio Freud não desenvolve essa temática para além de algumas poucas páginas. Ao discorrer sobre alguns casos de “acidentes” em que reconhece uma intenção inconsciente de se machucar, afirma:

Sei agora, e posso provar com exemplos convincentes, que muitos ferimentos aparentemente acidentais sofridos por esses doentes são, na realidade, lesões autoinfligidas. Acontece que uma tendência à autopunição, que está constantemente à espreita e comumente se expressa na autocensura ou contribui para a formação do sintoma, tira hábil partido de uma situação externa oferecida pelo acaso, ou contribui para sua criação até que se dê o efeito lesivo desejado (FREUD, 2006[1901], p. 182).

Nesse aspecto, chama atenção que mesmo antes da formulação do conceito de pulsão de morte, Freud em seus escritos *Sobre a psicopatologia da vida cotidiana* (2006 [1901]),

reconhece uma tendência à autodestruição presente inclusive em pessoas que nunca colocarão em prática qualquer ato autolesivo.

Todavia, o fato de não encontrarmos em Freud um desenvolvimento maior da temática da autolesão, não significa dizer que não contenha, em seu instrumental, ferramentas que possam nos fornecer subsídios para avançar nos impasses a que a autolesão nos convoca. Com efeito, nossa aposta consiste em retomar noções do vocabulário psicanalítico com a finalidade de inserir a problemática em uma discussão mais complexa, capaz de comportar a pluralidade e as especificidades inerentes à experiência da autolesão. Em outras palavras, pretendemos afirmar um lugar de expressão para o fenômeno diante de uma aproximação com saberes que privilegiem tanto os aspectos sociais, quanto os intrassubjetivos.

Outra dificuldade encontrada, refere-se à escassez em torno da temática da autolesão na literatura psicanalítica e, como já visto com outros campos do saber, a variedade de nomenclaturas para descrever um mesmo fenômeno. Dito de outro modo, trata-se de um fenômeno multifacetado em que diferentes pensadores apresentam recortes específicos. Portanto, uma disciplina pode apresentar diferentes perspectivas, que não serão, necessariamente, excludentes. Nesse sentido, diante dessa heterogeneidade, priorizamos em nossa pesquisa estudos que utilizam os termos “autolesão” e “automutilação”, os quais na maioria das vezes são entendidos como sinônimos, e os casos de “escarificação” e “*cutting*”, denominação dada para a prática de se cortar. O primeiro, frequentemente utilizado em estudos da França e do Brasil, e o último, mais utilizado nas pesquisas e produções científicas de língua inglesa (DEMANTOVA, 2017). O termo inglês “*cutter*”, comumente utilizado para referir-se às pessoas que se automutilam, pode ser traduzido como “cortador” ou “pessoa que se corta”. Em português, fazendo um jogo de palavras, pode significar alguém que corta a dor, um “cortador”. Ao transpor essa analogia para a autolesão, deparamo-nos com o paradoxo: o corte, no sentido de cortar a dor ou atenuá-la é realizado infligindo dor a si próprio (LANG; BARBOSA; CASELLI, 2010).

Importa também ressaltar que, quanto à antropologia e à psiquiatria, a seleção da bibliografia não se restringiu a nenhuma faceta específica da autolesão. A ideia foi justamente expor as múltiplas abordagens em torno do tema. Com esse propósito, foram utilizados como critério de seleção trabalhos com a presença de algum dos seguintes termos: “autolesão”, “automutilação” e/ou “escarificação”. Contudo, no que tange à psicanálise, a proposta diverge significativamente. Mesmo que haja uma proposição de explorar as múltiplas facetas da autolesão, a partir desse ponto efetuaremos alguns recortes selecionados da análise do material

utilizado. Para esse fim, elegemos 4 operadores conceituais que, além de servirem de suporte na discussão da experiência da autolesão, serão retomados nas articulações do último capítulo, oportunidade em que nos concentraremos nos aspectos da sensorialidade. São eles: corpo, narcisismo, trauma e dor. Ressaltamos ainda que, mesmo sabendo que se trata de operadores intrinsecamente articulados, para fins didáticos, serão abordados separadamente, porém buscando sustentar suas devidas conexões.

1.3.1 O corpo na experiência da autolesão

Independentemente da leitura utilizada para pensar o fenômeno da autolesão, um aspecto é inegável: trata-se de uma prática que convoca o corpo, seja por provocar algum tipo de dano ao corpo próprio, frequentemente a pele, seja por ser entendido numa acepção de expressão subjetiva. De todo modo, antes de entrarmos na temática do corpo propriamente dita, acrescentemos a peculiaridade inerente à lógica da autolesão, uma vez que parece situar-se na contramão da atual tendência de valorização do corpo, justamente, coloca esse corpo em evidência ao lesioná-lo.

Isso posto, vejamos como essa problemática aparece nas produções psicanalíticas mais recentes. Ao abordar os embaraços dos sujeitos com seus corpos na atualidade, Brandão Junior e Canavêz (2018) situam a temática da autolesão em adolescentes como central para o debate. Com uma visada peculiar, apresentam o fenômeno no campo da busca da felicidade e não da dor. São práticas que figuram tentativas de significar um vazio. Chama a atenção neste estudo a relevância dos seguintes aspectos: a atualidade das questões do corpo – na medida em que, desde as origens da psicanálise, Freud se depara com seus enigmas –; a referência à temática da autolesão como um sintoma da contemporaneidade. Interessante sublinhar que os autores não só apontam a autolesão como um sintoma devido à grande prevalência com que tem aparecido no cotidiano dos adolescentes, mas, sobretudo, com a possibilidade de este ser apontado como um possível analisador da contemporaneidade.

Em outra direção, Lang, Barbosa e Caselli (2009) propõem uma leitura do fenômeno, para o qual lançam mão do termo automutilação, como “modo de escrita e de inscrição do corpo”, pensando o corpo como um modo de comunicação das experiências subjetivas. Uma escrita que possibilita marcar a subjetividade na pele, algo interno que se concretiza no “exterior”, ganhando visibilidade. Próximo à visada antropológica, indicada mais acima com Le Breton (2003, 2010), sublinham uma tentativa de constituir limites e bordas que evidenciam

a automutilação, não como patologia ou sintoma de uma doença, mas expressão de um conflito que envolve a relação do sujeito com a sua imagem e com a alteridade.

Além de ser uma forma de sustentar a vida e manter a sanidade ao lidar com conflitos psíquicos, a automutilação também é uma forma primitiva e poderosa de comunicação para indivíduos incapazes de verbalizar o que sentem. A automutilação acaba proporcionando uma expressão concreta para a dor, uma linguagem escrita no corpo, através de sangue, feridas e cicatrizes (LANG, BARBOSA e CASELLI, 2009, p. 7).

Não raro, nos deparamos com autores que situam a autolesão em uma abordagem que privilegia a precarização da elaboração psíquica (ALBERTI, 2009; LE BRETON, 2010; CARDOSO, DEMANTOVA e MAIA, 2016; FORTES; KOTHER, 2017). Nesse sentido, Lang, Barbosa e Caselli (2010) estabelecem uma relação entre a etimologia da palavra mutilação e o discurso das pessoas que se cortam. A falta da palavra remeteria a sua própria mutilação.

Consoante esse pensamento, Fortes e Kother (2017), por meio da narrativa de blogs de adolescentes, no artigo denominado *Automutilação na adolescência: rasuras na experiência de alteridade*, apresentam uma investigação em torno do tema da automutilação. Por localizarem a problemática no âmbito da dimensão corpórea, destacam-na como via singular de expressão da sintomatologia contemporânea.

Os resultados encontrados pela pesquisa indicaram vários aspectos comuns, tais como: relação do corpo com a expressão do sofrimento, sem intenção de suicídio; frequentemente realizada de forma solitária pelo adolescente (ausência de destinatário); pouca ou nenhuma referência à dor durante a prática, mas sim de alívio com o corte. Nesse aspecto em particular, ressaltam tratar-se de “uma dor que não encontra expressão pela via das palavras” (FORTES; KOTHER, 2017, p. 355). Precisamos sinalizar que não pretendemos dar ênfase a esse aspecto como uma falta. Entendemos que uma expressão que se passa pela via do corpo em detrimento da linguagem falada, não significa necessariamente ausência de elaboração psíquica, mas privilégio de um modo de expressão em detrimento de outro como estratégia subjetiva para lidar com o sofrimento.

Outra característica relevante apontada pela pesquisa de Fortes e Kother (2017) corresponde ao caráter compulsivo, na medida em que há relatos que aproximaram a prática de se cortar à experiência do uso de uma droga, principalmente no que se refere à dificuldade de controle no momento de parar. Como exemplo, extraímos um pequeno trecho de uma passagem citada pelas autoras: “não consigo parar porque eu sou viciada neste sofrimento que me devora todo dia, eu não seguro mais essa necessidade de sofrer” (FORTES; KOTHER, 2017, p. 355). Referências a acontecimentos penosos próximo ao início dos episódios também são destacados

como possíveis gatilhos para o início da prática de se cortar: “ante tamanha dor, a mutilação surge, como já dito, como um recurso – um recurso desesperado, certamente – para arrefecer a angústia” (FORTES; KOTHER, 2017, p. 355). Com relação a esse aspecto, podemos indicar uma aproximação com o DSM-5 a respeito das funções desempenhadas pela autolesão. Dentre as 3 funções já indicadas anteriormente, destacamos aqui: a indução a sensações de prazer, o que pode ser semelhante ao uso de uma droga; e ainda a função de aliviar sentimentos negativos.

Interessante sublinhar outro relato, o qual aponta para a possibilidade de uma dor nomeada de dor física ser autoinfligida com o intuito de apaziguar uma dor dita moral e considerada insuportável. “A tentativa de substituição de uma dor por outra se faz na medida em que se constata a inegável dificuldade de elaboração psíquica de um evento doloroso”, salientam as autoras (FORTES; KOTHER, 2017, p. 356). A hipótese de a automutilação, entre os adolescentes, ser uma via de deslocamento de uma dor moral para o corpo nos remete diretamente à problemática oposição entre a dor comumente chamada de física e a dor dita psíquica, discussão que será abordada no próximo capítulo, no qual ampliaremos esse escopo para pensarmos em diferentes modalidades da dor e em suas expressões a partir do fenômeno estudado.

Ao argumento de constituir-se como uma prática solitária, sem compartilhamento da dor, há prevalência de relatos que apontam para a ausência de destinatário para essa dor – precariedade do campo da alteridade. Sem interlocutor, o corte parece se colocar no lugar do desabafo. Nesses termos, marca-se: “modo de dor que se configura na descarga direta de intensidades psíquicas na dimensão do corpo” (FORTES; KOTHER, 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 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. Podemos aí sinalizar um aspecto fundamental da cultura contemporânea: o corpo, considerado como um bem supremo, uma vez que não corresponde ao que lhe é esperado, sofre as consequências na própria pele.

Dito isso, salienta-se um último aspecto apontado pelas autoras, o qual se refere à articulação feita com Douville (2004), a partir da qual ganha relevo a dimensão da “cinesia”, da sensação de propriedade de um corpo, de corporeidade e de contenção ao apontar a automutilação como um ato que busca também livrar-se do excesso de excitação. “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”, explicam Fortes e Kother (2017, p. 359).

De acordo com Anzieu (1989), a pele constitui-se em uma espécie de superfície, na qual o mundo interno e externo, imprimem seus conflitos. Envolve o corpo, envolve os limites do eu, estabelece as fronteiras, distingue o indivíduo dos outros. Com efeito, a pele possibilita a relação com os outros, enquanto marca os limites entre o dentro e o fora, um distanciamento entre ambiente e o que se define como interior, funcionando como uma espécie de filtro. Como a borda que coloca limite na realidade, a pele destaca-se como lugar privilegiado de expressão. A automutilação, pensada a partir do viés da cinesia, coloca em jogo a materialidade do corpo próprio, possibilitando, com os cortes, novas relações de contorno, fronteiras, limites e sentimento de existência. Para Anzieu (1989, p. 23), as tentativas de mutilação da pele podem ser entendidas como “tentativas dramáticas de manter os limites do corpo e do Eu, de restabelecer o sentimento de estar intacto e coeso”.

O recurso ao conceito de Eu-pele, proposto por Anzieu (1989), justifica-se não só pela importância que esta formulação apresenta para a teoria psicanalítica, mas sobretudo pelos elementos que agrega à discussão da autolesão. Portanto, com o entendimento de que as sensações corporais originadas pelas experiências e vivências de prazer e desprazer são primordiais na constituição do eu, mais à frente vamos explorar esse conceito no intuito de aprofundar o diálogo com o corpo atacado na autolesão.

Como supracitado, numerosos trabalhos abordam a autolesão com um enfoque centrado na adolescência. As transformações pubertárias e as convocações à sexualidade, demandam do adolescente uma reconstrução subjetiva e um intenso trabalho de elaboração psíquica. Sendo assim, a escarificação pode ser compreendida como uma resposta a uma violência interna que acomete o sujeito no processo de adolecer. Um apelo ao corpo. “O corpo que trazemos à cena, aqui, é um corpo *apresentado* em lugar de *representado*, situado aquém do processo de simbolização”, colocam Cardoso, Demantova e Maia (2016, p. 117). Nessa perspectiva, a temática do corpo ganha relevo, na medida em que suas transformações biológicas e suas relações com o mundo e com o próprio sujeito têm um papel fundamental na constituição da subjetividade contemporânea.

Com uma abordagem um pouco diferenciada, mas seguindo pelo viés que privilegia a adolescência, justamente pelas convocações do corpo e/ou ao corpo, citamos a pesquisa realizada por Jatobá (2010). A partir de um estudo de caso com uma adolescente que praticava escarificações em seu corpo, a autora busca discutir a hipótese de esse ato ser motivado diante

de uma impossibilidade da relação sexual. Esse caso foi privilegiado por apresentar relação entre o ato de escarificar e as convocações da sexualidade. Ao justificar sua escolha para o uso do termo “escarificar”, Jatobá (2010) sublinha que essa prática se constitui em um tipo moderado e superficial de automutilação e, além disso, em comparação com a tatuagem, o sujeito é ativo, na medida em que ele próprio realiza sua marca.

A partir de contribuições do referencial teórico de Ferenczi, Câmara e Canavêz(2020) propõem-se a pensar o fenômeno da autolesão por uma perspectiva diversa das citadas até aqui. Um trabalho fundamental visitado pelos autores é o texto *Reflexões psicanalíticas sobre os tiques*, publicado em 1921 por Ferenczi, por meio do qual o autor transpõe os limites e as fronteiras do que parece indicar a heterogeneidade do fenômeno dos tiques. Utiliza-se de uma espécie de *continuum* para pensar os diversos fenômenos a que se propõe (tique, estereotipia, coprolalia, catatonia), sem se limitar a categorias e estruturas previamente definidas, mas pensando-as de um modo em que as diferenças concentrem, especialmente, variações de graus. Segundo Ferenczi, “entre o coçar a pele e amputar uma parte do corpo repousa uma questão de perspectiva, na medida em que, ao nos coçarmos, estamos arrancando com nossas unhas, sem o sabermos, um sem números de células epiteliais – em outras palavras, provocando lesões na superfície da pele” (FERENCZI *apud* CÂMARA E CANAVÊZ, 2020, p. 60). Com efeito, há um deslocamento de alvo, do outro para o próprio corpo ou para uma outra parte do corpo.

Os autores retomam ainda o termo “fisiologia do prazer”, proposto por Ferenczi, para pensar o corpo por um viés que comporta, além de suas funções utilitárias, a dimensão do prazer. Tal teoria pode ser melhor compreendida justamente através do exemplo da autolesão, visto que este fenômeno aborda tanto o corpo como suas dimensões de sensorialidade, superfície e motilidade.

Com uma leitura foucaultiana, Arcoverde (2013), em busca de realizar uma crítica dos modos de relações de saber e poder sobre o corpo, apresenta uma compreensão da autolesão como modo de subjetivação intimamente relacionada com o contexto sociocultural em que se está inserido. Em outras palavras, um ato pode ter interpretações diversas a depender do campo de saber que o estuda: “a autolesão pode ser tida por juristas como um crime, por médicos como um sintoma de transtorno mental, por psicólogos como forma de enfrentamento do sofrimento psíquico e por religiosos, como prática necessária à expiação dos pecados” (ARCOVERDE, 2013, p. 16-17).

Com um enfoque crítico em torno das disciplinas que normatizam e exercem controle sobre o corpo, a autora situa a autolesão como uma espécie de abertura para uma posição

subjetiva de poder e resistência. Dito isso, o aspecto de resistência emerge como saída para o não assujeitamento a esses discursos totalizantes. De acordo com seu argumento, trata-se de um fenômeno que causa estranheza, já que se desloca do pressuposto básico de preservação da vida e de evitação do sofrimento.

Diante das leituras expostas, podemos apreender o corpo como uma das vias privilegiadas para o estudo do fenômeno da autolesão. Não a única, mas uma via que estabelece relações fundamentais com as outras categorias elencadas para abordar a temática no discurso psicanalítico, em especial, aos registros da sensorialidade. Em outras palavras, dar relevo às noções de corpo, enquanto pano de fundo, no qual se desenrolam as expressões características da experiência da autolesão, bem como em suas articulações com o narcisismo, com o trauma e com os registros da experiência de dor, constituem-se tarefas fundamentais a complementar o entendimento acerca da heterogeneidade e das especificidades concernentes à experiência da autolesão.

1.3.2 Autolesão e narcisismo

O termo “narcisismo”, mesmo antes de ser elevado a conceito psicanalítico em 1914, já era utilizado por Freud desde uma nota de rodapé acrescentada em 1910 ao artigo *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (2006 [1905]). No mesmo ano, o termo marca a escolha de objeto sexual dos homossexuais no artigo *Leonardo da Vinci e uma lembrança da sua infância* (2006 [1910]). Entretanto, somente ganha proeminência e corpo, a partir de uma crise epistemológica imposta por meio de ataques teóricos provocados por Jung ao dualismo pulsional proposto por Freud. Assim, as formulações sobre o narcisismo aparecem mais diretamente na pena de Freud em 1914, na ocasião da publicação de *A introdução ao Narcisismo*. Nessas circunstâncias, Freud rompe com a clássica concepção do Eu, pois com os estudos da psicose constata que o Eu também pode ser marcado pelas incidências do sexual. Com a postulação do narcisismo, assistimos a uma complexificação do primeiro quadro das pulsões sexuais, havendo, portanto, um deslocamento nos conflitos que guiavam o pensamento freudiano. Tal deslocamento desemboca na virada de 1920, com a introdução do conceito de pulsão de morte e, posteriormente, em 1923, com a apresentação do novo modelo de aparato psíquico.

Na contemporaneidade, muitos autores centram suas análises em questões relativas ao plano narcísico, o que abrange as chamadas patologias narcísicas, marcadas por uma fragilidade e ameaça de fragmentação constante. Consoante esse pensamento, referindo-se à famosa

formulação freudiana “Sua Majestade o bebê”, Pinheiro (2012) alude aos predicados apontados para o bebê por seus pais e os associa ao sentimento de existência. Ou seja, é a partir do juízo de atribuição, fornecido por meio do olhar dos pais, “que os sujeitos são inventados e se inventam. Existir, portanto, é indissociável disso tudo” (PINHEIRO, 2012, p. 20). A autora sinaliza, com o olhar direcionado para a clínica contemporânea, a impressão de que alguns pacientes apresentam uma configuração subjetiva na qual juízo de existência e juízo de atribuição não se articulam. Decorre daí uma enorme fragilidade, a partir da qual o sujeito necessita de recursos constantes a fim de provar sua existência. Um exemplo trazido pela autora, que parece se aproximar de uma das facetas do fenômeno da autolesão e pode auxiliar em sua inteligibilidade, é o de experimentar a dor no corpo como prova concreta de existência. A existência fica amarrada a um corpo das sensações, e, portanto, é frágil e volátil.

Vislumbra-se então que, diante da necessidade de obter uma unidade narcísica mais consistente, ou mesmo pelo desconforto sentido pela falta de intimidade com o corpo próprio, alguns sujeitos podem recorrer a práticas envolvidas no fenômeno da autolesão, dentre elas destacamos a prática de se cortar.

Em meio a essa problemática do narcisismo, em que relações de objeto se fazem marcantes, chama atenção a pesquisa realizada por Dinamarco (2011). Trata-se de uma pesquisa realizada com um grupo brasileiro, o qual se denomina praticante de automutilação. Seu estudo baseia-se em relatos e informações expostas em uma rede social de domínio público (Orkut), especificamente com a comunidade denominada *Self-Mutilation Addicts*. A faixa etária dos integrantes fica em torno de 19 a 34 anos, sendo 34% do sexo feminino e 66% do sexo masculino.

A autora apresenta uma relação entre os objetos escolhidos para se automutilar e as primeiras experiências de vida da criança. Retoma Freud com o clássico exemplo do *Fort-da*, quando o *infans*, diante da ausência da mãe, cria um jogo no qual é possível não só tolerar sua ausência, mas, fundamentalmente, assumir o controle da situação.

Após a infância o sujeito poderia realizar a mesma via fantasmática para obtenção de prazer. Nesta trajetória um objeto seria escolhido como aquele que possibilita a realização do desejo, contendo a fantasia e também as lembranças infantis de satisfação relacionadas à possibilidade de obtenção de prazer no uso do objeto (DINAMARCO, 2011, p. 86-87).

Nessa configuração, marca-se a indiferenciação entre o sujeito e o outro, pois ferir-se pode significar a fantasia de ferir o outro. Tal relação aponta para a problemática relacionada ao sofrimento com a presença absoluta do objeto materno, abordada por Andrade e Herzog

(2013). As autoras apresentam uma discussão do fenômeno da automutilação por meio da exposição de um caso clínico, no qual “a figura materna comparece como presença absoluta em seu discurso, sendo descrita em termos idealizados, e apresentada como garantia de sua segurança psíquica” (ANDRADE; HERZOG, 2013, p. 138). Nesse caso clínico em especial, por um lado marca-se a idealização da mãe e, de outro, a desqualificação da figura paterna.

Em articulação com a expressão de Pontalis (2000) de “um quarto para si”, as autoras pontuam a necessidade da criação e da manutenção de um espaço íntimo para o processo de constituição psíquica, pois, no caso descrito, mãe e filha dividem não apenas o quarto, mas também a cama, mesmo com a existência de outros quartos no apartamento. Trata-se de um exemplo clínico de um tipo de relação dual em que prevalece a fantasia de não diferenciação do outro. Submetida ao desejo materno, resta à criança a submissão.

Com essa articulação, apresentam duas hipóteses para os ataques autoagressivos: primeiro, como uma busca por se diferenciar, na procura por desfazer o vínculo mortífero com a mãe; segundo, como “uma tentativa de esboçar limites para as fronteiras de uma interioridade mal definida, movimento de separação em que o corpo vem traçar os limites de uma pele psíquica que se pretendia indiferenciada entre sujeito e objeto” (ANDRADE e HERZOG, 2013, p. 145). Os atos agressivos dirigidos a si estariam a serviço de uma delimitação, mesmo que precária, de sua unidade narcísica. Na ausência de direitos sobre seu espaço psíquico, emerge a tentativa de controle de seu espaço corporal.

Consoante essa abordagem, no artigo *Dor e gozo: relatos de mulheres jovens sobre a automutilação*, Cedaro e Nascimento (2013) apresentam o relato de três mulheres jovens, em atendimento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Rondônia, com histórico de práticas de agressão autodirigidas. Por tratar-se de um artigo que concentra suas discussões em torno das concepções psicanalíticas de masoquismo e gozo, nós o retomaremos mais à frente nas discussões sobre a experiência da dor. Por ora, interessa-nos a hipótese que busca compreender o fenômeno da autolesão à luz da teoria freudiana das patologias narcísicas, por meio das quais privilegia a problemática da presença absoluta do objeto materno e de uma figura paterna desqualificada. Semelhantemente ao caso apresentado por Andrade e Herzog (2013), os relatos das pacientes também incluem uma relação simbiótica e ambivalente com a figura materna: “na falta de um corte paterno, que as colocaria fora da relação simbiótica com a mãe, são elas que se cortam” (CEDARO; NASCIMENTO, 2013, p. 217).

Enfim, pensar a autolesão pela via do narcisismo nos colocou em contato com registros importantes para o desenvolvimento da temática. Ao mesmo tempo em que insere as dimensões

do corpo ao abordar sua constituição, por vezes fragmentada e frágil no que tange às patologias narcísicas, traz à cena noções de alteridade e de dor. Alteridade remete à assunção de que o sujeito se constitui a partir de um outro que lhe diz quem ele é, e, na medida em que esse processo encontra obstáculos, pode até constituir uma unidade narcísica, porém, precária. No que tange à dor, cabe ressaltar que esta ganha relevo uma vez que auxilia o sujeito no processo de se apropriar de um sentimento de existência “já que possibilita a emergência da consciência de um eu-corporal” (NUNES, 2012, p. 34).

1.3.3 Autolesão e trauma

Muitos autores contemporâneos indicam a contemporaneidade como a era do excesso e das intensidades, em que o traumático aparece diretamente atrelado a esse excesso pulsional que não consegue ser representado. Nesse viés, vamos retomar rapidamente a segunda teoria do trauma formulada por Freud após a virada de 1920. Em *Além do princípio do prazer* (2006 [1920]), o modelo de vesícula viva, forjado por Freud, aproxima o trauma do modelo da dor. Com a metáfora da vesícula, o pai da psicanálise apresenta seu modelo de sistema defensivo, cujo objetivo consiste em controlar o excesso pulsional com vistas a inserir as representações em cadeias associativas por meio de ligações psíquicas.

Cardoso, Demantova e Maia (2016) versam sobre a problemática do trauma em articulação com as condutas escarificatórias, as quais são abordadas como um ato auto-mutilatório. Retomando as formulações da segunda tópica, especialmente no que tange à pulsão e ao trauma, sustentam que o período que compreende a virada de 1920 “traz em seu entorno de forma mais explícita o corpo pulsional enquanto campo de expressão” (CARDOSO; DEMANTOVA; MAIA, 2016, p. 118). Nesse contexto, quando o trabalho de representação não é possível, ocorre uma apresentação pela via do corpo. Convém sublinhar a hipótese das autoras de uma passagem ao ato frente ao caráter desestruturante do traumático. Em suas palavras, “invadido pelo excesso e sem recursos para elaborá-lo, o apelo ao ato violento seria uma tentativa para contenção dessa invasão, que põe em risco a integridade narcísica e o sentimento de continuidade de si” (CARDOSO; DEMANTOVA; MAIA, 2016, p. 116).

O apelo às manifestações destrutivas, nessa visada, pode ser compreendido por um lado pela necessidade de apaziguar esse excesso que acomete o aparato psíquico e, por outro, pela tentativa de elaboração de impressões sensoriais que marcaram, mas não foram passíveis de simbolização.

Por uma lógica bastante próxima, Damous e Klautau (2016) articulam as noções de trauma, excesso pulsional e desamparo com falhas ambientais, a partir do estudo de um caso clínico com uma adolescente de 15 anos que se cortava. Nessa análise, buscam suporte essencialmente em Freud, Ferenczi e Roussillon. Em Freud (2006 [1893-1895], 2006 [1920], 2006 [1905]), primeiramente, nas contribuições acerca da temporalidade do trauma e nas postulações da segunda tópica. Estas reconhecem o traumático como um excesso de excitação que rompe com o escudo protetor. Com Ferenczi (2011 [1923], 2011 [1929] e 2011 [1933]), a relação se estabelece a partir de suas postulações sobre o caráter traumático decorrente de falhas ambientais. Por fim, as autoras encontram ancoragem nas formulações de Roussillon (2008) para sustentar a hipótese de que a automutilação pode apresentar uma dimensão de linguagem, comportando valor mensageiro para além da descarga com vistas à satisfação. Porém, ressalta que, para haver a comunicação, é preciso predisposição do ambiente a recebê-la e a reconhecê-la enquanto mensagem que carrega um significado. Caso contrário, o ato resta “apenas *potencialmente mensageiro*” (DAMOUS; KLAUTAU, 2016, p. 110, grifos das autoras).

Vindo complementar este aspecto, destacamos que o caso analisado é de uma adolescente abandonada pela mãe aos 3 anos de idade. Nessa perspectiva, pela interpretação das autoras, a mãe aparece como alguém que falhou em ser o “escudo protetor” para a filha. Dito de outro modo, na ausência de contenção pelo entorno e de uma receptividade para as mensagens comunicadas em forma de cortes na pele, restou o desamparo. Nesse contexto, dando ênfase à (re)atualização das marcas precoces na adolescência, afirmam:

Os cortes que Bruna inscreveu em seu corpo parecem então atualizar em ato as falhas cumulativas repetidas de seu desamparo infantil, porém sob a égide de uma compulsão à repetição, acionada com a finalidade de engendrar um trabalho de ligação para que o excesso possa ser elaborado e, finalmente, representado (DAMOUS; KLAUTAU, 2016, p. 107).

Segundo a perspectiva das autoras que apresentam uma aproximação entre situações trauma-típicas e os atos autodestrutivos presentes na autolesão, é possível que marcas muito precoces, do início da vida, apresentem um potencial de se reatualizar na adolescência por meio de cortes na pele. Em outras palavras, o sujeito transforma em ato o que não pode ser representado.

1.3.4 A dor na experiência da autolesão

Não à toa, uma noção que de imediato se correlaciona com o fenômeno da autolesão é a noção de dor. Ainda que não se possa afirmar que a dor, em seu sentido estrito, esteja presente na totalidade dessas manifestações – já que cada experiência é única e deve ser reconhecida na singularidade do ato – podemos, pelo que vimos até aqui, arriscar que o modelo da dor se encontra em parte desse fenômeno.

Dito isso, para darmos encaminhamento à problemática da dor inserida na lógica da autolesão, vamos privilegiar autores que a abordaram como sinal de existência do corpo. Tal perspectiva considera que dor e corpo estão necessariamente imbricados, um não existe sem o outro. Nessa esteira, Cardoso, Demantova e Maia (2016) defendem a dor como responsável por propiciar ao corpo sua dimensão concreta, como já visto anteriormente com Pinheiro (2012) e Fortes (2013). Nesse sentido, é pertinente localizar que, no caso da autolesão, a dor aparece como necessária, na medida em que permite ao sujeito se apropriar da existência de seu corpo – um corpo que muitas vezes é apontado sem o uso do pronome possessivo, apenas afirmado como corpo, um corpo qualquer. Para sustentar seu argumento, as autoras recorrem à afirmação freudiana de 1923 de que a dor possui papel fundamental para que se constitua à ideia de corpo.

Conforme esse pensamento, Fortes (2013, p. 287) se utiliza do quadro clínico da hipocondria como uma das vias possíveis para sustentar sua hipótese de que, na teoria freudiana, “a dor pode ser concebida como sinal que indica a presença do corpo para o ego”. A autora retoma os primeiros escritos freudianos, nos quais a condição clínica do hipocondríaco, por meio de suas queixas, apresentava um corpo dolorido, não só física, mas, sobretudo, psiquicamente. O órgão que dói é apontado como fonte de angústia.

Além disso, outro entendimento que reconhece a presença da dor nas práticas automutilatórias consiste na hipótese de uma dor física ser provocada a fim de diminuir ou mesmo de extinguir uma dor moral, comumente nomeada de psíquica pela psicanálise. Nesses casos é como se, diante de uma dor insuportável e difícil de ser localizada, como ocorre na angústia, o sujeito precisasse recorrer a uma outra modalidade de dor, passível de ser localizada e nomeada.

De acordo com esse pensamento, o artigo de Cedaro e Nascimento (2013), citado anteriormente, concentra suas discussões em torno das concepções psicanalíticas de masoquismo e gozo. O questionamento a respeito da função da dor autoprovocada e das marcas corporais autoinfligidas na dinâmica psíquica das pacientes com histórico de automutilações sustenta a proposta dos autores, os quais buscam comprovar a hipótese de que a dor provocada pode ser uma fonte de prazer. Tal aceção fica evidente nas seguintes passagens retiradas dos

relatos das pacientes: “sente ódio de si pelas autoagressões, mas, quando está frustrada, a dor lhe traz alívio e prazer” (CEDARO; NASCIMENTO, 2013, p. 208); “no momento, no ato, sinto alívio, sinto prazer, mas depois a gente se sente muito mal” (CEDARO; NASCIMENTO, 2013, p. 212).

A dor como recurso possível de concretude ao corpo ou de substituto a uma dor considerada insuportável é frequente em muitos dos artigos que encontramos na literatura sobre a autolesão. Ademais, cabe pontuar tratar-se de uma hipótese presente majoritariamente em relatos de pessoas que se cortam. Outro aspecto que merece ser reforçado refere-se ao fato de não haver um modelo teórico único que possa dar conta de uma temática tão heterogênea. Não poderia ser diferente com o modelo da dor. Diante disso, afirmamos, mais uma vez, nossa proposta aqui é mapear e capturar o que de cada modelo possa servir para ampliarmos os estudos da autolesão, mais especificamente na prática de se cortar.

Enfim, esboçar tal panorama fez-se necessário para que pudéssemos tanto expor a heterogeneidade e a pluralidade de visões acerca de uma mesma problemática, a da autolesão, como, fundamentalmente, mapear uma espécie de cartografia do fenômeno na abordagem psicanalítica. Pensar uma temática com tantos desdobramentos, apesar de muito interessante, apresenta inúmeras dificuldades. Em nosso ponto de vista, a principal dificuldade, conforme já abordado exaustivamente, refere-se à falta de consenso entre os pesquisadores quanto à terminologia, à definição dos termos e à caracterização do fenômeno. Devido a autolesão constituir-se um fenômeno multifacetado e plural, como acompanhamos por meio da revisão apresentada neste capítulo, e, por considerarmos que o próprio nome autolesão condensa em si mesmo um significado patologizante (pois contém o termo “lesão”), optamos, nesta tese, por fazer um recorte dentre as diversas modalidades que o fenômeno comporta, a fim de priorizar um olhar mais atento à prática de se cortar. Tal recorte ganha relevo na medida em que consideramos a prevalência e o modo como a prática de se cortar tem se apresentado nos dias atuais: um recurso cada vez mais capturado como estratégia para lidar com os impasses e sofrimentos da vida.

Dito isso, na ausência de modelos teóricos que abarquem a heterogeneidade e que deem conta dos impasses a que essa prática nos impõe, recorreremos às ferramentas hoje disponibilizadas pelo arcabouço teórico-clínico da psicanálise, tendo sempre em vista a necessidade de trabalhar como em um quebra-cabeça, selecionando e encaixando noções que podem ser úteis nessa tarefa. Nesse âmbito, importa ressaltar também as limitações a que estamos sujeitos nessa empreitada, já que, de certo modo, ao nos servirmos de leituras modernas

para analisar um fenômeno extremamente atual, é preciso atentar a nossa atitude ao ler esses textos. Até porque não se trata de descartar leituras, pelo contrário, problematizá-las e trazê-las para o centro da discussão constitui-se em um dos focos desta pesquisa.

Ocorre que, apesar de tratar-se de um fenômeno em que os registros da dor e do corpo costumam ser convocados, por vezes imbricados, consideramos pertinente afirmar que ainda são escassas as produções que vislumbram e desenvolvem tais correlações de modo satisfatório – mesmo porque, como já sinalizado com outros operadores da psicanálise, um modelo teórico individualmente, a despeito de seu efetivo potencial na análise do fenômeno, não dá conta de sua totalidade. Isso posto, nos próximos capítulos, a ênfase conceitual recai prioritariamente em articular essas temáticas no contexto da autolesão, sem pretensão de esgotar suas leituras, mas sim de tecer alguns possíveis caminhos na criação de um campo de inteligibilidade e abertura aos objetivos desta pesquisa.

Como continuidade, a ênfase do próximo capítulo será apresentar considerações psicanalíticas do modelo teórico da dor. Em busca de uma melhor compreensão das diferentes modalidades por meio das quais a dor se expressa no fenômeno da autolesão, vamos tecer um percurso a partir das primeiras teorizações freudianas, complementando com contribuições de alguns de seus comentadores. O que se objetiva com tal proposta é sustentar a premissa de que não há um único modelo, ou seja, de que, também com a dor, o fenômeno marca sua heterogeneidade.

2 MODELO TEÓRICO PARA A DOR: IMPASSES E CONDIÇÕES PARA (RE)PENSAR A EXPERIÊNCIA DA AUTOLESÃO

*Onde é que dói na minha vida,
Para que eu me sinta tão mal?
Quem foi que me deixou ferida
De ferimento tão mortal?*
(MEIRELES, 1939 [1937])

Tal como nos versos da poetisa, a dor é presença marcante seja na arte, em obras literárias, romances, músicas, seja no cotidiano de todos nós. De algum modo, apesar da singularidade que carrega, a dor constitui-se em uma experiência humana considerada universal. Por meio da literatura, encontramos evidências de que outrora havia uma valorização da dor, da tristeza e do sofrimento. Fernando Pessoa (1972) apresenta em um de seus poemas – intitulado *Poema em linha reta* – uma crítica à falsa imagem de perfeição criada por alguns sujeitos em tono de si, evitando constantemente transparecer seus fracassos e derrotas. Dizia o poeta: “Nunca conheci quem tivesse levado porrada. Todos os meus conhecidos têm sido campeões em tudo” (PESSOA, 1996, p. 85). Tal poema deflagra uma certa reprovação à imagem irreal de um sujeito que se mostra perfeito, sem falhas. Marca dos novos tempos, os imperativos de beleza, felicidade, gozo e performance põem o sujeito em estado permanente de “dever”, ou seja, “na cultura do narcisismo triunfante, as insuficiências não podem jamais existir e ser exibidas, já que essas desqualificam a subjetividade, que deve ser, antes de tudo, autossuficiente” (BIRMAN, 2014, p. 141).

Na atualidade, as figuras do hedonismo e do excesso sobressaem como característica das chamadas “novas subjetividades”, demarcando um cenário no qual a evitação da dor e a busca incessante pela felicidade parecem pautar os ideais contemporâneos (BIRMAN, 2006; FORTES, 2012). Como ressalta Fortes (2004), o sujeito contemporâneo, impelido por ideais culturais, nega a dor. Ou seja,

Na contemporaneidade, portanto, há uma mudança nas formas de subjetivar-se, sendo algumas dessas modificações observadas no modo como o sujeito se relaciona com a dor (algo a ser evitado) e na diminuição do espaço oferecido para a interação com a alteridade. Esses dois aspectos caminham juntos, já que a alteridade não deixa de provocar uma certa dose de dor para o sujeito: o outro oferece intensidades e diferenças que trazem um estranhamento à estabilidade narcísica do eu (FORTES, 2004, p. 69).

Interessante sublinhar a lógica apontada pela autora de que evitar a dor não levaria ao encontro de uma solução satisfatória, na medida em que justamente, ao negar a dor, o sujeito tenderia a gerar uma dor ainda maior. Entretanto, faz-se necessário ressaltar que nossa proposta aqui, longe de qualquer saudosismo ou mesmo de preferências por uma época em detrimento de outra, consiste em marcar o solo no qual estamos buscando recursos para a escrita desta tese. Ademais, dar relevo a temática da dor faz-se necessário, por tratar-se de um modelo teórico fundamental para o referencial psicanalítico, não só na teoria, como poderemos revelar por meio dos recortes na obra freudiana, mas principalmente pela clínica, a qual nos coloca constantemente em contato com a dor, como salientado por Fortes (2004, 2012) e Birman (2006, 2014). Também, por ser um aspecto da autolesão indicado por muitos autores como fundamental e por outros ignorado, consideramos, de certo modo, espinhoso. Ora, diferentemente da lógica medicalizante, na qual há uma preocupação com a sua supressão, o arcabouço teórico-clínico da psicanálise traz essa temática para o centro de suas formulações. Nessa lógica, ao nos aproximarmos mais especificamente do fenômeno da autolesão, observamos a necessidade de aventar discussões mais aprofundadas sobre as especificidades da dor e seus modos de expressão, levando em conta a singularidade de cada sujeito.

No capítulo anterior, apresentamos um panorama abrangendo as variadas definições e leituras encontradas acerca do fenômeno da autolesão, com ênfase na produção psicanalítica de autores brasileiros. Destacamos, a partir dessas leituras que, apesar da heterogeneidade que marca essa prática, há um ponto em comum: provocar-se dor por meio de ações infligidas ao próprio corpo, particularmente à pele.

Feita essa breve contextualização, o objetivo do presente capítulo consiste em aprofundar a discussão de um operador conceitual que, em nosso ponto de vista, ainda tem muito a ser explorado e a contribuir com a pesquisa da autolesão: trata-se do modelo teórico da dor. Apesar da pluralidade e da heterogeneidade que comportam os discursos que falam da autolesão nas mais diversas perspectivas, privilegiamos essa categoria pois, ainda que não recubra o fenômeno da autolesão em sua totalidade, condensa vários elementos que nos convocam a pensar o fenômeno por uma via mais próxima do intrincamento com o corpo. Sem intenção de esgotar o assunto e nem de dar respostas definitivas ao que consideramos, por ora, um fenômeno novo que nos causa muitos embaraços, nossa aposta baseia-se em criar um diálogo possível entre autores que, embora com propostas tão heterogêneas, possam contribuir para o propósito desta pesquisa: buscar no arcabouço clínico-conceitual da psicanálise, modelos que possam contribuir nos estudos das especificidades e particularidades do fenômeno da

autolesão nos dias de hoje. Desse modo, nosso ponto de chegada neste capítulo consiste em delinear um modelo que comporte a dor em suas diferentes expressões.

Ressaltamos ainda que trazer contribuições de diferentes autores não requer necessariamente que estejamos em total acordo com suas proposições. Por entendermos a psicanálise como campo do saber que valoriza a subjetividade humana em sua singularidade, consideramos fundamental ressaltar a pluralidade que as narrativas em torno da autolesão comportam. Dito isso, buscamos privilegiar aspectos que nos chamam mais a atenção, seja por estarem mais familiarizados com os propósitos da pesquisa, seja por destoar de nossa perspectiva inicial. Em suma, a ideia central consiste em apresentar uma discussão que possa acrescentar elementos ao ponto de vista teórico-clínico da temática em destaque.

Tendo isso em vista, primeiramente vamos tecer um esboço da dor na contemporaneidade. Em seguida, retornaremos às formulações freudianas em torno da noção de dor tal qual explorada pelo autor, dando relevo aos impasses encontrados em sua construção. Por fim, proporemos uma discussão com vistas a expandir o escopo dos registros da dor para além da dicotomia dor física X dor psíquica estabelecida por algumas leituras, no intuito de enfatizar as diferentes modulações expressas por meio das experiências de dor.

2.1 Sobre a dor na contemporaneidade

A dor constitui-se em uma experiência que apesar de universal destaca-se por conter traços particulares. De fato, existem muitas teorizações sobre o que seja a dor, tanto pela via do senso comum, quanto pelas literaturas médica e acadêmica. Com suas nuances e particularidades, a experiência da dor convoca o olhar de diversos saberes ao longo da história da humanidade, na medida em que provoca sensações corporais e psíquicas que possibilitam uma variedade de experimentações do corpo, as quais frequentemente se apresentam de modo imbricado, impossibilitando uma distinção exata acerca de sua origem.

Ao buscarmos uma definição para o termo “dor”, encontramos, de acordo com o dicionário Aurélio, os seguintes significados:

1. Sensação corporal penosa, sendo classificada pelo seu tipo, intensidade, caráter e ocorrência: dor de barriga, dor difusa; 2. Mágoa, sofrimento provocado pela decepção, pela morte de alguém, por uma tragédia, dor de perder o pai; 3. Compaixão, piedade de si mesmo ou do sofrimento de outra pessoa: demonstrou uma dor imensa diante da pobreza; 4. [Figurado] Expressão de um sofrimento, de uma tristeza física ou moral: música repleta de dor (“DOR”, 1999).

Vejam também a descrição preconizada pela Organização Mundial de saúde (OMS), a qual se apoia na definição de dor proposta pela International Association for the Study of Pain (IASP): “uma experiência multidimensional, desagradável, envolvendo não só um componente sensorial, mas também um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão”.

Com efeito, a dor, em suas mais variadas concepções, permite aproximações com “sofrimento”, “desprazer”, “tristeza”, entre outros. Mesmo não sendo sinônimos, amiúde encontramos esses termos utilizados um em substituição ao outro. Sensação, sofrimento, desprazer, lesão e relação com a alteridade são alguns exemplos de noções que serão retomadas e que se encontram na definição do dicionário e na da OMS. E, justamente por tratar-se de definições extremamente amplas, podemos considerar que uma interlocução entre a antropologia e a psicanálise, a partir desses termos, pode acrescentar resultados enriquecedores para o desenvolvimento desta tese.

Na visada de Le Breton (2007, p. 23), antropólogo francês, a dor é “sem dúvida, a experiência humana mais partilhada para além da morte: nenhum privilegiado reivindica ignorância em relação a ela ou se gaba de a conhecer melhor do que ninguém”. Para ele, a dor constitui-se em uma experiência influenciada socialmente, modulada pelas circunstâncias. Tal argumento nos leva a uma concepção da dor como fenômeno que pode receber sentido e valor de acordo com a visão de mundo da sociedade na qual o sujeito está inserido. Sendo assim, podemos inferir que cada experiência de dor pode apresentar nuances e intensidades variadas, de acordo com a singularidade de quem a sente.

Le Breton não se restringe a conceber a dor como um fenômeno intrínseco ao homem e seu corpo, mas a considera uma experiência muito mais abrangente, que envolve o homem e suas relações com o mundo e com a alteridade.

Mesmo se ela se instala apenas num fragmento do corpo, nem que seja num dente cariado, a dor não se contenta de alterar a relação do homem com seu corpo, ela vai mais longe, antecipa gestos, atravessa o pensamento, contamina a totalidade da relação com o mundo (LE BRETON, 2007, p. 26).

Nessa mesma esteira de pensamento, Vitor Ferreira (2010) aponta as condições estruturais e ideológicas da vida como base para a construção subjetiva da dor, acessando tanto memórias da história pessoal como das vivências acumuladas, as quais apresentem uma maior proximidade com a natureza da dor sentida. Segundo o autor, “um mesmo indivíduo não tem uma relação constante com a sua própria dor. As circunstâncias modulam-na. Depende da

avaliação que o indivíduo faz da situação, bem como do sentido que lhe investe” (FERREIRA, V., 2010, p. 246).

Ora, se a discussão da dor envolve o homem em suas relações consigo mesmo e com o mundo externo, faz-se necessário recorrer, mesmo que rapidamente, à articulação das especificidades dessa experiência em um contexto que, como supracitado, apresenta inúmeras mudanças socioculturais, as quais apresentam ressonâncias não só na relação do sujeito com a dor, mas também com o corpo. Autores do campo da psicanálise, antropólogos, sociólogos e filósofos reconhecem que na contemporaneidade novas modalidades de sofrimento se apresentam, em grande parte, através de sintomas corporais. Por essa via, estamos de acordo com o pensamento de Le Breton quando este afirma ser a dor fortemente influenciada pela sociedade em que o homem está inserido, indicando que toda e qualquer mudança, social, tecnológica, científica ou cultural, provocará também transformações nos modos de viver e de sofrer.

Nesse contexto, surgem alguns questionamentos que vão nos guiando ao longo desta escrita. Quais são as particularidades da autolesão, especificamente na prática de se cortar, que nos fazem pensá-la como um fenômeno novo? Em que este difere de outros fenômenos comumente encontrados na clínica contemporânea? Em quais aspectos o modelo teórico da dor pode acrescentar aos estudos sobre a experiência de se cortar? Podemos localizar um discurso da dor nesses sujeitos que se cortam? Ainda, de que modo essa experiência tensiona a psicanálise? Ressaltamos que essas são indagações indicadoras de alguns caminhos possíveis para a inteligibilidade da problemática da dor em sua relação com a autolesão. Entretanto, serão abordadas mais especificamente no próximo capítulo, quando faremos uma discussão com ênfase na constituição psíquica e corporal pela via da sensorialidade.

Conforme mencionado, tal qual a antropologia e a psiquiatria, também o campo da clínica contemporânea apresenta uma visão pouco homogênea acerca do fenômeno da autolesão. Contudo, a partir do eixo estabelecido, pretendemos acrescentar articulações capazes de proporcionar uma maior consistência às nossas formulações.

Nessa perspectiva, observamos que em grande parte, as leituras utilizadas exploram discursos que privilegiam os registros da dor e do corpo como centrais no entendimento das práticas envolvidas na autolesão. Tal afirmação pode ser sustentada tanto por considerarem que ao se cortar, o sujeito foge ao princípio do prazer o qual de acordo com a teoria psicanalítica, rege o funcionamento da vida psíquica, quanto por uma aproximação com o masoquismo ou até mesmo com o imaginário do senso comum para o qual há uma espécie de estranhamento,

incômodo e horror diante de práticas que envolvem qualquer espécie de ato de agressão contra si.

De fato, pensar os registros da dor e da corporeidade por uma perspectiva da clínica contemporânea, convida-nos a uma reflexão em torno não só dos sintomas manifestos, como também de uma reflexão própria à psicanálise inserida em um contexto histórico e social. Corpo, dor e sofrimento psíquico, são assuntos recorrentes tanto nos consultórios, como em estudos acadêmicos. Na contemporaneidade, o corpo ocupa um lugar de destaque. Costa, (2004) sustenta que a constituição da subjetividade tem sido fortemente influenciada por uma intensificação do corpo físico pela mídia, seja em comerciais de cosméticos, fármacos e produtos *fitness*, seja pelo ideal de *performance* atrelado ao sucesso social. Com efeito, “a corrida pela posse do corpo midiático, o *corpo-espetáculo*, desviou a atenção do sujeito da vida sentimental para a física [...] Cuidar de si deixou de significar, prioritariamente, preservar os costumes e ideais morais burgueses para significar cuidar do corpo físico” (COSTA, J., 2004, p. 166). O imaginário da perfeição leva o sujeito contemporâneo a buscar próteses e o corpo passa a ser a referência central de uma imagem de ideal de “Eu”.

Pela via da clínica psicanalítica, Verztman e Pinheiro (2012) sugerem que atualmente há uma grande especificidade na relação do sujeito com seu corpo. Ao remeter à existência da problemática de uma unificação narcísica precária nas subjetividades contemporâneas, os autores apontam uma função atributiva no discurso médico, que possibilita além de uma organização corporal, a construção de uma identidade. “À medida que o corpo é tocado, delimitado, cuidado, visto, falado por outro que dele sabe, a doença pode se constituir como uma possibilidade identificatória. O corpo doente ganha o interesse por parte dos médicos”, colocam as autoras (VERZTMAN; PINHEIRO, 2012, p. 59).

Nesse ponto, lembramos a articulação estabelecida por Fortes (2013), em seu artigo *A dor como sinal da presença do corpo*. A autora utiliza o quadro clínico da hipocondria como uma das vias possíveis para sustentar sua hipótese de que na teoria freudiana “a dor pode ser concebida como sinal que indica a presença do corpo para o ego” (FORTES, 2013, p. 287). Desse modo, retoma os primeiros escritos freudianos nos quais a condição clínica do hipocondríaco através de suas queixas, apresentava um corpo dolorido, não só fisicamente, mas, sobretudo, psiquicamente. Um órgão quando dói sinaliza não a existência de um corpo como um todo, mas em partes. Nesse sentido, Fortes sustenta que é possível encontrarmos uma via positiva nesse aspecto fragmentário, tal qual o corpo erógeno do bebê inscrito em um registro da dispersão, o órgão dolorido na hipocondria pode ser um índice de corporeidade.

Dando continuidade a essa perspectiva, Birman (2006), ao discutir certos aspectos das sintomatologias atuais, assinala que a cultura contemporânea é hedonista e marcada pelo excesso. O autor destaca que essa marca do excesso é paradoxal e se apresenta tanto como excesso de demanda, como de proibição. Ocorre que, quando um excesso não encontra o caminho da descarga, o efeito se dá através do corpo, manifestando-se por situações de estresse, pânico e outras perturbações psicossomáticas. Importante frisar que o excesso, nesse contexto, configura tudo que excede a capacidade de metabolização do sujeito, extrapolando sua capacidade psíquica.

Desse modo, nas subjetividades contemporâneas, o excesso se apresenta com toda sua força e característica incontrolável. Nesta medida, Birman (2006) sublinha a exclusão do registro do pensamento como local de incidência do sofrimento contemporâneo. Cabe então considerar que o Eu não consegue antecipar os acontecimentos, no sentido de poder circunscrever o impacto das intensidades. Com isso, o sujeito depara-se com algo que o ultrapassa, sendo a paralisia psíquica uma das consequências-limite disso. Diante dessa precariedade das formações simbólicas constituintes do aparato psíquico, o autor destaca a incidência de uma forte diminuição da capacidade de realizar o trabalho de ligação das intensidades pulsionais com o campo representacional.

Em contraste com as antigas modalidades de sofrimento, centralizadas no modelo da neurose, para as quais Freud apresentava o conflito psíquico balizado pela lógica do recalque, Birman (2014, p. 65, grifos do autor) afirma que na contemporaneidade “o mal-estar se evidencia como dor, inscrevendo-se nos registros do *corpo*, da *ação* e das *intensidades*”. Importante frisar, nesse contexto, um privilégio do registro da dor em detrimento do sofrimento como mal-estar contemporâneo. Apesar do vocabulário cotidiano, do senso comum frequentemente conceber esses termos como sinônimos, para o autor há uma diferença fundamental no que tange à presença/ausência da alteridade. Ao contrário do sofrimento, a dor consiste em uma experiência solipsista, na qual não há lugar para o outro,

a dor pode mortificar o corpo do indivíduo, minando intensamente o registro do somático, de forma a retirar e até esvaziar a potência do indivíduo. Este se solapa e se desqualifica em sua autoestima. Ou, então, a dor pode paradoxalmente fomentar a irritabilidade, as compulsões e a violência, formas paroxísticas e explosivas que são descarga daquilo que dói (BIRMAN, 2014, p. 141).

Diferentemente do pensamento de Le Breton, para o qual a dor não se mantém predominantemente em um registro do sujeito consigo mesmo, mas na sua relação com o mundo, Birman evoca o aspecto narcísico na subjetividade contemporânea, na medida em que

não encontra abertura para o outro, destacando uma visão *solipsista* da dor. A demanda ao outro demarcaria um registro de falhas e faltas que na cultura do narcisismo não poderiam transparecer. Por outro lado, no sofrimento, o outro se encontra em condição de interlocutor para o qual o sujeito que sofre dirige seu apelo.

Como podemos perceber, trata-se de uma distinção extremamente necessária, mesmo porque o próprio fenômeno autolesivo impõe essa demanda. Analisando o contexto da catástrofe, Verztman e Romão, com o suporte das teorizações ferenczianas sobre o trauma, discorrem sobre a possibilidade de o compartilhamento do sofrimento abrir caminho para traumas estruturantes: “se há sofrimento é porque há um sujeito que o experimenta. E o experimenta com seu corpo, com seus órgãos de sentido, com seu aparato mental, com sua cognição, com suas emoções” (VERZTMAN; ROMÃO, 2020, p. 278). Voltando nossa atenção para a problemática da autolesão, na qual os cortes são relatados, em sua grande maioria, como uma prática realizada às escondidas, sem compartilhamento, poderíamos localizá-la mais próxima à dor. Entretanto, por outra via de entendimento, sobressai a questão da marca, uma vez que os cortes, podem deixar uma cicatriz. Ao pensar a autolesão enquanto prática realizada de modo solitário, dentro de um quarto, podemos inferir um caráter solipsista. Entretanto, não devemos desconsiderar o contexto virtual em que há compartilhamento, tanto da prática quanto do sofrimento. Figura aqui um duplo aspecto que sobressai a partir do movimento de mostrar e esconder, pois quando os cortes deixam uma marca na pele, torna-se possível inferir essa prática como mensagem endereçada ao outro ou eventualmente compartilhada.

Também Fortes e Kother (2017) problematizam essa distinção ao abordarem como marca pregnante dos padecimentos atuais o fato de se expressarem por meio da dor, às expensas da experiência do sofrimento. Em suas palavras: “a ausência do outro reforça a impossibilidade de encontrar palavras para a dor, já que a ressonância daquele é condição necessária para que o sofrimento psíquico se constitua como tal” (FORTES; KOTHER, 2017, p. 357). As autoras fundamentam tal argumentação no texto freudiano *Projeto para uma psicologia científica* (2006 [1895]), em que a presença do outro é apontada como fundamental para o processo de constituição do aparato psíquico. Mostram ainda que Freud utiliza-se da noção de desamparo quando se refere aos movimentos “do outro primordial para a instauração de recursos de enfrentamento e metabolização da dor, ou seja, das intensidades psíquicas experimentadas” (FORTES; KOTHER, 2017, p. 358).

Nessa via de pensamento, consideramos interessante retomar a problemática da dor, tal qual abordada por Fortes (2009, 2012) em outros momentos. Para a autora, a

contemporaneidade revela novas configurações subjetivas nas quais os sujeitos parecem permanentemente afetados por uma variedade de estímulos, dos quais não se sentem capazes de dar conta. Acrescenta que, nos dias atuais, o sujeito não se encontra preparado para conviver com a intensidade de sua dor. Entretanto, a psicanálise, na contramão dessa lógica de uma espécie de anestesia da dor, apresentaria a positivação da dor, pelo entendimento de que não há constituição possível para o sujeito sem passar pelas experiências de dor, tal como preconizado por Freud ao longo de sua obra.

Em articulação com o pensamento freudiano, Fortes (2012) apresenta o paradoxo da dor sob a perspectiva da regulação do princípio do prazer e do além do princípio do prazer. Enquanto para o primeiro o objetivo consiste em evitar a dor, para o segundo, haveria uma espécie de consentimento. Na sequência de suas formulações, a autora apresenta as contribuições de Schneider com o propósito de sustentar sua argumentação em torno dos sentidos possíveis para a dor: seja através da experiência que possibilita uma abertura para a intensidade dos estímulos ou pelo prazer, o qual implicaria na evitação da dor.

Nesta perspectiva, a ideia de existir “um prazer do princípio” e “um prazer da experiência” demonstra como a economia do prazer pode conduzir a *sentidos distintos para a dor*, quais sejam, o de uma experiência que se abre para a intensidade da excitação, implicando uma *passagem pela dor*, e o de um prazer que busca, ao contrário, evitar a dor (FORTES, 2012, p. 84).

No intuito de problematizar os argumentos supracitados, retoma a perspectiva de uma via positivada da dor a partir do conceito de potência de Nietzsche. Apesar de seu entendimento de que a concepção acerca do sofrimento humano não é a mesma na obra dos dois autores, Fortes (2012) acredita na possibilidade de uma articulação do pensamento nietzschiano a respeito da sua concepção sobre dor com as elaborações freudianas que, na análise da autora, já apontada acima, apresenta a noção de dor como eixo central na construção do aparato psíquico. Nesse sentido, sugere uma aproximação do que seria a travessia da análise ao movimento do trágico, sublinhando o sofrimento em seu sentido positivo como “travessia da alegria”.

A clínica psicanalítica também se traduz como uma travessia da dor. A análise consiste em uma *experiência de perda*, perda da ilusão, da completude, de um ideal narcísico que captura e subjuga o sujeito, perda de uma demanda de ser feliz imposta por uma ideologia alienante. Esta desilusão não é, de forma alguma, vale dizer, uma apologia da tristeza e da infelicidade [...]. De fato, a travessia da dor empreendida em uma análise abre a possibilidade de uma vida mais alegre, até porque menos neurótica. (FORTES, 2012, p. 179).

Importante ressaltar o cuidado da autora em sublinhar que não estaria, de forma alguma, defendendo uma apologia da dor, mas buscando demonstrar por meio da articulação do pensamento de Freud e Nietzsche, que sim, não só é possível como necessário que se possa enfrentar a dor e o sofrimento. Negá-los, seria mais uma forma de sofrimento.

Tais elucidacões nos remetem à reflexão acerca do modo como algumas sintomatologias se articulam e se expressam atualmente muito mais como sensações de vazio, angústia, mal-estar no corpo; como se denunciasses algo que está além do que efetivamente pode ser metabolizado psiquicamente. Nessa medida, percebe-se uma evidente relação entre o aumento de queixas envolvendo sintomas corporais com as transformações subjetivas do homem contemporâneo, consequência das inúmeras mudanças sociais e tecnológicas do último século.

Estaria a dor, infligida na autolesão, inserida nessa articulação como algo que sobrevém a esse sofrimento, como mais uma possibilidade de negar outra dor? Ou ainda, a prática de se cortar presente nos fenômenos de autolesão poderia ser uma espécie de denúncia em uma cultura avessa à experiência da dor?

Tais indagações nos indicam o quanto são vastos os caminhos para abordar a temática da autolesão, entretanto, no âmbito desta pesquisa, escolhemos traçar um percurso que prioriza a via da dor mais próxima aos registros da sensorialidade e do corpo, justamente por supormos tratar-se de uma problemática circunscrita a essas dimensões.

Até aqui, procuramos trazer articulações de autores que consideramos referência no estudo da contemporaneidade, tanto para a psicanálise quanto para a antropologia, no intuito de circunscrever o estudo da dor na atualidade. Na sequência, vamos situar a temática da dor em Freud juntamente com contribuições de alguns reconhecidos comentadores de sua obra.

2.2 A dor em Freud

Ao realizar uma breve pesquisa sobre a temática na dor em Freud, esbarramos em autores – contemporâneos ao pai da psicanálise – os quais apresentam divergências a respeito dessa problemática na obra freudiana. Enquanto para Nasio (1997), Freud faria referência à dor em apenas dois ou três de seus trabalhos, Pontalis (2005) afirma que este teria construído “o esboço de uma teoria original da dor”, apesar de elucidar essa temática de forma mais clara e consistente no *Projeto* (2006 [1985]) e em *Inibição, sintoma e ansiedade* (2006 [1926]). Na visada de Pontalis (2005), mesmo implicitamente, ao longo de toda a obra, há formulações fundamentais a respeito da experiência de dor.

Nessa perspectiva, importa destacar que, em decorrência da amplitude do tema e dos limites desta tese, não há a intenção de se fazer uma revisão sistemática da metapsicologia da dor, nem tampouco percorrer toda a gama de produções teóricas existente sobre a temática. No entanto, para efeito deste trabalho, consideramos necessário retomar alguns apontamentos teóricos circunscritos à abordagem psicanalítica que possam nos dar subsídios para avançar nos estudos acerca da prática de se cortar no âmbito da autolesão.

2.2.1 Dor, prazer e desprazer

Freud apresenta sua hipótese para a vivência de dor no *Projeto para uma psicologia científica* (2006 [1895]) fazendo um contraponto com a vivência de satisfação. Nesse trabalho, o autor já expõe uma preocupação com a construção de um modelo de aparato psíquico que pudesse dar conta das demandas decorrentes dos estímulos originados tanto do mundo externo quanto do interior do próprio corpo. Apesar de esse modelo passar por constantes reformulações ao longo de sua obra, é preciso sinalizar que a noção de trabalho psíquico se encontra atrelada ao modo como esse aparato responde às excitações, o que Freud denominou de elaboração psíquica.

Antes de avançarmos na temática da dor, cabe a ressalva de que nosso interesse não consiste em problematizar ou mesmo em esclarecer todos os termos utilizados por Freud no *Projeto*, mas sim estabelecer as conexões necessárias com alguns conceitos que serão relevantes ao longo desta pesquisa. Em nosso entendimento, pensar sobre a experiência de dor remete a um questionamento acerca de quantidades e intensidades, tanto na medida do que foi teorizado por Freud de aumento e diminuição de tensão, acúmulo de excitações, transbordamento, descargas, fuga do estímulo; como, por uma dimensão perceptiva e sensorial que pode ser compreendida e melhor explorada através de alguns sintomas contemporâneos – já citados anteriormente – como sensações de vazio, pânico, angústia, mal-estar, dentre outras manifestações corporais.

Utilizando-se do exemplo da fome do bebê, Freud apresenta seu primeiro modelo de vivência de satisfação. A argumentação sustenta-se na própria regulação do aparato psíquico, o qual, regido pelo princípio da inércia¹², tende à descarga, pois o acúmulo das quantidades de

¹² Freud abandona o princípio de inércia, substituindo-o pelo princípio de constância, ao ponderar que o aparato psíquico não sobreviveria se fosse escoada toda a excitação que lhe acomete, sendo necessário, portanto, manter um mínimo para garantir sua sobrevivência. Garcia-Roza (2008), apoiado nas contribuições de Paes de Barros, destaca que o que estaria em jogo para Freud no Princípio de constância está mais para uma regulação das intensidades que para a manutenção das quantidades de energia neurônica. O autor acrescenta “embora possa ser

excitação no organismo é vivenciado como desprazer. Diante desse acúmulo de tensão, tal como no ato-reflexo, a resposta é a descarga. Ou seja, quando o bebê sente fome, há um estímulo endógeno causando desconforto, perturbando seu estado original de repouso. A esse incômodo, o bebê responde através do choro e de manifestações motoras; ocorre que esse movimento é inócuo, pois a descarga nesse caso não dá conta de eliminar o desprazer. É preciso que ocorra uma modificação no ambiente externo, uma “ação específica”, a qual devido à prematuridade característica do bebê da espécie humana precisa ser realizada com o auxílio de um adulto que lhe forneça o alimento. Por algum tempo, o organismo volta ao estado de equilíbrio, no entanto, este será perdido a cada vez que se impuser um novo estado de tensão. Dito de outro modo, a cada nova necessidade da vida que eleve o nível de tensão, o aparato psíquico tende a reinvestir no caminho que foi trilhado anteriormente com o objetivo de encontrar o objeto que lhe proporcionou a satisfação originária, a esse impulso Freud denomina desejo.

Bezerra Jr. (2013), analisando o texto freudiano a respeito dessa função de comunicação, faz a ressalva de que as descargas motoras, os choros e gritos do bebê não constituem inicialmente uma comunicação propriamente dita, sendo a partir da interpretação e do sentido atribuído pelo adulto que essa demanda se instaura como uma mensagem adquirindo a função de comunicação. “Uma forma de comunicação se estabelece naturalmente entre a subjetividade em formação do bebê e a subjetividade formada da mãe”, explica (BEZERRA JR., 2013, p. 136).

Por uma via próxima a esse pensamento, Green (1982) indica a construção de uma relação entre a imagem mnêmica do objeto que proporcionou o apaziguamento e a imagem motora do movimento de descarga. Com efeito, produz-se uma relação de ligação através do afeto que se dá de dois modos, “o afeto está ligado, por um lado, à função de comunicação, portanto da linguagem, por outro, à experiência corporal pela imagem motora da descarga” (GREEN, 1982, p. 36).

Quanto à dor ou à vivência de dor, no *Projeto*¹³, Freud estabelece uma correlação com a economia pulsional do prazer. A diferença se dá pela quantidade excessiva de estímulos que invade o psiquismo e, diante dessa invasão, ocorre uma falha nos mecanismos de proteção responsáveis por bloquear as quantidades excessivas de energia. Em seguida, acontece uma descarga interna gerando um aumento de tensão, provocando a dor. Em outros termos, Freud

pensado segundo o modelo termodinâmico, o princípio de constância da soma de excitação não se confunde com nenhum princípio da termodinâmica” (GARCIA-ROZA, 2008, p. 86).

¹³ Q - Quantidade (em geral, ou da ordem de magnitude no mundo externo).

Ψ – sistema de neurônios impermeáveis.

⊕ - sistema de neurônios permeáveis.

interpreta a dor como uma irrupção no psiquismo a partir da falha do dispositivo ao tentar se proteger das grandes Q s. Apresenta ainda duas hipóteses como causas precipitantes para a dor. A primeira é de que, por meio do aumento dos estímulos, a excitação sensorial se transformaria em dor. A segunda é de que uma Q externa ao invés de atuar nos aparelhos de terminações nervosas, age diretamente sobre terminações neuronais. Em suas palavras,

É fácil compreender o fato de que a dor passa por todas as vias de descarga. Com base em nossa teoria de que Q produz facilitação [pág.352], a dor sem dúvida deixa facilitações permanentes atrás de si em Ψ – como se estivesse atingida por um raio –, facilitações estas que possivelmente derrubam por completo a resistência das barreiras de contato e ali estabelecem uma via de comunicação como as que existem em $\hat{\Phi}$. (FREUD, 2006 [1895], p. 359).

Assim, o acúmulo de excitações que acomete o aparato psíquico, a partir de uma nova catexia da imagem mnêmica do objeto hostil, produz algo muito próximo da dor, porém mais atenuado, sentido como desprazer. Pontalis (2005) sublinha a diferença entre dor e desprazer, esclarecendo que no *Projeto* o par de opostos criado por Freud consiste, de um lado, em desprazer/prazer (processo que rege a vivência de satisfação) e, por outro, a dor. A essa premissa acrescenta o aspecto da corporeidade para sustentar a importância desse par de opostos, “duas vivências corporais elementares e irrecusáveis: o par prazer-dor” (PONTALIS, 2005, p. 267). Isto posto, entendemos que, enquanto a vivência de dor é apresentada como uma problemática quantitativa, uma hipótese econômica; o desprazer remete também à discussão da qualidade. Ou seja, é a qualidade do afeto que opera a diferenciação entre desprazer e dor. Nestes termos, dor e desprazer, no contexto do *Projeto*, podem ser apontadas como duas categorias distintas (PONTALIS, 2005).

A dor, portanto, é excitação, está relacionada à ruptura das telas de proteção, a uma “falha” na defesa do organismo. O próprio Freud já de início afirma: “todos os dispositivos de natureza biológica têm limite de eficiência e falham quando esse limite é ultrapassado” (FREUD, 2006 [1895], p. 358). De acordo com Pontalis (2005, p. 268), “a dor é violação; ela supõe a existência de limites: limites do corpo, limites do eu; ela produz uma descarga interna, que poderíamos chamar de efeito de implosão”. Por uma via semelhante, Nasio (1997) também relaciona a dor com a questão dos limites: limite entre a psique e o corpo, limite entre o eu e o outro, ou ainda, o limite da regulação do organismo e da sua desregulação. Por essa razão, afirma que, em seu ponto de vista, para a psicanálise, não haveria distinção entre dor física ou psíquica, “a dor é um fenômeno misto que surge no limite entre corpo e psique” (NASIO, 1997, p. 13).

Até aqui, vimos que, ao descrever os processos presentes nas vivências de dor e de satisfação, Freud demonstra tratar-se de dois modelos de experiências primárias e fundamentais para a constituição da vida psíquica, visto que o aparato psíquico precisa dar destinos aos diferentes estímulos que lhe acometem. Resgatando o pensamento de Bataille sobre o “princípio da perda”, Fortes (2012) afirma que esse escoamento pulsional se faz necessário para a sobrevivência psíquica¹⁴. Um organismo ou um grupo social terá constituído seu modo de viver e sobreviver de acordo com o direcionamento dado aos excessos que lhe acometem. Em outras palavras, é a partir das marcas deixadas pelas trilhas da excitação que o sujeito se constitui em sua singularidade.

Vejamos, porém, que mais à frente na obra freudiana, em especial no texto *Sobre o narcisismo: uma introdução* (2006 [1914]), com o intuito de elaborar a problemática da distribuição da libido, o autor traz para a cena o estudo da doença orgânica juntamente com a hipocondria e a vida erótica dos sexos. Concentremo-nos, por ora, na primeira. Partindo de uma sugestão de Ferenczi, Freud postula que diante da dor a libido se retrai, o interesse libidinal é retirado do mundo externo, dos objetos amorosos, e o sujeito deixa de amar. Nas palavras de Freud, “o homem enfermo retira suas catexias libidinais de volta para seu próprio ego, e as põe para fora novamente quando se recupera” (FREUD, 2006 [1914], p. 89).

Um pouco mais adiante, em 1915¹⁵, no artigo denominado *Repressão [Recalque]*, Freud estabelece uma aproximação da dor com a pulsão, nomeando-a de pseudo pulsão, devido à pressão que esta exerceria no psiquismo. Nesse texto, ele expõe o exemplo de uma situação na qual a internalização de um estímulo externo pode corroer e destruir algum órgão. Na medida em que esse estímulo externo transforma-se em interno, apresenta-se como uma nova fonte de excitação constante e, por sua vez, gera aumento de tensão. Tanto como a pulsão, a dor é imperativa e não pode ser evitada pela fuga ou descarga. Rapidamente, Freud abandona o exemplo da dor com a seguinte justificativa: “O caso da dor é por demais obscuro para nos servir de ajuda em nossos propósitos” (FREUD, 2006 [1915b], p. 151), e passa a se utilizar do exemplo da fome.

¹⁴ A aproximação entre as noções de despesa em Bataille e de excesso em Freud, sustenta-se na medida em que Freud (1915), indica a pressão como um dos componentes da pulsão. Ou seja, “Em ambos os autores encontramos a ideia de que há uma pressão permanente provinda de um excesso que perturba os organismos vivos, havendo então a exigência da despesa, do gasto ou da descarga. No caso da psicanálise, esse dispêndio ocorre sob a forma da dominação dos estímulos, principal função do aparelho psíquico, realizada por meio da descarga energética ou pela elaboração psíquica” (FORTES, 2010, p. 21).

¹⁵ Importante frisar que em 1915, a satisfação de uma pulsão é sempre sentida como agradável, ou seja, tem como finalidade obter prazer e fugir do desprazer.

Como estamos acompanhando por meio dos textos apresentados a temática da dor, por vezes é colocada em suspenso em função de algum enigma com o qual Freud se depara, retornando em outros momentos da construção do seu arcabouço teórico. Ou seja, como característica marcante de sua obra, também com a dor não há uma linearidade em sua formulação. Nestes termos, um dos imbrólios que encontramos ao percorrer o caminho traçado pelo criador da psicanálise diz respeito à relação entre dor e afeto.

2.2.2 A problemática do afeto

Trazer a temática do afeto para nossa discussão, neste momento, justifica-se em grande parte, por sua relação não só com a dor, mas fundamentalmente por estar presente ao longo da trama freudiana desde os primeiros escritos. Ademais, enveredar pelos caminhos que Freud trilha ao avançar em suas postulações sobre o afeto nos coloca diante de uma questão fundamental para nossa pesquisa: as relações entre o corpo e o psiquismo.

Dito isso, com o objetivo de ampliar nossa reflexão em torno da temática da dor, faremos uma retomada das contribuições de Green (1982) sobre o afeto, esboçadas em seu livro *O discurso vivo*. A ideia de propor uma teoria do afeto mais geral decorre da constatação de que a teoria lacaniana, a qual propunha um retorno a Freud, não apresentava um desenvolvimento consistente acerca da temática; bem como tentar encontrar solução para alguns impasses observados ao longo da teoria freudiana sobre o afeto. Nesse sentido, o próprio autor afirma enfrentar dificuldades do ponto teórico de seu desenvolvimento, tanto por não ser possível encontrar uma localização para o afeto na obra de Freud, quanto por haver distintas concepções em seus sucessores. Desse modo, interessa-nos retomar esse trabalho a fim de trazer alguns apontamentos específicos preconizados por Green que possam apresentar uma relação mais direta com a temática desta pesquisa.

Primeiramente, vamos marcar um ponto da terminologia e da semântica da palavra afeto, a qual o autor aprofunda em sua investigação recorrendo ao vocabulário filosófico de Lalande. Neste, não há especificamente o termo afeto (affect) mas sim os derivados do verbo afetar (affecter), com definições que os incluem “à esfera da *sensibilidade*” (GREEN, 1982, p. 16, grifos do autor). Ou seja, o autor está fazendo a tentativa de sustentar uma definição de afeto que concerne mais precisamente à relação de ser afetado, em uma vivência de passividade na relação com a alteridade.

Como já vimos anteriormente com Freud, Green corrobora a ideia de que, na relação estabelecida entre os afetos e a dor, esta se constitui na matriz psíquica principal do afeto, na medida em que coloca o sujeito em condição de passividade, uma experiência de ser afetado subitamente, de receber um estímulo sem estar preparado; enfim, sentir sem ter recursos para lidar com a dor que lhe afeta.

Apesar de reconhecer os limites de uma investigação teórica, priorizando uma exploração mais geral em detrimento de uma abordagem mais particular de cada categoria do afeto, para Green tanto a clínica quanto a teoria psicanalítica impõem que se englobe na categoria do afeto, uma variedade de sensações pertencentes à série prazer-desprazer. Por isso, a questão da vivência de dor é destacada, justamente por ser considerada uma experiência que apresenta uma relação muito mais próxima do modelo do afeto, na medida em que, estando ligado ao desprazer, convoca uma reação por meio dos mecanismos de defesa. Em suas palavras, “o modelo do afeto é mais frequentemente invocado para experiências de desprazer, de dor, de angústia do que para os estados de prazer” (GREEN, 1982, p. 37).

Com uma visada um pouco diferente, encontramos em Assoun (1996) uma designação para o afeto que o insere em uma perspectiva mais dinâmica, a qual comporta tanto a dimensão de passividade indicada por Green (1982), como acrescenta a receptividade, uma reação esboçada por quem sente algo. Por essa perspectiva, noções como as de movimento e sensibilidade figuram como centrais na “doutrina do afeto”. Em suas palavras,

Se o afeto é realmente, em certo sentido, “sofrido”, ele serve também para designar aquilo que, vindo da “sensibilidade”, põe em movimento alguma coisa da dinâmica psíquica. Essa noção “psicomotriz” vai passar, na metapsicologia freudiana, pela idéia de “*moção pulsional*” (*Triebregung*) e de *descarga* característica do afeto – núcleo econômico-dinâmico que lhe assegura um estatuto na vida psíquica –, e não somente como emanando no “fundo afetivo”. O “afeto” vem mesmo do corpo – ele exprime, nesse sentido, como veremos, algo do “fundo” corporal da “pulsão”; mas é a título de “móvel” que adquire uma significação psíquica de pleno direito (ASSOUN, 1996, p. 153, grifos do autor).

Apesar das diferenças acentuadas nos modos como Green e Assoun posicionam-se a respeito da teoria do afeto, a partir delas é possível inferir uma reflexão interessante sobre os aspectos da dinâmica psíquica em jogo na experiência da autolesão. Se é justamente por meio do afeto que a dor é descarregada e essa descarga é corporal, podemos apontar uma primeira aproximação com relação à prática de se cortar, principalmente no que se refere aos aspectos da sensibilidade e da sensorialidade, noções que serão melhor trabalhadas mais adiante, quando será necessário articular também com as questões referentes à corporeidade.

2.2.3 A dor na segunda tópica freudiana

Mantida em suspenso por um tempo, a temática da dor retorna no capítulo IV do ensaio de 1920, intitulado *Além do princípio do prazer*. A dor reaparece no cenário que compõe a segunda teoria do trauma. Ainda à semelhança de sua descrição sobre a dor esboçada no *Projeto*, dando relevo ao fator econômico, o trauma, em 1920, é apresentado como uma grande irrupção de excitação, rompendo o escudo protetor. Entretanto, uma diferença sobressai: a dimensão da área afetada. Enquanto na experiência da dor essa área é limitada, no trauma os efeitos são mais extensos, inundando o psiquismo. Pontalis (2005), ao comentar o texto freudiano, afirma que, em sua leitura, somente em 1920 a vivência de dor, bem como a força da repulsa a que ela dá origem, passam a receber uma formulação mais sólida.

Freud (2006 [1920]), utiliza-se da metáfora da vesícula viva, cuja superfície externa é suscetível de sofrer estímulos do exterior, para apresentar seu modelo de sistema defensivo denominado de “escudo protetor contra os estímulos”, tendo como função filtrar as excitações, permitindo a passagem de pequenas parcelas, com o propósito de garantir a integridade do aparato psíquico. Entretanto, na sequência do texto, o autor pontua haver diferença no tocante aos estímulos internos, pois para estes não há a possibilidade de proteção pelo escudo. Em suas especulações, “as excitações das camadas mais profundas estendem-se diretamente para o sistema e em quantidade não reduzida, até onde algumas de suas características dão origem a sentimentos da série prazer/desprazer” (FREUD, 2006 [1920], p. 39).

Além de inaugurar a segunda tópica e introduzir a segunda teoria do trauma, ao incluir o conceito de pulsão de morte, o ensaio de 1920 consolida a “virada metapsicológica”, a qual já vinha sendo articulada alguns anos antes. Já no *Projeto* Freud havia abordado a série prazer/desprazer relacionada ao aumento e/ou diminuição de tensão, sempre com vistas à obtenção de prazer e evitação do desprazer, através do processo de descarga. Entretanto, a partir da análise dos sonhos de pacientes que sofriam de neuroses traumáticas, da brincadeira infantil e da reação terapêutica negativa, Freud é convocado a rever sua formulação e admitir a regulação do aparato psíquico pelo princípio do prazer como secundária e derivada. Desse modo, “a experiência da dor passaria a ser regulada pela compulsão à repetição, que procuraria transformar o que existiria de traumático na dor” (BIRMAN, 2012, p. 18). Com efeito, a partir de 1920, entra em cena a experiência de repetição do desprazer, de caráter compulsivo e disruptivo.

Ainda com relação ao texto de 1920, consideramos relevante destacar a articulação feita por Freud ao teorizar sobre as neuroses de guerra. O autor aponta a lesão física como fator que viria auxiliar no impedimento de o sujeito desenvolver uma neurose. Nesse aspecto, retoma a relação entre o dano corporal e os destinos da libido com um enfoque diferente do trabalhado em 1914 (SIMANKE, 2009). Ou seja, “descreve como os ferimentos reais impedem a formação de uma neurose traumática, justamente porque o afluxo de libido narcísica ao órgão lesado oferece uma possibilidade de derivação para a estimulação excessiva acrescentada pelo traumatismo” (SIMANKE, 2009, p. 134).

O apêndice C do artigo *Inibição, sintoma e ansiedade* (FREUD, 2006 [1926]), apresenta, de modo condensado, a tentativa de Freud de diferenciar dor e ansiedade [angústia] partindo da questão da perda de objeto. Tratar dessa temática em um apêndice constitui-se em mais uma evidência de que Freud tinha dificuldades de integrar a problemática da dor ao conjunto de sua obra (PONTALIS, 2005).

Citando o exemplo da experiência do bebê frente a um estranho, Freud vai fazer sua tentativa de diferenciar quando a separação de um objeto pode produzir ansiedade [angústia], luto ou apenas dor. Em suas constatações, diante da ausência da mãe a reação de ansiedade do bebê seria indubitável, porém a expressão de seu rosto e o choro indicariam que estaria também sentindo dor. Essa seria uma situação determinada como traumática em virtude de ocorrer quando a criança ainda não consegue discernir a ausência temporária da mãe de uma ausência permanente. Nesse aspecto, Freud insere a alteridade na origem da dor, na medida em que a ausência da mãe provoca dor no bebê, ou seja, a ausência do outro provoca dor (FERNANDES, 2011).

Freud afirma ainda que se faz necessário várias ocasiões de desaparecimento dessa mãe seguidas do seu aparecimento para que o bebê possa aprender a não se desesperar frente a sua ausência. Essas repetidas situações de satisfação, segundo o autor:

Criaram um objeto de mãe e esse objeto, sempre que a criança sente uma necessidade, recebe uma intensa catexia que pode ser descrita como de “anseio”. A dor é assim a reação real à perda de objeto, enquanto a ansiedade é a reação ao perigo que essa perda acarreta e, por um deslocamento ulterior, uma reação ao perigo da perda do próprio objeto (FREUD, 2006 [1926], p. 165).

A dor estaria então diretamente relacionada à perda do objeto, enquanto a angústia indicaria uma reação de medo frente ao perigo que essa perda pode representar. Assim, o argumento freudiano demonstra a angústia como um sinal de alerta para que, com essa antecipação, o sujeito tenha a possibilidade de fugir de situações perigosas. Em contrapartida,

a dor, como já esboçada lá no Projeto e corroborada neste apêndice, constitui-se, em si mesma, a resposta ao excesso de estímulos que acomete o aparato psíquico a ponto de romper os dispositivos de proteção:

a dor ocorre em primeiro lugar e como uma coisa regular sempre que um estímulo que incide na periferia irrompe através dos dispositivos do escudo protetor contra estímulos e passa a atuar como um estímulo instintual contínuo, contra o qual a ação muscular, que é em geral efetiva porque afasta do estímulo o ponto que está sendo estimulado, é impotente (FREUD, 2006 [1926], p. 165).

Por fim, Freud apresenta uma breve diferenciação entre a dor física e o desprazer. Enquanto na primeira existe uma necessidade de que energias disruptivas rompam com os dispositivos de proteção, o desprazer comporta o reinvestimento de uma lembrança, constituindo-se em um processo exclusivamente mental. Percebe-se a partir do exposto que a trama freudiana não só tece uma teoria que pudesse dar conta da experiência de dor e suas implicações no aparato psíquico, mas também e fundamentalmente delineia aspectos essenciais na diferenciação entre a dor e outros afetos desagradáveis, tais como o trauma, a angústia, o luto e o desprazer.

2.2.4 Considerações sobre o masoquismo

Não poderíamos finalizar este percurso da dor em Freud sem abordarmos um assunto que consideramos relevante para o desenvolvimento, não apenas desta tese, mas fundamentalmente da compreensão psicanalítica da dor: o masoquismo. Apesar de alguns autores excluïrem o masoquismo dos estudos da autolesão, em nossa opinião, por o masoquismo constituir-se uma problemática abordada por Freud na relação deste com o prazer, com a dor, com o desprazer e com o sofrimento, torna-se pertinente apontar algumas hipóteses e impasses impostos pela temática à construção teórica de Freud. Feito isso, cabe apontar ao leitor as possíveis articulações entre o masoquismo e o fenômeno da autolesão (ou prática/experiência de se cortar). Já de início, parece-nos que uma primeira via de aproximação entre os temas resulta do par atividade/passividade e do modo peculiar de lidar com a dor que, em uma primeira análise, destaca-se por estar na contramão da cultura contemporânea, a qual apresenta uma forte tendência à evitação da dor por meio de vários mecanismos, dentre eles a medicamentação, uma forma de anestesiá-la.

Inicialmente em sua obra, Freud aborda o masoquismo como um sadismo voltado contra o próprio Eu. Ou seja, o masoquismo aparece primeiramente como derivado do sadismo. Tal

formulação justifica-se pela premissa sustentada até 1920, de que sensações prazerosas seriam oriundas de um rebaixamento de tensão, enquanto o aumento de tensão levaria à produção de sensações desprazerosas. Até esse momento, o princípio do prazer está diretamente relacionado à evitação do desprazer. Entretanto, a partir das novas formulações propostas com a virada metapsicológica de 1920 e, fundamentalmente em 1924, com o texto *O problema econômico do masoquismo*, Freud observa que um aumento de tensão poderia sim ser prazeroso, e desse modo, impõe-se a necessidade de considerar a inserção de um aspecto qualitativo nesse processo.

Logo no início do texto, Freud nos adverte sobre uma certa ininteligibilidade do masoquismo quando pensado pelo registro econômico, na medida em que foge à regra do princípio do prazer. Em suas palavras,

[...] se os processos mentais são governados pelo princípio de prazer de modo tal que seu primeiro objetivo é a evitação do desprazer e a obtenção do prazer, o masoquismo é incompreensível. Se o sofrimento e o desprazer podem não ser simplesmente advertências, mas, em realidade, objetivos, o princípio do prazer é paralisado – é como se o vigia da nossa vida mental fosse colocado fora de ação por uma droga (FREUD, 2006 [1924], p. 177).

Ora, se precisamente os objetivos do masoquismo consistem em alcançar o desprazer e o sofrimento, o princípio do prazer, regente da vida psíquica, passa a ser questionado. Isso posto, Freud (1920/1996) se vê diante de uma problemática para a qual, em seu ponto de vista, só haveria solução com uma investigação mais apurada da relação entre o princípio do prazer e as duas classes de pulsões: pulsões de vida e pulsões de morte. Nessa seara, Freud retoma o princípio de Nirvana, proposto por Barbara Low [1920], para designar a tendência do aparato psíquico a reduzir ao mínimo as somas de excitações. A serviço da pulsão de morte, tal princípio apresentaria a finalidade de conduzir a vida orgânica à estabilidade do estado inorgânico.

Porém, Freud adverte: “não se pode duvidar que há tensões prazerosas e relaxamentos desprazerosos de tensão. O estado de excitação sexual constitui o exemplo mais notável de um aumento prazeroso de estímulos desse tipo, mas certamente, não o único” (FREUD, 2006 [1924], p. 178). Em torno dessa afirmação, considera também haver a existência de uma característica qualitativa, para a qual ele admite ainda não ter conhecimento, no entanto, sugere: “talvez seja o ritmo, a sequência temporal de mudanças, elevações e quedas na quantidade de estímulos” (FREUD, 2006 [1924], p. 178).

Ainda no ensaio de 1924, Freud distingue 3 formas de masoquismo: originário ou erógeno (condição imposta à excitação sexual), feminino (expressão da natureza feminina) e

moral (norma de comportamento). O masoquismo erógeno, considerado originário, também é apontado como a prova da fusão entre *Eros* e a pulsão de morte e constitui-se como pano de fundo para os outros dois tipos. No masoquismo erógeno a experiência de dor é atravessada pelo erotismo. Quanto ao masoquismo feminino, também este se baseia no prazer por meio do sofrimento. Coloca o sujeito em uma posição passiva, de servidão diante do outro (FORTES, 2012). Por fim, o masoquismo moral sustenta-se através do sentimento de culpa inconsciente, relacionado às injunções superegoicas. É o sofrimento em si que é priorizado, independentemente de ser infligido pela pessoa amada ou por outra pessoa qualquer, “o verdadeiro masoquista sempre oferece a face onde quer que tenha oportunidade de receber um golpe” (FREUD, 2006 [1924], p. 151).

Apesar de termos avançado rapidamente pelas formulações do masoquismo, precisamos ressaltar que importa destacar o enigma com o qual Freud se depara, ou seja, com a possibilidade de sensações prazerosas na dor. Tal questão constitui-se relevante para este estudo, fundamentalmente por destoar dos modos de enfrentamento do sofrimento que marcam a atualidade. Desse modo, pretendemos elencar algumas questões que nos servirão de referência na discussão acerca do fenômeno da autolesão.

De início, consideramos importante retomar algumas características da contemporaneidade principalmente no que se refere aos modos de enfrentamento da dor. Diante dos imperativos ditados pela atualidade que se referem a uma busca desenfreada pelo prazer, pela boa performance, pelo sucesso profissional, pela felicidade a qualquer preço, encontramos os mais variados artifícios para fugir da dor e do sofrimento. Seja através dos psicofármacos, de guias motivacionais, seja de terapias alternativas, o que se percebe é que o sujeito contemporâneo parece não encontrar lugar para sua dor e precisa dos mais variados artifícios para lidar com ela. Entretanto, Fortes (2012) salienta que excluir a dor pode ainda ser fonte de mais sofrimento.

Calar a dor pode equivaler a calar algo valioso que não quer ser calado. A dor é um afeto humano que se tem como sendo muito próprio. Uma das sensações mais incríveis ligadas à dor é a sensação de que só o sujeito conhece o que sente, que ele até pode compartilhar com o outro, mas o modo e a dimensão do sentido da dor só se revelam para si próprio. A dor é um caminho solitário e faz de cada ser uma singularidade. Querer silenciá-la é, muitas vezes, negar a um sujeito aquilo que lhe é mais caro, mais próprio, mais singular (FORTES, 2012, p. 50).

Outra relação a ser destacada diz respeito a uma possível articulação entre dor e punição. Ávila (2016) resgata a origem etimológica (grega) da palavra dor: “seu significado inicial era o de *pena, punição* e em particular *valor a ser pago em restituição por um crime*” (ÁVILA, 2016,

p. 92, grifos do autor). Isto posto, o autor supõe que essa conexão permaneça no inconsciente, e que, diante de questionamentos levantados em torno da dor, o sujeito busque respostas que remetam a culpa e a punição.

De acordo com esse pressuposto, acreditamos ser possível estabelecer uma proximidade da problemática do masoquismo com a da autolesão, na medida em que são fenômenos em que o sujeito poderia estar buscando uma forma de reparação para uma atitude considerada moralmente inaceitável, através da punição. Se no masoquismo temos um sujeito que se oferece ao outro, podendo ser submetido às mais diversas situações de humilhação e de violência, no fenômeno da autolesão temos um sujeito que se submete a si mesmo, que ocupa uma posição ativa em relação ao seu sofrimento.

2.3 Modulações da dor

Após acompanharmos os principais pontos da metapsicologia freudiana, em que a temática da dor recebe destaque por parte de Freud ou por parte de seus comentadores, cabe avançarmos em uma discussão a respeito da dicotomia entre a dor comumente chamada de física ou corporal – principalmente pelo saber médico –, e a dor nomeada pela psicanálise de dor psíquica. Dito isso, precisamos esclarecer que, basicamente, esses termos são utilizados para dores que podem ser localizadas no corpo, no primeiro caso, ou que não podem ser localizadas no corpo, pois são dores difusas, no caso da dor moral ou psíquica.

Ora, precisamos acrescentar que esse tópico encontra justificativa em algumas leituras indicadas no capítulo anterior, as quais sugerem a hipótese de uma dor física ser autoprovocada como um recurso para aplacar uma dor dita moral ou psíquica. De nosso ponto de vista, trata-se de uma hipótese relevante, uma vez que é sustentada principalmente pelos relatos de sujeitos que se cortam¹⁶. Todavia, de antemão, é importante sinalizar aonde pretendemos chegar com essa discussão: a uma possível abertura dessa dicotomia para uma pluralidade de expressões da dor, como podem ser observadas por meio dos discursos que versam sobre a autolesão. Importa ainda ressaltar que não pretendemos com isso anular ou rechaçar o que temos encontrado nas formulações dos autores que se detiveram nos estudos sobre a temática. Ao contrário, valorizamos seus pressupostos, mas nossa hipótese concentra-se em abordar a autolesão a partir de um olhar voltado às pequenas nuances e alterações de intensidade, ou seja, a uma ênfase nas variações de graus em detrimento das diferenças com relação à origem da dor.

¹⁶Estamos nos referindo a relatos encontrados em pesquisas utilizadas neste estudo.

Partindo da perspectiva preconizada por Freud e trabalhada por seus comentadores, ocorre-nos indicar uma linha de raciocínio que remonta aos primórdios da psicanálise. Freud, a partir do enigma colocado pelas histéricas à medicina da época, em que as paralisias e conversões produzidas pelo corpo histérico não apresentavam nenhuma relação possível com uma origem orgânica, articula o sintoma corporal ao campo psíquico, rompendo com a distinção mente/corpo preconizada pela modernidade. Assim, a noção de corpo problematizada pela psicanálise possibilita um maior desdobramento desse conceito na teoria e na clínica psicanalítica.

Com as investigações acerca da histeria, o corpo é posto em pauta para a experiência analítica (ASSOUN, 1996). Em outras palavras, é justamente mediante o deslocamento feito por Freud quanto ao corpo, que este deixa de ser abordado como um corpo biológico e passa a ser visto como um corpo representado, um corpo que traz uma história a ser contada ao analista, um corpo que passa a ocupar também um lugar de comunicação. A concepção de corpo atravessa o pensamento freudiano de diferentes modos indicando a importância deste para a constituição do aparato psíquico, “ele é o lugar do qual emerge o circuito pulsional que visa a satisfação por meio do prazer ou mesmo do desprazer” (SANTOS; RUDGE, 2014, p. 452). Faz-se necessário apontar, neste momento, que, em virtude de nossos objetivos com esta tese, não cabe uma discussão mais ampla em torno do conceito de corpo, ou mesmo da polissemia que o termo comporta, seja na psicanálise seja em outros campos do saber. Existem muitos estudos aos quais nossos interlocutores podem recorrer para um aprofundamento da temática do corpo em psicanálise¹⁷. Por ora, focaremos em aspectos de relevância circunscrita às dimensões da sensorialidade, da percepção tátil, do ritmo, do movimento, dentre outros aspectos que sobressaem na estreita relação entre autolesão, dor e corpo. Reiteramos que, diante da importância desses elementos para esta tese, serão examinados mais cuidadosamente no próximo capítulo.

Partindo de manifestações dolorosas que se expressam no corpo e no intuito de investigar a respeito da dor comumente chamada de física e da dita dor psíquica proposta pela psicanálise, Santos e Rudge (2014) utilizam-se do exemplo da dor crônica, a qual consideram localizada entre o psíquico e o somático. Por esse aspecto,

a dor crônica sem alterações orgânicas testemunha sobre uma profunda ligação entre físico e psíquico, e faz pensar sobre o que se apresenta num corpo pela via da sensação e do que seria possível de ser transmitido em palavras a respeito do sofrimento. (SANTOS; RUDGE, 2014, p. 453).

¹⁷ Ver, por exemplo, Fernandes (2003), Freire (2013) e Lindenmeyer (2012).

Na medida em que o saber médico não encontra explicações orgânicas para essa dor, cabe ao sujeito, em sua singularidade, expressar-se e descrever suas sensações. Ora, como já apontado anteriormente, mais uma vez aqui, estamos diante de uma dor ou mal-estar que se expressa corporalmente, indicando que estamos diante de um registro que parece situar-se entre o corpo e a psique. Diferentemente das neuroses clássicas, nas quais Freud afirma haver uma formação de compromisso na estrutura do sintoma, as autoras localizam a dor crônica mais próxima da compulsão à repetição por considerarem seu caráter de insistência e de repetição, além da ausência de representação psíquica dessa dor.

Outra proposta de articulação interessante sobre essa temática pode ser encontrada em Nasio (1997), mais precisamente em *O livro da dor e do amor*, em que logo de início, o autor apresenta o relato de uma paciente que sofre a dor da perda de um filho, aproximando a dor psíquica chamada por ela de dor de amar à noção de dor como perda de objeto, conforme teorizado por Freud. Perda do objeto nesse caso estaria abrangendo tanto a perda de uma pessoa amada, pelo luto ou pelo abandono, como também a perda da integridade corporal. No que tange a esta última, o autor sinaliza que a dor da perda de um membro amputado pode ser sentida igualmente como a dor pela perda de uma pessoa amada. Nas duas situações o que está em jogo consiste menos na própria perda que no significado simbólico do objeto perdido.

Com relação ao estudo da dor corporal, o autor salienta não se tratar de um processo simples e apresenta três fases para a formação da dor: lesão, comoção e reação. A dor da lesão pode ser compreendida a partir de uma ruptura, de uma agressão em um tecido ou em um órgão. Entretanto, a dor não se restringe ao rompimento da epiderme, a excitação dolorosa provocada através de uma queimadura imprime também uma imagem mental do ferimento a partir da percepção sensorial da lesão. Nesse caso, a dor que em princípio parece ao sujeito emanar totalmente da agressão aos tecidos é reavivada pela representação mental do ferimento: “sem dúvida, sem lesão não haveria dor, mas a dor não está na chaga, está no eu, inteiramente condensada em uma imagem interior ao eu, na imagem do local lesado” (NASIO, 1997, p. 73).

Para uma melhor compreensão a respeito da percepção da lesão e sua representação mental, Nasio (1997), a partir de uma leitura lacaniana, ressalta três aspectos destacados na dor da lesão: *real*, *simbólico* e *imaginário*. O aspecto *real* está relacionado com a percepção somato-sensorial de uma violência aos tecidos. O *simbólico* remete à formação súbita da representação mental e consciente do local lesionado. Por fim, o imaginário se dá porque o corpo é vivido no

exterior do eu. A sensação de dor parece originar-se apenas da lesão e o ferimento aparece como se fosse destacado do corpo.

Com relação à fase da comoção, faz-se necessário ressaltar que somente irá ocorrer se a excitação for de intensidade mais forte. Para um melhor entendimento dessa etapa, o autor recorre à teoria da dor esboçada por Freud no *Projeto* e a utiliza no exemplo da queimadura: “o calor da chama que atacou a pele se transformou imediatamente em uma corrente de energia interna, devastadora e não controlada, que mergulha o eu em um estado de choque traumático” (NASIO, 1997, p. 75). Com o rompimento da barreira de proteção, um afluxo maciço de energia submerge no eu, o que acaba por romper com a homeostase do aparato psíquico e com isso seu regulador, o princípio do prazer, fica em suspenso momentaneamente. Assim, o eu, mesmo que transtornado, realiza a autopercepção de seu estado de desregulação, e é esta percepção que possibilita a sensação da emoção dolorosa.

O autor está abordando aqui uma dupla percepção que acabará resultando na dor. De um lado, uma percepção externa, percepção do local ferido; por outro, uma percepção interna, a qual remete à percepção do aparato psíquico perturbado.

Por último, a fase da reação refere-se ao tempo em que o Eu precisa encontrar recursos para se defender da agressão. Entretanto, a reação não atenua essa dor e o resultado consiste numa outra dor, ainda maior.

Em resposta à agressão, o eu envia para o ferimento toda a energia de que dispõe, para fechar a brecha e deter o fluxo maciço de excitações. É esse movimento reativo de energia – chamado por Freud de “contrainvestimento” ou “contracarga” – que se opõe à irrupção brutal da excitação causada pela queimadura (NASIO, 1997, p. 86).

Ou seja, o excesso de investimento realizado na imagem de um ferimento ou do objeto perdido resulta em dor. A riqueza com a qual o autor aborda as fases da formação da dor nos auxilia nesse intrincamento que o fenômeno da dor nos impõe ao buscarmos o entendimento da relação entre uma dor comumente chamada de corporal e a dor psíquica. Isso posto, retemos a ideia trazida pelo autor de que toda dor carrega seu representante psíquico, seja uma representação do ferimento, no caso de uma dor localizada no corpo, seja da representação da imagem do objeto, na dor moral. Mais adiante avançaremos um pouco mais nessa premissa, buscando uma interlocução com o pensamento freudiano de 1914 quando postula a passagem de uma dor física para uma dor psíquica e as formulações de Ferenczi a respeito do funcionamento da libido na doença orgânica, dando assim um fechamento mais adequado para essas premissas.

De todo modo, consideramos que, abordar a temática da dor, nos remete a uma lógica muito próxima da relação dos limites e das fronteiras que podem ser estabelecidos entre o psíquico e o somático, principalmente ao levarmos em conta as dimensões sensoriais presentes na origem do corpo e do psiquismo.

Assim como citado anteriormente por Le Breton, Freud, em 1914, também nos apresenta o exemplo da dor de dente para fundamentar que diante da dor, somos dor. Afirma que, diante de uma dor de dente reagimos, “nos transportamos inteiramente para o molar” (FREUD, 2006 [1914], p. 89). Ou seja, na impossibilidade de extirpá-la, ficamos completamente investidos por ela. A dor convoca uma reação do sujeito. Nesse aspecto, Ferenczi, em seu trabalho sobre *As patoneuroses* (2011 [1919]), apresenta suas formulações acerca do funcionamento da libido na doença orgânica.

Para Ferenczi (1919), um determinado órgão ou uma parte do corpo pode ser super investida, ou seja, a libido que retorna para o ego na doença orgânica seria investida predominantemente “no órgão doente ou ferido” (FERENCZI, 1919, p. 334) e, assim, na medida em que há uma alteração na dinâmica libidinal, há também quanto à posição subjetiva.

Em 1926, Freud marca a passagem da dor física para a dor psíquica, justamente através do pressuposto da teoria da libido.

Penso ser aqui que encontramos o ponto de analogia que tornou possível levar sensações de dor até a esfera mental, pois a intensa catexia de anseio que está concentrada no objeto do qual se sente falta ou que está perdido [...] cria as mesmas condições econômicas que são criadas pela catexia da dor que se acha concentrada na parte danificada do corpo. Assim, o fato da acusação periférica da dor física pode ser deixado de lado. A transição da dor física para a mental corresponde a uma mudança da catexia narcísica para a catexia de objeto. Uma representação de objeto que esteja altamente catexizada pela necessidade instintual desempenha o mesmo papel que uma parte do corpo catexizada por um aumento de estímulo. (FREUD, 2006 [1926], p. 166).

Esse deslocamento da libido apontado pelo argumento freudiano apresenta relação com o pensamento de Pontalis de que Freud utiliza-se de um mesmo modelo para explicar tanto a dor psíquica como a física: “como se, com a dor, o corpo se transformasse em psique e a psique em corpo. Para esse eu-corpo, ou para esse ‘corpo psíquico’, a relação continente-conteúdo prevalece, quer se trate de dor física ou psíquica” (PONTALIS, 2005, p. 271). Com base nessa articulação, levantaremos uma primeira hipótese do que estaria em jogo na autolesão. Mesmo que não seja possível afirmar se a dor assume um lugar preponderante ou subjacente para quem se corta, acreditamos que a partir desse pressuposto será possível indicar que na visada de alguns autores a dor está presente e parece haver uma necessidade desta ser localizada, na

medida em que uma dor quando difusa se transforma em uma dor subjetiva por excelência, podendo se materializar como mal-estar ou dor do vazio.

No intuito de sustentar nossa hipótese de um certo imbricamento dos registros, seja da dor comumente chamada de corporal seja da dor psíquica, consideramos fundamental retomar uma importante passagem já do final de sua obra, em um artigo denominado *Algumas lições elementares de psicanálise*, na qual Freud indica:

[...] não se pode desprezar por muito tempo o fato de que os fenômenos psíquicos são de alto grau dependentes das influências somáticas e o de que, por seu lado, possuem os mais poderosos efeitos sobre os processos somáticos. Se alguma vez o pensamento humano se encontrou num impasse foi aqui (FREUD, 2006 [1940]).

A partir desse texto, vê-se que a temática da dor na contemporaneidade aproxima-se das problemática enfrentadas por Freud nos seus estudos sobre a histeria. Nesse sentido, muito mais que buscar uma primazia, a ideia central deste tópico consiste justamente em pensar que uma dor psíquica tende a apresentar repercussões corporais e vice-versa. A esse respeito, Ávila (2016) utiliza-se da expressão *teatro do corpo*, formulada por Joyce McDougall para designar os diferentes modos através dos quais o psiquismo expressa-se através do corpo, para demonstrar que uma doença física pode sofrer influência do psíquico.

Se, simultaneamente, um processo inconsciente estiver lutando por manifestar-se na consciência, essa junção pode oferecer a melhor condição possível para esse processo poder atender a dois senhores, e ser tanto físico quanto psíquico, tanto corporal quanto mental (ÁVILA, 2016, p. 93).

Em suma, podemos apreender de todos esses arranjos expostos que existem dores decorrentes de um estímulo físico, marcadas em um lugar específico do corpo, e passíveis de localização concreta. Por outro lado, há dores das quais não se consegue falar muito, porque parece que faltam palavras para traduzi-las, são dores que costumamos ouvir como sendo um vazio, um mal-estar, uma angústia, um luto. São inúmeros os modos como pode ser configurada essa dor comumente nomeada dor psíquica. Parece ficar mais claro aqui, que não à toa trata-se de termos geradores de tanta confusão que acabam sendo tomados como sinônimos, pois comportam uma dimensão difícil de descrever.

De todo modo, consideramos que abordar a temática da dor nos remete a uma lógica muito próxima da relação dos limites e fronteiras que podem ser estabelecidos entre o psíquico e o somático, principalmente se consideramos as dimensões sensoriais presentes na origem do corpo e do psiquismo. Por essa perspectiva, sustentamos o pressuposto de que não há uma

delimitação exata dessas dimensões, mas sim um imbricamento em que a cada momento pode-se ter o privilégio de uma dada dimensão, sem exclusão da outra.

Ao longo deste capítulo, pudemos acompanhar, a partir das formulações de Freud e de seus comentadores, a premissa de que a dor constitui-se como uma experiência singular. Diante disso, buscamos sustentar nosso entendimento de que, mesmo não abarcando o fenômeno da autolesão em sua totalidade, o arcabouço teórico conceitual da dor fornece ferramentas importantes para avançarmos um pouco mais na compreensão da experiência da autolesão.

Dentro da discussão proposta para este capítulo, a ideia consistiu em, fundamentalmente, expor nosso entendimento de que modelos mais estanques não nos auxiliam para avançar na compreensão do campo da autolesão. Precisamos investir em um pensamento no qual possamos estabelecer diferentes nuances e intensidades para a dor, sem reduzi-la a um polo ou a outro de um espectro, mas possibilitando seus movimentos mais variados. Justamente, na tentativa de aproximar esse instrumental teórico de uma realidade mais próxima do fenômeno em estudo, o capítulo a seguir visa estabelecer uma articulação com a problemática do corpo e da sensorialidade.

3 A AUTOLESÃO NAS BORDAS DA CORPOREIDADE

Quem tem olhos para ver e ouvidos para ouvir fica convencido de que os mortais não conseguem guardar nenhum segredo. Aqueles cujos lábios calam denunciam-se com as pontas dos dedos; a denúncia lhes sai por todos os poros (FREUD, 2006 [1905], p. 78-79).

Como foi possível acompanhar até aqui, o corpo comparece de modo expressivo no fenômeno da autolesão, especialmente quando damos relevo aos cortes realizados na própria pele. O excesso de estímulos a que somos submetidos parece evocar a questão corporal como referência diante dos discursos que se propõem a pensar as chamadas “novas” modalidades de sofrimento. “Fechado na exigência narcísica imposta pela sociedade de consumo, o sofrimento psíquico do homem contemporâneo parece preso ao corpo” (PINHEIRO; VERZTMAN, 2003, p. 81). Em outras palavras, o corpo constitui-se em figura marcada, presente na pluralidade de manifestações clínicas, desde os primórdios da psicanálise – com a histeria – até a atualidade com os sofrimentos narcísicos.

Ora, muito se diz e se tem dito sobre o corpo, de pedaço de carne à veículo de comunicação, um “bem supremo” nas palavras de Birman (2014). Pautado por ideais com padrões cada vez mais exigentes, o corpo recebe todos os holofotes. Entretanto, parece que esse dizer não abarca suficientemente – ao menos no contexto da autolesão – os diferentes modos por meio dos quais o corpo se expressa na contemporaneidade. Assim, diante da obviedade a que o corpo se encontra na cena contemporânea, resta-nos empreender uma busca em torno da novidade do vivido subjetivo dos sujeitos que se cortam.

Nesses termos, a partir das teorizações realizadas nos primeiros capítulos, as quais evocam a atualidade da dimensão corporal bem como premissas que situam o corpo em sua relação com a dor, constata-se a necessidade de um maior investimento no que tange aos registros sensoriais e táteis evocados pelos cortes. Destaca-se ainda que, apesar da pluralidade dos meios utilizados no ato de se cortar, da particularidade subjetiva presente em cada caso, é fato indiscutível que a escolha da superfície da pele como local privilegiado é um traço comum que se destaca dentre os praticantes da autolesão.

Por essa via de entendimento, pensar sobre o corpo na atualidade torna-se um grande desafio, sobretudo quanto à abrangência e à complexidade a que o tema nos convoca. A partir de inúmeras mudanças socioculturais, muitos autores do campo da antropologia, da sociologia, da filosofia e principalmente da psicanálise reconhecem o lugar de destaque dado ao corpo nos

dias atuais. Ora, na época de Freud, também os sintomas manifestavam-se corporalmente, a exemplo disso podemos citar as conversões histéricas. Entretanto, muitos autores afirmam que o corpo passou a tomar a cena nos sofrimentos contemporâneos. Seria outro registro, outro corpo? Quais deslocamentos operam no âmbito dessas transformações? Enfim, existe alguma novidade no modo como o corpo se expressa na atualidade?

Face a tais questionamentos, é premente direcionar nossos investimentos para os aspectos presentes na autolesão que possam auxiliar nas aproximações e nos distanciamentos do corpo que comparece nesses fenômenos e o corpo conhecido pela psicanálise. De imediato, chama a atenção a proximidade entre as subjetividades contemporâneas e a histeria por trazerem o corpo à frente da cena.

Já há alguns anos, percebe-se uma prevalência de queixas localizadas na dimensão corporal, enfatizando o fracasso do corpo em dar conta da demanda que lhe é imposta. Birman (2014, p. 69) realça: “o corpo é o registro antropológico mais eminente no qual se enuncia na atualidade o mal-estar”. Nessa esteira, acrescenta-se o vazio experimentado pelo corpo como contraponto do culto ao corpo. Inclui-se também o capitalismo, não só entendido como sistema econômico que gere nosso modo de viver, mas, fundamentalmente, como estrutura que investe no corpo “produzindo sensações, desejos e modelos que o distanciam da sua potência sempre contingente e singular” (RIBEIRO, p. 14, 2009) e, conseqüentemente, provocando uma espécie de esvaziamento em sua dimensão intensiva. Com essas questões em perspectiva, não poderíamos deixar de abordar o corpo, que justamente apresenta-se como o palco no qual a autolesão impõe sua cena.

Conforme apontado anteriormente, trazer a dimensão corpórea para a presente reflexão suscita muitos questionamentos. De saída, a interrogação recai nas questões em torno das novidades a que o fenômeno aponta, pois, se o corpo, ao longo da história da humanidade, sempre sofreu mutilações, em que residem as diferenças com relação ao modo como a autolesão se apresenta hoje? Que corpo é esse que precisa ser cortado para ser apreendido como substância concreta? Quais são as relações que se estabelecem entre sujeito e mundo circundante que o impulsionam a se cortar para constatar sua existência? Esse corpo conta uma história? Podemos apostar em uma associação entre a ideia de fragmentação/unidade corporal e os cortes produzidos no corpo? E quanto à pele, o que faz desta o órgão eleito prioritariamente entre os sujeitos que se cortam?

Rapidamente, podemos entrever que essa prática vem, justamente, questionar a própria ideia de corpo, de movimentos e potencialidades expressos por meio da dimensão sensorial e

corpórea. Como já visto nas considerações de Le Breton (2003, 2010), o corpo medeia todas as relações do homem com o mundo. Sob essa perspectiva, dentre as formulações do autor, constitui-se fundamental retomar sua preocupação em despatologizar a autolesão, indicando uma via de abertura para a afirmação da existência, bem como um modo de resistência ao sofrimento. Diante da constatação de que o corpo permite infinitas possibilidades de expressão, parece-nos inevitável sublinhar a necessidade de investigar em que termos o desconforto atribuído ao corpo na contemporaneidade assume relevância nas práticas autolesivas. Até porque, se ao se lesionar o sujeito quebra com o que há de sagrado na figura do corpo (LE BRETON, 2010), podemos inferir aí um dos paradoxos da autolesão?

Diante de tais considerações, longe de tecer um compêndio sobre o corpo ou mesmo de adentrar as especificidades de seus inúmeros tipos, nosso interesse aproxima-se da tentativa de compreender de que modo esse corpo apresenta-se na autolesão, especialmente no que tange a suas expressões no contexto da experiência de cortar-se. Certos estamos de que ainda temos muito a aprender acerca da concepção de corpo que se apresenta nesse fenômeno, principalmente explorando noções como as de superfície, sensação e sensorialidade, as quais sobressaem-se nas diversas modalidades em que a prática se desdobra.

Tendo como referência os diferentes processos e atravessamentos a que a noção de corpo tem sido submetida desde os primeiros postulados freudianos, interessa-nos capturar a novidade do corpo no fenômeno da autolesão. De início, podemos indicar que nosso objeto de estudo não é o corpo em suas variadas acepções. A ideia aqui consiste em privilegiar o corpo cortado, o corpo que, pela via da autolesão, parece possuir uma urgência em sentir, em provocar sensações.

Em face desse cenário, este capítulo pretende, a partir do instrumental psicanalítico disponível, capturar noções que possam auxiliar no entendimento do tema em questão: a autolesão. Ademais, embora não recebendo o estatuto de conceito psicanalítico, o corpo permeia – de inúmeras maneiras e em diferentes momentos – a construção do edifício teórico-clínico da psicanálise. Dito isso, propõe-se inicialmente uma pequena incursão teórica em Freud, com o objetivo de sustentar – a partir da relação empreendida entre corpo, alteridade e narcisismo – que já nos primeiros escritos encontra-se a marca da sensorialidade como registro fundamental para a constituição subjetiva. Nessa medida, iremos privilegiar três momentos na obra freudiana: a concepção de corpo autoerógeno, a passagem para o corpo narcísico e a constituição do Eu-corporal.

Na sequência, a proposta consiste em acrescentar alguns apontamentos em torno dos conceitos de Eu-pele e envoltórios psíquicos, a fim de engajar uma articulação com os aspectos da dor e da sensorialidade. Na medida em que Anzieu (1989) refere-se à superfície corporal – considerando o universo sensorial em geral – como essencial na constituição do eu, pretendemos desdobrar esses balizadores de modo a possibilitar uma abertura em direção às diferentes expressões do fenômeno da autolesão. Por fim, a partir dos conceitos apresentados, vamos engendrar uma articulação com o capítulo anterior a fim de ampliar a compreensão da dinâmica envolvida no fenômeno da autolesão.

3.1 Apontamentos sobre o corpo em Freud

Tarefa difícil abordar a temática do corpo sem remontar à clínica da histeria. Sua importância no estudo da temática é incontestável, pois foi a partir de seu trabalho com as histéricas, no final do século XIX, que Freud postulou um aparelho psíquico organizado em torno da sexualidade. Justamente, devido à relevância dada ao tema, não poderíamos deixar de retomar, ainda que brevemente, alguns pontos específicos trabalhados por Freud ao forjar a psicanálise. Tal retorno justifica-se então pelo reconhecimento da importância de suas postulações nos desenvolvimentos teórico-clínicos da atualidade e, sobretudo, pela necessidade de sustentação das novas articulações propostas diante da compreensão da dimensão corpórea presente nos sofrimentos contemporâneos. De antemão, reforçamos não haver interesse na linearidade dos acontecimentos, até mesmo porque não a vemos na própria trama freudiana. Por meio de alguns recortes, pretendemos abordar pressupostos bem pontuais, com o objetivo de conferir consistência aos argumentos apresentados ao longo deste capítulo, bem como retomar aspectos prevalentes no desenvolvimento dos capítulos anteriores.

3.1.1 O corpo do autoerotismo

Desde o início de suas investigações, Freud se depara com os sintomas corporais expressos através de contraturas, paralisias, manifestações sensitivas ou motoras como o tique, dentre outros. Nesse contexto, ao buscar um afastamento do saber médico para a etiologia das neuroses, Freud começa a traçar um contorno singular para o corpo, saindo do estatuto científico de um corpo anatômico e rejeitando a dicotomia corpo x psiquismo. O pai da psicanálise constata que o corpo é irreduzível ao seu funcionamento biológico. Os sintomas

históricos apresentavam-se no corpo, entretanto sua etiologia encontrava suas causas em conflitos psíquicos de ordem sexual (FREUD, 2006 [1894]). Isto é, com a histeria, o corpo passa a ocupar um outro registro, o qual perpassa tanto o campo da linguagem e da representação, quanto o da sexualidade com o conceito de corpo erógeno. O sintoma corporal, na histeria, substituiria o que há de impossível de ser articulado no discurso (DAVID-MÉNARD, 2000). A paralisia, a cegueira ou a dor – manifestações encontradas nas históricas e que não apresentavam relação com uma causa orgânica conhecida – não estavam localizadas no corpo anatômico.

Nessas circunstâncias, Freud, por indicação de uma de suas pacientes, criou a *talking cure*. Justamente, ao dar voz às históricas, Freud (2006 [1894]) reconhece um afeto na raiz da conversão histórica, o qual, ao se separar de sua representação, desloca-se para o corpo e origina o sintoma conversivo.

Foi escutando suas pacientes que Freud apreendeu que o corpo histórico não é somente um organismo, ele também fala através de sua sintomatologia, comporta uma história singular, que envolve *representações incompatíveis ao eu*, traumas de origem sexual e zonas histerógenas (SALES, 2013, p. 16, grifos da autora).

Interessa-nos, neste ponto, realçar os aspectos abordados na relação entre as zonas erógenas e as histerógenas. Tal destaque deve-se sobretudo ao fato de que, já nos seus primeiros escritos, Freud marca o lugar da sensibilidade e do deslocamento da excitabilidade ao postular as zonas histerógenas da histeria como “áreas supersensíveis do corpo, nas quais um leve estímulo desencadeia um ataque cuja aura muitas vezes começa por uma sensação proveniente dessa área” (FREUD, 2006 [1888], p. 79). Freud ressalta, também, o fato de que essas áreas podem ter localizações diversas, situando-se inclusive na pele ou mesmo nos órgãos dos sentidos. Tal aspecto é de suma relevância para o entendimento do funcionamento anárquico das zonas erógenas, na medida em que ao não se restringir aos órgãos genitais, possibilita a qualquer parte do corpo, principalmente as superfícies da pele, ser estimulada e obter sensações prazerosas.

Desse modo, com a descoberta de um desejo sexual recalcado na origem do sintoma histórico, Freud começa a esboçar uma teoria da sexualidade, a qual não apenas diverge significativamente das teorias propostas até então por desvinculá-la da reprodução, como cria uma atmosfera de rejeição e ataques devido ao reconhecimento da sexualidade infantil. Isto posto, no texto intitulado *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (2006 [1905]), a novidade

figura em torno do postulado do corpo autoerótico, fragmentado e habitado por uma pluralidade de zonas erógenas dispersas.

Cabe registrar aqui que a primeira aparição do autoerotismo, na pena do autor, ocorreu em uma carta dirigida a Fliess, em 1899. O termo marca a independência das pulsões sexuais em relação às funções biológicas a partir da seguinte afirmação: “A camada sexual mais inferior é o auto-erotismo (*sic*), que age sem qualquer objetivo psicosexual e exige somente sensações locais de satisfação” (FREUD, 2006 [1899], p. 331).

A despeito da impossibilidade de detalhar o percurso freudiano do autoerotismo, precisamos destacar algumas particularidades relevantes para este estudo. De início, quando descreve a capacidade do *infans* de obter satisfações por meio de seu próprio corpo, sem recorrer a nenhum objeto externo, Freud localiza o autoerotismo como um estado anterior ao narcisismo. No entanto, precisamos sinalizar não se tratar de uma fase a ser superada; pelo contrário, como muito bem colocado por Laplanche e Pontalis (2001), em seu *Vocabulário de Psicanálise*, “o autoerotismo não é apanágio de uma atividade pulsional determinada (oral, anal, etc.), mas encontra-se em todas essas atividades, simultaneamente como fase precoce e, numa evolução ulterior, como componente: o prazer de órgão” (“AUTOEROTISMO”, 2001, p. 49). O prazer de órgão no contexto do autoerotismo remete diretamente à satisfação típica das pulsões parciais, localizadas e fragmentadas.

Ademais, cabe destacar que o registro sensório-mnêmico desempenha papel particularmente importante nas explorações corporais tanto do autoerotismo quanto do processo de erogeneização. “Desde o nascimento, os bebês são tocados e se tocam. Tais toques enriquecem a construção da imagem do corpo e também a vivência de prazer ou desprazer corporal” (MACHADO; WINOGRAD, 2007, p. 105).

Essas figuras do início da trama freudiana são fundamentais para os objetivos do presente capítulo, visto que estão em consonância com os aspectos privilegiados nas diferentes modalidades de expressão do fenômeno autolesivo. Ou seja, apostamos na hipótese de que algumas características presentes nos primeiros escritos sobre o corpo em Freud constituem-se fundamentais no entendimento do corpo cortado, na medida em que buscamos dar relevo à sensibilidade tátil, tanto como organizadora da subjetividade, como reparadora dos limites do Eu e do corpo.

Portanto, mais a frente, será necessário retomar essa discussão inicial acerca da sensibilidade e da atividade sensorial em consonância com a experiência da autolesão. E mais, com referência especificamente aos atos de se cortar, damos relevo ao contraponto entre a

hiperestesia e a anestesia por considerarmos que, de modo significativo, acrescenta outras especificidades aos aspectos referentes ao imbricamento entre corpo e dor. Ora, se a dor na autolesão pode sinalizar a concretude corporal na medida em que lhe dá indicativos de sua existência, não podemos ignorar que por outra perspectiva algumas pessoas se cortam e afirmam não sentir dor. Nessa tomada, qual relação pode ser estabelecida entre hiperestesia e autolesão? E, entre a analgesia e os cortes autoprovocados? Apesar de possuírem um formato similar, acreditamos que a autolesão adquire finalidades e utilidades distintas em cada um deles.

Antes de avançarmos para a organização e a unificação das zonas erógenas no narcisismo, precisamos incluir em nossa discussão uma noção muito cara à psicanálise: o conceito de apoio. Como visto no capítulo anterior, é a partir da amamentação do lactente que Freud conduz suas postulações sobre a dinâmica envolvida na primeira vivência de satisfação. Retomaremos esse exemplo a fim de melhor entendermos o processo com relação ao termo apoio. Basicamente funciona assim: o bebê ao sugar o leite, busca primeiro saciar sua fome; ocorre, porém, que, concomitantemente, há a excitação dos lábios e da língua, ou seja, ao mesmo tempo em que se tem uma necessidade vital satisfeita, dá-se a erogeneização das partes do corpo envolvidas. Com efeito, marca-se na origem da vivência de satisfação o registro das impressões sensíveis, em especial as táteis, as olfativas e as gustativas. Aqui podemos acrescentar a noção de desvio, pois primeiro a sexualidade encontra sua satisfação no ato da alimentação para depois separar-se desta e tornar-se autoerótica. Garcia-Roza afirma:

O termo *apoio* designa precisamente essa relação primitiva da sexualidade com uma função ligada à conservação da vida, mas ao mesmo tempo assinala a distância entre essa função conservadora e a pulsão sexual. O objeto do instinto é o alimento, enquanto o objeto da pulsão sexual é o seio materno – um objeto, portanto, externo ao próprio corpo. É quando esse objeto é abandonado, e tanto o objetivo quanto o objeto ganham autonomia com respeito à alimentação, que se constitui o protótipo da sexualidade oral para Freud: o chupar o dedo. Tem início, então, o autoerotismo (GARCIA-ROZA, 2008, p. 100).

Nota-se então a importância do termo apoio para um melhor entendimento do autoerotismo. Simultaneamente à necessidade da autoconservação satisfeita, dá-se a erogeneização de partes do corpo envolvidas nesse processo e, como resultado, obtém-se a satisfação sexual. Marca-se aí não só a construção teórica da sexualidade infantil como também o registro da alteridade no processo de constituição corporal. Por meio dos primeiros cuidados, são dispensados ao lactente investimentos nas dimensões corpórea e esse encontro torna-se fundamental para sua constituição subjetiva:

As pulsões autoeróticas por si sós não se ligam a nada mais do que à sensação, podendo permanecer neste estado de parcialidade. O processo de erogeneização, por sua vez, advém de um outro, desejante e imaginativo, que se faz presente com toques, com palavras, com o olhar, com os afetos dirigidos ao bebê, numa relação marcada pelo sentido (REIS, 2003, p. 192).

Nesse âmbito, ao ter seu corpo nomeado, tateado, erotizado, o bebê começa a ser inserido no registro do corpo pulsional. Em suma, o autoerotismo caracteriza-se pela satisfação parcial da pulsão no próprio corpo. Ou seja, Freud inaugura o corpo como sendo um objeto sexual da pulsão que o toma como instrumento de prazer e garantia de satisfação pulsional. Entretanto, precisamos sinalizar tratar-se ainda de um corpo de caráter fragmentado e descontínuo, resultante da dispersão das zonas erógenas. É somente a partir dos estudos sobre o narcisismo que o corpo começa a comportar certa unidade e torna-se erogeneizado por inteiro.

Como veremos mais adiante, todos os aspectos apontados anteriormente constituem-se fundamentais nas articulações com a autolesão, na medida em que permitem considerar a pele – objeto privilegiado entre os sujeitos que se cortam – zona erógena privilegiada, pois recobre o corpo em sua quase totalidade.

3.1.2 *Corpo e narcisismo*

Em 1914, no texto *Sobre o narcisismo: uma introdução*, Freud nos adverte que “uma unidade comparável ao ego não pode existir no indivíduo desde o começo; o ego tem de ser desenvolvido” (FREUD, 2006 [1914], p. 84). No início da vida, o que se tem são pulsões autoeróticas, fragmentadas, as quais por via de uma “nova ação psíquica” promoverão uma unidade narcísica. Essa passagem da dispersão para a unidade, que possibilita a emergência do eu e do corpo, implica a passagem do autoerotismo para o narcisismo. Ou seja, o Narcisismo é forjado como um estado intermediário entre o autoerotismo e o amor objetal, mais detalhadamente quando o “si mesmo” torna-se objeto de investimento amoroso para o sujeito.

Outro aspecto central nessa discussão refere-se à relevância da função do olhar e da alteridade no processo de constituição do corpo narcísico. Como já visto anteriormente, é a partir dos predicados fornecidos pelas figuras parentais ao bebê que este poderá instaurar o que, nesse contexto, pode-se denominar de um sentimento de si. A importância atribuída ao olhar do outro ganha a cena para a constituição narcísica. Depreender a constituição do Eu da relação com a alteridade nos remete a uma relação extremamente frágil e ambígua com o outro, na medida em que a emergência do sujeito vem confirmar que sem esse outro ele não existe.

Em paralelo à fragmentação corporal característica do autoerotismo, tem início a constituição narcísica, inaugurando a promessa de um Eu e um corpo minimamente unificados. O corpo, a princípio radicalmente estrangeiro, mesmo permeado pelas pulsões anárquicas do autoerotismo, se unifica em torno de uma imagem forjada pelos pais, adquirindo uma coesão mínima. Evento que possibilita à criança assumir o seu corpo como patrimônio inseparável de si mesma e objeto através do qual se reconhece (SALES; HERZOG, 2014, p. 192).

Com efeito, precisamos sublinhar a concomitância apontada pelas autoras com relação ao autoerotismo e à constituição narcísica. Nesses termos, podemos indicar uma relação de derivação e coexistência, mas não de superação: “é através do advento do narcisismo, que o corpo autoerótico se ordena enquanto totalidade” (SALES, 2013, p. 58). Ora, o que estamos buscando marcar aqui é que, além de o autoerotismo não se constituir em uma fase a ser superada, também não há muita clareza no modo como se dá essa passagem para o narcisismo. Assoun (1996) indica que “a erotização do corpo próprio faz nascer esse corpo-Narciso” e acrescenta: “a imagem dos lábios que beijam a si mesmos basta para evocar esse círculo que faz a abertura do corpo na sua própria aptidão para a erotização” (ASSOUN, 1996, 185). Laplanche e Pontalis (2001), em uma via próxima a esse pensamento, localizam que mais à frente na obra freudiana essa passagem perde ainda mais nitidez e Freud vai admitir a existência de um estado de “narcisismo primário” desde um estado originário, incluindo a vida intrauterina.

Se sublinhamos que é a partir do registro do narcisismo que Freud postula o corpo unificado, precisamos acrescentar que essa totalização não se restringe às zonas erógenas. Ou seja, com a passagem do autoerotismo para o narcisismo, há, para além da unificação, o nascimento do corpo erógeno, uma vez que o corpo do narcisismo, unificado, não exclui o do autoerotismo, fragmentado: eles coexistem. Nesse aspecto podemos adiantar a potencialidade do fragmento na constituição subjetiva e nos modos de expressão da subjetividade nos dias atuais e, em nosso ponto de vista, mais especificamente na autolesão. Consoante essa ideia, Bastos (1998, p. 174) afirma: “não há corpo totalizado sem corpo fragmentado. Não há corpo narcísico sem corpo autoerótico”.

Por essa via de entendimento, impõe-se uma aproximação com a prática dos cortes. Se o corpo narcísico implica a noção de um corpo unificado, recheado de atributos e de certo modo totalizado, podemos inferir que o corpo que aparece na autolesão não possui esses predicados, trata-se de um corpo que destoa da noção de “Sua Majestade o bebê” forjada pelo narcisismo das figuras parentais. Nessa seara, dentre as facetas da autolesão a que buscamos dar relevo, sobressai a expressão de uma prática que busca, por meio da sensorialidade,

estabelecer contornos e limites a um corpo sem bordas, com indicativo de falhas no processo de unificação, bem como no processo de separação com o outro e na ideia de si mesmo.

Nesse sentido, indicamos a hipótese de que os cortes poderiam aproximar-se de uma tentativa de restauração narcísica. Visto que, diante da fragilidade a que o *infans* está submetido no processo de constituição subjetiva e em decorrência de possíveis falhas na instauração do narcisismo, pode emergir em alguns sujeitos uma necessidade constante de recursos para lhes assegurar sua existência. Com base nas ideias expostas, parece-nos inevitável o contato com as ideias de Eu-corporal e Eu-pele antes de avançarmos nessa articulação.

3.1.3 *Eu-corporal*

Em 1923, no ensaio metapsicológico intitulado *O Ego e o id*, ao postular a segunda tópica, Freud evidencia a ligação do Eu ao próprio corpo, visto que concede lugar especial para o corpo na constituição do psiquismo.

O próprio corpo de uma pessoa e, acima de tudo, a sua superfície constitui um lugar de onde podem originar-se sensações tanto externas quanto internas. Ele é visto como qualquer outro objeto, mas, *ao tato*, produz duas espécies de sensações, uma das quais pode ser equivalente a uma percepção interna. A psicofisiologia examinou plenamente a maneira pela qual o próprio corpo de uma pessoa chega à sua posição especial entre outros objetos no mundo da percepção (FREUD, 2006 [1923], p. 39).

Nesse contexto, Freud indica a relevância das percepções oriundas da superfície corporal, em detrimento das outras percepções. Assoun (1996) destaca que, ao dizer que o Eu é corporal, Freud não estaria afirmando uma estruturação de Eu e corpo segundo a lógica das superfícies, mas sim sustentando a emergência da subjetividade constituída por meio da lógica corporal da projeção. Em suas palavras,

A analogia corporal atua aí em dois planos que importa distinguir, embora Freud jogue com os dois, de maneira voluntariamente identificatória: o corpo intervém na Gênese do Eu, e o Eu é estruturado como o corpo, a se entender aqui como *superfície*, isto é, ao mesmo tempo como *limite e extensão* – e certamente não como profundidade (ASSOUN, 1996, p. 188, grifos do autor).

Com efeito, em 1923, o Eu é mais uma subjetivação da superfície corporal do que uma aparelhagem mental do corpo. Vimos então que além de postular a existência de um eu

corporal a *priori*, Freud ressalta a importância da superfície do corpo nos processos de subjetivação. Ou seja, corpo e Eu aparecem necessariamente imbricados.

Ademais, em uma nota de rodapé acrescentada em 1927, Freud defende o Eu como derivado das sensações originadas na superfície do corpo e afirma: “o ego em última análise deriva das sensações corporais, principalmente das que se originam da superfície do corpo. Ele pode ser assim encarado como uma projeção mental da superfície do corpo além de representar as superfícies do aparelho mental” (FREUD, 2006 [1923], p. 39). A partir dessa afirmação fica clara a importância atribuída à dimensão corpórea na constituição subjetiva, visto que, se a vida começa pelo corpo e pelas sensações por ele experimentadas, marca-se aí a distância entre o corpo biológico e o corpo proposto pela psicanálise. Além disso, Freud caracteriza o Eu como “a parte do Id modificada pela influência direta do mundo externo” (FREUD, 2006 [1923], p. 38), a partir da mediação do sistema percepção-consciência. A incidência das experiências sensoriais diferencia o Eu como instância psíquica.

Ainda de acordo com o texto de 1923, destacamos outra articulação necessária para os desenvolvimentos da temática em pesquisa. Estamos a referir-nos à formulação freudiana sobre a função desempenhada pela dor física na constituição do Eu. Nessa tomada, Freud (2006 [1923]) infere que, por meio de sensações dolorosas pode-se chegar ao conhecimento de nossos órgãos e, assim, à noção de um corpo próprio. Ressaltamos ainda o caráter excitatório da dor com papel relevante na constituição do Eu-corporal. Seria a vivência de dor, paradigmática tanto do narcisismo, quanto da constituição dessa noção de corpo próprio (PARABONI, 2010).

Por fim, podemos condensar aqui um entendimento fundamental para os próximos encaminhamentos deste capítulo: o postulado de que o psiquismo deriva, sobretudo, das experiências sensoriais. Diante disso, dando sequência aos objetivos propostos, acrescentaremos às nossas formulações contribuições da célebre obra do psicanalista francês Didier Anzieu, *O Eu-pele*, publicada originalmente em 1985.

3.3 Notas sobre o Eu-pele

É notório o privilégio da pele como órgão atacado pelos sujeitos que se cortam. Ora, se a superfície cutânea, desde os primeiros contatos do bebê com o mundo externo, e prioritariamente com a mãe ou algum substituto, revela-se como órgão fundamental na

erogeneização e constituição subjetiva, qual relação pode ser estabelecida entre os cortes praticados na autolesão e as primeiras experiências sensoriais?

Mais que reduzir tal questionamento a alguma resposta apressada, cabe salientar a pertinência em criar uma abertura para se pensar a autolesão como uma experiência corporal que se atualiza nas dimensões da sensorialidade, do contato da pele e suas derivações. Por essa via de entendimento, consideramos relevante conjecturar aspectos referentes às impressões táteis, tanto no que tange ao contato corporal como primeira forma de comunicação, quanto situar a pele como lugar de excelência por onde se constroem as experiências e as marcas subjetivas, assim como a relação com o tempo e com o mundo. Se tomamos tal premissa para a contextualização do corpo na contemporaneidade, podemos inferir que é na pele e pela pele que as histórias pessoais se materializam. Tal aspecto vai ao encontro da hipótese apresentada por Le Breton (2010) e citada no primeiro capítulo de que a autolesão pode ser compreendida como recurso identitário na tentativa de se tecer uma história singular.

Dito isso, a fim de darmos prosseguimento aos nossos objetivos, vamos centrar nossa atenção às contribuições do conceito de Eu-pele. O próprio Anzieu antecipa, logo na abertura de seu livro *O Eu-pele* (1989, p. 6): “antes de ser um conceito, minha ideia do Eu-pele é, intencionalmente, uma vasta metáfora”, a qual busca evidenciar uma correspondência entre a psique e a superfície do corpo. Nas palavras de Mano (2013),

quando cria a noção de Eu-pele, Anzieu a situa em lugar intermediário, entre metáfora e conceito. Como conceito, o Eu-pele postula um momento narcísico em que o espaço psíquico adquire certa estabilidade e uma estrutura suficiente que lhe permite conter seus conteúdos psíquicos e ser representado como um Eu (MANO, 2013, p. 123).

Nessa esteira, no intuito de sustentar sua postulação, Anzieu (1989) estabelece importantes articulações com algumas noções freudianas: o eu composto por uma dupla película – paraexcitação e superfície de inscrição –; a noção de apoio e de eu corporal, as quais consideramos fundamentais no contexto da autolesão tal qual vem sendo abordada nesta tese. Contudo, por tratar-se de um trabalho extremamente minucioso, denso e rico em articulações, faz-se necessário restringir nossa discussão às proposições que convergem às noções de superfície, mais especificamente à pele, e, sobretudo, às articulações com as formulações freudianas em torno do conceito de Eu.

Na primeira parte do livro, ao abordar um panorama mais geral em relação ao universo tátil e cutâneo, além de trazer contribuições a respeito do domínio semântico que envolve a palavra pele, em sua acepção mais abrangente, o autor apresenta, muito rapidamente,

considerações no tocante às mutilações da pele. Nessa circunstância, como já citado no primeiro capítulo, Anzieu afirma que reais ou imaginárias as mutilações seriam “tentativas dramáticas de manter os limites do corpo e do Eu, de restabelecer o sentimento de estar intacto e coeso” (ANZIEU, 1989, p. 23). Reiterar essa citação constitui-se necessário, visto que os cortes, em sua leitura, corroboram uma tentativa de (re)estabelecimento dos contornos do Eu corporal e do Eu psíquico, na medida em que a presença de certa fragilidade na constituição dos limites e das fronteiras do Eu, entre o dentro e o fora, parece deixar o sujeito em uma espécie de deriva. Tal é, portanto, a relação que se estabelece com o Eu-pele, enquanto estrutura intermediária do aparato psíquico,

intermediária cronologicamente entre a mãe e o bebê, intermediária estruturalmente entre a inclusão mútua dos psiquismos na organização fusional primitiva e a diferenciação das instâncias psíquicas que corresponde à segunda tópica freudiana. Sem as experiências adequadas no momento oportuno, a estrutura não é adquirida ou, com maior frequência, encontra-se alterada (ANZIEU, 1989, p. 5).

A fim de enriquecer a presente discussão, faz-se necessário inserir aqui a questão da sensorialidade, visto que pensar a importância das primeiras experiências táteis coloca-nos em contato, tanto com Anzieu quando afirma ser o Eu-pele originalmente tátil, quanto com a noção freudiana de corpo erógeno, cujas marcas inscritas a partir do encontro com a alteridade e com o mundo possibilitam as vivências de prazer e desprazer. Ademais, para além da oferta de proteção à nossa individualidade, a pele constitui-se em um primeiro instrumento e lugar de troca com o outro. Como vimos anteriormente, é por meio dessas trocas, as quais se dão preferencialmente via pele, que ocorrem as primeiras mensagens entre a mãe e o bebê.

O *infans* adquire a percepção da pele como superfície quando das experiências de contato de seu corpo com o corpo da mãe e no quadro de uma relação de apego com ela tranquilizadora. Ele assim chega não apenas à noção de um limite entre o exterior e o interior mas também à confiança necessária para o controle progressivo dos orifícios, já que não pode se sentir tranquilo quanto a seu funcionamento a não ser que possua, por outro lado, um sentimento de base que lhe garanta a integridade de seu envelope corporal (ANZIEU, 1989, p. 43).

Os cuidados dispensados ao bebê, o ritmo e a cadência dos movimentos, implicam, necessariamente, um compartilhamento de experiências sensoriais. Presume-se daí a premissa de que a pele se constitui como um grande órgão sensorial de comunicação e contato. Justamente por meio do contato com o corpo da mãe, quando minimamente satisfatório, é dada à criança a possibilidade de construir simbolicamente seu psiquismo, como também seu corpo, tendo a oportunidade de criar uma experiência de si.

Neste caldo, em que a constituição psíquica é banhada pelas experiências sensoriais vivenciadas pelo corpo, cabe uma aproximação com a primeira pesquisa clínica realizada pelo NEPECC entre os anos de 2002 e 2006. Trata-se de um estudo comparativo entre sujeitos melancólicos e pacientes portadores de lúpus eritematoso sistêmico (LES), o qual tinha por objetivo a compreensão da dinâmica psíquica envolvida nessas subjetividades. Brevemente, podemos indicar que a partir dos atendimentos e das supervisões em grupo, constatou-se que, de modo geral, apesar de a ideia de totalidade do corpo próprio estar presente, chama a atenção o indicativo que sugere haver pouca intimidade com esse corpo. Ademais, fala-se de um corpo mais próximo de um invólucro, aparentemente sem conteúdos.

A questão corporal ganha relevo e dimensão. Chama a atenção a ambiguidade com que o corpo é tratado: por um lado, é como se tivesse aparente inexistência; por outro, constitui o objeto de todas as queixas. Há neles uma total estranheza com relação ao próprio corpo, como se esse corpo não lhes pertencesse, mas ao mesmo tempo o corpo é a única prova de sua existência (PINHEIRO, 2012, p. 19).

Outro aspecto que se aproxima da nossa temática, refere-se à dificuldade que esses pacientes apresentavam para nomear as sensações produzidas no corpo. São dores difusas, difíceis de localizar as quais passam a receber algum estatuto a partir do discurso médico. “O discurso e o cuidado médicos sobre o corpo parecem ter o estatuto de investir esses sujeitos, participando ativamente de um processo de construção de uma narrativa perpassada pelo narcisismo” (VERZTMAN; PINHEIRO, 2012, p. 64). Com efeito, pode-se vislumbrar a hipótese de que na ausência dos primeiros investimentos por parte das figuras parentais, especialmente em períodos significativos da instauração do narcisismo bem como da constituição do Eu-pele, restaria esse corpo frágil e sem consistência. Ora, diante da precariedade constitutiva a que alguns sujeitos estão submetidos, é a partir do cuidado médico que, ao ter o corpo mapeado, nomeado e significado abre-se a possibilidade de tecer seus limites e contornos. Transportando-nos para o contexto da autolesão, podemos inferir que também os cortes podem assumir essa função.

Dito isso e buscando uma maior compreensão entre a constituição psíquica e os cortes autoinfligidos, voltamos às contribuições de Anzieu. Nesse ínterim, cabe assinalar que ao designar o Eu-pele como uma configuração inicial do eu que se apoia nas sensações corpóreas, em especial nas funções da pele, Anzieu (1989) chama atenção especial para a função de invólucro ou envoltório. Pensar a constituição do Eu-pele como uma estrutura topográfica formada por envoltórios psíquicos deve-se, sobretudo, à influência da metapsicologia freudiana, em especial no que se refere à dupla película do eu. Assim, de acordo com essa constituição,

constata-se que os envoltórios psíquicos desenvolvem-se, justamente, por uma sustentação nas funções da pele de envolver e proteger o corpo. Como um continente, a pele envolve o corpo e o Eu-pele envolve e protege o aparelho psíquico. São vários os envoltórios citados pelo autor – sonoros, olfativos, gustativos, térmicos – os quais, de acordo com a especificidade de cada um, contribuem para a configuração da noção de Eu.

Dando relevo ao papel desempenhado pela figura materna, podemos destacar o Eu-pele como um envoltório de maternagem, ao que Anzieu (1989) define de “círculo maternante”, a partir das contribuições da “pulsão de apego” proposta por Bowlby (1961)¹⁸.

O círculo maternante é assim chamado porque ele “circunda” o bebê com um envelope externo feito de mensagens e que se ajusta com uma certa flexibilidade deixando um espaço disponível ao envelope interno, à superfície do corpo do bebê, lugar e instrumento de emissão de mensagens: ser um Eu, é sentir a capacidade de emitir sinais ouvidos pelos outros (ANZIEU, 1989, p. 69).

A dupla dimensão do Eu-pele atravessada por um espaço intersticial constitui-se por uma organização suficientemente flexível do círculo maternante ao bebê. Ou seja, a existência de um espaço entre os envoltórios interno e externo possibilita ao Eu-pele da criança, em vias de se constituir, uma diferenciação gradativa do Eu-pele da mãe. Com esse entendimento, as experiências de contato com o corpo do outro materno possibilitam a base e a sustentação para que se estabeleça um Eu-pele no bebê. Essa relação dual pode ser estruturante quando o bebê tem suas necessidades atendidas satisfatoriamente. Entretanto, se houver uma forte excitação libidinizada no exercício dos cuidados corporais, o psiquismo do *infans* tende a receber uma carga excessiva de estimulação, a qual pode resultar em uma sedução traumática (Anzieu, 1989). Outro aspecto a ressaltar refere-se à importante articulação sustentada pelo autor ao propor a ideia de uma fantasia de pele comum na díade bebê-círculo maternante. Nessa experiência, a ilusão temporária de uma pele indiferenciada, fundamental em um primeiro tempo do processo de construção do Eu-pele, sustenta a futura separação entre mãe e bebê, condição necessária para uma boa constituição das fronteiras psíquicas.

Ocorre que, quando não se estabelecem as condições necessárias à separação e à criação de uma pele própria, a união simbiótica pode resultar, como afirma Anzieu (1989), em fantasias mais ou menos conscientes de fusão cutânea com a mãe. Quando a face externa do envoltório psíquico adere à face interna, o Eu em processo de constituição pode ser sufocado e invadido. Neste ponto, parece-nos pertinente retomar o exemplo do caso de automutilação citado no

¹⁸ O conceito de pulsão de apego criado por Bowlby aponta para “a hipótese de uma pulsão independente da pulsão oral e que seria uma pulsão primária não-sexual” (BOWLBY *apud* ANZIEU, 1989, p. 27).

primeiro capítulo, o qual se aproxima da problemática fusional apresentada. O caso em questão situa os ataques autoagressivos como tentativas de diferenciação, por meio da destruição do vínculo mortífero estabelecido em uma relação simbiótica com a mãe e também como busca por definir limites e fronteiras em uma interioridade mal definida (ANDRADE; HERZOG, 2013). Conforme marcamos mais acima, trata-se de casos em que os processos de diferenciação com o outro apresentam falhas. Consoante esse pensamento, as autoras afirmam:

buscaremos seguir a hipótese de que a autoagressão corporal, nesses casos, parece decorrer de uma relação de submissão absoluta ao objeto materno, evidenciando um modo particular de relação com o outro em que os limites fundamentais de separação eu-outro não são respeitados (ANDRADE; HERZOG, 2013, p. 136).

Diante dessa citação, faz-se pertinente marcar a ambivalência na relação com a alteridade, visto que o recurso ao ato autoagressivo comparece como defesa, como expressão de uma oposição à indiferenciação. A fantasia de pele comum evidenciada por Anzieu aqui pode ser claramente compreendida. Ao contrário da ausência de investimento que indicamos anteriormente quando abordamos a pesquisa com as pacientes lúpicas, aqui marca-se um investimento excessivo das figuras parentais que parece apagar a possibilidade de diferenciação eu-outro.

Até o momento, temos acompanhado com Anzieu a importância das primeiras experiências sensoriais, compartilhadas em um espaço intercorporal, passível de atribuir sentido à experiência. A todo tempo, o autor marca a prevalência da integração e ancoragem dos envoltórios sensoriais na constituição do Eu. Nessa medida, para dar sequência às formulações propostas no desenvolvimento da noção de Eu-pele, é preciso marcar seu retorno a Freud, mais especificamente ao Eu enquanto constituído por uma dupla película: uma externa, descrita como o sistema de pára-excitação, e outra, como superfície que permite a inscrição dos traços mnêmicos, caracterizada pela sensibilidade aos sinais sensoriais internos e definida como película de interface. De todo modo, ressaltamos que, nesse caso, a ênfase conceitual recai, sobretudo, em uma retomada do conceito de Eu-corporal proposto por Freud.

Partindo da afirmação freudiana de que o Eu é antes de tudo um Eu corporal e, logo, constitui-se em uma projeção da superfície, Anzieu (1989) postula o Eu-pele como envoltório psíquico, cuja origem sustenta-se no envoltório corporal, capaz de diferenciar mundo exterior e interior, eu e outro. Tal postulado apoia-se na seguinte afirmação: “O Eu é essencialmente uma metáfora do corpo, mais particularmente, da sua superfície: o que Freud chama de Eu-

corporal e eu de Eu-pele” (ANZIEU, 2002, p. 40). É fundamental marcar nesse processo que a partir das experiências da superfície do corpo, da pele, o bebê representa-se a si mesmo.

A instauração do Eu-pele responde à necessidade de um envelope narcísico e assegura ao aparelho psíquico a certeza e a constância de um bem-estar de base. Correlativamente o aparelho psíquico pode se exercitar nos investimentos sádicos e libidinais dos objetos; o Eu-psíquico se fortifica com as identificações com tais objetos e o Eu-corporal pode gozar os prazeres pré-genitais e, mais tarde, genitais. Por Eu-pele designo uma representação de que se serve o Eu da criança durante fases precoces de seu desenvolvimento para se representar a si mesma que contém os conteúdos psíquicos, a partir de sua experiência da superfície do corpo. Isto corresponde ao momento em que o Eu psíquico se diferencia do Eu corporal no plano operativo e permanece confundido com ele no plano figurativo (ANZIEU, 1989, p. 61-62).

É importante sublinhar que, além das funções sensoriais, “a pele preenche uma série de funções essenciais em relação ao corpo vivo considerado em seu conjunto, em sua continuidade espaço-temporal, em sua individualidade” (ANZIEU, 1989, p. 16). Por considerar que o Eu-pele encontra seu apoio na pele e suas múltiplas funções, Anzieu (1989) resgata a noção de apoio em Freud para justificar que o Eu-pele se sustenta em algumas funções (biológicas) da pele: bolsa, interface e comunicação. A bolsa remete à função de conter e reter em seu interior os bons objetos e as experiências de satisfação. A interface marca os limites entre o dentro e o fora, exerce uma barreira contra as agressões oriundas de fora. Por fim, a comunicação funciona como superfície de inscrição. Resulta daí a formulação das nove funções do Eu-pele propostas por Anzieu (1989), todas elas correlatas às funções da pele: manutenção, continência, paraexcitação, individuação, intersensorialidade, sustentação da excitação sexual, recarga libidinal, inscrição dos traços e autodestruição.

Mais que especificar cada uma das funções elaboradas pelo autor, cabe-nos marcar as pequenas nuances que as diferem. Dito isso, para não nos determos mais que o necessário neste ponto, privilegiaremos as funções que se aproximam dos objetivos deste capítulo e que, em nosso ponto de vista, estão atreladas à questão da sensorialidade a que estamos buscando realçar. Primeiramente destacamos a função básica de manutenção do psiquismo – a qual apresenta estreita relação com o conceito winnicottiano de *holding* materno. Essa função psíquica desenvolve-se a partir do modo como a mãe sustenta o bebê: “O Eu-pele é uma parte da mãe – particularmente suas mãos – que foi interiorizada e que mantém o psiquismo em estado de funcionar ao menos durante a vigília, tal como a mãe mantém nesse mesmo tempo o corpo do bebê em estado de unidade e de solidez” (ANZIEU, 1989, p. 112).

Nessa mesma direção, a função de continência assegura ao bebê a aquisição de um envoltório para o seu psiquismo e também a representação do seu Eu-pele por meio de suas trocas corporais com a mãe. Nesse aspecto a sensorialidade é figura central.

O Eu-pele como representação psíquica emerge dos jogos entre o corpo da mãe e o corpo da criança e também das respostas da mãe às sensações e emoções do bebê, respostas gestuais e vocais, pois o envelope sonoro redobra então o envelope tátil, respostas de caráter circular onde as ecolalias e ecopraxias de um imitam as do outro, respostas que permitem ao bebê experimentar progressivamente essas sensações e emoções por sua própria conta sem se sentir destruído (ANZIEU, 1989, p 115).

Nessa conjuntura, o Eu-pele é representado como casca, como continente do Id pulsional. Dessa relação, o autor depreende dois modos de angústia, os quais resultariam de falhas na função contentora do Eu-pele. Pela possibilidade de articulação com a autolesão, interessa-nos aqui citar a primeira: “a angústia de uma excitação pulsional difusa, permanente, esparsa, não localizável, não identificável, não tranquilizante, traduz uma topografia psíquica constituída por um núcleo sem casca” (Anzieu, 1989, p 115-116). Nosso ponto de interlocução ganha relevo quando o autor afirma ser possível à dor física interpor-se como substituta dessa casca, proposição que também nos remete ao postulado freudiano de que se pode ter acesso à noção de corpo próprio pela via da dor.

Outra função relevante para avançarmos no entendimento da autolesão consiste no que o autor denomina de intersensorialidade, a partir da qual, por meio da ideia de envoltório tátil, funciona como pano de fundo onde acontecem as inscrições dos conteúdos psíquicos. As falhas dessa função, ou seja, a carência em organizar as sensações ligando-as, resultaria no que Anzieu (1989) cita como angústia de fragmentação.

Por fim, precisamos destacar a função de autodestruição, denominada também de tóxica, que funciona como uma espécie de “negativa” do Eu-pele. Nesse ponto, faz-se pertinente sinalizar que reside a maior diferença em relação às outras funções, na medida em que parece andar na contramão do que Anzieu havia postulado até o momento. Enquanto todas as outras funções serviam à pulsão de apego e à pulsão libidinal, surge o questionamento acerca de uma anti-função a partir da qual o Eu-pele pode atuar contrariamente a seus propósitos.

Como suporte para apresentar essa última função, o autor baseia-se na peculiaridade dos fenômenos autoimunes, nos quais o sistema de defesa ataca o próprio corpo. Recorrendo à psicossomática, Anzieu afirma ser o eczema “uma tentativa de se sentir de fora esta superfície corporal do Self, em suas rupturas dolorosas, seu contato áspero, sua visão vexatória e também como envelope de calor e de difusas excitações erógenas” (ANZIEU, 1989, p. 122). Com efeito,

essa função vem endossar alguns resultados decorrentes da pesquisa com as pacientes lúpicas, visto que, mesmo não se tratando de uma pesquisa sobre a autolesão, apresenta marcadores fundamentais para pensar a dimensão do corpo presente nos cortes autodirigidos. A despeito das divergências, apontaremos os traços comuns que nos chamam a atenção. Já de início, marca-se o prefixo auto, o que nos permite a primeira aproximação, algo age sobre si mesmo. No lúpus, doença inflamatória de origem autoimune, o corpo ataca os próprios tecidos. Na autolesão o sujeito ataca seu próprio corpo.

Nessa perspectiva, a fim de ampliar nossa discussão, retomaremos um exemplo de funcionamento paradoxal levantado por Anzieu que nos parece conter uma correspondência estreita com o cortar-se. Se, ao tocar, somos também tocados, podemos considerar, obviamente, que, ao cortar, somos também cortados. Nessa conjuntura, ao mesmo tempo se é sujeito e objeto de uma mesma ação. Tal inferência já foi apontada oportunamente no âmbito do debate em torno da falta de consenso quanto à terminologia. Nesse ínterim, a tônica ficou restrita ao prefixo “auto” como agente de uma ação provocada a si mesmo. A novidade, aqui, centra-se na capacidade reflexiva apontada por Anzieu quando, a partir da formulação freudiana referente à especificidade das sensações táteis do corpo, as quais podem ser desdobradas em interna e externas, enfatiza ser a pele o primeiro modelo de reflexividade vivenciado pelo bebê. Esse modelo lhe permite perceber-se de fora pela parte que toca, ao mesmo tempo em que se percebe de dentro pela parte que é tocada. Seria então essa bipolaridade tátil o que antecede e prepara o desenvolvimento do Eu (FONTES, 2002), além de impulsionar a exploração de seu corpo a novas descobertas e sensações.

Outra convergência aparece quando realizada uma leitura mais apressada: as duas apontam para uma direção comum e, num primeiro olhar, a tônica recai na autodestruição. Entretanto, ao nos debruçarmos sobre os casos, as questões vão adquirindo novos contornos e outras vias de compreensão vão se abrindo. Conforme vimos com Le Breton, apesar do caráter destrutivo presente nas práticas autolesivas, o autor é enfático ao sustentar a prática como um recurso necessário para lidar com o que há de insuportável em si. Como já anunciado no primeiro capítulo, também para Ferenczi (2011 [1926]), a autodestruição apresenta-se como uma função vital, movimento de devir no qual, a partir da destruição, torna-se possível criar novas formas de existência.

Por fim, cabe ressaltar, com a noção de Eu-pele, a ampliação das formulações freudianas acerca da importância das experiências sensoriais na emergência da constituição psíquica. Ademais, Anzieu desenvolve a concepção de pele como envoltório que, além de envolver e

limitar os contornos do corpo, protege e fornece a percepção de externo e interno, de diferenciação eu/não eu. Como apresentado por meio dos exemplos das pesquisas realizadas pelo NEPECC, esse processo de diferenciação a partir da construção de uma pele comum entre mãe e bebê (ANZIEU, 1989), do processo de constituição de uma unidade corporal, estão estreitamente imbricados na problemática narcísica do início da vida. Ocorre que, quando esse processo não ocorre de modo satisfatório, seja pela ausência seja pela intrusão maciça do outro, as consequências podem ser desastrosas, ocasionando entraves na formação dos vínculos e nas relações objetais. Nos casos de autolesão, essa problemática parece se manifestar por meio do ataque à própria pele, o que na perspectiva de Le Breton e Ferenczi, coadunam na direção da sobrevivência a despeito de seu caráter destrutivo.

Essa paradoxal combinação de autopreservação e autodestruição possui um valor operatório na clínica contemporânea atual. A noção indica de maneira simples e precisa o que está em jogo nas doenças psicossomáticas, no pânico ou nas compulsões, não dando margem à repulsa moralista que costuma imperar diante dos funcionamentos autodestrutivos (GONDAR, 2017, p. 144).

Nessa esteira, o tópico final deste capítulo visa à discussão em torno da possibilidade de marcas sensoriais muito primitivas estabelecerem alguma ligação com os cortes praticados na autolesão. Assim, propomos duas vias de entendimento, a primeira, já esboçada anteriormente, remete aos cortes como tentativa de configurar as bordas de um corpo mal definido. Diante da ameaça narcísica, o recurso aos cortes emerge como uma saída com vistas a algum nível de integração. Outra via, traz justamente a possibilidade de os cortes estarem a serviço da atualização de registros sensoriais primitivos. Esta última será melhor explorada nas formulações a seguir.

3.4 Corpo, dor e sensorialidade

Não à toa, expressões como “à flor da pele”, “sentir na pele”, são utilizadas com a intenção de falar de sensações que brotam na superfície da pele, algo que sai pelos poros. De modo geral, são expressões que remetem à sensorialidade. Com suporte no postulado freudiano de que o envoltório psíquico tem sua origem no envoltório corporal, Tostes (2005) sinaliza que as experiências corporais podem ser decodificadas pela dimensão tátil, “o *sentir na própria pele* é um modo de ser que informa e orienta, fazendo com que o processo subjetivo seja resultado de um longo aprendizado que se dá, primordialmente, à flor da pele” (TOSTES, 2005, p. 54, grifos da autora).

Consoante esse entendimento, ao longo deste capítulo, temos buscado balizadores que nos possibilitam ampliar a compreensão em torno dos processos que marcam o início da vida psíquica. No intuito de trazer à luz conceitos que possam auxiliar no entendimento em relação à pele, órgão sensorial alvo das práticas autolesivas, buscamos importantes figuras clínicas da psicanálise, desde Freud até a contemporaneidade. Com efeito, a partir das noções de corpo, dor e sensorialidade, apreendemos que a autolesão pode expressar-se de diferentes formas, dentre elas vale destacar os cortes como um retorno às experiências mais arcaicas do sujeito.

Antes de prosseguirmos com o objetivo deste tópico, a fim de evitar qualquer confusão terminológica, precisamos marcar que em nossa abordagem estamos utilizando a noção de sensorialidade referida a “conjuntos de experiências psíquicas que se expressam em torno dos órgãos dos sentidos” (ARAGÃO, 2018, p. 14). Dito isso, consideramos fundamental marcar o que das primeiras impressões sensoriais se atualiza na autolesão, em particular com a prática de se cortar, ato que, ao romper a derme parece não só romper com a pele enquanto elemento orgânico, mas fundamentalmente apontar para um retorno às primeiras impressões sensoriais. Impressões estas que sustentam os processos de constituição psíquica e de subjetivação.

Nessa tomada, primeiramente buscamos engendrar uma articulação com o que Freud denomina de distúrbio da sensibilidade e o papel sensorial a que estamos dando ênfase nos estudos da autolesão. Freud (2006 [1888]), em seus primeiros escritos, no período conhecido como pré-psicanalítico, apresenta a sintomatologia da histeria observada sob a forma de dores, paralisias ou alterações da sensibilidade. Todas as expressões sintomáticas aludidas figuravam como inexplicáveis pelo modelo neuroanatômico. Ademais, os limites do campo representacional já estavam presentes em seus ensaios iniciais.

No capítulo anterior, apresentamos a crítica de David-Ménard (2000) à dualidade entre psíquico e corporal. A autora defende que, desde os estudos sobre a histeria, as formulações sobre a descoberta do inconsciente encontram-se articuladas estreitamente com a importância do corpo erógeno. Em sua leitura, Freud rompe com o dualismo corpo e mente já nas formulações em torno da conversão histérica.

Voltando ao nosso objetivo de investigar, nesse período inicial do edifício teórico da psicanálise, elementos que nos auxiliem na compreensão do sensorial na temática da autolesão, daremos relevo mais especificamente às noções de anestesia e de hiperestesia. Ao teorizar sobre a anestesia, Freud afirma que esta pode afetar ossos, músculos, nervos e órgãos dos sentidos, porém, com maior frequência acomete a pele. Acrescenta ainda o caso da anestesia histérica da

pele, na qual ”todas as diferentes espécies de sensações da pele podem ser dissociadas e comportar-se de forma muito independente umas das outras” (FREUD, 2006 [1888], p. 80).

Mais adiante, em um artigo denominado *Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas* (2006 [1893]), Freud volta a abordar o distúrbio da sensibilidade. Neste estudo, ao apontar as diferenças encontradas nas neuroses e na sintomatologia orgânica, chama a atenção para a frequência com que se depara com a anestesia ou analgesia histérica de modo mais intenso justamente quando não há lesão orgânica. Com efeito, nos fenômenos autolesivos, podemos reconhecer, a partir de alguns trabalhos citados no primeiro capítulo, que muitos sujeitos relatam não sentir dor ao produzir os cortes na pele. Então, se Freud discorre sobre os distúrbios de sensibilidade, indicando um tipo de sofrimento no qual parece que a sensação de dor física ou psíquica, está ausente, podemos inferir, através do possível silenciamento da dor, uma aproximação entre o corpo da autolesão e o corpo da histeria.

Com relação à hiperestesia, ao apresentar o caso Schreber, Freud sinaliza a hiperestesia como “grande sensibilidade à luz e ruídos” (FREUD, 2006 [1911], p. 24). Na psicopatologia podemos encontrar a hiperestesia no eixo da classificação das alterações quantitativas de sensopercepção, sob a seguinte definição: estado em que as percepções encontram-se anormalmente aumentadas (DALGALARRONDO, 2000).

Podemos encontrar relevante contribuição acerca da noção de hiperestesia com Ferenczi, no artigo intitulado *Reflexões psicanalíticas sobre os tiques* (2011 [1921]). Sem desconsiderar a importância de seus estudos sobre os tiques e as estereotipias, por já o termos abordado anteriormente, por agora iremos focar na questão da hipersensibilidade. Sucintamente, interessa-nos marcar de saída o fato de que Ferenczi compreende os tiques sob o ângulo do narcisismo, diferentemente dos demais sintomas neuróticos. Em aproximação às suas próprias formulações sobre as origens do que denomina “narcisismo de doença”, Ferenczi elenca três condições possíveis de acarretar a fixação da libido a determinado órgão. Dentre elas, vale destacar a última em que indica que uma lesão de uma parte do corpo, por menor que seja, pode atingir o Eu por inteiro. Consoante essa condição, sugere a seguinte hipótese:

de que a hipersensibilidade dos portadores de tiques, sua incapacidade para suportar uma excitação sem reação de defesa, poderia constituir o motivo de suas manifestações motoras e, por conseguinte, dos próprios estereótipos e tiques; ao passo que a hiperestesia, que pode ser localizada ou generalizada, seria apenas a expressão do narcisismo, do profundo apego da libido ao próprio indivíduo, ao seu corpo ou a uma das partes deste” (FERENCZI, 2011 [1921], p. 84-85).

Além de apresentar a hiperestesia como expressão do narcisismo, Ferenczi marca seu caráter de urgência e sua demasiada intensidade, a qual justifica que esteja mais propensa à liquidação por meio da convocação do próprio corpo, mais especificamente pela descarga motora (FERENCZI, 2011 [1921]). Em suma, a tese sustentada pelo autor é a de que o tique teria por base uma hipersensibilidade a alguma excitação excessiva anterior e viria a se expressar como um recurso defensivo a essa sensação com o objetivo de eliminá-la.

Nesse contexto, Ferenczi acrescenta a existência de quatro modalidades defensivas para lidar com a dor. É importante sinalizar que o autor as considera como protótipos de uma série de tiques. A primeira consiste na fuga da dor. A segunda consiste no ataque a o que provoca essa dor. A terceira está referida ao recurso de voltar a agressão contra si próprios. Especificamente nesta modalidade, Ferenczi inclui os tiques de coçar e de infligir dor a si mesmo. Por último, o quarto recurso consiste na flexibilidade cérea.

Precisamos pontuar aqui a analogia indicada por Ferenczi entre a terceira modalidade de descarga motora e a autotomia, noção que já fora apresentada anteriormente quando indicamos uma aproximação com o fenômeno da autolesão. Ao desprender-se de uma parte do corpo por dor ou por alguma irritação excessiva, ou diante de algum perigo iminente, certos animais agem com o propósito de salvar a própria vida. Nos tiques, a reação agressiva contra si mesmo visa afastar algum estímulo ou excitação dolorosa. Ao traçar essa relação, Ferenczi (2011 [1921]) sublinha:

Encontra-se a mesma tendência de separar-se das partes do corpo que se tornaram fontes de desprazer no reflexo normal de coçar, em que se manifesta com clareza o desejo de eliminar, raspando-a, a parte da epiderme submetida à excitação, assim como as tendências dos catatônicos para a automutilação e certas tendências de numerosos portadores de tiques para representar ações automáticas de modo simbólico (FERENCZI, 2011 [1921], p. 99).

As contribuições das formulações sobre os tiques e a noção de autotomia vêm corroborar a premissa, apontada anteriormente pela articulação entre Le Breton, Ferenczi e Menninger, da autolesão como uma prática que visa à preservação da vida.

Convém retomar alguns aspectos abordados no capítulo anterior, os quais coadunam com a hipótese que buscamos sustentar trazendo a sensorialidade para o centro das discussões em torno da temática da autolesão. Com Freud (2006 [1914], 2006 [1923]), vimos que a dor tem expressão relevante no corpo, uma vez que a própria noção de corpo inclui a dor em uma dimensão de informe. Nessa direção, se a dor pode sinalizar a noção do corpo próprio, podemos entender a autolesão, em sujeitos para o qual a existência cambaleia, como um modo de mapear

esse corpo. Nesse aspecto, uma vez que o corte permite sentir-se vivo, pode-se marcar a insistência nas repetições desses cortes, uma vez que necessitam provar-se constantemente. Ademais, Freud sustenta que na dor física há um forte investimento narcísico no local dolorido do corpo, agindo sobre o Eu de forma esvaziadora. Por essa via de entendimento, o ataque à pele pode indicar um modo de substituir uma dor por outra, a ferida pode atuar como distração a um sofrimento insuportável.

Considerando esse imbricamento entre corpo e dor, trouxemos à discussão o contraponto entre a anestesia e a hiperestesia, a partir do que se distinguiu a anestesia – justamente como uma insensibilidade à dor – da hiperestesia – como um estímulo sensorial demasiado em alguma parte do corpo, que pode acarretar dor.

Também as conceituações de Freud (2006 [1923]) sobre o Eu-corporal, e de Anzieu (1989) sobre o Eu-pele e os envoltórios psíquicos acrescentam aspectos fundamentais na compreensão da autolesão. Ora, se na origem tudo se passa no corpo e pelo corpo, desde os primeiros cuidados até a constituição da unificação corporal a partir do reconhecimento dos limites entre sujeito e objeto, podemos inferir na autolesão uma insistência em marcar o corpo como tentativa de ressignificação das primeiras sensações advindas de elementos formadores da vida psíquica. Nesse caso, os cortes, vistos como recurso sensorial, poderiam apontar a fragilidade dos contatos estabelecidos nos primórdios do processo de subjetivação.

Complementando esse pensamento, Ciccone (2011) discorre sobre o modo como os bebês apreendem o mundo. Nesse contexto, o autor sustenta que as impressões fixadas pela experiência nessa fase da vida não desaparecem, nem mesmo se transformam completamente na vida adulta, permanecendo lado a lado com outras formas de compreender a si mesmo e aos outros. Depreende-se desse argumento a premissa de que existe uma dimensão do arcaico – presente no infantil – que será sempre atual além de atuante. Desse modo, podemos inferir a autolesão também como um modo de resgate dessas experiências sensoriais mais precoces.

Nesse sentido, podemos acrescentar as contribuições de Fontes (2002) acerca de suas teorizações sobre a memória corporal. A ideia central de seu desenvolvimento consiste na premissa de que essa memória estaria vinculada, necessariamente, a fragmentos e a sensações da mais tenra infância. Acrescenta ainda que, por constituírem-se em experiências vividas em um registro sensorial, em um período anterior à aquisição da linguagem verbal, podem ser rememoradas unicamente pelo corpo. Encontramos nessa assertiva mais um argumento em sintonia com a ideia de que os cortes parecem evocar sensações impressas a partir da atividade sensorial de períodos muito precoces. Além disso, vale ressaltar a proximidade da autolesão

com a problemática narcísica, uma vez que envolve sujeitos que parecem carecer de recursos que lhes assegurem a existência, sujeitos que estão permanentemente em busca de sentir-se vivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando digito a primeira palavra, o sangue ainda mancha os dentes da boca do meu braço. Das bocas todas do meu braço. Depois da primeira palavra não me corto mais. Eu agora sou ficção. Como ficção eu posso existir (BRUM, 2011, p. 1).

Como foi possível constatar, ao longo desse percurso, a autolesão constitui-se como uma problemática que comporta inúmeras incógnitas, visto que se situa no entrecruzamento das elaborações teóricas, impondo dificuldades e paradoxos em seu entendimento e, conseqüentemente, em seu tratamento. Assim como nas patologias narcísicas, nos funcionamentos limites, drogadições, bulimias e falso self, também a autolesão apresenta-se como uma organização de difícil enquadre no paradigma teórico da neurose clássica. Um fenômeno em que a falta de consenso contempla não apenas as terminologias e descrições, mas, fundamentalmente, a pluralidade presente no discurso dos sujeitos que o praticam, identificada tanto por meio das variações no modo como a prática se realiza, como pelos fatores precipitantes indicados por cada um. Diante dessa disparidade, por vezes tivemos a impressão de estar lidando com fenômenos distintos, o que implicou em certa dificuldade na compreensão do fenômeno.

Aliado a isso, acrescentamos o fato de que apesar de a autolesão ser considerada um fenômeno muito antigo, constatou-se que a prática do corte, dissociada de outros quadros clínicos como a psicose, o transtorno de personalidade borderline e a intenção suicida, parece ser um fenômeno aparentemente novo que vem ganhando espaço nos mais variados ambientes, sobretudo no ambiente escolar. Um exemplo desse aumento pode ser notado, nas grandes cidades, pela circulação de adolescentes e adultos jovens usando vestimentas compridas – na intenção de cobrir as marcas deixadas pelos cortes – mesmo em dias de temperatura elevada. Outra novidade relevante neste fenômeno consiste no compartilhamento das experiências com a prática autolesiva na internet.

Como vimos com algumas pesquisas realizadas por meio da análise de relatos publicados em plataformas virtuais, a internet, constitui-se em ferramenta de grande relevância para a compreensão do fenômeno na atualidade. Mesmo porque, por tratar-se de uma prática que não tem aceitação social, frequentemente é mantida em segredo. A esse argumento, soma-se ainda, a constatação referente à ausência de um discurso da autolesão na clínica contemporânea, pois, na maioria dos casos, qualquer menção aos cortes, quando aparece, costuma ser subjacente a outras queixas. São raros os sujeitos que procuram tratamento em

virtude de se cortar e, frequentemente, quando ocorre, é pela intervenção de terceiros, sejam pais ou professores.

Nesta tese, portanto, não houve pretensão de definir um estatuto único à autolesão, ao contrário, diante da heterogeneidade inerente ao fenômeno, buscamos justamente apresentar suas várias facetas a partir das diferentes leituras utilizadas neste estudo. Nessa esteira, consideramos pertinente delinear uma rápida recapitulação da discussão empreendida. No primeiro capítulo apresentamos um panorama em torno dos diversos entendimentos existentes sobre a autolesão. Pelo olhar da Antropologia pudemos apreender o fenômeno a partir de uma visada mais ampla, a qual reconhece o ato de se cortar como um recurso encontrado pelo sujeito diante dos impasses e sofrimentos da vida.

Além disso, o discurso antropológico destoa largamente do discurso psiquiátrico, uma vez que sua ênfase recai fortemente na assertiva de que a autolesão, a despeito do caráter destrutivo presente em suas diversas modalidades, estaria atuando a serviço da conservação da vida. Tal perspectiva foi identificada também com as contribuições de Ferenczi, sobretudo com o conceito de autotomia.

De acordo com a leitura da Psiquiatria, podemos inferir que, frequentemente associada com diversos quadros clínicos, a autolesão não se constitui em um transtorno psiquiátrico, nem mesmo se enquadra em uma categoria nosográfica específica. Como visto ao longo das (re)edições do DSM, a autolesão comparece como sintoma em categorias como transtorno de personalidade borderline, transtornos depressivos, distúrbios alimentares, dentre outros. Entretanto, na última versão do DSM consta uma proposta de estudos que indica uma possibilidade de o fenômeno da autolesão agregar uma nova categoria psiquiátrica ao referido manual, ampliando o leque dos transtornos já existentes.

Uma vez que nossa proposta esteve distante de aprofundar essa perspectiva reducionista, buscamos focar que o estudo da autolesão demanda um olhar plural, visando uma abertura em direção às suas especificidades e particularidades. Dito isto, consideramos pertinente acrescentar algumas considerações para além do que já foi abordado no primeiro capítulo. Tais acréscimos referem-se à importante discussão da nosologia psiquiátrica e psicanalítica em relação à normatização da saúde e principalmente com referência ao rigor classificatório preestabelecido pelos referidos manuais. Em nosso ponto de vista, tal interlocução constitui-se necessária à análise do fenômeno, visto que abordar tal questão sem cair em uma perspectiva patologizante é um dos desafios a que nos lançamos.

Nossa leitura não se restringiu em apresentar uma crítica ao rigor diagnóstico evidente no discurso psiquiátrico, mas, sobretudo, afirmar uma posição por uma visada mais arejada, que priorize a subjetividade, no sentido de que na autolesão parece haver algo que escapa, que é de outra ordem. Ora, categorizar a autolesão em determinado transtorno ou classificação nosográfica não faria senão restringir nossas possibilidades de compreensão do fenômeno, dadas suas múltiplas formas de expressão e diversidade clínica. E é nesse sentido que a identificamos como um fenômeno transnosográfico, pois não se restringe a nenhuma estrutura clínica isolada.

Na sequência, apresentamos uma pesquisa em torno das produções brasileiras de referencial psicanalítico. Constatamos que, apesar da ausência de noções e conceitos que abarquem o fenômeno da autolesão em sua complexa dimensão na trama freudiana, já de início Freud nos aponta a possibilidade de haver uma tendência à autodestruição, inclusive em pessoas que não se envolvem em práticas autolesivas, mesmo que inconscientemente. Com efeito, mesmo Freud avançando nas teorizações em torno da autolesão, podemos afirmar que ele erigiu um edifício teórico por meio do qual encontramos ordenadores capazes de sustentar uma maior compreensão acerca do fenômeno. Desse modo, com a finalidade de esboçar que também na psicanálise encontramos uma leitura plural acerca da temática da autolesão, organizamos a apresentação do viés psicanalítico em torno de quatro ordenadores: corpo, narcisismo, trauma e dor.

Considerando o entendimento de que não existe um único modelo teórico que possa dar conta de um fenômeno tão complexo, demos continuidade às nossas formulações trazendo alguns recortes do arcabouço teórico-conceitual da dor. Fundamentalmente, o objetivo dessa exposição consistiu em estabelecer alguns pontos de contato e de discordância entre algumas hipóteses, encontradas nos diferentes discursos que se propuseram a teorizar sobre a temática da autolesão e o desenvolvimento da noção de dor em Freud e seus comentadores.

A partir dos estudos que privilegiaram a dimensão da dor como ordenador central, identificamos duas vias de entendimento. A primeira indicou a possibilidade de uma dor física ser autoprovocada com a finalidade de atenuar uma dor psíquica, muitas vezes considerada insuportável (FORTES; KOTHER, 2017). A outra via refere-se à dor como sinal de existência do corpo próprio (PINHEIRO, 2012; CARDOSO; DEMANTOVA; MAIA, 2016). Trata-se de uma dor que possibilita ao sujeito apropriar-se de sua existência. Tal leitura aproxima-se de modo muito significativo com a hipótese que buscamos sustentar no imbricamento entre dor e corpo no fenômeno da autolesão.

Consoante essa hipótese, além do modelo teórico da dor, buscamos sustentação na noção de corpo postulada por Freud em seus estudos sobre a histeria. Resgatar essas noções do período considerado pré-psicanalítico para pensar um fenômeno tão atual justificou-se, sobretudo, pela presença evidente da dimensão corpórea nos sofrimentos contemporâneos, em especial na autolesão. Sendo assim, buscamos, por meio dos registros do corpo erógeno, do corpo do narcisismo e do Eu-corporal, resgatar noções como as de erogeneidade, sensorialidade e superfície, tão caras à compreensão de um fenômeno que age predominantemente no corpo, por meio de cortes autoinfligidos.

Somado a essas noções, apresentamos as teorizações de Anzieu (1989) em torno do conceito de Eu-pele, o qual, ao ser apresentado como uma metáfora, evidencia o elo entre o psiquismo e o corpo e, fundamentalmente, sustenta sua função de contenção psíquica. A pele, entendida como lugar de troca com o mundo, serve de analogia para Anzieu explicar a organização do aparelho psíquico, ampliando a compreensão do Eu-pele como superfície de inscrição dos traços originados das primeiras experiências sensoriais. Além disso, o autor localiza a pele como lugar de excelência por onde se constroem as experiências e as marcas subjetivas. Em articulação com a primeira pesquisa realizada pelo NEPECC, pudemos identificar uma aproximação entre as teorizações freudianas sobre o corpo, o conceito de Eu-pele e a problemática narcísica. Ademais, cabe destacar que a questão da constituição psíquica, banhada pelas experiências sensoriais vivenciadas pelo corpo, sobressai nessa articulação.

Por essa via de entendimento, reiteramos que nosso objetivo ao percorrer essas noções foi compreender a relevância do corpo, em especial da pele, na dinâmica da autolesão. Se aprendemos com Freud (2006 [1923]) que no início de tudo somos corpo e é pela dimensão corporal que nos constituímos, podemos esboçar uma relação entre os cortes autoprovocados e as primeiras impressões registradas no processo de subjetivação. Diante disso, foi possível marcar uma aproximação com a problemática narcísica, uma vez que os cortes parecem funcionar como meio de atualização das impressões registradas a partir da atividade sensorial de períodos muito precoces. Outra aproximação possível refere-se à possibilidade de os cortes constituírem-se como recurso sensorial ao permitir ao sujeito constatar, não só a concretude do corpo próprio, mas, sobretudo, restaurar algum nível de integração, visto que necessitam constantemente uma prova que lhes assegure a sensação de si.

Por fim, é premente apontar as limitações deste trabalho, uma vez que compreendemos a autolesão como um fenômeno complexo que abarca variadas modalidades de expressão. Sendo assim, a partir do presente estudo abrem-se outras possibilidades de entendimento.

Ademais, inserir uma reflexão em torno do lugar ao qual estamos situando a autolesão nessa discussão constitui-se fundamental no sentido de marcar uma postura que a reconhece como expressão, como um recurso para lidar com o sofrimento. Incluir a autolesão como uma prática que destoa do que se chama de “normatividade” não a coloca no espectro oposto da normalidade, como algo patológico, mas na perspectiva de uma expressão subjetiva.

Dito isso, apesar de apontarmos uma aproximação com a problemática narcísica, ressaltamos o entendimento de que a autolesão não está inserida em uma estrutura clínica específica. Desse modo, pode-se identificar a autolesão, sobretudo, como uma solução encontrada pelo sujeito para lidar com as demandas que lhe acossam, sejam elas internas ou sociais. Com efeito, apesar da heterogeneidade reconhecida a partir das diferentes abordagens utilizadas nesta tese, importa salientar que, em nosso entendimento, o olhar sobre o fenômeno da autolesão, a despeito do contexto, deve manter-se atento às pequenas variações identificadas em suas várias expressões.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, Alberti, S. **Esse sujeito adolescente**. 3. ed. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2009.

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

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

ANZIEU, D. **O Eu-pele**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.

ARAGÃO, R. O. A sensorialidade e os processos de subjetivação. **Primórdios**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 5, p. 13-23, 2018.

ARCOVERDE, R.L. **Autolesão e produção de identidades**. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2013.

ASSOUN, P.-L. **Metapsicologia freudiana: uma introdução**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

AUDINO, T. **O imperativo da felicidade na contemporaneidade**. 2015. Dissertação (Mestrado em Teoria Psicanalítica). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

AUTOEROTISMO. *In*: LAPLANCHE, J; PONTALIS, J. B. **Vocabulário de Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2001. p. 47-50.

ÁVILA, L. A. Isso dói – dor e sofrimento em Freud e Groddeck. **Psicanálise – Revista da SBPdePA**, v. 18, n. 1, p. 87-102, 2016.

BASTOS, L.A.M. **Eu-corpando: o ego e o corpo em Freud**. São Paulo: Escuta, 1998.

BARRAULT, C. **L'adolescence à fleur de peau: se couper pour exister**. 2005. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculté de Médecine, Université Henri Poincaré, Nancy 1, 2005.

BARRETO, M. L. B. (). Sobre a experiência de dor. **Letra Freudiana** [100 anos do projeto freudiano], Rio de Janeiro, ano XIV, n. 15, p. 19-25, 1995.

BEZERRA JR., B. **Projeto para uma psicologia científica: Freud e as neurociências**. 1. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

BIRMAN, J. Subjetividades contemporâneas. *In*: BIRMAN, J. **Arquivos do mal-estar e da resistência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

BIRMAN, J. **O sujeito na contemporaneidade**: espaço, dor e desalento na atualidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

BRANDÃO JR., P. M. C.; CANAVÊZ, F. O corpo na contemporaneidade: notas preliminares sobre a prática de autolesão em adolescentes. **Analytica**, São João del-Rei, v. 7, n. 13, p. 179-191, jul./dez. 2018.

BRUM, Eliane. **Uma duas**. São Paulo: Leya, 2011.

CÂMARA, L.; CANAVÊZ, F. Contribuições de Sándor Ferenczi para o fenômeno da autolesão. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 57-76, 2020.

CARDOSO, M. R.; DEMANTOVA, A. G.; MAIA, G. D. C. S. Corpo e dor nas condutas escarificatórias na adolescência. **Estudos de Psicanálise**, Belo Horizonte, n. 46, p. 115-124, 2016.

CEDARO, J. J.; Nascimento, J. P. G. Dor e Gozo: relatos de mulheres jovens sobre automutilações. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 203-223, 2013.

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

CLAES, L. et al. The affect-regulation function of nonsuicidal self-injury in eating-disordered patients: which affect states are regulated?. **Comprehensive Psychiatry**, v. 51, n. 4, p. 386-392, 2010.

COELHO-JUNIOR, N. Da intercorporeidade à co-corporeidade: elementos para uma clínica psicanalítica. **Revista Brasileira de Psicanálise**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 1, p. 51-60, 2010.

CONRAD, P. Medicalization and social control. **Annual Review of Sociology**, n. 18, p. 209-32, 1992.

COSTA, A. **Tatuagem e marcas corporais**: atualizações do sagrado. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

COSTA, J. F. **O vestígio e a aura**: corpo e consumismo na moral do espetáculo. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2004.

CUBRIA, A. C. **Ver e ser visto**: um estudo psicanalítico sobre a documentação visual do cotidiano. 2018. Dissertação (Mestrado em Teoria Psicanalítica) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2000.

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

DARGENT, F. Corps scarifié, adolescence marquée. **Revue Française de Psychosomatique**, Paris, n. 38, p. 131-143, 2010.

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

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

DINAMARCO, A. V. **Análise exploratória sobre o sintoma de automutilação praticada com objetos cortantes e/ou perfurantes, através de relatos na internet por um grupo brasileiro que se define como praticante de automutilação**. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

DOR. *In*: FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

DOUVILLE, O. L'automutilation, mise en perspectives de quelques questions. **Champ Psy**, Nogent-sur-Oise, v. 36, n. 4, p. 7-24, 2004.

FAVAZZA, A. R. The coming of age of self-mutilation. **Journal of Nervous and Mental Disease**, Baltimore, v. 186, n. 5, p. 259-268, 1998.

FERENCZI, S. As Patoneuroses. *In*: FERENCZI, S. **Psicanálise II**. Obras completas. São Paulo: Martins Fontes, 2011 [1919]. p. 291-300.

FERENCZI, S. Reflexões psicanalíticas sobre os tiques. *In*: FERENCZI, S. **Psicanálise III**. Obras completas. São Paulo: Martins Fontes, 2011 [1921]. p. 81-112.

FERENCZI, S. A “materialização” no globus hystericus. *In*: FERENCZI, S. **Psicanálise III**. Obras completas. São Paulo: Martins Fontes, 2011 [1923]. p. 211-212.

FERENCZI, S. O problema da afirmação do desprazer (Progressos no conhecimento do sentido de realidade). *In*: FERENCZI, S. **Psicanálise III**. Obras completas. São Paulo: Martins Fontes, 2011 [1926]. p. 431-444.

FERENCZI, S. A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. *In*: FERENCZI, S. **Psicanálise IV**. Obras completas. São Paulo: Martins Fontes, 2011 [1929].

FERENCZI, S. Confusão de língua entre os adultos e a criança. *In*: FERENCZI, S. **Psicanálise IV**. Obras completas. São Paulo: Martins Fontes, 2011 [1933].

FERNANDES, M. H. **Corpo**. Coleção Clínica Psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

FERNANDES, M. H. As relações entre o psíquico e o somático: o corpo na clínica psicanalítica. *In*: GARCIA, C. A.; CARDOSO, M. (org.). **Limites da clínica: clínica dos limites**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud/FAPERJ, 2011. p. 47-62.

FERREIRA, V. S. Tatuagem, body piercing e a experiência da dor: emoção, ritualização e medicalização. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 231-248, 2010.

FERREIRA, J. C. **Mensagens sobre escarificações na Internet**: um estudo psicanalítico. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2014.

FONTES, I. **Memória corporal e transferência**: fundamentos para uma psicanálise do sensível. São Paulo: Via Lettera, 2002.

FORTES, I. O sofrimento na cultura atual: hedonismo versus alteridade. *In*: PEIXOTO JR., C. A. (org.). **Formas de subjetivação**. Rio de Janeiro: Contra-capá, 2004. p. 69-93.

FORTES, I. A psicanálise face ao hedonismo contemporâneo. **Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 9, p. 29-40, 2009.

FORTES, I. A dimensão do excesso: Bataille e Freud. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 9-22, 2010.

FORTES, I. **A dor psíquica**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2012.

FORTES, I. A dor como sinal da presença do corpo. **Tempo Psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 45, n. I, 2013, p. 287-301, 2013.

FORTES, I.; KOTHER, M. Automutilação na adolescência – rasuras na experiência de alteridade. **Psicogente**, Barranquilla, v. 20, n. 38, p. 353-367, 2017.

FREIRE, A. B. **O corpo e suas vicissitudes**. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2013.

FREUD, S. Projeto para uma psicologia científica. *In*: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 2006 [1895].

FREUD, S. Estudos sobre a histeria. *In*: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. vol. II. Rio de Janeiro: Imago, 2006 [1893-1895].

FREUD, S. Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas. *In*: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 2006 [1893].

FREUD, S. Sobre a psicopatologia da vida cotidiana. *In*: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. vol. VI. Rio de Janeiro: Imago, 2006 [1901].

FREUD, S. Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade. *In*: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 2006 [1905].

FREUD, S. Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância. *In*: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. vol. XI. Rio de Janeiro: Imago, 2006 [1910].

FREUD, S. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia. *In*: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 2006 [1911].

FREUD, S. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. *In*: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 2006 [1914].

FREUD, S. Os instintos e suas vicissitudes. *In*: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 2006 [1915a].

FREUD, S. Repressão. *In*: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 2006 [1915b].

FREUD, S. Além do princípio do prazer. *In*: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 2006 [1920].

FREUD, S. O ego e o id. *In*: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 2006 [1923].

FREUD, S. O problema econômico do masoquismo. *In*: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 2006 [1924].

FREUD, S. Inibição, sintoma e ansiedade. *In*: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 2006 [1926].

FREUD, S. O futuro de uma ilusão. *In*: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 2006 [1927].

FREUD, S. Algumas lições elementares de psicanálise. *In*: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 2006 [1940].

GARCIA-ROZA, L. A. **Freud e o inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

GAUTHIER, M. Automutilation et autoérotisme. **Topique**, Paris, v. 99, n. 2, p. 51-59, 2007.

GIUSTI, J. S. **Automutilação**: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. 2013. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

GOMES, B. C. S. **A medicalização a partir da autolesão**. 2019. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

GONDAR, J. A compulsão à repetição como atividade criadora: Ferenczi com Christoph Türcke. *In*: REIS, E. S.; GONDAR, J. (org.). **Com Ferenczi: clínica, subjetivação, política**. Rio de Janeiro: 7Letras, 2017. p. 141-152.

GREEN, A. **O discurso vivo: a conceituação psicanalítica do afeto**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 151-161, 2007.

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**, Lisboa, v. 31, n. 2, p. 204-213, 2013.

JATOBÁ, M. M. V. **O ato de escarificar o corpo na adolescência: uma abordagem psicanalítica**. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

LANG, C. E.; BARBOSA, J. F.; CASELLI, F. R. B. Subjetividade, corpo e contemporaneidade. XV Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social – ABRAPSO, Maceió, 2009. **Anais [...]**. Maceió: ABRAPSO, 2009. p. 236-244.

LAZZARINI, E. R.; VIANA, T. C. O corpo em Psicanálise. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 457-470, 2006.

LE BRETON, D. **Adeus ao corpo: antropologia e sociedade**. Campinas, SP: Papyrus, 2003.

LE BRETON, D. Les scarifications comme actes de passage. **L'Information Psychiatrique**, Arcueil, v. 82, n. 6, p. 475-480, 2006.

LE BRETON, D. **Compreender a dor**. Portugal: Estrela Polar, 2007.

LE BRETON, D. **A sociologia do corpo**. Petrópolis: Vozes, 2009.

LE BRETON, D. Escarificações na adolescência: uma abordagem antropológica. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 16, n. 33, p. 25-40, 2010.

LE BRETON, D. (2012). O risco deliberado: sobre o sofrimento dos adolescentes. **Política & Trabalho – Revista de Ciências Sociais**, João Pessoa, v. 37, p. 33-44, 2012.

LINDENMEYER, C. Qual é o estatuto do corpo na psicanálise? **Tempo Psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 2, p. 341-359, 2012.

MACHADO, R. N; WINOGRAD, M. A importância das experiências táteis na organização psíquica. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 462-475, 2007.

MANO, B. C. B. **Clínica do continente**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

MEIRELES, Cecília. Rimance. *In*: MEIRELES, Cecília. **Viagem**: Poesia 1929-1937. Lisboa: Editorial Império, 1939.

MENNINGER, K. **Eros e Tântatos**: o homem contra si próprio. São Paulo, SP: Ibrasa, 1970 [1938].

NASIO, J-D. **O livro da dor e do amor**. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

NUNES, M. R. **O sensorial nos primórdios da vida psíquica**: “testemunhos” do encontro com o outro. 2012. Dissertação (Mestrado em Teoria Psicanalítica) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm**. Genebra, 2016.

PACHECO-FERREIRA, F.; HERZOG, R. Para introduzir o narcisismo... cem anos depois. *In*: HERZOG, R.; PACHECO-FERREIRA, F. (org.). **De Édipo a Narciso**: a clínica e seus dispositivos. Rio de Janeiro: Cia de Freud; Brasília, DF: CAPES/PRODOC, 2014. p. 9-22.

PARABONI, P. **Dor física crônica**: uma reflexão psicanalítica. 2010. Dissertação (Mestrado em Teoria Psicanalítica) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

PESSOA, Fernando. Poema em linha reta. *In*: PESSOA, Fernando. **Tabacaria e outros poemas**. Clássicos de Ouro. Seleção dos textos por Maura Sardinha. Rio de Janeiro: Ediouro, 1996.

PETERSON, J. *et al.* Nonsuicidal self injury in adolescents. **Psychiatry (Edgmont)**, v. 5, n. 11, p. 20, 2008.

PINHEIRO, T. O modelo melancólico e os sofrimentos da contemporaneidade. *In*: VERZTMAN, J.; HERZOG, R.; PINHEIRO, T.; PACHECO-FERREIRA, F. (org.). **Sufrimentos narcísicos**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2012. p. 17-38.

PINHEIRO, T.; VERZTMAN, J. S. As novas subjetividades, a melancolia e as doenças auto-imunes. *In*: PINHEIRO, T. (org.). **Psicanálise e novas formas de subjetivação contemporâneas**. Rio de Janeiro: Contracapa/UFRJ, 2003.

POMMERAU, X. Les violences cutanées auto-infligées à l’adolescence. **Enfances & Psy**, Toulouse, v. 32, n. 3, p. 58-71, 2006.

PONTALIS, J-B. **Fenêtres**. Paris : Gallimard, 2000.

PONTALIS, J-B. Sobre a dor psíquica. *In*: PONTALIS, J-B. **Entre o sonho e a dor**. São Paulo: Ideias & Letras, 2005. p. 265-278.

REIS, E. Auto-erotismo: um vazio ativo na clínica contemporânea. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. VI, n. 2, p. 187-203, jul./dez. 2003.

REISFELD, S. **Tatuajes**: uma mirada psicoanalítica. Argentina: Paidós, 2005.

ROZENTHAL, E. **O ser no gerúndio**: corpo e sensibilidade na psicanálise. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2014.

SALES, J., L., **Corpo e alteridade**: processo de subjetivação. 2013. Dissertação (Mestrado em Teoria Psicanalítica) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

SALES, J. L.; HERZOG, R. O corpo em psicanálise: entre a fragmentação e a ilusória unificação. *In*: HERZOG, R.; PACHECO-FERREIRA, F. (org.). **De Édipo a Narciso**: a clínica e seus dispositivos. Rio de Janeiro: Cia de Freud; Brasília, DF: CAPES/PRODOC, 2014. p. 179-196.

SANTOS, N. A.; RUDGE, A. M. Dor na psicanálise – física ou psíquica? **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 450-468, set. 2014.

SILVA, G. F. **Um estudo sobre as funções da tatuagem e da identificação à luz da psicanálise freudiana**. 2012. Tese (Doutorado em Psicologia), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SIMANKE, R.T. **A formação da teoria freudiana das psicoses**. São Paulo: Loyola, 2009.

TOSTE, J. R.; HEATH, N. L. School response to non-suicidal self-injury. **The Prevention Researcher**, v. 17, n. 1, p. 14-18, 2010.

TOSTES, V. M. C. S. **Do afeto à palavra**: o vivido do corpo na clínica psicanalítica. 2005. Dissertação (Mestrado em Teoria Psicanalítica) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

TURCKE, C. **Sociedade excitada**: filosofia da sensação. Campinas: Unicamp, 2010.

VENOSA, V. S. **O “ato de cortar-se”**: uma investigação psicanalítica a partir do caso Amanda e do caso Catarina. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

VERZTMAN, J.; HERZOG, R.; PINHEIRO, T. Os psicanalistas podem desprezar inteiramente as categorias diagnósticas da psiquiatria? *In*: BIRMAN, J.; FORTES, I.; PERELSON, S. (orgs.) Um novo lance de dados: psicanálise e medicina na contemporaneidade. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2010. p. 145-164.

VERZTMAN, J.; PINHEIRO, T. Corpo, tempo e transferência numa pesquisa clínica. *In*: VERZTMAN, J.; HERZOG, R.; PINHEIRO, T.; PACHECO-FERREIRA, F. (orgs.). **Sofrimentos narcísicos**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2012. p. 49-96.

VERZTMAN, J.; ROMÃO-DIAS, D. Catástrofe, luto e esperança: o trabalho psíquico na pandemia de COVID-19. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 269-290, junho 2020.