

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

DOR E DESEJO À FLOR DA PELE:
UM ESTUDO TEÓRICO-CLÍNICO DA AUTOLESÃO À LUZ DA PSICANÁLISE

ALINE SPACIARI MATIOLI

MARINGÁ

2020

ALINE SPACIARI MATIOLI

DOR E DESEJO À FLOR DA PELE:
UM ESTUDO TEÓRICO-CLÍNICO DA AUTOLESÃO À LUZ DA PSICANÁLISE

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá, como um dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Área de concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade.

Linha de Pesquisa: Psicanálise e Civilização.

Orientadora:

Profa. Dra. Viviana Carola Velasco Martínez

MARINGÁ

2020

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

M433d

Matioli, Aline Spaciari

Dor e desejo à flor da tese : um estudo teórico-clínico da autolesão à luz da psicanálise /
Aline Spaciari Matioli. -- Maringá, PR, 2020.
301 f.

Orientadora: Profa. Dra. Viviana Carola Velasco Martínez.

Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas,
Letras e Artes, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia,
2020.

1. Psicanálise. 2. Autolesão. 3. Ferenczi, Sándor, 1873 - 1933. 4. Trauma. 5. Teoria da
Sedução Generalizada. I. Martínez, Viviana Carola Velasco , orient. II. Universidade
Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de
Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDD 23.ed. 150.195

ALINE SPACIARI MATIOLI

Dor e Desejo à Flor da Pele: um estudo teórico-clínico da autolesão à luz da psicanálise

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Psicologia.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Viviana Carola Velasco Martínez (Presidente)
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Prof. Dr. Paulo José da Costa
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Prof. Dr. Marcos Leandro Klipan
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Profª. Dra. Juliana Baracat
Faculdade de Ensino Superior e Formação Integral - FAEF

Prof. Dr. Marcos Mariani Casadore
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita - UNESP

Suplente:

Profª. Dra. Gláucia Valéria Pinheiro de Brida
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Aprovado em: 02 de junho de 2020.
Defesa realizada por videoconferência.

Dedico a todos os jovens que já se autolesionaram, para
que suas dores sejam testemunhadas e não mais seja
preciso atuá-las.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, professora Dra. Viviana Carola Velasco Martínez, por mais esta oportunidade de crescimento profissional e pessoal, que começou a ser trilhada há alguns anos, quando me aceitou como orientanda no mestrado. Agradeço pela generosidade com que compartilhou sua experiência, conhecimento e paixão pela Psicanálise durante as orientações e nas reuniões do Laboratório de Estudos e Pesquisa em Psicanálise e Civilização (LEPPSIC), pela paciência, respeito e compreensão aos meus limites e dificuldades, bem como por me tranquilizar nos momentos de angústia. Sentirei falta desses momentos.

À professora Dra. Juliana Baracat, a qual, desde o início da tessitura desta tese, dispôs-se a ajudar, seja por meio de sugestões e indicações de leituras, seja por meio do compartilhamento de materiais, assim como pelo entusiasmo em participar desta caminhada.

À professora Dra. Junia de Vilhena pelas valiosas contribuições na banca de qualificação, além da generosidade e leitura atenta.

Ao professor Dr. Paulo José da Costa pelas contribuições teóricas e técnicas, bem como por abrandar as minhas exigências internas, o que tornou possível dar um fim, mesmo que provisório, a esta pesquisa, por compreender que há sempre algo que nos escapa e que continuará como um enigma a traduzir.

Ao professor Dr. Marcos Klipan não apenas pelas ricas contribuições, mas pelo interesse em participar desta caminhada.

Ao professor Dr. Marcos Mariani Casadore por ter aceitado, tão prontamente, fazer parte desta banca, por seu interesse e disposição em ajudar.

Ao professor Dr. Gustavo Adolfo Ramos de Mello Neto pelas observações tecidas durante as reuniões do LEPPSIC, além da capacidade de transmitir a riqueza da Psicanálise e que, já na graduação, tornou-se uma referência importante na minha formação acadêmica. Ouvi-lo, sem dúvida, abriu um caminho de identificação com a Psicanálise.

À professora Dra. Gláucia Valéria Pinheiro de Brida pelo interesse no tema e por ter aceitado participar como suplente.

Aos demais professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPI/UEM) pela dedicação e esforço para melhoria constante do programa, além da secretária Waldéris Aceti, pela disponibilidade e auxílio técnico.

Aos integrantes do LEPPSIC, companheiros de jornada, pela convivência e contribuições prestadas nas reuniões e fora delas, como nas trocas de mensagens e e-mails, em que compartilhamos, além de artigos, livros e ideias que enriqueceram as discussões ora

apresentadas, nossas dúvidas, aflições e momentos de angústia: Maurício Cardoso da Silva Junior, Silvia Marini, Emanuely Jackeliny Pissinati Martins, Fernanda Avelino Vasconcelos, Laís Tainá Ritter Pineli, Luísa Gumiero Dias Gomes, Eduardo José Galli Berlofa e Lorryne Caroline Garcia Silva.

À minha analista, Walderez de Carvalho Abrão, pelo cuidado e presença sensível durante a escrita desta tese e, sobretudo, por ter acreditado na minha capacidade de acolher a dor das pacientes nos momentos em que eu mesma duvidei.

À Me. Maria Alice Andrade pelas supervisões, as quais abriram importantes frentes associativas para a análise das pacientes atendidas.

A Kely, Cris, Maju, Júlia, Carolina, Débora e suas famílias pela confiança e consentimento em compartilhar suas vivências excessivas, sem as quais esta tese perderia em riqueza e profundidade. Sou grata pela oportunidade de testemunhar suas histórias.

Ao ex-diretor do campus Ivaiporã do Instituto Federal do Paraná (IFPR), Onivaldo Flores Junior, pelo incentivo à capacitação profissional e por ter autorizado minha participação no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, primeiramente por meio da concessão do afastamento parcial e, mais ao final, do afastamento integral, sem os quais não teria sido possível nem mesmo começar esta pesquisa face às exigências do programa de pós-graduação e a distância entre as cidades. Nesse sentido, agradeço a Tatiana Oliveira Couto Silva, Diretora de Ensino à época, por ter apoiado essa decisão.

Às minhas chefias imediatas durante o período do doutorado, Thamires Caroline de Oliveira e Débora da Costa Pereira, pelo respeito e incentivo à capacitação.

Aos membros da equipe da Seção Pedagógica e de Assuntos Estudantis que sustentaram minha ausência durante este período, em especial, Cássia Maria França de Souza Fernandes, Jaison Fernando da Silva e a ex-colega de trabalho Ângela Martins Bolorino, aos dois últimos, respectivamente, agradeço, também, pelo auxílio com a tecnologia e pelas dicas de correções textuais. Sou grata, ainda, as responsáveis pela gestão de pessoas do campus Fernanda Crocetta Schraiber e Priscila da Silva Araujo Schiavoni, pelo auxílio técnico, e ao atual diretor do campus, Ricardo Rodrigues de Souza, pelo apoio nos momentos finais.

Ao Instituto Federal do Paraná e à Pro-Reitoria de Gestão de Pessoas pelo apoio à participação dos técnicos em educação do IFPR nos programas de Pós-Graduação *Strictu Senso*, incentivando, assim, o protagonismo de todos os agentes educacionais.

Não somente aqueles que contribuíram para minha formação intelectual e profissional foram imprescindíveis para a construção desta tese, mas minha família e amigos:

Ao meu pai, de quem herdei a paixão pelo conhecimento, o incentivo e apoio incondicional, e por nunca ter deixado de acreditar nos meus sonhos.

À minha mãe, pelo carinho e preocupação durante os momentos de angústia e nas viagens, que pareciam intermináveis, entre a sede do trabalho e a sede da universidade.

Ao meu irmão, Jonas Spaciari Matioli, e aos meus amigos, que foram tolerantes e compreenderam minha ausência tanto nos momentos felizes, quanto nos momentos difíceis, sobretudo a Ana Paula de Araújo, Camila Calsavara e Suellen Tamarozzi pelos poucos, mas revitalizantes cafés aos sábados em que era possível rir juntas.

A Marcel de Oliveira Roth, por ser meu companheiro, retaguarda afetiva, por ter suportado minha ausência física e emocional, pela paciência, respeito, carinho, ternura e amor que conferiram outros tons a esta empreitada.

Ao Thor e a Boneca, pela companhia silenciosa durante os dias e as noites mais produtivas, pelo amor incondicional e alegria contagiante quando do meu retorno após as viagens.

Por fim, agradeço a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram direta ou indiretamente para a construção desta tese, em especial, aos alunos do IFPR, pois, de certa forma, a inspiração para esta tese advém da escuta de vocês. Foi por vocês e para vocês.

*E Clarisse está trancada no banheiro
E faz marcas no seu corpo com seu pequeno
canivete
Deitada no canto, seus tornozelos sangram
E a dor é menor do que parece
Quanto ela se corta ela se esquece
Que é impossível ter da vida calma e força
Viver em dor, o que ninguém entende
Tentar ser forte a todo e cada amanhecer.
(Legião Urbana, 1997)*

Matioli, A. S. *Dor e desejo à flor da pele: um estudo teórico-clínico da autolesão à luz da psicanálise*. 2020. 301f. Tese. (Doutorado em Psicologia). Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Profa. Dra. Viviana Carola Velasco Martínez.

RESUMO

O recente aumento na incidência de casos de autolesão entre jovens se mostrou como uma espécie de enigma a desvendar. O primeiro contato com esse fenômeno enigmático, no sentido laplancheano, ocorreu durante o trabalho como psicóloga escolar, na escuta de jovens que se autolesionavam. A insistência nos relatos de situações de abuso diversas, seguida pelo desmentido das testemunhas, tornou-se objeto de nossa atenção. Para investigar essa suposta relação entre a autolesão e a vivência do desmentido, segundo momento do trauma conforme a teoria ferencziana, iniciamos uma pesquisa prática sustentada no método psicanalítico e analisamos seis casos clínicos de adolescentes do sexo feminino que se autolesionavam. A autolesão é definida como o ato de ferir a si mesmo, sem intenção suicida consciente, capaz de provocar danos leves, moderados ou graves aos tecidos do corpo, feita com ou sem o uso de objetos perfurocortantes. Está presente em diferentes quadros de sofrimento psíquico, da neurose à psicose, e tem como objetivo o alívio, mesmo que temporário, de vários sentimentos dolorosos, como angústia, raiva, tristeza e culpa. Trata-se de um fenômeno que extrapola a clínica, de amplo espectro social, presente, também, nas escolas e nas redes sociais. A literatura psicanalítica sobre o tema expõe que a dor psíquica que dá origem a autolesão está associada a vivências traumáticas, sobretudo o abuso sexual, a violência e a negligência. Para avançar na compreensão desse enigmático fenômeno de autodestruição, recorreremos a Sándor Ferenczi e à sua teoria do trauma, em especial a ideia de desmentido, aqui entendido como uma força capaz de provocar uma espécie de destruição da narrativa infantil precariamente construída para dar conta do evento traumático por ela vivido. Na articulação entre essa teoria e a Teoria da Sedução Generalizada de Jean Laplanche, sustentamos que a destruição operada pelo desmentido provoca um desligamento do afeto, o que confere lugar à intensa angústia. Os restos destruídos agem no psiquismo à semelhança dos objetos-fonte da pulsão sexual de morte, o que resulta em saídas menos organizadas, como a autolesão, em uma verdadeira compulsão à repetição na tentativa de metabolizar o excesso. Mas não só. Os desencontros com a sexualidade perversa-polimorfa do outro despertam as próprias pulsões, as quais passam a atacar não mais de fora, porém desde o interior. Portanto, a autolesão não é vista somente como uma resposta-tradução a vivências traumáticas difíceis ou impossíveis de simbolizar, mas também à própria violência pulsional. A experiência clínica nos levou a compreender a autolesão sob um ponto de vista triplo: como um paraexcitação, como forma de satisfação pulsional e como uma mensagem enigmática endereçada ao outro. Apesar de provocar sofrimento, já que reatualiza o trauma a cada vez que o eu, identificado ao agressor, transforma-se em seu próprio algoz, a autolesão é uma tentativa de tradução do excesso pulsional, um esforço de ligação, comunicação e elaboração do mal-estar.

Palavras-chave: Psicanálise. Autolesão. Trauma. Ferenczi. Teoria da Sedução Generalizada.

ABSTRACT

The recent increase in incidence of self-injury cases among young people show a kind of unraveled riddle. The first contact with this enigmatic phenomenon, on Laplanche's way of thinking, happened while I was working as educational psychologist, listening to those young people whose made self-injury. The huge amount of cases related to many kind of abuses, followed by the denial of witnesses became the object of our attention. To investigate this supposed relationship between self-injury and the living of denial, second moment of the trauma according to Ferenczi's theory, we started a practical research based on the psychoanalytic method and, analyzed six clinical cases of female adolescents who self-injured themselves. The self-injury is the act of hurting yourself, without conscious suicidal intent, able of causing slight, moderate or severe damage to body tissues, performed with or without the use of sharp objects. It is present in different psychological disorders, from neurosis to psychosis, and aims to relieve, even temporarily, various painful feelings, such as anguish, anger, sadness and guilt. This is a phenomenon that goes beyond the clinic with a broad social spectrum, also present in schools and social networks. The psychoanalytic literature on the subject points out that the psychic pain that originate the self-injury is associated with traumatic experiences, especially sexual abuse, violence and neglect. In order to advance in the understanding of this enigmatic phenomenon of self-destruction, we call upon Sándor Ferenczi and his trauma theory, especially the idea about denial, understood as a force capable of destroying the childhood narrative precariously constructed to support the traumatic event experienced. In a dialog between that theory and Jean Laplanche's Theory of Generalized Seduction, we defend that the de-translation operated by the denial causes a shutdown of affection which gives birth to an intense anguish. The de-translated remains acts on the psyche like the source objects of the sexual drive of death, resulting in less organized exits, such as self-injury, in a true compulsion to repetition in an attempt to metabolize the excess. But not only that, because the mismatches with the other's perverse-polymorphic sexuality arouse their own drives, which start to attack no longer from the outside, but from the inside. Therefore, self-injury is not only seen as a response-translation to traumatic experiences that are difficult or impossible to symbolize, but also the drive violence itself. The clinical experience led us to understand the self-injury from a triple point of view: as a paraexcitation, as drive satisfaction way and as an enigmatic message addressed to another. Despite causing suffering, as it refreshes the trauma each time the self, identified with the aggressor, becomes its own tormentor, self-injury is an attempt to translate the excess drive, an effort to connect, communicate and elaborate the malaise.

Keywords: Psychoanalysis. Self-injury. Trauma. Ferenczi. Theory of Generalized Seduction.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1: O MÉTODO PSICANALÍTICO NA PESQUISA E NO TRATAMENTO DA AUTOLESÃO	24
1.1 A PESQUISA EM PSICANÁLISE: CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO...	24
1.2 PACIENTES DIFÍCEIS E OS DESAFIOS À TÉCNICA CLÁSSICA.....	33
1.3 IMPASSES TRANSFERENCIAS E CONTRATRANSFERENCIAIS.....	38
CAPÍTULO 2: O ENIGMÁTICO FENÔMENO DA AUTOLESÃO: TRADUÇÕES PRELIMINARES	41
2.1 DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DA AUTOLESÃO.....	41
2.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	45
2.2.1 <i>Tipos de autolesão e meios adotados para se ferir</i>	47
2.2.2 <i>Diferenças de gênero</i>	48
2.3 QUADROS CLÍNICOS ASSOCIADOS.....	49
2.4 UM RECURSO PARA LIDAR COM SENTIMENTOS AVASSALADORES....	52
2.5 UM DIQUE PARA A ANGÚSTIA E MUITO MAIS: CONTRIBUIÇÕES PSICANALÍTICAS.....	54
2.6 ESPECIFICIDADES: A AUTOLESÃO NAS PSICOSES.....	63
CAPÍTULO 3: SÁNDOR FERENCZI: DA PRÁTICA CLÍNICA À TEORIA DO TRAUMA	68
3.1 UMA NOTA SOBRE O “ESQUECIMENTO” DE FERENCZI.....	69
3.2 FERENCZI E A TÉCNICA PSICANALÍTICA.....	72
3.3 A FACTUALIDADE DO TRAUMA E O DESMENTIDO.....	81
3.3.1 <i>Confusão de línguas: uma síntese teórica</i>	85
3.4 SOFRIMENTO EXTREMO, DEFESAS RADICAIS.....	90
CAPÍTULO 4: TEORIA DA SEDUÇÃO GENERALIZADA: O ENIGMÁTICO QUE VEM DO OUTRO	99
4.1 DA SEDUÇÃO RESTRITA À SEDUÇÃO GENERALIZADA: INSPIRAÇÕES.....	100

4.2 SEDUÇÃO E MENSAGEM ENIGMÁTICA.....	104
4.3 O MODELO TRADUTIVO DO RECALCAMENTO.....	110
4.4 PULSÕES SEXUAIS DE VIDA E PULSÕES SEXUAIS DE MORTE.....	116
CAPÍTULO 5: (DES)ENCONTROS TRAUMÁTICOS ENTRE ADULTOS E CRIANÇAS.....	121
5.1 O DESAMPARO DE KELLY E SUAS VOZES.....	124
5.2 A HISTÓRIA ABUSIVA DE CRIS: “DIZEM QUE SOU MASOQUISTA”.....	126
5.3 UMA ABERRAÇÃO? MAJU E SEU AMOR POR MENINAS.....	127
5.4 DÉBORA E SEU GRITO DE SOCORRO.....	128
5.5 O QUE É SER UMA MULHER? CAROLINA E SUA FEMINILIDADE.....	129
5.6 VIOLÊNCIA SOCIAL: JÚLIA E O <i>BULLYING</i> ESCOLAR.....	131
5.7 TRAUMA, DESMENTIDO E AUTOLESÃO.....	132
5.7.1 <i>Hóspedes não bem-vindas na família?</i>	145
5.8 O DESMENTIDO SOCIAL NO <i>BULLYING</i> ESCOLAR.....	154
CAPÍTULO 6: NOSSAS TRADUÇÕES: UMA TENTATIVA DE DESVENDAR O ENIGMA.....	171
6.1 UM PARAEXCITAÇÃO: AUTOLESÃO COMO DEFESA.....	172
6.2 AUTOLESÃO E MASOQUISMO: O PRAZER NA DOR.....	179
6.2.1 <i>Do Édipo à autolesão: sentimento de culpa e castigo</i>	186
6.2.2 <i>Cicatrizes do trauma: um olhar sobre a vergonha</i>	202
6.3 UMA MENSAGEM ENIGMÁTICA: EXIBIÇÃO, SEDUÇÃO E HORROR.....	207
6.4 SOBRE A PRESENÇA DE UM TRAÇO MELANCÓLICO.....	221
6.4.1 <i>O eu anulado: para fazer trabalhar Ferenczi</i>	228
6.5 AUTOLESÃO E SUICÍDIO: UMA FANTASIA DE MORTE ATUADA?.....	230
6.6 DUREZA E SUTILEZA NA TRANSFERÊNCIA.....	245
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	268
REFERÊNCIAS.....	276

INTRODUÇÃO

Esta tese tem como objetivo geral investigar a possível relação entre a autolesão e a vivência do desmentido, segundo momento do trauma conforme a teoria ferencziana, a partir da análise de seis casos clínicos de jovens que se autolesionam.

O desmentido, aqui, é compreendido como uma força capaz de provocar uma espécie de destruição da narrativa infantil precariamente construída para dar conta do evento traumático por ela vivido nos desencontros com a sexualidade adulta. Na articulação entre a Teoria do Trauma de Sándor Ferenczi e a Teoria da Sedução Generalizada de Jean Laplanche, veremos que a destruição operada pelo desmentido provoca, também, um desligamento do afeto, o que confere lugar à intensa angústia. Os restos destruídos agem no psiquismo à semelhança dos objetos fontes da pulsão sexual de morte, o que resulta em saídas menos organizadas na tentativa de metabolizar o excesso, como a identificação com o agressor e o retorno da pulsão contra o próprio eu, saídas descritas por Ferenczi (1931/2011v, 1933/2011x, 1934/2011y) diante do traumático. Seja como for, é preciso tentar lidar com o pulsional desligado, mesmo que isso implique saídas não saudáveis como a autolesão. Como uma espécie de mensagem cifrada desenhada no próprio corpo, a autolesão surge no lugar de uma fala que falta, não apenas pelo caráter excessivo da experiência traumática vivida, mas também devido à ausência emocional de um interlocutor para reconhecer e, assim, auxiliar na elaboração da dor.

O interesse pelo tema nasceu da escuta de jovens que se autolesionavam acolhidos no trabalho como psicóloga escolar. A vivência de experiências abusivas, das mais diversas ordens – espancamentos, humilhações, abandono, *bullying* e abuso sexual –, emergiu entrelaçada ao tema da negligência, relatada pelos jovens, provocando intenso sofrimento. A solidão, o vazio, a raiva de si mesmo, o sentimento de não ser amado, de se sentir um “lixo”, “inútil”, atravessou as narrativas permeadas por muita angústia. Isso nos levou a retomar a concepção do trauma para o psicanalista húngaro Sándor Ferenczi, especialmente com a ideia de desmentido, como ponto de partida para a compreensão do fenômeno da autolesão.

Contemporâneo a Freud, Ferenczi (1933/2011x) retoma a discussão do abuso sexual de crianças e suas graves consequências psíquicas. Essa retomada do abuso de crianças foi confundida, durante muito tempo, começando com o próprio Freud, com um retorno à teoria da sedução – a neurótica freudiana –, motivo pelo qual foi erroneamente interpretada como um retrocesso em relação a um ponto já superado pela psicanálise. Ao reafirmar a importância do trauma enquanto fato real e não ficção, Ferenczi não nega o valor da fantasia e do conflito

psíquico na etiologia das neuroses, descoberta magistral de Freud, mas realiza um resgate da importância da realidade material para o traumatismo, especialmente porque se refere às patologias mais graves. Com isso, o autor inicia um movimento de valorização do papel do outro para a constituição do aparelho psíquico, o que será amplamente retomado e reformulado por Laplanche na sua Teoria da Sedução Generalizada.

Dedicado à análise dos pacientes difíceis, aqueles relegados pelo tratamento psicanalítico de sua época, sua percepção clínica era divergente de Freud, o que provocou um mal-entendido entre os autores, pois Freud se referia à importância da fantasia nas neuroses e Ferenczi à importância da realidade factual nos quadros mais graves – psicoses, estados limites, somatizadores. Esse desencontro conceitual é considerado por Baracat, Abrão e Martínez (2017) como uma confusão de línguas epistemológica, porque “a teoria freudiana versa sobre um modo neurótico de funcionamento psíquico, enquanto a teoria de Ferenczi contempla as modalidades limites tão frequentes na clínica contemporânea” (p. 68). É dessa perspectiva que partimos da existência de casos mais complexos, marcados pelas autolesões tão comuns na atualidade. Mesmo que nos encontremos frequentemente com a histeria, talvez uma histeria muito mais grave, beirando os casos *borderlines*¹. Feito os devidos esclarecimentos, apresentamos, em linhas gerais, a teoria do trauma de Ferenczi.

Psicanalista da primeira geração, discípulo, amigo e colaborador de Freud, Ferenczi possui uma considerável produção intelectual. Dedicou-se, inicialmente, a afirmação e aprofundamento da teoria psicanalítica, mas aos poucos, quando começa a ganhar certa autonomia, realiza diversos experimentos técnicos e tece críticas à postura do analista, o que resultou nos primeiros desentendimentos com Freud. Avesso à indiferença e à frieza do analista, Ferenczi oferece contrapontos importantes, como o tato e a necessidade de um contato emocional legítimo entre analista e analisando. Contudo, é apenas no terceiro momento de suas elaborações teóricas, sobretudo a partir de 1928, que a teoria do trauma adquire forma (Balint, 1967/2011a).

Um exemplo dessas produções pode ser encontrado no texto “A criança mal acolhida e sua pulsão de morte”, de 1929. A referência a esse artigo nos é fundamental, pois, nele, o psicanalista húngaro inicia suas considerações acerca das consequências do trauma. Nesse trabalho, Ferenczi (1929/2011r) observa um arrefecimento da vontade de viver nas crianças que não foram muito bem acolhidas quando chegaram ao mundo. O autor utiliza a expressão

¹ Martínez, Mello Neto e Moreira (2008) se referem ao aparecimento na clínica de casos mais graves, o que obriga a repensar a histeria, nas suas feições mais graves – ao estilo de Ana O. ou de Elizabeth – e, como consequência, aproximá-la das patologias *borderline*.

“hóspedes não bem-vindos na família” (p. 57) e sugere que a criança é capaz de perceber os sinais conscientes e inconscientes de rejeição, de impaciência e do ódio materno, o que resulta em doenças orgânicas graves, as quais, segundo Baracat, Abrão e Martínez (2017), são uma consequência direta da internalização do desejo de morte. Ao longo da vida essas crianças apresentam traços de pessimismo, desconfiança, ceticismo e, frente aos menores acontecimentos, veem-se diante da vontade de morrer, eis a gênese das tendências de autodestruição, o que nos leva a pensar na autolesão como uma de suas manifestações.

Mas é no famoso texto “Confusão de línguas entre os adultos e a criança” que Ferenczi (1933/2011x) sintetiza sua teoria do trauma. Parte do pressuposto de que haveria sempre uma relação assimétrica entre um adulto e uma criança, principalmente porque ambos falam línguas diferentes, a criança age na relação por meio da linguagem da ternura, enquanto o adulto responde com base na linguagem da paixão. Essa linguagem da ternura diz respeito à sexualidade pré-genital e lúdica da criança que se depara com a sexualidade genital do adulto, sua linguagem da paixão. Tal desencontro pode dar espaço ao trauma – um abuso ou uma sedução – que somente tornar-se-ia patogênico mediante o desmentido do adulto, isto é, frente à desqualificação da experiência dolorosa vivida pela criança quando busca por acolhimento após o evento traumático.

Ferenczi (1933/2011x) compreende o trauma em duas vertentes, uma positiva de caráter estruturante e necessária à constituição subjetiva da criança, e outra negativa. Nessa vertente desestruturante, temos os seguintes personagens: uma criança vítima do abuso ou da violência do adulto, um adulto abusador e um adulto que desacredita a criança. Este terceiro personagem é requisitado pela criança em sua função de intérprete da cena traumática, porém ele se nega. Temos, aí, o aspecto traumático, em um segundo momento da cena vivida, quando a criança não é acolhida pelos adultos responsáveis pelo seu cuidado. É como se a criança, com base em seus recursos internos, ao perceber um algo a mais na experiência vivida, buscasse, no adulto, a confirmação de sua interpretação e, contrariamente, teria sua verdade desautorizada por ele. A construção feita pela criança desmorona perante a fala ou mesmo o silêncio do adulto que vem obturar sua percepção, fato que torna o trauma verdadeiramente patogênico.

A concepção ferencziana sobre o traumatismo inerente ao encontro entre as linguagens infantil e a adulta faz eco na proposta laplancheana sobre o trauma, sendo o artigo “Confusão de Línguas entre os adultos e a criança” considerado por Laplanche (1987) “uma espécie de prefácio à teoria da sedução generalizada” (p. 125). Embora Laplanche conserve algo das ideias de Ferenczi – especialmente a questão da assimetria entre o universo adulto e o infantil

–, ele propõe que o desencontro entre a criança e o adulto ultrapassa o caráter linguageiro da comunicação, pois as mensagens que circulam nessa relação estão acrescidas de um sentido ignorado pelo próprio adulto emissor. A linguagem da paixão “só é traumatizante, na medida em que veicula um sentido de si mesmo ignorado, isto é, em que manifesta a presença do inconsciente ‘parental’” (Laplanche, 1987, p. 132).

Enquanto Freud e Ferenczi se fixaram no debate da sedução como realidade ou fantasia, Laplanche (1987) foi além, postulando a sedução como um *a mais*, um *plus* de sexualidade inconsciente presente nas mensagens enigmáticas transmitidas na relação adulto-criança, sem que o próprio adulto tenha consciência do fato, pois partem de seu inconsciente.

No início da vida, a criança se encontra diante de um duplo desamparo: no plano físico, pois ela demanda de cuidados básicos para sua sobrevivência, como alimentação, higiene e proteção; no plano psíquico, uma vez que esses cuidados estão parasitados pela sexualidade do adulto despertada no trato com a criança. Laplanche (2005) nomeia de Situação Antropológica Fundamental (SAF) o primeiro momento de encontro entre um adulto e uma criança que ainda não fala. Situação fundamental e universal, da qual nenhum ser humano pode escapar, uma relação assimétrica por excelência, já que o adulto se relaciona a partir de seu inconsciente, enquanto a criança ainda não tem o seu constituído. É nessa situação de desigualdade de condições que se dará a sedução, por meio das mensagens enigmáticas que circularão entre um adulto e uma criança.

Frente ao que recebe do adulto como enigma, a criança tentará traduzir as mensagens tão completamente quando for capaz, porém sempre haverá restos não traduzidos. Segundo Laplanche (1981/1992), os primeiros resíduos não-traduzidos das mensagens enigmáticas darão origem ao inconsciente da criança. Trata-se do recalçamento originário, aquele que separa consciente de inconsciente². É, portanto, o que escapa das primeiras tentativas de tradução da criança que constituirá seu mundo interno. Por tais razões, o inconsciente da criança não será produto direto do inconsciente do adulto, mas do trabalho de tradução das mensagens, tanto do que for capaz de traduzir quanto do que não o for, assim não há apenas o lado patológico do trauma, mas também uma perspectiva estruturante, porque é necessário a constituição do eu e da sexualidade.

² Para Freud (1915/1996a), há, primeiro, o inconsciente e, depois, o ego, inconsciente esse ligado ao biológico e ao herdado. Para Laplanche (1981/1992), ao contrário, há, primeiro, um ego, depois que advém o inconsciente a partir do recalçamento originário, ato fundante que dependerá da ação traumática de um outro concreto, pois, nessa perspectiva, o psiquismo humano é o resultado de uma psicogênese. O que o autor contesta é a existência de um id nas origens da vida psíquica, uma sexualidade infantil hereditária.

Após essa breve apresentação das teorias de Ferenczi e Laplanche, é possível tecer alguns desdobramentos referentes ao objeto da pesquisa. A nosso ver, quando a criança pequena, devido à sua passividade constitucional (no plano sexual e não no plano autoconservativo³), é vítima das paixões do adulto, como um abuso sexual ou uma violência passional, ela tentará traduzir, metabolizar e representar o excesso, porém lhe faltarão códigos para efetuar essa tradução, fato que lhe impulsionará a buscar, nos adultos à sua volta, novos elementos tradutivos para integrar aquilo que lhe é excessivo. Neste percurso, há duas possibilidades. Poderá a criança encontrar um adulto que suporte sua narrativa e acolha sua angústia, ou poderá encontrar o adulto do desmentido, incapaz de dar conta de sua narrativa. É nesse momento que o desmentido do adulto irá operar como um destruidor da frágil tradução infantil precariamente formulada para se dirigir ao adulto em busca de amparo, deixando restos a traduzir, resíduos traumáticos que poderão agir como objetos-fontes da pulsão sexual de morte no aparelho psíquico, o que nos remete a uma tendência autodestrutiva pelo retorno desses objetos parciais contra o próprio eu.

Eis as práticas de autolesão, tão comuns na atualidade, as quais, apesar de provocarem sofrimento, constituem-se como tentativas de tradução do excesso, possibilitando algum tipo de ligação, o que detém o caos pulsional. Justamente porque diz respeito aos conteúdos desligados que a compulsão à repetição na autolesão é imperativa, tal como “*um vício*”, descrevem as pacientes, o que lhes poupa de um destino mais trágico referente ao desligamento total, como a morte por suicídio. Embora favoreça a ligação, a autolesão é uma saída bastante precária, pois reatualiza o trauma a cada vez que o eu, identificado ao agressor, transforma-se em seu próprio algoz. Isto é, diante de um excesso traumático de abuso infantil e diante da falha do objeto em acolher o sofrimento, a única alternativa que resta é adotar formas precárias de dar conta da angústia, como as saídas sadomasoquistas características da autolesão, na qual o eu se oferece como objeto para a satisfação da pulsão de autodestruição.

A pesquisa clínica que sustenta esta tese consiste na análise de pacientes que se autolesionam. A autolesão se refere ao ato de ferir a si mesmo, sem intenção suicida consciente, por meio de cortes, arranhões, queimaduras, espancamentos, atos esses capazes de provocar danos leves, moderados ou graves aos tecidos do corpo (Favazza, 1988). Foram atendidas seis adolescentes que recorriam a essas práticas, todas do sexo feminino, com

³ Para Laplanche (1987), a atividade se refere ao choro e os gestos motores utilizados intuitivamente pelo bebê para expressar suas necessidades e requisitar ajuda externa. Já a passividade diz respeito ao desamparo da criança diante da sexualidade inconsciente do adulto, que parasita essas ações de cuidados. Discutiremos ao longo da tese também o duplo papel deste adulto, que apesar de ser um agente de intensa sedução infantil, simultaneamente é ele quem fornece à criança os primeiros recursos tradutivos.

idades entre 14 e 17 anos quando do início da análise, em sessões semanais, por um período médio de dois anos. Os estudos sobre o tema ressaltam essa preponderância da autolesão em mulheres (Maharajh & Seepersad, 2010; Ross & Heath, 2002; Whitlock, Prussein & Pietruska, 2015; Wood, 2009), assim como o período de vida de maior incidência: a adolescência (Favazza & Rosenthal, 1990; Guerreiro & Sampaio, 2013; Heyrend & Lapastier 2009; Ross & Heath, 2002; Wood, 2009).

Dentre as pacientes, existiam casos mais graves, aqueles relacionados à clínica ferencziana e casos neuróticos. Em face à sua plasticidade, a autolesão atende a múltiplas demandas e isso transpareceu não só em nossa clínica, mas também na literatura sobre o tema, pois o fenômeno é descrito em diversos quadros clínicos, como nas psicoses – que apresentam as autolesões mais graves –; nos casos limites – o quadro de maior incidência clínica –; como também na histeria, nas neuroses obsessiva, traumática e narcísica (Corcos & Richard, 2006; Favazza & Rosenthal, 1990; Giusti, 2013; Vieira, Pires e Pires, 2016). A autolesão também aparece fortemente associada ao abuso de substâncias e à anorexia (Abreu, Tavares & Córdas, 2008; Claes & Muehlenkamp, 2014; Favazza & Conteiro, 1988; Klonsky, 2009).

Veremos que a história de vida das pacientes é marcada por situações extremas, como abandono, estupro, prostituição, sequestro, violência, negligência, aborto, suicídio de pessoas queridas e assassinatos, fatores esses considerados de risco para a autolesão (Bernegger et al. 2015; Guerreiro & Sampaio, 2013; Pommereau, 2006a; Whitlock, 2009). Mas, acima do valor potencialmente patogênico desses eventos excessivos, o que observamos, para além do que apontam as pesquisas citadas, foi a presença marcante do desmentido no relato das pacientes, assim como uma espécie de traço melancólico, independente do quadro clínico, que se acentuava durante os episódios de autolesão. Essa série de traumas e abusos diversos parece ter fragilizado a constituição do eu e das defesas, o que favoreceu a emergência de mecanismos de defesa mais primitivos, como a clivagem psíquica, a identificação ao agressor e a autodestruição, saídas indicadas por Ferenczi (1933/2011x; 1934/2011y) diante dos traumas patogênicos.

A autolesão, todavia, é um fenômeno complexo. Essa modalidade de retorno da pulsão contra o próprio eu tem uma multiplicidade de sentidos, ao mesmo tempo em que serve como forma de defesa ante à emergência de sentimentos angustiantes – despertados tanto nos desencontros com o perverso-polimorfo do outro quanto derivados de um conflito entre o eu e as pulsões ou entre o eu e o superego – se constitui como uma forma de satisfação pulsional e um meio de comunicação. É esta a leitura que defendemos: a autolesão é, simultaneamente,

um ato de defesa – como um paraexcitação –, uma forma de satisfação sadomasoquista e uma mensagem (enigmática) destinada ao outro.

Veremos detalhadamente no segundo capítulo, em nossa revisão de literatura, que a autolesão é amiúde considerada um recurso para lidar com sentimentos dolorosos, especialmente a raiva, a tristeza, a rejeição, a solidão, a vergonha e a culpa (Favazza, 1998; Favazza & Contreiro 1998; Favazza & Rosenthal, 1990; Giusti, 2013; Gratz, 2001; Guerreiro & Sampaio, 2013; Klonsky, 2009; Ross & Heath, 2009; Suyemoto, 1998; Walsh, 2007; Whitlock, 2009). Enquanto forma de satisfação, a autolesão está vinculada, sobretudo, ao autoerotismo, ao masoquismo erógeno e moral, muitas vezes, considerada uma forma de autopunição em resposta a intensos sentimentos de culpa que atacam o eu (Araujo, Chatelard, Carvalho & Viana, 2016; Le Breton, 2010; Noshpitz, 1994; Pommereau, 2006b). O potencial comunicativo e metafórico da autolesão, compreendida como um ato endereçado ao outro, é destacado por vários psicanalistas (Otto & Santos, 2015; Pommereau, 2006a); trata-se de uma maneira de expressar, por meio do corpo, conteúdos dolorosos que não podem ser acessados de outra forma, seja por sua intensidade, seja porque estão ligados a traumas precoces, anteriores à linguagem verbal (Damous & Klautau, 2016; Motz, 2010; Vilhena, 2016).

A satisfação sadomasoquista a que nos referimos poderá ser observada na análise dos casos clínicos e se relaciona, especialmente, a uma necessidade inconsciente de punição em resposta ao sentimento de culpa tão presente nas pacientes. Esse masoquismo moral denuncia a presença de um superego rígido e cruel, que age como um perseguidor interno, visando agredir, machucar e castigar o eu como uma forma de punição às fantasias incestuosas e ao desejo de morte do objeto, por exemplo. Isso porque, muitas vezes, os objetos amados também são os responsáveis pela violência, o que instaura um conflito, pois o objeto é, ao mesmo tempo, amado e odiado, assim, para poupá-lo da força pulsional, o sujeito se oferece como objeto da pulsão de destruição. Aqui, desdobra-se o sadismo da autolesão revelado, por exemplo, no prazer em exhibir os ferimentos para o objeto, que é indiretamente atacado e responsabilizado, como se, em fantasia, o sujeito dissesse: “Veja o que você fez comigo, eu estou sangrando e a culpa é sua! Sofra!”. Nesse sentido, o prazer é duplo, visto que, além da vingança contra o objeto causa da dor, o sofrimento do objeto é prova do seu amor, ao resultar, de acordo com Abraham e Torok (1972/1995), em uma exaltação narcísica do eu.

Juntamente a esses fios, entrelaça-se o caráter potencialmente mensageiro da autolesão como um apelo ao outro em busca de um desvelamento. Este é apenas um dos sentidos possíveis – fazer o objeto sofrer, sentir-se culpado –, pois a mensagem implicada no ato pode ser outra, como um pedido de socorro contra o torturador interno, seu próprio inconsciente,

porque nem sempre o excesso que ataca o eu vem do outro. É assim que a autolesão se constitui também como uma mensagem enigmática direcionada ao objeto, pois não é claro para o sujeito o que ele demanda com seu ato. Considera-se que ele é passivo diante de sua sexualidade infantil recalcada, a qual emerge camuflada nos episódios de autolesão.

A autolesão é um fenômeno que socialmente causa estranhamento, em especial, pela incompreensão das razões pelas quais uma pessoa voluntariamente provoca dor e sofrimento a si mesma, pois há uma forte contradição com o princípio de prazer que rege nosso funcionamento mental. Entretanto, desde o início de nossa caminhada, fez-se notória as reações extremas dos adultos – familiares, educadores, profissionais de saúde – diante da descoberta da autolesão nos filhos, alunos e pacientes. Isso nos deu indicativos da existência de algo enigmático na autolesão que perturbava não só a família, mas o meio social, o que exigia um árduo trabalho de tradução: “*Por que ela se cortou? ela tem tudo!*”, “*será que foi por minha causa?*”. Tais frases exemplificam as tentativas de desvendar o enigma que a autolesão propõe, tal como a esfinge de Tebas: “decifra-me ou te devoro”. Assim, convocados ao deciframento, os adultos respondiam de forma passional. Pais irados ameaçavam, gritavam, batiam, castigavam e chantageavam os filhos, não obstante, educadores e outros adultos sugeriam medidas de opressão igualmente severas como evidenciaremos no sexto capítulo, ao lado das reações das jovens a esse movimento, que parecia uma tentativa de dominar fantasias perturbadoras que a autolesão despertava, por exemplo, a suicida.

Entretanto, Kaplan e Sadock (1995/1999), bem como Teixeira e Luis (1997), demonstram que, em alguns casos, a fantasia suicida pode sair do controle, a julgar que a metade daqueles que tentaram suicídio tinha um histórico de autolesão. Embora a autolesão não seja considerada uma tentativa de suicídio pela maior parte dos pesquisadores da área (Favazza, 1988; Guerreiro & Sampaio, 2013; Ross & Heath, 2002; Whitlock & Knox, 2007), esses dados podem indicar que, frente à falência completa das autolesões como paraexcitação, a pessoa poderá recorrer a formas ainda mais drásticas de dar fim ao sofrimento.

Ponderamos que a ideia de uma possível articulação entre o desmentido e a autolesão era nosso ponto de partida, derivada de uma primeira escuta de estudantes que se autolesionavam, pois a experiência clínica, juntamente às pacientes, levou-nos a propor uma ampliação do conceito ferencziano. Vale destacar que o desmentido não ocorre apenas em âmbito doméstico, quando uma criança pequena procura o testemunho de um adulto de sua confiança, frequentemente, um familiar em busca de acolhimento e códigos para traduzir a linguagem da paixão, o perverso-polimorfo, mas também no meio social. Isso porque, o essencial da ideia de desmentido não são os personagens, mas as relações assimétricas de

poder, em que alguém em posição de autoridade não reconhece o sofrimento de alguém em posição de vulnerabilidade, seja a vítima uma criança, seja um adulto. Mas, para além de vítimas da paixão dos adultos, o (des)encontro com a sexualidade do outro desperta na criança e, desde muito cedo, suas próprias pulsões que passam a agir desde o interior; daí, advém parte de seu sofrimento, de suas paixões, desejos, excessos.

Embora seja um fenômeno antigo, como será visto no capítulo dois, o aumento na incidência de casos de autolesão, nas últimas décadas, aponta para algo sobre nossa cultura que há um bom tempo vem se esforçando para negar todas as formas de sofrimento humano, ora oferecendo meios para superá-lo, como pílulas e cirurgias, ora responsabilizando, exclusivamente, o sujeito por sua infelicidade e infortúnio. Tomar o corpo como palco para expressão do mal-estar é uma forma de mostrar, escancarar, fazer ver o que é negado e um prazer autoerótico, bem como sadomasoquista. Contudo, essa outra interpretação da autolesão como forma de satisfação demorou a ser construída, tanto pela ação do recalque, nas pacientes, quanto pela nossa própria dificuldade de lidar com o perverso-polimorfo, uma vez que, para além da dor que dava lugar ao ato, existia o prazer, seja em se ferir, seja em ferir o outro, o destinatário dessa mensagem inscrita sobre a pele.

Observaremos, na análise dos casos clínicos, a presença desse desmentido social no *bullying* escolar. Alvo de ataques perversos, as pacientes tiveram seu sofrimento desqualificado pelo entorno social, representado pelas testemunhas e pelos agentes escolares que pouco ou nada faziam diante da violência presenciada – eis mais uma característica do nosso tempo: a indiferença em relação ao outro, que é tratado como um objeto. A ferida narcísica engendrada pelo *bullying* dá lugar a sentimentos de auto-ódio, pois o ego ideal perde seu valor quando humilhado e desvalorizado. Desse modo, o eu deixa de ser um objeto digno de amor, fato gerador de grande sofrimento psíquico, já que a pulsão excessiva decorrente desse ataque ao narcisismo pode dar causa a reações melancólicas e autoacusações, quando, por exemplo, a vítima passa a dar crédito aos agressores, identifica-se a eles e toma o próprio eu como alvo da pulsão de destruição.

A experiência clínica nos indicou a presença dessa espécie de traço melancólico nas pacientes, algumas – os casos mais graves – como uma constante, já, nas demais, tornava-se nítido nas proximidades dos episódios de autolesão. Pinheiro (1993; 1996; 2014) identifica o que nomeia tônica depressiva nos pacientes *borderlines* ou personalidades narcísicas – os ditos pacientes difíceis da clínica ferencziana. A autora propõe uma analogia entre os conceitos de identificação ao agressor de Ferenczi, com a identificação melancólica em Freud, uma vez que, nos dois casos, o objeto se torna uma espécie de possessor do ego, o que dá

indicativos de uma organização melancólica. Violante (1995), por sua vez, propõe uma potencialidade melancólica nas crianças mal-amadas – as crianças mal acolhidas de Ferenczi – a partir de sua prática clínica com vítimas de violência e abandono. Para a autora, a rejeição e a indiferença do objeto dificultam a instauração do narcisismo infantil, o que pode resultar em uma potencialidade melancólica em face à desqualificação narcísica que opera. Apesar de Pinheiro e Violante não terem trabalhado diretamente com pacientes que se autolesionavam, essas descobertas nos ajudam a sustentar nossas observações, visto que se referem aos pacientes traumatizados de Ferenczi, tanto as crianças mal acolhidas quanto aquelas vítimas da paixão dos adultos e do desmentido, crianças essas carentes de códigos tradutivos para dar conta do excesso pulsional despertado nos (des)encontros traumáticos entre adultos e crianças.

Como nossa pesquisa parte da clínica, a referência ao psicanalista húngaro ganha destaque, pois, além das questões teóricas em torno do trauma – a nosso ver, sua maior contribuição à psicanálise, apesar de mal compreendida –, ele discute pontos importantes acerca da técnica psicanalítica que não se limitam aos seus experimentos técnicos, mas abrem perspectivas para se pensar a técnica com os pacientes mais graves, que exigem certa adaptação, e a dimensão ética no trabalho do analista. Laplanche, por sua vez, não tinha as mesmas preocupações clínicas que Ferenczi, já que se dedicou à nobre missão de resgatar pontos fundamentais da psicanálise, restabelecendo-a em seus antigos trilhos, para se usar uma expressão de Mello Neto (2007). Por essa razão, nossas articulações teóricas estão centradas em uma preocupação comum aos autores, isto é, em suas elaborações em torno do trauma.

Faz-se pertinente salientar a riqueza da Teoria da Sedução Generalizada (TSG), a qual, além das contribuições teóricas, rendeu implicações clínicas importantes, conforme atestam os trabalhos da psicanalista argentina Silvia Bleichmar (1986/1993; 2000/2005). A esse respeito, cito a minha dissertação de mestrado (Matioli, 2011), cuja clínica com crianças, filhos de pais separados, foi interpretada à luz da TSG. O interesse pela teoria laplancheana, que nasceu nesse trabalho, desdobrou-se também para esta tese, porém, dessa vez, a clínica que inspira nossa pesquisa não se deu exclusivamente com pacientes neuróticos, mas com os pacientes mais graves, justamente aqueles a quem Ferenczi dirigiu a sua atenção, os filhos do desmentido e da rejeição. Podemos afirmar que Ferenczi e Laplanche nos seduziram com a riqueza intelectual de suas obras, o que nos levou a lançar mão de ambos para forjar uma nova tradução, um pouco mais organizadora do fenômeno da autolesão, para, assim, fazer avançar

os conhecimentos sobre o tema com vistas a melhor acolher aqueles que, em intenso sofrimento psíquico, ferem a si mesmos.

No que tange à organização, esta tese foi dividida em seis capítulos. Dedicamos o primeiro ao método utilizado para esta pesquisa. Trata-se do método psicanalítico sustentado no tripé constituído pela associação livre, pelo manejo da transferência e pela interpretação. Como nossa clínica, todavia, não foi composta apenas por pacientes neuróticos, discorreremos também sobre os desafios à técnica clássica e os impasses na transferências e contratransferências inerentes ao atendimento dos pacientes difíceis.

O segundo capítulo contempla um panorama acerca de nosso objeto de estudo, as autolesões, tendo como base as contribuições de pesquisadores nacionais e internacionais da área. Apresentamos a definição do conceito, a epidemiologia, os quadros clínicos associados, as contribuições psicanalíticas sobre a etiologia e os sentidos possíveis, além das particularidades da autolesão nas psicoses.

No terceiro capítulo, apresentamos as principais contribuições de Sándor Ferenczi e sua teoria do trauma. Para tanto, iniciamos com uma síntese do seu percurso clínico com os pacientes difíceis e suas experiências técnicas, as quais permitiram o desenvolvimento de sua teoria do trauma e a ideia de desmentido e suas consequências, como a clivagem psíquica, a identificação ao agressor e a autodestruição.

Dedicamos o quarto capítulo à teoria da sedução generalizada de Jean Laplanche, em que são apresentados seus principais conceitos: a situação antropológica fundamental, as mensagens enigmáticas, o processo tradutivo e sua releitura das pulsões, compreendidas não sob o ponto de vista biológico, mas como pulsões sexuais. Sua teoria dialoga com Ferenczi, pois, dentre os vários pontos convergentes, como a dupla concepção do trauma – por um lado estruturante, por outro patogênico –, o que esse autor começou a trilhar ao propor uma confusão de línguas entre adultos e criança foi amplamente desenvolvido por Laplanche e sua ideia da dissimetria adulto-criança como base para a sedução originária. Isso conduziu ao resgate da primazia do outro para a constituição do aparelho psíquico e da sexualidade.

No quinto capítulo, iniciamos nossa análise do fenômeno da autolesão, centrada nos desencontros traumáticos que parecem ter contribuído para a emergência de defesas mais precárias. Iniciamos com um breve resumo das histórias de vida das seis pacientes atendidas, sem esgotá-las, já que, ao longo da análise, novos fatos foram apresentados e articulados às discussões teórico-clínicas, em um movimento que se assemelha à ideia da espiral de Laplanche (1993c), pois, a cada novo item da análise, novos pontos são esclarecidos e outros aprofundados. Nesse capítulo, propomos uma relação entre autolesão, trauma e desmentido,

assim como a hipótese de um desmentido social presente no *bullying* escolar, tomado como um evento potencialmente traumático que se entrelaça a emergência da autolesão como epidemia.

No sexto capítulo, apresentamos uma análise dos possíveis sentidos da autolesão, compreendida como um paraexcitação, uma forma de satisfação e uma mensagem enigmática dirigida ao outro. Também nos debruçamos sobre a análise de outros elementos importantes, como a presença do que aqui denominamos traços melancólicos nas pacientes que se autolesionam, além da relação entre autolesão e fantasias suicidas, o que podem dar lugar a atuações ainda mais graves. Essas categorias de análise foram definidas a partir dos temas que mais se repetiram ao longo das análises. Por fim, compartilhamos um pouco de nossas vivências transferenciais e contratransferenciais, com a certeza dos limites que a tradução da experiência analítica nos impõe.

CAPÍTULO 1

O MÉTODO PSICANALÍTICO NA PESQUISA E NO TRATAMENTO DA AUTOLESÃO

Apresentado nosso objeto de estudo e cientes da complexidade do fenômeno sobre o qual nos debruçamos, é o momento de nos dedicarmos ao método desta pesquisa. Referimo-nos ao método psicanalítico e suas premissas fundamentais: a associação livre do paciente e sua contrapartida à atenção flutuante do analista, ao manejo da transferência e à interpretação da resistência e do recalcado. Nesse primeiro momento, também discorreremos sobre os aspectos práticos da pesquisa, nosso enquadre e como chegamos até as jovens atendidas. Seguidamente, voltamos nosso olhar aos desafios à técnica clássica e aos impasses transferências e contratransferências com que outros analistas-pesquisadores, os quais, antes de nós, depararam-se quando do atendimento de pacientes que se autolesionavam. Trata-se de convidarmos o leitor a acompanhar um pouco do percurso teórico-clínico que nos possibilitou não apenas analisar a autolesão sob o viés psicanalítico, mas, principalmente, acolher jovens em intenso sofrimento psíquico que encontram na autolesão um recurso para extravasar e fazer ver a dor psíquica intolerável, bem como encontrar a satisfação.

Algo mais do que pode ser compartilhado sobre o método adotado, pois nem tudo da experiência clínica é transmissível – como as nuances da voz, a intensidade dos sentimentos que emergem na transferência, dentre outros elementos importantes –, somente será discutido na seção “Dureza e sutileza na transferência”, uma vez que faz laço com a história de vida das pacientes. Não obstante, o leitor poderá entrever o método aqui apresentado, de forma sistematizada, permear toda a análise dos clínicos feita ao longo dos capítulos cinco e seis, já que, em psicanálise, a prática é indissociável do método e da teoria.

1.1 A PESQUISA EM PSICANÁLISE: CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO

Esta pesquisa parte da clínica psicanalítica, do atendimento de jovens que se autolesionavam. O fato de ser uma pesquisa clínica, sustentada na escuta individual e íntima de cada paciente, não impede a formulação de generalizações válidas para a cultura, ainda mais porque estamos diante de um fenômeno que tomou proporções epidêmicas nas últimas décadas: entre estudantes no meio escolar, que nem sempre chegam às clínicas e consultórios (Favazza & Rosenthal, 1990; Guerreiro & Sampaio, 2013; Heyrend & Lapastier, 2009; Ross

& Heath, 2002), como um ato divulgado nas redes sociais (Doctors, 2007; Ferreira, 2014; Otto & Santos, 2016; Whitlock, Power & Eckenrode, 2006) e em locais de confinamento, como hospitais e presídios (Caldas et al., 2009; Whitlock, 2009).

A psicanálise é uma ciência essencialmente investigativa. Freud (1923/2010) a define como sendo, ao mesmo tempo, uma teoria sobre o psiquismo, um método de investigação do inconsciente e uma técnica de intervenção terapêutica. O seu objeto, o inconsciente, exige um método próprio que consiste na observação, na investigação e na interpretação, por intermédio de uma escuta, das produções inconscientes, as quais dependem da atenção uniformemente flutuante do analista, da associação livre do paciente e da transferência estabelecida entre ambos (Freud, 1912/1996s). Segundo Kabori (2013), “esta observação minuciosa possui como objetivo a investigação do fenômeno, a busca pelo sentido oculto, velado, inconsciente, que revela a mensagem do sintoma ou a estrutura psíquica do sujeito, fundando a interpretação como característica essencial à Psicanálise” (p. 77).

No que tange à interpretação, além de ser a técnica por excelência da psicanálise, é, como afirma Martínez (2003, p. 44), capaz de “desvelar o sentido de uma ação, de um evento, acontecimentos . . . um meio que possibilita um progresso na compreensão” do assunto em questão. É, por exemplo, por intermédio dela que se torna possível evidenciar o sentido latente dos materiais produzidos em uma análise, a partir da qual os fantasmas e os desejos inconscientes dos sujeitos podem se manifestar.

O material de base para as elaborações teórico-clínicas desta tese provém da análise de seis adolescentes que se autolesionavam. Encontrar jovens dispostas a participar da pesquisa não foi difícil face à demanda social latente. O simples comunicado verbal feito aos amigos, aos colegas de trabalho e aos participantes do Laboratório de Estudos e Pesquisa em Psicanálise e Civilização (LEPPSIC), especificamente à procura de jovens que se autolesionavam para atendimento clínico, foi o suficiente. Todas as pacientes indicadas para participar da pesquisa foram mulheres, fato que não causou surpresa, pois, como vimos, a autolesão é um fenômeno predominantemente feminino, portanto, a probabilidade de atender mais moças do que rapazes durante a pesquisa era alta. Lamentavelmente, não tivemos nenhum encaminhamento de um paciente. Duas pacientes foram encaminhadas para atendimento em razão do projeto de extensão “Atendimento psicológico de base psicanalítica e Projeto Transferencial” oferecido pelo LEPPSIC, cujo objetivo consiste no atendimento

psicoterapêutico da população carente em parceria com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)⁴.

Na proposta submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da UEM, foi definido que seriam atendidas seis pessoas que estivessem se autolesionando no momento atual, independente de sexo ou idade, pelo período de um ano, podendo ser prorrogado caso o paciente estivesse em sofrimento psíquico na época do encerramento do prazo. No caso do atendimento de menores de idade, o material proveniente das sessões iniciais, de acompanhamento e devolutiva com os pais ou responsáveis serviria de material complementar para a pesquisa. A escuta dos responsáveis forneceu informações importantes para a análise do fenômeno, porque, além de enriquecer os dados sobre a história de vida das pacientes – como ocorre em qualquer entrevista com os pais –, esses encontros demonstraram o efeito da autolesão sobre os membros da família, o que ampliou nossa compreensão sobre o tema.

A experiência clínica que será partilhada nesta tese tomou como objeto de análise, além das ideias e pensamentos manifestados verbalmente pelas pacientes, a narrativa de seus sonhos, os gestos e as ações intencionais ou não, tais como: os sorrisos, o choro, os rubores, o tom de voz, as hesitações, os atrasos ou desmarcações de sessões e as repetições temáticas. Como estávamos diante de pacientes mais graves, quando presentes, as alucinações visuais e auditivas também se constituíram objeto de análise. Os erros, as lacunas, os atos falhos, as contradições, os lapsos ou os equívocos de linguagem cometidos durante as sessões foram igualmente considerados para a formulação de nossas interpretações e hipóteses. Segundo Silva (2013), os silêncios, a entonação da voz, as expressões faciais e os suspiros, elementos pouco considerados pelas ciências exatas, são essenciais à psicanálise, pois é por meio deles que a verdade inconsciente escorrega contrariando aquilo que o paciente narra racionalmente sobre sua história.

Outras produções das pacientes também se constituíram material de análise, como mensagens e áudios trocados com a analista, assim como textos, cartas e poemas levados às sessões. Como a autolesão revela a importância do corpo enquanto via de expressão do mal-estar, a interpretação de seus usos e abusos esteve igualmente presente e se deu por meio do olhar atento para outras formas de atuação, por exemplo, o uso abusivo de bebidas alcoólicas, a exposição a riscos e as automedicações. Nesse sentido, Freud (1914/1996w) esclarece: “podemos dizer que o paciente não *recorda* coisa alguma do que esqueceu e reprimiu, mas expressa pela atuação ou atua-o (*acts it out*). Ele o reproduz, não como lembrança, mas como

⁴ O Laboratório de Estudos e Pesquisa em Psicanálise e Civilização da Universidade Estadual de Maringá (LEPPSIC) é coordenado pela Profa. Dra. Viviana C. V. Martínez, assim como o referido projeto.

ação; *repete-o, sem, naturalmente, saber que o está repetindo*” (p. 165, grifos do autor). Assim, não foram apenas os *acting-out* os eventuais objetos de nossa atenção, mas as múltiplas e polimórficas formas de expressão do corpo na clínica, como seus movimentos, sua posição na poltrona, suas vestimentas e adornos.

Uma análise não é um processo linear como se pretende ser uma descrição de um caso clínico. Há idas e vindas, repetições temáticas, cenas contadas e recontadas, informações confusas e contraditórias pela ação de resistência que somente o progresso da análise permite esclarecê-las. Isso nos remete à metáfora da espiral utilizada por Laplanche (1981/1992) para explicar tanto a produção do saber quanto a prática clínica, pois, apesar de existir um movimento de repetição nas teorizações, as voltas surgem sobre novos planos, em níveis de exigência cada vez maiores. Movimento análogo se faz presente no percurso analítico, construído em meio a avanços e retrocessos, repetições temáticas feitas sob nova ótica que vem iluminar algum ponto obscuro. Para Laplanche (1993c), não há possibilidade de se forjar uma nova tradução sem que antes o sujeito possa destraduzir as anteriores em benefício de uma tradução nova, por isso, as lembranças e fantasias são percorridas mais de uma vez. Trata-se, então, do caráter cíclico da transferência, que tem como resultado uma retradução mais enriquecedora.

Com base no exposto, para se tornar partilhável, a transcrição dos casos clínicos perpassa, necessariamente, por uma elaboração secundária. A narrativa do paciente é transformada em uma história, mais ou menos ordenada, com começo, meio e um fim provisório, que seria a situação atual do paciente ou aquela relativa ao término da análise, já que não é possível saber, *a priori*, a extensão dos efeitos do processo analítico para a vida do paciente. Essa história partilhada é composta, em geral, por dados da infância do paciente, aqueles que ele mesmo se recorda e compartilha, bem como dos dados fornecidos por seus familiares, no caso da clínica com crianças e adolescentes. Características de personalidade, eventos traumáticos, história do sintoma também são descritas, juntamente às interpretações e construções que emergiram em meio à transferência, relativas aos aspectos mais significativos da história de vida das pacientes.

A pesquisa foi um contínuo processo de amadurecimento clínico e teórico. A intensidade da angústia das jovens que literalmente transbordava à flor da pele, somada à narrativa de vivências de abusos diversos, impediu, por um bom tempo, ver a implicação pessoal das pacientes em seu sofrimento, em termos da satisfação e conflito. Foi por intermédio do tripé para a formação analítica e, especialmente das orientações, que tais impasses foram gradativa e arduamente superados ao longo do caminho.

De início, foi sentida na pele a dificuldade já anunciada por Freud (1912/1996s) relativa aos impasses da construção científica sobre um caso enquanto ele ainda está em andamento. Como as análises estavam vinculadas a um projeto de tese, havia um pressuposto inicial que, nos primeiros atendimentos, infiltrou a escuta e perturbou a atenção flutuante. Trata-se do *furor* científico, a ânsia em pôr à prova as hipóteses e produzir materiais significativos para a tese ao invés de ouvir livremente as pacientes e deixar fluir o processo terapêutico. Algumas perguntas indutoras, cuja finalidade era suscitar associações relativas ao fenômeno estudado, foram, de fato, feitas, especialmente com as primeiras pacientes. Porém, com o amadurecimento da pesquisa e a diminuição do afã por resultados, as análises começaram a progredir e os objetivos da pesquisa foram suplantados pelos objetivos do processo analítico, que consiste “na transformação do sujeito, mínima que seja, no sentido de dar-lhe melhores condições de elaborar suas forças e conflitos pulsionais e sua posição diante do inconsciente” (Belo, 2012, p. 430).

Silva (1993) propõe que, ao se realizar uma pesquisa, é preciso abrir mão, ao menos por um tempo, de parte do conhecimento prévio sobre o tema para deixar espaço à novidade, às descobertas e às surpresas, pois assim será possível produzir algo novo, por meio da articulação entre o conhecimento teórico e empírico já existente, além das reflexões particulares do pesquisador. A autora oferece aos psicanalistas uma interessante recomendação metodológica:

A pressa deve estar em ir a campo, e aí colher todos os dados que caírem na rede da atenção flutuante sem hipótese a ser testada, sem objeto muito bem definido, sem ansiedade de chegar rapidamente a uma compreensão, mas especialmente, sem uma compreensão desde sempre resenhada na introdução do trabalho. Deixar que os dados, em sua variedade e dispersão repousem por algum tempo em nossa mente. Esta deve suportar o acúmulo de estímulos e a ausência de significação. Ter paciência para esperar que o inconsciente faça o seu trabalho e que a emergência do significado venha enfim aliviar a angústia do pesquisador e abençoá-lo com uma teoria provisória nascida de seu material de estudo (p. 24).

Cabe destacar que a ideia de colocar em suspenso algumas hipóteses pré-formuladas sobre o objeto da pesquisa não equivalem a deixar de lado pressupostos essenciais ao trabalho analítico. O analista não se despe de todo o conhecimento teórico acumulado ao longo de sua formação em cada encontro terapêutico. Ele não é uma tela em branco. Nesse sentido, Lowenkron (2006) problematiza as considerações de Freud sobre a suposta neutralidade do analista, que precisa se abster de quaisquer pressuposições quando adentra à clínica. Logo, afirma que tais considerações devem ser entendidas não como algo imperativo, mas como

uma orientação, no sentido de evitar uma possível surdez do analista decorrente de suas resistências ao se deparar com algum fenômeno contraditório ou perturbador. Ademais, para que seja possível entrar em contato com os conteúdos inconscientes, não basta apenas que o paciente respeite a regra de ouro e a associe livremente, mas também sua contrapartida, a atenção flutuante do analista. Por isso, Freud (1912/1996s) sugere não tomar notas durante as sessões, mesmo que, para fins científicos, essas devem ser feitas após as sessões.

Ferenczi (1932/1990), por exemplo, tinha seu *Diário Clínico*, no qual descrevia, além de trechos das histórias de seus pacientes, suas impressões e interpretações, as quais lhe serviram de inspiração para desenvolver suas postulações teóricas. Dentre outros casos ali descritos, podemos citar o de Clara Thompson, a paciente do beijo, cujo episódio levado ao conhecimento de Freud inspirou a escrita da carta de 13 de dezembro de 1931, em que tece críticas à postura de Ferenczi. Outra paciente emblemática que aparece no *Diário* é Elizabeth Severn, conhecida como R. N. As reações da paciente aos abusos sofridos com um ano e meio e aos cinco anos de idade inspiraram Ferenczi a descrever alguns efeitos do traumatismo como o choque, o terrorismo do sofrimento, o desamparo, a desesperança e a cisão psíquica. Veremos, no capítulo três, que muitas de suas observações causaram polêmica na época em que foram publicadas, mas o psicanalista era fiel à sua clínica e, por isso, não deixou de partilhar e teorizar o que encontrava no *setting* analítico, mesmo que isso não fosse bem visto por seus pares.

Igualmente, tomamos notas sobre os casos clínicos, descrevendo a narrativa das pacientes, tudo o que a memória permitia recordar. A tentativa ansiosa em transcrever tudo esteve muito presente no início da pesquisa, mas aos poucos, quando o *furor* da pesquisa foi se dissipando, tornou-se mais leve fazer as anotações que fluíam sem pressão, pois o essencial se mantinha presente nos relatos, que diminuíram em tamanho, mas não em qualidade. Quando não era possível tomar as notas completas logo após as sessões, momento de maior frescor da memória, os pontos mais significativos eram gravados em um aplicativo de celular para posterior transcrição. Nesses momentos, algumas frases eram recordadas na íntegra, em face à forte impressão que causavam, outras apenas um trecho. Pequenas expressões e palavras significativas, especialmente aquelas que davam lugar a intervenções e interpretações durante as próprias sessões, também foram registradas. É digno de nota que algumas expressões, como interjeições e vícios de linguagem, pela sua singularidade, não podem ser totalmente reproduzidas. Dessa forma, há momentos em que as falas aparecem interrompidas na transcrição, com reticências, sem prejuízo de seu conteúdo.

Após o relato de algumas sessões, havia o que se pode denominar observações contratransferenciais, espaço de descrição das impressões e sentimentos despertados pelas pacientes. Existiam, também, certas associações flutuantes concernentes às narrativas das pacientes, ou seja, o que elas levavam a pensar e ligações com outros fatos previamente contados, assim como o destaque a pontos em comuns entre os seus relatos. Em outros momentos, surgiram esboços de teorizações, que consistiam em pequenas articulações teóricas, hipóteses, referências a conceitos psicanalíticos e autores. Esse espaço deixou mais clara a existência de contradições nas falas das pacientes e de semelhanças entre os casos para além dos primeiros postulados, o que enriqueceu a análise e permitiu explorar a hipótese inicialmente cogitada. Na análise dos dados, essas observações foram valiosas, pois foram feitas à semelhança das associações livres. Convém enfatizar que as notas não substituíram o que foi vivido no encontro com cada paciente, mas eram registros de elementos importantes, os quais, mais tarde, poderiam ser úteis à pesquisa.

A clínica apresentada nesta tese tem suas especificidades, visto que é atrelada a uma demanda da universidade. Isso significa divulgar os resultados das análises feitas no contexto da pesquisa, sem desrespeitar o sigilo e limitar o tempo de uma análise, a qual, *a priori*, não tem prazo determinado. Os impasses na publicação do material são mais facilmente contornados, em especial, pela utilização de nomes fictícios e omissão de alguns dados que possam facilitar a identificação das pacientes. Para a escrita desta tese, por exemplo, algumas informações que poderiam enriquecer as análises foram omitidas justamente para evitar o risco de exposição. No caso de um artigo científico, esses dados seriam ainda mais resumidos. Optar por esperar um tempo maior para a publicação dos casos clínicos pode ser outra saída.

A delimitação de um tempo para as análises responde à necessidade de aprovação por um comitê de ética que segue os ritos das ciências positivistas, que exigem a delimitação de um tempo para a coleta de dados. Por princípio, uma análise não deveria ter um tempo definido, já que essa tentativa de se estabelecer um tempo limite para o término da análise foi experimentada por Freud (1918/1996za) na análise do Homem dos Lobos, bem como por Ferenczi (1919/2011f), no atendimento de uma paciente. Embora a fixação do prazo tenha produzido um aumento das associações nos dois pacientes que estavam em momentos de estagnação, ambos precisaram retornar à análise em face ao retorno do sintoma, o que conduziu ao abandono desse artifício técnico pelos psicanalistas.

Para tentar reduzir os prejuízos da delimitação de um tempo fixo para as análises, o contrato inicial com as pacientes, que previa um período de análise de um ano, poderia ser ampliado em caso de sofrimento psíquico quando do término do prazo. Essa ressalva foi

importante, pois, de fato, foi necessário estender o período de acompanhamento para quase todas as pacientes. O mais interessante e significativo dessa espécie de contrato aberto consistiu na considerável diminuição da frequência dos episódios de autolesão logo após a prorrogação do limite previamente estabelecido, fato observado em três pacientes nessa situação: Kely, Maju e Júlia.

Para além de uma simples coincidência, a partir desse momento, supomos que a relação com a analista adquiriu novo *status* de confiança, pois se sentiram mais acolhidas e reconhecidas como pacientes, não mais como participantes de uma pesquisa acadêmica, embora tenham aceitado participar com entusiasmo. Esse fato chamou a atenção, como se ter sua história contada por um outro pudesse não só ajudar outras jovens na mesma situação⁵, mas desfazer um pouco do desmentido pelo testemunho reconhecido e validado com a pesquisa. Por outro lado, a necessidade de cumprir os prazos da pesquisa nos trouxe um prejuízo: não foi possível aguardar por uma participação masculina, pois era necessário iniciar os atendimentos, caso contrário, não haveria tempo hábil nem para o processo analítico, tampouco para a análise do caso clínico. Dessa maneira, esta tese está sustentada na experiência feminina em torno da autolesão, fato que não impede certas generalizações também para os homens.

Essa possibilidade de se fazer generalizações das informações obtidas em um ou poucos casos clínicos para outros foi defendida por Mello Neto (1994), ao perceber um fio de generalidade nas entrevistas realizadas com educadores sobre a criança, o que denominou generalidade do fenômeno psíquico. Pouco tempo depois, Mezan (1998) retoma essa ideia e afirma que tal generalização é válida por duas razões principais:

A primeira é que os processos psíquicos dos indivíduos são essencialmente os mesmos em todos os seres humanos, porque somos todos membros da mesma espécie. . . . Assim, o fato de o processo terapêutico ser absolutamente individual não impede, de forma alguma, que dele se tirem conclusões ou generalizações (p. 91).

Perceberemos, na análise dos casos clínicos, a existência de muitos pontos em comum nas histórias das pacientes, o fio de generalidade a que se refere Mello Neto (1994), o que sugere sua relevância para a compreensão de casos semelhantes. Isso não nos impediu de

⁵ Durante a leitura do termo de consentimento, as jovens eram esclarecidas de que sua participação na pesquisa, dentre outras possibilidades, poderia contribuir para o avanço na compreensão da autolesão e, conseqüentemente, auxiliar diferentes profissionais no atendimento de casos similares, fato esse bem visto pelas pacientes, que verbalizaram o desejo de ajudar outras jovens com as narrativas de suas histórias.

apontar para as saídas subjetivas das pacientes, que dizem respeito à sua forma singular de responder aos excessos pulsionais que vêm do outro e de si mesmas.

Maju, Júlia, Carolina e Kely permaneceram em análise por cerca de dois anos, com mais de 60 sessões cada. Débora por um ano e dois meses, com 30 sessões. Já o atendimento de Cris foi o mais curto, interrompido após 11 sessões, especificamente quando se mudou de Estado. O longo período de atendimento das jovens produziu um volume extenso de material, o que exigiu o recorte das partes mais significativas e pertinentes aos objetivos da pesquisa. Como em qualquer análise, o sintoma é somente uma parte de um todo complexo e muitas sessões se passaram sem que a autolesão fosse sequer citada. Por esse motivo, nossa exposição não é uma descrição da história do sintoma, mas, sim, da história das pacientes, cujas circunstâncias – externas e internas – levaram-nas a adotar como saída diante do excesso pulsional a autolesão.

A tessitura dessas histórias é acompanhada por aspectos teóricos que julgamos essenciais à compreensão da autolesão, de forma a sustentar o nosso pensamento clínico em uma trama de fios consistentes. A expressão pensamento clínico, forjada por Green (2010), faz referência a uma forma original e particular de racionalidade que nasce a partir da experiência prática. Não se trata de uma lógica racional, mas de um modo específico de refletir sobre os fenômenos psíquicos que podem ser reconhecidos por meio das associações que são capazes de despertar. Nesse sentido, são escritos teóricos que conversam com o leitor e suscitam a lembrança de um paciente, de um grupo de pacientes ou de algum momento específico de uma análise. O autor assevera que o pensamento clínico nasceu com Freud na escrita do caso Dora e se manteve presente no pequeno Hans, no Homem dos Ratos, no caso Schreber e no Homem dos Lobos, pois, diferentemente da exposição de casos feita pela medicina, a versão psicanalítica articula

. . . a história do doente, a história da doença, a história do tratamento, a compreensão das relações entre passado e presente, e a aplicação dos conceitos psicanalíticos (sexualidade infantil, fantasia inconsciente, complexo de Édipo) vistos a partir do ângulo da especificidade da transferência. Assistimos o pensamento do analista em sua plena tarefa, mas referindo-se somente ao paciente (p. 18).

Nesse contexto, o pensamento clínico e as hipóteses aqui construídas partem de um entrelaçamento entre o material clínico proveniente das análises e a perspectiva teórica adotada nesta tese. O estudo teórico que sustenta nossas análises de casos começou a ser construído na busca de materiais específicos sobre a autolesão, encontrados em livros e

revistas científicas nacionais e internacionais, assim como em banco de dados eletrônicos, tais como PsycInfo (APA), PUBMED, Scielo, Bvs-Psi, Plataforma CNPq, Sociedade Brasileira de Psicanálise. A busca foi feita em três idiomas: inglês, francês e espanhol, concentrada nos trabalhos psicanalíticos a partir dos seguintes descritores: psicanálise e autolesão/automutilação, *psychanalyse et automutilacion; psicoanálisis y automutilación/auto-daño; psychoanalysis and self-mutilation/self-harm/self-injury*. Outros termos também foram acrescentados nessa busca como autoagressão e escarificação.

Em seguida, debruçamo-nos sobre a teoria psicanalítica em busca de respostas às nossas inquietações particulares, mas foi a própria prática clínica que nos levou a tomar como referencial teórico privilegiado as obras de Ferenczi e Laplanche, cuja articulação teórica nos permitiu avançar para além dos conhecimentos já construídos em torno da autolesão, não obstante, sem deixar de lado, as contribuições do pai da psicanálise.

Essa triangulação, que consiste em uma tentativa de fazer dialogar com os autores, buscando em cada obra elementos capazes de nos ajudar a esclarecer a complexidade da autolesão, assemelha-se à ideia de Laplanche (1996/1998a) de fazer trabalhar a obra de Freud. No caso, Laplanche se utilizou do próprio método psicanalítico, isto é, da leitura equiflutuante e da interpretação dos recalcamientos e desvios da obra freudiana para problematizar e avançar para além do autor. Trata-se de um grande desafio, pois, apesar dos pontos comuns, há discordâncias importantes entre os psicanalistas. Faz-se imprescindível frisar que nosso trabalho não consiste em uma análise comparativa entre os autores, uma vez que isso demandaria uma nova tese – que, por sinal, já foi feita (Baracat, 2017) –, mas, sim, em tomar suas contribuições, nos pontos coincidentes e complementares, para criar uma espécie de lente que nos ajude a ver para além do já visto, a fim de dar um passo à frente na compreensão desse enigmático fenômeno que vem desafiando não só a clínica psicanalítica, mas a cultura de forma geral.

1.2 PACIENTES DIFÍCEIS E OS DESAFIOS À TÉCNICA CLÁSSICA

A clínica sobre a qual nos debruçamos não foi feita somente com pacientes neuróticos, mas com os ditos casos difíceis da clínica ferencziana, o que nos convocou para repensar o método, já que estávamos frente a pacientes mais fragilizadas em sua constituição narcísica, com defesas mais precárias e com poucos recursos para a simbolização do mal-estar. Trata-se, portanto, de mais uma clínica que opera nos limites da representação psíquica, seja pela

impossibilidade de elaboração do excesso pulsional decorrente do evento traumático, seja porque foram vividos em um tempo anterior ao estabelecimento da linguagem verbal, cujos vestígios permanecem inscritos a nível sensorial. A expressiva emergência de casos de autolesão nos últimos anos – como descrito na seção “Dados epidemiológicos” – se alinha à crescente incidência de patologias que encontram no corpo uma via privilegiada de expressão, como é o caso das doenças psicossomáticas, dos transtornos alimentares, das adicções e das diferentes formas de passagem ao ato, problemáticas frequentes da clínica contemporânea (Cardoso, 2010a).

Não se trata exatamente de um fenômeno novo, de novas patologias, expressão comumente encontrada em trabalhos psicanalíticos, pois os pacientes graves desafiam a psicanálise desde a sua origem. Freud foi o primeiro a observar que nem todos os pacientes respondiam bem ao tratamento por ele recém-criado, tendo, inclusive, o contraindicado para as formas de organização psíquicas não fundadas sobre a lógica do recalque. No artigo “Sobre a Psicoterapia”, por exemplo, Freud (1905/1996k) cita as psicoses, os estados confusionais, as depressões arraigadas e a anorexia como impróprias para a psicanálise, porém deixa aberta a possibilidade de, no futuro, por meio de modificações adequadas ao método, superar tais restrições. Anos depois, no ensaio sobre o narcisismo, Freud (1914/1996v) afirma que a psicanálise não seria indicada para os psicóticos, porque, de seu ponto de vista, eles seriam incapazes de estabelecer uma transferência, condição *sine qua non* para a análise.

Nos textos finais, como em “Análise terminável e interminável”, Freud (1937/1996zs) novamente se questiona sobre as dificuldades e os limites do método psicanalítico, o qual considera inutilizável para os momentos de crise aguda. No mesmo ano, em “Construções em Análise”, ao se interrogar quanto à tarefa do analista, Freud (1937/1996zt) sugere que seria a de construir, a partir de vestígios deixados para trás, o material esquecido. Exposto de outro modo, a tarefa primordial da análise não seria exatamente a rememoração, mas a reconstrução, junto ao paciente, de uma fração inacessível de sua história pessoal. Para explicar o que entende por reconstrução, Freud faz uso de uma metáfora arqueológica. Enquanto o arqueólogo levanta as paredes de um antigo edifício a partir dos alicerces que não sucumbiram ao tempo, o analista “extraí suas inferências a partir dos fragmentos de lembranças, das associações e do comportamento no sujeito da análise” (p. 277). Utilizando-se dessas pistas, o analista completa os fragmentos esquecidos e os comunica ao paciente, em uma construção sempre incompleta e parcial, que poderá ser ou não aceita pelo paciente, fato que difere da interpretação. Em suas palavras:

‘Interpretação’ aplica-se a algo que se faz a algum elemento isolado do material, tal como uma associação ou uma parapraxia. Trata-se de uma ‘construção’, porém, quando se põe perante o sujeito da análise um fragmento de sua história primitiva, que ele esqueceu (p. 279).

Frente à insistência do traumático na clínica atual, Cardoso (2010c) recupera esse tema das construções em análise e defende a necessidade de se construir, no sentido de criar, novos traços, ligações e fantasias que possam auxiliar a simbolização dos aspectos mais destrutivos, de forma a abrir possibilidades de se romper a compulsão à repetição. Todavia, diferentemente de Freud, a autora compreende a construção como uma obra do paciente, que a faz por incitação do analista que atuaria como uma espécie de diretor artístico, *metteur en scène*, sem o qual uma peça teatral não ganha forma.

Medeiros e Peixoto Junior (2016) igualmente apontam para a importância dessa ideia de construções em análise, pois ela permite ampliar a técnica psicanalítica para os pacientes mais resistentes. Contudo, os autores observam que a referida ideia emergiu apenas no final da obra freudiana, muito distante dos escritos técnicos destinados à formação de novos analistas e à disseminação de sua prática. Redigidos antes da segunda tópica, entre os anos de 1912 e 1914, os artigos sobre a técnica não contemplam descobertas importantes, como a ideia de pulsão de morte e a compulsão à repetição, elementos tão presentes na clínica atual. É o que justifica a ênfase na associação livre, no princípio da abstinência e na interpretação como ferramentas privilegiadas da análise. Trata-se, portanto, de uma técnica destinada ao tratamento do sofrimento psíquico no âmbito das neuroses, foco da atenção de Freud, que, por mais de uma vez, afastou a possibilidade do tratamento para os casos não neuróticos.

A contraindicação de Freud, no entanto, não constituiu impedimento para o pioneirismo de Ferenczi, que assumiu em sua clínica muitos pacientes considerados não analisáveis na época. Veremos, mais detidamente no decorrer do capítulo dedicado ao psicanalista húngaro, que foi sua experiência com pacientes severamente traumatizados que o levou a propor modificações na técnica clássica, pois notou que os princípios norteadores da transferência, sobretudo a abstinência e o excesso de neutralidade, tinham um efeito iatrogênico, sendo capazes de reatualizar o trauma na análise (Ferenczi, 1928/2011q). A especificidade da autolesão, amiúde vinculada à vivência de traumas precoces ou demasiadamente intrusivos, foi o que nos levou ao resgate de suas contribuições teórico-técnicas, não no sentido de uma reprodução cega e irrefletida de sua clínica, mas como inspiração.

Para Kupermann (2017), Ferenczi foi o responsável por uma verdadeira revolução do pensamento psicanalítico, ao inaugurar um estilo clínico balizado no acolhimento empático do paciente traumatizado e na presença sensível do analista. Kupermann se refere a uma nova ética em psicanálise, a ética do cuidado e seus princípios básicos: a hospitalidade (capacidade de acolher a criança que habita cada paciente), a empatia (o sentir com) e a saúde do analista (cuidar de si para cuidar do outro). Em um capítulo escrito em coautoria, Vieira e Kupermann (2018) afirmam que a empatia é parte da rica herança deixada por Ferenczi, pois desloca a interpretação de conteúdos como foco do trabalho analítico para colocá-la lado a lado à circulação de afetos, o que se reflete em uma nova forma de escuta guiada pela sensibilidade do analista. Para os autores, é a empatia do analista que permite ao analisando, anestesiado e clivado pelos efeitos do traumatismo, entrar em contato com a parte sensível que se encontra inacessível à técnica interpretativa que, ao contrário, pode produzir mal-estar e submissão.

Isso não significa deixar de lado a interpretação, ferramenta privilegiada do ato psicanalítico, mas aponta para a necessidade de ajustá-la, adaptá-la, algo próximo à ideia de construções em análise (Freud, 1937b/1996zt), porém tomando o analisando como protagonista nessa produção de sentido (Cardoso, 2010c). Por essa razão, na maioria das vezes, ao invés de oferecer interpretações prontas às pacientes, elas eram construídas em forma de perguntas, de maneira a instaurar uma dúvida – restaurar o enigma, como postularia Laplanche (1996/1998a) –, para, desse modo, permitir o questionamento de suas próprias ações, pensamentos, posturas, sentimentos, atuações etc. Destarte, observamos que as pacientes pareciam se sentir invadidas com algumas interpretações, em especial as mais fechadas, o que ficava ainda mais evidente nos casos limites, os quais exigem ainda mais tato nas intervenções, visto que até os silêncios pareciam ameaçadores.

No recém-lançado livro *Por que Ferenczi*, Kupermann (2019) reafirma que é o testemunho sensível do analista que possibilita a produção de sentido para a experiência traumática. Esclarece que essa sensibilidade diz respeito à possibilidade de criar uma linguagem própria, um estilo único entre o par que permita ao analisando dizer o indizível⁶, ou seja, aproximar-se tanto quanto possível dos aspectos inomináveis do trauma, aqueles que excedem a capacidade de transmissão por via linguística, fato frequente na clínica com pacientes prejudicados em sua constituição narcísica e em sua competência simbólica. Frente

⁶ Essa relação entre trauma e indizível também foi objeto da atenção de Maldonado e Cardoso (2009). Para as pesquisadoras, o caráter inenarrável da experiência traumática se deve à impossibilidade de representar o horror em decorrência do excesso de realidade, tal como relatavam os sobreviventes dos campos de concentração que, por meio da literatura de testemunho, diziam faltar palavras para transmitir o que lá viveram. Não obstante, as autoras defendem a necessidade paradoxal de se contar ao outro essas histórias, pois, ao testemunhá-las, abre-se a possibilidade de representar o inominável.

a esses pacientes mais fragilizados, Kupermann, inspirado em Ferenczi, enfatiza a necessidade de se tratar a criança traumatizada que habita o adulto, o que implica, além de uma ética própria – a ética do cuidado já citada –, a valorização da dimensão estética e da expressividade na clínica. Assim, nosso uso do humor e da ludicidade, ao lado da apreciação das criações artísticas das pacientes – como suas poesias –, as quais, além de servirem como caminhos alternativos de acesso ao traumático, auxiliam a sua elaboração pelo potencial que essas saídas têm para sublimar o excesso pulsional.

Por outro lado, esse excesso também pode comparecer de forma crua na clínica, o que, necessariamente, exige suportar o sofrimento, sobretudo em termos contratransferenciais. Em sua tese, Bastos (2018) se dedica justamente a essas formas particulares de expressão do traumático em vítimas de violências extremas ou de traumas precoces que, face à carência de recursos capazes de representar o vivido, seja por seu excesso, seja porque concernem à memória não-representacional, amiúde recorrem à modalidade da mostração, na lógica da *Darstellung*, traduzida como apresentação. Essa não se restringe ao campo visual, pois inclui as demais formas de expressão sensorial – como as táteis, olfativas, sinestésicas –, testemunha de que os eventos traumáticos à margem da inscrição psíquica comparecem por via corporal. Essa estética do traumático, noção cunhada pela autora, faz alusão à mostração do disforme e do obscuro que mobilizam um conjunto de sensações e impressões que afetam sensivelmente o analista ou os profissionais que atendem a vítimas de violências. “A estética do traumático é o processo segundo o qual a interação com situações ou sujeitos envolvidos em violência desperta, no outro, sensações e percepções geradoras de imagens psíquicas e de afetos estéticos negativos intensos” (p. 172). Na acepção de Bastos, o contato com a estética do traumático inerente a situações de abuso sexual e violência desperta as defesas de quem os acolhe, o que pode incluir, dentre outras saídas, as reações de nojo, repulsa, riso e horror.

As constatações de Bastos (2018) sobre a estética do traumático e seus efeitos fazem eco em nossa clínica, pois igualmente estávamos frente a vítimas de violências provenientes tanto do outro quanto de si mesmas, do ataque das próprias pulsões. Isso se refletiu na necessidade de testemunhar, por meio da escuta, narrativas detalhadas de situações terríveis de abuso e espancamentos, como também de ver o que as pacientes insistentemente nos mostravam: o seu sofrimento em carne viva, literalmente inscrito sobre a superfície do corpo, que comparecia ora em linhas tênues de marcas já cicatrizadas, ora como feridas abertas, feitas recentemente e que ainda doíam.

A contratransferência foi mobilizada de múltiplas formas. Comumente, as pacientes chegavam muito resistentes à análise face ao desencontro com o outro em situações de

acolhimento prévias, em que foram recriminadas e, até mesmo, castigadas em decorrência da autolesão. Mas não só. A vivência do desmentido ao longo da vida afeta não somente a capacidade de confiar nas próprias percepções, como também no outro e no mundo. Em resposta, apresentavam uma postura rígida e agressiva, o que nos exigiu, além de muita sensibilidade e tato para superar as resistências e a desconfiança inicial, paciência para sustentar a posição de “joão-teimoso⁷” (p. 35), metáfora utilizada por Ferenczi (1928/2011q) para se referir à necessidade de o analista suportar os ataques hostis dos pacientes.

Observaremos, na próxima seção, que a impressão sobre os desafios à técnica clássica e as dificuldades transferenciais e contratransferenciais existentes no tratamento de pacientes que se autolesionam não são exclusivamente nossas, mas algo que se repete – em especial, quando se trata de pacientes não neuróticos –, como asseveram Vilhena (2016), Waska (1998), Walsh (2007) e outros analistas-pesquisadores dedicados a essa clínica.

1.3 IMPASSES TRANSFERENCIAIS E CONTRATRANSFERENCIAIS

Waska (1998) descreve a autolesão como o resultado da soma de certas fantasias, desejos e medos inconscientes. Por essa razão, o tratamento psicanalítico seria o método mais indicado aos casos, à medida que compreende todas as manifestações humanas dotadas de um significado. Porém, o autor elucida que a ênfase do tratamento não deve recair sobre os momentos de crise frequentemente vividos pelo paciente que se autolesiona, mas no suporte inicial do ego e na exploração psicanalítica. A investigação de fantasias arcaicas, representações de si mesmo e dos objetos são importantes, assim como a análise contínua da transferência e da contratransferência, muitas vezes, atravessada por processos de identificação projetiva, o que pode levar a uma contratransferência negativa na relação com o paciente.

Referente ao exposto, Waska (1998) considera a autolesão um sintoma difícil, tanto para o paciente quanto para o analista, sendo comuns alguns descarrilhamentos e desvios na técnica psicanalítica tradicional, fato que, por sua vez, é inevitável no tratamento de pacientes mais regredidos, feito com menos interpretações e mais contruções de sentido, em que os eventos traumáticos são tomados como pistas para a pesquisa analítica. O autor ressalta a necessidade do cuidado com as intepretações, que podem ter um caráter assustador e invasivo, pois são capazes de recriar as experiências de relacionamento com os primeiros objetos.

⁷ Brinquedo infantil de plástico, também conhecido sob o nome de joão-bobo, é um boneco inflável cujo formato propicia um movimento de vai-e-vem quando as crianças batem.

Assim, suscita-se a importância de uma técnica sensível e da disposição adicional do analista no trato com esses pacientes. O que Waska (1998) retrata como desvios na técnica psicanalítica, Vilhena (2016), em seu ideário, descreve como remanejamentos. Ao discorrer sobre o tratamento desses pacientes, a autora explicita a necessidade de adaptações na técnica clássica. Ao ter como inspiração os escritos de Ferenczi, Winnicott e Berlinck, ressalta a importância da qualidade do encontro afetivo entre analisando e analista, a fim de que este não se restrinja ao desvendamento do que está recalcado, mas que ofereça possibilidades de acolher e legitimar a dor dos pacientes.

A partir de sua experiência com uma paciente *borderline* invadida por sintomas intensos, como angústia, conversões, ataques de ira em que se autoagredia, golpeando a cabeça contra a parede, cortando-se e mordendo-se, Nemirovsky (2015) se sente impelido a uma mudança de perspectiva clínica e, desde então, passa a recorrer a autores intersubjetivistas, como Ferenczi, Fairbairn, Kohut e Winnicott. Conclui que, para o atendimento de pacientes mais graves, amiúde vítimas de abuso sexual, violência e falhas nos cuidados precoces, é necessário adaptar a técnica, com particular cuidado em relação às interpretações que devem ser feitas com prudência, pautadas em um vínculo de confiança entre analista e analisando. Nesse contexto, destaca-se a importância de intervenções de cunho afirmativo, as quais permitam a validação de experiências subjetivas, assim como da sensibilidade e da paciência do analista para suportar a ira desses pacientes, o que pode tornar o vínculo transferencial angustiante.

Reações negativas dos profissionais no tratamento da autolesão também foram evidenciadas por Walsh (2007), como choque, recuo, julgamentos pejorativos, medo, raiva e confusão. Motz (2010) igualmente descreve sentimentos intensos no tratamento desses pacientes. Assim, dentre esses sentimentos, salientam-se a comoção, o medo e a raiva. Ademais, ressalta a importância da capacidade de resistir à hostilidade do paciente. Para a autora, o terapeuta deve atuar como um recipiente tanto de conteúdos tóxicos quanto bons, favorecendo sua integração, para que não mais seja necessário o uso de medidas violentas de descarga psíquica.

Em outro estudo psicanalítico, encontramos preocupação análoga sobre a contratransferência do analista na relação com adolescentes que se autolesionam. Para Giannakopoulos, Triantafyllou e Christogiorgos (2014), as próprias características da adolescência favorecem o surgimento de intensas reações contratransferenciais. As emoções do analista vão de um extremo a outro na mesma sessão. O *acting-out*, comum na

adolescência, manifesta-se na relação terapêutica juntamente à desvalorização da autoridade parental atuada na relação, o que desafia constantemente o terapeuta.

Le Breton (2005) destaca que as defesas do adolescente são diferentes e não têm a mesma gravidade das defesas de um adulto, pois o que pode parecer o começo de uma patologia é, na realidade, uma forma radical de resistência pessoal frente a uma situação sentida como ameaçadora. Dessa forma, “a grande maioria das escarificações afeta adolescentes ‘comuns’ que não sofrem nenhuma patologia, no sentido psiquiátrico do termo, mas contusões reais ou imaginárias em sua existência. Elas são um recurso (antropo)lógico para se opor a esse sofrimento e se preservar” (p. 468). Contudo, deixa claro que são indicativos de intenso sofrimento e, portanto, devem ser interpretados como um pedido inconsciente de ajuda, a fim de que sejam reconhecidos, compreendidos e acompanhados. As próprias feridas serviriam de alavancas para se iniciar o diálogo ou a psicoterapia. Le Breton (2006) sublinha a importância de se observar as peculiaridades da adolescência para que não seja fixado o diagnóstico de uma patologia que não corresponde à realidade, fazendo com que o jovem se convença de que é uma entidade clínica, e não um sujeito em sofrimento que encontrou, nas autolesões, uma forma de dar conta de seus conflitos particulares.

Por fim, Araújo, Chatelard, Carvalho e Viana (2016) defendem o método psicanalítico como o tratamento mais apropriado à dinâmica da autolesão, uma vez que, para esses pacientes, é imperativa a necessidade de falar e de se expressar, o que não ocorre quando são apenas medicados. Outra forma de desmentido?

CAPÍTULO 2

O ENIGMÁTICO FENÔMENO DA AUTOLESÃO: TRADUÇÕES PRELIMINARES

Neste capítulo, propomo-nos a apresentar um panorama sobre a autolesão na literatura para, posteriormente, tecer nossas articulações teóricas. Esse conhecimento já existente sobre o tema nos serve como uma assistência à tradução, uma ajuda para forjar nossas próprias traduções-interpretações sobre o enigmático fenômeno, que é a autolesão. Enigmático, pois, além de ser uma provocação para o outro, uma sedução, as razões por detrás do ato são estrangeiras para o próprio sujeito, derivadas de seu inconsciente. A tessitura deste capítulo se inicia com os dados da psiquiatria em relação à definição, à epidemiologia, aos quadros clínicos correlacionados, informações que nos auxiliam na contextualização desse fenômeno, o qual ultrapassa o âmbito da clínica e está presente no meio social. Porém, esses estudos de caráter mais descritivo pouco esclarecem a complexidade da autolesão e os elementos inconscientes envolvidos no ato, uma vez que a experiência subjetiva daquele que sofre fica em segundo plano, o que difere sobremaneira das contribuições psicanalíticas, que serão apresentadas mais ao final do capítulo, dedicadas à compreensão profunda dos diferentes fenômenos humanos.

2.1 DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DA AUTOLESÃO

A autolesão é o ato de machucar a si mesmo sem intenção suicida consciente, feito por meio de cortes, perfurações, arranhões, mordidas, beliscões, espancamentos e outros métodos, com ou sem o uso de objetos perfurocortantes, atos esses capazes de provocar danos superficiais, moderados ou profundos aos tecidos ou aos órgãos do corpo. A autolesão está associada a diversas formas de sofrimento psíquico e tem como objetivo o alívio rápido, mesmo que provisório, de vários sentimentos dolorosos (Favazza & Rosenthal, 1990).

Existem diversos termos para se referir à prática da autolesão. Arcoverde e Soares (2011) apontam para uma alteração na nomenclatura do fenômeno ao longo dos anos, pois o ato de provocar ferimentos em si mesmo foi, a princípio, denominado parassuicídio, passando à designação de automutilação e, mais recentemente, para autolesão. Maharajh e Seepersad (2010) descrevem outras designações, como autodano deliberado, autoferimento e violência autoinfligida. Acrescentamos outros nomes encontrados durante nossa investigação, como autoagressão (Cedaro & Nascimento, 2012), conduta autolesiva (Caldas et al., 2009; Guerreiro & Sampaio, 2013) e escarificação (Cardoso, Demantova & Maia, 2016; Ferreira &

Costa, 2018; Le Breton, 2006). Segundo Whitlock, Power e Eckenrode (2006), o termo escarificação tem um uso mais restritivo, pois se refere à prática específica de produzir cortes superficiais na própria pele, sendo a modalidade mais frequente de autolesão. Nesta tese adotamos o termo autolesão por considerá-lo o mais adequado do ponto de vista semântico, porque os danos perpetrados contra o próprio corpo, no caso de nossas pacientes, além de não terem acarretado mutilações propriamente ditas (aquelas em que há perda de partes ou órgãos do corpo), não se restringiram às escarificações, uma vez que utilizaram múltiplas formas para se ferir: cortes, arranhões, mordidas, espancamentos, queimaduras, dentre outras.

A autolesão não é um fenômeno novo. Há relatos de sua prática desde tempos antigos, antes mesmo do início da Era Cristã. Vilhena, Rosa e Novaes (2015), em um artigo sobre o valor narrativo das marcas corporais, apontam para tatuagens em múmias egípcias do sexo feminino que datam do ano de 2.160 a.C., mesma época em que o primeiro vestígio de escarificação da pele foi encontrado.

Ademais, citamos a história de Cleômenes, filho de Anaxândrides, rei de Esparta, de 520 a.C. até 491 a.C., a quem não teria um espírito equilibrado. Filho primogênito, tornou-se rei depois da morte do pai. Assim, após um curto período de governo, comete suicídio seguidamente a um episódio de autolesão. “De posse da lança, Cleômenes pôs-se a rasgar as próprias pernas, de alto a baixo, passando para as coxas e destas para os quadris, chegando finalmente ao ventre, que golpeou fortemente, morrendo dessa forma” (Heródoto, 2006, p. 479). Martínez (2003) se refere a outros mitos da Antiguidade Clássica, como o mito de Atis, mencionado por Freud, em Totem e Tabu (cit. por Martínez, 2003) que, enlouquecido pelo amor incestuoso da mãe, emascula-se depois de tê-la traído com uma ninfa. Também os adoradores de Ártemis, os efébos, continua a autora, submetiam-se à *diagmastigōsis* ou flagelação prolongada. Prática que se manterá durante séculos.

Já na era Cristã, encontramos, na bíblia, passagens em que a autolesão está presente: “Sempre, dia e noite, andava entre os sepulcros e nos montes, gritando e ferindo-se com pedras” (Marcos 5:5). Por outro lado, Munhoz e Rossetti (2013) descrevem a autolesão em registros da Baixa Idade Média, entre os séculos XI e XV, em que a Irmandade Flagelante, regida pelos princípios da culpa e do castigo, buscou explicações religiosas para a peste que assolava a Europa, encontrando, na autoflagelação do corpo, um suplício necessário para aplacar a ira divina. Nas ruas das cidades europeias, “os homens se açoitaram e se chicoteavam, para penalizar o corpo que os tinha levada ao pecado, e esse pecado era comum a todos os que assistiam a duras penas ao que a ‘Peste’ trouxe ao período” (p. 68).

Esse espetáculo da autoflagelação do corpo em sacrifício sustentado pela fé não se restringe aos tempos passados. Ainda no século XX, no sul do Ceará, a presença dos penitentes se fez presente. Próximo às datas sagradas do catolicismo, os penitentes praticavam rituais de autoflagelação em procissões aos espaços fúnebres e sagrados das cidades do Cariri (Cascudo, 2002). Matioli e Martínez (2018) consideram que a autoflagelação cristã, como forma de expiação dos pecados, possui um sentido partilhado e é, portanto, validada pelos pares, assim como ocorre em muitos rituais de iniciação de uma tribo ou clã, em que tolerar uma dor infligida ao corpo é um meio de mostrar valor para a comunidade⁸. Se pensarmos nessas práticas de autolesão validadas pela cultura, seja para salvar a alma, seja para ter o reconhecimento de valor em uma comunidade, talvez no âmbito das autolesões, de que nos ocupamos, estejam presentes esses dois elementos, de remissão dos pecados e de procura por reconhecimento. A questão, entretanto, está em saber de que pecado tratar-se-ia e, ainda, a que código da cultura pertence a demanda de tais provas? O que sabemos é que, ao contrário, as práticas de autolesão atuais, entre os jovens, causam estranhamento à nossa cultura.

Há dois modelos distintos de compressão da autolesão disponíveis na literatura. No primeiro, conhecido como automutilação deliberada (*deliberate self-harm - DSH*), a autolesão é vista como parte de uma constelação de comportamentos ligados a tentativas de suicídio. Já o segundo modelo, a autolesão não-suicida (*non suicidal self-injury - NSSI*), vê a prática de autolesões como um recurso utilizado pelo sujeito enquanto forma de lidar com sentimentos negativos, de maneira a evitar o suicídio, com a intenção de integração do eu e preservação da vida (Guerreiro & Sampaio, 2013; Whitlock & Knox, 2007). Veremos, ao longo da tese, que a autolesão está mais próxima a esse segundo modelo, pois se trata de uma tentativa desesperada de encontrar apaziguamento para estados de angústia esmagadora mais do que uma forma de se destruir.

As escarificações que muitos adolescentes se autoinfligem, geralmente são lidas como uma forma de autodestruição, entretanto resulta notório como em seus testemunhos, a automutilação não aparece como uma forma de destruir-se senão ao contrário, uma forma de sentir-se vivo, o que parece uma contradição, se cortam para sentir-se unidos, uma marca que detém e evita o caos (Bautista, 2011, p. 109).

Os primeiros artigos sobre o tema datam de meados do século XIX e se referem ao estudo de casos de pacientes psicóticos. Segundo Turner (2002, cit. Araújo Chaterlard,

⁸ Nas sociedades tribais, além de ser uma prova de resistência pessoal pela capacidade de suportar uma dor, as marcas que resultam dos ritos de iniciação garantem o pertencimento e o reconhecimento social do jovem (Vilhena, Rosa & Novaes, 2015).

Carvalho & Viana, 2016), o primeiro artigo publicado na literatura médica, em 1846, foi um relato de autoenucleação de uma viúva de 48 anos de idade. Esta, por sua vez, alegou ter removido os próprios olhos, pois eles estariam a levando a desejar homens e, assim, ao pecado.

Em conformidade aos postulados de Cordeiro e Venâncio (2004), as tentativas de classificação da autolesão tiveram início na metade do século XX, sendo considerada a primeira delas a proposta de Karl Menninger, em 1938, que dividiu a autolesão em quatro categorias: neurótica, psicótica, orgânica e religiosa. Embasado na teoria psicanalítica, Menninger compreendia a autolesão como uma espécie de solução de compromisso entre as pulsões de vida e morte, uma forma de evitar o total aniquilamento do eu e não uma tentativa de suicídio. Mais tarde, em 1983, Pattinson e Kahan propõem três categorias diversas para a autolesão: variável direta/indireta, letal e de repetição. Contudo, foi possível observar que a categorização proposta pelo psiquiatra e pesquisador Armando Favazza, talvez por sua abrangência, tornou-se referência para muitos estudiosos da área (Araújo, Chatelard, Carvalho & Viana, 2016; Cedaro & Nascimento, 2013; Duque & Neves, 2004; Ferreira, 2014; Giusti, 2013; Gratz, 2001; Klonsky, 2009; Le Breton, 2006; Otto & Santos, 2016; Suyemoto, 1998; Vilhena, 2016; Walsh, 2007; Waska, 1998).

Considerada por Favazza (1998) um comportamento complexo, “a autolesão refere-se à deliberada e direta alteração ou destruição do tecido corporal sem intenção suicida consciente” (p. 260; tradução nossa). Deliberada, pois não se trata de um ato acidental, e direta, porque se distingue de outros métodos indiretos de afetar o corpo, como o uso de bebidas alcoólicas e os regimes. Para Favazza (1987), a autolesão é um recurso utilizado pela pessoa para aliviar a raiva de si mesma, a angústia, a sensação de impotência, a solidão, a rejeição e o medo da separação. A dor e o sangue que escorrem dos ferimentos ajudam a interromper o sentimento de despersonalização. Isso pode ser uma forma de manipular, coagir ou ganhar a atenção dos outros.

Favazza e Rosenthal (1990) descrevem três categorias: maior, estereotipado e superficial/moderado. A primeira se refere a atos drásticos, como a autocastração, a autoamputação de membros, a autoenucleação ocular, causando grandes danos aos tecidos e aos órgãos do corpo, em geral, associados à psicose ou à intoxicação. Tais atos são explicados a partir de temas religiosos, expiação da culpa, purificação, delírio de ser do sexo feminino (o que levaria à autocastração). O tipo estereotipado se relaciona a atos como bater a cabeça, braços, de forma repetitiva e rítmica, prevalente em casos de deficiências mentais, autismo e psicose. Na categoria superficial/moderada, estão os cortes e as queimaduras autoinfligidas,

sem intenção suicida consciente, não como resposta a alucinações, delírios ou retardo mental. Essa categoria apresenta três subtipos: compulsivo, episódico e repetitivo. Tais indivíduos são chamados de *cutters and burners*. Em português, a tradução aproximada equivale a cortadores e queimadores. O tipo superficial é um sintoma mais presente em mulheres, manifestado em atitudes recorrentes e repetitivas praticadas, inicialmente, de forma episódica, podendo se tornar recorrente, com início na adolescência. Embora úteis, as observações de Favazza (1987; 1998) e colaboradores (Favazza & Conteiro, 1988; Favazza & Rosenthal, 1990) estão voltadas à descrição do fenômeno, oferecendo poucas explicações sobre o sentido da autolesão.

2.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

A maioria dos estudos epidemiológicos sobre autolesão é da psiquiatria. Na pesquisa de Whitlock, Eckenrode e Silverman (2006), com uma amostra aleatória de 8300 estudantes de graduação e pós-graduação em universidades norte-americanas, a taxa de prevalência ao longo da vida de comportamentos autoprejudiciais foi de 17%. Desse total, 75% declararam ter se engajado em comportamentos autoprejudiciais mais de uma vez e 36% relataram que ninguém sabia sobre sua prática.

Conforme pesquisa realizada por Klonsky, Oltmanns e Tuckheimer (2003), a autolesão é frequentemente encontrada na população clínica, em hospitais psiquiátricos e em ambientes ambulatoriais. Todavia, ela também está presente entre a população não clínica, em uma taxa de 4% na população em geral, bem como em 14% entre estudantes universitários. Dado semelhante já havia sido apontado por Favazza e Rosenthal, em 1990, para a população universitária, cujo percentual de jovens envolvidos em situações de autolesão ao menos uma vez atingiu os 12%. Entre estudantes do ensino médio, o percentual é similar, 13,9% (Ross & Heath, 2002). Em pesquisa realizada por Heyrend e Lapastier (2009), no Reino Unido, 10,3% de jovens entre 15 e 16 anos de idade declararam ter se autoagredido.

O maior estudo sobre o tema até o momento foi realizado em 2008, por uma equipe multicêntrica de vários países da Europa, com uma amostra de 30.477 adolescentes entre 15 e 16 anos de idade, que apontou a prática da autolesão por 8,9% das moças e 2,6% dos rapazes (CASE⁹, 2008, cit. por Guerreiro & Sampaio, 2013).

⁹ *Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE)* é um programa internacional de estudo e monitoramento de casos de autoagressão. Os dados foram obtidos por meio da análise das internações hospitalares de jovens até 20 anos de idade em decorrência de autoagressões, assim como por meio de pesquisas de autorrelato anônimas

Embora a literatura internacional aponte para um aumento na frequência da autolesão entre os jovens nos últimos anos, há poucos estudos epidemiológicos em âmbito nacional. Não obstante, a pesquisa publicada recentemente por Fonseca, Silva, Araújo e Botti (2018) indica taxas similares em nosso país. A pesquisa foi realizada com 517 adolescentes de 10 a 14 anos de idade pertencentes a escolas públicas de Minas Gerais. Desses jovens, um total de 9,48% declarou ter se envolvido em práticas de autolesão no último ano. Apesar de os números apresentarem certa congruência, as diferenças entre os dados epidemiológicos estão mais em torno da definição do conceito adotado pelos autores. Vimos que não há concordância em relação à nomenclatura do fenômeno, o que se reflete, também, na definição de quais práticas podem caracterizá-lo. Alguns autores, por exemplo, consideram o autoenvenenamento uma modalidade de autolesão (Wood, 2009); enquanto outros o consideram uma tentativa de suicídio (Ross & Heath, 2002).

É importante sublinhar que muitos casos não são contabilizados devido aos intensos sentimentos de culpa e vergonha que impedem a revelação das lesões autoinfligidas (Nader & Boehme, 2003) e porque os indivíduos cuidam de seus ferimentos sozinhos, evitando quaisquer formas de registros possíveis, como internações hospitalares, busca por cuidados médicos ou psicológicos. Essa subnotificação de casos também foi destacada por Wood (2009). Em seu estudo de revisão feito sobre a autolesão em jovens entre 12 a 18 anos, apenas 12,6% fizeram uso do atendimento hospitalar, o que mantém de 80 a 90% dos casos invisíveis aos profissionais de saúde.

Segundo Whitlock, Prussein e Pietruska (2015), após o início de sua prática, as autolesões podem perdurar anos, em média de 2 a 4 anos de duração¹⁰, fato que não nos causa surpresa, haja vista a satisfação pulsional inerente a todo sintoma, que não se renuncia facilmente. Outra característica apontada pelos autores diz respeito à sua forma de manifestação cíclica, o que envolve episódios esporádicos de autolesões repetitivas com intervalos de semanas, meses ou, até mesmo, anos da ausência de sua prática. Esse fato foi observado nas pacientes atendidas, que passavam semanas e até meses sem se ferir. Não obstante, frente a situações geradoras de angústia, os episódios retornavam.

Dado relevante, ainda, em termos epidemiológicos, diz respeito ao caráter de contágio da autolesão, fato observado em ambientes comunitários, como escolas e redes sociais, além de locais de confinamento, por exemplo, hospitais, centros de acolhimento da juventude e

aplicadas à população jovem. Participaram desse projeto cerca de 10 países europeus, dentre eles se destacam a Inglaterra, a Hungria, a Holanda, a Noruega e a Bélgica.

¹⁰ Para Favazza (2013), sem tratamento, a autolesão pode durar de 10 a 15 anos. Nesse período, outros comportamentos impulsivos – como bulimia e abuso de álcool e drogas – podem se manifestar.

presídios (Caldas, et al., 2009; Whitlock, 2009). Whitlock, Power e Eckenrode (2006) salientam que as interações on-line não servem somente de apoio informal ao jovem que comete a autolesão, mas podem também encorajar ou normalizar sua prática, inclusive, pela oferta de novas modalidades de atos autodestrutivos veiculados em tais mídias. Segundo Doctors (2007), assim como os transtornos alimentares, a autolesão não é um sintoma de inteira criação própria. A sua divulgação nas grandes mídias, revistas, programas televisivos e internet fez com que o sintoma chegasse ao grande público. Também não se trata, para a autora, de simples imitação, mas há algo que atrai quem observa o sintoma, passando a manifestá-lo.

2.2.1 Tipos de autolesão e meios adotados para se ferir

Nos dados da pesquisa de Gratz (2001) sobre a prática de atos de autoagressão, os métodos comumente utilizados para sua prática foram: cortes e perfurações, representados por 14% dos casos; arranhões na própria pele em 12% dos casos, e queimaduras, com 7% dos casos. Entretanto, 68% dos participantes declararam utilizar mais de um meio para se ferir. Essa multiplicidade de métodos para se autolesionar foi apontada por 90% dos participantes da pesquisa realizada por Klonsky (2009): cortes, arranhões na pele, queimaduras, mordidas, beliscões, fricção do corpo contra superfícies ásperas, bater-se. Whitlock, Prussein e Pietruska (2015) acrescentam outros métodos menos comuns, como esculpir a pele com palavras ou símbolos, o que nos lembram as tatuagens.

Apesar da variedade de meios utilizados pelos sujeitos para a autolesão, Klonsky (2009) aponta para a prevalência do corte na pele como meio preferencial para causar autoferimentos, presente em uma taxa entre 70% a 97% dos casos. Maharajh e Seepersad (2010) igualmente destacam o corte da pele como a forma mais comum de autolesão, presente em 70% dos casos. Os cortes na pele também foram apontados por Ross e Heath (2002) como o método mais utilizado por estudantes do ensino médio para se ferir, exatamente em uma taxa de 41% da amostra da pesquisa. Nesse estudo, os autores avaliaram, ainda, a frequência da autolesão: 13,1% declararam sua prática mais de uma vez ao dia; 27,9% duas vezes por semana; 19,6% duas vezes por mês; 18% apenas uma vez; e 19,6%, esporadicamente. Mais importante do que a exatidão dos dados, cujas diferenças podem estar relacionadas às particularidades das amostras pesquisadas (idade, condições socioculturais, gênero, nacionalidades dos participantes e outros aspectos), os números evidenciados nos indicam a ânsia dos sujeitos para encontrarem formas mais eficazes de dar vazão – por meio da

transposição para a esfera física – à dor emocional insuportável. Ilustraremos, no sexto capítulo, que a gravidade do dano autoinfligido, inclusive, relaciona-se à intensidade dos sentimentos experimentados no momento da autolesão.

De acordo com Vieira, Pires e Pires (2016), as partes do corpo mais atingidas são os punhos, as mãos e os braços, com incidência pouco significativa para lesões indiscriminadas por todo o corpo, sendo raro o ataque aos órgãos genitais. Os objetos indicados pelos autores como meios preferências para causar autoferimentos foram as próprias mãos, unhas, dentes, facas, estiletos, vidro, pedra, caneta e grampos.

Nesse cenário, Pommereau (2006b) propõe a existência de lesões típicas e atípicas. Considera típicas as lesões com início durante a puberdade e que afetem a superfície dorsal das mãos, braços e pernas, pois ver os ferimentos significa assumir o controle sobre eles, além de contribuir para o alívio da angústia. Entende como atípicas as lesões autoinfligidas que ocorrem antes da puberdade – menarca nas meninas – ou com início somente após os dezoito anos, cuja gravidade dos danos seja crescente ao longo do tempo, ou quando afetam a face, o pescoço, o tórax, o abdômen e os órgãos genitais, bem como incisões de letras ou palavras mórbidas (morte) e contexto delirante associado. Para o autor, as lesões atípicas podem evocar conflitos de orientação sexual e estão assiduamente relacionadas a distúrbios mais graves e estruturais, como nos estados limítrofes e na psicose, com ou sem distúrbio de humor associado.

2.2.2 *Diferenças de gênero*

Trata-se de uma prática que tem início, em geral, na adolescência, cuja idade média de maior incidência ocorre entre os 15 aos 19 anos (Ross & Heath, 2002). A autolesão se apresenta, predominantemente, relacionada ao sexo feminino, representando, segundo Maharajh e Seepersad (2010), cerca de 80% dos casos. Dado análogo foi encontrado por Whitlock, Prussein e Pietruska (2015), cuja prevalência da prática entre mulheres atingiu os 78,3% dos casos.

Essa prevalência de gênero foi observada por vários autores. Para Wood (2009), a taxa seria entre 2 a 4 vezes maior em meninas do que em meninos. Ross e Heath (2002) expressam essa diferença em números a partir de uma amostra comunitária pesquisada: 64% em moças, 36% em rapazes. Os dois últimos estudos propõem uma explicação simplista para essa diferença. Na acepção de Wood (2009), os meninos teriam maior tendência para externalizar suas emoções se comparados às meninas, o que vai ao encontro da compreensão de Ross e

Heath (2002). No ideário das estudiosas, a autolesão é uma tentativa de aliviar sentimentos fortes, por exemplo, a raiva. Como a expressão da raiva é socialmente menos aceitável para as meninas, elas tornar-se-iam mais propensas a direcionar a agressividade para si. A nosso ver, tal diferença de gênero na prática da autolesão tem raízes mais complexas, em torno do masoquismo e sua relação com o feminino e da própria constituição do eu. Retomaremos a essa temática juntamente à análise dos casos clínicos.

Pommereau (2006a) observa diferenças de gênero também no meio adotado para se ferir e cita as contusões e golpes com as mãos ou a cabeça contra superfícies duras (paredes e portas), uma prática mais presente em meninos, como uma forma de buscar, no exterior, limites para o transbordamento da angústia¹¹. Já as meninas adotam sua própria pele para exteriorizar e tornar visíveis seus sentimentos, utilizando-se, em especial, dos métodos já mencionados: cortes, arranhões e queimaduras, feitos com objetos afiados dos mais variados.

2.3 QUADROS CLÍNICOS ASSOCIADOS

A autolesão não é um sintoma exclusivo de nenhum quadro psicopatológico. Favazza e Rosenthal (1990) a associam a uma série de quadros clínicos diferentes, como a esquizofrenia, os transtornos de personalidade, a depressão e o transtorno de estresse pós-traumático. É presente também na população sem diagnóstico específico, que nunca procurou ajuda especializada ou fez uso do aparato de saúde mental, tais como estudantes universitários e recrutas das forças armadas (Favazza & Conteiro, 1989).

Segundo Favazza e Conteiro (1988), casos crônicos de autolesão estão geralmente associados à esquizofrenia, à depressão e aos transtornos de personalidade. Tais pacientes são usuários ativos dos serviços de saúde mental. O diagnóstico mais associado seria o transtorno de personalidade *borderline*¹², cujo comportamento de autolesão estaria presente em um a cada oito pacientes diagnosticados com o transtorno. O mesmo percentual foi apontado por

¹¹ Embora a pesquisa prática tenha sido realizada apenas com adolescentes do sexo feminino, durante o atendimento eventual como psicóloga escolar, dois adolescentes relataram ter socado a parede do quarto com os punhos, mais de uma vez, em resposta a sentimentos conscientemente descritos como raiva e tristeza. Contudo, o mais interessante é que ambos não consideravam seu gesto uma forma de autolesão, o que pode indicar a existência de equívocos nas taxas de prevalência de gênero, pois, se fossem questionados em uma pesquisa sobre a prática de atos de autolesão/automutilação, ambos negariam.

¹² No DSM-IV (2002), a autolesão (ali denominada automutilação) é um dos critérios para o diagnóstico do transtorno de personalidade *borderline*. Já o DSM-V (2014) sugere a adoção de uma categoria nosográfica própria: autolesão não suicida. Os principais critérios para esse diagnóstico são: o engajamento, por mais de cinco dias, em atos capazes de causar danos leves ou moderados aos tecidos do corpo (como cortes e queimaduras) sem intenção suicida. Os ferimentos devem estar associados à expectativa de obter alívio de sentimentos negativos, de resolver uma situação interpessoal conflituosa, além de existir a preocupação com o ato antes de sua execução, sendo difícil resistir à sua prática.

um estudo francês, destacando a presença da autolesão em 80% dos pacientes *borderlines* (Corcos & Richard, 2006). A autolesão também está associada a quadros de angústia, casos de histeria, neurose obsessiva, personalidade antissocial, abuso de substâncias e transtornos alimentares (Abreu, Tavares & Córdas, 1994; Favazza & Conteiro, 1998; Giusti, 2013; Klonsky, 2009).

Faz-se pertinente expor que a última associação tem destaque nas pesquisas internacionais. Svirko e Hawton (2007) aclaram que os casos de autolesão, especificamente entre 54% e 61%, estão associados aos transtornos alimentares. Essa alta correlação é explicada a partir da existência de elementos comuns nos diferentes grupos de pacientes: alguns dizem respeito a fatores individuais, como a impulsividade; outros se referem a fatores interpessoais ou sociais, como a vivência de traumas precoces, violência física e o abuso sexual. Claes e Vandereycken (2007) descrevem taxas semelhantes: 38% dos pacientes com transtornos alimentares pesquisados se autolesionavam. Desses pacientes, cerca de um terço relatou ter sido vítima de abuso físico e metade de abuso sexual. Igualmente dedicados à compreensão da coexistência da autolesão com os transtornos alimentares, Muehlenkamp et al. (2011) constataram histórico de traumas na infância, distúrbios afetivos, baixa autoestima, insatisfação corporal e processos dissociativos como fatores comuns a ambos os grupos.

Para Zerkowitz e Cole (2018), a autolesão e os referidos transtornos fazem parte do mesmo espectro de comportamentos de autoflagelação, haja vista a presença de forte autocrítica nesses pacientes, o que favorece atitudes autopunitivas diretas ou indiretas. Na bulimia e na anorexia, a autocrítica – ou o auto-ódio como também se referem os autores – está centrada no corpo, o qual, muitas vezes, é motivo de vergonha. Na autolesão, a autocrítica é mais intensa e generalizada, amiúde um gatilho para os episódios, fato observado também por Castilho, Gouveia e Bento (2010), que descrevem níveis mais elevados de autocrítica entre pessoas que se autolesionam. “Nos adolescentes com auto-dano, o auto-criticismo funciona quase como uma ‘perseguição interna’, motivada por uma vontade de agredir, magoar, destruir e vingar-se do próprio eu pelas falhas e fracassos cometidos” (p. 352). Observaremos na análise dos casos clínicos tanto a presença da autocrítica generalizada nas pacientes quanto o ódio em relação ao próprio corpo, o que levava Júlia a se ferir, por exemplo, e Carolina a regimes drásticos, isso porque, em fantasia, o corpo não seria capaz de despertar o desejo do outro.

Nesse sentido, a correlação entre autolesão e os transtornos alimentares também é descrita em âmbito nacional. A partir de vinhetas clínicas, as psicanalistas Venosa e Géa (2010) chamam a atenção para um incremento nos últimos anos de sintomas que incidem

diretamente no corpo, em um tipo de economia psíquica voltada para a descarga, como bem ilustram o vomitar típico da bulimia nervosa e o ato de se cortar. A dificuldade de simbolizar o excesso pulsional decorrente de vivências traumáticas das mais diversas ordens favoreceria uma atuação compulsiva, ora como passagem ao ato, ora como *acting-out*¹³, nesse caso, como uma tentativa de convocar e, ao mesmo tempo, provocar o destinatário dessa mensagem escrita no corpo, seja por meio de um corpo cadavérico, seja por meio de um corpo marcado por cortes, os quais visam mostrar o indizível.

A autolesão, ademais, faz laço com o uso de substâncias psicoativas. Favazza e Rosenthal (1990), por exemplo, descrevem o abuso episódico de álcool em pacientes que se autolesionam. Para os autores, inclusive, um sintoma pode suprimir o outro, ou seja, a autolesão pode dar lugar ao abuso de álcool, porém esta retornará quando o padrão de uso de álcool voltar a se normalizar, não sendo incomum a alternância de sintomas. Tal associação entre autolesão e abuso de substâncias foi descrita no artigo de Waska (1998). As quatro pacientes analisadas pelo autor ora intercalavam o sintoma da autolesão com episódios de alcoolismo, ora faziam o uso concomitante. A nossa própria experiência clínica também vai ao encontro desses dados. Carolina, de quem falaremos mais adiante, alegou ter feito uso de bebidas alcoólicas para não se ferir em momento de grande angústia, já que temia pela intensidade dos danos que poderia provocar a si mesma se tentasse se cortar naquele momento.

A autolesão no transtorno de personalidade antissocial foi mencionada por Favazza e Contreiro (1998), a partir da leitura de artigos que indicavam sua forte presença em internos de instituições prisionais e de socioeducação. Essa presença expressiva da autolesão na população prisional também foi descrita em estudos nacionais (Caldas et al., 2009; Duque & Neves, 2004), contudo, nessas pesquisas, o fator considerado o de maior vulnerabilidade para emergência da autolesão não foi o transtorno subjacente, mas, sim, o fator ambiental. O ambiente de confinamento seria um facilitador do contágio, semelhante ao que ocorre em instituições educacionais, em que o ato autodestrutivo é imitado pelos pares favorecidos pelo mecanismo de identificação.

Por outro lado, adolescentes que se autolesionam apresentam sintomatologia depressiva mais elevada do que a população jovem em geral (Castilho, Gouveia & Bento,

¹³ Para Lacan (1963/2005) e os pós-lacanianos, enquanto o *acting-out* está endereçado ao Outro, como uma ação – amiúde de caráter impulsivo e violento – que diz mais do que aparenta, tal como um sintoma que se mostra de forma velada à espera de uma interpretação, a passagem ao ato tem o sentido oposto. Nesse caso, não há apelo ao Outro, nem aos representantes do pequeno outro. Assim, não se trata de um pedido de ajuda ou simbolização, mas de um momento de embaraço do sujeito atravessado por suas emoções, que o tiraria de cena ao dar fim a um impasse, por exemplo, os atos impulsivos, os assassinatos e o suicídio.

2010; Ross & Heath, 2009). A depressão foi considerada por Vieira, Pires e Pires (2016) o quadro clínico de maior prevalência entre pacientes que se autolesionavam atendidos em um ambulatório de psiquiatria no Brasil, sendo a tristeza o principal fator desencadeante para sua prática, em uma taxa de prevalência de até três vezes maior do que outros sentimentos bastante conhecidos como precipitadores, dentre eles, salientam-se a ansiedade e a raiva.

Segundo Peterson, Freedenthal, Sheldon e Andersen (2008), o fato de a autolesão ser encontrada em jovens sem diagnóstico psiquiátrico específico favorece sua compreensão do ponto de vista funcional, como um recurso utilizado para o alívio da angústia e de estados afetivos negativos, especialmente raiva e depressão. Trata-se do que os autores nomeiam de função da autolesão.

2.4 UM RECURSO PARA LIDAR COM SENTIMENTOS AVASSALADORES

Favazza e Rosenthal (1990) descrevem a autolesão, de uma forma sintética, como uma espécie de autoajuda mórbida, antitética ao suicídio, com vistas a proporcionar alívio rápido, mesmo que temporário, de vários sentimentos egodistônicos, dentre eles estão a culpa, a rejeição, o tédio, a solidão e a perda. Em outros artigos, temos sua descrição vinculada ao alívio de sentimentos de despersonalização, ansiedade severa, bem como para o apaziguamento de alucinações, preocupações sexuais e pensamentos caóticos que afligem o sujeito (Favazza, 1998; Favazza & Contei, 1989).

Para Whitlock (2009), a autolesão tem múltiplas funções, especialmente quando praticada regularmente. A autolesão seria, por um lado, uma forma utilizada pelo sujeito para lidar com sentimentos indesejados, reduzindo-os rapidamente. Embora sua prática possa dissipar sentimentos fortes no curto prazo, em longo prazo, as pessoas se sentem envergonhadas e perdem o controle sobre a situação. Esse fato foi observado na prática clínica quando Maju se refere à dificuldade de dar fim à compulsão, como uma espécie de vício: *“já fiz até promessa pra parar de me cortar, mas não deu certo, me corto quase todo dia”*. Em contrapartida, a autolesão pode ser utilizada como um meio de evocar emoções em momentos de entorpecimento ou dissociação, além de ser considerada uma forma de autopunição. A autolesão é utilizada como um meio para chamar a atenção dos adultos ou dos pares e, até mesmo, para fazer parte de um grupo. Gaspard, Hamon, Abelhauser e Silva Junior (2015) acrescentam que exibir tais marcas é uma forma de solicitar o afeto do outro.

Entretanto, para Walsh (2007), a autolesão é, primeiramente, um caminho para a redução de intensos sentimentos de ansiedade, raiva, depressão, culpa, vergonha e, até

mesmo, do desejo de morrer. Em menor proporção, pode ter como intuito o desejo de se comunicar, de coagir o meio, de resolver conflitos interpessoais e de competir com outras pessoas que se autolesionam ou gerar intimidade. Concepção análoga é partilhada por Klonsky (2007), pois seu uso para influenciar pessoas seria apenas secundário, predominando sua utilização como forma de lidar com emoções agudas, por exemplo, frustração, opressão, tristeza, solidão e vazio, as quais cedem lugar a sensações prazerosas após a prática da autolesão, como alívio, calma e relaxamento. O autor cita outras funções, tais como interromper episódios de dissociação, afastar pensamentos suicidas e gerar sensações quando se sente anestesiado, o que permite ao sujeito se sentir novamente vivo e real.

Em trabalho posterior, Klonsky e Glenn (2009), a partir da aplicação do Inventário de declaração sobre autolesão (*Inventory of Statements About Self-injury - ISAS*), descrevem treze funções para o ato divididas em duas categorias. Funções intrapessoais: regulação de afetos, antidissociação, antisuicídio, autopunição, autocuidado e marcação de angústia. Marcar a angústia diz respeito a criar uma marca física no próprio corpo para dar materialidade ao sofrimento emocional, marca essa que pode se tornar objeto de cuidado. Funções interpessoais: limites interpessoais, influência interpessoal, ligação entre pares, busca de sensações, vingança, autonomia e resistência. As funções interpessoais, mais uma vez, assumem papel secundário, sendo menos reconhecidas pelos participantes se comparadas às funções intrapessoais, sobretudo seu uso para o alívio de emoções dolorosas.

Essa compreensão da autolesão como um recurso para lidar com sentimentos avassaladores é partilhada por pesquisadores de vários países do mundo. Os americanos Ross e Heath (2002) consideram que “estudantes que se autoagridem descrevem sentimentos de auto-ódio ou tristeza e frequentemente mencionam estar com raiva de si mesmo ou sentem a necessidade de punir a si mesmos” (p. 75; tradução nossa). Em um estudo grego, a autodestruição (autolesão e tentativas de suicídio) é descrita como uma forma de apaziguar sentimentos fortes, como a raiva de si mesmo e o sentimento de vergonha (Giannakopoulos, Triantafyllou & Christogiorgos, 2014). Tais trabalhos estão em consonância com as teorias que postulam que a autolesão é uma forma encontrada pelos sujeitos para reduzir ou anular sentimentos negativos e intoleráveis para o eu (Favazza & Conteiro, 1988; Favazza & Rosenthal, 1990; Peterson et al., 2008; Klonsky, 2007).

2.5 UM DIQUE PARA A ANGÚSTIA E MUITO MAIS: CONTRIBUIÇÕES PSICANALÍTICAS

De forma geral, os trabalhos psicanalíticos em torno da autolesão fazem uso da mesma definição adotada pela psiquiatria, principalmente a de Favazza, compreendendo a autolesão como um gesto não-suicida.

Encontramos nos artigos forte ênfase explicativa para as autolesões com base na Psicologia do Ego e na Teoria das Relações Objetais. Nesses estudos, os autores articulam a autolesão ao desamparo vinculado a experiências dolorosas na infância. Inclusive, antes do início desta pesquisa, quando da escritura do projeto de tese, esta teoria parecia trazer importantes pontos de apoio para nossa compreensão da autolesão, pois a experiência clínica até o momento indicava problemas nos vínculos com os primeiros objetos. Com o avançar da pesquisa, foi possível notar que essa compreensão não é contrária aos nossos postulados – porque, igualmente, consideramos a vivência de traumas infantis como pano de fundo para a emergência da autolesão na adolescência. Todavia, esses estudos pareciam deixar em segundo plano algo fundamental para a leitura do fenômeno: o desamparo da criança frente às suas próprias pulsões implantadas e, por vezes, intrometidas nessas experiências traumáticas com os objetos primordiais. Vamos aos autores.

A partir de um estudo com nove adolescentes hospitalizadas que se cortavam de forma repetitiva e superficial, Doctors (1981) verificou dois pontos em comum em suas histórias pessoais: uma configuração similar de conflitos nas primeiras relações objetais e problemas no desenvolvimento de sua sexualidade genital (ascensão à feminilidade).

Sobre o primeiro ponto, Doctors (1981) correlacionou a autolesão à evidência de patologias nas primeiras relações objetais, o que resultaria em um quadro particularmente comum de características aos pacientes: baixa tolerância à frustração e à tensão interna; capacidade limitada de expressão verbal dos afetos e de simbolizar experiências aflitivas; e a descrença na possibilidade de receber ajuda dos outros. A autora enfatiza problemas na relação corpo-objeto e da formação da imagem corporal, resultantes de falhas nas experiências iniciais de cuidados corporais calmantes.

A compreensão de Doctors (1981) se embasa nos postulados winnicottianos acerca da importância dos cuidados precoces para o desenvolvimento infantil. A autora lembra que o fracasso da mãe em atender adequadamente as necessidades do bebê o leva a reagir prematuramente às intrusões no seu processo de integração, resultando em uma angústia difusa. A autora descreve a notória falta de empatia das mães das pacientes que as impediam

de compreender suas necessidades, mantendo-as alienadas das experiências de suas filhas. Ressalta que nenhuma das pacientes que acompanhou acreditava que suas necessidades e desejos seriam correspondidos pelo meio. Muito pelo contrário: eram negados e substituídos por outros. A autora conclui que a falta de uma presença benigna dos pais na infância prejudicou a internalização de objetos estáveis, o que contribuiu para o desconforto dessas pacientes em ficar só e na sua incapacidade para se acalmar, fato que explica o forte apego aos instrumentos cortantes, secretamente guardados como objetos transicionais, capazes de acalmá-las quando tudo o mais falha. Na análise dos casos, constataremos que esses objetos eram guardados em locais especiais e mantidos à disposição para uma eventual necessidade.

Em relação aos impasses no desenvolvimento da sexualidade genital, Doctors (1981) indica a presença de dificuldades na relação mãe-filha como precursoras de problemas na formação do esquema e da imagem corporal dessas pacientes. A autora explana que a autolesão não ocorre antes da menarca, sendo que aparece fortemente relacionada a conflitos em torno das experiências sexuais e das sensações genitais. Inclusive, todas as pacientes eram sexualmente ativas e haviam começado cedo sua vida sexual. “A experiência sexual precoce também é postulada como um meio de promover uma esquematização do corpo e estabelecer limites corporais mais firmes em meninas que tiveram sensações genitais experimentadas anteriormente como ameaças à integridade do corpo” (p. 453; tradução nossa).

A história de vida das nove pacientes de Doctors (1981) foi marcada por grande sofrimento físico, desde doenças, lesões à violência interpessoal, como espancamentos, relacionamentos afetivos sofridos e estupros. Um dado chamou a atenção da autora: seis das nove pacientes foram estupradas, sendo algumas, mais de uma vez, o que levou a autora a pensar que, de alguma maneira, elas se colocavam em situações de risco, pois, concomitantemente, apresentavam outras atitudes consideradas imprudentes, como fugir de casa, correr em meio ao trânsito, pedir carona a desconhecidos, fato que se repetiu na história de nossas pacientes, conforme será analisado nos capítulos cinco e seis.

Após 25 anos de experiência no tratamento psicanalítico de adolescentes, Doctors (2007) observa que as experiências prévias de violência emocional são determinantes para o surgimento da autolesão, sobretudo quando a criança não é amparada pelo entorno social na época em que foi vitimada. Em suas palavras:

A violência emocional é encontrada em uma ampla gama de circunstâncias pessoais, e a forma mais extrema é tipificada na situação em que um pai ou uma mãe abusa de uma criança, física ou sexualmente, e a prejudica ainda mais dizendo que a mesma criança provocou esse comportamento, ou, que o comportamento do pai é um ato de amor (n. p.).

Para Doctors (2007), essas experiências de violência emocional prejudicam a capacidade de a criança recorrer aos outros em busca de acolhimento frente a situações ameaçadoras, o que resulta em formas particulares de autocuidado pela inexistência de um outro confiável. Na perspectiva da autora, a vulnerabilidade desses pacientes para a autolesão decorre de experiências disfuncionais com figuras parentais intrusivas ou rejeitantes. A autora não faz distinção entre experiências emocionais extremas e experiências físicas extremas, pois não concebe a última sem a presença da primeira, sendo as experiências emocionais exacerbadas pela violência física praticada pelo adulto contra a criança.

A violência emocional se constitui, portanto, em fator de risco para a autolesão, esta considerada uma estratégia de enfrentamento para experiências intensas e esmagadoras, como um esforço de autogestão. Trata-se, conforme postulou Doctors (2007), de uma tentativa solitária de gerir uma experiência desorganizadora de vulnerabilidade. Por essa razão, apesar de ser considerada problemática para os outros, a autolesão é uma solução para estados insuportáveis, uma forma violenta de autocuidado frente a uma necessidade urgente de restauração do eu. Para a autora, a atividade de autogestão/autorregulação é parte consciente e parte inconsciente, servindo para acalmar e conter estados psicológicos insuportáveis, como a despersonalização.

Waska (1998) destaca a defesa contra sentimentos de abandono e desintegração do eu como uma das principais funções da autolesão. Na ótica do autor, indivíduos que se autolesionam geralmente foram vítimas de experiências afetivas caóticas e persecutórias com os primeiros objetos, portanto, paradoxalmente, a autolesão seria uma forma bastante primitiva de produzir um afeto autogerido, um primeiro movimento em direção à autocriação e à construção de uma identidade, porém uma identidade falsa, como um falso *self* alicerçado no masoquismo.

A maior parte da automutilação é um último esforço para acabar com fantasias aterrorizantes de perder o objeto, ou uma tentativa desesperada de restaurar ou reparar um objeto interno que está destruído. . . . A autolesão também é uma defesa contra estar fora do controle. O ato de se cortar produz um controle bastante focado para os sentimentos assustadores de abandono ou de fusão. Ela pode quase que ‘cortar’ essas experiências afetivas assustadores. No mínimo isso ajuda o paciente a se distrair de outros sentimentos dolorosos no momento (p. 24; tradução nossa).

Também inspirada nas teorias do desenvolvimento da sexualidade e do apego, Casas Dorado (2016) compreende a autolesão como um modo de regular os distintos estados do *self* enquanto um mecanismo de regulação emocional. Assim como Doctors (2007) e Waska (1998), a autora considera as experiências de violência emocional na infância precursoras da

autolesão, em virtude de seu impacto traumático para a integridade do *self*. Conforme versa Casas Dorado (2016), inicialmente, o bebê depende de um outro externo para acalmá-lo e significar o que está sentindo. Trata-se, então, da regulação diádica emocional, presente em um ambiente de qualidade afetiva na relação com o cuidador principal. Por outro lado, pais inseguros e desorganizados são incapazes de oferecer um ambiente de apego seguro, o que afeta a integridade do *self* de seus filhos. A experiência analítica com uma jovem de 14 anos que se cortava levou a autora a concluir que “os comportamentos autolesivos e pensamentos obsessivos eram uma tentativa de dar estrutura e organização a estados internos de angústia insuportável, que eram sentidos como momentos de desordem, vazio e falta de coerência interna” (p. 205).

Damous e Klautau (2016) correlacionam a autolesão de uma paciente entrevistada em um ambulatório de saúde mental à atualização de repetidas falhas vividas em tempos precoces da constituição do eu, anterior ao estabelecimento da linguagem verbal, em que os traumas não podem ser assimilados psiquicamente, pois foram experimentados via corporal ou sensorial. Essa atualização por meio da compulsão à repetição tem como finalidade forçar algum tipo de ligação para o excesso, em uma tentativa de elaboração e representação das experiências traumáticas vividas.

Certamente as automutilações como as que permeiam o caso de Bruna pressupõem atuações compulsivas que refletem a insuficiência de processos simbólicos derivados de relações anaclíticas deficientes concomitantes à constituição prejudicada do sistema para-excitação. Na situação clínica apresentada, a automutilação conduz à atualização de traumas precoces e, portanto, de modos primários de defesa que ameaçam a autoconservação, tamanha a destrutividade autoengendrada presente nessas atuações (p. 108).

A inspiração das autoras provém da ideia de trauma cumulativo de Masud Khan, entendido como a repetição e o acúmulo de falhas no papel da mãe como escudo protetor diante da fragilidade do eu infantil durante todo o processo de desenvolvimento psicossocial, da infância à adolescência. As estudiosas sustentam seus constructos também a partir de Winnicott, pois as rupturas decorrentes de uma maternagem insuficiente afetariam o continuar a ser da criança, levando a defesas primitivas ante à emergência de estados severos de angústia.

A partir do acompanhamento de adolescentes em um centro de reabilitação para usuários de drogas, Noshpitz (1994) propõe a existência de uma parte autodestrutiva do eu denominada ideal negativo do ego, derivada das falhas no papel do ambiente. Essa instância,

em sua maior parte inconsciente, é responsável por um sentimento crônico de mal-estar interno, vergonha, inutilidade, auto-ódio, autodesvalorização, tendência a se culpar por tudo de errado que acontece a si mesmo, aos familiares e amigos, sensação constante de estar errado, o que pode dar lugar a atitudes impulsivas prejudiciais como forma de punição, por exemplo: autolesão, comportamentos antissociais e tentativas de suicídio (Noshpitz, 1994; 2011). Esse ideal negativo se constitui já nas primeiras relações objetais pela exposição do bebê a experiências negativas, como imaturidade parental, abuso e negligência, ocasionando traumas no desenvolvimento.

Veremos na análise dos casos clínicos que esses sentimentos descritos pelo autor estão realmente muito presentes nas falas das pacientes que se autolesionam. Segundo Gvion e Fachler (2015), a compreensão de Noshpitz é inspirada em autores como Winnicott, Kohut e Fairbairn, ao mesmo tempo em que se aproxima da longa tradição do pensamento clínico psicodinâmico, que associa trauma infantil à autodestruição, ideia postulada por Ferenczi na década de 30 do século passado.

Assim, mais detidamente no próximo capítulo, averiguaremos que a ideia ferencziana da presença do sexual no encontro adulto-criança está na base da experiência traumática. A referência a Ferenczi e a Laplanche, com sua teoria da sedução generalizada, que aprofunda ainda mais essa discussão sobre a dissimetria adulto-criança no plano sexual, ajudou-nos a ampliar nossa compreensão da autolesão, assim como possibilitou entreolhar elementos escamoteados por detrás do discurso manifestado pelos pacientes que se autolesionam. Portanto, além dos sentimentos de raiva, de frustração e de tristeza conscientemente enunciados como desencadeadores imediatos para o ato, há algo mais que diz respeito ao inconsciente, como a satisfação pulsional na presença do sintoma, o masoquismo moral, sua relação com as fantasias e os desejos inconscientes, seu potencial comunicativo, como uma mensagem cifrada à espera de interlocutor para sua dor e desejos. Esses temas serão abordados no transcorrer da tese, ao longo dos próximos capítulos, mas essa preocupação com o sexual e o estatuto mensageiro da autolesão já despontam de forma interessante em alguns trabalhos, vejamos.

Para Damous e Klautau (2016), a autolesão é compreendida como um ato potencialmente mensageiro, pois estaria aquém do registro simbólico, podendo adquirir sentido a partir das respostas do ambiente. Respostas desqualificadas resultariam em uma compulsão à repetição, intensificando, ainda mais, os episódios de autolesão. “O ato assim apresentado, contudo, precisa ser recolhido e contido pelo ambiente disponível e atento, metabolizado e devolvido, para que de fato assume o estatuto de mensagem” (p. 110). O

ponto de vista das autoras está ancorado nas ideias de Roussillon (2006), que sustenta um valor mensageiro para as pulsões, o qual vai muito além da descarga. Dessa forma, os atos, sejam quais forem, são tentativas de ligação e comunicação de experiências traumáticas, mas essa linguagem tem apenas um potencial protossimbólico, uma vez que é estreitamente dependente da interpretação que lhe é conferida pelo outro a quem se dirige. Quando o sentido comunicativo de tais atos é negado por um objeto ausente, indisponível ou indiferente, eles podem dar lugares a quadros psicopatológicos. Do que se trata, senão, de mais uma das faces do desmentido ferencziano? Leiamos:

É o efeito da resposta do entorno que, o reconhecendo como tal, dá a ele valor de mensagem, o define como mensagem significativa, como modo de narração, como significante dirigido. Se esse não é o caso “degenera”, perde seu valor protossimbólico potencial, está ameaçado de não ser mais do que evacuação sem significado, é anulado em seu valor expressivo e protonarrativo (Roussillon, 2006, p. 6).

Vilhena (2016), por sua vez, considera que a autolesão é, ao mesmo tempo, uma forma de extravasar para fora de si uma dor psíquica intolerável e um meio de comunicação. Também inspirada em Roussillon, a autora sugere que tais atos estão endereçados ao outro, na esperança de que sua dor seja compreendida e acolhida, porém só se tornariam uma verdadeira comunicação se reconhecidos e validados por um espectador atento, pois tais formas de comunicação estão frequentemente relacionadas às experiências bastante dolorosas ou anteriores à aquisição da linguagem verbal.

Sob a perspectiva lacaniana, Otto e Santos (2015) compreendem a autolesão como um recurso mórbido, mas eficaz, para lidar com emoções fortes e evitar a angústia. Consideram-na um *acting-out*, visto que há uma demanda paradoxal dirigida ao Outro, ao mesmo tempo em que tem o intuito de chamar sua atenção, pode ser uma tentativa de separar-se do desejo do Outro. Na mesma linha, Vilhena e Prado (2015) afirmam que a autolesão não é uma passagem ao ato, mas um *acting-out*, pois há uma demanda de simbolização dirigida ao Outro ou para aqueles que representam o pequeno outro, como um pai ou uma mãe.

Segundo Motz (2010), a autolesão é uma tentativa de preservar a vida e conter estados psíquicos insuportáveis, além de ser um sinal de esperança, como uma forma de autoexpressão e comunicação à espera de compreensão e acolhimento. Trata-se de uma linguagem poderosa e silenciosa, capaz de comunicar aos outros estados de espírito, ao mesmo tempo em que inscreve no próprio corpo – por meio de uma ação violenta que transforma dor psíquica em dor física – memórias traumáticas e sentimentos intoleráveis.

“Apesar de seu horror, violência e do genuíno desespero que expressa, existem outros aspectos na autoflagelação que contêm em si a esperança de relacionamentos significativos com os outros e consigo mesmo” (p. 15).

Motz (2010) relaciona à autolesão com a vivência de traumas na primeira infância, os quais dão lugares a formas perturbadas e empobrecidas de lidar com as emoções. Inicialmente, as experiências do bebê são registradas no corpo, uma vez que se referem a um tempo anterior à aquisição da linguagem. Nesse período, a pele e as suas sensações têm papel crucial, pois ali ficarão registradas as memórias afetivas. Por isso, tem-se a importância dos cuidados maternos e de um ambiente confiável capaz de manter o bebê alimentado, limpo e calmo. Para o autor, experiências traumáticas vividas nesses primeiros tempos são dramáticas e prejudicam o senso de integração interna.

Inspirada na teoria kleiniana, Motz (2010) supõe que, em tempos de crise na idade adulta, em que são despertados esses sentimentos iniciais, o sujeito faz uso de mecanismos de defesa primitivos, como a cisão psíquica. Há, portanto, um eu dividido, o eu atacante – mau – depositário de conteúdos tóxicos, e um eu atencioso e estimulante – bom – responsável pelo cuidado. Para a autora, esse mecanismo dissociativo pode ser bem observado nos pacientes. Após se machucar, a parte mais saudável passa a tratar dos ferimentos, como uma enfermeira, à semelhança das experiências infantis em que a mãe executava os cuidados precoces, movimento similar ao de Maju, nossa paciente, que passava pomada após se ferir. Trata-se, como será explicado no terceiro capítulo, de um bom exemplo do que Ferenczi (1932/1900) descreve como o papel de “anjo da guarda” (p. 40). O resultado é que uma parte do eu, em razão da cisão psíquica, cuida da parte mais fragilizada e afetada pelos efeitos do trauma, como um recurso para enfrentar a solidão traumática e compensar a falta do outro: “o ser que fica só deve ajudar-se a si mesmo e, para esse efeito, clivar-se naquele que ajuda e naquele que é ajudado” (p. 240).

Acerca do exposto, Pommereau (2006a) sublinha a necessidade de se considerar tais atos produções psíquicas, pois são carregados de significado. Uma espécie de linguagem do indizível que, como toda linguagem, apresenta três funções: expressão, inscrição e comunicação. Constitui-se como modo de expressão de uma ferida narcísica e um ato de purificação. O sujeito castiga a si mesmo porque tem ou teve pensamentos maus. As lesões são traços secretamente inscritos sobre a pele à espera de um semblante de reconhecimento e que comunicam, com frequência, a violência dos laços afetivos vividos como uma invasão psíquica.

O corte que sangra ou os arranhões que evocam a malha de uma rede muitas vezes parecem incorporar tanto um desejo de libertação quanto uma declaração de desamparo em face aos laços que alienam o sujeito de seus objetos de apego. E pode ser porque questiona os *laços de sangue* que a escolha eletiva do pulso (onde as veias se distinguem pela transparência) é tão frequente. Certamente, essa figuração ferida de apego e dependência escapa à consciência do sujeito (p. 67, grifos do autor; tradução nossa).

Vítimas de falhas narcísicas e sofrimentos ligados à sua identidade, o jovem encontra nas marcas corporais um recurso para evitar realidades psíquicas intoleráveis. A autolesão pode ser um recurso para lidar com tensões edípicas reativadas na adolescência, sobretudo quando os relacionamentos estão sexualizados, como ocorre nas relações familiares incestuosas, em que há histórico de abuso sexual e dependência diádica entre os membros da família (Pommereau, 2006a). O autor discorre, ainda, sobre o caráter autoerótico e masoquista presente na autolesão, além de ser uma forma de autopunição em resposta a fortes sentimentos de culpa: “derramar o sangue é evacuar de si mesmo o mal, isto é, a angústia, a dependência, a vergonha, a culpa, sangramento que tem o valor de purgar” (Pommereau, 2006b, p. 74; tradução nossa).

Segundo Le Breton (2006), mediante um sofrimento intenso e difuso que impede o pensamento, o corpo e, particularmente, a pele, pode se tornar um refúgio para se agarrar ao real e recuperar o controle. Machucar-se, nesse caso, é uma forma de cortar a angústia, provocar uma dor para evitar uma dor maior, que é o sofrimento. A incisão age como um dique ante o transbordamento da angústia e de outros afetos que ameaçam a integridade do eu, pois a intenção não é se destruir, mas apaziguar a avalanche de sentimentos dolorosos.

Conforme postula Le Breton (2006), bater a cabeça contra a parede, a mão contra a porta, queimar-se com um cigarro ou fazer incisões na pele com um compasso são formas de conter, por meio da dor ou dos ferimentos, um afeto poderoso e destrutivo. Tais atos surgiriam na ausência de palavras capazes de significar o excesso, como uma resistência às formas de violência situadas em uma configuração social ou relacional. Para Le Breton (2010), o corpo que não foi investido com amor pelos pais, ou que foi prejudicado por abuso sexual ou incesto, torna-se um corpo sujo, manchado, do qual o sujeito deseja se livrar. A pele se transforma no lugar do trauma, a escarificação é uma forma simbólica de arrancá-lo, de se livrar dele, como uma forma de purificação.

Eles lutam contra a sujeira de uma forma antropológica, fazendo fluir o sangue impuro, cortando seus corpos, se machucando. Paralelamente, eles se punem por deixar acontecer (mesmo que foram impotentes para reagir) e possivelmente por sentir prazer apesar das circunstâncias. A vítima está dividida entre o desejo de gritar sua aflição, desvendando-a

para todos, e a vergonha, a impossibilidade de dizer o horror, a impotência da palavra para preencher o abismo aberto em si. As feridas autoinfligidas são uma maneira de dizer por seu corpo o impensável que continua a girar em si mesmo (Le Breton, 2010, p. 91; tradução nossa).

Martínez (2008) detalha o núcleo familiar desses pacientes frequentemente marcados por patologias psíquicas dos membros da família e pela carência de limites interpessoais face à presença abusiva ou excessiva de algum membro ou pessoa significativa. Na maioria dos casos, a autolesão é capaz de produzir uma sensação de alívio, mesmo que temporário, e evitar a despersonalização, como uma espécie de descanso para o sofrimento quando a dor de existir se torna insuportável.

Araújo, Chatelard, Carvalho e Viana (2016) recorrem aos conceitos freudianos de pulsão e masoquismo para explicar a autolesão, haja vista que o retorno sobre si mesmo é um dos destinos possíveis da pulsão já descritos por Freud, desde 1915 e, por isso, não consideram patológicos todos os atos de autolesão, mas como manifestação de um conflito psíquico ou uma maneira de enfrentá-lo. Para as autoras, o ato de infligir dor a si mesmo seria justificado pela existência de aumentos de tensão prazerosos, como descritos por Freud no masoquismo erógeno. Além disso, esclarecem ser comum, especificamente no discurso daqueles que se autolesionam, a narrativa desse acúmulo de tensão antes do ato, seguida do relaxamento após sua prática. A autolesão estaria, ainda, vinculada ao masoquismo moral, pois, na experiência clínica das autoras, tornou-se evidente a prática de autolesões após a realização de atos julgados como errados pelos pacientes. “É uma culpa que é relatada pelos pacientes em situações de sua história e de seu cotidiano atual como justificativas para a automutilação” (p. 510).

Para Mello Neto (2017)¹⁴, a autolesão pode agir de forma semelhante aos mecanismos de defesa do ego, já que, de certa forma, estaria a favor do recalçamento. Na leitura dos casos clínicos, fica claro que, em vários momentos, atuar a dor interrompe ou impede o sujeito de viver uma variedade de sentimentos aflitivos, sobretudo a raiva e a tristeza, porém o mais importante é que esse ato, ao proporcionar alívio pela via da descarga econômica, poupa o sujeito de entrar em contato com os conflitos e com o desejo inconsciente que subjaz os sentimentos angustiantes que chegam à consciência. No sexto capítulo, perceberemos que a culpa é um desencadeador importante para a autolesão, amiúde vinculada a um desejo inconsciente causador de conflito.

¹⁴ Comunicação oral do autor durante a apresentação deste trabalho em uma das reuniões do LEPPSIC.

A dor psíquica insuportável, sem outras possibilidades mais organizadoras, parece encontrar, na autolesão, um alívio passageiro. Embora útil ao paciente, essa saída é insuficiente para a simbolização do mal-estar, fato que se faz sentir por sua própria repetição. No retorno contra o próprio eu da pulsão de destruição, o corpo ferido narra a história pessoal das mazelas vividas internamente (fantasias, medos e desejos) e na relação com os outros (conflitos, violência e abusos). As cicatrizes sobre a pele marcam momentos difíceis, mas também a sobrevivência do ser, pois são, simultaneamente, testemunhas do triunfo do eu sobre o mal-estar vivido. Discutiremos, ao longo da tese, que a emergência da autolesão, enquanto resposta ao sofrimento psíquico sentido como insuportável no momento atual, apenas é possível em virtude de uma história passada e atravessada por uma série de traumas e abusos diversos, os quais fragilizaram a constituição do eu, das defesas e do narcisismo.

2.6 ESPECIFICIDADES: A AUTOLESÃO NAS PSICOSES

A partir da exposição de três casos de psicose encontrados na literatura, faz-se possível observar como as autolesões em resposta a delírios e alucinações são, em geral, mais severas do que aquelas presentes em quadros não-psicóticos. Nesse grupo, encontram-se desde autoagressões caracterizadas por pequenos cortes superficiais na pele, as denominadas escarificações, até as automutilações propriamente ditas, de partes ou órgãos do corpo, como das falanges das mãos, dos lóbulos da orelha¹⁵, autoenucleações e autocastrações.

Sobre a autolesão em resposta a delírios e alucinações decorrentes de transtorno psicótico, Diniz e Krelling (2006) relatam o caso de um paciente psiquiátrico de 35 anos com diagnóstico de esquizofrenia paranoide, que arrancava partes dos lábios e falanges dos dedos por meio de mordidas. Tais atos eram explicados pelo paciente sob o imperativo de alucinações auditivas em que o diabo lhe ordenava a prática como forma de provação. Para esse paciente, foi prescrito apenas o tratamento com antipsicóticos e não diretamente ligados à autolesão, pois não há medicações específicas para esses atos.

Um segundo exemplo diz respeito ao caso descrito por Lima et al. (2005) de um paciente de 41 anos, do sexo masculino, com quadro psicótico crônico de esquizofrenia paranoide, atendido pelo Centro de Atenção Integrado à Saúde Mental da Irmandade da Santa

¹⁵ O mais famoso caso de automutilação dos lóbulos da orelha diz respeito ao pintor Vicent Van Gogh, que cortou um pedaço da orelha direita após um desentendimento com o amigo e pintor Gauguin. A consequência desse ato aparece em sua própria obra intitulada *Autorretrato com a orelha cortada*, de 1889. Há controvérsias sobre o seu diagnóstico, desde esquizofrenia à depressão. O pintor comete suicídio com um tiro no peito, falecendo dois dias após o fato (Nilo, 2012).

Casa de Misericórdia de São Paulo (CAISM). O paciente apresentava os seguintes sintomas: alucinações auditivas, irradiação do pensamento, delírios de influência e de grandeza referentes aos poderes de cura que Deus o havia concedido.

O paciente foi internado após autoamputação do pênis com uma faca de cozinha em resposta às alucinações. Para o paciente, tratava-se da voz de Deus que lhe ordenava o sacrifício, que resultaria no desbloqueio de um sistema de computadores no qual trabalhava por telepatia; caso esse sistema não voltasse a funcionar, pessoas perderiam seus empregos e padeceriam de eventos nefastos. O tratamento psiquiátrico consistiu em medicação antipsicótica, porém, devido à persistência da ideia suicida e do desejo de automutilação, o paciente foi submetido à eletroconvulsoterapia (ETC). Após oito meses de internação, seguiu para o regime de hospital e, posteriormente a seis meses de alta, o comportamento automutilador continuava em remissão.

O terceiro exemplo selecionado da literatura sobre o tema foi descrito por Nucci e Dalgalarondo (2000), em um artigo sobre seis casos de autoenucleação, que é a extração do próprio olho. Há descrição de casos de autoenucleação desde tempos antigos, sendo o mais famoso deles o do Rei Édipo, que arrancou os próprios olhos após descobrir que havia assassinado o pai e desposado a mãe. Voltaremos a autoenucleação de Édipo no sexto capítulo.

Dentre os seis casos analisados por Nucci e Dalgalarondo (2000), especificamente em cinco deles, o diagnóstico foi de esquizofrenia e um de transtorno delirante (ainda dentro do espectro psicótico). Citamos, aqui, o caso 1, de JS, paciente psiquiátrico, do sexo masculino, de 44 anos de idade. Ao longo de sua vida, havia passado por três longos períodos de internação em razão de alterações significativas no comportamento e pensamento. Ex-estudante de medicina, aos 28 anos, abandonou o curso passando os dias a pregar a bíblia. Ele expunha que “tinha que ir a Jerusalém tentar converter os judeus ao cristianismo” (p. 81). Vestia-se de branco, com cabelos e barbas longas, semelhante à imagem de Jesus Cristo. Antes da autoenucleação, já havia praticado outras formas de autolesão, como cortes nos braços feitos com facas e lâminas. Foi levado ao atendimento de urgência hospitalar após arrancar, com as próprias mãos, o olho direito. Apesar da dor intensa, encontrava-se em estado de êxtase e mencionava se sentir muito feliz, pois “Deus queria que fosse assim” (pp. 81-82). No momento, fazia referência a versículos bíblicos, como Mateus 5:29 e Marcos 9:43.

A respeito dessas passagens bíblicas, é interessante tecer um breve comentário. Nos estudos sobre pacientes psicóticos que cometeram autoenucleação, a referência a esses versículos é fato notório. Em Mateus 5:29, encontramos: “Portanto, se o teu olho direito te

escandalizar, arranca-o e atira-o para longe de ti, pois te é melhor que se perca um dos teus membros do que seja todo o teu corpo lançado no inferno”. O tema também é exposto de forma incisiva no evangelho de Marcos 9:43: “E, se teu olho te scandalizar, lança-o fora; melhor é para ti entrares no reino de Deus com um só olho do que, tendo dois olhos, seres lançado no fogo no inferno”.

Essas e outras passagens bíblicas fazem alusão às práticas de autosacrifício, especialmente a autoenucleação. Na tradição cristã, há forte correlação entre os olhos e o pecado, já que, por meio deles, a pessoa poderia se sentir tentada, com especial ênfase às tentações de caráter sexual. Isso também pode ser visto em Mateus 6:22-23: “A candeia do corpo são os olhos; de sorte que, se teus olhos forem bons, todo o teu corpo terá luz. Se, porém, os teus olhos forem maus, o teu corpo será tenebroso”. Nessa mesma lógica, encontramos, na bíblia, uma relação direta entre o pecado e os órgãos genitais, cujos versículos podem fomentar a autocastração. Assim, lemos em Marcos 19:12: “porque há eunucos que são desde o ventre de suas mães, há eunucos tornados tais pelas mãos dos homens e há eunucos que a si mesmos se fizeram eunucos por amor do Reino dos Céus”.

Quando o paciente psicótico enuncia tais versículos como justificativa para a autolesão, isso sugere que sua interpretação foi em sentido literal. A esse respeito, Segal (1957) reitera que, nos casos de perturbações na relação ego-objeto, como ocorre nas psicoses, há um empobrecimento do ego que afeta a capacidade de simbolização. Com efeito, símbolo e coisa simbolizada são tratados da mesma forma, como se fossem idênticos. É o que nomeia de equação simbólica, típica dos estágios mais primitivos do desenvolvimento em que o símbolo-substituto é equiparado ao objeto original. Essa indiferenciação está na base do pensamento concreto presente no esquizofrênico.

No célebre texto metapsicológico “O inconsciente”, Freud (1915/1996x) chama a atenção para as modificações da fala dos pacientes esquizofrênicos. No referido quadro clínico, a libido retirada dos objetos se refugia no ego, o que confere a esses pacientes algumas características clínicas particulares: incapacidade de transferência, repúdio ao mundo externo, hipercatexia do próprio ego, apatia. Nesse cenário, as catexias objetais são abandonadas e a catexia da representação da palavra é retida¹⁶. A linguagem se torna desorganizada e aparentemente ilógica.

¹⁶ Segundo Caropreso e Simanke (2006), nas assim denominadas neuroses narcísicas (esquizofrenia, paranoia, melancolia e confusão alucinatória), “o processo narcísico de desinvestimento das representações de coisa faria com que as representações de palavra se comportassem como aquelas, explicando, assim, as peculiaridades na linguagem nessas afecções” (p. 108).

Inspirado em um exemplo clínico de Victor Tausk, que propôs uma linguagem do órgão para a esquizofrenia, Freud (1915/1996x) formula uma explicação metapsicológica para as peculiaridades da linguagem esquizofrênica e cita o caso de uma paciente de Tausk, que se queixava do fato de que seus olhos estavam tortos. A própria jovem procurou explicar o fato a partir de uma série de acusações ao amante, considerado um hipócrita, um entortador de olhos (*Augenverdrehen*, termo alemão cujo sentido figurado é enganador). Os comentários da própria paciente lançam luz sobre o modo de construção das frases na esquizofrenia, cuja ênfase recai sobre os órgãos do corpo e as sensações corporais, o que Freud nomeia de fala do órgão ou fala hipocondríaca.

Segundo Freud (1915/1996x), “o que é que empresta o caráter de estranheza à formação substitutiva e ao sintoma na esquizofrenia, compreenderemos finalmente que é a predominância do que tem a ver com as palavras sobre o que tem a ver com as coisas” (p. 205). Essa estranheza da linguagem está vinculada a uma falha simbólica, pois as palavras representam seu significado original, concreto. Daí, há a possibilidade de uma interpretação literal das passagens bíblicas supracitadas, cujos versículos perdem seu sentido metafórico e são tomados como imperativos que demandam uma ação no real: a perda de um olho a favor do reino de Deus! Temos, aí, a autoenucleação.

A autolesão ou automutilação, nos quadros psicóticos, não parece ter o mesmo estatuto do sintoma neurótico, especialmente no que se refere ao seu potencial de comunicação. Um sintoma neurótico comunica um algo a mais, tem um sentido oculto a ser decifrado, sentido que o próprio sujeito desconhece ou apenas suspeita sabê-lo, pois é atravessado por seu inconsciente. Esse assunto nos interessa em particular, assim, ao longo da tese, discutiremos os vários sentidos possíveis para as autolesões, como também seu caráter de mensagem, endereçada ao outro, como um pedido de ajuda frente ao intenso sofrimento psíquico que interpela o eu.

Já nos quadros psicóticos, a autolesão não tem como fim a comunicação, visto que não há um terceiro para o qual se destina. Isso pode ser explicado a partir das próprias características dos quadros psicóticos, no caso da esquizofrenia, o forte investimento narcísico, o desinvestimento no mundo exterior e o retorno da pulsão para o próprio eu favorecem a exclusão do terceiro. Não há mensagem a ser decifrada. Na esquizofrenia, o sintoma é uma “tentativa de cura ou uma reconstrução” (Freud, 1924/1996zg, p. 169), portanto, se os olhos causam angústia – pelo que veem e por meio dos quais são incitados desejos proibidos no eu –, o esquizofrênico arranca-os. A relação é direta e literal com os

órgãos do corpo, não está atravessada pelo simbólico, como ocorre nas neuroses e casos limites.

A partir dos três casos de autolesão em quadros psicóticos já expostos, é possível perceber que o sintoma é secundário ao transtorno subjacente. Portanto, o tratamento para esses casos, mais do que ter como foco a autolesão/automutilação, precisa ter como referência o diagnóstico correto do caso clínico para se propor o melhor tratamento e, assim, ajudar o paciente que sofre, seja emocionalmente, seja fisicamente, por meio dos atos contra si como resposta aos delírios e as alucinações que causam danos graves e, por vezes, irreparáveis ao próprio corpo.

Por fim, em consonância aos postulados de Nader e Boehme (2003), devido à multiplicidade de quadros clínicos que a autolesão está associada, os psiquiatras medicam com diversos fármacos, desde ansiolíticos, para diminuir a impulsividade e a angústia, antidepressivos, até antipsicóticos, para os casos mais graves. O que temos em comum nesse enfoque da psiquiatria é que, independentemente dos motivos que levem a pessoa a essa prática, o diagnóstico interessa, fundamentalmente, para medicar. Mesmo nos casos mais graves, em que há verdadeiras automutilações em resposta a delírios e alucinações comuns em quadros psicóticos, o medicamento pode ajudar a minorar e conter as autolesões, mas o sofrimento psíquico dos sujeitos exige que outras medidas paralelas também sejam adotadas, como a própria psicoterapia, as terapias ocupacionais, visitas domiciliares, terapias grupais e outras formas de tratamento que levem em consideração a subjetividade daquele que sofre.

Desse modo, se o próprio tratamento medicamentoso não é suficiente para os quadros mais graves, o que afirmar, então, a respeito dos casos de autolesão decorrentes do conflito diante do excesso pulsional. Nesse caso, medicar simplesmente significaria anestesiar o sofrimento psíquico. É justamente para auxiliar na compreensão desses casos que nos debruçamos nesta pesquisa em busca de novas formas de olhar e cuidar daqueles cujos sofrimentos psíquicos estão estampados à flor da pele.

CAPÍTULO 3

SÁNDOR FERENCZI: DA PRÁTICA CLÍNICA À TEORIA DO TRAUMA

“Devemos estar sempre na expectativa de descobrir novos filões de ouro nas galerias provisoriamente abandonadas”.

(Ferenczi, 1930/2011s, p. 73)

Sándor Ferenczi começou a se interessar pela psicanálise em 1908 após ler a *Interpretação dos Sonhos*, 1900, de Freud. Encantado com essa nova ciência, buscou se encontrar pessoalmente com aquela personalidade que lhe provocou tanto interesse. Assim, nasceu uma forte amizade e Ferenczi se tornou o mais íntimo colaborador de Freud (Haynal, 1987/1995).

O percurso de Ferenczi foi dividido por Balint (1967/2011a) em três períodos: seus primeiros escritos estão dedicados à afirmação das teses freudianas e ao aprofundamento da psicanálise, tendo formulado o importante conceito de introjeção. O segundo momento é marcado pelas experiências técnicas, sobretudo a técnica ativa, que provocaram um desgaste com Freud e os colegas do círculo psicanalítico. O terceiro momento de suas elaborações teóricas está centrado nas problemáticas em torno do trauma patogênico e suas consequências.

Ao longo deste capítulo, notaremos que a insistência dos traumas psíquicos, em sua clínica com pacientes difíceis, tornou-se uma preocupação central para Ferenczi, resultando em sua teoria do trauma. O que Ferenczi (1933/2011x) considera traumático não é o evento em si, um abuso, uma sedução ou uma punição passional, mas a reação do adulto frente ao sofrimento infantil, que é determinante. A indiferença do adulto deixa a criança totalmente desamparada e origina defesas mais drásticas, como a cisão psíquica, a identificação ao agressor e a autodestruição. Foi a clínica com pacientes que se autolesionavam que nos levou ao resgate desse brilhante clínico da primeira geração, que não poupou esforços na tentativa de minorar o sofrimento humano, experimentando novos e inusitados artificios técnicos para se adaptar às necessidades dos pacientes traumatizados. Embora seus esforços tenham custado anos de esquecimento, atualmente, suas contribuições têm inspirado o trabalho de muitos profissionais dedicados aos casos mais graves tão presentes na clínica contemporânea.

3.1 UMA NOTA SOBRE O “ESQUECIMENTO” DE FERENCZI

Neuropsiquiatra e psicanalista húngaro, Ferenczi é o principal representante da Escola de Budapeste. Dedicou seus anos iniciais de profissão ao trabalho com grupos minoritários, pacientes pobres, prostitutas e homossexuais em hospitais de Budapeste. Para se dedicar exclusivamente à psicanálise, abandonou a medicina geral, em 1910. Ferenczi foi o mais íntimo colaborador do pai da psicanálise, o único a ser convidado para viajar com Freud em suas férias. Chamado de seu Paladino ou Grão-vizir, ambos trocaram centenas de correspondências, tanto de caráter profissional quanto pessoal, as quais garantiram um precioso intercâmbio de ideias que fez avançar a psicanálise. Entusiasta, inteligente e sensível eram adjetivos utilizados pelos psicanalistas da época para defini-lo (Haynal, 1987/1995). Freud (1923/1996zf) também tece elogios públicos ao amigo, à originalidade e à riqueza de suas ideias.

A relação entre ambos foi muito boa no início, período em que Ferenczi se dedicou à divulgação e à confirmação das teses freudianas, sendo eleito para presidir a Associação Internacional de Psicanálise, em 1918. Quando Ferenczi manifestou intenção de ir para os Estados Unidos, o descontentamento de Freud foi expresso em uma carta de 18 de setembro de 1926, isso porque, segundo Haynal (1987/1995), ele não queria se distanciar de seu colega favorito e amigo. Uma relação certamente tecida sobre um emaranhado de conflitos e ambivalências, pois Freud ocupou diferentes papéis na vida de Ferenczi: foi seu amigo, seu analista e um irmão mais velho. Foi, até mesmo, um pai, como admitiu Ferenczi em carta a Groddeck, de 25 de dezembro de 1921 (Haynal, 1987/1995).

As trocas com Freud foram fecundas e inspiradoras para ambos, pois Ferenczi foi o discípulo que mais contribuiu para a construção dos pilares do edifício teórico psicanalítico. Encontramos referência a essa mútua contribuição no prefácio de Balint (1967/2011b) à segunda edição das obras completas de Ferenczi.

Numerosas viagens de verão e inúmeras discussões científicas se seguiram, das quais Ferenczi não era o único a tirar proveito. Em várias ocasiões, Freud menciona em suas cartas como este ou aquele comentário feito no decorrer dessas conversas o ajudou a transpor uma dificuldade (p. IX).

Mas o vínculo que teve início em 1908 foi prejudicado pelas divergências teóricas e clínicas que progrediram ao longo dos anos (Balint, 1967/2011a). Ao reintroduzir a temática do trauma factual, Ferenczi é duramente criticado por Freud, que desaprova a divulgação de

seu famoso ensaio “Confusão de línguas entre adultos e crianças” apresentado, pela primeira vez, no XII Congresso Internacional de Psicanálise em Wiesbaden, na Alemanha, em 1932, sob o título “A paixão dos adultos e sua influência sobre o desenvolvimento sexual e de caráter da criança”, sendo publicado no ano seguinte. A polêmica alude ao retorno ao abuso sexual cometido por um adulto contra uma criança na etiologia do trauma, à semelhança da primeira teoria do trauma em Freud, a neurótica, abandonada na famosa “Carta 69 a Fliess”, do outono de 1897¹⁷.

Freud teve acesso ao manuscrito, uma vez que, antes de publicar seus trabalhos, Ferenczi costumava consultá-lo. A caminho do referido congresso, Ferenczi passa em Viena para apresentá-lo ao amigo no que seria o último encontro entre os dois, clímax do desentendimento. Em uma carta para Izette Forest, Ferenczi descreve a impaciência e a advertência de Freud relativa à divulgação de suas ideias. Já Freud, preocupado com o estado mental de Ferenczi, escreve uma carta à sua filha Anna, em que declara ter ficado horrorizado com o conteúdo da conferência, pois Ferenczi estava fazendo uma regressão em termos etiológicos para explicar as neuroses, como ele havia feito há 35 anos e, por isso, considerou seu conteúdo meio burro, pouco verdadeiro e incompleto (Molin, 2016). Segundo Haynal (1987/1995), a anemia perniciosa que acometeu Ferenczi ao final de sua vida contribuiu para alastrar os boatos relativos à sua saúde mental, os quais E. Jones se encarregou de eternizar quando publicou a biografia de Freud.

Em homenagem póstuma a Ferenczi, Freud (1933/1996zq) sublinha seu talento e declara que seus trabalhos “tornaram todos os analistas seus discípulos” (p. 224). Nessa ocasião, discute acerca do *furor curandi* de Ferenczi, de seu desejo em aliviar o sofrimento psíquico dos pacientes, fato que monopolizou todo o seu interesse. Ao final, conclui: “é impossível imaginar que a história de nossa ciência algum dia venha a esquecê-lo” (p. 225). Ironicamente, Ferenczi foi, de fato, esquecido por mais de meio século e um pouco desse esquecimento se deve aos próprios desentendimentos com Freud.

Segundo Gondar (2016), a ruptura com Freud acabou por conferir a Ferenczi um lugar de ostracismo na comunidade psicanalítica, fato que se refletiu no esquecimento, por mais de meio século, de suas importantes postulações teóricas. Muitos autores, inclusive, apropriaram-se de suas ideias sem citá-lo. Um exemplo foi o conceito de identificação ao agressor vinculado indevidamente à Anna Freud, que o utilizou sem creditá-lo a Ferenczi.

¹⁷ Martínez, Mello Neto e Lima (2007) se referem a um suposto abandono, pois várias passagens da obra freudiana mostram que ele não havia descartado, por completo, o valor da sedução na etiologia da histeria, como será ilustrado no quarto capítulo em articulação às ideias de Laplanche.

Vários pesquisadores nos ajudam a compreender o porquê desse esquecimento. A húngara Mautner (1996) justifica parte dessa amnésia às injúrias enunciadas por Ernest Jones, o qual, tendo acesso a toda a correspondência Freud-Ferenczi, publicou o que lhe interessava no suposto intuito de preservar a instituição psicanalítica há pouco nascida dos impasses levantados pelo autor. Birman (1996) acrescenta que esse trágico destino não acometeu somente Ferenczi, mas a Victor Tausk, pois ambos, cada um a seu modo, incomodaram a comunidade psicanalítica com suas ideias. No que diz respeito a Ferenczi, suas publicações finais testemunham problemas clínicos e metodológicos que a psicanálise se negava a ver. Esquecer Ferenczi foi uma forma de jogar para debaixo do tapete aquilo que mais incomodava aos psicanalistas.

Baracat (2017) propõe que esse suposto esquecimento de Ferenczi seria uma espécie de recalçamento, motivado não somente pelos conflitos com Freud à época, mas também pela rejeição da comunidade psicanalítica em geral e pela difamação realizada por Ernest Jones que o retratou como um louco desvairado. Já Kupermann (2019) associa o silenciamento da comunidade psicanalítica em torno de seu nome e os esforços para mantê-lo inacessível ao mecanismo da clivagem, o que o leva a pensar nos efeitos do próprio desmentido – teórico e político – que atingiram Ferenczi por anos.

Ao seguir a linha de pensamento dos autores supracitados, esse recalçamento ou clivagem de Ferenczi foi uma reação defensiva de seus pares à sua postura crítica, que o conduziu a questionar pontos nodais da técnica e da teoria psicanalítica. Além de se aventurar por novos e, por vezes, polêmicos métodos – como a técnica ativa –, fez afirmações, no mínimo, embaraçosas – ou traumáticas, como se refere Kupermann (2019). Dentre outros pontos, Ferenczi criticava a insistência em atribuir todo o fracasso da análise à resistência dos pacientes, pois, de seu ponto de vista, uma postura rígida do analista, no plano do método, poderia contribuir para esse insucesso. Ferenczi estava ciente de que suas indagações e proposições não eram bem vistas por grande parte do círculo psicanalítico mais ortodoxo: “o fato é que sou, em geral, bastante conhecido como um espírito inquieto ou, como me foi recentemente dito em Oxford, como o *enfant terrible*¹⁸ da psicanálise” (Ferenczi, 1931/2011v, p. 80).

Como perceberemos ao longo do capítulo, a teoria ferencziana reafirma a importância do trauma enquanto fato real – e não ficção – como desencadeador para o adoecimento psíquico. Isso não significa, em absoluto, a negação do valor da fantasia na gênese dos

¹⁸ *Enfant terrible* é uma expressão francesa que faz jus àquelas crianças que deixam seus pais em posições constrangedoras em virtude de suas perguntas, dizeres e comportamentos.

sintomas neuróticos, mas, sim, um resgate do papel da realidade para o traumatismo. Como já elucidado na introdução, não há contradição entre as ideias de Freud e Ferenczi, mas uma confusão de línguas, pois discorrem acerca de clínicas distintas. Freud se referia às neuroses, enquanto Ferenczi às patologias mais graves (Baracat, 2017). Anos antes da polêmica conferência, em carta a Freud, datada de 25 de dezembro de 1929, dentre outras considerações, Ferenczi já declarava que o erro da psicanálise consistia justamente na “superestimação da fantasia e na subestimação da realidade traumática na patogênese” (Ferenczi, 1929 cit. por Dupont, 1990, p. 12). Ademais, efetivamente, essa ênfase atribuída à fantasia em detrimento da materialidade do abuso, que teve início com o abandono da teoria da sedução na citada “Carta 69”, permaneceu durante um bom tempo orientando a clínica.

Para Gondar (2016), o recente movimento de reabilitação¹⁹ das ideias de Ferenczi tem estreita relação com as manifestações clínicas contemporâneas fortemente marcadas pelo trauma, pela cisão psíquica e pela identificação ao agressor. A autora cita o pânico, a depressão, as compulsões e os sintomas psicossomáticos. Nesse sentido, podemos certamente acrescentar a elas a autolesão, fenômeno que nos dedicamos a estudar. Para Peres (2008), as considerações de Ferenczi, sobretudo em torno da técnica, são essenciais àqueles que se dedicam a trabalhar os conflitos ligados à corporeidade.

Para dar início à exposição das ideias de Ferenczi, apresentamos, primeiramente, suas contribuições técnicas, pois foi a partir da prática clínica com os casos difíceis, aqueles situados à margem das neuroses clássicas, os psicóticos, os *borderlines* e os somatizadores, que o autor pôde construir suas elaborações teóricas sobre o trauma patogênico e seus desdobramentos.

3.2 FERENCZI E A TÉCNICA PSICANALÍTICA

Ferenczi se tornou conhecido por acolher os pacientes difíceis, os resistentes e os refratários ao dispositivo psicanalítico tradicional. Sua experiência clínica foi marcada por formas de organização e sofrimento psíquico fundados, sobretudo, no mecanismo da clivagem, o que resultava em processos de simbolização insuficientes. Com isso, Ferenczi se deparou com os limites do método, construído sobre o referencial das neuroses e adequado

¹⁹ Nesse sentido, em 2018, foi criado o Grupo Brasileiro de Pesquisas Sándor Ferenczi (GBPSF), uma associação cultural com sede em São Paulo presidida por Daniel Kupermann e a vice Jô Gondar. O GBPSF, que é membro da *International Sándor Ferenczi Network*, tem como objetivo promover o estudo e a transmissão do pensamento de Ferenczi, como também desenvolver pesquisas que contemplem a atualidade de suas ideias para a clínica e a política.

aos modos de funcionamento psíquico fundados sobre o recalçamento. Ao contrário de outros analistas de seu tempo, que consideravam esses pacientes contraindicados para o método psicanalítico, Ferenczi se mantinha crédulo de que o problema que levava à estagnação de uma análise não era a resistência do paciente, seu narcisismo ou a gravidade do caso, mas, sim, alguma fragilidade da técnica ou dificuldade do analista.

A sua posição subjetiva frente ao sofrimento humano e o conseqüente desejo de curar o fizeram se aventurar por trilhas diferentes de seus pares, algumas o conduziram a êxitos terapêuticos, outras a fracassos e conflitos com o círculo psicanalítico da época. Nossa exposição sobre a técnica será breve, já que consistirá apenas em apresentar um pouco da clínica que inspirou Ferenczi a desenvolver sua teoria do trauma para, desse modo, abrir algumas possibilidades de diálogo com um autor que se permitiu ir muito além do que estava posto enquanto verdade para o seu tempo. Por mais variadas que tenham sido suas experiências técnicas, há, certamente, um fio condutor capaz de costurá-las e que diz respeito ao seu desejo de minorar o sofrimento humano.

A dificuldade dos pacientes graves em associar livremente impulsionou Ferenczi a fazer uso de alguns artifícios técnicos, como a técnica ativa e as fantasias provocadas. Em “Dificuldades técnicas de uma análise de histeria”, Ferenczi (1919/2011f) descreve alguns procedimentos introduzidos no atendimento de uma paciente que não mais registrava progresso. Declara ter se inspirado no mestre e fixou um tempo limite para o término da análise de sua paciente, assim como o fez Freud (1918/1996za) na análise do Homem dos Lobos. Apesar de relativo avanço, a análise logo se estagnou.

Ferenczi (1919/2011f) observou que a paciente mantinha as pernas cruzadas durante a sessão e tentou tratar do tema do onanismo em mulheres – comumente praticado apertando as coxas uma contra a outra –, mas a paciente negou veementemente sua prática e rejeitou sua interpretação. Decidiu pedir à paciente que não cruzasse mais as pernas. Após essa interdição, a paciente ficou mais agitada, física e psiquicamente, o que indicou o despertar de moções pulsionais antes adormecidas. A proibição de cruzar as pernas se estendeu para sua casa e, a partir daí, passaram a surgir sonhos e associações que confirmaram sua hipótese sobre um período de masturbação ativa na infância. Depois de trabalhar tais fantasias, a vida sexual da paciente melhorou.

Em “Prolongamentos da ‘técnica ativa’ em psicanálise”, Ferenczi (1921/2011h) explica as duas formas de emprego da técnica ativa, ora solicitava ao paciente a renúncia de algum prazer, ora prescrevia algo desprazeroso para ser feito. Não se tratava de qualquer tarefa, mas de algo capaz de incitar o paciente a enfrentar algum obstáculo que se fazia

presente na análise. Ferenczi cita o caso de uma paciente fóbica que foi exposta ao objeto que lhe causava angústia e notou, a partir de seu experimento, que tal técnica suscitava toda uma série de ideias e associações até então paralisadas, fato benéfico à análise. Outro exemplo diz respeito ao caso de uma jovem inibida em suas produções artísticas desde a puberdade, que é aconselhada a escrever textos poéticos, situação que provocou sua desinibição e a revelação de um grande talento.

Para Ferenczi (1921/2011h), a técnica ativa contribui para alavancar o processo analítico paralisado pelas resistências, porque é capaz de provocar uma alteração na distribuição da libido, o que resulta na emergência de novos materiais associativos. Cuidadoso, Ferenczi propõe o uso desse artifício para acelerar a emergência do material inconsciente somente quando uma análise se encontra estagnada. Além disso, esclarece que esse recurso deve ser usado com parcimônia, em situações excepcionais, quando nada de novo surgisse na análise. Também desaconselha sua prática no início do tratamento, pois considera indispensável uma sólida relação transferencial com o analista.

No esforço para justificar o emprego da técnica ativa, Ferenczi (1921/2011h) sugere a existência de certos conteúdos patogênicos que agem no aparelho psíquico, mas que nunca teriam sido conscientes, uma vez que se referem a experiências vividas em tempos precoces da constituição do eu, referentes ao período dos gestos incoordenados ou gestos mágicos, anteriores à compreensão verbal. Isso se reflete na impossibilidade de que tais experiências e seus afetos sejam rememorados, visto que eles seriam apenas revividos, atualizados. Com efeito, a técnica ativa, por meio de suas injunções e interdições, poderia favorecer essa repetição na análise para, em seguida, interpretá-la ou reconstruí-la juntamente aos pacientes: “a técnica ativa não tem outra finalidade senão revelar, pela ação, certas tendências ainda latentes para a repetição e ajudar assim a terapêutica a obter esse triunfo um pouco mais depressa do que antes” (Ferenczi, 1921/2011h, p. 153).

Para Barbosa (2013), até esse momento, Ferenczi estava de acordo com o ponto de vista freudiano sobre a importância da rememoração em detrimento da repetição, compreensão que se altera pouco tempo depois. Em “Perspectivas da psicanálise”, texto escrito em coautoria com Otto Rank, ao contrário de Freud, que considerava a rememoração o principal objetivo do trabalho analítico e a repetição seu entrave, os autores entendem a repetição como verdadeiro material inconsciente. Afirmam que o paciente repete na análise fragmentos inteiros de sua história pessoal, justamente aqueles inacessíveis à rememoração, pois são vividos em época bastante precoce (Ferenczi, 1924/2011j). Essa compreensão se mantém até o final de sua obra, em que mais uma vez chama a atenção para a importância da

repetição nesses casos. “Não se justifica exigir da análise a *rememoração consciente* de algo que nunca foi consciente. Só é possível *reviver* alguma coisa, com uma objetivação *a posteriori*, pela primeira vez, *na análise*” (Ferenczi, 1932/2011w, p. 305, grifos do autor). O que não pode ser evocado pela memória, vale sublinhar, refere-se ao que não foi inscrito, e o que está à margem da representação psíquica pode se apresentar em sintomas corporais ou, tal como observam Casadore e Peres (2015), por meio da ação, que visa dar forma a esse irrepresentável.

Diferentemente de Freud, que via muitas vezes na repetição uma força que se opunha ao trabalho analítico, Ferenczi percebia nela uma oportunidade de conhecer partículas mnésicas patogênicas aprisionadas na espessura corporal: tais partículas, ao serem vividas pelo paciente no presente do *setting*, eram transformadas de simples *elementos repetidos* em *lembranças atuais*. Ferenczi sustentava que o analista deveria traduzir aquilo que se repetia diante de seus olhos como linguagem gestual em linguagem verbal, esta tradução ainda não constituindo propriamente uma interpretação, que viria somente a seguir (Barbosa, 2013, p. 193-194, grifos do autor).

Para Figueiredo (2008), Ferenczi se refere às repetições distintas das que ocorrem em meio à transferência, que são reedições de padrões afetivos e defensivos, concernentes às repetições sob o domínio da pulsão de morte, uma pulsionalidade em estado bruto. São repetições de acontecimentos traumáticos precoces que ocorreram fora do campo do sentido, portanto, não há relação com os processos de recalçamento. Em outros termos, trata-se de uma atualização via compulsão à repetição. Contudo, é imperioso salientar que, com a virada dos anos 20, a partir da publicação do texto “Além do princípio de prazer”, o próprio Freud (1920/1996) passou a investigar esses fenômenos de repetição, mas com foco nas experiências traumáticas desprazerosas que se repetiam de forma enigmática contrariando o princípio do prazer, como ocorria nos sonhos de angústia, nas neuroses de guerra e, até mesmo, em atividades corriqueiras, como nas brincadeiras infantis (o *fort-da*).

As contribuições de Ferenczi em torno da repetição são valiosas para a clínica atual, povoada pelos sintomas centrados no corpo e na ação, a conhecida clínica dos *acting-out*, das passagens aos atos e das somatizações, marcadas pela dificuldade ou impossibilidade de simbolização, cuja ação se constitui como último recurso para o sujeito lidar com o excesso pulsional, como é o caso da autolesão. Por tais razões, Coelho Junior (2004) retoma um comentário de André Green e declara que Ferenczi poderia, certamente, ser considerado o pai da psicanálise contemporânea.

Em “Fantasias provocadas”, Ferenczi (1924/2011k) busca reaver suas explicações sobre a técnica ativa e apresenta um novo recurso para estimular o trabalho associativo. O

autor descreve um tipo de pessoa que se apresenta tanto na clínica quanto fora dela, como alguém de atividade fantasística pobre, cujas reações afetivas não são condizentes com sua expressão verbal, pois, ao narrarem situações de vida, apresentam-nas sem o colorido afetivo que lhes seria próprio, não havendo manifestações de raiva, angústia e excitação, por exemplo. Assim, para Baracat (2017), esse perfil se aproxima dos pacientes psicossomáticos da clínica contemporânea. Ferenczi (1924/2011k), então, propõe a esses pacientes que se deixem levar pelas fantasias, permitindo criá-las, inventá-las. Nota uma dificuldade inicial nessa tarefa, mas, quando superada, as fantasias assim provocadas ganham embalo e o paciente se torna capaz de produzir, além de materiais associativos importantes e inesperados, vívidas reações afetivas antes inexistentes.

Não obstante, no artigo “Psicanálise dos hábitos sexuais”, Ferenczi (1925/2011m) descreve um efeito indesejado da aplicação da técnica ativa. Como reação nos pacientes, encontra um comportamento dócil e submisso, mesmo diante de tarefas penosas exigidas pelo analista. Ao invés dessas atividades despertarem a hostilidade do paciente, curiosamente, elas faziam aumentar o vínculo transferencial. Segundo Balint (1967/2011a), essa constatação resultou em uma mudança de postura por parte de Ferenczi, que passou a atenuar a maneira pela qual aplicava a técnica ativa, deixando de lado as ordens e interditos, pois percebeu que essa forma de agir aumentava, desfavoravelmente, a tensão psíquica.

Provoquei por vezes uma outra série de dificuldades ao conceber de modo demasiadamente rígido certas injunções e proibições. De sorte que acabei por me convencer de que essas mesmas instruções formais representam um perigo; elas levam o médico a impor à força a sua vontade ao paciente numa repetição exageradamente fiel da situação pais/criança ou a se permitir posturas perfeitamente sádicas de professor. Renunciei pôr fim a ordenar ou a interdizer certas coisas aos pacientes, preferindo obter deles o acordo intelectual para as medidas projetadas e só em seguida deixar que as executem (Ferenczi, 1926/2011n, p. 404).

Essa nova forma de olhar a técnica nasceu da prática clínica de Ferenczi, o qual, sensível às necessidades de seus pacientes, acolheu a proposta de um deles, que lhe sugeriu adotar uma flexibilidade elástica ao invés de uma postura intransigente, o que parece tê-lo inspirado não apenas para nomear o título de um de seus mais célebres artigos, “Elasticidade da técnica psicanalítica”, de 1928, como toda sua atitude clínica posterior em relação aos pacientes. O que se espera do analista é que ele tenha tato, pois, dessa forma, saberia como e quando comunicar algo ao paciente. “O *tato* é a faculdade de ‘sentir com’ (*Einfühlung*)” (Ferenczi, 1928/2011q, p. 31, grifos do autor). Essa postura de cuidado e de certa delicadeza por parte do analista pode dar a impressão de bondade, que não teria raízes emocionais, mas

seria derivada da compressão analítica dos processos mentais de seus pacientes. O sentir com não se sobrepõe à avaliação consciente, à atividade de julgamento e à auto-observação, mas as complementam. O tato do analista, continua o autor, aplicar-se-ia, também, à interpretação: “ser parcimonioso nas interpretações, em geral, nada dizer de supérfluo é uma das regras mais importantes da análise; o fanatismo da interpretação faz parte das doenças de infância do analista” (p. 38).

Freud (1910/1996q), em “Psicanálise Silvestre”, já havia apontado para esse potencial iatrogênico de uma interpretação feita sem tato. Ilustra a situação a partir do incremento da angústia em uma senhora divorciada, após um médico, crente do saber psicanalítico, expor que seu sofrimento tinha origem sexual. Para Freud, os danos causados por essa interpretação não se referem à sua inexatidão, mas à falta de tato do profissional, este dom especial, qualifica o autor, intransmissível pelas regras técnicas.

Antes de publicar seu artigo sobre a elasticidade da técnica, como era de praxe, Ferenczi o submeteu a Freud para sua apreciação. Em sua resposta, transcrita ao final do mesmo texto, Freud admite ter concentrado sua atenção nos pontos negativos da técnica, ou seja, naquilo que não deveria ser feito, deixando a cargo do tato do analista o que deveria fazer de positivo. Isso levou alguns psicanalistas da época a adotarem suas recomendações de forma demasiadamente rígidas, tomando-as como se fossem tabus (Ferenczi, 1928/2011q).

Para Ferenczi (1928/2011q), ainda no mesmo artigo, particularmente com os pacientes mais resistentes ou incrédulos em relação ao método, caberia ao analista o papel de um joão-teimoso (*Watschermann*), hábil para suportar o sadismo do paciente, até que este viesse a perder o interesse nesse ataque unilateral. Trata-se de um trabalho árduo, é fato, daí o valor imprescindível da paciência e da tolerância do analista que, mais cedo ou mais tarde, acabaria por colher sua recompensa, pois a agressividade superada daria origem a uma transferência positiva.

Ferenczi (1928/2011q) pondera que, por mais prudente que possa ter sido ao escrever suas contribuições relativas à técnica, não nega a possibilidade de um mau uso de suas formulações, especialmente pelos espíritos mais exagerados e pelos iniciantes “que se aproveitarão de minhas proposições acerca da importância do ‘sentir com’ para enfatizar, no tratamento, o fator subjetivo, isto é, a intuição, e subestimar o outro fator que sublinhei como sendo decisivo, a apreciação consciente da situação dinâmica” (p. 41). Veremos, na análise dos casos clínicos, como suas contribuições construídas pela errância das experimentações – para se utilizar uma expressão de Casadore (2012) – são valiosas especialmente àqueles dedicados à clínica dos casos difíceis, de pacientes com defesas mais precárias e de

constituição egóica mais frágil, cuja paciência, tolerância, tato e elasticidade do analista são postos à prova corriqueiramente.

Um dos principais méritos de Ferenczi foi pôr em evidência a pessoa no analista, reconhecendo-o como um ser humano à semelhança de seus pacientes e, por isso, suscetível a desejos, humores, simpatias e antipatias. Por essa razão, o analista também deveria ser submetido a uma análise pessoal para dominar sua contratransferência (Ferenczi, 1919/2011e). Não por acaso, a recomendação de Freud (1912/1996s) sobre a importância da análise do analista foi considerada por Ferenczi (1927/2011o) a segunda regra fundamental da psicanálise. Isso porque, para Ferenczi (1928/2011q), somente por meio de uma análise pessoal profunda é possível trabalhar os conflitos e particularidades de caráter do analista, evitando que pulsões mal controladas o levem para caminhos indesejados, os quais podem variar do autoritarismo ao excesso de ternura.

As preocupações com a técnica também se fazem presentes em seus artigos mais conhecidos sobre o trauma, tema da próxima seção. No artigo “A criança mal acolhida e sua pulsão de morte”, por exemplo, Ferenczi (1929/2011r) faz alusão aos cuidados exigidos do analista no atendimento aos pacientes que foram hóspedes não bem-vindos na família, aqueles provenientes de uma vida marcada por intenso sofrimento e carentes de experiências de ternura. O autor se refere a eles como uma categoria mórbida, cuja principal característica é a perda da vontade de viver que pode se manifestar pela autodestrutividade e pelas tendências suicidas. A técnica para esses casos consiste em uma atitude benevolente por parte do analista, que deve evitar frustrações no início do tratamento, permitindo ao paciente “desfrutar pela primeira vez a irresponsabilidade da infância, o que equivale a introduzir impulsos positivos de vida e razões para continuar existindo” (p. 59). Trata-se de uma postura de acolhimento e cuidado frente àquele que está fragilizado. Desse ponto de vista, não é o paciente quem deveria se adaptar ao método, mas, sim, a técnica psicanalítica que deveria ser elástica o suficiente para se adaptar à necessidade e ao tempo desses pacientes.

Já em “Princípio de relaxamento e neocatarse”, Ferenczi (1930/2011s) se volta aos primórdios da psicanálise, a velha catarse utilizada por Breuer e Freud, para tentar superar as resistências dos pacientes. Seu objetivo era favorecer o relaxamento por meio de uma postura mais amistosa, calorosa e benevolente do analista, a fim de que a confiança e a liberdade instauradas na análise pudessem favorecer a emergência de traumas mais primitivos. Uma vez mais enfatiza que uma atitude fria, objetiva e excessivamente reservada por parte do analista poderia dar lugar a dificuldades dispensáveis. Aqui, é possível observar uma grande diferença com a concepção freudiana do processo analítico. Enquanto Freud (1913/1996t) se

preocupava com os efeitos dos sentimentos ternos entre analista e paciente, os quais poderiam suscitar reações passionais indesejadas e perigosas, Ferenczi (1932/1990) se preocupava mais com a hostilidade não confessada do analista em relação ao paciente. Em 19 de janeiro de 1932, no *Diário Clínico*, além da fadiga e do desprazer sentidos pelo analista, o autor cita até mesmo a emergência de desejos de morte em relação ao paciente.

Em “Análise de crianças com adultos”, Ferenczi (1931/2011v) reconhece o papel traumatogênico do ambiente e propõe que as famílias devem se adaptar às crianças e não o contrário. Sua experiência clínica mostrou que esse efeito traumatogênico poderia se repetir em um ambiente mais restrito, como no *setting* analítico, na relação entre analista e analisando. Para o autor, o que se convencionou denominar neutralidade, tratava-se de uma postura de indiferença, frieza e ausência de reação por parte do analista, uma verdadeira hipocrisia de efeitos desastrosos, capaz de reatualizar o trauma original na transferência.

Cada vez mais, Ferenczi (1931/2011v) valorizava a capacidade do analista de se adaptar às necessidades do paciente, conservando uma atitude compreensiva, benevolente e amável. Em alguns casos, inclusive, afirma a importância de o analista agir à semelhança “de uma mãe carinhosa” (p. 90), que cuida de seu filho e evita que este caia em sofrimentos desnecessários. É nesse trabalho que discorre sobre a importância de se entrar em contato com a criança que habita cada analisando, portanto, ao invés de falar da criança, por meio da interpretação, buscou falar com a criança. Mas para que essa conversa fosse possível adotou uma linguagem apropriada, a linguagem da ternura. Nomeou essa forma de manejo técnico de “análise pelo jogo” (p. 84), inspirado no trabalho de Freud com o pequeno Hans e na recém-nascida clínica com crianças, que contou com o pioneirismo de Hermine Von Hug-Hellmuth²⁰, Melanie Klein e Anna Freud.

Ferenczi (1931/2011v) oferece como exemplo o caso de um paciente que, na transferência, o havia posto no lugar de seu avô. Em dada sessão, este passa o braço ao redor de seu pescoço e murmura em seu ouvido: “sabe, vovô, receio que vou ter um bebê”, o que o leva a respondê-lo no mesmo tom, sussurrando: “ah, sim, por que você pensa isso?” (p. 82). Ferenczi notou que esse jogo de perguntas e respostas só foi efetivo, pois adaptou o diálogo à linguagem infantil, caso contrário, teria estragado o jogo como já tinha ocorrido com outros pacientes: “a partir desses procedimentos mais ou menos lúdicos, alguns pacientes começaram a mergulhar numa espécie de transe alucinatório, durante o qual encenavam

²⁰ Hug-Hellmuth foi silenciada pela história da psicanálise em razão de sua trágica morte: assassinada por seu sobrinho Rudolf, em 1924, a quem ela tinha analisado quando criança (Camarotti, 2010).

diante de mim acontecimentos traumáticos cuja lembrança inconsciente estava dissimulada atrás das verbalizações lúdicas” (p. 83).

Por tais razões, a análise pelo jogo, como argumenta Kupermann (2003), não deve ser confundida com uma situação recreativa em que predomina o puro divertimento e a evitação do desprazer, pois era usada por Ferenczi com muita seriedade, isto é, como um recurso para se aproximar dos núcleos traumáticos inacessíveis de outro modo, senão, por meio dessas encenações e verbalizações lúdicas: “a análise pelo jogo permite invocar para a cena analítica a dimensão positiva da compulsão à repetição, como uma tentativa, por parte do aparelho psíquico, de introjetar aquilo que é, até então, experimentado como absolutamente estranho e indizível” (p. 293).

Para Figueiredo (2003), Ferenczi teve o mérito de jamais renegar o infantil que existe em cada um de nós, assim como a passividade original e radical do ser humano, o que mais tarde inspirou Laplanche (1987) a conceber sua teoria da sedução generalizada a partir de uma assimetria profunda entre o psiquismo adulto e o infantil, pano de fundo para a experiência traumática.

Embora o texto “Confusão de línguas entre os adultos e a criança” esteja voltado à discussão da traumatogênese, Ferenczi (1933/2011x) não deixa de se preocupar com a técnica. Retoma o tema da hipocrisia profissional que escamoteia a falta de sinceridade e a antipatia do analista, as quais o paciente percebe facilmente em virtude de sua sensibilidade. Para Ferenczi, essa situação se assemelha àquela que teria feito adoecer o paciente na infância e, por tais razões, procurou agir de forma diferente dos analistas de seu tempo que, do seu ponto de vista, eram bastante indiferentes ao sofrimento dos pacientes, fato que poderia levar a uma espécie de reprodução do desmentido na análise, pois a indiferença do analista repete a atitude dos adultos em torno da criança traumatizada. Tais considerações abrem a possibilidade de se pensar algo inédito até então, em um efeito iatrogênico da análise, daí, a importância da confiança no vínculo transferencial, uma vez que contrastaria a experiência de um presente benevolente e acolhedor com o passado insuportável e traumático. Para Maciel Junior e Ledo (2018), “pensar a experiência traumática [na análise] é literalmente construir um sentido plausível para o evento posto em suspensão pelo desmentido” (p. 228). Isso, nessa ótica, somente seria possível mediante a confiança em um analista sensível, empático e despido de hipocrisia, como descreve Ferenczi.

O tema da confiança também aparece no *Diário Clínico*, na entrada do dia oito de agosto, quando Ferenczi (1932/1900) relata um fragmento do caso B. Ao se perceber associando mais livremente, a paciente se pergunta o que poderia ter contribuído para essa

mudança que a permitiu se dedicar a tão árdua tarefa, questão que ela própria responde: “Neste meio tempo, a minha confiança em você aumentou de tal modo que, por esse fato, tornei-me capaz disso [de associar]. Espero que você agora me trate diferente da de antes, do tempo de minha doença” (p. 239). Experiência semelhante à descrita no segundo capítulo, referente à redução dos episódios de autolesão de nossas pacientes após a dilatação do prazo inicialmente estabelecido para a análise.

Por fim, é também no *Diário Clínico* que Ferenczi (1932/1990) descreve a análise mútua, experiência que nasceu durante os atendimentos da paciente R. N., como mais um dos riscos que se aventurou em sua prática clínica. Diferentemente da análise habitual, na análise mútua, os sentimentos do analista seriam levados em consideração e articulados às vivências subjetivas dos pacientes. Nessa posição, o analista se despia de toda a superioridade e hipocrisia, seus pensamentos e fraquezas seriam conhecidos pelo paciente e trabalhados mutuamente, inclusive suas tendências egoístas, insensíveis e, até mesmo, sádicas. Essa foi sua última inovação técnica, testemunha de seu *furor sanandi*²¹, mais uma tentativa de minorar o sofrimento de seus pacientes tão maltratados pela vida. Segundo Baracat (2017), a excentricidade dessa técnica se tornou a prova que faltava para confirmar os boatos relativos à sua instabilidade mental nos anos finais de sua vida, mais um elemento a favor do recalçamento de Ferenczi que perdurou por décadas.

Não obstante, o movimento de retomada de Ferenczi, desde Balint e os grupos criados tanto no exterior como no Brasil, vem confirmar a importância e atualidade de suas ideias, as quais, há algum tempo, estão incorporadas no cotidiano do fazer psicanalítico, tanto no que diz respeito às inovações técnicas quanto na teoria.

3.3 A FACTUALIDADE DO TRAUMA E O DESMENTIDO

Na obra de Ferenczi, encontramos duas acepções sobre o trauma. A primeira diz respeito ao trauma estruturante, referente àquelas experiências que, apesar de intensas, podem ser integradas e representadas no psiquismo, como o desmame e o treino para o controle dos esfíncteres. É no ensaio “Thalassa” que Ferenczi (1924/2011) discorre sobre essa vertente positiva do trauma, pois se faz necessária à constituição subjetiva da criança. A segunda vertente compreende o trauma desestruturante e seus efeitos desorganizadores. É sobre esse

²¹ Termo utilizado por Freud (1912/1996s) para advertir aos analistas – dentre eles, o próprio Ferenczi – dos riscos da ambição terapêutica, do desejo de curar, que colocaria o analista em um estado de espírito desfavorável à escuta analítica e à superação das resistências dos pacientes.

trauma que nos dedicamos nesta tese. Em ordem cronológica, destacamos os textos finais de sua obra, escritos entre os anos de 1928 a 1933, que dão testemunho de suas mais significativas contribuições a esse respeito.

Em “Adaptação da família à criança”, Ferenczi (1928/2011p) explicita suas preocupações em torno das consequências dos traumas precoces para a constituição psíquica infantil. Em vias de formação, não é o bebê quem deve se adaptar à família, e sim o contrário. Mais sensíveis do que seus pais são capazes de perceber, os pequeninos precisam ser protegidos tanto do excesso dos adultos quanto de suas faltas²². Nesse artigo, citam-se algumas situações próprias ao desenvolvimento que podem se transformar em eventos traumáticos pela inabilidade do adulto no trata com a criança, dentre elas, o desmame, o treino de asseio, a supressão dos ditos maus hábitos (autoerotismo) e, a mais importante, a passagem da criança à vida adulta.

O artigo “A criança mal acolhida e sua pulsão de morte”, de 1929, embora sucinto, é um dos textos chaves para a compreensão de nossa articulação entre a autolesão e a teoria do trauma de Ferenczi, por isso, a necessidade de uma exposição mais detalhada. Nesse trabalho, o autor discorre acerca do peso das vivências traumáticas na primeira infância, as quais contribuem para que as forças psíquicas que tendem à destruição sobrepujem às forças de ligação. Tais ideias derivam de sua experiência médica em um hospital militar. Nesse ambiente, observou dois pacientes com distúrbios circulatórios e respiratórios de origem nervosa – pois eram inexplicáveis organicamente –, que surgiram concomitantemente a tendências suicidas. Ao analisar a história de vida desses pacientes, notou que ambos foram hóspedes não bem-vindos em suas famílias, um deles porque era o décimo filho de uma família cuja mãe estava sobrecarregada; outro, por ser filho de um pai gravemente enfermo e que falecera pouco tempo após seu nascimento. O que o autor concluiu dessas observações deve ser lido a partir de suas próprias palavras:

Todos os indícios confirmam que essas crianças registravam bem os sinais conscientes e inconscientes de aversão ou de impaciência da mãe, e que sua vontade de viver viu-se desde então quebrada. Os menores acontecimentos, no decorrer da vida posterior, eram bastantes para suscitar nelas a vontade de morrer, mesmo que fosse compensada por uma forte tensão da vontade [de viver]. Pessimismo moral e filosófico, ceticismo e desconfiança, tornaram-se os traços de caráter mais salientes desses indivíduos (Ferenczi, 1929/2011r, p. 57).

²² Winnicott e Kohut se inspiraram em Ferenczi para desenvolver pontos cruciais de suas teorias, respectivamente, os conceitos de ambiente de *holding* e de fragmentação do *self* (Zimmermann, 2010).

O autor acrescenta outras características secundárias a esses pacientes: falta de disposição para o trabalho ou quaisquer atividades que exijam esforço prolongado, dificuldade de adaptação, infantilismo e nostalgia de ternura. O psicanalista acrescenta outro exemplo, um caso de alcoolismo feminino acompanhado por impulsos suicidas. Quando de seu nascimento, a paciente foi recebida de forma pouco afetuosa. Lembra-se, inclusive, de situações de ódio e impaciência da mãe que não poderia explicar. Para Ferenczi (1929/2011r), a pulsão de morte rapidamente entra em ação nas crianças expostas à impaciência materna ou acolhidas de forma rude pelo meio, isto é, sem amor, tato e ternura. A vivência desses sentimentos negativos encontrar-se-ia, portanto, na gênese das tendências autodestrutivas.

Eu queria apenas indicar a probabilidade do fato de que crianças acolhidas com rudeza e sem carinho morrem facilmente e de bom grado. Ou utilizam um dos numerosos meios orgânicos para desaparecer rapidamente, ou se escapam a esse destino, conservarão um certo pessimismo e aversão à vida (Ferenczi, 1929/2011r, p. 58).

Ferenczi (1929/2011r) declara que suas suposições derivam de poucos casos clínicos, ou seja, seria preciso somar a experiência de outros observadores. É preciso relembra-rem nossas discussões do segundo capítulo, pois, aqui, entrelaçam-se os fatores de risco da autolesão às ideias de Ferenczi. Vimos que a história daqueles que se autolesionam é marcada por abuso sexual, emocional e físico (Whitlock & Knox, 2007). Guerreiro e Sampaio (2013) acrescentam traumas infantis, como o afastamento parental precoce ou prolongado, e Bernegger et al. (2015) correlacionam a negligência parental às práticas de autolesão. Doctors (2007) também relaciona a autolesão com históricos de violência emocional, sendo a mais extrema aquela em que uma criança é abusada, física ou sexualmente, por alguém que lhe é próximo, como um dos genitores e, ao invés de ser acolhida pelo meio, é ainda mais prejudicada pela resposta do ambiente que protege o agressor. Do que se trata essa descrição de Doctors, senão do desmentido ferencziano? Eis mais uma referência que vem reforçar nossa hipótese sobre a intrincada relação entre o desmentido e a autolesão, a qual, de certa forma, já estava anunciada em Ferenczi quando toma a autodestruição como um dos efeitos do trauma patogênico. Embora o autor não tenha utilizado a autolesão como exemplo – até mesmo porque há algo de patoplástico²³ no fenômeno –, ele cita as doenças orgânicas graves,

²³ Patoplastia é um termo utilizado na etnopsiquiatria no sentido de conferir à cultura um papel moldador dos quadros clínicos. Há sintomas considerados típicos, pois são mais profundos e, por isso, menos patoplásticos, e aqueles superficiais e mais suscetíveis à influência cultural, portanto, mais patoplásticos (Bastos, 2006). De fato, há algo em nossa cultura diferente dos tempos de Ferenczi, que favorece os sintomas a se tornarem espetáculo, especialmente àqueles que atingem o corpo, como é o caso da autolesão e da anorexia, cujas disseminações em

o suicídio e a mutilação como resultado da ação das tendências autodestrutivas (Ferenczi, 1932/1990).

Apesar de o texto “Princípio de relaxamento e neocartase”, de 1930, ser dedicado às questões técnicas, sua quarta parte discute a importância da realidade como fator traumático. Após anos de prática clínica, Ferenczi (1930/2011s) observa que a atividade fantasística perde lugar para o traumatismo como fator patogênico. Portanto, seriam os conflitos reais vividos entre o indivíduo e o mundo externo os responsáveis pelos impasses no desenvolvimento, pois deles se resulta uma distribuição anormal das forças intrapsíquicas. Em suas palavras:

Verificou-se que o traumatismo é muito menos frequentemente a consequência de uma hipersensibilidade constitucional das crianças, que podem reagir de um modo neurótico até mesmo a doses de desprazer banais e inevitáveis, do que de um tratamento verdadeiramente inadequado, até cruel. As fantasias histéricas não mentem, elas nos contam como pais e adultos podem, de fato, ir muito longe em sua paixão erótica pelas crianças; e por outro lado, são propensos, se a criança se presta a este jogo semi-inconsciente, a infligir à criança, totalmente inocente punições e ameaças graves, que a abalam e a perturbam, causam nela o efeito de um choque violento e são para ela inteiramente incompreensíveis. Hoje, estou de novo tentado a atribuir, ao lado do complexo de Édipo das crianças, *uma importância maior à tendência incestuosa dos adultos, recalcada e que assume a máscara da ternura* (pp. 73-74, grifos do autor).

Em uma leitura laplancheana dessa importante passagem, podemos asseverar que a paixão do adulto frente à inocência infantil perturba o psiquismo da criança, porque ela não dispõe de códigos para traduzir o jogo semi-inconsciente ali presente, visto que veicula a sexualidade recalcada do adulto, desconhecida para ela e, em grande medida, também para o adulto, sobretudo quando essa sexualidade emerge camuflada em atos de violência, como nos castigos e agressões, que operam como verdadeiras mensagens enigmáticas. No próximo capítulo, veremos que, para Laplanche (1987), o que circula recalcado entre adultos e crianças vai além da tendência incestuosa, já que inclui a sexualidade inconsciente como um todo e suas múltiplas formas de satisfação.

Ferenczi (1930/2011s) esclarece que a exposição ao erotismo genital para o qual a criança ainda não se encontra apta é vivida como uma forma de violência. O choque decorrente dessas experiências é capaz de provocar uma psicose passageira em função de uma clivagem psicótica de parte da personalidade. Essa compreensão não está muito distante do entendimento de Laplanche (1987), que considera a possibilidade de que certas mensagens,

blogs, comunidades e páginas em redes sociais dão o seu testemunho. Por outro lado, é algo também da cultura contemporânea a exposição e transformação do corpo com tatuagens, *piercings*, alargadores, plásticas etc.

pelo seu caráter puramente sexual – as intromissões –, formam o núcleo do inconsciente psicótico, pois são impossíveis de tradução, como será explicado no quarto capítulo.

Em “Análise de crianças com adultos”, Ferenczi (1931/2011v) afirma que, em virtude de sua fragilidade, a criança recorrerá a um adulto sempre que estiver frente a momentos de aflição, porém, se acolhida de forma rude, sem tato ou sensibilidade, uma possível saída será a clivagem de sua personalidade. É preciso salientar que mais importantes do que o evento em si são as reações inadequadas dos adultos que tornarão o traumatismo patogênico.

O pior é a negação, a afirmação de que não aconteceu nada, de que não houve sofrimento ou até ser espancado e repreendido quando se manifesta a paralisia traumática do pensamento ou dos movimentos; é isso, sobretudo, o que torna o traumatismo patogênico. Tem-se a impressão de que esses choques graves são superados, sem amnésia nem sequelas neuróticas, se a mãe estiver presente, com toda a sua compreensão, sua ternura e, o que é mais raro, uma total sinceridade (Ferenczi, 1931/2011v, p. 91).

Embora utilize como principal exemplo o abuso sexual, o autor aponta para outras situações potencialmente traumáticas, por exemplo, a violência e o abandono, como pode ser lido na seguinte passagem: “ficamos sabendo que a criança, que se sente abandonada, perde por assim dizer todo o prazer de viver ou, como se deveria dizer com Freud, volta à agressão contra a sua própria pessoa” (Ferenczi, 1931/2011v, p. 90).

3.3.1 Confusão de Línguas: uma síntese teórica

No polêmico “Confusão de línguas entre os adultos e a criança”, encontramos uma síntese de sua teoria do trauma. Nesse ensaio, Ferenczi (1933/2011x) expõe uma série de argumentos que sustentam sua hipótese acerca do traumatismo como fator patogênico. Relança a incômoda afirmação de que as crianças, independentemente de sua classe social, são vítimas das paixões do adulto em uma frequência maior do que se poderia imaginar. Apesar do pedido explícito de Freud para que não expusesse esse artigo, Ferenczi, embasado em suas observações clínicas, mantém-se fiel a elas e as partilha no já citado Congresso de Wiesbaden.

Ferenczi (1933/2011x) propõe a existência de um traumatismo próprio do encontro da linguagem infantil com a adulta, resultando em um erro de interpretação. Trata-se da famosa confusão de línguas presente na relação adulto-criança, em que o adulto agiria por meio da linguagem da paixão, enquanto a criança responderia com base na linguagem da ternura de que dispõe, sendo-lhe, por isso, insuficiente. É preciso lembrar que a linguagem da paixão se

refere à sexualidade genital adulta, enquanto a linguagem da ternura à sexualidade pré-genital infantil.

Os atos apaixonados são amiúde cometidos por adultos próximos à criança, isto é, seus próprios pais, avôs, tios, preceptores, pessoas próximas a ela com quem mantém uma relação mais íntima e afetuosa. Essa observação de Ferenczi (1933/2011x) sobre o perfil dos abusadores, embora não tenha sido bem recebida na época, infelizmente tem um caráter atemporal, pois se mostra consonante com as pesquisas atuais que indicam números assustadores de violência sexual intrafamiliar: cerca da metade dos casos de abuso sexual é cometida pelos pais, padrastos, tios, avôs e primos (Platt, Back, Hauschild & Guedert, 2018; Teixeira-Filho, Rondini, Silva & Araújo, 2013).

Ferenczi (1933/2011x) explica que não seriam quaisquer adultos que abusariam da inocência infantil, mas aqueles psicologicamente comprometidos ou sob efeito de substâncias químicas. Assim, o adulto confundiria os jogos infantis com o desejo de alguém já maduro sexualmente, ultrapassando os limites daquilo que a criança pode suportar. Pinheiro (1996) observa, todavia, que, se o adulto vier a se sentir culpado frente à violência infringida à criança – como descreve Ferenczi –, não estaríamos mais diante de um perverso, mas de alguém que, tomado por suas paixões, perdeu momentaneamente o juízo e interpretou de forma equivocada as brincadeiras sexuais infantis. Essa ambiguidade na definição do adulto agressor, ora como perverso, ora não, pode ser esclarecida a partir da leitura de Laplanche (1987). Como se verá mais adiante, o contato com o corpo da criança excita o adulto, mobilizando sua sexualidade recalcada, ou seja, além do adulto perverso, temos o adulto sedutor, que seduz sem saber.

É nesse desencontro que residiria o aspecto traumático pelo excesso impossível de ser representado pela criança devido ao desconhecimento desses códigos próprios da sexualidade adulta. Destarte, a criança buscará suporte para a compreensão do que foi experimentado, recorrendo a outro adulto para encontrar respostas frente ao abuso sofrido, porém sua demanda de ajuda não será atendida. Esse outro adulto, por impossibilidade ou má-fé, não reconhecerá a experiência excessiva vivida pela criança, fato que tornará a vivência verdadeiramente traumática. É o que o autor nomeia de desmentido, uma desqualificação por parte do adulto, da experiência dolorosa vivida pela criança.

Para Ferenczi (1933/2011x), o trauma se processa em dois momentos distintos, mas entrelaçados. Em um primeiro momento, temos dois personagens, um adulto e uma criança. O adulto responde às fabulações e às brincadeiras infantis de forma excessiva, pois é dominado por suas paixões – sua sexualidade genital; temos, aí, o fato real, que pode ser desde uma

carícia maliciosa até o ato sexual. Confusa frente ao ocorrido, a criança recorre a outro adulto de sua confiança em busca de respostas, acolhimento ou mesmo de um testemunho. Trata-se do segundo momento do trauma, ocasião em que entra em cena o terceiro personagem, o adulto do desmentido, requisitado pela criança em sua função de intérprete da cena traumática. Ele, contudo, nega-se, não dá crédito à narrativa infantil. A tradução realizada pela criança da cena traumática não encontra base para se sustentar e se desfaz. Torna-se impossível metabolizar o evento que não é integrado em uma cadeia representacional, fato que desorganiza o aparelho psíquico. Eis o aspecto traumático, instaurado ainda na infância, quando o sofrimento infantil é desautorizado pelo adulto.

Nesse raciocínio, quando a criança procura relatar sua experiência, mas é desacreditada, ela é levada a negar suas próprias sensações corporais e a desvalorizar o ocorrido, fazendo com que a inscrição psíquica da violência sofrida fique dissociada da totalidade de seu ego. É a falta de um testemunho e da presença sensível que lhe é inerente que torna o acidente inenarrável e traumático (Mendes & França, 2012, p. 129).

Em artigo póstumo, “Reflexões sobre o trauma”, Ferenczi (1934/2011y) faz nova referência ao desmentido e declara que “o comportamento dos adultos em relação à criança que sofreu o traumatismo faz parte do modo de ação psíquica do trauma” (p. 127). A reação do adulto oscila desde a aparente incompreensão da narrativa do abuso sofrido até a punição injusta da criança, enquanto outros reagem com um silêncio de morte. Para Ferenczi (1933/2011x), o desinteresse dos pais contribui para recobrir o trauma infantil, pois até as mais singelas alusões da criança são ignoradas, rejeitadas ou tratadas como absurdas, o que a leva a se questionar sobre a realidade do ocorrido.

Na acepção de Pinheiro (1996), o desmentido impede a inscrição do trauma em uma cadeia simbólica, porque a resposta do adulto é incompatível com a vivência subjetiva da criança. Quando a narrativa infantil é vista como uma fabulação, a fala do adulto é tomada como uma verdade absoluta, fato que impossibilita a polissemia de sentidos fundamental para qualquer inscrição simbólica. Tal cenário abre caminho para defesas mais drásticas, como a cisão psíquica e a identificação maciça ao agressor. Segundo Herzog e Pacheco-Ferreira (2015), ao anular os vestígios do trauma, à exceção da culpa introjetada como resultado da identificação ao agressor, o desmentido impede a apropriação subjetiva do evento excessivo e o que não pode ser simbolizado tem um efeito mortífero no psiquismo.

No final do texto “Confusão de Línguas”, Ferenczi (1933/2011x) ainda descreve uma terceira modalidade de trauma, menos explícito do que o abuso sexual e a violência passional,

mas tão lesivo quanto, a que nomeia de terrorismo do sofrimento. Como exemplo, cita os efeitos de uma depressão materna em que a relação de cuidado é invertida, pois, nesses casos, a mãe toma a criança como testemunha e responsável por seu padecimento e suas infundáveis queixas resultam em um amadurecimento precoce: “as crianças são obrigadas a resolver toda a espécie de conflitos familiares, e carregam sobre seus frágeis ombros o fardo de todos os outros membros da família” (p. 120).

Para Figueiredo (2008), além do fator surpresa e do impacto próprio do evento traumático, Ferenczi acrescenta uma perspectiva que não aparecia em Freud, isto é, a dimensão social representada na ideia de desmentido. Em sua leitura sobre o trauma, Ferenczi não considera apenas o abuso sexual ou a violência como fatores patogênicos, mas a recusa dos representantes do mundo adulto em reconhecer e legitimar a experiência excessiva vivida pela criança – evidenciaremos no quarto capítulo, com Laplanche (2002/2015c), que a criança pode encontrar, juntamente aos membros do *sociedade*²⁴, assistentes de tradução que ajudam a diminuir seu estado de desamparo diante do excesso pulsional do outro. Nessas situações, a criança é atravessada não só pelas moções afetivas geradas pelo encontro com a linguagem da paixão – cujos códigos lhe são desconhecidos –, mas pelo desmentido do adulto que desautoriza seus sentidos. Nessa perspectiva, ao lado da magnitude do choque e da resistência operada pelas forças egóicas, o desmentido viria a selar o destino do evento excessivo, tornando-o patogênico. Uma das consequências seria a cisão psíquica, tal qual apresentada por Ferenczi (1931/2011v), e outra, uma proposta de Figueiredo (2008), uma intolerância a separações e aos limites, o que nos remete às patologias narcísicas.

Para Abras (2014), o trauma ferencziano “não se reduz à ocorrência de uma violência sexual real exercida por um adulto sobre uma criança. Um amor excessivo ou castigos exagerados e sem razão podem ser atos que correspondam a um abuso” (p. 88). Na mesma vertente, Osório e Kupermann (2012) afirmam que Ferenczi não limita a situação traumática a um abuso sexual, pois o abandono e as punições passionais dos adultos também podem surtir o mesmo efeito.

O que Ferenczi constata é que, para além da fantasia, a violência concreta existe e opera efeitos particulares no psiquismo do sujeito afetado, ainda mais em sua prematuridade física e psíquica. Tal violência também se apresenta em níveis variados, da criança mal acolhida e desprezada, à criança espancada e abusada sexualmente (Baracat, 2017, p. 112).

²⁴ *Sociedade* se refere a um pequeno grupo de pessoas que procura manter uma relação de caráter mais íntimo com a criança, como a mãe, o pai, os avós, um irmão, um amigo, um primo (Laplanche, 2003/2015e).

Isso posto, podemos concluir que há várias situações potencialmente traumáticas a que um sujeito está exposto ao longo da vida, seja em âmbito familiar, seja social. Nesses casos, que vão desde o abuso sexual intrafamiliar à violência perversa no *bullying* escolar, quando a experiência é negada por quem teria autoridade e o sofrimento desautorizado, somente resta ao sujeito recorrer a formas precárias para dar conta da angústia, como é o caso da autolesão, em que o eu se oferece como objeto para satisfação da pulsão de destruição em uma tentativa dramática de ligação pulsional.

Violante (1995) nos oferece um interessante exemplo a partir de uma experiência inversa, em que uma criança abusada, ao invés de ser desmentida, é acolhida por um adulto de sua confiança. Trata-se de Ivani, uma menininha de cinco anos de idade, cuja análise é descrita em seu livro *A criança mal-amada: um estudo sobre a potencialidade melancólica*. Ivani é brutalmente estuprada pelo pai alcoolista. Sua mãe se separa do marido, o denuncia e busca atendimento psicológico para a filha. Para Violante, apesar da vivência patogênica, a qualificação narcísica oferecida pela mãe impediu Ivani de adoecer. Suas defesas eram mais neuróticas do que psicóticas, não revelava traços melancólicos, tinha boa autoestima, além do alto investimento objetal que era capaz de fazer em si e nos outros.

Violante (1995) entende a qualificação narcísica à semelhança do investimento narcísico dos pais na criança pequena, “sua majestade, o bebê”, tal como descreve Freud (1914/1996v), pois os pais revivem seu narcisismo infantil no encontro com o filho. Porém, a autora chama a atenção para o fato de que Freud não discorre sobre a situação inversa, ou seja, quando esse lugar não é alçado pelo bebê por uma falha na função materna. Nesses casos, ocorreria o que a autora nomeia de desqualificação narcísica, cujo resultado é a constituição de um eu empobrecido, com baixa autoestima, carente de provisões narcísicas do objeto, o que resulta em uma potencialidade melancólica. Essa potencialidade melancólica nas crianças mal-amadas de Violante – a criança mal acolhida de Ferenczi – faz laço em nossa clínica, uma vez que algumas jovens apresentaram o que se pode denominar traços melancólicos, independentemente do quadro clínico de base, como será discutido no sexto capítulo, na seção “Sobre a presença de um traço melancólico”.

A leitura de Ferenczi (1933/2011x) sobre o trauma patogênico, cujo protótipo é o abuso sexual seguido pelo desmentido, indica que estamos diante de uma criança que já é capaz de falar. Apesar de não possuir todos os códigos para traduzir a experiência excessiva, há algum tipo de tradução, mesmo que precária, que a leva a requisitar um intérprete para lhe auxiliar em sua elaboração. Esse modelo não esclarece os casos em que o abuso ou a violência são anteriores à linguagem verbal, mas há, em Ferenczi (1932/1990), indicativos de que,

frente à incapacidade de simbolizar, seja pela intensidade, seja pela precocidade do trauma, esse ficaria registrado ao nível corporal. Essa compreensão aparece em sua leitura da criança mal acolhida, de 1929, que, ainda em idade muito precoce, era capaz de perceber os sinais inconscientes de rejeição materna e responder a eles com o adoecimento físico, uma forma de autodestruição.

A própria autolesão pode ser uma solução de compromisso, uma forma pré-simbólica de se matar, em uma espécie de suicídio encenado para dar conta dos desejos de morte do objeto que foram introjetados e agora agem desde o interior, sendo semelhante ao processo de introjeção do sentimento de culpa do agressor, de modo a levar a criança a se identificar com ele. Mas isso não exclui o potencial mensageiro dessa atuação, pois esse suicídio encenado é endereçado para um outro, por vezes, para o próprio agressor.

Para Ferenczi (1909/2011a), por meio da introjeção, mecanismo inverso ao da projeção, a criança, ainda bem pequena, passaria a englobar no interior do eu os objetos externos, ampliando seu ego. No caso citado, da introjeção do desejo de morte do objeto, o ego, como instância em formação, poderia se constituir sobre um forte traço autodestrutivo. Essa suposição ajudaria a entender a presença de traços melancólicos em várias pacientes, o que vai ao encontro das características mencionadas por Ferenczi (1929/2011r) para as crianças que foram hóspedes não bem-vindas na família, como o desejo de morte, o pessimismo e a desconfiança.

No quinto capítulo, em que serão discutidos casos desse segundo tipo, marcados por traumas precoces, acreditamos que as contribuições de Roussillon (2006) possam nos fazer avançar, pois o autor associa os traumas precoces a quadros clínicos mais graves, como as patologias narcísicas, as somatizações e as atuações.

3.4 SOFRIMENTO EXTREMO, DEFESAS RADICAIS

Nesta seção, procuramos sintetizar os efeitos do trauma patogênico que Ferenczi discute nos seus últimos textos, a saber, a clivagem, a autodestruição, a identificação ao agressor e a progressão traumática. Não seguimos uma ordem cronológica como nas seções anteriores, mas uma perspectiva didática, com vistas a esclarecer e aprofundar os principais conceitos do autor, recorrendo, também, a seus comentadores.

Ferenczi (1934/2011y) usa o termo comoção psíquica, *Erschütterung*, derivado de *Schutt*, que significa destroços, restos, fragmentos, para explicar os efeitos do trauma. Na esfera psíquica, a surpresa do trauma produz um choque que tem efeito anestésico, leva ao

aniquilamento do sentimento de si, suspende qualquer atividade psíquica, produz um estado de passividade que impede o sujeito de resistir, pensar ou agir, enfim, deixa o eu sem proteção. Outras possíveis consequências da comoção psíquica são: uma psicose passageira em virtude de uma ruptura parcial com a realidade; alucinações negativas; alucinações positivas compensatórias e amnésia neurótica. Em sua técnica de relaxamento, por exemplo, Ferenczi (1930/2011s) observa que alguns sintomas histéricos eram registrados apenas fisicamente, pois são relativos a um estágio do desenvolvimento em que o psiquismo ainda não estava completamente formado.

Essa intrincada relação mente-corpo atravessa a obra do autor. No artigo “O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios”, Ferenczi (1913/2011d) descreve a capacidade do bebê se utilizar de gestos para expressar suas necessidades e desejos, ou seja, é o denominado período da onipotência com ajuda dos gestos mágicos. Esse tema é recuperado anos mais tarde para sustentar o emprego da técnica ativa (Ferenczi, 1921/2011h), indicada para os pacientes que foram vítimas de traumas precoces, aqueles ocorridos justamente no período anterior à aquisição da linguagem verbal, fato que impossibilita a rememoração do ocorrido que permanece registrado ao nível corporal.

O choque decorrente de um trauma pode, inclusive, estender os seus efeitos no plano físico, o que pode levar a pessoa a perder os sentidos como se fosse morrer, empalidecer, chegar próximo ao desmaio ou ficar em epistótonos²⁵, pois “o que se desenrola aí diante de nossos olhos é a reprodução da agonia psíquica e física que acarreta uma dor incompreensível e insuportável” (Ferenczi, 1931/2011v, p. 90).

No *Diário Clínico*, em 10 de janeiro de 1932, Ferenczi (1932/1900) cita as sensações corporais decorrentes de uma agressão sexual como o peso do corpo do abusador sobre a criança, a pressão sobre a região genital, a tensão muscular, os batimentos acelerados e a asfixia que pode levar a uma obnubilação da consciência. Na entrada de 14 de fevereiro de 1932, afirma que, quando o sofrimento atinge patamares excessivos, a criança terá a sensação interna de “estar fora de si” ou “estar ausente” (p. 64), mas, para o observador externo, os únicos sinais visíveis desse estado de coisas são as câimbras, a insensibilidade e a paralisia generalizada. Esse estar fora de si inclui também as dimensões temporais e espaciais, o que dá lugar a uma série incoerente e entrecortada de imagens e alucinações, similar a uma psicose alucinatória. Carolina descreve sensação semelhante ao narrar um episódio de autolesão: “parecia estar fora de mim, era como se tivessem duas, uma fazendo e outra vendo eu fazer”.

²⁵ É um estado de distensão muscular em que o corpo assume uma posição anormal, a semelhança de um arco, com a cabeça, o pescoço e a coluna fortemente inclinados para trás.

Lembra-se de uma angústia intensa que deu lugar ao ato e de estar tremendo na hora, mas, logo que apertou os cacos de vidro contra as mãos até o ponto de sangrar, saiu desse estado especial: “*era como se eu voltasse*”, voltasse de onde foi, então, questionada: “*voltei pra mim mesma*”.

Pinheiro (1995) considera que as alterações físicas decorrentes do trauma, apesar de sua aparente semelhança com as manifestações histéricas, não devem ser apreendidas de forma simplista, pois se constituem como expressão da profunda agonia psíquica. O apelo ao corpo, nesses casos, visa apagar o acontecimento, e não o representar. Dessa forma, a comoção psíquica dispara mecanismos de defesas mais radicais (inclusive psicóticos) com vistas à reorganização egóica. Quando é impossível pensar, o corpo, em sua concretude, torna-se o lugar do sofrimento. Vale a pena acompanhar suas palavras:

Por um lado, o lugar do sofrimento é trocado, deslocado, e, como sabemos, o sofrimento físico, por mais terrível que seja, é, em geral, mais suportável que a dor psíquica. Por outro lado, o corpo, por seu caráter mecânico, visível e concreto, permite uma compreensão da agonia. Deslocando sobre o corpo o que se passa no interior, o psiquismo pode ganhar a distância que precisa para encontrar a boa solução, o fim da dor. Um terceiro aspecto pode ainda ser percebido: o corpo, que mostra aos que estão em volta o que está se passando, alimentando a esperança de que alguém venha em seu socorro (Pinheiro, 1995, p. 91).

De forma semelhante, Reis (2017a) argumenta que as alterações corporais como efeito dos traumas precoces não são da ordem de uma conversão histérica, já que não remetem a um desejo recalçado, mas, sim, a marcas traumáticas, signos de percepção de experiências vividas em um tempo em que as palavras ainda não existiam para a criança. Assim, quando retornam, é sob a égide da compulsão à repetição e pela via corporal: “as vivências traumáticas precoces opõem-se ao estabelecimento de ligações e não adquirem condições de significação e de construção de estratos mnêmicos, passando a agir como a memória corporal da tendência à desorganização originária da pulsão de morte” (p. 106). O corpo se torna o *locus* privilegiado do jogo de forças pulsionais.

Novamente com Ferenczi (1931/2011v), poder-se-ia afirmar que a clivagem – semelhante a que nos descreve Carolina nesse episódio dissociativo – como efeito do traumatismo é consequência da comoção psíquica. Frente a uma ameaça do mundo externo, há uma espécie de cisão do eu em uma parte sensível, mas violentamente destruída, que se contrapõe a outra parte, a qual, embora saiba o que ocorreu, nada sente. Nessa situação, “uma parte da sua própria pessoa começa a desempenhar o papel da mãe ou do pai com a outra parte, e assim torna o abandono nulo e sem efeito, por assim dizer” (p. 87).

Ferenczi (1932/1990) acrescenta que a profundidade dessa clivagem é maior do que inicialmente concebida, o que justificaria as regressões na análise, em que seus pacientes se mostravam como crianças pequenas no agir, no pensar e no falar, o que lhe fez adotar um novo artifício técnico para se adaptar a esses pacientes, a já citada análise pelo jogo, dirigindo-se não ao paciente, mas à criança que havia nele. O autor acrescenta que a fragmentação pode ser tão intensa por ocasião de sucessivos choques traumáticos e que, por isso, há possibilidade de uma verdadeira atomização ou pulverização do eu.

Segundo Figueiredo (2008), na tradição psicanalítica, enquanto o recalçamento aparece fortemente vinculado aos impulsos, fantasias e conflitos inconscientes, a cisão apresenta intensa relação com as experiências traumáticas. O autor faz uma analogia para explicar a diferença entre esses dois modos distintos de se lidar com o traumático. Na cisão, edifica-se um tipo de barreira vertical separando as experiências intoleráveis, as quais, apesar de permanecerem lado a lado, ficam segregadas do campo perceptivo. No recalçamento, a barreira seria horizontal, uma parte da experiência ficaria soterrada, pois é lançada ao inconsciente. Para o autor, a ênfase de Freud sobre o papel da fantasia como fator patogênico fez com que o recalçamento ocupasse um lugar central no psiquismo, o que contribuiu para o esquecimento do mecanismo da cisão no campo teórico.

Uma leitura atenta da obra freudiana, todavia, indica-nos que esse mecanismo foi revisto em seus últimos trabalhos, de publicação póstuma. Em “Esboço de psicanálise”, Freud (1940/1996zu) amplia o alcance da clivagem, a que nomeia de divisão do ego, para além das perversões e da psicose, e supõe sua presença nas neuroses face à possibilidade de duas atitudes psíquicas contraditórias coexistirem lado a lado sem se anular. O fetichismo, que anos antes foi explicado a partir da divisão do ego como consequência da denegação (Freud, 1927/1996zl), é considerado seu exemplo mais explícito, porém não o único. A diferença é que, nas neuroses, uma das atitudes psíquicas pertence ao ego, enquanto a outra, a contrária, pertence ao id, pois foi reprimida. No inacabado “A divisão do ego no processo de defesa”, Freud (1940/1996zv) acrescenta uma dimensão temporal ao referido mecanismo, visto que a fenda aberta no ego em decorrência da cisão, ao invés de cicatrizar, permaneceria aberta e aumentaria no transcorrer do tempo.

Ao recuperar as contribuições freudianas sobre o tema, Borges e Cardoso (2011) compreendem a clivagem como uma defesa extrema que opera para além do princípio do prazer e de realidade, como um recurso radical de sobrevivência psíquica frente ao trauma. Sales, Oliveira e Pacheco-Ferreira (2016), inspiradas nas ideias de Ferenczi, defendem que a clivagem está diretamente relacionada à impossibilidade de inscrição psíquica do trauma, seja

por sua precocidade, seja por seu caráter excessivo, o que dificulta ou inviabiliza os processos de representação, suscitando lugar às patologias da ação.

Esse recente retorno freudo-ferencziano ao mecanismo da clivagem, como observa Figueiredo (2008), decorre das exigências da clínica contemporânea fortemente marcada pelo traumático. Gondar (2016), que também estuda esse movimento de recuperação de Ferenczi, escreve sobre a diferença entre as duas defesas supracitadas: “no recalçamento, o eu envia as representações inconciliáveis para o inconsciente a fim de manter sua integridade; na autoclivagem o eu se dissocia, fragmenta-se em partes que não mantêm contato entre si, pulveriza-se” (p. 141).

Em outro trabalho, Gondar (2017a) tece críticas ao que nomeia de binarismo presente na clínica, quando se insiste em uma oposição rígida entre as ditas patologias clássicas e as contemporâneas, como se as primeiras fossem marcadas pelo recalque e as demais pela clivagem. Contudo, a questão é muito mais complexa, conforme frisa a autora, pois os mecanismos podem coexistir em um mesmo sujeito e a diferença consiste no predomínio de um sobre o outro. Por isso, ao invés de pensarmos em duas linhas, uma vertical e outra horizontal, a autora propõe traçarmos uma linha transversal entre elas. Ao longo dos capítulos cinco e seis, veremos que, dentre todas as pacientes, Kely é quem parecia transitar com maior fluidez entre os diferentes modos de funcionamento psíquico, o que ocorreu em menor proporção com outras pacientes, como Carolina, a qual, apesar das defesas neuróticas, não deixou de apresentar momentos de uma intensa cisão do eu.

Para Ferenczi (1934/2011y), durante esse processo de fragmentação, uma parte do eu se destaca e assume a forma de uma instância autocuidadora que, ao ser prestativa, solícita e maternal, vem ao amparo daquela parte vilipêndia e maltratada, como uma espécie de anjo da guarda que busca acolher e proteger. No *Diário Clínico*, esses fragmentos do eu que desempenham o papel de um anjo da guarda, suscitando fantasias de consolação para dar conta dos sentimentos intoleráveis, são denominados por Ferenczi (1932/1990) elementos órficos (Orpha²⁶), últimos traços organizadores que entram em cena e o sujeito enlouquece para não morrer. Porém, se vitimada por um novo e mais forte traumatismo, a Orpha poderá até mesmo encorajar o suicídio. Na análise dos casos clínicos, perceberemos que as situações vividas pelas pacientes que as remetiam à indiferença, à incompreensão e à falta de preocupação do objeto – uma reatualização do desmentido – eram traduzidas por “ninguém se

²⁶ Segundo Baracat (2017), o termo Orpha deriva do deus grego Orfeu e faz referência ao processo criativo que emerge em meio à experiência traumática. Vale lembrar que, na mitologia, Orfeu ganha de Apolo uma lira, com a qual aprende a tocar com extrema perfeição, encantando os mais insensíveis seres, desde mortais, criaturas míticas, animais ferozes, árvores e até rochedos.

importa”, “*ninguém entende*”, o que não servia apenas como gatilho para episódios de autolesão, mas, por vezes, fomentava fantasias suicidas.

Essa ideia da autodestruição como saída para o sofrimento aparece esboçado no *Diário Clínico*, na descrição do caso R. N. Para Ferenczi (1932/1900), frente à total impossibilidade de reagir de forma aloplástica²⁷, resta ao eu uma adaptação interna, autoplástica, que pode, até mesmo, incluir a destruição egóica como forma de alívio, pois inexiste autoplastia sem a destruição, seja parcial, seja mesmo integral, do eu precedente.

A autolesão é um bom exemplo. Trata-se de uma forma de evitar o suicídio, uma espécie de solução de compromisso entre as pulsões sexuais de vida e de morte, como um suicídio fantasiado que traz uma satisfação parcial. Kely, a paciente mais grave, explica porque recorria a autolesão: “*o pior não é a dor física, é a dor emocional, esta você não sabe quando vem, ela te pega de surpresa, isso é pior*”. Essa fala nos remete a uma passagem do *Diário Clínico*, datada de 30 de junho de 1932, em que Ferenczi (1932/1990) compara a reação dos pacientes traumatizados a de um pequeno pássaro que, ao pressentir sua captura iminente, lança-se diretamente no bico aberto do falcão, pois a via autodestrutiva pode se constituir como a única forma de preservar algo da vontade pessoal. “Conhecem-se casos em que pessoas enfiam uma bala na cabeça por medo da morte (antes de um duelo, uma batalha, uma execução). Tirar a própria vida (como punir-se a si mesmo) parece constituir um alívio relativo” (p. 225). Isso porque, o mais insuportável é se sentir esmagado, sufocado por uma força que está para além das possibilidades de domínio. Em nota anterior, do dia 24 de julho, o autor escreve:

Punir-se a si mesmo (matar-se, suicídio) é mais suportável do que ser morto. A aproximação do aniquilamento violento, ameaçando do exterior, é absoluta, inevitável e insuportável. Se eu *me mato*, sei o que vai acontecer. O suicídio é menos traumático (não é imprevisto).

O que é traumático é o imprevisto, o inexplorável, o incalculável. A morte cujo modo e momento é decidido pelo próprio sujeito é menos traumática – o espírito pode funcionar até o último instante (Ferenczi, 1932/1900, p. 215).

A autodestruição como efeito do trauma é retomada no artigo “Reflexões sobre o trauma”, em que Ferenczi (1934/2011y) descreve como primeira consequência de todo o traumatismo a angústia, uma vez que o eu se vê incapaz de se adaptar à situação penosa, pois

²⁷ Ferenczi (1930/2011t) explica a adaptação aloplástica como a modificação do mundo externo para que seja possível ao ego manter seu estado de equilíbrio. Assim, quando isso não é possível, teríamos uma adaptação autoplástica, ou seja, quando o próprio eu é alterado.

não há socorro e não pode fugir, somente lhe restando a autodestruição, que afeta tanto a consciência quanto o corpo. Em suas próprias palavras:

O desprazer aumenta e exige uma válvula de escape. Tal possibilidade é oferecida pela autodestruição, a qual, enquanto fator *que liberta da angústia*, será preferida ao sofrimento mudo. O mais fácil de destruir em nós é a consciência, a coesão das formações psíquica numa entidade: é assim que nasce a *desorientação psíquica*. (A unidade corporal não obedece tão prontamente ao princípio de autodestruição).

A desorientação ajuda: (1^a.) imediatamente, como válvula de escape, como sucedânea da autodestruição; (2^a.) pela suspensão do sofrimento moral, mais elevado – eu não sofro mais, quando muito uma parte do meu corpo; (3^a.) por uma formação nova de realização de desejo a partir dos fragmentos, no nível do princípio do prazer (p. 127, grifos do autor).

Outra consequência possível da vivência traumática, como um abuso sexual, seria a identificação da criança com a figura do agressor. O movimento inicial da criança que seria enraivecer, fugir, recusar e opor resistência à investida do adulto é paralisado pela surpresa e pelo medo. Física e moralmente indefesa, a criança é incapaz de protestar ante à força e à autoridade do adulto. Amedrontada e submetida à sua vontade, a criança acaba por se identificar ao agressor, que desaparece do exterior e se torna intrapsíquico. O comportamento do adulto, após o ato, altera-se em razão da culpa, ficando mais irritado e grosseiro, fato percebido, mas não plenamente compreendido pela criança. “Mas a mudança significativa, provocada no espírito da criança pela identificação ansiosa com o parceiro adulto, é a introjeção do sentimento de culpa do adulto: a brincadeira até então anódina aparece agora como um ato que merece punição” (Ferenczi, 1933/2011x, p. 117). Trata-se, para Pinheiro (1995), do enigma da culpa introjetada pela criança, que não sabe mais se é inocente ou culpada, o que provoca grande confusão no testemunho de seus próprios sentidos.

Ao ser desmentida, a criança também perde suas referências, pois não tem mais alguém em quem possa confiar. Sem outra saída possível, vê-se impelida a se adaptar à situação penosa. Isso porque, na maioria das vezes, tal como observa Gondar (2017b), o violador é alguém próximo à criança, de quem ela depende e por quem nutre sentimentos ternos. Portanto, é mais suportável se identificar a ele, tornando-se ela própria culpada, do que perdê-lo, pois se trata de uma situação de vida ou morte para criança, tanto física quanto psíquica. O custo dessa operação é alto, continua a autora, pois, quando o abuso é praticado no interior das famílias, não é possível separar quem cuida e protege de quem agride e viola, o que instaura uma espécie de zona cinzenta em que nada parece fazer sentido, o que torna o aniquilamento psíquico mais violento.

Para Gondar (2016), Ferenczi não restringe a identificação ao agressor a uma situação específica de abuso infantil, ele vai além, pois percebe o mecanismo como base do funcionamento mental, marcando as relações do eu com o mundo nas situações de choque. Isso nos faz lembrar o nascimento do conceito de identificação ao agressor, que se origina de suas observações quando da aplicação da técnica ativa, ocasião em que percebe um incremento da transferência positiva ao invés da hostilidade do paciente em relação ao analista face às suas ordens. Exposto de outro modo, a identificação ao agressor não se limita a uma cena familiar, podendo estar presente nas relações sociais estendidas: na relação paciente-analista, professor-aluno, vítima-algoz, seja a pessoa vítima de um espancamento brutal, tortura, sequestro²⁸, *bullying*, assédio, seja qualquer outra situação acentuadamente assimétrica de poder entre as partes. Assim, tem-se a possibilidade de tomarmos o *bullying* escolar como um desencadeador importante para a autolesão.

Por fim, outro efeito do choque traumático seria a eclosão de novas faculdades mentais como em um passe de mágica. Ferenczi (1933/2011x) denomina esse efeito como progressão traumática, em que características latentes à espera de maturação emergem subitamente em face à pressão do trauma. Ainda que o nome possa sugerir um efeito positivo do trauma, devemos entendê-la sob o ponto de vista patológico. Nesses casos, a criança passaria a manifestar sentimentos e faculdades próprias dos adultos, como a capacidade para o casamento, a maternidade e a paternidade.

A progressão não seria somente no campo emocional, mas também no intelectual. Para ilustrar suas observações, o autor recorre a duas metáforas. Uma delas se refere aos frutos bicados pelos pássaros que amadurecem mais rápido do que os demais, ficando mais doces e saborosos. Para a outra ilustração, retoma o artigo “O sonho do bebê sábio”, texto de uma página originalmente publicada em 1923, que utiliza nesse e em outros textos para esclarecer suas formulações acerca do trauma. O sonho do bebê sábio é descrito como um sonho típico, em que um bebê ou uma criança, ainda bem pequena, apresenta-se falando com destreza, concedendo explicações complexas e científicas aos pais ou adultos, o que contrasta com sua fragilidade física. O conteúdo desse sonho dissimularia o desejo infantil de tomar o lugar do adulto, como uma espécie de inversão da situação da qual se encontra. De acordo com

²⁸ A expressão Síndrome de Estocolmo é utilizada para explicar a reação de uma pessoa que, mesmo submetida por longo tempo à intimidação, coerção ou privação de liberdade, passa a manifestar sentimentos afetuosos para com seus algozes, como simpatia, amizade e mesmo amor. O nome foi cunhado pelo psiquiatra Nils Bejerot e faz referência a um assalto a banco ocorrido em 1973, em Estocolmo, na Suécia. As vítimas ficaram seis dias presas no cofre do banco, com explosivos amarrados ao corpo. Após libertadas, paradoxalmente, passaram a defender seus sequestrados perante a lei nos processos judiciais, o que chamou a atenção da comunidade em geral (Schmitt, 2006). O comportamento relatado nessa síndrome não era uma novidade para os psicanalistas, pois em nada difere do conceito de identificação ao agressor descrito por Ferenczi, em 1933.

Ferenczi (1933/2011x), essa sabedoria é necessária para que a criança possa se proteger dos excessos dos adultos enlouquecidos. Logo, o recurso encontrado é o de se identificar com eles, transformando-se em uma espécie de psiquiatra da família.

Ferenczi (1931/2011v) descreve as crianças maltratadas, que parecem mais velhas e mais sábias do que verdadeiramente são, como crianças, em geral, muito boas e prestativas, pois tiveram de aprender a cuidar de si mesmas. Essa foi uma característica marcante nas pacientes, a presença de um forte desejo de cuidar daqueles que são mais frágeis e dependentes, cuidado que se estendia a outras pessoas que descobriam em situação similar a sua, ou seja, jovens que se autolesionavam. Esse cuidado também se manifestava na preocupação com animais abandonados ou machucados, como era o caso de Maju, que alimentava e tratava de cachorros de rua, e de Kely, dedicada às suas cachorrinhas. Outra forma de expressão desse desejo de cuidar se refere ao projeto de adotar uma criança abandonada quando fossem mais velhas, projeto esse presente em Maju, Kely, Júlia e Carolina. Júlia, inclusive, gostaria de adotar uma criança “já grandinha e negra”, pois “*bebês todo mundo quer, e tem crianças que quase ninguém quer*”. Essa disposição dos pacientes traumatizados para a solidariedade e o cuidado foi igualmente observada por Verztman (2012): “o desamparo do outro as toca com uma intensidade que muitos de nós perderam ao longo da vida. Tudo que elas não podem sentir em relação a si são deslocadas para o outro em sofrimento” (p. 73).

Por fim, Figueiredo (2008) ressalta a importância de não confundir os efeitos da progressão traumática com o trauma estruturante de Ferenczi – aquele que tem um efeito vitalizante –, pois uma parte do eu, aqui, progride em busca de uma autossuficiência onipotente, que nada mais é, senão, uma forma de responder ao traumático por meio do adoecimento esquizoide e pela emergência do que mais adiante veio a ser conhecido como falso *self*.

CAPÍTULO 4

TEORIA DA SEDUÇÃO GENERALIZADA: O ENIGMÁTICO QUE VEM DO OUTRO

“Freud joga fora sua ‘neurótica’ quando teria sido preciso aprofundá-la, no sentido da sedução fundamental, originária”.

(Laplanche, 1988a, p. 79)

O psicanalista francês Jean-Louis Laplanche foi um dos maiores estudiosos de Freud. É internacionalmente conhecido pela publicação do famoso *Vocabulário de Psicanálise*, em 1967, escrito em coautoria com Pontalis (Tarelho, 2012). O trabalho de exegese sobre os textos freudianos, que teve início com a escrita da referida obra, é o ponto de destaque da série *Problemáticas* (Laplanche, 1980/1998b; 1980/1988d; 1980/1989; 1981/1992; 1987/1993d; 2006), um compilado dos seminários ministrados no curso de pós-graduação em psicanálise da Universidade de Paris VII, em que o autor se propõe a aprofundar e discutir conceitos fundamentais do pensamento freudiano: a angústia, a castração e as simbolizações, a sublimação, o inconsciente e o id, a transcendência da transferência e o *après-coup*, temas esses que compõem os títulos de seus livros.

Para formular suas *Problemáticas*, Laplanche (1987/1993d) se utilizou do próprio método psicanalítico para “fazer trabalhar”(p. 2) os pontos fortes da obra de Freud, buscando revelar e analisar as ambiguidades e os recalamentos da teoria freudiana. São textos em que o autor explora a fundo as contradições e incoerências nos conceitos e propõe alguns questionamentos, além de deixar manifestada sua posição em relação a eles, de forma crítica e bem fundamentada, mas respeitosa, avançando para além do que o próprio Freud postulou, realizando grandes contribuições para a teoria psicanalítica.

Mas seu maior legado foi, sem dúvida, a sua teoria da sedução generalizada, enunciada mais claramente no livro *Novos fundamentos para a psicanálise*, de 1987, pois, além de uma ressexualização da teoria psicanalítica, o autor destaca a primazia do outro para a constituição do aparelho psíquico (Martens, 2003).

4.1 DA SEDUÇÃO RESTRITA À SEDUÇÃO GENERALIZADA: INSPIRAÇÕES

Para desenvolver sua teoria da sedução generalizada (TSG), Laplanche teve como inspiração, sobretudo, a teoria da sedução de Freud (1895/1996a) e o conceito de assimetria na confusão de línguas entre adultos e a criança proposta por Ferenczi (1933/2011x).

Entre os anos de 1895 e 1897, Freud acreditava que os sintomas histéricos seriam desencadeados por um trauma real, um abuso sexual perpetrado por um adulto a uma criança. O sedutor era, em geral, uma pessoa próxima da criança. O caráter traumático não estava na experiência em si, a princípio incompreensível para a criança, pois ela não tinha condições psíquicas, nem biológicas para elaborar tal vivência. Era somente depois, em um segundo momento, posterior à puberdade, que a cena originária seria reativada por uma cena auxiliar, adquirindo, assim, seu efeito patogênico.

Em toda a análise de casos de histeria baseados em traumas, verificamos que as impressões do período pré-sexual que não produziram nenhum efeito na criança atingem um poder traumático, numa data posterior, como lembranças, quando a moça ou a mulher casada adquire uma compreensão da vida sexual (Freud, 1895/1996a, p. 159).

Trata-se do conceito de *Nachträglich*, utilizado por Freud, traduzido no francês por *après-coup*, como ficou bastante conhecido e, em português, temos a versão do latim *a posteriori* (Paula & Mello Neto, 2013). O termo faz referência à reconstrução ou à reinterpretção de um acontecimento do passado, a partir do futuro, conferindo a este uma nova significação, que pode adquirir caráter traumático, como exemplificado na citação já evidenciada sobre a origem da histeria.

Esse entendimento da etiologia da histeria não se mantém por muito tempo – somente a ideia de trauma em dois tempos é preservada –, pois, na famosa “Carta 69 a Fliess”, do equinócio de setembro de 1907, Freud (1897/1996e) anuncia não acreditar mais em sua neurótica e enumera quatro razões para isso: os êxitos parciais das análises; a necessidade de um número elevado de pais perversos, incluindo o seu, para justificar o grande número de casos de histeria; a impossibilidade do inconsciente distinguir realidade de ficção; e, por último, a inacessibilidade de alguns conteúdos inconscientes, o que indicaria a impossibilidade de dominá-los pelo consciente. Embora esse abandono tenha deixado como herança algo fundamental à psicanálise, a saber, a ideia de realidade psíquica, a importância da alteridade na constituição do inconsciente é comprometida, o que acarreta repercussões à teoria – como a tendência biologizante para explicar a origem das pulsões – e à prática

psicanalítica – como a ênfase no mundo fantástico, deixando de lado o papel do outro como causador do inconsciente e instigador pulsional (Ribeiro, 1996).

Laplanche (2002/2015c) considera essa teoria de Freud como uma teoria da sedução restrita, pois se resume ao campo da psicopatologia, que poderia ser resumida em uma fórmula simples: pai perverso, filha neurótica. Sua proposta teórica consistiu na redefinição da neurótica freudiana ao reformular e ampliar sua compreensão no sentido de uma sedução generalizada. Essa reformulação se torna possível quando o autor ultrapassa as ideias de realidade material e realidade psíquica, sugerindo um terceiro domínio da realidade, distinto dos demais, a saber, a realidade da mensagem. Esse terceiro nível da realidade, conforme esclarece Laplanche (1992/1993a), não é nem pura materialidade, nem pura fantasia, por isso a sedução não é nem mais nem menos real do que as demais produções do inconsciente, como os sonhos, os lapsos, os atos falhos. Essa sedução se processa por intermédio das mensagens enigmáticas do adulto endereçadas à criança, enigmáticas porque a criança não detém as chaves para o seu desvendamento, pois essas mensagens estão atravessadas pelo inconsciente do adulto.

A sedução, portanto, refere-se a um algo a mais, um *plus* de sexualidade inconsciente presente na comunicação adulto-criança. “Um adulto perverso? Sim, devemos dizer; mas perverso intrinsecamente na medida em que suas mensagens são ‘comprometidas’ por seu próprio inconsciente” (Laplanche, 1991/1993b, p. 172). Trata-se, portanto, de uma relação profundamente assimétrica, porque, nessa comunicação, o adulto se relaciona a partir de seu inconsciente, pois já tem o aparelho psíquico organizado, enquanto a criança ainda se encontra em uma posição passiva em relação ao adulto, sem um inconsciente constituído para fazer frente à sedução.

Essa ideia de uma relação dissimétrica entre adultos e crianças teve como inspiração as contribuições de Ferenczi. Em vários momentos de sua obra, Laplanche (2002/2015d) chama a atenção para a genialidade do psicanalista húngaro, que descreve a assimetria existente entre os adultos e a criança ao falar acerca de dois tipos de linguagem presentes nessa comunicação. Laplanche não estava de acordo com a totalidade das formulações ferenczianas e, assim como fez com Freud, avançou para além do autor, sobretudo ao propor o conceito de mensagem enigmática e a conseqüente tentativa de tradução, que difere de uma simples confusão de línguas. Para Laplanche (1988b), o que Ferenczi deixou de lado foi a dimensão inconsciente existente nesse diálogo, que é enigmático não por uma confusão ou estranheza de sentidos, mas por excesso do sexual, da paixão do adulto que infiltra a linguagem da ternura. “A linguagem da paixão, proferida pelo adulto, violenta, nos diz ele, a

ternura infantil. Mas como Ferenczi, que tanto insistiu sobre a criança *no adulto* pode neste momento reduzir o adulto... ao adulto?" (p. 94). A inadequação de línguas entre um e outro, portanto, tem sua origem na alteridade do inconsciente, que é estrangeiro para o próprio emissor na mensagem.

Fato semelhante ocorreu com Freud. Como argumenta Laplanche (1992/1993a), na análise do Homem dos Lobos, do Pequeno Hans e de Dora, não há nenhuma menção ao inconsciente dos pais de cada um desses personagens. Desse modo, é como se os pais não tivessem inconsciente, como se eles não comunicassem nada, de tal forma que a origem da sedução está no próprio sujeito, uma fantasia de sedução criada unicamente a partir de um movimento centrífugo.

Entretanto, enquanto Freud e Ferenczi ficaram presos e se desentendem em razão do infundável debate do trauma de sedução como realidade ou fantasia, vimos no capítulo anterior, Laplanche (1987) vai além, pois o mais importante a se destacar das cenas de sedução é a presença da sexualidade inconsciente do adulto que faz ruído nessa comunicação.

Para discorrer a respeito dos efeitos do suposto abandono da teoria da sedução por Freud, Laplanche (1992/1993e) faz uma analogia com a revolução copernicana. Quando Copérnico propõe o heliocentrismo no lugar do geocentrismo de Ptolomeu, ele opera um descentramento da terra que deixa de ser o centro do universo. Segundo Laplanche, Freud teve uma postura copernicana quando descobriu o inconsciente e a sedução – haja vista que relacionou a gênese dos sintomas histéricos à ação do outro. Contudo, na “Carta 69”, faz um extravio ptolomaico interrompendo a revolução do descentramento radical do ser humano que ele mesmo tinha dado início. Um verdadeiro desastre, como afirma Laplanche (1991/1993b), pois “se trata do abandono de uma teoria exógena, intersubjetiva, intrusiva, da sexualidade humana” (p. 160). Apesar desse extravio, que retirou a psicanálise de seus trilhos e contribuiu para vários desvios e contradições na obra freudiana (como o biologicismo das pulsões), em vários momentos de sua obra, a teoria da sedução precocemente abandonada reaparece.

É possível observar esse movimento, uma espécie de retorno do recalçado, em uma passagem dos “Três ensaios”, em que Freud (1905/1996j) afirma ser justamente durante os cuidados de sobrevivência dispensados à criança que a mãe, mesmo sem saber, acabará por excitá-la, sem querer conscientemente.

O trato da criança com a pessoa que a assiste é, para ela, uma fonte incessante de excitação e satisfação sexuais vindas das zonas erógenas, ainda mais que essa pessoa – usualmente, a mãe – contempla a criança com os sentimentos derivados de sua própria vida sexual: ela a acaricia, beija e embala, e é perfeitamente claro que a trata como o

substituto de um objeto sexual plenamente legítimo. A mãe provavelmente se horrorizaria se lhe fosse esclarecido que, com todas as suas expressões de ternura, ela está despertando a pulsão sexual de seu filho e preparando a intensidade posterior desta (pp. 210-211).

Tais cuidados adquirem um caráter sedutor, embora não reconhecidos pela mãe, pois são atravessados por sua sexualidade infantil recalcada, como afirma Laplanche (1987). Quase trinta anos mais tarde, na “Conferência XXXIII”, sobre a feminilidade, Freud (1933/1996zp) retoma essa discussão e descreve a mãe como agente de intensa sedução infantil, sem, contudo, dar-se conta do caráter universal dessa sedução: “foi realmente a mãe quem, por suas atividades concernentes à higiene corporal da criança, inevitavelmente estimulou e, talvez, até mesmo despertou, pela primeira vez, sensações prazerosas nos genitais da menina” (p. 121). Vale lembrar que a excitação não decorre apenas da estimulação dos órgãos genitais da criança, mas das demais zonas erógenas, dentre elas se destaca a própria pele, o que contribui para o nascimento da pulsão infantil. Porém, a criança pequena, em função de sua passividade constitucional no plano sexual, não é capaz de dominar essa excitação provocada, voluntariamente ou não, pelo outro, daí seu caráter traumatizante.

Laplanche (1987) considera essa sedução precoce (relacionada aos cuidados de sobrevivência) estruturante, necessária e, ao mesmo tempo, traumática, mas não ao nível patológico, como se refere Freud (1895/1996a), traumática pela presença da sexualidade adulta dissimulada nos cuidados de sobrevivência dirigidos à criança. Em termos da sedução, o autor distingue três níveis: a sedução infantil, a sedução precoce e a sedução originária. A primeira, a sedução infantil, refere-se à sedução restrita ou focal de Freud, isso porque, como vimos, ela está vinculada exclusivamente à realidade do abuso sexual infantil e seus efeitos. A segunda, a sedução precoce, é justamente a dos cuidados básicos, tal como descrita por Freud (1905/1996j) na passagem apresentada. A terceira, a sedução originária, que ocorre simultaneamente à sedução precoce, relaciona-se à implantação dos significantes enigmáticos, cujos resíduos não traduzidos dão origem ao inconsciente e à pulsão. “Com o termo *sedução originária* qualificamos, por isso, esta situação fundamental em que o adulto propõe à criança significantes tanto não-verbais como verbais, ou fundamentais, impregnados de significações sexuais inconscientes” (Laplanche, 1987, p. 132, grifos do autor).

Para Tarelho (2012), um dos grandes méritos de Laplanche foi ter contribuído para completar e consolidar a revolução copernicana iniciada por Freud, mas interrompida, relativa à descoberta do inconsciente e à primazia do outro na constituição do psiquismo. Nesse mesmo sentido, Martínez, Mello Neto e Lima (2007) sugerem que o maior legado da teoria da

sedução de Freud, para a psicanálise, é justamente a teoria da sedução generalizada de Laplanche.

4.2 SEDUÇÃO E MENSAGEM ENIGMÁTICA

No início da vida, o bebê se encontra em um estado de desamparo, pois é incapaz, em virtude de sua imaturidade física e psíquica, de pôr fim a estados de tensão e desequilíbrio ocasionados pelo excesso de excitações que o invadem, sejam elas de origem interna, sejam de origem externa. Freud (1926/1996zj) faz uso do termo alemão *Hilflosigkeit*, traduzido em português como desamparo, e em francês por *desajuda*, para se referir a essa situação de dependência absoluta do bebê em relação a um outro para sobreviver. Embora o bebê não seja capaz de satisfazer, sozinho, suas necessidades, ele é capaz de se comunicar com o outro cuidador por meio do choro, do grito e dos gestos motores. É por isso que, segundo Laplanche (1987), a passividade da criança diz respeito apenas ao plano sexual, não ao plano autoconservativo, pois, neste, ela é ativa. Para Laplanche (1988a), o desamparo da criança está relacionado à sexualidade que vem do outro, uma vez que os cuidados autoconservativos estarão sempre parasitados por significantes sexuais inconscientes, os ditos significantes enigmáticos cujos códigos a criança desconhece. Assim, o pequeno recém-chegado será confrontado com um mundo repleto de significados e de comunicação que extrapola sua capacidade de controle e compreensão. É nessa desigualdade de condições que se dará a sedução, por meio das mensagens enigmáticas que circularão, desde muito cedo, através de todas as ações de autoconservação que o adulto dirige à criança.

Para Laplanche (2002/2015c), a sedução não seria contingente, episódica e patológica – embora possa ser –, pois ela está alicerçada ao inevitável e universal encontro entre um adulto e um *infans*²⁹. Trata-se da denominada Situação Antropológica Fundamental – SAF –, situação da qual nenhum ser humano pode escapar, marcada pela relação entre um adulto, dotado de um inconsciente sexual, e uma criança que ainda não tem o seu constituído. O autor insiste em discutir acerca da relação adulto-criança, pois esta ultrapassa, em sua universalidade, a relação pais-filhos, à medida que a relação de parentesco não é determinante para a SAF, que pode ocorrer em qualquer ambiente, familiar ou não, como no caso de uma criancinha abandonada pelos pais biológicos e que é criada em uma instituição de acolhimento. A sedução que ocorre nessa relação só é possível à medida que a criança se

²⁹ Laplanche (2005) toma de Ferenczi o termo *Infans*, com o mesmo sentido, para se referir à criança que ainda não fala (*petit non-parlant*).

encontra em uma posição passiva frente ao universo adulto, em especial, devido à diferença fundamental entre o inconsciente do adulto e o infantil, sendo o primeiro inegavelmente mais rico que o segundo.

A sedução deve se definir como relação passividade-atividade, essa mesma tomada em seu sentido cartesiano: o ativo é aquilo que comporta mais de saber, de experiência etc., que o passivo. Além disso, nesta dissimetria, a psicanálise introduz o complemento essencial, que este “mais” é um *mais-de-saber-inconsciente* no sedutor que no seduzido (Laplanche, 1997c, p. 332, grifos do autor; tradução nossa).

Portanto, não se trata de uma passividade gestual ou comportamental da criança, pois a passividade está relacionada à desigualdade de condições, à carência de recursos simbólicos e linguageiros para traduzir a mensagem que lhe é proposta pelo adulto (Ramos, 2008).

As mensagens nunca são puramente inconscientes, já que elas se produzem no plano consciente-pré-consciente. Elas não são enigmáticas somente para a criança que as recebe, mas para o próprio emissor, o adulto, que não tem ciência do que comunica à criança quando lhe endereça uma mensagem, pois ela estaria atravessada por seu inconsciente, por este estrangeiro interno que também o habita. Assim, a mensagem é enigmática para ambos, porque nem o receptor, nem o emissor, estão a par do significado delas (Laplanche, 2002/2015c).

De acordo com Laplanche (2005), tais mensagens circulam bastante cedo, já nos cuidados de sobrevivência dirigidos à criança, ou seja, quando o adulto cuida, alimenta, troca, dá banho, mensagens essas que, de início, são comunicadas unicamente pelo adulto à criança. Essas ações de cuidado estão impregnadas pela sexualidade inconsciente do adulto que é despertada no contato com o corpo infantil, pois “em toda a relação de cuidado temos um pequeno ser em total dependência, sem um inconsciente, mas que a sua presença excita o adulto” (Martínez, 2012, p. 476). O que será reativado nesse encontro é a sexualidade polimórfica, no sentido dos “Três Ensaio”, que implica não apenas a sexualidade genital, mas, principalmente, as tendências pré-genitais. Assim, a mensagem da ternura, ou autoconservativa, jamais será pura, visto que estará sobrecarregada pelo sexual (Laplanche, 2005).

Segundo Padilha Netto e Cardoso (2012), é precisamente por meio dos cuidados de sobrevivência, infiltrados pela sexualidade adulta, que se dará a implantação da pulsão sexual na criança, já que esse é o sentido que a noção freudiana de apoio ganha a partir da TSG.

Mas no ser humano, essa base de autoconservação é talvez, de uma vez, habitada, infestada, parasitada, por uma comunicação que se produz numa única direção: do adulto para a criança. Aquilo que denominamos “mensagens enigmáticas” são as mensagens dirigidas do adulto para a criança, mensagens que pretenderiam ser puramente de autoconservação: quero te alimentar, te cuidar etc., mas que constituem uma conciliação (no sentido freudiano do termo) pela mistura de fantasias sexuais. Eu te alimento, porém – inconscientemente – eu te enfio o alimento, no sentido sexual da intromissão (Laplanche, 1996/1998a, p. 89).

No início da vida, a comunicação adulto-*infans* ocorre, primordialmente, por meio dos gestos, da mímica, do tom de voz, das atitudes e do olhar. “As mensagens que são objeto das primeiras traduções não são essencialmente verbais, nem ‘intelectuais’! Elas incluem em grande parte significantes de afeto, que poderão ser traduzidos ou recalçados: um sorriso (em Leonardo), um gesto de cólera, uma mímica de nojo” (Laplanche, 1993/1999, p. 329). Nessa passagem, o autor se refere à análise de Freud sobre Leonardo da Vinci e considera que as carícias veementes da mãe são verdadeiras mensagens enigmáticas, pois seu caráter parcialmente sexual é ignorado pela própria mãe. Para Laplanche (1999/2001d), o destino forjado por Leonardo para essa sedução traumática será a inspiração, a criação artística como tentativa de decifrar o enigma materno. Tal criação, por sua vez, não deixa de ser uma mensagem enigmática, como o indecifrável sorriso de Monalisa.

Sem dúvida a pesquisa, como a criação, vêm do indivíduo e neste sentido é centrífuga. Mas o que a incita e orienta é um vetor que vem do outro [a sedução]. Para Leonardo, “o olho é a janela da alma”, o que significa uma abertura e até uma exposição da alma ao trauma do outro (Laplanche, 1999/2001d, p. 265).

Isso não significa, como argumenta Laplanche (1992/1993a), que todas as carícias feitas em uma criança, por exemplo, um toque nos lábios ou nos genitais – que são zonas erógenas pré-formadas –, sejam uma sedução, pois há certas condições que a caracterizam, como a presença do fantasma sexual do adulto na mensagem dirigida à criança. Mas, independentemente do meio pelo qual se dá essa comunicação (não verbal ou verbal), a criança tentará traduzi-la, simbolizá-la, como uma forma de ligar a excitação pulsional gerada pela mensagem do adulto.

A respeito da presença do enigmático na comunicação verbal, selecionamos alguns exemplos. Laplanche (1992/1993a) cita a ameaça de castração proferida pelo adulto à criança. Embora o conteúdo sexual aparentemente esteja explícito, essa ameaça pode ser a cobertura para desejos inconscientes ainda mais profundos, como o de penetrar a criança.

Outro exemplo bastante interessante foi descrito por Bleichmar (2000/2005). Trata-se do caso de uma menina de quatro anos de idade que estava a brincar alegremente com seu pai e que, ao dar uma cambalhota, é interrompida por sua mãe, que enuncia: “minha filha, que barbaridade, você está com a calcinha suja” (p. 80). Para aqueles familiarizados com a psicanálise, continua a autora, o duplo sentido dessa frase é evidente, pois a mãe não está apenas se referindo a um fato real, mas aos seus fantasmas incestuosos e edípicos. Pouco importa se há ou não sujeira na calcinha da filha, pois o mais relevante é o que determina este olhar da mãe: a sua própria sexualidade.

A fim de tornar ainda mais explícita a presença dessa sexualidade no olhar materno, recuperamos as contribuições de Laplanche (2003/2015e) tecidas em seu artigo “O gênero, o sexo e o sexual”. Nesse trabalho, o autor afirma que o sexual, no sentido da sexualidade infantil, é o que mais mobiliza a repugnância do ponto de vista do adulto. “Em outras palavras, o Sexual poderia ser definido como ‘o que é condenado pelo adulto’” (p. 157), tal como foi reprovada a sujeira na calcinha da filha.

Para Bleichmar (2000/2005), a dissimetria factual e simbólica é constitutiva da relação pais-filhos, com efeito, a criança receberá constantemente mensagens que possuem um sentido indireto. Quando uma mãe enuncia: “come que vai esfriar” (p. 83), trata-se de uma preocupação com o bem-estar do filho, salvo se essa mãe der à criança uma sopa fervendo capaz de lhe queimar a garganta. No caso da menina da calcinha suja, o sentido indireto aponta para uma proibição dos jogos sexuais com o pai, bem como para uma associação entre sujeira e sexualidade que, futuramente, poderá compor os fantasmas da filha. Porém, o conteúdo de suas fantasias não será identifiável àquele recebido da mãe, pois a menina traduzirá a mensagem à sua maneira: “entre aquilo que a mãe diz e aquilo que a criança recebe há uma desqualificação e uma requalificação, teorização, fantasmática constante, que forma parte dos sintomas e das teorias infantis” (p. 83).

No que tange aos diferentes canais de transmissão do enigmático, Laplanche (1997a) se refere à cena originária para exemplificar outra modalidade de mensagem, aquela em que o adulto seduz a criança por meio de um deixar ouvir, de um deixar ver que é sempre um fazer ver, uma espécie de exibição que porta uma mensagem: “o que este pai quer de mim me mostrando, deixando-me ver a cena primária, mesmo que apenas me levando ao campo (como o pai do homem dos lobos) para testemunhar o coito de animais?” (p. 146). A cena primitiva imposta à criança é um espetáculo traumatizante, pois ela não dispõe dos códigos necessários para traduzi-la, à medida que, nela, circulam mensagens que remetem à violência, à analidade, à castração (Laplanche, 1992/1993a). Verificaremos, no sexto capítulo, que essa ideia de fazer

ver se estende à autolesão, pois os cortes, como uma espécie de mensagem enigmática, um dos sentidos que propomos para o ato, igualmente precisam ser revelados para que causem efeito sobre o outro.

O exemplo do seio talvez seja um dos mais significativos. Negligenciado por anos pela própria psicanálise, o seio é uma zona erógena importante para a mulher, não apenas um órgão natural de lactação. É por isso que, durante a amamentação, o seio cheio de leite estará indissociável do seio excitável, fonte de prazer erógeno. É essa duplicidade da mensagem impossível de ser apreendida em sua totalidade, pois advém de um adulto cindido, que instaura um enigma para a criança: “que quer de mim este seio que me alimenta, mas que também me excita: me excita se excitando? Que quer ele me dizer, que ele mesmo não sabe?” (Laplanche, 1988a, p. 79).

Dentre os significantes enigmáticos implantados pelo adulto nesses momentos iniciais, Laplanche (2003/2015e) inclui a atribuição de gênero, que ocorre muito antes de a criança compreender a diferença anatômica entre os sexos. Essa designação ultrapassa em larga medida a atribuição de um nome próprio – que, evidentemente, carrega fantasmas parentais –, à medida que se faz presente, contínua e repetidamente, em um conjunto complexo de atos, comportamentos e na linguagem das pessoas do entorno da criança. Laplanche associa a essa designação o conceito de identificação primitiva com os pais formulado por Freud. Inverte, contudo, o vetor e propõe uma identificação por (feita pelo adulto), ao invés de uma identificação com (o adulto). O resultado dessa inversão é a total passividade infantil frente à atribuição de gênero feito pelos adultos, em especial, pelos pais, mas não só por eles, mas por todos aqueles que têm uma convivência mais íntima com a criança, como os tios, os avôs, os irmãos, o *socii*.

Portanto, para Laplanche (2003/2015e), o gênero é primário em relação ao sexo, sendo adquirido a partir da dimensão intersubjetiva, pois é implantado na criança desde o exterior. Assim, pode ser duplo, masculino ou feminino, embora seja essencialmente plural e enigmático. “Sim, o gênero precede o sexo. Mas, ao invés de organizá-lo, é organizado por ele” (p. 166). Em outras palavras, quando a diferença anatômica é percebida pela criança, ela é utilizada como um recurso para traduzir as mensagens enigmáticas de gênero que recebe desde o nascimento, mas que, hodiernamente, começam a circular muito antes, pois amiúde os pais descobrem o sexo do bebê ainda no ventre materno, o que dá início a uma enxurrada de mensagens³⁰. Para Laplanche (2001a), embora muito precocemente a criança perceba as

³⁰ Um bom exemplo é a nova moda entre os pais, o chá revelação, feito junto ou não com o já conhecido chá de bebê. O intuito dessa festa é revelar, de forma animada, o sexo do bebê aos membros do *socii*. A partir daí,

diferenças de gênero expressas na aparência e no comportamento das pessoas à sua volta, essas expressões portam algo de enigmático, uma mensagem a traduzir. “A teoria da castração quer dar conta desse enigma simbolizando-o em um sistema codificado. O código se baseia, por sua vez, na anatomia e funciona como um mito binário, mais ou menos” (p. 205).

Segundo Martínez e Souza (2014), para se sentir pertencente a um determinado gênero, a criança deverá traduzir os elementos de seu corpo anatômico e as mensagens de gênero que recebe de seu meio, as quais estão impregnadas dos sonhos e expectativas conscientes dos pais, mas também por sua sexualidade infantil, suas fantasias e seus conflitos de gênero. “São mensagens de expectativas, que prescrevem uma forma de atuação, papéis e comportamentos apropriados para o homem e para a mulher naquela sociedade” (p. 175). Apesar dessa designação de gênero se ancorar em códigos gerais da cultura, conforme esclarecem as autoras, ela guarda aspectos singulares, particulares a cada *socius* que admite ou não certas expressões de gênero consonante aos seus próprios enigmas. É por isso que, para algumas famílias, meninos podem ter cabelos longos e, para outras, não.

Destacamos, aqui precisamente, a primazia do outro também nesse processo, bem como a precedência do gênero sobre o sexo e do social sobre o biológico na perspectiva da TSG³¹. A fim de encerrar essa discussão, apresentamos um exemplo oferecido por Lattanzio e Ribeiro (2012). Trata-se de um pai que, ao ver o filho pequeno passar batom, grita de forma violenta: “*isso não é coisa de homem!!!*” (p. 512, grifos dos autores). A reação exagerada do pai não permite que a mensagem seja plenamente apreendida pela criança, que tentará traduzi-la, mas sempre haverá um resto. Esse resíduo intraduzível pode estar vinculado às fantasias homossexuais do pai, ao terror de ser penetrado, como sugerem os autores.

A essa interpretação, podemos acrescentar outra por conta própria, a da fantasia incestuosa de penetrar esse filho, identificado a uma mulher, já que homens não usam batom! É justamente essa sexualidade inconsciente do adulto, dissimulada nos cuidados e na ternura, que afetarà a eficácia das traduções infantis. O que for traduzido integrará o eu e o que não for possível, o déficit tradutivo, será depositado no inconsciente. Vejamos, mais detidamente, como isso se dá.

inicia-se a atribuição de gênero, que passa pela definição do nome próprio, pela escolha das cores e temas do quartinho do bebê e suas roupas, por exemplo.

³¹ Remetemos o leitor interessado no tema ao artigo “Por uma teoria psicanalítica de la diferencia de sexos. Introducción al artículo de Jean Laplanche”, de Dejours (2006) que, como o próprio título sugere, pretende ser uma introdução de “O gênero, o sexo e o sexual” (Laplanche, 2003/2015e).

4.3 O MODELO TRADUTIVO DO RECALCAMENTO

É ao fazer trabalhar a obra de Freud que Laplanche encontra inspiração para construir sua teoria tradutiva do recalçamento originário. Referimo-nos à famosa “Carta 52” endereçada a Fliess, em 1896, na vigência da teoria da sedução. Utilizando-se de uma linguagem médica, Freud (1896/1996c) apresenta um esquema para explicar o funcionamento do aparelho psíquico. Supõe que, na fronteira entre os diferentes sistemas, como entre a percepção e a memória, há uma tradução do material psíquico e que, a cada mudança de registro, ocorreria uma retranscrição, o que implica uma alteração no material original, ou seja, a recordação não coincide diretamente aos fatos vividos, pois ela é ressignificada com base nas experiências atuais. Nesse modelo, o recalçamento corresponde a uma falha na tradução que Freud associa aos *fueros*, antigas leis espanholas que, embora ultrapassadas, permaneciam vigentes em algumas províncias no interior. Tais ideias levaram Laplanche à sua concepção de recalçamento originário, em que os restos não traduzidos das mensagens enigmáticas do adulto seriam depositados no inconsciente da criança e ali permaneceriam ativos, incitando-a continuamente a buscar por novas traduções.

Em seu livro *Problemáticas IV: o inconsciente e o id*, Laplanche (1981/1992) explica como ocorre o processo de metabolização das mensagens enigmáticas oriundas do outro, pois entre o discurso da mãe e o inconsciente da criança há sempre um metabolismo, que comporta decomposição e recomposição, de tal forma que o inconsciente da criança jamais corresponderá diretamente ao discurso-desejo do outro.

Entre o comportamento significativo, inteiramente carregado de sexualidade (o que se quer sempre esquecer de novo), entre esse comportamento-discurso-desejo da mãe e a representação inconsciente do sujeito, não existe continuidade, nem pura e simples interiorização; a criança não interioriza o desejo da mãe. . . . Entre esses dois “fenômenos de sentidos” (emprego aqui o termo mais vago possível) que são, por um lado, o comportamento significativo do adulto e, em especial, da mãe, e o inconsciente, em vias de constituição, da criança, registra-se o momento essencial a que se deve chamar “desqualificação” (Laplanche, 1981/1992, p. 101).

A mensagem desqualificada não veicula significado algum, apenas energia, pura excitação traumatizante que incitará a criança a buscar por novas traduções e retraduições. A compulsão à repetição tem a mesma origem, especificamente como uma tentativa de dar algum sentido. Todavia, para Laplanche (1981/1992), a própria mãe que seduz é quem também, amiúde, oferece os meios para lidar com as excitações por ela provocadas. É isso que permite a esse traumatismo inerente ao encontro adulto-criança não ser sempre

desestruturante. Exposto de outro modo, o adulto não somente seduz a criança, como também lhe oferece recursos para a tradução do enigmático.

Referimo-nos aos assistentes de tradução, expressão cunhada por Francis Martens (2003), estudioso da TSG, e aceita por Laplanche, para se referir ao conjunto de mensagens ofertadas pelo meio social à criança como um auxílio à tradução, à medida que seus códigos autoconservativos são insuficientes para fazer frente às mensagens que recebe. Esses novos códigos, narrativas e esquemas oferecidos pela cultura funcionam como uma espécie de contrainvestimento à intensa sedução operada pelo adulto.

Como se tratam de códigos culturais, por vezes, eles podem ser tendenciosos. Isso significa que nem sempre serão os mesmos para todos e em todas as culturas. Martens (2003) elucida que, no caso da criança ferencziana, a sociedade húngara dos anos trinta favorecia a introjeção do sentimento de culpa do adulto sedutor, ao contrário do que ocorreu com as crianças belgas que, a partir da série de casos de abuso infantil³², passaram a receber apoio em suas denúncias, sendo o tema amplamente debatido pelo poder público na época. Ao transpor essa ideia para a realidade brasileira, podemos pensar que as novas leis que reforçam os direitos humanos de crianças e adolescentes (que sempre se encontram em posição assimétrica em relação ao adulto), como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), podem agir à semelhança dos assistentes de tradução. Isso porque, quando as crianças e jovens são vítimas de violência, esse instrumento, se bem aplicado – pois nem sempre os dispositivos legais são respeitados em nosso país –, pode operar contra o desmentido, visto que reconhece e sustenta a sua situação de vulnerabilidade.

Laplanche (2002/2015c) também considera o universo mito-simbólico uma ajuda à tradução, já que as ideias, os mitos, os contos e demais esquemas narrativos servem para ligar, ordenar, simbolizar e traduzir as mensagens enigmáticas traumatizantes que vêm do universo adulto. Dentre eles, Laplanche (2006/2015i) inclui o próprio complexo de Édipo, de castração e o assassinato do pai, porque os toma não a partir de uma perspectiva filogenética, como o fez Freud, mas dependentes das contingências múltiplas das relações de parentesco. Segundo Ramos (2008), os profantomas do complexo de Édipo, de castração e da cena primitiva são, na realidade, elaborações bem organizadas, sustentadas pela cultura, que ajudam a criança a dar conta do sexual, dos aspectos não ligados e polimórficos da pulsão. Nesse

³² Esse episódio da história belga ficou conhecido como caso Dutroux, uma referência direta a Marc Dutroux, um criminoso pedófilo preso em 1996 e acusado de sequestro, tortura e abuso sexual de seis meninas entre oito e dezenove anos de idade, das quais quatro faleceram. A grande repercussão do caso, somada a deficiências na investigação, levou mais de 300 mil pessoas às ruas de Bruxelas em um movimento de protesto, o qual ficou conhecido como Marcha Branca (Hooghe & Deneckere, 2003).

sentido, o próprio complexo de Édipo não estaria do lado do recalcado, mas, sim, do recalçamento, pois se trata de uma narrativa que opera como uma espécie de tina, um dique para essa pulsão.

A essa assistência de tradução fornecida à criança pelo seu entorno, Carvalho (2016) acrescenta os filmes, os livros e as fábulas, além de citar como exemplo o mito da cegonha comumente utilizado para explicar o nascimento dos bebês, que funciona como uma espécie de mediação entre o adulto e a criança, poupando-a de uma exposição excessiva às fantasias inconscientes infiltradas nessa comunicação. Isso significa que o patrimônio mito-simbólico, que compõe o ambiente cultural, está a serviço do processo tradutivo, pois ajuda a simbolização dos enigmas sexuais provindos do adulto.

É digno de nota que o trabalho de tradução das mensagens enigmáticas não ocorre em um só tempo, mas em dois, pois a noção de *après-coup* também é fundamental na TSG, não obstante, de uma forma um pouco diferente da concepção freudiana. Para explicá-la, começaremos com uma ilustração do próprio autor.

A partir da anedota contada por Freud, a respeito da *Nachträglichkeit*, Laplanche (1999/2001e) propõe duas dimensões ao conceito: uma retroativa e outra progressiva. Trata-se do comentário de um jovem, o qual, em meio a uma conversa, quando o assunto se volta para a beleza da ama de leite que o alimentara na infância, lamenta não ter aproveitado tão boa ocasião. Para Laplanche, há, nessa frase, uma interpretação retroativa do passado, pois ele imagina, retrospectivamente, o que poderia ter usufruído de sua própria experiência de receber o seio, caso soubesse de seu valor erótico. Porém, continua o autor, essa reinterpretação somente é possível, porque o jovem reteve as marcas de sua própria sexualidade, despertada *après-coup*. É esse movimento progressivo, que vai do passado para o futuro, por meio das mensagens enigmáticas implantadas pela ama de leite no bebê, que demanda por uma tradução.

Temos, portanto, um primeiro tempo passivo, em que a mensagem enigmática será inscrita ou implantada no psiquismo sem que possa ser compreendida. Somente em um segundo tempo ela será reativada e agirá como um verdadeiro corpo estranho interno que a criança tentará integrar, dominar, fazendo uso dos códigos que possui e daqueles fornecidos pelo meio familiar e cultural. Para Laplanche (2003/2015f), há em todo o ser humano, não apenas na criança, um conjunto de mensagens não traduzidas, algumas à espera de tradução, em estado de latência, outras impedidas, temporal ou definitivamente de tradução.

Na acepção de Laplanche (2002/2015c), são justamente os resíduos à margem das primeiras traduções que, por oposição ao ego pré-consciente, terão por função fundar o

inconsciente no sentido clássico do termo. Até esse momento, não existia separação entre os sistemas psíquicos, visto que é o recalçamento originário que marca a clivagem e instaura a tópica, enquanto o recalçamento secundário somente pode acontecer depois de constituída essa tópica. Nesse sentido, para Laplanche (1996/1998a), o ego e o id se constituem em um mesmo e único movimento: o ego engloba as mensagens que podem ser traduzidas, integradas, historicizadas, já o id é formado pelos resíduos da tradução, os restos incoordenados entre si, atemporais e não contraditórios, ou por aquilo que não se submeteu à tradução originária. Quando caem no inconsciente, esses restos não simbolizados perdem seu caráter de comunicação, já que eles não remetem a mais nada, mas apenas a si mesmos, transformando-se nos “significantes-designificados”, nos ditos “objetos-fontes” da pulsão (Laplanche, 1987, p. 148).

Laplanche (1997c) compara a ação dos objetos-fontes às representações-coisa recalçadas. Assim, seu impacto sobre o ego é traumatizante em face à forte pressão exercida do interior. Esses objetos-fontes dão origem a uma pulsão, a pulsão de tradução, um constante e infundável “a traduzir”. Portanto, o inconsciente não seria um reservatório de pulsões biológicas inatas, como afirmou Freud, mas, sim, esse a traduzir, formado pelos restos intraduzíveis das mensagens enigmáticas e sua exigência de tradução. Assim afirma o autor:

Vamos mais longe: o movimento de autotradução, a pulsão de tradução (*Trieb zur Übersetzung*) para retomar o termo de Novalis, origina-se, não do tradutor, mas deste intraduzido, ou deste imperfeitamente traduzido que exige sem cessar uma (melhor) tradução. Para resumir este ponto, o movimento de temporalização: presente-passado-futuro é um movimento de destradição-retradução. Ele pressupõe um já traduzido anterior, mas também um a traduzir primordial, que nós chamamos de inconsciente (Laplanche, 1997c, pp. 331-332; tradução nossa).

Por outro lado, como sugere Laplanche (1996/1998a), o ego não está somente frente a mensagens passíveis de tradução, mas também diante de restos coisificados mais próximos a um “a realizar” ou “a satisfazer” (p. 92). O autor não faz essa relação de forma explícita, mas podemos pensar que o a traduzir estaria mais próximo de um funcionamento neurótico pela possibilidade de uma certa tradução, enquanto o a realizar estaria mais voltado aos modos de funcionamento não neuróticos, como uma última tentativa de dar conta dessa pulsão mortífera que ataca incessantemente o eu.

A TSG trata, sobretudo, das neuroses, mas seu criador não deixou de considerar a possibilidade de um fracasso radical da tradução nos casos mais graves, em que a mensagem veicula e impõe, ao mesmo tempo, uma tradução que impede a polissemia de sentidos. Para

Laplanche (2003/2015f), o fracasso parcial da tradução resulta no inconsciente no sentido freudiano, o neurótico-normal, enquanto o fracasso radical, em que nada é traduzido, pois a mensagem permanece em seu estado bruto, corresponde ao que denomina inconsciente encravado. Esse inconsciente determina a manifestação dos aspectos psicóticos e *borderline*, nos quais a principal defesa é a recusa e não o recalque. O autor não se refere a quadros clínicos exclusivamente, pois considera a existência de uma parte psicótica ou pré-psicótica em todo o ser humano, constituída justamente pelas mensagens que escapam à atribuição de sentido originário. Segundo Laplanche (2006/2015h), o que permanece encravado sem possibilidade de tradução, de historicização, difere dos conteúdos recalcados, uma vez que a mensagem original é mais violenta e inassimilável, isso porque, há duas formas distintas de endereçar às mensagens enigmáticas à criança: por implantação ou intromissão.

Para Laplanche (1997b), a implantação é um processo normal, cotidiano e, por vezes, neurótico, enquanto a intromissão seria sua variante violenta, invasiva. A implantação se refere aos significantes endereçados pelo adulto à criança, que os recebe passivamente, significantes que se encontram fixados na superfície psicofisiológica de um sujeito cujas instâncias ainda não estão diferenciadas. Esses significantes serão objeto das primeiras tentativas de tradução, cujos resíduos darão origem ao inconsciente e aos objetos-fontes da pulsão. Enquanto a implantação permite uma resposta ativa por parte do sujeito, por tradução ou recalque³³, a intromissão bloqueia esses processos, pois a sexualidade violentamente endereçada à criança provoca uma espécie de curto-circuito nas instâncias ainda em vias de formação, por depositar no interior do psiquismo um elemento rebelde a qualquer metabolização. Tanto a implantação quanto a intromissão se relacionam aos processos corporais, porém “a intromissão tem uma relação maior com a analidade e a oralidade. A implantação se refere mais a superfície do corpo no seu conjunto, a periferia perceptiva” (p. 358; tradução nossa).

No ideário de Laplanche (1994/2015a), o que não pode ser reinterpretado em um segundo momento, no *après-coup*, são as mensagens por intromissão, relacionadas à psicose e à formação do superego, descrito como uma espécie de enclave psicótico existente em cada um de nós, decorrente do depósito no interior no eu, de um corpo estranho interno não metabolizado. Em outro trabalho, acrescenta o autor:

³³ A criança tentará traduzir ou controlar o que recebe como enigma por meio de um duplo fechamento da mensagem do outro: “fechamento do lado do que dela pode ser traduzido, teorizado, isto é, mais ou menos ideologizado. E também fechamento por confinamento, por recalque do resíduo anamórfico das mensagens, isto é, daquilo que resistiu a simbolização” (Laplanche, 1991/1993b, p. 81).

Isto quer dizer que, quando uma mensagem é proposta com uma tradução totalmente pronta, diremos que nesse caso se trata de uma mensagem que não pode ser traduzida. Essas mensagens dão nascimento ao superego. Elas se propõem como não-tradutíveis, seus significados são dados. Elas são muito compactas para serem outra coisa; são apenas intromissão (Laplanche, 1994, p. 86).

Laplanche (2009) esclarece que é o caráter excessivamente e unicamente sexual, ausente de qualquer registro de apego, o fator impeditivo de toda a tradução. A distinção entre essas mensagens, se implantação ou intromissão, só pode ser reconhecida no *après-coup*, conforme a possibilidade ou não de dar início ao processo tradutivo. Como exemplo, Laplanche (1994) se refere à criança vítima de um abuso sexual real e grosseiro, pois, nesse caso, não há nada de enigmático a ser desvelado, porque seu significado está dado, a mensagem penetra diretamente sem possibilidades de tradução, sendo isso o que inviabiliza a elaboração do trauma.

Em consonância aos postulados de Cardoso (2011), as mensagens por intromissão ajudam a entender a clínica dos estados traumáticos, porque é a violência do trauma que inviabiliza sua historicização, é o que leva as vítimas à compulsão à repetição, como forma de presentificação das impressões que não podem se tornar passado. É por isso que o elemento traumático insiste em se apresentar, já que não é passível de ser representado. “Na neurose traumática, trata-se de uma memória corporal, própria ao tempo do traumático, tempo da urgência, do atual: uma memória, portanto, hiper-real” (p. 75). Dessa maneira, para a autora, as mensagens que estão em jogo nas neuroses traumáticas e nos traumas destrutivos são ultraclaras, antienigmáticas, à medida que não possuem a tela protetora da fantasia que poderia encobrir parcialmente o horror. Com efeito, o ego é incapaz de integrá-las ou recalculá-las, visto que são mensagens irreduzíveis, ficando bloqueadas e impossíveis de substituir por outra coisa. Nesses casos, diferentemente das neuroses de transferência, o corpo estranho interno é imune à tradução e à destruição. Mas isso não implica a inexistência de formas de defesas elementares que se ergem no caso de uma invasão pulsional, como são os casos dos *acting-out* e da compulsão à repetição. Mello Neto (2012) amplia ainda mais o alcance dessas mensagens por intromissões, pois as relaciona às patologias não neuróticas, aos casos limites, aos atos violentos, ao suicídio e às doenças psicossomáticas, por exemplo.

Como hermeneuta, o ser humano não deixa de ser autoteorizante, autotradutor. A mensagem enigmática que vem do outro incita um trabalho de tradução perene e, apesar das tentativas do sujeito de dar conta dos enigmas da sexualidade, desde o depósito no inconsciente encravado, passando pelo recalçamento e pelas diferentes tentativas de tradução

– como os sintomas, atuações e, até mesmo, a inspiração como o exemplo de Leonardo –, ao longo de sua obra, Laplanche deixa claro que a metabolização dessas mensagens, a despeito da ajuda à tradução, será sempre imperfeita, malograda. “Estas mensagens enigmáticas suscitam um trabalho de domínio e de simbolização difícil, ou impossível, que necessariamente deixa atrás dele restos inconscientes, *fueros*, dizia Freud: aquilo que chamamos de ‘objetos-fontes’ da pulsão” (Laplanche, 1987, p. 136). Há dois modos de ação dessa pulsão. Por um lado, ela é estimulante, por incitar um contínuo movimento de tradução que favorece uma maior organização interna; por outro, esse ataque interno inexaurível é perigoso para o ego, pois se constitui a base da pulsão sexual de morte.

4.4 PULSÕES SEXUAIS DE VIDA E PULSÕES SEXUAIS DE MORTE

Por que pulsão sexual de morte? Porque, para Laplanche (1988c), toda pulsão é pulsão sexual, independentemente se for de vida ou de morte, diferente de Freud, que se apoia no biológico para explicar o antagonismo pulsional, fato esse duramente criticado por Laplanche (1993/1999): “a postulação de um tal ‘isso’ biológico originário, necessariamente pré-formado, ia diretamente ao inverso da novidade implicada na noção de pulsão como processo sexual não adaptado, no homem, a uma meta preestabelecida” (p. 309).

Vale frisar que a compreensão laplancheana sobre a primazia do outro na gênese da sexualidade – por meio da sedução originária – não exclui a existência do instinto de autoconservação do bebê e do instinto sexual que aparece na adolescência em virtude do despertar hormonal. Nesse sentido, não há oposição entre instinto e pulsão ou entre somático e psíquico, mas entre o que é inato e hereditário e o que é adquirido nas trocas com o outro. Para Laplanche (2001b), a sexualidade infantil ligada ao fantasma é sempre anterior à sexualidade adulta, o que pode instaurar um conflito, pois a pulsão sexual que tem origem intersubjetiva vem antes do que é inato, do instinto sexual. Exposto de outro modo, quando a sexualidade adulta chega, o seu lugar já está ocupado por algo muito mais anárquico, pela pulsão infantil, objeto por excelência da psicanálise, sendo ela que se esconde no inconsciente, pois somente a sexualidade é objeto do recalçamento.

Vimos na seção anterior que a pulsão sexual se constitui no mesmo movimento que estratifica o aparelho psíquico, isto é, no recalçamento originário. Embora partilhem da mesma origem os ditos objetos-fontes, a pulsão sexual de vida corresponde ao aspecto ligado e investido da pulsão, enquanto a pulsão sexual de morte diz respeito ao seu aspecto desligado.

As pulsões sexuais de vida funcionam segundo o princípio da energia ligada (princípio de constância); seu fim é a síntese, a manutenção ou a constituição de unidades e de vínculos; são conformes ao Ego; seu objeto-fonte é um “objeto total”, regulador. *As pulsões sexuais de morte* funcionam segundo o princípio da energia livre (princípio do zero); seu fim é a descarga pulsional total, mesmo que isto custe o aniquilamento do objeto; são hostis ao Ego, o qual tentam desestabilizar; seu objeto-fonte é um aspecto clivado, unilateral, um indício do objeto (Laplanche, 1988c, p. 105, grifos do autor).

Em virtude das características da pulsão sexual de vida, que corresponde a um objeto total e totalizador, que visa não somente a conservação do ego, mas também do objeto, é possível pensar em sua aproximação à pulsão de tradução, o a traduzir já descrito, pois ambas têm finalidades análogas, ou seja, favorecer uma maior organização e estabilidade interna ao traduzir os restos das mensagens que interpelam e perturbam o eu. Porém, a pulsão sexual não se constitui apenas por esse lado ligado. Há, também, o seu aspecto demoníaco e destruidor, sujeito ao processo primário e à compulsão à repetição, representado pela pulsão sexual de morte, núcleo da pulsão sexual (Laplanche, 1988c).

A pulsão sexual de morte corresponde ao lado mais desestruturado e anárquico da sexualidade infantil perversa-polimorfa. É por isso que ela seria inconciliável com a cultura – como observou Freud em diversos momentos de sua obra ao enfatizar a necessidade das renúncias pulsionais a favor da civilização – e inconciliável consigo mesma, como afirma Laplanche (2006/2015h), em face ao seu problema econômico insolúvel, a busca por excitação e não por satisfação, daí seu caráter autodestrutivo que pode levar ao aniquilamento psíquico e até mesmo físico do sujeito.

Para Laplanche (1999/2001c), a angústia é o afeto mais primitivo sentido pelo eu decorrente desse ataque interno operado pela pulsão sexual de morte. Os demais afetos negativos, dentre eles, a culpa, a vergonha e o medo correspondem a diferentes níveis de elaboração e ligação da angústia. Nesse sentido, a própria angústia de castração já é uma tradução dos restos das mensagens enigmáticas. De acordo com Laplanche (1996/1998a), até mesmo os mecanismos de defesa têm essa função de tradução. A fobia, por exemplo, traduz um perigo que vem do interior, pulsional, como algo exterior e real.

Na concepção de Laplanche (1988c), a angústia de morte sentida em algumas situações se traduz a nível egóico como uma ameaça de desestruturação pelo transbordamento da pulsão desligada. “Estando sediado no Ego, como todo afeto, o medo de morrer é somente uma elaboração da mais inominável das angústias, de origem interna, graças à única representação possível: a de um perigo para a vida” (p. 107). Essa ameaça de desestruturação a que se refere o autor, como efeito da pulsão sexual de morte, possibilita-nos a pensar nos

sentimentos de despersonalização e de fragmentação vinculados à emergência da autolesão, a qual, desse ponto de vista, pode ser tomada como uma tentativa desesperada de ligação pulsional para evitar o total aniquilamento do eu.

Nesse ponto, é possível retomar uma de nossas hipóteses, ou seja, de que o desmentido do adulto contribui para o incremento dessa pulsão sexual de morte, pois favorece o desligamento ao destraduzir a já bastante frágil narrativa infantil do evento traumático, frágil e imperfeita, como nos ensina Laplanche ao longo de sua obra, à medida que a criança não detém todos os códigos para traduzir a linguagem da paixão, a sexualidade adulta. Na adolescência, além dos restos dessa linguagem da paixão implantada ou intrometida pelo outro, o jovem tem de se a ver com suas próprias paixões, com os objetos-fontes da pulsão que agora atacam de dentro e se exteriorizam, por exemplo, na autolesão, em uma tentativa extrema de dar conta do excesso pulsional.

Todavia, essa linguagem da paixão nem sempre é explícita, como é o caso de uma carícia maliciosa ou do abuso propriamente dito. Observaremos, na análise dos casos clínicos, que a sexualidade perversa-polimorfa no outro pode assumir a máscara da destrutividade – para retomar uma expressão de Laplanche (1993/1997e) –, apresentando-se em atos de violência, como nos espancamentos perpetrados por familiares até no *bullying* escolar. Laplanche (2003/2015g) chama a atenção para a dessexualização feita pela cultura desses atos de violência. Embora não faça uso da expressão *bullying*, o autor se refere ao caso de duas meninas que torturam uma colega, cuja reação midiática foi de incredulidade: “mas por quê?” (p. 141) era a pergunta feita. O que não era compreensível, nesse caso, era o prazer inerente à satisfação da pulsão sádica por meio da violência contra o outro. Três anos antes, em uma entrevista concedida à Marta Rezende Cardoso, Laplanche (2000) enfatiza o caráter sexual da violência³⁴.

Claro, penso que ela [a psicanálise] tem uma contribuição importante a dar [para uma reflexão sobre a violência]: não deixar esquecer que a violência é sempre sexual. Para mim este é o ponto principal: os aspectos da violência que aparentemente são dessexualizados, têm sempre um fundamento sexual – tanto na violência individual quanto na coletiva, as guerras, os massacres, etc. (Laplanche, 2000, p. 58).

Na ótica de Laplanche (2000), esse aspecto sádico da violência em contextos coletivos pode assumir uma roupagem autoconservativa. Apesar de as justificativas estarem ancoradas

³⁴ Vale lembrar que essa relação foi estabelecida por Freud (1905/1996j) desde muito cedo em sua obra, o que não impediu alguns momentos ptolomaicos em que o autor deixou de lado esse atravessamento dos atos violentos pela pulsão sexual, como em “Por que a guerra?”, texto em que Freud (1933[1932]/1996zr) responde a carta de Einstein e vincula os atos agressivos a um impulso destrutivo inerente ao homem.

na defesa da pátria e de seus interesses, por exemplo, a violência não deixa de estar vinculada, direta ou indiretamente, aos interesses individuais. Dessa forma, não está isenta do jogo de forças pulsionais. O que podemos concluir dessa leitura é a existência de um algo a mais que parasita o ato violento, que diz respeito, sobretudo, a um prazer sexual da ordem do sadismo. É aí que se manifesta o inconsciente do outro, pois essa violência não deixa de ser uma forma de sedução. Ademais, é por isso que só no *après-coup* a pessoa se interroga sobre o porquê da violência sofrida, questionamento que diz respeito a uma tentativa de traduzir o excesso sexual vindo do outro, o que não deixa de produzir restos, como ocorre com Débora, veremos no sexto capítulo, que se autolesionava, pois é incapaz de traduzir, de forma mais organizadora, os espancamentos supostamente injustificados do pai: “o que quer de mim?”.

Laplanche (2000) não considera o sadismo uma característica intrínseca da pulsão, mas um aspecto não dominado e desorganizado que pode se manifestar, também, por seu oposto, pelo masoquismo. O autor considera que a origem da agressão dirigida para fora, a heteroagressão, é uma reação à agressividade contra si mesmo, contra a sexualidade que não é capaz de dominar, já que, no momento da constituição dos objetos-fontes da pulsão, esse corpo estranho interno é o responsável pelo ataque ao ego, a respeito do qual o eu é passivo, pois vive sob um perigo iminente de irrupção pulsional. Desse ponto de vista, o masoquismo seria originário no campo da pulsão sexual, porque, antes da agressão ao outro externo, está a agressão que vem do outro interno. Segundo Ribeiro (2013), a posição masoquista originária decorre da passividade da criança frente à inevitável e invasiva inoculação da sexualidade inconsciente do adulto, base para a construção do futuro mundo fantasmático da criança, incluindo, aí, as próprias fantasias masoquistas.

Bacelete e Ribeiro (2016), em uma reflexão sobre a violência, retomam as ideias de Laplanche e reafirmam a existência de uma dimensão sexual e perversa na agressão dirigida ao outro, seja ela praticada contra uma pessoa, seja um grupo.

Nesse contexto [da TSG], podemos interpretar a violência como um modo de lidar com esse ataque interno, de externalizar o excesso pulsional que não encontra destino no psiquismo do sujeito. Então, o sadismo e o masoquismo seriam modos de reproduzir o momento inaugural da pulsão, do encontro assimétrico entre adulto e criança. O sadismo pode ser visto como uma tradução dessa intrusão no corpo do outro, e seu caráter traumatizante. Da mesma forma, o masoquismo traduz em termos eróticos a experiência de ter o corpo penetrado, apassivado pelo outro (Bacelete & Ribeiro, 2016, p. 95).

Para Laplanche (1980/1998b), há uma dialética entre o sadismo e o masoquismo, pois as duas posições estão intrincadas. A passagem de uma para a outra pode ser explicada a

partir das vicissitudes pulsionais, a transformação no seu contrário ou o retorno sobre a própria pessoa. Assim, “eu faço sofrer o outro” se converte em “eu me faço sofrer” (por autopunição), mas, para que isso seja possível, deve existir uma identificação ou introjeção. Em suas palavras:

Isto significa que é preciso conceber, no “eu me faço sofrer”, a instauração de uma cena subjetiva com, pelo menos, duas personagens: “eu me faço sofrer” é sempre, de um modo ou de outro, “eu faço sofrer em mim o outro que aí pus”. Há um desdobramento interno. E não somente o me, de “eu me faço sofrer”, é um outro, mas é preciso entender – e é esse o tema do superego – que o eu, também, é um outro (Laplanche, 1980/1998b, p. 278).

Ao tomar como exemplo de circuito autopunitivo o caso do Homem dos Ratos analisado por Freud, em 1918, Laplanche (1980/1998b) insiste na importância de se olhar para além do carrasco de si mesmo, pois, nesse movimento de se fazer sofrer, há um grande prazer. Logo, punição e satisfação são indissociáveis, o que, grosso modo, observa-se no fenômeno da autolesão, como será ilustrado ao longo do sexto capítulo.

Também, a partir do caso do Homem dos Ratos, Cardoso (2000) aponta para o caráter pulsional do superego pela junção entre castigo e gozo, o que introduz a problemática do sadomasoquismo no cerne das discussões em torno do superego. A autora sustenta que o superego é mais do que uma instância de ordem moral relacionada às interdições e aos ideais, à medida que possui um polo mais obscuro vinculado ao ataque pulsional, aos aspectos sexuais desligados.

Todavia, antes de nos debruçarmos sobre as vicissitudes desse ataque interno, o qual encontra, na autolesão, uma saída sadomasoquista para dar conta do excesso pulsional, voltamos nosso olhar um passo atrás, para o momento de instauração dessa pulsão pelo outro. Vamos aos casos.

CAPÍTULO 5

(DES)ENCONTROS TRAUMÁTICOS ENTRE ADULTOS E CRIANÇAS

Neste capítulo, discutimos a relação entre a autolesão, trauma e desmentido em articulação com os casos clínicos. Durante os atendimentos, deparamo-nos não apenas com a descrição de situações potencialmente traumáticas vividas pelas pacientes, como abandono, abuso sexual e violência, mas também com relatos de uma espécie de negligência do meio diante da narrativa dos abusos sofridos. Essa situação parecia intensificar ainda mais o sofrimento das jovens, levando-as a recorrer a autolesão como um tipo de resposta, certamente subjetiva³⁵, diante do excesso pulsional.

A dificuldade em simbolizar o mal-estar, seja pelo excesso da experiência vivida, pela sua precocidade, seja pela desautorização operada pelo desmentido – intrafamiliar ou social –, resultou na emergência da autolesão como uma forma, digamos, pré-simbólica de expressão do sofrimento psíquico, como um recurso regressivo ao corpo³⁶, tomado como tela de projeção do mal-estar interno, uma forma de torná-lo visível, comunicável, na esperança de um reconhecimento, uma continência. Porém, ao mesmo tempo em que proporciona alívio para a dor psíquica, tema do próximo capítulo, ela reatualiza as experiências traumáticas vividas.

Começamos com a apresentação de um breve relato dos casos clínicos, o que nos servirá de norte não apenas para este capítulo, mas para o seguinte. Os relatos estão centrados nos dados gerais e na situação inicial da análise, sem a pretensão de esgotar os dados significativos da história de vida das pacientes, pois muitos serão apresentados posteriormente, ao longo das análises, para não tornar a exposição repetitiva. Alertamos o leitor de que os casos clínicos não foram analisados individualmente, mas entrelaçados, de forma a apontar para um fio de generalidade nas histórias das pacientes, fato que pode exigir um pouco mais de atenção, visto que as discussões tomaram formas complexas e não lineares. A própria tentativa de elaboração secundária do material não permite compartilhar a

³⁵ Embora seja uma saída particular – pois existem outras formas autodestrutivas de tentar ligar o pulsional, via compulsão à repetição, como as toxicomanias –, há algo em nossa cultura que contribui para sua adoção, como a propagação de tais atos nas mídias sociais, fato que favorece o contágio em decorrência da identificação, o que nos remete aos fenômenos histéricos, como uma *folie a deux*.

³⁶ Um recurso regressivo à medida que o sujeito faz uso de modos de expressão próprios aos períodos do desenvolvimento em que a linguagem verbal ainda não estava estabelecida, ocasião em que era preciso se utilizar dos gestos e do próprio corpo para se comunicar face à carência de recursos simbólicos. A esse tempo, como vimos, Ferenczi (1913/2011d) nomeia de período de onipotência com ajuda dos gestos mágicos e os traumas ocorridos nesse período dariam lugar a sintomas corporais (Ferenczi, 1921/2011h).

complexidade do que se experimenta em uma análise, que também se faz de idas e vindas e repetições temáticas.

Em virtude da grande quantidade de material recolhido, foram feitos recortes dos aspectos mais significativos para a análise da relação entre a autolesão e a vivência do desmentido, pois outros elementos importantes para a compreensão do fenômeno – seus possíveis sentidos – serão discutidos somente no próximo capítulo.

Após o relato inicial dos casos clínicos, há um quadro-resumo, como uma ferramenta rápida para auxiliar na identificação das pacientes. Nesse quadro, apresentamos a hipótese diagnóstica, bastante elástica, sobre a qual se construiu e reconstruiu o trabalho analítico com as pacientes. Vale destacar a dificuldade em delimitar os quadros clínicos, pois as fronteiras psíquicas pareciam comprometidas, ora se apresentavam sob a máscara da histeria, ora da melancolia e até da psicose, indicando uma instabilidade do quadro clínico. Em Kely e Cris, a angústia de abandono era uma constante e, no caso de Maju, intercalavam-se as angústias de separação e de invasão. Embora Júlia estivesse mais próxima de uma neurose, ela apresentava traços melancólicos bastante acentuados, marcados por uma sensação de vazio constante. O principal ponto em comum entre as pacientes estava na precariedade dos processos de simbolização e no privilégio do corpo e da ação como via de expressão do sofrimento psíquico, o que nos indicava a dificuldade de representar o excesso pulsional pela via da palavra, sobretudo no início das análises.

Optamos por designar os casos mais graves com os quais tivemos contato de casos limites, já que nos remete a uma discussão importante, dos limites do método e dos nossos próprios limites enquanto analistas. Em uma pesquisa comparativa entre histeria e patologias *borderline*, Martínez, Mello Neto e Moreira (2008) descrevem essa dificuldade de se nomear os casos difíceis, estes que se encontram na borda da técnica e que ultrapassam os esquemas teóricos já consagrados pela psicanálise dita clássica. “Nesse sentido, já se disse que o paciente limite (*borderline*) é o limite da análise, limite do analista, do terapeuta, limite inclusive da psicopatologia psicanalítica” (n. p.).

Nesse estudo, os pesquisadores resgatam contribuições de vários estudiosos da área, como Otto Kernberg (cit. por Martínez, Mello Neto & Moreira, 2008), que aponta para algumas peculiaridades que ajudam a fazer um diagnóstico diferencial do quadro *borderline*, que não deve se basear exclusivamente nos sintomas, mas na psicodinâmica e nas reações transferências e contratransferenciais: presença de uma angústia difusa e flutuante (de separação e invasão); traços perversos; adições como alcoolismo e uso de drogas; inibições sociais, como as fobias; hipersexualização, mas, ao invés de ser sutil como ocorre na histeria,

é mais próxima às perversões, sendo comum o uso de palavrões e certa promiscuidade. De modo geral, os pacientes apresentam um ego frágil, defesas mais precárias, sobretudo a clivagem, recurso ao ato e impulsividade. Já Green (cit. Martínez, Mello Neto & Moreira 2008) explica que o conflito central na histeria gira em torno das problemáticas do amor e da sexualidade, o que é secundário nos casos *borderline*, em que se predominam a destrutividade, o masoquismo e o narcisismo.

Em um artigo que visa oferecer informações sistematizadas sobre os pacientes fronteiriços, Santos e Mello Neto (2018) destacam os principais sintomas/traços desses pacientes descritos na literatura: agressividade dirigida tanto para o exterior (reações de ódio) quanto para si próprio (como as autolesões); falta ou fragmentação do senso de identidade; instabilidade do humor; sentimentos de inferioridade; angústia de aniquilamento ou fragmentação; medo de enlouquecer; episódios psicóticos transitórios. Esses estudos nos auxiliaram na construção de nossas hipóteses de trabalho.

Quadro-resumo: dados gerais das pacientes

Paciente	Início da autolesão (idade)	Tipos de autolesão	Diagnóstico Médico*	Hipótese de trabalho
Kely 17 anos	10 anos	Cortes Queimaduras Mordidas Bater-se	Transtorno bipolar com episódio psicótico leve; Transtorno <i>borderline</i> ; Esquizofrenia.	Caso limite
Cris 14 anos	10 anos	Cortes Perfurações	Transtorno bipolar; Síndrome depressiva ansiosa.	Caso limite
Maju 17 anos	15 anos	Cortes	Ausente	Caso limite

Débora 15 anos	15 anos	Cortes	Ausente	Neurose (histeria)
Carolina 14 anos	13 anos	Cortes Bater-se	Ansiedade	Neurose (histeria)
Júlia 16 anos	13 anos	Arranhões Cortes Bater-se Enforçar-se	Ansiedade	Neurose (histeria)

Fonte: elaboração própria.

* Todas as pacientes diziam ter depressão, independentemente da presença ou não de diagnóstico médico. Kely e Cris têm mais de um diagnóstico, pois passaram por vários profissionais.

5.1 O DESAMPARO DE KELY E SUAS VOZES

Kely, 17 anos, foi indicada para atendimento psicológico pelo CAPS de sua cidade em virtude de uma parceria com o projeto “Atendimento psicológico de base psicanalítica e Projeto Transferencial” desenvolvido junto às atividades do LEPPSIC, na UEM. Ela morava com a avó desde bebê. Sua mãe perdeu a guarda, pois era usuária de drogas. A mãe teve outras duas filhas que moravam com ela em uma casa próxima. A avó, diarista, conta que a neta não se dava bem com a mãe, ficavam pouco tempo juntas e logo se agrediam. Kely nunca viu o pai, começaram a conversar recentemente por telefone, mas ele se mostrava sempre ocupado para marcar um encontro com a filha, apesar de morar em uma cidade vizinha. O relacionamento com a família estendida (tios e primos que moravam na mesma rua) era complicado, “*eles olham com indiferença, isso mata ela, eles acham ela louca*”, dizia sua avó.

A avó demandava atendimento em razão de três tentativas recentes de suicídio. Kely, que tinha alucinações auditivas desde a infância, tentou se jogar de uma passarela, pois as vozes lhe ordenavam o suicídio. Na primeira tentativa, um rapaz que passava de carro percebeu e a ajudou, outra vez as primas e na terceira vez ela mesma ligou para a avó pedindo ajuda. Quando começou a análise, tomava vários remédios psiquiátricos (fluoxetina, nortriptilina, clorpromazina, lítio, clonazepam e fenital³⁷).

³⁷ Em razão da grande quantidade de medicações, desde ansiolíticos, antidepressivos e antipsicóticos, além da medicação para a convulsão (o fenital) – cuja origem será explicada adiante –, Kely faltou em várias sessões,

Além das alucinações auditivas, tinha alucinações visuais. Uma tia a via conversar sozinha desde os cinco anos de idade. Na época, a família achava que era um amigo imaginário. Kely não consegue datar o começo das alucinações, diz que vê com mais frequência um homem, que veste calça, sobretudo preto e chapéu de abas grandes que esconde seu rosto, apenas deixando entrever a boca. Embora tivesse medo, o problema maior era quando via uma mulher de branco junto ao homem de preto. Todas as tentativas de suicídio foram precedidas pela visão dessa mulher. Expôs que as vozes não são desses personagens, mas, muitas vezes, apareceram juntos. Ora as vozes gritavam que ela era “*inútil*”, “*um lixo*”, ora sussurram falas, como: “*vamos, vamos minha criança*”, só não sabe dizer para onde. Ela também se autolesionava, cortava os braços, as pernas ou se queimava. Chegou a passar um algodão com álcool sobre as feridas para sentir mais dor.

Em sua primeira sessão, logo após contar sobre sua última tentativa de suicídio, Kely diz: “*fui abandonada pelo meu pai e pela minha mãe, meu antigo psicólogo disse que tenho medo de ser abandonada*”. Tinha severas críticas em relação à mãe, somente a chamava pelo nome, era a avó a quem chamava de mãe. O contato com os membros de sua família, à exceção de sua avó e de seus namorados – teve vários romances durante os dois anos de análise –, era uma fonte constante de sofrimento. Tinha sofrido duas tentativas de estupro por parte de parentes quando criança e um estupro aos 14 anos de idade. Também passou por vários espancamentos ao longo da infância e da adolescência: o pior deles ocorreu aos 13 anos, quando teve uma costela quebrada pelo padrasto. Seu primeiro namorado foi um traficante do bairro, que acabou assassinado com mais de trinta tiros. Conta ter experimentado maconha, mas deixou de usar, substituindo-a pelo cigarro.

Kely passou quase três meses durante o primeiro ano de atendimento dormindo de dia e acordada de noite, distraído-se com jogos *on-line*. Estava afastada da escola há alguns anos, mas adorava ler, tinha várias coleções de livros, dentre eles, a trilogia *Cinquenta tons de cinza*. Era frequente chegar para atendê-la e encontrá-la lendo no corredor da sala de atendimentos. Um dos livros, *Amante sombrio*, já tinha sido lido várias vezes. Tinha muito ciúmes de suas coleções e explica: “*os livros foram minha única companhia quando eu não tinha ninguém*”. Também escrevia seus próprios romances e poemas. Essa atração pela leitura justificava sua boa escrita, apesar de não ter concluído o ensino fundamental por problemas na escola, brigas e agressividade contra colegas e educadores. A paciente permaneceu em análise por dois anos e três meses. Durante esse período, nem sempre compareceu às sessões

perdia o ônibus, pois não conseguia acordar. Chegou a dormir por mais de 12 horas seguidas em alguns dias. Sentia-se “*meio lerda*” e não gostava (e com razão) de tomar tantos remédios.

semanalmente e os motivos foram vários: momentos de crise, ausência de companhia para levá-la às sessões quando ainda não conseguia ir sozinha, falta de recursos financeiros para as passagens, necessidade de ajudar no negócio da família (mais ao final da análise).

5.2 A HISTÓRIA ABUSIVA DE CRIS: “DIZEM QUE SOU MASOQUISTA”

Cris, 14 anos, foi indicada para atendimento psicológico pela psicóloga da Casa Lar onde residia no momento, também em uma parceria com o projeto “Atendimento psicológico de base psicanalítica e Projeto Transferencial”. Além da preocupação com a sua saúde, pois ela se autolesionava todos os dias, a equipe do abrigo temia o contágio na casa, porque outra jovem, com quem dividia o quarto, começou a se cortar. Cris estava na instituição por determinação judicial, já que sua mãe perdeu os poderes familiares por drogar e prostituir a filha. Foi a própria paciente quem, com ainda 13 anos de idade, procurou o conselho tutelar da cidade pedindo ajuda. Pouco tempo depois, fugiu do abrigo e fez uso de drogas novamente. Ficou internada por sete meses em um hospital psiquiátrico para desintoxicação. Tomava várias medicações psiquiátricas (amitriptilina, risperidona, valproato sódico e lítio). Embora estivesse estudando, tinha um considerável atraso escolar, uma vez que ainda estava na sétima série.

Sua primeira frase foi: “*eu sinto que fui rejeitada pela minha mãe*”. Cris morou em Goiás com sua avó, que trabalhava como diarista, desde bebê até os 12 anos de idade. A sua mãe nunca assumiu os cuidados, pois usava drogas e se prostituía. Não sabe quem é seu pai. Aos 12 anos, bateu em uma jovem vinculada a uma quadrilha de traficantes e foi ameaçada de morte, ocasião em que precisou vir morar com a mãe e o padrasto no Paraná. O padrasto era traficante e, nesse período, experimentou maconha, cocaína, heroína, bala, “*menos crack*”, mas dizia ser viciada “*só em maconha*”. Começou a namorar um rapaz e deixou a casa da mãe, conta ter ficado “*casada*” por dez meses até que o marido, também traficante, foi assassinado com quinze tiros, já que estava jurado de morte. Ademais, estava grávida de quase dois meses e acabou perdendo o bebê, não conseguiu acompanhar o enterro do marido, pois estava no hospital fazendo curetagem.

Cris começou furando as pernas com agulhas aos dez anos. Nas últimas semanas, cortava-se todos os dias e costumava passar álcool ou água com sal para sentir mais dor. Considerava-se “*masoquista*” que, segundo ela, “*são pessoas que têm prazer na dor*”. Sentia um ódio imenso que não sabia explicar, tinha raiva das pessoas e de si mesma. Brigava com as crianças e cuidadoras do abrigo, chegou a agredir fisicamente outros jovens. Certa vez,

ameaçou cortar o pescoço de uma menina com um caco de vidro, caso os cuidadores não abrissem o portão para ela sair da Casa Lar.

O atendimento de Cris durou apenas três meses. Embora o período tenha sido curto, há elementos ricos para se pensar o fenômeno da autolesão, o que nos levou a mantê-la como uma das pacientes da pesquisa. Vale destacar que, quando a equipe do abrigo procurou por atendimento psicológico para Cris, não havia sequer previsão para ela deixar a Casa Lar, pois nenhum parente tinha sido encontrado até o momento. Felizmente, esse quadro se reverteu, porque sua avó se pronunciou pela sua guarda e o juiz do caso autorizou seu retorno para Goiás, tudo em menos de sessenta dias, o que nos mostra que nem sempre há morosidade do serviço público.

5.3 UMA ABERRAÇÃO? MAJU E SEU AMOR POR MENINAS

Maju, 17 anos, foi indicada para atendimento psicológico pela direção da escola em que estudava. Os educadores associaram às faltas as autolesões recém-descobertas. Residia com a mãe, cozinheira aposentada, e um meio-irmão, vendedor. Tinha mais duas meias-irmãs casadas que moravam na mesma cidade. Era a caçula, única filha do segundo casamento da mãe. O pai, servente de obras, era usuário de drogas e agredia sua mãe desde que estava grávida da filha. Por várias noites, a família dormiu fora de casa, no porão de um vizinho. O pai chegou a correr atrás da mãe com uma faca para matá-la, sendo impedido pelos vizinhos. Com um ano e oito meses, viu seu pai ser espancado pela polícia após um pedido de socorro da mãe, que tinha sido agredida, também em sua frente.

A paciente chegou atrasada na primeira sessão e sua mãe a acompanhou até a porta, visivelmente alterada, gritando: “*ela se cortou de novo, se ficar desse jeito vou internar ela!*”. Maju parecia ter sido jogada para dentro da sessão, arrastada pela mãe, que não suportava mais os cortes. Adentra à sala encolhida, ombros arqueados para frente, olhar cabisbaixo, envergonhada. Senta-se na poltrona, leva as mãos ao rosto e chora. Assim, começou seu atendimento: “*não aguento mais minha mãe*” foi sua primeira frase pronunciada em meio ao pranto. Conta que ninguém na sua casa gostava dela, que sofria agressões físicas do irmão e da mãe, além de ter vontade de fugir de casa e morrer. Não via o pai há mais de um ano, embora morasse na mesma cidade, disse que ele também não gostava dela, nunca a abraçou e lhe ofereceu drogas quando criança. Aos quinze anos de idade, passou por uma espécie de

sequestro relâmpago, uma vez que três jovens a levaram para fora da cidade e tentaram estuprá-la, mas conseguiu fugir.

Maju pediu para ser tratada por seu apelido. Não gostava de seu nome, pois já tinha sofrido *bullying* no colégio. Tinha parado de estudar havia poucos dias, não era mais capaz de ir à escola, já que começou a receber críticas dos colegas em razão das cicatrizes no antebraço. Sofria com o término recente de uma relação homoafetiva. Teve uma primeira relação heteroafetiva, mas se decepcionou com o namorado: “*não consigo mais ficar com homens, me sinto melhor com mulheres, mais segura*”. Não queria gostar de meninas, tinha medo de ir para o inferno, pois, segundo ela, na bíblia, isso era errado, uma “*abominação*”. Dormia no mesmo quarto que sua mãe desde a separação do pai. Cortava-se no quintal de casa, à noite, enquanto sua mãe dormia.

Maju ficou em análise por dois anos. Ela faltava pouco às sessões e, quando as autolesões deixaram de ser um recurso, por volta de um ano e meio de análise, começamos a espaçar as sessões, que passaram a ser realizadas quinzenalmente, depois a cada três semanas, até que ela se sentiu segura para a separação. Após o fim da análise, ela, ainda, mandou algumas mensagens de texto para compartilhar suas conquistas: o término do Ensino Médio, a saída de casa para morar com a namorada e para agradecer pelos efeitos da análise.

5.4 DÉBORA E SEU GRITO DE SOCORRO

Débora, 15 anos, também foi indicada para atendimento pela direção de sua escola. Ela fez um corte profundo no antebraço em uma tarde de domingo. Não pediu ajuda para sua família e, só no outro dia, revelou o ferimento para o diretor de sua escola, que a encaminhou para o hospital. O conselho tutelar da cidade foi acionado e o caso foi registrado como uma tentativa de suicídio em virtude da gravidade do ferimento. Residia com o pai, trabalhador rural, o irmão, a madrasta e suas duas filhas de outro casamento, em um sítio. Não via sua mãe há sete anos. Esta era alcoolista e usuária de drogas e estava proibida de se aproximar dos filhos após ameaçar matar Débora com um fio de alta tensão desencapado. O pai conta que a filha presenciou inúmeras brigas entre ele e a ex-esposa antes da separação.

A paciente tinha muito medo do pai, um homem rígido e violento. Não existia diálogo. Ele costumava bater nos filhos com qualquer objeto que estivesse à mão, caso alguma ordem fosse contrariada. A madrasta conta que a enteada vivia em uma “*prisão*”, era “*vigiada*” pelo pai, que tinha a obrigação de namorar um vizinho para provar que não era lésbica, pois ela tinha várias amigas homossexuais e o pai achava uma “*aberração*”. Por sua vez, o pai confirmou

que batia na filha, muitas vezes incitado por histórias inventadas por suas enteadas, as quais ele nunca averiguava. Não tinha percebido nada no final de semana e ficou muito surpreso com o contato do conselho tutelar. A paciente já tinha se cortado algumas vezes antes, sendo cortes mais superficiais.

Débora disse que se cortou para acabar com os problemas em casa, já que tinham muitas brigas, por isso, sentia-se em um verdadeiro “*inferno*”. Queria fazer um “*cortinho*”, igual aos demais que já tinha feito, mas algo saiu do controle. Foi levada pela família a uma benzedeira e esta disse que ela se cortou para “*chamar a atenção*”. Dizia que ninguém entendia e que seu corte tinha sido “*um grito de socorro*”. Os atendimentos tiveram duração de um ano e dois meses, mas nem sempre ocorreram semanalmente em razão da distância da cidade e das condições socioeconômicas da família. Durante as férias escolares, Débora também não comparecia às sessões, pois dependia do ônibus escolar para chegar até a cidade³⁸.

5.5 O QUE É SER UMA MULHER? CAROLINA E SUA FEMINILIDADE

Carolina, 14 anos. Foi sua família quem buscou atendimento após descobrir as autolesões. Caçula de três irmãs, residia com o pai, vendedor, a mãe, dona de casa, e a irmã do meio, estudante de administração, de quem tinha muito ciúmes em razão das diferenças de tratamento que sentia existir por parte de sua mãe. Uma irmã, professora, já casada, morava na mesma cidade. Um irmão recém-nascido havia falecido antes de seu nascimento. A mãe fez tratamento para engravidar de Carolina e conta ter sofrido muito no final de sua gestação, pois seu irmão (tio de Carolina), que estava doente, veio a falecer. Ainda na primeira infância, sua mãe perdeu o pai e mais um irmão. Foram muitos lutos em pouco tempo. Carolina ficou muito doente quando pequena, uma vez que sua avó materna se recusou a ajudar financeiramente seus pais, o que provocou um rompimento familiar a respeito do qual ela sentia muita mágoa.

Aos 12 anos de idade, sua família foi assaltada. Três homens invadiram sua casa e eles foram mantidos reféns por cerca de cinco horas. No momento, estavam na casa: Carolina, seu pai, sua mãe, uma irmã e seu cunhado. A família foi separada durante o assalto. Carolina foi amarrada e amordaçada em seu quarto, enquanto ouvia o pai chorar em outro cômodo,

³⁸ O pai de Débora pouco compareceu às sessões de acompanhamento agendadas. Entretanto, além da distância e das dificuldades financeiras, outro elemento surgiu ao final dos atendimentos. Seu pai, que havia se separado da madrasta, casou-se novamente e a nova madrasta passou a ter ciúmes do cuidado dele com a filha e de mim. Em uma das últimas sessões, Débora contou que a nova madrasta ficou com ciúmes quando entrei em contato para agendar a devolutiva, a qual ele não compareceu.

pedindo para ninguém fazer mal às suas filhas. Os assaltantes gritavam que iriam matar seu cunhado. Ali, teve muito medo de que fizessem mal à sua irmã, pois, enquanto ainda estavam todos juntos na sala, um dos assaltantes passou a mão no cabelo de sua irmã e disse que ela era uma moça muito bonita. A polícia fazia ronda na rua quando viu o carro da família sendo carregado com pertences e resolveram investigar. Houve troca de tiros, dois assaltantes fugiram e um deles foi baleado. Desde então, passou a ter medo de ficar sozinha em casa à noite e, às vezes, tinha pesadelos.

A família buscou atendimento psicológico, pois a filha “*rebeldiou*”. Precisavam da ajuda de um “*especialista*”, porque não conseguiam compreender o que tinha levado a filha a se cortar. Carolina foi descrita como uma menina sensível, tranquila, estudiosa, “*muito carinhosa, emotiva, é uma criatura 100% coração*”. Destacava-se no rendimento escolar e nas atividades esportivas. Era uma das melhores alunas da escola. A descoberta da autolesão deixou a família sem chão. A mãe conta que a irmã pressionava muito a filha e que bateu na irmã, “*deu uns tapas bem dados*” quando descobriu que ela estava gostando de um menino. A mãe achava que a filha tinha se cortado para “*chamar a atenção*”.

Carolina estava assustada com a reação da família, que tinha sido “*horrível*”. Tinha se cortado pela primeira vez há mais de um ano, poucos episódios. Na época, confessou-se com um padre e decidiu parar de se cortar, porém, recentemente, voltou a se ferir, não sabia dizer quantas vezes, mas foram várias. Não era capaz de explicar ao certo o porquê se cortava. Atribuía a uma soma de fatores: o suicídio recente de uma amiga, as falas da irmã, o desentendimento entre as famílias, as brigas com sua mãe, sentia que nada do que fazia agradava sua família: “*parece que, por mais que eu faça, nada tá bom*”. Pensava que, se seu irmão estivesse vivo, ele ajudaria mais o pai do que ela, por ser um menino, e que ela só estava viva porque ele morreu, caso contrário, sua mãe não teria engravidado dela. Era vítima de *bullying*, colegas de classe a chamavam de “*homem da sala*”, “*mulher-macho*”, pois jogava futsal e se vestia como um menino. Sentia-se desconfortável e tinha vergonha de seu corpo. Sentia-se gorda, embora fosse uma jovem linda, com corpo de mulher.

A paciente começou a análise muito resistente. Ela achava que não precisava de ajuda. As falas e os olhares da irmã contribuía para isso: “*minha irmã fala que tenho problema mental, que sou louca... antes de eu sair de casa pra vir aqui, ela disse que, se não fosse essa besteira [os cortes], eu não precisava disso*”. Ao final da sessão, expõe: “*não sei se vou aguentar ela ficar me olhando com aquele olhar [de indiferença] toda vez que vir*”. Mas Carolina continuou a vir e permaneceu em análise por dois anos e três meses.

5.6 VIOLÊNCIA SOCIAL: JÚLIA E O BULLYING ESCOLAR

Durante o trabalho como psicóloga escolar, surge uma demanda clínica. Júlia, 16 anos, procurou ajuda espontaneamente, dizendo que não estava bem, pois se sentia “*um personagem*”. Embora pudesse sorrir para as pessoas, sentia-se imensamente infeliz. Preferia ficar sozinha, em seu quarto, no escuro, do que perto das pessoas. Estava com dificuldades para comer, tinha nojo da comida e sentia ânsia de vômito. Arranhava-se sempre que se sentia nervosa, triste ou com raiva. Pediu ajuda para sua mãe, queria ir a um psicólogo, mas a família não julgava necessário, pois, até então, Júlia não tinha revelado à família que se autolesionava³⁹. Sentia-se deprimida, atribuía o mal-estar às ofensas proferidas recentemente por um colega de classe: “*eu sempre sofri bullying por ser magra, daí tudo voltou, perdi a vontade de tudo*”. Retornaram as lembranças das ofensas vividas na infância, da solidão nos intervalos das aulas e do desprezo que sentia por parte dos colegas.

Residia com o pai, comerciante, a mãe, massagista, e uma irmã mais velha, que cursava enfermagem. Tinha um irmão mais velho, por parte de pai, com quem tinha pouco contato, pois morava com a mãe em outro Estado. Suas queixas estavam voltadas ao *bullying* escolar. Ela não relatava conflitos familiares graves, exceto a cobrança por melhor rendimento escolar, já que sua irmã era uma excelente aluna e suas notas ficavam na média. Júlia não tinha ânimo para estudar, nem vontade de ir à escola. “*Não consigo estudar, passa o dia e eu não fiz nada... meus pais me cobram, querem que eu estude, faça faculdade... minha irmã é inteligente... sou um desgosto pra eles*”. Na entrevista com os pais, estes disseram que há mais ou menos um mês Júlia estava agressiva, nervosa, sem ânimo para estudar, passava os dias trancada no quarto, parecia “*bipolar*”, uma hora estava bem, outra não. Seus pais não conseguiam compreender o comportamento dela.

Júlia conta que, desde pequena, foi vítima de *bullying*. Era excluída na escola primária, não tinha amigos, passava os intervalos sozinha a assistir televisão no pátio. No ensino fundamental, as ofensas e as humilhações eram verbais, fato que lhe fez ter muita raiva de seu próprio corpo. Durante os episódios de autolesão, chegou a dar socos em seus seios, porque os considerava muito pequenos, sentia-se “*um menino da cintura pra cima*”, “*feia*” e “*inútil*”. Tinha vontade de sumir e de se matar e, há mais ou menos um mês, estava vendo um palhaço que, apesar de o ver apenas em sua cabeça, sentia sua presença, sobretudo quando estava sozinha. Segundo ela, a intenção do palhaço era lhe fazer mal. Com um mês de análise,

³⁹ Para ser atendida no âmbito da pesquisa clínica, Júlia contou para sua mãe que se machucava.

viu esse palhaço, conta que ele vestia uma roupa vermelha com bolinhas azuis, seu rosto era branco, tinha um sorriso muito feio, mas não conseguiu ver seus olhos. A autolesão teve início aos 13 anos após um primo ter ameaçado contar para sua mãe “*suas brincadeiras*” com os vizinhos, uma espécie de assédio⁴⁰ que sofreu aos sete anos de idade a respeito do qual sentia muita vergonha e que só pode entrar em contato quando tinha quase dez meses de análise. A paciente permaneceu em análise por dois anos e dois meses.

5.7 TRAUMA, DESMENTIDO E AUTOLESÃO

Nesta seção e na seguinte, debruçamo-nos sobre o sofrimento psíquico vinculado a situações potencialmente traumáticas descritas pelas pacientes, pois, como vimos no segundo capítulo, as autolesões estão fortemente vinculadas à vivência de traumas, sobretudo o abuso sexual, a violência, o abandono e a negligência (Bernegger et al., 2015; Damous & Klautau; 2016; Doctors, 2007; Motz, 2010; Vilhena, 2016; Whitlock & Knox, 2007). Além dessas experiências, observamos a presença do desmentido nas histórias das jovens, o que aumentou, ainda mais, o estado de desamparo pela impossibilidade de encontrar nos adultos à sua volta assistentes de tradução para metabolizar o excesso. Para exemplificar nossas articulações teórico-clínicas, apresentamos um pouco dessas vivências, como uma espécie de pano de fundo para a emergência da autolesão para, posteriormente, no próximo capítulo, dedicarmos aos efeitos que essa exposição à sexualidade do outro provocou nas jovens, isto é, o desamparo diante do excesso e, sobretudo, diante de sua própria pulsão, instaurada ou mobilizada a partir das mensagens enigmáticas implantadas ou intrometidas nos (des)encontros com o outro.

Desde a publicação de “Além de Princípio do Prazer”, para Freud (1920/1996zd), o trauma está vinculado a uma experiência que, pelo seu caráter excessivo, inundaria o ego com uma excitação para além da capacidade de representação, recalçamento e ligação. Algo, externo ou interno, experimentado de forma inesperada, seria capaz de provocar angústia tamanha, de efeito devastador, impossibilitando o acesso à simbolização.

Tanto nas relações intersubjetivas e históricas, quanto na dimensão intrapsíquica, o trauma pode ser definido como um evento intenso e marcante (pontual ou progressivo) do passado, que estende seus efeitos de devastação ao presente e ao futuro. Nem sempre o

⁴⁰ O assédio de Júlia será analisado no sexto capítulo em articulação ao sentimento de culpa, bastante comum entre as pacientes e um desencadeador importante para os episódios de autolesão. Informamos ao leitor que vários dados significativos das histórias das pacientes somente serão analisados no próximo capítulo.

impacto psíquico é reconhecido e representado, o que faz com que seu efeito não seja produzido de imediato. Muitas vezes, como indicou Freud, é só no depois, só em um segundo tempo que o trauma torna-se efetivo, fazendo aparecer seu sem sentido e sua dor devastadora e paralisante (Coelho Junior, 2016. p. XIV).

A noção de trauma não foi uma preocupação apenas de Freud, mas de Ferenczi e de inúmeros psicanalistas ao longo das décadas e, certamente, continuará sendo objeto de estudo da psicanálise como área do saber e prática clínica. Interessa-nos, sobretudo para o objeto desta tese, a concepção ferencziana acerca do trauma, tal como já detalhada no terceiro capítulo.

Segundo Osimo e Kupermann (2017), o desmentido proposto por Ferenczi revela a dimensão social do trauma, que diz respeito a uma reação inadequada no entorno quando uma pessoa relata uma experiência de violência. Essa ideia nos é muito importante, pois foi a partir dela que começamos a pensar o fenômeno da autolesão como uma resposta possível ao desmentido, uma forma encontrada pela pessoa para dizer o indizível, para mostrar em sua própria pele o sofrimento vinculado a experiências traumáticas das mais diversas ordens em uma tentativa de ligação, metabolização e comunicação.

Em síntese, todas as pacientes descreveram vivências abusivas atravessadas pela sexualidade perversa-polimorfa do outro. Referimo-nos tanto aos casos em que o sexual estava inequivocamente explícito, como no abuso sexual e na prostituição (a que Cris foi submetida), quanto aos casos em que o sexual estava implícito no sadismo dirigido às jovens – sob a máscara da destrutividade –, como nos espancamentos e humilhações, seja dentro do núcleo familiar, seja no meio social. Mas o que nos chamou a atenção, conforme expusemos, foi a presença do desmentido nos relatos das pacientes, quer em âmbito privado, no seio familiar, quer em âmbito público, como o desmentido social no *bullying* escolar, ora por meio da negação de toda a experiência abusiva relatada, ora pela invalidação dos sentimentos dela decorrentes. Em face à grande quantidade de material proveniente das análises, recortamos algumas passagens das histórias das três pacientes mais graves, em que a violência e o desmentido ocorreram dentro da própria família, o que intensificou, ainda mais, o sofrimento das jovens pela dificuldade de encontrar assistentes de tradução para dar conta do traumático.

Kely tinha passado por várias situações excessivas ao longo de sua vida. Além dos maus-tratos quando bebê, os quais fizeram o juiz passar a guarda para sua avó, aos cinco anos de idade, foi a primeira pessoa a encontrar o tio após ter se enforcado – mesma idade que, segundo o relato de sua tia, tiveram início as suas alucinações. Após o suicídio do tio, a avó passou a trabalhar mais, restando pouco tempo para se dedicar aos cuidados da neta. No

contraturno, ficava sob os cuidados de algum tio ou tia e, até mesmo, trancada em casa sozinha ou com sua irmã do meio, que passou um tempo sob a tutela da avó. Narra várias agressões nesse período: *“meus tios me batiam, meu tio R. me espancou três vezes... minha tia C. me deu uma chinelada na cara e meu tio P. me deu um tapa na cara no meio de uma avenida cheia de gente”*. Descreve outra cena, em que essa mesma tia a espanca e bate sua cabeça no chão até sangrar. Também era agredida e maltratada pela tia-avó que, certa vez, a deixou de castigo ajoelhada no milho após ter tirado notas baixas na escola. Conta que essa tia-avó havia queimado as mãos da própria filha na boca do fogão quando encontrou uma cola colorida em seu estojo que não lhe pertencia. Diz que essa era a forma da sua família agir, sempre com violência e conclui: *“90% dos meus problemas psicológicos são por causa da minha família”*.

Para Kely, como não tinha pai, nem mãe, todos se achavam no direito de bater nela. Apesar da gravidade dos ferimentos nessas ocasiões, somente recebeu ajuda médica uma vez, pois era ameaçada pelos agressores, os quais explanavam que, se ela fosse ao pronto-socorro, o conselho tutelar seria envolvido e ela seria levada para um abrigo de crianças: *“você vai querer ir pro hospital? Depois não reclama se for pro lar”*. Kely dizia que ninguém se importava com seu sofrimento, nem mesmo quando tentaram estuprá-la.

Ninguém me perguntou como eu me senti com nove pra dez anos, quando o irmão do meu tio tentou me estuprar... ninguém me perguntou quando o cunhado do meu tio, quando eu tinha 12 anos, tentou me estuprar... minha vó disse que era pra deixar quieto, pra não dar confusão na família. (Kely)

Esses episódios apareceram mais de uma vez nas sessões, sendo que, a cada vez, com elementos novos, alguns pontos alterados, tal como a metáfora da espiral de Laplanche (1993c), cujas lembranças e fantasias são retomadas na análise, em um movimento cíclico com vistas a forjar uma tradução mais organizadora. Nesse sentido, como afirma o autor, a destradição precede a uma nova tradução. Assim, entre uma repetição e outra das narrativas que continham pequenas diferenças entre si, como em relação à idade correta dos assédios, Kely trazia novos detalhes e se posicionava diante deles, por exemplo, criticando a falta de reação por parte das pessoas próximas frente ao seu pedido de ajuda. Na primeira tentativa, escapou do agressor ao correr para o banheiro e lá se trancar, ficando até o anoitecer. *“Minha avó falou pra deixar pra lá, porque se contasse pra minha avó Neuza [mãe do rapaz que tentou o abuso] ela ia falar que a culpa era minha”*. Aos 12 anos, na segunda tentativa, um vizinho ouviu os gritos e a ajudou. Novamente, procurou relatar o ocorrido, mas sem sucesso.

Quando contei pra minha mãe e pra minha avó, ninguém fez nada, eu não ia contar, porque não ia adiantar mesmo... a minha família é muito machista, eles acham que a culpa é da mulher que sai de roupa curta pra rua... uma vez meu tio falou assim: é, tá vendo, sai assim pra rua [vestia minishort e blusa decotada] e depois se é estuprada a culpa é do homem. (Kely)

Kely tentou morar com sua mãe por um tempo, mas, aos 13 anos de idade, em uma tarde que estava sozinha em casa, foi espancada pelo padrasto que chegou de um bar bêbado e drogado. A violência foi tamanha que ela teve convulsões e desmaiou. Além disso, foi encontrada caída ao chão, “ensanguentada” e com uma costela quebrada. A memória desse evento ficou inscrita em seu corpo e, quando ficava muito nervosa ou angustiada diante de alguma situação atual, ela novamente perdia os sentidos e desmaiava. Chegou a ter convulsões em algumas situações. Esse recurso ao corpo foi descrito por Ferenczi (1932/1990), em seu *Diário Clínico*, em anotação datada de 10 de janeiro de 1932:

Nos momentos de grande aflição, em face dos quais o sistema psíquico não está à altura, ou quando esses órgãos especiais (nervosos e psíquicos) são destruídos com violência, forças psíquicas muito primitivas despertam e são elas que tentam controlar a situação perturbadora. Nos momentos em que o sistema psíquico falha, o organismo começa a pensar (p. 37).

Para Ferenczi (1932/1990), o grau de desintegração do eu depende da magnitude do evento – quanto mais insuportável for, maior será o seu potencial destrutivo –, da surpresa e da capacidade de resistência. Em 30 de julho do mesmo ano, o autor propõe uma gradação: mudança na consciência (transe e estado de sonho), perda da consciência (desmaio), síncope e, em casos extremos, a própria morte. Essa eliminação ou redução da consciência é um exemplo de reação autoplástica com vistas à redução do sofrimento.

Kely passou alguns dias internada no hospital. A mãe se recusou a fazer o boletim de ocorrência, mas, como era menor de idade, a equipe de enfermagem acionou o conselho tutelar da cidade. Sua mãe se separou do marido, porém, três meses depois, eles estavam juntos novamente, ocasião em que Kely deixou a casa da mãe para não mais voltar. Conta que sua primeira tentativa de suicídio ocorreu logo após a mãe levar o marido para dentro de casa: “ela escolheu ele ao invés da filha dela”. Para Kely, era injustificável a atitude da mãe, que aceitou o marido após tê-la espancado. O retorno do padrasto ao lar foi sentido como uma nova violência, uma espécie de desautorização do sofrimento por ela vivido a respeito do qual carrega cicatrizes físicas e emocionais.

A denúncia feita ao conselho tutelar deu causa a um processo judicial, mas, quando convocados para depor, a mãe disse: *“toma cuidado com o que você vai falar pra suas irmãs não fiquem sem pai”*. A família insiste para que ela retire a queixa de violência doméstica, cujo processo ainda corre na justiça. Mais uma vez, a violência vivida por Kely não é reconhecida, seu sofrimento não importa, somente o das irmãs que podem ficar sem pai e por culpa dela! Essa é a tradução de sua mãe, a qual Kely parece compartilhar: *“eu não quero prejudicar minhas irmãs”*. Para além do receio em causar algum tipo de prejuízo às irmãs – por uma identificação, pois ela também não convivia com o pai –, Kely se sacrifica por elas e por sua mãe. Foi vítima da violência do padrasto, mas se mantém na posição de vítima. Há, nesse jogo velado, a esperança do reconhecimento de seu valor por parte de sua mãe como uma tentativa de responder ao enigma: *“o que quer de mim?”* Por outro lado, há um prazer oculto em se mostrar como aquela que se sacrifica, se doa, ajuda os demais, fato que se repete em outras relações, quando, por exemplo, queixa-se de trabalhar de graça no salão de sua avó para ajudá-la enquanto a sua prima é remunerada. De seu ponto de vista, a sua avó não daria conta sozinha, ou seja, precisava dela, tornava-se importante, em contraponto às vozes que volta e meia diziam que ela era *“inútil”*.

Aos 14 anos de idade, Kely é, de fato, estuprada. Um ex-namorado, depois de tê-la dopado, pratica o abuso junto com seus amigos. Para que não revelasse a violência, ele ameaçava mostrar as fotos do estupro para sua família. *“Eu não contei pra ninguém porque achei que a culpa era minha, do meu jeito, sempre fui assim, de conversar com todo mundo, usar roupa curta... não contei pra ninguém porque tinha vergonha... é humilhante”*. Há algo que se repete. Junto ao medo de ter as fotos reveladas, instaurando uma nova fonte de sofrimento, mais uma vez ela poupa os abusadores.

Poucas semanas depois, vai morar com um novo namorado de quem engravida, mas acaba perdendo o bebê aos três meses de gestação. Essa é uma das memórias mais confusas de Kely. Na primeira menção a essa gravidez, com poucos meses de análise, ela a associa ao estupro. Porém, ao recuperar o tema com mais de um ano de análise, afirma que era do marido, o que não deixa de ser uma violência, pois ela tinha quatorze anos e ele mais de trinta anos de idade. Apesar da gravidez não ter evoluído, ela explana: *“mesmo assim eu gostava dele já, fiquei muito mal... passei a noite sozinha, no banheiro, perdendo o bebê... me acostumei a ficar sozinha, por isso gosto de ficar sozinha hoje, no meu quarto, no silêncio, no escuro”*.

Em face aos efeitos do desmentido vivido na infância, Kely não acreditava mais que poderia encontrar amparo em alguém. Com isso, escondeu a violência de todos, não contou

para sua família, não procurou a polícia, não pediu ajuda quando perdeu o bebê. Essa descrença na capacidade de ajuda do meio se fez presente em inúmeras sessões com as pacientes, quando mencionavam que “ninguém entende” ou “ninguém se importa” com o sofrimento alheio, somente lhes restando a autolesão e as fantasias suicidas como saída.

Kely traduz essa inércia das pessoas diante do sofrimento dos outros com o nome de hipocrisia em uma carta-poema, estendendo-a para toda a sociedade, como uma espécie de desmentido generalizado presente na cultura.

“Apenas Eu”

Ela preferia sangrar por fora do que por dentro, as lâminas se tornarão seu unico consolo.

Quem via a sua situação por fora não sabia como ela sofria por dentro.

A dor a que mais incomodava, não a dor dos seus cortes, mais sim a dor que tinha que esconder atrás de sorrisos.

Festas, baladas, bebidas e homens eu sempre estava preenchendo o vazio com mais coisas vazias.

Sociedade hipócrita. Acharão que só porque ela tinha “beleza” ela tinha que ser feliz, sociedade hipócrita, que se interessa mais pelo status do que os sentimentos.

Adolescentes perturbados.

Adolescentes esquecidos.

Adolescentes abandonados, essa é a verdadeira realidade.

Ela só queria tirar esse vazio que tanto sufoca.

Mas ela acabou percebendo que esse vazio so acabaria com a morte.

Deixo essa carta como explicação, para minha vida, para meu suicídio. (sic)

Esse poema foi escrito no “*Diário de uma suicida*”, uma espécie de projeto, de longo prazo, em que planejava preenchê-lo com poemas e cartas endereçadas às pessoas supostamente responsáveis pelo seu sofrimento, até que chegasse o dia em que daria fim a sua vida⁴¹. Sem a pretensão de esgotar a análise dessa carta-poema, as três primeiras frases poderiam ter sido escritas por qualquer uma das seis pacientes atendidas. Todas explanavam preferir à dor física à psíquica; sentiam-se sozinhas e desamparadas em seu sofrimento; sustentaram por anos ou meses uma máscara para esconder o que se passava por dentro.

⁴¹ Uma parte da inspiração para este diário parece advir da própria cultura. Meses antes de Kely levá-lo à sessão estava em alta a série americana *Thirteen Reasons Why* (Os 13 porquês), que ganhou bastante popularidade entre os jovens entre 2017 e 2018. A série conta a história da adolescente Hannah Baker, que gravava fitas de áudio para explicar as razões que a levaram a tirar a própria vida, como o *bullying* e o *cyberbullying* praticado por colegas da escola, além de um estupro do qual foi vítima. As fitas são mensagens destinadas às pessoas que supostamente colaboraram, de forma ativa ou passiva, para o seu ato. Nosso intuito aqui não é fazer uma análise desta série, mas apontar para algo de perverso neste endereçamento, no sentido da culpabilização coletiva, e que a visão romantizada do suicídio exposto na série pode levar jovens em sofrimento psíquico a se identificar com a dor de Hannah. De acordo com uma reportagem publicada no jornal *O Estado de São Paulo*, no mês de lançamento, a busca por ajuda, por e-mail e ligações telefônicas para o Centro de Valorização da Vida (CVV) aumentou 445% (Diógenes & Toledo, 2017).

Tinham em comum, também, a revolta quando alguém dizia que eram bonitas ou que tinham de tudo e, por isso, não havia motivo para se ferir; a sensação de que ninguém se importava e a ânsia em dar fim ao mal-estar que, em alguns momentos, parecia infinito e dava lugar a fantasias suicidas.

Kely, autora dessa carta-poema, sentia-se abandonada e esquecida por sua mãe e seu pai. A cada novo rompimento afetivo, a angústia de abandono se reatualizava. O desejo de dar fim a própria vida surgia nos momentos em que ela se sentia invadida por uma angústia avassaladora, o paradoxal vazio que a sufocava, este inominável e impossível de representar que procurava extravasar nos cortes como uma última tentativa de ligar o excesso pulsional. Assim, a autolesão operava como uma medida defensiva, uma espécie de mediação para não cair na psicose e evitar o suicídio.

A série de violências e de abusos pelos quais passou tiveram efeito devastador para o psiquismo de Kely. Ela quem apresentava o quadro clínico mais grave dentre todas as pacientes atendidas. O diagnóstico médico era inconclusivo, desde transtorno bipolar à esquizofrenia, tomava antidepressivos, ansiolíticos e antipsicóticos, pois, além das variações bruscas de humor, da insônia constante, da autolesão e das tentativas de suicídio, tinha alucinações visuais e auditivas. Na maior parte das vezes, via vultos e sombras. Pouco compreendia o que as vozes sussurravam. Quando era capaz de entendê-las, o que ouvia tinha caráter negativo, como críticas e imperativos suicidas.

Há mais de um ano em análise, próximo à data estimada para o nascimento do seu filho, caso a gravidez tivesse prosseguido, Kely relata um aumento na produção onírica e nas alucinações. Sonhou que estava preparando uma festa de aniversário para seu filho, sentia-se muito alegre, mas um forte cheiro de sangue a fez despertar desse sonho idílico, lançando-a de volta a um real insuportável que a fez alucinar. Havia várias pessoas em seu quarto, todas em silêncio a observá-la com “*olhar de julgamento e pena*”. Incitada a associar, expõe que o olhar de julgamento a fazia pensar que ela poderia ter contribuído, de alguma forma, para o aborto, pois ficou muito nervosa quando soube que o marido a estava traindo e, na mesma noite, perdeu o bebê. Mas ela já estava preocupada antes, visto que, no pré-natal, soube que teria uma gravidez de risco em razão dos vários cistos que, segundo o médico, “*já estavam quase virando um câncer*”. Já o olhar de pena a fazia se lembrar das enfermeiras quando acordou no hospital após ser encontrada desmaiada em casa. Enuncia que não pode falar com seus familiares sobre isso, já que não a compreendem: “*agem como se não fosse nada*”, “*pra eles, é como se ele [seu filho] nunca tivesse existido*”.

O não reconhecimento da sua dor, a qual, de certa forma, era desmentida por sua família, parecia tê-la impossibilitado de fazer o luto pela perda do bebê, que permanecia muito vivo na memória e no corpo de Kely. O trauma do aborto se reatualizava de múltiplas formas. Na amenorreia intermitente acompanhada de náuseas e inchaço abdominal que reproduziam sintomas de uma gravidez; nos sonhos traumáticos que se repetiam anualmente no mesmo mês e, a cada ano, seu filho tinha uma idade diferente, correspondente ao que teria se tivesse nascido; nas alucinações visuais e olfativas que reproduziam os olhares que recebeu na época e o insuportável cheiro de sangue que a remetia novamente ao terrível dia do aborto.

Exposta a várias vivências traumáticas ao longo de sua vida, impossibilitada de encontrar ajuda no entorno social, tendo seu sofrimento desautorizado de diversas formas, somente restou a Kely defesas radicais. Em uma das sessões, a clivagem psíquica surge de forma ilustrativa. Teve seis crises no final de semana: “*crise de choro, crise de agressividade, de dupla personalidade, às vezes pareciam ser três*”. Essa confusão interna testemunha a fragmentação do eu, um dos efeitos do trauma segundo Ferenczi (1933/2011x):

Se os choques se sucedem no decorrer do desenvolvimento, o número e a variedade de fragmentados clivados aumentam, e torna-se rapidamente difícil, sem cair na confusão, manter contato com esses fragmentos, que se comportam todos como personalidades distintas que não se conhecem umas às outras. Isso pode, em última instância, determinar um estado que não hesitamos em designar como atomização, se quisermos prosseguir com a imagem da fragmentação; e é preciso muito otimismo [por parte do analista] para não se perder a coragem diante desse estado de fato (p. 120).

Por ocasião da crise, relata: “*algo ficava falando na minha cabeça, pra eu me matar, que eu não presto pra nada, que as pessoas já não pararam antes, não vão parar de me machucar agora*”. A outra parte, por sua vez, explanava: “*vai dar tudo certo, pra eu não ligar pras pessoas, que sou bonita*”. Sente como se existisse uma briga interna dentro de si em que ela está no meio, pois há uma parte “*ruim*” e uma parte “*boa e calmante*” que tenta ajudá-la. Essa parte boa nos remete aos elementos órficos descritos por Ferenczi (1932/1990), os quais operam como guardiões da vida, verdadeiros anjos da guarda, últimos elementos organizadores que impediam Kely de concretizar o comando das vozes, pois, nesses momentos de crise, a parte ruim era frequentemente projetada para fora, ou seja, as vozes ordenavam o suicídio. Nesses momentos de funcionamento mais psicótico, Kely não era capaz de sair de casa para ir às sessões, enviava áudios ou ligava para se justificar, muitas vezes falava feito uma criança. Essa voz se repetia na análise, junto a uma postura

infantilizada, o que contrastava com os momentos de maior organização interna, isto é, mais próximos do modo de funcionamento neurótico.

Vimos com Ferenczi (1934/2011y) que, na tentativa de liberar a angústia derivada de uma situação traumática, ao invés de sofrer em silêncio, a pessoa pode recorrer, até mesmo, à autodestruição. Ferir-se por meio de cortes, queimaduras e mordidas foi a forma encontrada por Kely para tentar ligar o excesso. Ela conta ter se acostumado com a dor dos ferimentos autoinfligidos, *“eu me sentia viva, é como se eu voltasse”*, questionada de onde voltava, explica: *“da crise”*. Outras vezes, a clivagem psíquica era tão intensa que ela nem sequer sentia dor no momento do ato, visto que, nessas ocasiões, costumava passar um algodão embebido em álcool sobre as feridas recém feitas *“pra sentir que estavam ali”*. Quando tomada por sentimentos insuportáveis, recorria à autolesão para encontrar alívio e voltar a ter controle sobre si mesma, dando fim aos episódios de despersonalização e fragmentação do eu. Porém, a cada novo episódio de autolesão, ela reatualizava as vivências traumáticas, pois identificada ao agressor, ela era, ao mesmo tempo, vítima e algoz, fato que se repetia, a seu modo, nas histórias das demais pacientes.

Aos oito anos de idade, Cris foi passar um tempo na casa de sua mãe. Nessa época, a mãe usava crack. Inclusive, ofereceu-lhe, nas não aceitou. Foi levada até uma *“biqueira”*, ficou junto com sua mãe lá por umas duas noites, não se recorda ao certo, ocasião em que sua mãe tentou vender seu corpo em troca de drogas, pois era virgem, mas o abuso não se efetivou. Lembra-se de ter batido na mãe, tem horas que se arrepende, outras horas pensa que deveria ter batido mais, *“ter matado ela”*.

Nessa época, a sua avó pediu para ela não ficar com raiva da mãe, pois ela estava *“drogada”*. Apesar de não negar o assédio vivido por Cris, a avó nega o seu valor, desautoriza os sentimentos da neta. Atualmente, com 14 anos, quando alguém lhe diz que sua mãe *“é doente”*, ela reage enfurecida, já que se trata de uma tradução inaceitável: *“tenho um ódio quando as pessoas falam que ela é doente... quando eu usava maconha, me preocupava com ela mesmo assim”*. Traduções similares a *“ela é doente”* eram insuportáveis para Cris, uma vez que ela conhecia a ação desse elemento exógeno, as drogas, e sabia que ele não era o único responsável pelo mal que existia em sua mãe. Além da demanda pelo reconhecimento de sua dor, Cris precisava compartilhar a experiência mortífera que pode ser traduzida como: *“minha mãe foi má comigo”*. Assim, precisava dizer que sentia ódio dela por isso, mas que, mesmo assim, esperava um dia ter o seu amor ou algum sinal de arrependimento, como ir até o abrigo para vê-la.

Essa espécie de desmentido praticado não só por sua avó, mas por outras pessoas com as quais teve contato, parecia uma tentativa de apaziguar sua dor, ao mesmo tempo, de encontrar uma justificativa para os atos perversos de uma mãe dirigidos à sua filha. Atribuir a violência da mãe a uma perturbação mental derivada do uso de drogas era uma forma de evitar entrar em contato com o que de mais horroroso somos capazes de fazer. O amor materno incondicional é uma tradução rígida e socialmente partilhada, protegendo-nos do desamparo, pois queremos sempre acreditar que ao menos nossa mãe nos amará!⁴²

Aos 12 anos de idade, após ser ameaçada de morte por traficantes da sua cidade natal por ter brigado com a prima de um deles, Cris veio para o Paraná morar com sua mãe. Nessa ocasião, o aliciamento foi efetivado. A mãe começou a tirar fotos da filha nua “*para fazer propagandas*”, a drogou e a prostituiu, fato que se efetivou inúmeras vezes. Cris tinha muita dificuldade em falar sobre o assunto, costumava se cortar quando se lembrava do fato, sentia-se envergonhada e, ao mesmo tempo, culpada, não reconhecia seu estado de desamparo diante dos excessos da mãe e dizia em tom severo: “*ninguém colocou uma arma na minha cabeça pra me obrigar*”. Mas Cris não teve muita escolha. Menor de idade, dependente de sua família e ameaçada de morte, foi enviada pela avó para morar com sua mãe, cujo histórico de abusos já dava sinais de sua incapacidade de cuidar da filha, como se Cris tivesse sido deixada à sua própria sorte.

Um episódio grave de autolesão ocorreu após um colega do abrigo a insultar, chamando-a de “*filha da puta*” e “*arrombada*”. Conta, ademais, ter revidado a agressão: “*minha mãe só é puta porque a sua mãe deixou o lugar*”. Ficou muito nervosa, sentia vontade de matar o jovem, pois tem a avó como mãe, portanto, nessas situações, ambas são ofendidas, a mãe e a avó. Em outra sessão, conta que o transporte escolar mudou de rota: “*hoje, passei na frente do bar que minha mãe fazia propagando do meu corpo, me senti um lixo*”, o que resultou em uma vontade imensa de se cortar. A prostituição induzida pela mãe, como um evento traumático, era impossível de metabolizar. As lembranças desse período despertavam, além da angústia, um sentimento que descreve como sendo ódio, que não cabia dentro de si. Assim, quando o colega a ofendeu, as memórias traumáticas voltaram, além de agredi-lo fisicamente, ela se cortou, o ódio não era só por ele, mas da mãe e de si mesma. Como no caso das demais pacientes, o agressor havia sido internalizado e o desejo de destruir o objeto se voltava contra si mesma.

⁴² Em sua dissertação de mestrado, ao discutir a perversidade existente nos cuidados maternos sob a ótica da TSG, Lima (2019) aponta justamente para essa espécie de resistência social em se admitir que mães sejam capazes de fazer mal deliberadamente aos próprios filhos. Quando isso ocorre, o ato perverso é comumente justificado em termos de loucura ou adoecimento.

No caso de Maju, o sexual estava escamoteado na violência que lhe era dirigida. Na entrevista inicial, ao contar sobre as constantes brigas que Maju e o meio-irmão de vinte e cinco anos travavam em casa, uma frase dita pela mãe chamou a atenção: “*se ele bater nela pode dar problema pra ele*”. A preocupação da mãe não era com a filha, mas com o filho que poderia ser preso em decorrência da lei Maria da Penha. A mãe expõe que as brigas eram frequentes entre os irmãos, porém, quando o filho soube que Maju gostava de meninas, a situação piorou muito, pois ele não aceitava e a ofendia, chamando-a de “*aberração*”, e Maju revidava, ocasião em que ele a agredia fisicamente. Em relação à homossexualidade da filha, a mãe elucida: “*não posso ficar contra, será pior ainda... eu não falo nada, já passei por tanta coisa difícil nessa vida*”. Nessa fala, transpareceu o desapontamento da mãe com a filha, este não falar nada, de certa forma, autorizava o filho a bater em Maju, castigando-a como a própria mãe talvez tivesse vontade de fazer.

A indiferença, a negligência e o sadismo materno se tornaram explícitos também nos relatos de Maju. Várias cenas de violência passional foram narradas ao longo do primeiro ano de atendimento, o que confirmou a impressão da primeira sessão com a mãe. Além de ofensas verbais constantes, o irmão a agredia fisicamente: “*ele me xinga, bate, dá soco, pontapé, taca cadeira*”. A mãe, espectadora dessa verdadeira cena primitiva, nada fazia. Em algumas ocasiões, inclusive, a mãe fazia eco às ofensas do irmão, quando, por exemplo, o irmão a mandou para fora de casa, sua mãe disse: “*é mesmo, vai morar com seu pai, vou no fórum passar sua guarda pra ele*”. Maju conta ter ficado em pânico, pois o pai era usuário de drogas e incapaz de lhe oferecer qualquer forma de cuidado, muito pelo contrário, estar próxima a ele a colocava em situação de risco iminente.

A violência doméstica vivida por Maju era uma repetição daquela vivida por sua mãe. Na infância de Maju, as agressões físicas e verbais eram constantes. O pai, descrito como um homem “*xucro, estúpido e sem educação*”, chamava sua mãe de “*vagabunda*” e afirmava que ela tinha um caso com o próprio filho, seu enteado. A mãe não sabe explicar a razão das injúrias. Informa apenas que o ex-marido tinha “*ciúmes doentio*” dela, a agredia, xingava, chutava, empurrava-a da cama, tendo dormido no chão muitas vezes. Em uma noite, o pai de Maju chegou drogado e a mãe foi se esconder. Quando percebeu, o marido estava dando carne crua para a filha ainda bebê comer. O estopim para o término da relação ocorreu quando sua mãe viu seu pai lhe oferecendo drogas. Naquele momento, pensou que ele também poderia ter feito “*outras coisas*”, como ter estuprado a filha. Não temos elementos para um desenvolvimento mais profundo, pois os pais não foram nossos pacientes, mas chama a atenção que tanto o pai quanto a mãe atribuíam um ao outro – talvez, uma projeção – desejos

incestuosos em relação aos filhos. O fato é que algo muito enigmático e incestuoso circulava entre os membros da família.

Apesar de ter se separado do marido, o que poupou Maju dos excessos do pai, a mãe não foi capaz de proteger a filha de si mesma. Batia na filha com frequência, a qual não sabia explicar porque apanhava. Lembra-se de que, algumas vezes, tinha feito travessuras, outras vezes não tinha feito nada. Maju buscava uma mensagem oculta nos atos violentos da mãe, que precisavam ter um sentido, não podia ser só ódio. Acreditava que sua mãe não gostava dela, pois dizia que o pai saiu de casa, “*mas deixou uma peça pra ela cuidar*”, que era o “*rascunho*” de seu pai, homem que fez a mãe sofrer. Na tentativa de desvendar o enigma da violência materna, Maju parece forjar uma tradução recalcadora, que poderia ser mais ou menos esta: “minha mãe não me odeia, ela odeia este resto do meu pai, em mim”. Assim, ela era capaz de conservar uma parte da imagem materna, pois a rejeição que sentia era atribuída a esse resto que veio do pai. Resto irreduzível, não só pela genética, pura e simples, mas algo na filha fazia a mãe se recordar do pai, seja sua aparência, seja algo mais enigmático.

Todavia, a relação entre ambas era de muita ambivalência e, apesar das agressões, todas às noites, a filha dormia com a mãe. Seu corpo era requisitado como presença constante. Era somente nessa situação, atravessada por um prazer sexual/pré-sexual, que Maju recebia alguma forma de carinho da mãe, como sua atenção antes de dormir ou durante as tempestades em que se abraçavam. Referimo-nos ao medo de chuva que levava mãe e filha a se esconderem debaixo da mesa da cozinha durante os temporais. Além dessa identificação, como um traço comum que as aproximava, é pertinente relembrar alguns dados de sua história. Ainda bebê, ela, a mãe e os irmãos foram expulsos de casa pelo pai alcoolizado, mais de uma vez, inclusive em noites de chuva. Talvez, algo dessa experiência de desamparo tenha ficado inscrito tanto na mãe quanto em Maju, que sentia medo até de chuvas mais amenas.

Como evidenciaremos no próximo capítulo, essa duplicidade das mensagens da mãe deixava Maju confusa, ora sentia raiva e queria se afastar dela, ora tinha medo de perdê-la, pois, apesar da violência intermitente, era a única fonte de cuidado. Não obstante, a ambivalência amor-ódio parece ter preservado Maju de um sofrimento ainda maior. Embora um caso limite, ela tinha mais recursos internos se comparada à Kely e à Cris, as pacientes mais graves (mais episódios de autolesão, cortes mais fundos, outras atuações, como uso de drogas e brigas físicas), porque, nesses casos, as mensagens que circulavam entre os membros da família, sobretudo entre mãe e filha (ambas não conheceram seus pais), pareceriam mais próximas às intromissões laplancheanas, considerando que havia pouca ambiguidade nas

mensagens, predominantemente desestruturantes, de uma violência em estado bruto à semelhança daquelas que estão na base das psicoses.

Na infância de Maju, sua meia meia-irmã, também uma adolescente na época, ria de suas reações, pois, diante dos espancamentos da mãe, ela desmaiava – semelhante à Kely, que perdia os sentidos em situações de grande tensão psíquica. O deboche da irmã nos remete à fantasia da criança espancada de Freud (1919/1996zb), uma vez que havia algo de muito prazeroso em assistir às agressões que a mãe dirigia à caçula⁴³. Assim, além da violência materna, Maju se deparava com o escárnio da irmã, uma forma de desmentido que aumentava, ainda mais, seu mal-estar, pois, ao invés do acolhimento, ela encontrava a indiferença e a zombaria. A nosso ver, quando a testemunha da violência reage desse modo, ela se confunde com o agressor, o que pode contribuir para a descrença generalizada em encontrar acolhimento no entorno social, fato que pode ter contribuído para a decisão de Maju de não revelar a ninguém o sequestro do qual foi vítima, salvo na análise, em uma narrativa bastante confusa.

Aos quinze anos de idade, próximo às nove horas da noite, no caminho até a casa de uma amiga, três homens estacionaram o carro e a puxaram para dentro do veículo. Conta que dois deles tinham “*cara de pedófilos*” e um “*parecia boa pessoa*”. Ainda dentro do carro, os homens começaram a ameaçá-la, tentaram tirar sua roupa, rasgaram a sua blusa, diziam que ela era um “*lixo*”. Quando estacionaram o veículo em uma estrada de terra entre sua cidade e a cidade vizinha, conseguiu fugir, correu e se escondeu “*atrás de um matinho*”, mas foi encontrada. Disseram que não iam fazer nada, que a levariam de volta para casa. Maju saiu de seu esconderijo improvisado e eles a colocaram dentro do carro. Quando percebeu, estavam indo em direção oposta. Estava no banco da frente e, no trevo de uma indústria de cana-de-açúcar, decidiu se jogar para fora do veículo. Era uma estrada de pedras, caiu, machucou os joelhos e as mãos. Enquanto corria, ouvia os homens gritar que iriam matá-la caso contasse para alguém. Maju pensava que não queria morrer “*e ser jogada no mato como um lixo*”. Correu por cerca de dois quilômetros, chegou a uma cidade vizinha e ligou para uma amiga ir buscá-la. Quando se lembra, sente vontade “*de cortar o pescoço*”, mas sua mãe ficaria triste, desde então, corta os braços. “*Eu já passei por muita coisa, esses cortes, meu pai que queria me matar quando minha mãe tava grávida, meu irmão [chora copiosamente]... e quando fui sequestrada, esse foi o pior, eu só pensava em morrer, que eu ia morrer*”.

⁴³ Veremos, no sexto capítulo, que Maju não saiu ilesa dessas situações. Não nos referimos apenas aos efeitos catastróficos da violência e do desmentido em seu psiquismo, mas ao fato de que ela própria, mais tarde, passou a encontrar satisfação nas fantasias de espancamento do irmão, o que também a deixava culpada.

Entrelaçados a essas vivências potencialmente traumáticas, mas possíveis de serem lembradas, há traumas precoces, anteriores à aquisição da linguagem verbal, referentes ao período dos gestos mágicos (Ferenczi, 1913/2011d), cujos efeitos são registrados via corporal ou sensorial. Essas experiências que somente podem ser atualizadas em uma verdadeira compulsão à repetição não se restringem ao abuso sexual ou à violência passional, mas também ao desprezo materno sentido pela criança pequena.

5.7.1 *Hóspedes não bem-vindas nas famílias?*

O artigo de Ferenczi (1929/2011r) “A criança mal acolhida e sua pulsão de morte” ajuda a enriquecer a análise dos casos clínicos, pois correlaciona uma experiência precoce de rejeição e ódio vivida pela criança ainda bem pequena com a emergência de uma pulsão autodestrutiva pela internalização do desejo de morte do objeto. Em sua leitura da criança mal acolhida de Ferenczi, Rudge (2006) sugere que a mensagem materna de rejeição com a qual a criança se depara ao nascer corresponde a um “suma!” (p. 85). Assim, por meio de uma identificação ao desejo inconsciente dos pais que escapa nas estrelinhas do discurso, a hostilidade do adulto se inscreveria no superego da criança, dando origem não apenas as tendências autodestrutivas a que se refere Ferenczi, mas também a própria pulsão de morte que, de seu ponto de vista, não deveria ser compreendida sob o viés biológico, mas como efeito do superego. Desse modo, os mandatos mortíferos da mãe, na sua ausência, passariam a operar desde o interior⁴⁴. À exceção de Júlia, as demais pacientes declararam sentir uma forte rejeição das figuras parentais, sobretudo da mãe.

Kely e Cris foram criadas pelas avós, pois suas mães eram usuárias de drogas. A pouca convivência com as mães era permeada por brigas homéricas, desde xingamentos até agressões físicas, passando por ameaças e chantagens emocionais. Além do sentimento de abandono e de rejeição pelo fato de não terem sido cuidadas pelas mães quando bebês, atualmente, elas ouviam frases ácidas que as feriam. Kely repete em meio a lágrimas o que ouviu de sua mãe: “*como essa louca, que toma remédio e não sai de casa sozinha foi chamada pra ser madrinha e minha filha não?*”. Há, nessa relação, um complicador, pois a mãe de Kely teve duas outras filhas, as quais moravam com ela, o que aumentava o sentimento de rejeição de Kely, que não compreendia o porquê da diferença e dizia se sentir um “lixo”. A mãe de Cris, por sua vez, tinha apontado uma arma para ela em meio a uma

⁴⁴ Embora não trabalhe com Laplanche, as ideias de Rudge (2006) parecem dialogar com a proposta do autor, sobretudo a respeito da gênese da pulsão, que não teria origem biológica.

discussão, além de tê-la drogado e prostituído, dizia a respeito do seu nascimento: “*pena que cortaram o cordão e não a garganta*”. Esse desejo da mãe parece ter sido internalizado por Cris e atuado *après-coup*, como será visto na seção “Uma mensagem enigmática”.

Maju inicia seus atendimentos descrevendo uma rejeição generalizada de todos os membros da família, sobretudo de seu pai, que tentou matá-la ainda no ventre de sua mãe. Expõe que ele a ignorou por anos após se separar de sua mãe, nunca tendo um gesto de carinho – “*ele nunca me abraçou*” – e ofereceu drogas a ela mais de uma vez. Não se sentia amada por sua mãe e traduz a rejeição materna da seguinte forma: “*minha mãe nunca me chamou de filha, ela não gosta de mim, me odeia, porque eu pareço com meu pai*”. Em outra sessão, enuncia: “*às vezes, parece que ela só me suporta*”. Não se dava muito bem com as meias-irmãs e sentia que o meio-irmão a odiava em razão da violência física e verbal.

Maju relata uma anemia persistente, ou seja, não é capaz de datar seu início, mas sabe que a tem desde criança. Embora se esforce para mantê-la dentro dos limites aceitáveis, a constante falta de apetite faz com que vez ou outra ela retorne, sendo necessário o uso de medicações. Na entrevista com a mãe, esta nos informou que a filha sempre foi uma criança doente, tendo operado as amígdalas aos cinco anos de idade em uma tentativa de reduzir as frequentes infecções de garganta que a levavam para o hospital. A nosso ver, tanto a falta de apetite como a suposta baixa imunidade que a acompanhava desde pequena se constituem suas primeiras manifestações autodestrutivas que, nos parece, permanecem sempre à espreita, haja vista a dificuldade de controlar sua anemia.

Grosso modo, é o que defendem Martins, Neves, Dauer e Teixeira (2018). As autoras correlacionam a desnutrição de crianças em situação de vulnerabilidade social atendidas pela ONG Instituto da Primeira Infância (IPREDE), de Fortaleza, aos sintomas presentes na criança mal acolhida de Ferenczi. Para as pesquisadoras, em um contexto de privações diversas, como as financeiras, afetivas, de higiene e proteção, somadas às situações de abuso, violência e uso de drogas nas famílias, a recusa alimentar da criança pode ser um recurso utilizado para autodestruição, uma forma encontrada para abreviar a própria vida. É um pouco do que vemos na história de Maju. Sua infância foi marcada por privações de ordem econômica, pois nem sempre tinham comida à disposição. Sua casa não servia de abrigo, porque a família precisava fugir e dormir ao relento quando o pai chegava sob o efeito de drogas e os ameaçava. Havia, também, a negligência afetiva, tanto por parte do pai quanto da mãe em razão de sua ambivalência, ora ofertando carinho, ora agindo com uma violência injustificada.

Esta é a história já representada, aquela que pode ser narrada pelas pacientes. Porém, há fatos vividos em tempos precoces, antes do surgimento da linguagem verbal, experiências de violência, abuso, negligência e rejeição que não podem ser contadas, pois foram apenas sentidas e se registraram ao nível corporal. A esse respeito, citamos alguns trechos das falas da avó de Kely sobre os primeiros tempos de vida da neta.

A mãe dela começou a usar droga com uns dezesseis anos... quando a Kely nasceu, amamentou uns dois ou três meses, mas não cuidava, quem cuidava era eu... ela usava de tudo, crack, cocaína, maconha, álcool de posto, acetona... ela tentou matar a Kely quando tinha um ano, no meio de uma briga... derrubou ela no chão e ela quebrou o braço, daí o juiz passou a guarda provisória pra mim. (Avó de Kely)

Por mais de um ano, Kely esteve à mercê dos excessos da mãe, os quais, certamente, não se resumem a esse momento crítico descrito por sua avó. Em relação à primeira infância de Cris, não temos informações, pois ela se encontrava no abrigo e não havia ninguém que pudesse nos contar sobre esse período de sua vida. Já no caso de Maju, as vivências potencialmente traumáticas desses primeiros tempos foram narradas por sua mãe, mas, nesse caso, era o pai quem cometia os excessos: alcoolizado ou sob efeito de drogas, dissemos, colocava todos da família para fora de casa, deixando-os no frio, na chuva e sem alimento; assistiu e ouviu muitas discussões e cenas de espancamento em que o pai agredia a mãe ou insistia para ter relações sexuais; presenciou as agressões da polícia contra o pai após uma denúncia de violência doméstica. Nesses momentos, Maju abraçava as pernas de sua mãe, chorava e tremia.

Segundo Roussillon (2013a), as experiências precoces que não foram integradas, por seu caráter excessivo, retornam de forma destrutiva e com características da linguagem da época, isto é, a linguagem dos gestos, da mímica, da postura, próprias da primeira infância. Trata-se, então, do que o autor nomeia de linguagem mimo-gesto-postural. Essas experiências traumáticas tendem a se manifestar especialmente nas doenças psicossomáticas e nos atos, em uma tentativa de expressão, comunicação e elaboração: temos, aí, as autolesões, as tentativas de suicídios, as passagens ao ato violento, entre outras.

Em todas as formas de sofrimento narcísico-identitário⁴⁵ das quais pude me ocupar, uma parte do quadro clínico apresentado transborda a expressividade verbal e se manifesta por uma patologia do afeto ou do ato que me parece testemunhar, prolongando a hipótese de

⁴⁵ Termo adotado pelo autor para se referir aos sofrimentos narcísicos, aos casos limites e às problemáticas clínicas nas quais o sujeito enfrenta algum tipo de ameaça ao seu sentimento identitário, por exemplo, o autismo, a psicose e a toxicomania, bem como demais formas de sofrimento psíquico vinculadas a entraves nos processos de simbolização.

Freud, a “reminiscência” de experiências subjetivas que precederam a emergência da linguagem verbal (Roussillon, 2006, p. 8).

Inspiradas nas contribuições de Ferenczi e Roussillon, Pacheco-Ferreira, Mello e Herzog (2013) reafirmam essa impossibilidade de inscrição psíquica dos traumas precoces, referentes ao período pré-verbal, os quais permaneceriam registrados no corpo e, assim, o sofrimento que não pode ser representado – pois não foi registrado sob a forma de lembrança – tende a se atualizar, sobretudo nos atos. Logo, ao invés do paciente falar acerca de sua dor, ele só conseguirá mostrá-la ao analista.

A mãe de Débora também era usuária de drogas, mas, diferentemente de Kely, Cris e Maju, ela começou a beber quando a filha tinha quase cinco anos de idade e seu irmão três, portanto, quando a violência intrafamiliar teve início, ela já tinha mais recursos internos para sua elaboração, talvez, por isso, seu sofrimento tinha caráter mais neurótico. Sua mãe saía às noites, não falava para onde ia, chegava bêbada e, segundo o pai, chegou a usar crack. O pai conta que os filhos presenciaram muitas brigas nesse período, que a mãe gritava muito e que, certa vez, o ameaçou com um facão. Durante essas ocasiões, os filhos “*ficavam quietinhos*”. O pai se separou da mãe após ela ter tentando matar a filha com um fio de alta tensão desencapado. A mãe perdeu o pátrio poder. Havia uma medida cautelar em vigência e ela estava proibida de se aproximar dos filhos. Embora tenha assumido a guarda, Débora dizia que seu pai lhe dava “*um amor merreco*”, referindo-se a um amor mínimo, uma merreca e que, após uma briga com o pai, ouviu dele: “*eu me arrependo eternamente de ter cuidado de você quando sua mãe te abandonou*”. Como será analisado no sexto capítulo, tais espancamentos estavam parasitados pela sexualidade do pai despertada no contato com a filha adolescente, a cada dia mais parecida com sua mãe.

Diferentemente de Kely, Cris, Maju e Débora, vítimas de violência intrafamiliar, Carolina não tinha histórico de abuso de drogas na família, não foi vítima de violência física, pertence a uma família de classe média, mora com ambos os pais, mas, por vezes, sentia-se uma hóspede não bem-vinda na família. Sua história merece atenção, pois ela começa antes de seu nascimento. Ela era a caçula de três meninas. Antes de engravidar de Carolina, a mãe teve um aborto e um filho que faleceu dez dias após o nascimento. A mãe precisou fazer tratamento para engravidar, uma gestação permeada por muito sofrimento, já que, no oitavo mês, seu irmão, que estava doente, veio a falecer.

Carolina tinha conhecimento de sua história e, assim, acreditava que só tinha nascido porque o irmão havia falecido: “*só estou aqui porque ele morreu [chora copiosamente]*”. As

fantasias acerca de seu nascimento, já muito dolorosas para ela, foram enriquecidas com a fala de uma tia: *“uma vez, minha tia falou: não é tirando o mérito da sua vida, você entende né, mas seu irmão seria mais útil pro seu pai”* e das provocações realizadas pela sua irmã do meio: *“se a mãe soubesse que fosse você que ia nascer, não teria feito tratamento para engravidar”*. Isso foi o que Carolina pode representar e nos dizer, mas vimos, com Laplanche (1987), que, na comunicação adulto-criança, estão presentes mensagens enigmáticas parasitas pelo inconsciente do adulto, portanto, algo mais, da ordem do enigmático, pode ter circulado na infância de Carolina, fazendo com que ela viesse a se sentir rejeitada.

Talvez, ainda hoje, algo continue a se infiltrar nessa comunicação entre os membros da família, por exemplo, entre ela e a mãe, ela e o pai, entre os próprios pais, levando-a à tradução rígida sobre o seu nascimento, de que só está viva porque seu irmão morreu e que ele seria mais útil ao seu pai do que ela, tradução que a fazia sofrer. É interessante pensar na ambivalência presente na fala do próprio pai para tentar reparar o comentário da tia: *“meu pai sempre falou que tem os filhos certos, que foi Deus quem deu, que as três meninas dele são como peões”*. O que diz esse pai, senão, que as três meninas são como meninos! Ora, que lugar é esse que o pai dá às filhas, que são meninas, mas também são peões: que quer esse pai, de suas filhas? O que quer de Carolina? Como ela poderá sair deste lugar duplo: de menina e de menino, dela e do irmão-morto, de vida e de morte, se não parece existir uma autorização por parte da família e dos pais?

Ao discorrer sobre a problemática do luto, Laplanche (1997d) sugere introduzir a categoria da mensagem para sua compreensão. Para o autor, quando ocorre a morte, os significantes deixados pelo morto se relativizam, ganham em alteridade, pois a mensagem deixada pelo morto nunca poderá ser suficientemente entendida: *“não existe muito luto sem a questão: o que ele diria? o que ele teria dito? sem a falta ou remorso de não ter suficientemente podido dialogar, escutar o que o outro tinha a dizer”* (p. 379).

Apesar de não ter conhecido o irmão-morto, a não ser por meio da narrativa familiar, Carolina fez uma dolorosa tradução acerca de seu nascimento. Acreditava que somente tinha nascido porque o irmão havia morrido e sua existência era prova viva da morte do irmão, como se ela tivesse usurpado o lugar dele. *“E se ele tivesse sobrevivido, eu teria nascido?”*, *“um menino seria mais útil do que eu para meu pai?”*, *“minha mãe me ama ou ela queria um menino?”*, *“meus pais ficariam mais felizes com a vida do meu irmão do que são com a minha?”*. Embora não tenha formulado explicitamente essas questões, elas estavam ali, atuantes, e Carolina pensava viver como o irmão: *“eu tento viver como eu acho que ele seria,*

todo mundo fala que ele era parecido com meu pai e meu pai gosta de deixar os outros felizes, daí, sempre tento fazer os outros felizes”.

Além desse irmão fazer uma sombra em Carolina, sua morte parece não ter sido metabolizada pelos membros da família⁴⁶. Enquanto ainda era criança, era mais fácil ocupar fantasmaticamente este lugar duplo: de menina e de menino, ser ela e o irmão. Porém, quando entra na puberdade, surge o conflito. Torna-se difícil, então, sustentar esse lugar andrógono, pois seu corpo tomou formas nitidamente femininas e ela não sabia o que fazer com ele. Isso era muito angustiante. Como afirma Laplanche (2001b), quando o instinto sexual e seus desdobramentos afloram, o adolescente já se encontra dominado pela pulsão e pelos fantasmas infantis. Assim, nada garante que esse encontro de forças tão díspares será harmonioso.

À luz da TSG, Belo e Reigado (2010) versam que o corpo do adolescente se torna objeto-fonte da pulsão, porque desperta os fantasmas da sexualidade infantil, o que exigirá um incessante trabalho tradutivo. Nesse sentido, o corpo, na adolescência, é um deflagrador de enigmas e, simultaneamente, um empecilho à tradução.

Deflagrador porque é um corpo fonte de pulsão capaz de trazer à tona os enigmas que exigem do adolescente uma simbolização. Por outro lado, é um empecilho à tradução porque esse corpo não se cala e revela, incessantemente, a força pulsional. Esse corpo vivencia mudanças radicais, como o crescimento, os seios, os pelos, é o que possibilita a reaparição incansável da pulsão, do sexual, do originário (Belo & Reigado, 2010, p. 67).

De sua parte, Carolina tentava esconder este novo e inquietante corpo sob roupas mais masculinas, *shorts* largos e camisetas, assim como desejava se tornar invisível ou, ao menos, fazer desaparecer as formas femininas que se destacavam. O corpo bem desenhado a fazia destoar das demais colegas de sala ainda presas em um corpo púbere, “*um chassi de grilo*”, expressão utilizada para se referir a uma magreza extrema, enunciada por Carolina quando comparou o seu corpo com o da amiga, uma jovem bastante magra que estava à sua espera no corredor da sala de atendimentos. Nesse dia, queixou-se de que todas as meninas da sala eram magras e delicadas como essa amiga e que, como ela, só havia mais uma jovem na escola, que estava um ano à sua frente, mas que parecia ser uma “*aluna de faculdade*” e, portanto, chamava a atenção.

⁴⁶ Carolina conta que sua irmã mais velha ficou triste quando soube que teria um menino. De seu ponto de vista, a irmã não conseguiu superar a morte de seu irmãozinho, pois ela, uma criança na época, nem chegou a conhecê-lo, porque ele nunca saiu do hospital. Se há ou não sentido para a explicação de Carolina, o mais importante é que o irmão-morto ainda se mantinha muito vivo na memória da família.

O desejo de esconder o corpo, simultaneamente fonte e objeto da pulsão (nesse caso, do *voyeurismo* alheio), repete-se em uma festa de casamento. Ao receber inúmeros elogios relativos ao seu corpo, Carolina se sente envergonha e pede o terno do pai para se cobrir. Usava um vestido e declara que a roupa a fazia parecer uma “mulher”, mas ela não sabia como se definir, não se sentia mais criança, mas também não uma mulher adulta. Sentia-se perdida. Mas não só. Os olhares que recebeu naquela noite a incomodaram, porém ela não soube qualificá-los. Questionada se havia “algo de sexual nesses olhares”, a paciente responde defensivamente: “*é estranho o que vou falar, mas prefiro que pensem que sou esquisita, já estou acostumada*”. Carolina preferia este não-lugar, esquisito e andrógono, ser como um “*chassi de grilo*”, do que ser uma bela e atraente mulher que desperta o desejo no outro, desejo que escapava nos olhares dos convidados e que ela não sabia como lidar.

Por outro lado, o desejo de assumir sua feminilidade e revelá-la a todos, inclusive para si mesma, vez ou outra, escapava pelos poros. Ao longo das sessões, Carolina sentiu vontade de fazer maquiagens mais fortes, pintar as pontas dos cabelos de rosa, colocar unhas em gel e comprar um vestido preto justo com uma fenda na perna para ir a uma festa. E a que nos remete um vestido preto com fenda, a não ser a uma imagem, bastante sexual, de uma mulher? Sensualidade esta reconhecida pelo coreógrafo da festa de quinze anos de uma amiga. Assim que adentrou ao salão, ele a segurou pela mão, a girou, dizendo: “*de onde saiu essa mulher linda!?*”. Mas só o olhar do coreógrafo não era suficiente para fixar essa imagem em sua pele.

Há um conflito em Carolina, ora ela queria se vestir como menino, ora como uma menina-mulher. Ela parecia demandar de sua família o reconhecimento de sua feminilidade, pois queria receber elogios, assim como a irmã os recebia: “*minha mãe passou a mão na cabeça da minha irmã [enquanto ela se arrumava para uma festa] e falou que ela ia ficar mais linda*”. Não obstante, quando os recebia, não se fixavam, escorregavam: “*meu pai fala que sou bonita, mas não acho*”.

Essa relação entre pai e filha era de muito carinho, mas também de sedução. O pai costumava deixar bilhetes para a filha quando saía de casa para passar o fim de semana no sítio, escrevia que a amava; defendia Carolina da irmã e do cunhado, que a chamavam de “*gorda*”, dizendo achar mais bonito assim, “*com as pernas mais grossas do que finas*”; dizia que a filha tinha uma “*beleza exótica*” e que, junto de suas amigas – uma ruiva, “*uma morena dos zóio verde*”, outra de cabelos longos lisos –, o quarteto chamava a atenção por onde passava. Inclusive, chama a atenção do próprio pai, tratar a filha como um “*peão*” pode ser uma defesa que construiu, como um dique para fantasias incestuosas. Assim, ora o pai

autorizava a filha a ser mulher, ora não. No meio dessa confusão – intensificada por suas próprias fantasias em relação ao irmão-morto –, ela recorria à mãe, demandando a confirmação de sua feminilidade.

Carolina a chamava para comprar roupas juntas, para escolher vestidos, os quais ela tinha muita dificuldade de usar, pois, apesar do desejo, ainda se sentia “*esquisita*” e desconfortável. Esperava elogios da mãe, que só tinha olhos para a irmã. Relata que, nem nos seus quinze anos, a mãe disse que estava bonita: “*ela nunca me elogiou*”. Era como se Carolina precisasse de uma autorização dos pais: “eu posso ser menina? posso ser mulher? vocês vão me amar mesmo assim, mesmo não sendo meu irmão?”.

O sofrimento de Carolina, contudo, ultrapassava as questões ligadas à feminilidade e à sexualidade (se for lícito separá-las). Ela tinha a sensação de que nada do que fazia estava bom para sua família: “*eu falei pra mim mãe que tinha tirado 9,5 em biologia, daí ela falou: por que não tirou 10?*”. Em outra ocasião, a mãe viu uma série de medalhas sobre sua cama e perguntou a origem, contou sobre as vitórias em diferentes modalidades esportivas, quando a mãe respondeu: “*mas você faz de tudo agora?*”. Além do prejuízo para a (re)construção de uma imagem de si na adolescência, o não reconhecimento de suas qualidades potencializava o ciúme das irmãs: “*minha mãe tem orgulho da D., porque é professora, se esforçou muito pra isso... da B., porque é bonita, magra, alta, loira, inteligente, desfila, pinta, borda... é a filha perfeita, que ela sonhou ter, é do jeito que ela queria*⁴⁷”.

A relação entre mãe e filha também era de muita ambivalência. Carolina se sentia podada, limitada em seus desejos, sonhos e projetos de vida, que não eram validados e apoiados, isso desde a prática esportiva (foi convidada para jogar em um time profissional, mas os pais não autorizaram, pois teria de se mudar de cidade), até as escolhas profissionais (queria ser policial), passando pelo corte do cabelo até a cor do seu vestido da festa de quinze anos. Não havia muito diálogo: “*minha mãe fala feito uma metralhadora, um monte de coisas ao mesmo tempo... em pouco tempo, ela conseguiu falar um monte de coisas negativas*”. A imagem da metralhadora é bastante significativa, pois representa a forma que ela se sentia em relação às palavras da mãe, que a atingiam como projéteis de armas de fogo.

⁴⁷ A fala de Carolina nos remete à expressão popular “pintar e bordar”, que significa fazer o que não se deve, passar dos limites, o que vai ao encontro da imagem que tinha dela, já que, segundo o seu próprio relato, na adolescência, essa irmã fez muitas coisas que preocuparam seus pais: sair sem avisar, chegar de madrugada, beber em excesso nas festas e, inclusive, experimentar drogas (*ecstasy*). Portanto, por trás do aparente elogio, escondiam-se a crítica, a raiva e a inveja dessa irmã que “pintou e bordou” e, ainda assim, continuou “*perfeita*”, a preferida da mãe, enquanto ela, ao contrário, perdeu o posto de “*anja*” ao se cortar, como ilustraremos no sexto capítulo.

Com um ano e meio de análise, conta que, no período em que estava deprimida, vomitava com frequência, não tinha comentado antes, porque tinha nojo e não julgou que era importante, embora a sensação fosse semelhante à dos cortes, pois se sentia bem após vomitar. Expõe que sua família também é assim: a sua mãe tem dores de cabeça quando está nervosa e o seu pai tem “*somatizações*” – palavra usada pelo médico do pai. Lembra-se de ter vomitado após a mãe insistir para ela visitar a avó, dizendo, dentre outras coisas, que ela ficaria com remorso se a avó morresse: “*é estranho, era como se eu engolissem as palavras dela*”. Com o seu vômito, Carolina materializa a rejeição que sentia por essa avó – aquela que negou ajuda financeira para a família quando ela adoeceu –, uma vez que, como ela mesma declarou: “*se dependesse dela, eu teria morrido*”.

Essa cena nos remete ao artigo “Fenômenos de materialização histórica”, em que Ferenczi (1919/2011g) discorre sobre a possibilidade, mais primitiva, de o sujeito utilizar o próprio corpo para materializar, concretizar, como por mágica, um desejo ou aquilo que não pode ser representado na esfera psíquica, assim como fez Carolina, incapaz de engolir/digerir/elaborar tanto a atitude da avó quanto o ódio que sentia por ela. Aliás, a própria autolesão pode ter esse intuito, isto é, de materializar diferentes desejos, como os de separação, vingança, purificação, punição. Nesse caso, talvez uma punição pelo ódio extremo, pois, se dependesse de Carolina, “que morra você, vovó!”

Ainda sobre essas situações difíceis de metabolizar, Carolina repete, com indignação, outra fala da mãe: “*ela disse: por que você não cortou até a veia?... daí, quinze minutos depois, veio chamar pra almoçar, como se nada tivesse acontecido... ela sempre faz isso, age como se não fosse nada. Tipo, é só minha vida!*”. Essa frase foi dita no meio de uma discussão, dias após a mãe ver novas marcas de cortes em suas pernas. Na ocasião, conta que a mãe pediu para ela vestir uma calça, “*porque os outros iam olhar e sentir repúdio de mim*”⁴⁸. De seu ponto de vista, se ela viesse a morrer (cortando até a veia), o sofrimento de sua mãe acabaria, pois não teria mais “*uma filha com problemas em casa*”. O tema retorna em outra sessão, já que a fala materna a perturbou.

Eu refleti muito sobre isso e, observando minha mãe, minha irmã, meu pai, vi que as pessoas falam o que elas realmente pensam quando estão com raiva... quando ela disse que eu devia ter cortado até a veia, é porque, entre aspas [acompanha gesto com as mãos], ela queria que eu tivesse morrido, meio assim, indiscretamente. (Carolina)

⁴⁸ Veremos no sexto capítulo, na seção “Uma mensagem enigmática”, que a descoberta da autolesão na filha operou como uma espécie de trauma para a mãe. Conta ter ficado “*em choque*”, gritava, refere-se ao “*dia fatídico*”, como se faltassem a ela códigos para traduzir os atos da filha. Os cortes eram enigmas para a mãe que reagia a eles de forma agressiva, assim como faziam muitas famílias.

A fala da mãe intensificou as fantasias acerca de seu nascimento, de que não era bem-vinda na família. Mas apesar do mal-estar, não se cortou, conta ter redigido um texto e finalizado com a seguinte mensagem dirigida à mãe: “coloquei que se é isso que ela quer, eu não vou fazer a vontade dela [referindo-se a se matar]”. Diferentemente de Kely, Cris e Maju, que respondiam às intrusões com agressões (contra os objetos e contra si mesmas), Carolina, que tinha mais recursos internos, começou a deixar de lado os episódios de autolesão. Procurou formas mais simbólicas de lidar com o mal-estar, ora escrevendo, ora recorrendo aos assistentes de tradução oferecidos pela cultura. Relata sobre um dos filmes que mais gostava, *Valente*⁴⁹, segundo ela, porque a personagem principal é corajosa e se sente diferente de sua família. Porém, o que Carolina não fala, mas nos conta por meio da escolha do desenho, é o seu desejo de se reconciliar com sua mãe, de ter um final feliz, pois o enredo do filme gira em torno de uma relação difícil entre uma mãe e sua filha que não conseguem se entender, à semelhança do que ocorria entre ela e sua mãe.

Com base no exposto, podemos pensar que não são apenas as violências que vêm do outro, por meio dos abusos e espancamentos, as mensagens por intromissão (Laplanche, 1997d), que dão lugar às saídas mais precárias diante do excesso pulsional, mas também que a própria tradução das mensagens por implantação pode, em alguns casos, ser violenta, pois é demasiadamente rígida ao ponto de operar como um verdadeiro corpo estranho interno que não cessa em atacar o eu.

Na próxima seção, dedicamo-nos não mais à violência que ocorre dentro das famílias, mas àquela presente no meio social, recortando para essa análise o fenômeno do *bullying* escolar pela sua repetição nas histórias de vida das pacientes.

5.8 O DESMENTIDO SOCIAL NO *BULLYING* ESCOLAR

Inspiradas em Ferenczi, propomos a elasticidade da ideia do desmentido, entendido como um evento que ultrapassa o âmbito privado e está presente também na cultura. Trata-se de uma espécie de desmentido social. O seu *modus operandi* seria o mesmo: a desqualificação do sofrimento da pessoa vítima de violência, que é negado, invalidado e desautorizado de forma coletiva ou individualmente por alguém que ocupe uma posição de autoridade em

⁴⁹ *Valente* é uma animação da Pixar que conta a história da princesa Merida, uma jovem que não deseja casar, que quer sua liberdade e se sente mal compreendida pela mãe. Após um grave desentendimento com a mãe, que insiste em um casamento arranjado, Merida recorre a uma bruxa em busca de um feitiço para mudar sua mãe, mas a ajuda é, na verdade, uma maldição, pois a mãe se transforma em um urso, o que dificulta, ainda mais, a comunicação entre elas, porque a mãe não pode mais falar. Merida precisou de muita coragem para desfazer o feitiço e se reconciliar com sua mãe.

relação àquele que demanda ajuda. Como exemplo de desautorização coletiva, citamos o *bullying* escolar vivido pelas pacientes, as quais não tiveram seu sofrimento reconhecido nem pelos pares, tampouco pelos agentes educacionais.

Não estamos sozinhos nessa compreensão. Gondar (2012) destaca essa dimensão social e política presente no desmentido a partir da ideia de um não-reconhecimento da vulnerabilidade do outro. Para a estudiosa, essa perspectiva de pensamento é inaugurada pelo próprio Ferenczi, o qual, apesar de não ter se dedicado à análise de fenômenos sociais e políticos, fez considerações importantes não apenas sobre a hipocrisia dos adultos em relação ao sofrimento da criança, mas também dos analistas diante de seus pacientes. O desmentido, continua a autora, não se limita a personagens específicos, mas a modos de relação, ou seja, refere-se a relações de poder, dependência, desvalorização e desrespeito.

Por desmentido, entenda-se o não-reconhecimento e não-validação perceptiva e afetiva da violência sofrida. Trata-se de um descrédito da percepção, do sofrimento e da própria condição de sujeito daquele que vivenciou o trauma. Portanto, o que se desmente não é o evento, mas o sujeito (Gondar, 2012, p. 196).

Para Gondar (2012), a noção de desmentido permite ampliar a compreensão dos efeitos dos traumas sociais. A autora se refere às catástrofes provocadas por ação humana, como o holocausto, capazes de desagregar comunidades inteiras, ao contrário do que ocorre nos desastres naturais, que fortificam os laços entre os sobreviventes. Quando a situação traumática é provocada por outros seres humanos que não reconhecem o erro cometido, abre-se o caminho para sentimentos de aniquilação difíceis de elaborar, pois é a não-validação da vulnerabilidade de alguém que provoca efeitos traumáticos. Nesse sentido, Gondar propõe considerar o reconhecimento o avesso do desmentido, este compreendido como a necessidade primordial de todo o ser humano de poder ser ouvido, visto e respeitado em sua integridade física e psíquica.

Osmo e Kupermann (2017) também têm um olhar ampliado sobre a aplicabilidade da ideia de desmentido. Vejamos:

A nosso ver, a discussão acerca da ideia do segundo momento do trauma, descrito por Ferenczi, pode ser bastante rica quando refletimos sobre violências de Estado, guerras e genocídios em que há uma ameaça de negação ou uma deformação dos fatos por parte da história oficial (p. 489).

Para sustentar suas considerações, Osmo e Kupermann (2017) discorrem sobre as vítimas do nazismo, pessoas que tiveram suas vidas marcadas por experiências de violências

terríveis cometidas pelo Estado durante a segunda Grande Guerra. O próprio Estado, inclusive, esforçava-se para esconder os vestígios das atrocidades cometidas contra os judeus nos campos de concentração, apagando registros e provas que poderiam sustentar o relato das vítimas. Para exemplificar os efeitos do desmentido, os autores fazem uso dos desenhos de Maryan S. Maryan, nome artístico de um sobrevivente de Auschwitz, produzidos por sugestão de seu psicanalista durante sua análise, pois ele era incapaz de narrar a experiência vivida nos campos de concentração. Em vários desenhos, aparece um homem em situação de extremo sofrimento, chorando, vomitando e defecando, o que os autores interpretam como a expressão de um mal-estar em estado bruto, uma forma de colocar para fora de si o que não pode ser expresso em palavras, ao lado de pessoas ou figuras assustadoras que nada faziam para lhe ajudar. Pelo contrário: eram indiferentes e zombavam de seu sofrimento, instaurando uma situação de desesperança sem fim.

Kupermann (2019), ao revisitar a discussão do artigo supracitado, destaca a importância dessa dimensão relacional presente na traumatogênese ferencziana, pois, a partir dela, é possível pensar que, frente a uma ameaça de morte, violência ou exclusão, impera a necessidade de um testemunho que possa desfazer a indiferença originalmente vivida na ocasião do desmentido, para, assim, operar um resgate da dignidade ferida.

Assim, ao propor uma leitura *relacional* do conceito freudiano de *Verleugnung* – a recusa da castração nas perversões –, Ferenczi abre caminhos para a concepção de *trauma social*, indicando que o não reconhecimento da narrativa de sofrimento de um sujeito em condição de vulnerabilidade implica o desmentido da sua experiência e do seu testemunho pelo outro a quem se recorreu no campo social e político (Kupermann, 2019, p. 77, grifos do autor).

Acerca do exposto, é hora de nos debruçarmos sobre o desmentido presente no *bullying* escolar, visto que essa forma de violência perversa esteve presente no relato de todas as pacientes, com maior ou menor potencial traumático. Antes da pesquisa clínica, o trabalho como psicóloga escolar já indicava uma eventual relação entre os fenômenos, pois dois participantes de um projeto de extensão⁵⁰ relataram já ter se cortado em resposta ao *bullying* escolar. Um dos adolescentes, vítima de injúrias raciais constantes, contou ter recorrido à prática de autolesões no banheiro de seu antigo colégio, ferindo-se com uma lâmina que escondia sob a capa de seu celular (Matioli & Martínez, 2017).

⁵⁰ Trata-se do projeto de extensão “Vamos falar sobre bullying?” desenvolvido no campus Ivaiporã do Instituto Federal do Paraná entre 2016 e 2019. A coordenação desse projeto inspirou a escrita do capítulo “Brincadeiras Perversas: uma leitura psicanalítica do bullying escolar” (Matioli & Martínez, 2017). Inclusive, uma parte das discussões teóricas apresentadas nesta seção foi publicada no referido capítulo.

Embora não estabeleçam relação com o *bullying*, atribuindo suas causas a conflitos internos e familiares, Silva e Siqueira (2017) também descrevem casos de autolesão nas dependências de seis, das sete instituições de ensino públicas pesquisadas na cidade de Rolin de Moura, em Rondônia, fato que, a nosso ver, deve soar como um sinal de alerta para os agentes educacionais, uma vez que, para além do fenômeno do contágio comum em ambientes de confinamento, a urgência em se ferir dentro do espaço escolar pode indicar que algo não vai bem nas escolas do país. Mais que um ato em busca de alívio para uma angústia intensa, defendemos que a autolesão é uma mensagem enigmática. E o que querem dizer nossos jovens quando se cortam no interior das escolas, derramando, ali, os seus sangues? Será tão somente a manifestação de um sofrimento individual? Não estaríamos frente a um pedido de ajuda ou, até mesmo, a um ataque à escola e às suas relações?

De volta à associação entre *bullying* e autolesão, de acordo com McMahon, Reulbach, Keeley, Perry e Arensman (2010), em uma pesquisa sobre os fatores de risco para a autolesão em meninos, 20% tinham sido vítimas de abusos físicos e danos à autoestima em decorrência do *bullying* prolongado. No Reino Unido, um estudo constatou que a vivência frequente de *bullying* na infância, sobretudo o assédio moral, aumenta o risco de autolesão. Das 62 crianças de 12 anos de idade que se autolesionavam, mais da metade (56%) tinha sofrido *bullying* escolar (Fischer et al., 2012).

Em um estudo psicanalítico sobre a autolesão a partir de depoimentos postados na internet, Ferreira (2014) nota a repetição de relatos de *bullying* entre jovens que se autolesionam e destaca a reação dos familiares das vítimas, os quais não oferecem amparo suficiente às jovens diante desse tipo de violência, deixando-as sozinhas em seu sofrimento. Vejamos um desses depoimentos selecionados:

O bullying mexeu muito comigo, nunca fui tão humilhada na minha vida todas aquelas pessoas rindo de mim foi horrível e eu tinha apenas 11 anos (não aguentei e chorei essa parte). tive que aguentar tudo isso sozinha, nunca tive amigos para contar e nem podia contar com minha própria família. (A32) (p. 43, sic.)

Para Ferreira (2014), a falta de apoio descrito pelas jovens, assim como o afastamento e o distanciamento das pessoas (familiares e amigos), favorecem uma experiência de desamparo. Na adolescência, momento de transição do corpo infantil para o corpo sexuado, da constituição de uma nova imagem de si, o olhar do outro se faz de espelho para que as jovens possam se reconhecer. Porém, no *bullying*, a pessoa é tratada como objeto de gozação, tem algum atributo desvalorizado pelo outro, fato que contribui para a perda de seu valor, pois

o eu se depara com uma imagem negativa de si, o que provoca um dano narcísico. O excesso pulsional gerado a partir dessa situação provoca um aumento da tensão psíquica que pode encontrar vazão nos episódios de autolesão. Embora Ferreira não trabalhe com a ideia de desmentido, o que se observa em sua leitura é, justamente, a desautorização do sofrimento das jovens, que, diante de uma violência, não encontram assistentes de tradução – nem junto aos pares, tampouco junto à família – para metabolizar o excesso. A partir de nossa experiência, acrescentamos a falta de apoio por parte dos agentes educacionais que presenciam as agressões e as ignoram.

Considera-se *bullying* qualquer ato de violência física ou psicológica realizado de maneira repetitiva, intencional e sem motivação evidente, por um ou mais indivíduos contra uma ou mais pessoas, com a intenção de ferir ou intimidar a vítima, causando-lhe angústia e dor, em uma relação de assimetria de poder entre as partes (Lei nº 13.185/2015). “Esse desequilíbrio de poder pode referir-se a maior força física, situação socioeconômica privilegiada, ou qualquer outra diferença que marca uma assimetria de condições entre a vítima e o agressor” (Matioli & Martínez, 2017, p. 195).

Vimos que, para Laplanche (1988c), a pulsão é sempre sexual, assim, a pulsão de destruição presente no *bullying* escolar está vinculada à sexualidade perversa-polimorfa do agressor. O sadismo, como derivado da pulsão sexual de morte, torna-se evidente no *bullying*, na insistência com que o agressor tenta subjugar, humilhar, dominar e destruir a vítima, física, moral ou psicologicamente.

Por ser um fenômeno relacional, o *bullying* pode ocorrer em qualquer ambiente em que as pessoas interajam entre si⁵¹, sendo muito presente entre estudantes no meio escolar. Seus efeitos podem ser imediatos ou em longo prazo, causando diversos prejuízos às vítimas. Na esfera emocional, podemos citar a tristeza, o medo e a irritabilidade; na esfera comportamental, o isolamento e a queda do rendimento escolar; na esfera física cefaleia, dor epigástrica e insônia (Silva, 2010). Segundo Lopes Neto (2005), o *bullying* pode agir como um desencadeador para transtornos psíquicos mais graves que a vítima tinha predisposição como anorexia, depressão, síndrome do pânico, até mesmo fatalidades, como os casos de suicídio. Acrescentamos a essas saídas sintomáticas o fenômeno da autolesão, como será ilustrado adiante a partir das histórias de Júlia, Carolina e Kely.

⁵¹ Sabatine (2015), em um estudo sobre o assédio moral, refere-se às expressões *mobbing* e *psychoterror*, cunhadas por Heinz Leymann, em 1996, para se referir ao ato de humilhar, prejudicar e depreciar alguém no ambiente de trabalho. O *mobbing*, segundo esse autor, é uma forma de agressão mais sutil – se comparada ao *bullying* escolar –, praticada por adultos, cuja intenção é destruir o outro lentamente.

Para Matioli e Martínez (2017, p. 197), “além dos graves danos à vítima, há possibilidade de danos a terceiros, decorrente de reações dramáticas encenadas pelos sujeitos na tentativa, diga-se, pouco organizada, de dar conta do excesso pulsional gerado pelo evento traumático”. As autoras citam a tragédia de Realengo, em 2011, em que um ex-estudante de uma escola municipal do Rio de Janeiro atirou contra vários alunos, matando doze e ferindo mais de vinte pessoas. Infelizmente, esse não é o único exemplo. Mais recentemente, em 2017, um adolescente de Goiânia atirou contra os colegas de classe causando a morte de dois estudantes e ferindo outros quatro. Uma vez mais, o *bullying* teria sido a motivação, de acordo com uma colega de turma: “*diziam que ele tinha um cheiro forte de cecê. Um colega, uma vez, levou um desodorante e borrifou nele*” (Cople, Queiroga & Viana, 2017, n. p.). Segundo Maldonado (2011), as explosões de ódio e os ataques violentos encontram alicerce no desejo de vingança das vítimas. O mais frequente, entretanto, é a vítima se transformar propriamente em agressora, em uma transformação da passividade para atividade como forma de elaborar o excesso. Embora a retaliação possa proporcionar certo alívio para a vítima, o revide é um sintoma que atinge as escolas e merece atenção.

Fischer (2010) aponta para uma postura nitidamente passiva das escolas frente ao problema, pois muitos casos de *bullying* ocorrem no pátio e nas salas de aulas. Os dados de sua pesquisa são alarmantes: 28% dos estudantes relataram ter sido vítimas de *bullying* no último ano e mais de 70% declararam ter presenciado algum tipo de agressão na escola. Já as pesquisas mencionadas por Schultz et al. (2012) expressam valores ainda mais assustadores, já que o *bullying* seria uma realidade para quase metade das crianças e adolescentes brasileiros. O dado mais significativo diz respeito ao local de sua ocorrência, dentro da própria sala de aula e na presença do professor. Ora, se a violência ocorre na frente de colegas e educadores, o que isso significa? A não discriminação entre um ato de violência e uma brincadeira? A omissão das testemunhas? A negligência dos agentes educacionais? Em última instância, não estaríamos falando a respeito de um tipo de desmentido social? Um desmentido que tem suas regras próprias, ajustadas à dinâmica desse microssistema que é a escola, em que as testemunhas nada fazem para ajudar a vítima ou, ainda pior, estimulam o escárnio?

Por tais razões, tomamos o *bullying* escolar como um evento potencialmente traumático, pois o sofrimento psíquico das vítimas é amiúde negado e desautorizado coletivamente, o que intensifica, ainda mais, o sofrimento pela impossibilidade de o sujeito dar conta, sozinho, do excesso pulsional gerado a partir do fato. Semelhante a outras formas de violência, o *bullying* não deixa de ser uma forma de abuso sexual, porque se trata de uma violência atravessada pela sexualidade perversa-polimorfa do agressor, em uma relação de

assimetria entre as partes, na qual a vítima é colocada em uma situação de passividade diante do excesso pulsional do outro. Seus efeitos traumáticos dependerão da gravidade da agressão e do tempo de vitimização, da suscetibilidade individual e, supomos, da reação dos outros no entorno da vítima. Desse modo, quando a criança ou o jovem encontrar amparo e assistentes de tradução capazes de lhes auxiliar a elaborar o excesso, o evento poderá ser metabolizado, ao contrário, quando encontrar o desmentido em seu caminho, o sofrimento será potencializado, o que poderá dar lugar às saídas precárias na tentativa de ligar o excesso, como é o caso da autolesão.

Júlia tinha sido vítima de *bullying* desde pequena e, recentemente, após ser ofendida por um colega de classe, os episódios de autolesão se tornaram frequentes. “*Eu tava bem, era feliz, até que um colega da sala falou três coisas de mim, que eu era feia, esquisita e mais uma palavra que não lembro*”. Emocionada, conta que sofria *bullying* desde o pré, que ficava sozinha na escola. No sexto ano, mudou-se de colégio, começou a fazer amizades, mas logo as ofensas verbais começaram: “*falavam que eu magra, que não tinha comida em casa, que era seca*”. Havia uma garota que a perseguia e os demais colegas não falavam nada, nem os professores. Certa vez, após um comentário maldoso, todos na sala riram e ela não conseguiu disfarçar o choro. “*O professor tava passando matéria, se ouviu, não falou nada... também se falasse ia dizer vai pra sua carteira fulano, ninguém chamava pra secretária, ou pra dar bronca, assim, pra conversar sabe*”.

O relato de Júlia vai ao encontro dos dados das pesquisas de Schultz et al. (2012) e Fischer (2010), os quais revelam a condescendência dos pares e dos educadores diante da violência em sala de aula. Situação semelhante foi descrita por Aguiar (2018) em uma reportagem veiculada pela TV Brasil que associa *bullying* e autolesão. Um adolescente conta ter sofrido *bullying* por anos durante o período escolar. Era agredido por três jovens nos intervalos, na rua e dentro da sala de aula: “*eu contava pros meus pais e eles falavam que ia passar e só, só que nunca passou, e vários anos nessa situação. Alguns professores riam, e outros viam e ignoravam*” (W.). No testemunho do jovem, o desmentido se faz presente na indiferença e na cumplicidade perversa daqueles que ocupam uma posição de autoridade, que nada faziam para ajudá-lo e ainda riam junto com os agressores. Os professores de Júlia não riram, mas foram igualmente negligentes frente à violência presenciada, deixando-a sozinha em seu sofrimento.

Eu queria ter falado umas coisas lá pra ela, mas não saia nada, eu só chorava, minha boca não abria. Quando a pessoa sofre bullying desde criancinha, ela perde a segurança que tem aqui dentro [coloca a mão sobre o peito]... fica insegura. (Júlia)

Não eram somente as falas dos colegas que machucavam Júlia, mas suas atitudes e seu olhar: “*ela me xingava, não lembro do que, e ficava me olhando, assim, meio que com desprezo*”. Ela mentia para os pais para não ir à escola, dizia que tinha dores de cabeça e criava subterfúgios para voltar mais cedo, como pegar o transporte escolar sem a mochila, deixando-a propositadamente para trás, a fim de não entrar em sala.

Júlia conta que, quando um colega da escola atual a ofendeu, chamando-a de “*esquisita*”, “*feia*” e mais alguma coisa que não se recordava, as lembranças de um passado traumático voltaram: “*foi horrível, um choque, eu lembrei de quando era criança e ficava sozinha na escola, eu chorei muito, me arranhei e me bati*”. A intensidade do mal-estar deu lugar a um personagem persecutório. Ela começou a sentir a presença de um palhaço: “*não é aqueles palhaços de circo, normais, é aqueles feios mesmo*”. A paciente consegue fazer associações, já que, recentemente, tinha assistido a uma reportagem na televisão sobre pessoas vestidas de palhaço que assaltavam motoristas e sentiu muito medo. Diz que não via o palhaço, mas que o sentia por perto e sua intenção era fazer algum mal: “*ele quer me ver pior*”.

Eu sei que é da minha cabeça, como se fosse uma parte dos meus pensamentos.. tem uma parte que quer ficar bem, feliz... mas ele é como se fosse a parte ruim, que fica falando que não vou aguentar, não vou conseguir, que vou me arranhar, me cortar ou tomar remédio. (Júlia)

Júlia não sentia sua presença sempre, somente quando estava sozinha em casa e, por isso, procurava ficar próxima de portas e janelas, caso precisasse fugir: “*sinto que ele quer me fazer mal... eu sinto a presença dele do meu lado, daí, quando viro pra olhar, ele não tá mais*”. Porém, Júlia chegou a vê-lo uma única vez em sua casa.

Senti a presença como se ele tivesse lá comigo, daí, depois eu vi e ele ficou me olhando fixamente. Ele tava de vermelho, aquelas roupas de palhaço, cheias [mostra o volume nos ombros com as mãos], tinha bolinha azul... tava de sapato, só que não lembro como era [fica em silêncio enquanto tenta se recordar de mais detalhes]. Ele tem o sorriso muito feio, e é branco... não é daqueles palhaço bonitinhos, é feio mesmo. (Júlia)

Esse personagem esteve bastante presente nos dois primeiros meses de análise, depois desapareceu. Nesses momentos, também sentia vontade de se arranhar e se cortar, sobretudo

quando se lembrava das ofensas do colega ou diante de uma nova decepção que afetava a sua imagem. A nosso ver, a figura do palhaço parecia materializar não só a fala do colega, mas as várias situações de *bullying* pelas quais passou, pois Júlia se queixava dos risos e do olhar de “*deboche*” que recebia desde a infância. É preciso, todavia, tentar entender o que, nos dizeres do colega, gerou tamanho mal-estar.

Semanas depois, com a ajuda de uma amiga, Júlia lembrou o que o colega disse que tanto a magoou: “*ele me chamou de esquisita, disse que tinha o corpo feio e que ninguém ia gostar de mim*”. Ela não conseguia entender as razões da agressão gratuita, porque, até então, simpatizava com o colega, era seu amigo. Talvez um amigo que, por se sentir atraído pelo corpo de Júlia, tenha lhe ofendido para se defender da própria excitação, não sabemos. Mas, de toda a forma, a frase do amigo ecoou em Júlia e fez morada. O (mal)dito se tornou um enigma, como expõe Júlia: “*eu não fiz nada pra ele fazer isso comigo!*”.

A violência, como pulsão sexual de morte dirigida para o exterior, deixa restos difíceis de elaborar. “Por que este outro, por quem tenho apreço, me agride e se satisfaz com meu sofrimento?” Eis a questão de Júlia, que reatualiza o enigma fundamental proposto por Laplanche (1987): “o que quer o outro de mim?”, no seu caso, “por que riem de mim?”, já que ela não era um palhaço para os colegas rirem dela! Por outro lado, o próprio conteúdo da fala do amigo contém um enigma-maldição, como se o seu corpo a condenasse a um destino trágico: o desprezo por parte dos objetos, pois ninguém iria gostar dela, não seria amada, não seria desejada, ficaria fadada à solidão, ao desprezo, ao desamparo. Logo, Júlia atuava sua dor, identificando-se ao agressor, ferindo-se nos episódios de autolesão, maltratando este corpo, fonte de sofrimento, que ela queria modificar por meio de uma cirurgia plástica⁵² na tentativa de fazê-lo corresponder à imagem ideal de si e, assim, realizar uma reparação narcísica.

Segundo Drieu, Proia-Lelouey e Zanello (2011), os desafios pulsionais impostos pela puberdade (como a integração da sexualidade genital e do feminino), por seu excesso traumático, podem favorecer saídas precárias, como a autolesão, sobretudo quando o jovem

⁵² Isso nos leva a pensar no peso do padrão de beleza posto em nossa cultura e o quanto contribui para intensificar não apenas o sofrimento de Júlia, mas de outras adolescentes e mulheres quando seus corpos não correspondem ao ideal socialmente imposto, exigindo sacrifícios para se adequar, tal como o leito de Procusto. Nesse sentido, o próprio *bullying* parece fazer eco perverso às representações do corpo feminino, pois só reconhece aqueles que estão de acordo com o modelo ideal. Ao completar a maioridade, Júlia realiza a tão desejada cirurgia para aumentar os seios e, assim, sentir-se mais feminina, agora uma mulher também da cintura para cima em alusão às suas próprias palavras. Segundo Vilhena, Novaes e Viana (2017), para a mulher contemporânea, a beleza se tornou um dever moral, o que leva a um constante mal-estar. Refêm e a serviço de seu próprio corpo, ela tenta aperfeiçoá-lo e modificá-lo – como Júlia e muitas outras mulheres – para corresponder tanto às exigências internas quanto às culturais.

não encontrar apoio narcísico nos pais e nos pares. “As marcas da sexuação, na puberdade, se encontram desmentidas (ou são rejeitadas) pelo adolescente, se não tiverem sido previamente transformadas na relação primária com o objeto materno e, em seguida, nos laços com o ambiente” (p. 10). Ferreira e Costa (2018) igualmente destacam a importância do olhar dos pais e dos pares na adolescência, pois as representações de si e de seu corpo precisam ser reconstruídas e seu novo *status* – sua posição sexuada e feminina – confirmado na relação com a alteridade. Júlia encontrava o reconhecimento de sua feminilidade no olhar dos pais, mas não no olhar dos pares em razão do *bullying*, que conferia uma visibilidade às avessas, pelo negativo, pois seus atributos eram depreciados, o que comprometia a imagem de si e afetava a sua autoestima. É pertinente lembrar que, para Freud (1914/1996v), a autoestima expressa o tamanho do ego, sendo determinada por múltiplos elementos:

Tudo o que uma pessoa possui ou realiza, todo o remanescente do sentimento primitivo de onipotência que sua experiência tenha confirmado, ajuda-o a aumentar a sua autoestima. . . nas relações amorosas, o fato de não ser amado reduz os sentimentos de autoestima, enquanto o de ser amado os aumenta (p. 104).

Para Matioli e Martínez (2017), o ataque constante aos atributos físicos, morais ou de personalidade inflige uma ferida ao narcisismo da vítima de *bullying*, que tem sua autoestima destruída. Nesses casos, o ego ideal perde seu valor, a pessoa não mais se vê como um objeto digno de amor, o que pode contribuir para a emergência de reações melancólicas e autorrecriminações, como um pano de fundo possível para os episódios de autolesão. Lentamente, por meio do processo analítico, Júlia conseguiu elaborar parte desse mal-estar. Dessa forma, a autolesão se tornou menos frequente e ela passou a ter uma relação mais saudável com o seu corpo e consigo mesma, fato que se tornou literalmente visível em um ensaio fotográfico que fez para uma loja de roupas de festas de sua cidade. Era como se Júlia tivesse começado a se reconciliar com sua feminilidade e, ao invés de fotografar o corpo maltratado e machucado, passou a cuidar desse corpo, inclusive, frequentando uma academia de ginástica.

Carolina era chamada de “mulher-macho”, “monstrinho”, “lésbica”, colegas de escola diziam que ela tinha “mão de menino” e que “chutava feito homem”. “As pessoas me chamavam de homem da sala, homem de ferro, achavam que podiam me colocar no gol que eu não ia me machucar”. O *bullying* foi vivido corriqueiramente na escola onde estudava desde a sexta série do ensino fundamental. A insistência das injúrias levou Carolina a se questionar sobre sua própria sexualidade, embora nunca tivesse gostado de meninas e fosse

apaixonada por um colega de sala desde os doze anos de idade. Assim, ela chegou a pensar que os outros deveriam estar certos sobre ela, ou seja, que poderia ser lésbica e não saber.

Carolina sempre gostou de atividades esportivas, participava assiduamente dos treinos e dos jogos escolares. Com isso, tinha um porte atlético, dizia ter “*ossos largos*” e massa corporal compatível com a prática esportiva. Contudo, no final do primeiro ano do ensino médio, engordou alguns quilos – época em que os episódios de autolesão também eram mais frequentes –, o que afetou, ainda mais, sua autoestima, pois, além das ofensas descritas, passou a ser chamada de “*gorda*” pelos colegas. Durante um ensaio de dança para uma festa de quinze anos de uma amiga, uma jovem disse que ela parecia “*um boi de roupa*” e que seu par não iria aguentar segurá-la para executar um dos movimentos, fato que a fez desistir de dançar. Também tinha vergonha de usar vestidos e biquínis. O *bullying* se repetia dentro da própria família, uma vez que começou a ser chamada de “*gorda*” por sua irmã e seu cunhado. Sua mãe também dizia que estava gorda e que precisava emagrecer: “*o que cansa é a repetição, eu não fico feliz de ser chamada de gorda todo dia... ela [a mãe] diz: a B. é minha morena, a D. é minha branquinha e você é minha gordinha... eu não gosto [B. e D., as irmãs]*”.

Em uma das sessões, Carolina reflete a respeito dos efeitos que seus cortes tiveram sobre os colegas de classe: “*foi bom até o que houve, pelo menos no começo, até todo mundo descobrir que eu tinha me cortado... no começo, ninguém me perguntou nada e viram que eu não era de ferro, que eu era sensível também*”. A autolesão foi a forma que encontrou não só para aliviar a angústia, mas para se comunicar, uma mensagem bastante eficaz para dizer à turma que ela tinha sentimentos, que era feita de carne e osso, e não de ferro – “*homem de ferro*” –, por isso, sangrava. Carolina era tão sensível quanto as demais meninas de sua sala, mas precisou revelar isso em sua própria pele. Esse potencial comunicativo da autolesão será discutido no sexto capítulo.

Carolina boicotava os ritos escolares da maneira que podia. Todos os dias ela chegava atrasada para não precisar participar do momento de oração, pois julgava uma verdadeira hipocrisia. Conta que seus colegas de turma davam as mãos para rezar, mas, assim que adentravam à sala de aula, esqueciam tudo: “*é uma hipocrisia, 95% daquelas pessoas depois infernizam a vida dos outros 5%*”. Enquanto Kely descrevia uma “*sociedade hipócrita*” em sua carta-poema, Carolina nos fala da hipocrisia na e da escola, pois também se queixava da indiferença dos educadores frente ao *bullying*.

A situação na escola havia piorado recentemente, visto que uma amiga traiu sua confiança e começou a namorar o menino que ela gostava. Houve uma divisão na sala,

algumas pessoas estavam a favor, outras contra ela, começaram os cochichos e fofocas. Na acepção de Maldonado (2011), de uma forma geral, o *bullying* entre meninas é motivado por inveja ou ciúmes, sendo a fofoca, os boatos e os comentários maldosos os meios mais comuns de atacar a reputação da vítima que é, com frequência, uma ex-amiga ou rival. É uma espécie de vingança, uma forma sádica de prejudicar o outro, que inclui, muitas vezes, a revelação de segredos da vítima. Esse tipo de violência é mais difícil de ser identificada pelo entorno social, o que intensifica o sofrimento da pessoa, a qual se sente ainda mais vulnerável frente à violência invisível.

Certo dia, ouviu um colega de sala dizer: “o *Thiago fez bem em trocar a menina-macho pela gostosinha*”. Carolina ficou arrasada, não tinha mais vontade de ir à escola, que descrevia como “*um inferno*”, começou a comer ainda mais, deixou os treinos, parou de praticar esportes, passou a faltar nas aulas. Sofria ao se sentir distante da imagem da garota “*gostosinha*” que, supostamente, fazia o seu paquera desejar. Uma jovem descrita como delicada, vista como o seu oposto, pois se julgava “*grossa*”. Contudo, o que lhe escapava era o desejo de Thiago que, antes de namorar sua ex-amiga, tinha a pedido em namoro e que, apesar de estar com outra, nunca deixou de procurá-la. Carolina, em contrapartida, jamais deixou de recusá-lo. Há que nos remete essa cena, senão a histérica e suas tentativas recorrentes de manter insatisfeito o seu desejo, tal como descreve Freud (1905/1996) na análise do caso Dora: “aquilo que por mais intensamente anseiam em suas fantasias é justamente aquilo de que fogem quando lhes é apresentado na realidade, e com maior gosto se entregam as suas fantasias quando já não precisam temer a realização delas” (p. 106).

Nesse ínterim, os episódios de autolesão que tinham desaparecido há quatro meses retornaram junto com a vontade de morrer que sentia no começo da análise, a qual completava quase dez meses. Assustada, sua mãe a levou ao médico para que fosse medicada. Carolina julgava desnecessário o uso de medicações e quase não falou nada durante a consulta. A sua mãe pediu para ficar a sós com o médico que, após ouvi-la, receitou um ansiolítico para a filha. Não sabe o que a mãe disse, mas imagina que tenha sido algo como: “*minha filha quer se matar, ela se corta*”, declara isso em tom irônico. Nesse período, além de se cortar como fazia no começo da análise, Carolina começou a socar as paredes do quarto para aliviar a raiva que sentia dos outros e de si mesma, pois acreditava que tinha se colocado nessa situação de sofrimento, isto é, que era um pouco de “*vitimismo*” de sua parte: “*parece que eu to me colocando no lugar de vítima*”.

A esse respeito, Marangoni e Hashimoto (2017) propõem uma responsabilidade compartilhada no *bullying*, haja vista a possibilidade de uma implicação subjetiva por parte da

vítima, uma espécie de condescendência não intencional em decorrência de um sentimento secreto de culpa, que pode impedir a pessoa de se defender e pedir ajuda.

Carolina, por exemplo, não conseguia reagir às agressões proferidas pelos colegas de sala, mas era capaz de se defender, à sua maneira, nos jogos escolares. Ofendida por uma jogadora do time rival (de outra cidade), vingou-se da adversária: cortou a bola com força em direção ao rosto da jovem, derrubando-a no chão da quadra, fato descrito com uma inegável satisfação. Porém, nos limites de sua escola, ela estava vulnerável. Era incapaz de pedir ajuda, de denunciar os abusos, muito menos de revidar. Nesse e em outros espaços, tal como Freud (1924/1996zh) descreve o masoquista, ela parecia oferecer a outra face sempre que podia receber um golpe. Em uma das sessões, conta que costumava dar a outra face quando alguém a irritava e sempre procurava perdoar as pessoas (mas não a rival no jogo, pelo contrário, a castigou). Pensava consigo mesma: “*setenta vezes sete*” e procurava ver apenas o lado bom de todos, no entanto, atualmente, estava diferente, já que se mostrava mais “*irritada*”, “*brava*” e “*sem paciência*”.

Ao reler uma mensagem enviada para a ex-amiga, sentiu-se muito mal, pois foi “*indiferente*” e “*fria*”, antes era “*boa com todo mundo*”, agora não consegue mais e tem vontade de pedir desculpas por algo que não fez. Mas Carolina fez! Desejou mal à ex-amiga, agora rival, o que a deixou culpada. Além do ideal que construiu para si – era chamada de “*Virgem Maria*” pelas amigas em virtude da bondade excessiva e porque, até aquele momento, não havia namorado –, ela tinha uma imagem a zelar frente aos outros: era uma ótima aluna, solícita com os amigos, prestativa e educada. Como uma espécie de solução de compromisso, ao invés de dirigir a agressividade para o exterior, ela se autolesiona, pois, além de sentir raiva, ciúme e inveja da rival, havia o remorso por não ter aceitado namorar Thiago, tema este explorado no sexto capítulo, na seção “Do Édipo à autolesão”. Eis que Carolina, identificada à Virgem Maria, expia seu suposto pecado – o desejo de vingança – ferindo o próprio corpo, tal como Santa Teresa D’Ávila, São Francisco de Assis⁵³ e outros santos e religiosos católicos que castigavam o corpo para se elevar a Deus e combater as tentações.

Todavia, com o avançar da análise, essa situação se altera. Carolina, que nunca havia manifestado antes qualquer sentimento de raiva em relação à rival, disse que gostaria de “*esfregar a cara dela no chão da quadra*”, “*taca uma mesa nela*”, “*taca a mão na cara dela*”

⁵³ Na pintura *São Francisco de Assis Agonizante*, na capela São Francisco de Assis em Mariana, Minas Gerais, ao lado do santo, estão representados os instrumentos utilizados para a mortificação do corpo: o açoite e o cilício. O uso do cilício – um cordão áspero ou corrente de metal com pontas que se prende às coxas – é descrito já no Antigo Testamento: “E sucedeu que, ouvindo o rei as palavras desta mulher, rasgou as vestes, e ia passando pelo muro; e o povo viu que o rei trazia cilício por dentro, sobre a sua carne” (Reis, 6:30).

e, de forma interessante, conclui: “*se fosse a Carolina de três meses atrás, eu estaria me machucando, socando a parede, agora to com raiva, mas isso não é bom*”. Questionada sobre o que não era bom, a paciente suspira profundamente e, com os olhos lacrimejantes, responde: “*é decepcionante você perceber que a maldade que tá nas outras pessoas, tá dentro da gente*”. Na medida em que Carolina pôde deixar de ser a Virgem Maria, tornou-se possível pensar a raiva e dirigi-la para fora, fantasiando agressões à rival ao invés de atuar o ódio nos episódios de autolesão. À semelhança do que ocorria com as demais pacientes, a autolesão era uma forma de evitar entrar em contato com o conflito por trás dos sentimentos dolorosos que chegavam à consciência.

Entretanto, independentemente da implicação da vítima de *bullying*, tal como Carolina, capaz de reconhecer sua participação passiva (e, nesse caso, masoquista) no conflito com a ex-amiga, precisamos olhar para aqueles que, supostamente, estão fora desse circuito sadomasoquista e que deixam acontecer os abusos. Referimo-nos tanto aos colegas quanto aos agentes educacionais que presenciam tais cenas e pouco ou nada fazem para cessá-las ou evitá-las. Essa espécie de desmentido social, essa hipocrisia coletiva diante do espetáculo perverso-polimorfo, que é o *bullying* escolar, é algo que contribui para perpetuar o mal-estar nas escolas, ainda mais porque, nessa modalidade de violência, a testemunha tem papel fundamental, pois o agressor não se satisfaz apenas em provocar dor e sofrimento à vítima, seu prazer é potencializado com o riso da plateia em um verdadeiro circo dos horrores. É por isso que compreendemos o *bullying* não só sob uma via de mão dupla, como sugerem Marangoni e Hashimoto (2017), mas de mão tripla, uma vez que as testemunhas tanto podem favorecer e fomentar a violência – porque, como cúmplices, satisfazem-se com ela – quanto inibi-la, desde que não operem o desmentido.

Ademais, não desmentir começaria por dar nome a esse tipo de violência traumatizante, pois, por muito tempo, a própria cultura ignorou a existência do *bullying*, o qual foi reconhecido e definido apenas na década de oitenta pelo norueguês Dan Olweus, pioneiro nas pesquisas sobre o tema (Freire & Aires, 2012). Reconhecer o *bullying* como uma forma de violência e não desautorizar o sofrimento das vítimas são ações que contribuem não apenas para a simbolização do excesso, mas para construir e reconstruir os diques internos em prol da civilização. Tudo isso como parte das atribuições civilizatórias das escolas, dos agentes educacionais e das políticas públicas, pois, como analistas, devemos ir além e olhar para o conflito psíquico dos personagens envolvidos no *bullying* escolar. A esse respeito, vejamos mais de perto o caso de Kely.

A paciente relata ter sido vítima de *bullying* não apenas na escola, quando criança, mas também no seio da própria família⁵⁴. Durante o ensino fundamental, os primos que estudavam na mesma instituição a chamavam de “*gorda*” e diziam que ela iria acabar com a merenda. Nessa época, passou a recusar alimentos e desenvolveu uma anemia: “*pra minha família, só tem valor quem é bonito e magro, não importa o resto, se é inteligente ou não*”. Também foi alvo de injúrias raciais. Uma prima a chamava de “*macaca*” e dizia que ela tinha “*cabelo de bombri!*”. Além da violência verbal, sofreu agressões físicas por parte dos amigos dos primos várias vezes no retorno da escola para casa. Tais agressões eram incitadas por essa prima, de quem ela ainda sente muita raiva.

Contudo, os insultos não ficaram no passado. Mais recentemente, “*elas [a prima e a tia] disseram que eu era louca, não sabia como eu tava pra rua ainda, como não tinha sido internada*”. Para Kely, a sua família tinha ciúmes do tratamento que ela recebia de sua avó: “*eles são todos invejosos [seus familiares], ficam disputando quem tem o melhor celular, as melhores roupas, quem faz a melhor festa de aniversário*”. Uma tradução defensiva por parte de Kely ao projetar no outro todo o mal sem se ver implicada nessa situação, à medida que ela também procurava causar inveja à família ao mostrar os presentes que ganhava: celular, computador, maquiagens, entre outros.

Além dos primos e tios, era ofendida por sua mãe, que a chamava de “*bujão*”: “*é como se fosse um trauma, vem tudo de volta, tudo o que já vive*”. Ela tinha muita raiva de sua mãe por não ter operado a irmã caçula que tinha problemas físicos, além de um atraso intelectual, sequelas do uso de drogas durante a gestação⁵⁵. Ela temia que sua irmã passasse pelo mesmo sofrimento que ela: “*eu já sofri bullying por ser gordinha, e sofri hein, se ela tivesse operado minha irmã quando era pequena, ela não ia sofrer, porque depois, na escola, vão ficar falando*”.

No começo de uma das sessões, Kely declara: “*bati meu recorde, tive 10 crises em dois dias*”, pois soube que a referida prima estaria presente em uma festa de família que se realizaria no próximo mês. Chama de crise momentos de choro intenso, em que começa a tremer, ficar agressiva e a quebrar objetos⁵⁶, bem como se machucar e sentir vontade de se

⁵⁴ Apenas para exemplificar a insistência do *bullying* e da violência verbal nas famílias, Maju era chamada de “*aberração*” pelo irmão. Débora, caso que será apresentado no próximo capítulo, era ofendida pela segunda madrastra (teve duas durante o período da análise): “*lixo*”, “*puta*” e “*vagabunda*” foram os termos usados.

⁵⁵ Kely criticava a mãe por não trabalhar e manter a casa com o benefício social (Benefício de prestação continuada – BPC) que recebia em razão dos problemas da filha caçula. De seu ponto de vista, a mãe se aproveitava dos problemas da irmã para “*tirar vantagem*”, pois não se dedicava à sua melhora, não operou uma má formação em uma das mãos, tampouco em um dos olhos em virtude de uma catarata congênita.

⁵⁶ A avó de Kely contou que não tinha mais copos de vidro em casa, pois a neta já havia quebrado todos. Por isso, atualmente, apenas comprava de plástico.

matar. Algumas dessas crises eram seguidas por fortes dores no estômago e vômitos. Kely estava muito nervosa e conta ter vomitado sangue no final de semana. Temia encontrar a prima que “destruiu” sua infância: “*metade dos problemas que tenho foi ela que causou, ela e os irmãos dela*”. O medo de ter uma crise, de perder o controle e agredi-la era intenso. Imaginava-se saindo da festa em uma ambulância, direto para um hospital psiquiátrico, a família a chamaria de louca e ela não suportaria a humilhação. O possível encontro com a prima foi o tema de todas as sessões até a data do evento. O terror em encontrá-la cedeu espaço para fantasias sádicas que eram descritas por ela com muito prazer: imaginava-se matando a prima e jogando-a em um rio com uma pedra amarrada.

Kely foi construindo uma estratégia de defesa para ir à festa. Além dessas fantasias – que evitavam uma atuação –, fez planos reais para evitar o contato com a prima, como se sentar longe dela, do outro lado do salão. O mais interessante, porém, foi a escolha do vestido para o encontro: um tubinho preto decotado. Kely tinha seios fartos e justificou o tamanho do decote pela dificuldade em encontrar uma peça que lhe servisse. Logo que chegou à festa, uma tia a criticou: “*não tinha um vestido pra tampar os peitos*”. Magoada, sentiu vontade de chorar e se ferir, mas começou a beber.

O vestido teve repercussões. Foi assediada por um primo, que queria passar a mão em seu corpo e tentou beijá-la à força. O cunhado do tio, que tentou estuprá-la quando criança, disse que ela estava muito bonita, “*com um bundão e uns pernã*”. Embora Kely tenha criticado a atitude de ambos e se esquivado do assédio, exibir seu corpo era uma fonte de prazer sexual/pré-sexual. O vestido escolhido para ir à festa carregava uma mensagem: ela queria ser vista, chamar a atenção, seduzir, despertar o desejo nos homens da família, a inveja nas mulheres, triunfar sobre todos aqueles que a tinham ofendido na infância, em uma espécie de reparação narcísica de caráter histórico. Talvez, uma retradução de si mesma, em que ela passa a ocupar um papel ativo nas cenas de sedução intrafamiliar, já que deixou de ser a agredida, a violada, a seduzida, para tornar-se a sedutora.

Averiguaremos, mais detalhadamente no próximo capítulo, que os desencontros com a sexualidade perversa-polimorfa do outro deixam restos, resíduos a traduzir. É por isso que o excesso pulsional que origina os episódios de autolesão vem inicialmente do outro, dos abusos, da violência e do *bullying*, por exemplo, mas, posteriormente, como um corpo estranho, vem do interior do eu, como ataque pulsional, desse estrangeiro interno que nos fere e fere os demais. Assim, Kely passou a reproduzir o *bullying* com seus familiares e colegas, apelidando sua meia-irmã de “*girafa*” e declarou que 90% de sua turma era formada por negros: “*parece que abriram as portas da África*”.

Matioli e Martínez (2017) afirmam que a inversão de papéis, de passivo para ativo, é uma forma da vítima de *bullying* se assenhorear dessa situação traumática. Ao sair de uma das sessões, Kely chamou seu namorado, que a esperava no corredor, de “*elefante gordo e preto*”. O tema foi retomado na sessão seguinte, pois, como testemunhas da agressão, não poderíamos desmenti-la. Surpresa com a intervenção que deu nome à sua atitude, já que ela também tinha praticado *bullying*, sorriu e disse que era “*só uma brincadeira*”. Porém, tão perversa quanto àquelas das quais ela se queixava insistentemente na análise. Kely não havia se dado conta, ao menos até aquele momento, que ela também fazia outras pessoas sofrerem. Identificada aos agressores – pois, em análise, narrou inúmeras cenas de racismo vividas ao longo de sua vida –, ela se torna agente de violência e opera o desmentido, mas também se satisfaz.

CAPÍTULO 6

NOSSAS TRADUÇÕES: UMA TENTATIVA DE DESVENDAR O ENIGMA

*“Ao tentar traduzir em palavras o que observo
[na clínica], deparo-me com o obstáculo de que a
maior parte do nosso trabalho é inefável”.*
(Nemirovsky, 2019)⁵⁷

Este capítulo concentra a segunda parte da análise do fenômeno da autolesão voltada, sobretudo, para os principais elementos inconscientes que ajudam a sustentá-la como forma de expressão do conflito psíquico, entre o desejo e a defesa. Na intenção de compartilhar o que foi vivido no *setting* analítico, estabelecemos algumas categorias de análise, que foram tecidas com base nos conteúdos que mais se repetiram durante o trabalho com as pacientes. Como nos ensina Freud (1914/1996w), a repetição temática é um indicativo de seu caráter traumático, ou para usarmos uma expressão de Laplanche (1987), do seu caráter enigmático, que diz respeito aos restos dos (des)encontros com o outro, das mensagens intrometidas ou implantadas que não cessam de atacar o eu com vistas a forjar uma tradução mais organizadora para o excesso.

Contudo, os elementos aqui separados para fins didáticos emergiram misturados, pois são, muitas vezes, indissociáveis na prática, dadas as características dos fenômenos inconscientes de representar uma multiplicidade de sentidos condensados. Assim, ao mesmo tempo em que a autolesão era uma tradução na forma de alívio para sentimentos avassaladores, ela era um meio de satisfação pulsional e uma mensagem enigmática dirigida ao outro. Essa plasticidade da autolesão nos ajuda a compreender sua generalidade, pois está presente em diferentes quadros clínicos, da neurose à psicose.

O sentido mais conhecido da autolesão, o alívio temporário para sentimentos insuportáveis, estava não só à flor da pele, mas à flor da consciência, porque era declarado verbalmente pelas pacientes. Porém, nosso interesse maior era desvelar um pouco mais do que estava eclipsado, oferecer uma nova tradução para esse enigmático fenômeno de autodestruição cada vez mais presente na clínica, como o caráter sexual da autolesão entendida como uma resposta ao excesso pulsional, uma medida de urgência diante do torturador interno que se desdobra, também, em um ataque ao objeto.

⁵⁷ Comunicação oral ao autor. I Entrelaços: Psicanálise Vinculares, evento organizado pela Escola de Psicoterapia Psicanalítica de Maringá (EPPM), em 18 de novembro de 2019.

6.1 UM PARAEXCITAÇÃO: AUTOLESÃO COMO DEFESA

Começamos, então, com o sentido mais conhecido do fenômeno. Para tecer nossas considerações acerca do efeito defensivo da autolesão, tomamos como inspiração a metáfora freudiana descrita na IV parte de “Além do Princípio do Prazer”, que visa explicar como o psiquismo se protege do excesso de estimulações do mundo externo. Referimo-nos à ideia do paraexcitação (*Reizchutz*), em que Freud (1920/1996zd) descreve o aparelho psíquico como uma espécie de vesícula viva que vai modificando sua superfície, tornando-se mais rígida e, assim, forma um tipo de escudo protetor para manter a salvo as camadas mais profundas. Esse escudo protetor não pode existir no sentido do interior, o que exige uma forma particular de lidar com as excitações que provém de dentro, tratando-as como se viessem de fora, como ocorre na projeção, mecanismo de defesa característico da paranoia.

Essa metáfora é apenas nosso ponto de partida, pois não compreendemos esse paraexcitação em uma perspectiva biologizante, como algo existente desde as origens, mas a partir de um ponto de vista relacional, de um paraexcitação que se desenvolve graças ao encontro com o outro, às traduções auxiliadas pelo outro, permitindo a formação da tópica e as possibilidades de defesa. O reconhecimento do papel da alteridade começa com Freud (1927/1996zk), uma vez que ele considera a mãe o primeiro paraexcitação do bebê, ao protegê-lo dos excessos desprazeros de origem externa ou interna. Mello Neto e Martínez (2002) afirmam que a mãe também ajuda o bebê a organizar sua vida pulsional – tema desenvolvido pelos pós-lacanianos, mas que está implícito em Freud –, pois a função do paraexcitação vai além da proteção contra a dor, a fome, o frio etc.

A essas considerações de Mello Neto e Martínez (2002) sobre Freud, podemos acrescentar as contribuições de Anzieu e sua metáfora do Eu-pele. Anzieu (1989) aprofunda a ideia freudiana do ego corporal a partir do conceito de Eu-pele, entendido como uma espécie de precursor do Eu psíquico, que tem um papel fundamental nos primeiros tempos da formação do psiquismo, pois representa o eu para a criança. Esse Eu-pele se desenvolveria nos jogos entre mãe-bebê nos primeiros tempos de maternagem, no contato pele a pele durante os cuidados de sobrevivência. Assim como a pele demarca os limites do corpo, o Eu-pele forma um envelope psíquico organizador e estruturante. Dentre suas funções, estão a de demarcação dos limites e das fronteiras entre o interior e o exterior, de contenção, de sustentação, de comunicação e de paraexcitação, pois o Eu-pele protege o aparelho psíquico do excesso de estimulações de origem endógena e exógena. Violências e desvios nessas

primeiras relações podem causar graves desequilíbrios na constituição do Eu-pele, o que resultaria em patologias do envelope, marcadas pelo sentimento de despersonalização, de indiferenciação, fantasias persecutórias de esvaziamento e invasão, entre outras.

Para Belo (2012), o fracasso materno em sua função de paraexcitação favorece a emergência de escudos protetores mais precários para dar conta do excesso pulsional, como os casos-limite, as psicoses e as drogadições, que surgem como respostas radicais à violência da ruptura do paraexcitação ou sua má formação. Belo cita outras formas contemporâneas de padecimento psíquico que aparecem na literatura articuladas com essa má constituição do paraexcitação, como a anorexia e a hipocondria.

Cardoso e Paraboni (2010) discutem a dor crônica como um exemplo de falha no sistema de paraexcitação. A transposição da dor psíquica para a dor física é uma medida defensiva que assegura a sobrevivência psíquica em virtude de falhas no papel de paraexcitação, função considerada primária da mãe. Essa mesma ideia é retomada por Paraboni (2016), anos depois, em que reafirma que a dor física pode funcionar como um paraexcitação que protege o psiquismo de danos maiores. A autora faz uso do termo prótese do paraexcitação que, além do aspecto defensivo já citado, possibilita a descarga imediata do excesso impossível de ser ligado no aparelho psíquico. Mais do que ligar essas excitações, o paraexcitação visa dominá-las. Embora a dor física tenha uma importância capital para a economia psíquica em virtude da redistribuição narcísica que opera, há um custo alto a ser pago, pois se trata de uma descarga bruta de grandes quantidades de excitação que interfere no funcionamento do aparelho como um todo. Sem passar por um processo de elaboração, essa excitação que inunda o psiquismo pode comprometer, inclusive, os processos de pensamento.

Este aspecto defensivo da dor física – como um paraexcitação – não é algo novo. No ensaio sobre o narcisismo, Freud (1914/1996v) afirma que, durante uma enfermidade, o doente retira seus investimentos libidinais de volta para o ego. Em suas palavras:

É do conhecimento de todos, e eu o aceito como coisa natural, que uma pessoa atormentada por dor e mal-estar orgânico deixa de se interessar pelas coisas do mundo externo, na medida em que não dizem respeito ao seu sofrimento. Uma observação mais detida nos ensina que ela também retira o interesse *libidinal* de seus objetos amorosos: enquanto sofre, deixa de amar (Freud, 1914/1996v, p. 89, grifos do autor).

Em “Além do princípio do prazer”, quando se dedica ao estudo das neuroses de guerra, Freud (1920/1996zd) observa que um dano físico pode agir como uma espécie de

contrainvestimento que impede a instauração de uma neurose. Dessa forma, os combatentes feridos teriam menos propensão a desenvolver uma neurose traumática se comparados àqueles ilesos. Segundo Santos e Rugde (2014), “essa observação sugere que a ferida no corpo pode assumir um *status* de representação, fornecendo algum sentido justamente por circunscrever a dor” (p. 459). Sobre o mesmo ponto, Rocha (2001), com base nos escritos freudianos, afirma que a libido é desviada para recuperar o órgão lesado quando, junto a um trauma emocional, há, também, um trauma físico. O autor nos oferece um exemplo interessante, sublinha que, se durante uma atividade delirante o doente sofrer alguma lesão corporal, o delírio tende a cessar, pois a libido se concentrará na parte do corpo ferida. No “Adendo C”, do artigo “Inibição, sintoma e angústia”, Freud (1926/1996zj) já afirmava que esse aumento do investimento narcísico sobre o ponto doloroso provoca um esvaziamento do ego, já que todo o interesse se volta para a recuperação da parte do corpo ferida.

Nossa proposta é somar a essas formas de sofrimento relacionadas a uma falha ou má formação do sistema paraexcitação a autolesão, recurso utilizado pelas jovens para aplacar a dor psíquica por meio da dor física, uma tentativa de dar conta do excesso pulsional presente no psiquismo, excesso inominável, sentido como insuportável e que demanda uma saída urgente. Sua transposição para a esfera física se constitui uma forma radical de evitar o enlouquecimento, ou, também, o que se pode chamar de despersonalização, de fragmentação, de colapso do eu. Vilhena (2016), por exemplo, refere-se a relatos de uma angústia insuportável que ameaça a integridade psíquica, a qual a pessoa busca extravasar por meio da dor física, fazendo cortes em sua própria pele, única forma encontrada para apaziguar e acalmar a angústia e a dor de existir.

Porém, ao mesmo tempo em que a autolesão preserva o aparelho psíquico de uma ameaça de aniquilamento pelo desvio corporal do excesso pulsional, ela empobrece o eu. Quando esse excesso que inunda o psiquismo é descarregado de modo abrupto, há um esvaziamento temporário que prejudica a capacidade de representação, de ligação e de pensamento. Embora a intenção de ferir a si mesmo na autolesão possa ser realmente a de parar de pensar, interrompendo a avalanche de pensamentos e sentimentos ruins, outras funções são prejudicadas. É muito comum o prejuízo acadêmico nesses momentos, além da perda de outros interesses antes muito valorizados pelas pacientes.

A autolesão se constitui, portanto, como uma medida de urgência psíquica que alivia o excesso pulsional difícil de ser representado. Contudo, esse alívio é transitório e, em pouco tempo, o mal-estar retorna e exige uma nova ação psíquica, o que lança a autolesão no campo da compulsão à repetição. Vale lembrar que esse excesso que não se representa, mas que se

apresenta nas diferentes formas de atuação tem relação com o traumático, pois é carente de simbolização. Cardoso, Demantova e Maia (2016) também compreendem a autolesão como um ato defensivo, ao mesmo tempo em que exterioriza o que não pode ser representado, salvando o psiquismo de uma economia desobjetalizante à mercê da pulsão de morte, ela paradoxalmente acaba por reproduzir o estado traumático. “Quando o pulsional se apresenta em excesso, essa dimensão traumática é evidenciada pela impossibilidade de inscrição psíquica; conseqüentemente, pode ocasionar o apelo à esfera do corpo daquilo que não pôde ser simbolizado” (p. 118).

Nossa percepção difere um pouco desta apresentada pelas autoras, embora haja um apelo regressivo ao corporal, a autolesão não está totalmente aquém do simbólico, pois há um esboço de representação no ato, como algo pré-simbólico. As pacientes são capazes de relacionar seus episódios de autolesão à emergência de sentimentos insuportáveis, sobretudo a tristeza, a raiva e a angústia. Isso difere muito de uma somatização ou de uma dor crônica, por exemplo, que o sujeito é incapaz de fazer laço com uma experiência subjetiva, como se o sintoma fosse unicamente físico e não psicogênico. Nesses casos, a queixa inicial é orgânica, tem algo doente no corpo e a busca por ajuda é feita no campo da medicina. Quando o médico não encontra nada nesse corpo que justifique a dor é que esse paciente chega ao nosso consultório, em geral, bastante desconfiado, pois não acredita que essa dor, que “*dói de verdade*”⁵⁸, tenha vinculação com aspectos emocionais. Já as pacientes que se autolesionam anunciam a existência de uma dor emocional, um verdadeiro ataque interno que elas não dão conta, o que as leva a essa modalidade de ato-dor – para usar uma expressão de Macedo e Werlang (2007).

Iniciemos com Débora. Já na primeira sessão, após relatar o choque da família quando soube que se autolesionava, a paciente explica por que se cortava: “*pra acaba com a dor, com os problemas, tem muita briga em casa*”. O mesmo objetivo é afirmado em outra sessão: “*eu queria me aliviar dos problemas*”. Maju igualmente descreve uma sensação de alívio e “*conforto*” quando se corta, assim como deixa clara sua dificuldade em se desvencilhar do sintoma, que descreve como um “*vício*”. “*Quando eu se corto, sinto alívio, a dor passa... me corto quando tenho uns nervo. Já fiz até promessa pra para de me corta, mas não deu certo, me corto quase todo dia*”. Essa espécie de função calmante citada por vários autores (Cedaro & Nascimento, 2013; Doctors, 2007; Klonsky, 2009; Vilhena, 2016) é explicitada, também, nas falas de Júlia: “*eu prefiro a dor física do que a dor aqui [aponta para o peito], pelo menos*

⁵⁸ Fala de uma paciente que tinha crises de enxaqueca e que foi encaminhada pelo médico para atendimento psicológico.

aqui [pressiona novamente a mão sobre o peito] *acalma*”. Por seu efeito passageiro, como pode ser observado no diálogo a seguir, volta e meia os episódios se repetem na intenção de mais uma vez encontrar alívio e contenção da dor.

J: A dor física distrai a dor aqui [pressiona a mão sobre o peito].

A: Tem um nome essa dor?

J: Tem, angústia.

A: E ajuda?

J: Ajuda, por uns 2, 3 dias... hum, não, por um dia [continua pensando]. *Às vezes nem isso na verdade, menos de um dia, o alívio é temporário, só resolve na hora.*

Essa mesma busca por alívio é relatada por Cris. Na terceira sessão, o tema foi sobre a possibilidade de a avó assumir sua guarda para que pudesse sair do abrigo, lugar que descrevia como “*um inferno*”. Fala sobre a saudade da avó, que não via há quase dois anos, das expectativas em voltar a morar com ela em outro Estado, do medo de sua avó tê-la esquecido e de não responder à sua carta. Nesse momento, começa a respirar profundamente, inclina o pescoço e a cabeça para cima e para trás como se buscasse o ar que lhe faltava. Fecha os olhos, lágrimas escorrem em seu rosto, começa a apertar o braço esquerdo repleto de marcas de cortes recém feitos na intenção aparente de fazê-los doer novamente. Fica agitada, diz que sente muita vontade de se cortar naquele momento e conclui: “*não adianta chora, não adianta fala, não adianta toma remédio, nada adianta, só corta adianta*”.

Na última sessão, Cris conta que não se cortava há vários dias. Pensava na avó e no tio, não queria reencontrá-los com marcas recentes nos braços, tinha medo que sua avó ficasse triste e decepcionada, e que seu tio, que havia tentado suicídio no começo do ano, tivesse a ideia de se cortar também e todos ficariam deprimidos. Porém, o desejo de se cortar ainda estava bastante vivo: “*só não me corto por causa da minha vó, se dependesse da minha vontade eu me retaliava*”. Na mesma sessão, explica: “*o cutting, a automutilação, alivia a dor*”, e que este alívio “*dura a noite toda, o dia todo*”. Essa dor está relacionada aos sentimentos ruins que tem dentro de si: “*muito ódio, muita raiva, das pessoas e de coisas que aconteceram*”. A paciente revela que, no começo, sentia mais dor em virtude dos cortes, mas que, agora, “*não dói mais, é como um vício*”.

Kely descreve a mesma sensação de alívio: “*eu sentia um alívio da angústia... quando você se corta e o primeiro sangue sai, você sente, depois o tempo para, tudo para, e quando você vê, já cortou demais*”. A paciente observa essa perda de controle no ato em outras pessoas que também se cortam: “*tem uma colega que se cortou tanto que não tinha mais onde corta, cortou até o pescoço assim* [faz gesto com a mão marcando vários riscos horizontais no

pescoço]”. Kely se cortava durante a noite e de madrugada, em seu quarto quando estava sozinha, ritual semelhante ao de outras pacientes. Apenas Maju se cortava no quintal, isso porque ela dormia no mesmo quarto que o de sua mãe.

Porém, em momentos de grande angústia, as autolesões ocorriam na presença de testemunhas. Durante uma discussão com o irmão, a intensidade do sofrimento exigiu medidas urgentes e Maju não conseguiu esperar estar sozinha para se autolesionar. Foi um de seus piores episódios de autolesão, além das ofensas verbais, foi chamada de “*aberração*”, “*peste*”, “*de um monte de nome feio que não dá nem pra falar*”, o seu irmão ainda a mandou embora de casa, desejou sua morte e bateu nela. Maju conta que a sua mãe viu e não fez nada. Em prantos, foi para o quintal e começou a se cortar: “*o sangue pingava na grama, não conseguia parar de cortar*”.

Quanto mais intenso for o sofrimento psíquico, mais urgente será a necessidade de dar um fim a ele, também será maior a quantidade e a profundidade dos ferimentos autoinfligidos. Essa relação fica explícita na declaração de Carolina: “*eu fiz uso de bebida alcoólica na quarta, na quinta e na sexta, senão seria pior*”. Questionada sobre o que seria pior, ela responde: “*os cortes, porque eu ia me cortar mais vezes, mais forte e mais fundo*”. Ela havia começado a sessão declarando: “*essa semana foi a pior de todas*”. Estava em análise há dois meses e tinha discutido com sua mãe e sua irmã. Reclamou da diferença de tratamento, a mãe comprou presentes caros para a irmã, enquanto ela estava sem celular – o que a impedia de se comunicar com os amigos. Sentia-se injustiçada, triste e magoada. Em tom de desabafo, expõe:

Se for ver, nem é por causa da minha irmã que fico assim, é mais por causa da minha mãe, foi ela quem impôs essa diferença entre a gente [silêncio]. Eu podia até me dar melhor com ela [a irmã], mas daí ficou esse abismo entre a gente.

Essa foi a primeira sessão que Carolina se queixou de sua mãe – o que não parou mais⁵⁹. Talvez, beber tenha sido uma forma de anestesiá-la os sentimentos hostis em relação à mãe, derivados de uma demanda de amor frustrada e da conseqüente inveja e a raiva da irmã, supostamente a preferida da mãe, afetos estes que ela evitava entrar em contato.

⁵⁹ O caso de Carolina nos lembra a ideia da mãe morta de Green (1998). O autor não se refere à morte real da mãe, mas a uma depressão materna que leva ao desinvestimento do bebê e, conseqüentemente, a um trauma narcísico. Tais pacientes apresentam queixas eternas em relação às mães relativas à sua incompreensão, rigidez ou maldade, porém, conclui o autor: “minha surdez recaía sobre o fato de que, por trás das queixas relativas às atuações da mãe, suas ações, perfilava-se a sombra de sua ausência” (p. 253).

Mas Carolina tinha aprendido a partir de outros episódios de autolesão que, em momentos de grande angústia, ela perdia o controle sobre seus atos. Assim, fazer uso de bebidas alcoólicas foi uma estratégia encontrada, um novo paraexcitação para tentar se proteger do ataque interno. Júlia também tem a mesma sensação, de que a magnitude dos ferimentos é proporcional ao mal-estar: *“no começo eu me arranhava menos, de vez em quando, e era mais fraco... depois foi aumentando e comecei a me arranhar mais forte, que deixava marcas, parece que quanto mais angústia, mais forte”*.

Na maior parte das vezes, os episódios de autolesão eram desencadeados por conflitos interpessoais, logo após brigas e desentendimentos, sobretudo com membros da família e pessoas queridas, mas também após o *bullying*, outras vezes emergiam após o despertar de lembranças perturbadoras como abuso, sequestro e violências vividas. Quando não era possível se agredir de imediato, a autolesão era praticada tão logo as pacientes estivessem sozinhas, preferencialmente em seus quartos ou no banheiro. Os objetos citados pelas pacientes foram: lâminas de barbear, lâminas de apontadores de lápis, agulhas, caco de vidro, tesoura, faca, estilete, pistola de cola quente.

É digno de nota que tais objetos eram guardados pelas pacientes em locais especiais, com grande cuidado e apreço, de forma a que pudessem ter acesso quando precisassem. Maju guardava em seu porta-joias, o que nos dá ideia do valor que tais objetos assumem, pois são valiosos para aplacar sentimentos insuportáveis. Cris, por não ter um espaço de intimidade na Casa Lar, guardava sua lâmina na fronha do travesseiro. Quando o esconderijo foi descoberto, passou a guardá-la entre o sutiã e o seio, pois dizia que ali ninguém iria mexer. Ferreira e Costa (2018), a partir do depoimento de uma jovem que se refere à lâmina como sua amiga, igualmente descrevem a importância dos instrumentos utilizados para se ferir.

Diante de um estado de desamparo, e sem o apoio parental necessário, referir-se à lâmina como melhor amiga representa que este objeto ao menos testemunha seus atos e está presente nos momentos em que encontra alívio; por isso esse instrumento de corte passa a ser valorizado (p. 145).

A partir dos relatos das pacientes, foi possível observar que a dor provocada pela autolesão tem uma meta defensiva: age como um paraexcitação reduzindo a angústia em excesso presente no aparelho psíquico ao desviar o foco da dor emocional para a dor física, o que funciona como uma espécie de contrainvestimento para a dor psíquica, porém o seu efeito é apenas temporário. Além do nítido valor econômico da autolesão, pois uma grande quantidade de excitação interna é desviada para fora do aparelho psíquico, preservando-o, há

um prazer de caráter sadomasoquista que se entrelaça a esse extravasamento pulsional no corpo. Vejamos.

6.2 AUTOLESÃO E MASOQUISMO: O PRAZER NA DOR

A relação entre a autolesão e o masoquismo foi alvo da atenção de vários pesquisadores, ora com destaque ao prazer na dor autoinfligida (Araujo, Chatelard, Carvalho & Viana, 2016; Cedaro & Nascimento, 2013; Matha, 2010), ora vinculada ao masoquismo moral e à satisfação do sentimento de culpa, que se desdobra em uma demanda inconsciente por punição, tema da próxima seção.

Embora o masoquismo tenha marcado presença em Freud desde o início de seus escritos, foi apenas em 1924, com o artigo “O problema econômico do masoquismo”, que o autor avança nas discussões sobre seus impasses econômicos graças a outras descobertas importantes que lhe serviram de recurso para repensar o seu caráter paradoxal.

A primeira menção ao termo data dos “Três Ensaios”, trabalho dedicado à análise da sexualidade e suas perversões. Nesse texto, Freud (1905/1996j) descreve o par de opostos sadismo e masoquismo como elementos componentes da sexualidade humana, os quais poderiam assumir características perversas quando de uma fixação, sendo compreendidos sob o viés psicopatológico. “O sadismo e o masoquismo ocupam entre as perversões um lugar especial, já que o contraste entre a atividade e a passividade que jaz em sua base pertence às características universais da vida sexual” (p. 150). As raízes do sadismo são derivadas da agressão e da inclinação humana a dominar e subjugar. O masoquismo, por sua vez, é descrito como secundário, pois é derivado do sadismo que se volta contra o próprio eu, de modo a abranger todas as formas passivas de relação com o objeto, sendo sua manifestação mais extrema à satisfação sexual mediante dor física ou anímica provocada pelo parceiro sexual. Masoquismo e sadismo são considerados perversões apenas quando a satisfação sexual depender exclusivamente da sujeição ou dos maus-tratos perpetrados ao objeto.

No texto “Pulsões e destinos da pulsão”, de 1915, o masoquismo é descrito como o retorno do sadismo contra o próprio eu, um dos destinos da pulsão. Nesse momento, o masoquismo ainda é percebido como secundário em relação ao sadismo, compreensão que se mantém em “Uma criança é espancada”, de 1919, artigo que tem como base a análise de uma fantasia de espancamento que despertava forte excitação sexual nas pacientes de Freud.

A partir do trabalho analítico, Freud (1919/1996zb) conclui que a criança espancada é provavelmente uma irmã ou irmão que despertara intensos ciúmes na paciente, portanto, fantasiar o espancamento dessa criança odiosa é algo prazeroso. A fantasia caminha de “uma criança é espancada” por um adulto indeterminado na primeira fase, para “o meu pai está batendo na criança”, seguida de “meu pai está batendo na criança que *eu odeio*” (p. 201, grifos do autor). Essa segunda fase levaria à seguinte conclusão: “o meu pai não ama essa criança, *ama apenas a mim*” (p. 202, grifos do autor), fato prazeroso para o sujeito. Em razão do sentimento de culpa pelo mal desejado a essa criança, o castigo não poderia ser mais severo, o sadismo se volta contra o próprio eu. “O meu pai me ama” se converte em “meu pai está me batendo”. Para Freud (1919/1996zb), essa fase tem caráter masoquista. Na terceira fase, várias crianças são espancadas, não mais pelo pai que aparece na segunda fase, mas por um substituto indeterminado, como um professor. Essa fantasia se liga a uma intensa excitação sexual que comumente termina com um ato masturbatório. O material clínico à disposição de Freud favoreceu a construção desses três tempos da fantasia em meninas, embora tenha deixado clara sua presença também em meninos. Nesse caso, a mãe tomaria o lugar do pai nas agressões na fase dois. Freud conclui insatisfeito que a exposição dessa fantasia ainda não é suficiente para esclarecer a gênese do masoquismo, assim mantém a convicção de que este é secundário em relação ao sadismo.

A possibilidade de um masoquismo originário – não um retorno do sadismo contra o próprio eu – começou a se delinear em “Além do princípio do prazer” (1920), com a introdução do conceito de pulsão de morte e seus desdobramentos, sobretudo em torno da compulsão à repetição presente nos sonhos das neuroses traumáticas e nas brincadeiras infantis, situações nas quais o ego reviveria experiências dolorosas no intuito de se tornar senhor delas pela inversão da passividade em atividade. Nesse texto, o sadismo passou a ser visto como uma parte da pulsão de morte que foi afastada do ego graças à atuação da libido narcísica. Isso o levou a cogitar um masoquismo primário.

No artigo “O problema econômico do masoquismo”, Freud (1924/1996zh) afirma textualmente a possibilidade de se obter satisfação por meio do desprazer e da dor, fato que põe em xeque o princípio de prazer como guardião de nossa vida mental, assim como admite a existência de aumentos de tensão prazerosos e rebaixamento desprazerosos, sendo a excitação sexual seu principal exemplo. O masoquismo deixa de ser secundário em relação ao sadismo, torna-se primário e originário no sujeito. Nesse trabalho, Freud define três tipos de masoquismo: o erógeno, o feminino e o moral. Afastando-se da perspectiva psicopatológica dos “Três Ensaios”, o masoquismo erógeno é definido como o resultado da fusão entre as

pulsões de vida e de morte, base para os demais. Embora o conceito tenha sido pouco desenvolvido por Freud, sua definição é criticada por Laplanche (1991/1993b) que rejeita a existência de pulsões fundamentadas sob o ponto de vista biológico e constitucional. Para Ribeiro (2013), essa crítica de Laplanche se refere ao novo efeito do extravio biologizante de Freud, que resulta na limitação da fantasia masoquista ao masoquismo feminino, compreendido como secundário em relação ao masoquismo erógeno.

O masoquismo feminino, por sua vez, sustenta-se em fantasias que colocam o sujeito em uma posição de passividade. Seu conteúdo manifesto inclui ser amordaçado, espancado, maltratado, ser, enfim, como bem o observa Freud (1924/1996zh), tratado como uma criança travessa que merece castigo, daí, sua íntima relação com a vida infantil. Vale destacar que as torturas masoquistas se distanciam sobremaneira dos atos de sadismo e que nenhum dano deve ser provocado especialmente aos olhos e aos genitais. No masoquismo erógeno e no feminino, as dores e os sofrimentos estão erotizados, daí, sua capacidade de produzir prazer sexual. Para Freud, as fantasias masoquistas lançam o sujeito a uma posição característica da feminilidade, como ser castrado, ser copulado ou dar à luz a um bebê. O aviltamento e os maus-tratos devem necessariamente partir do objeto e isso faz parte de um jogo erótico que se processa dentro de certos limites.

Para Laplanche (1991/1993b), o artigo “Uma criança é espancada” oferece o melhor exemplo da gênese de uma fantasia, pois não tem origem endógena. A cena de espancamento é uma cena de sedução, uma mensagem, e a fantasia é o resto não simbolizado na mensagem do outro, só ela pode ser fonte da pulsão. Em suas palavras:

“*Meu pai espanca um irmãozinho ou uma irmãzinha*” é uma mensagem endereçada a ego [não no sentido da instância psíquica, mas da pessoa em questão], mensagem ao mesmo tempo não-sexual e sexual, desde então implantado em ego como um “a traduzir”: o movimento inicial do sadomasoquismo não é centrífugo, mas centrípeto (p. 172, grifos do autor).

A vinculação entre o masoquismo e o feminino já estava presente desde 1919. “Pode-se ter como certo que os instintos com propósito passivo existem, particularmente entre as mulheres. A passividade, contudo, não é a totalidade do masoquismo” (Freud, 1919/1996zb, p. 209). Essa observação é bastante interessante quando pensamos na autolesão, pois, além de ser um fenômeno predominantemente feminino (Maharajh & Seepersad, 2010; Ross & Heath, 2002; Wood, 2009), há uma mescla entre sadismo e masoquismo, já que a pessoa é, ao mesmo tempo, agressora e agredida, algo e vítima, ativa e passiva, fato este também descrito

por Matha (2010), que compreende a autolesão como uma regressão ao masoquismo erógeno na tentativa, via compulsão à repetição, de simbolizar experiências traumáticas que não encontraram inscrição psíquica, assim compreende a autora:

Em resposta ao desamparo experimentado durante uma experiência traumática anterior, reatualizada *après-coup* na adolescência, o adolescente assume uma posição ativa (ele ou ela opera o corte) e passiva, receptiva (ele ou ela recebe o corte e experimenta a dor); dupla posição que procura garantir o controle do “jogo” por uma recuperação (ilusória), onde o sujeito finge desejar o que na verdade não consegue controlar. Portanto as escarificações testemunham um componente compulsivo, de tensão, ligado a uma experiência vivida como um impasse (p. 263; tradução nossa).

Essa relação masoquismo-passivo-feminino é retomada por Freud em 1933, em sua “Conferência XXXIII” sobre a feminilidade, ocasião em que afirma a necessidade de uma grande quantidade de atividade para se chegar aos fins passivos. Sem negar a existência de impulsos masoquistas também nos homens, Freud vincula o masoquismo à posição feminina em face à passividade na função sexual e à grande influência dos costumes sociais que compelem às mulheres a uma posição passiva.

A supressão da agressividade das mulheres, que lhes é instituída constitucionalmente e lhes é imposta socialmente, favorece o desenvolvimento de poderosos impulsos masoquistas que conseguem, conforme sabemos, ligar eroticamente as tendências destrutivas que foram desviadas para dentro. Assim, o masoquismo, dizem as pessoas, é verdadeiramente feminino (Freud, 1933/1996zp, pp. 116-167).

Já o masoquismo moral, como descrito por Freud (1924/1996zh), apresenta-se, em geral, como uma sensação de culpa inconsciente. O sentimento inconsciente de culpa é substituído pela necessidade de punição, já que esse sentimento está presente na consciência do sujeito, pois é da natureza dos afetos que estejamos cômicos deles. Nesses casos, a pulsão de destruição se volta violentamente contra a própria pessoa, tomando feições diversas, desde atitudes autodestrutivas, como a perda do emprego ou ter um casamento infeliz, até a reação terapêutica negativa que age em contraposição ao processo de cura. Para Laplanche (1991/1993b), a definição do masoquismo moral é a que tem menos aporias, salvo sua aparência não sexual, por isso não podemos esquecer que a pulsão, em suas múltiplas formas de apresentação, é sempre sexual, não há masoquismo (mesmo o moral) sem traços de excitação sexual.

Para Conte (2002), essas diferentes formas de masoquismo ampliam as possibilidades de manifestações psicopatológicas, pois não se restringem ao sofrimento infligido pelo

parceiro amoroso, mas se estende a múltiplas formas de padecimento, desde aquelas perpetradas contra o próprio corpo, por meio de inibições como a infertilidade, as agressões e a anorexia tão presentes na clínica contemporânea, até os sofrimentos próprios à esfera moral.

No que se refere especificamente à autolesão, a satisfação pulsional se entrelaça à dor e ao desprazer, pois é regida por outra lógica que não a do princípio do prazer. É frequente no relato daqueles que se autolesionam a presença de sentimentos intensos antes do ato os quais são eliminados ou reduzidos por meio da prática da autolesão, ato este capaz de reduzir a tensão interna e produzir uma sensação prazerosa para o eu mesmo diante da dor física, como se prazer e dor estivessem misturados e indissociados, situação observada por outros pesquisadores.

Rodríguez et al. (2007) observam a existência de um prazer vinculado à prática da autolesão e citam a fala de uma paciente que se cortava: *“Saia sangue... enquanto eu o fazia não pensava em nada... muita ansiedade... eu lidei com um índice muito alto de angústia. Quando via que começava a sangrar eu gostava, algo em mim se tranquilizava”* (p. 247). Cedaro e Nascimento (2013), por exemplo, a partir da análise de três casos de mulheres jovens que se autolesionavam atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPs), sugerem a existência de um componente autoerótico na autolesão, como uma forma de masturbação regida pela pulsão de morte. Ao mesmo tempo em que ameniza a angústia, a lesão autoinfligida gera simultaneamente prazer e dor, muitas vezes, um prazer que aparece escondido em meio às lamentações das pacientes, as quais encontram conforto na dor e no sangue que escorre dos ferimentos: *“provocar-me dor física, rasgando a pele, me deixa momentaneamente calma. Sinto um enorme prazer”* (p. 209). Araújo, Chatelard, Carvalho e Viana (2016) também apontam para esse prazer vinculado aos episódios de autolesão: *“muitos automutiladores inclusive comparam o prazer dessa descarga com o orgasmo obtido por meio da masturbação ou do ato sexual”* (p. 505).

Na clínica com nossas pacientes, esse prazer na dor e no sofrimento apareceu ora de forma mais velada, ora mais explícita. Após mais de um ano de análise, Carolina descreve a mudança em sua própria postura diante das provocações da colega de sala. Ao invés de se machucar, passou a sentir raiva da colega-rival. Dentre as intervenções feitas, uma delas nos interessa expor aqui pela resposta mobilizada. A interpretação em forma de pergunta foi mais ou menos esta: *“Você percebeu que antes, quando alguém a ofendia, a machucava, você se machucava de novo, fisicamente, se cortando, que você pagava duas vezes?”*, eis que a paciente responde: *“ah, vai ver eu gosto de sofrer [risos]”*. Na tentativa de elucidar o sentido da fala, a paciente se atrapalha, enrubesce e conta preferir sofrer a fazer alguém sofrer.

A frase, o riso, o rubor e a dificuldade de aclarar o que sente remetem a uma posição masoquista que volta e meia retornava às sessões, seja em tom de brincadeira, seja em forma de autocríticas. Vimos, anteriormente, que Carolina sentia estar se colocando no lugar de vítima diante do *bullying* escolar, assim como dizia oferecer a outra face ao ser ofendida, em uma posição de mártir valorizada por sua mãe, uma mulher muito católica que insistia na necessidade dela suportar o sofrimento, pois ela era uma menina “forte”. Havia, portanto, além de uma introjeção dos ideais maternos, como de força e bondade – os quais ela traduz à sua maneira na imagem da Virgem Maria oferecida pelas amigas como uma assistência à tradução – um prazer no sofrimento, seja ele autoinfligido, seja provocado pelo outro.

No entanto, dentre todas as pacientes atendidas, Cris é quem deixava mais explícito o prazer em se autoagredir. Ela se dizia masoquista e descreve o sentido da palavra: “*é ter prazer na dor*”. E, para sentir mais dor, costumava passar álcool ou sal sobre os cortes. Em uma das sessões, levanta a blusa e mostra um corte que tem na barriga, expõe que foi o maior que já fez e o vincula a uma briga que teve com a mãe: “*quando eu lembrei que tinha batido nela, eu me cortei, passei a gilete e o sangue escorreu no chão*”. Explica que, nesse momento, sentiu “*alívio e prazer*”, alívio porque se sentia culpada por ter revidado e batido em sua mãe, mas sorrindo completa: “*o prazer é difícil explicar*”. É digno de nota que o prazer na dor se entrelaça à satisfação do sentimento de culpa, à vingança contra o objeto causa da dor, ao ataque indireto ao objeto internalizado (por meio da identificação melancólica, por exemplo), em uma verdadeira miscelânea de sentidos possíveis para o ato. Mas o que não se pode deixar de notar nessa narrativa é o prazer erótico em agredir e ser agredida pela mãe, assim como descreve Freud (1924/1996zh) ao se referir as fantasias infantis de ser espancado, as quais, por uma deformação regressiva, estão próximas ao desejo de ter relações sexuais (passivas) com os pais.

Em outra sessão, Cris olha para os cortes no antebraço esquerdo, acaricia-os suavemente e diz: “*é maravilhoso, não dá pra explicar, depois sinto vergonha*”. O prazer e a vergonha enunciados por Cris nos remetem a um prazer sexual proveniente desse ataque ao próprio corpo, como uma espécie de estimulação autoerótica atravessada pela pulsão sexual de morte, talvez, um substituto da masturbação, como sugerem Cedaro e Nascimento (2013), pois a superfície do corpo é hiperestimulada em resposta a uma grande excitação interna em uma busca por reequilíbrio. No caso de Cris, essa excitação pode estar vinculada às fantasias de espancamento atuadas na relação com a mãe, assim como em Maju, veremos mais à frente, e suas fantasias de espancamento do irmão que, além do prazer, incitavam a culpa.

No capítulo anterior, descrevemos inúmeras violências pelas quais Kely passou ao longo de sua infância, mas nem todas foram lembradas na sessão com a mesma tonalidade. Contou que sua avó, que a criou no lugar de sua mãe, surrou-a duas vezes na vida. Uma delas foi quando faltou à escola, ocasião em que a avó ficou muito nervosa, jogou-a no chão, surrou-a e pisou no seu pescoço. Esse espancamento só terminou com a intervenção de sua mãe. O que chamou a atenção foi seu comentário ao final da narrativa: “*só eu sei a força que tem aquela velhinha, eu, meu pescoço e meu cabelo [risos]*”. Aparentemente, não havia ressentimento, mas certo prazer, denunciado pelo riso e pela forma ainda carinhosa de se referir àquela mulher forte capaz de jogá-la ao chão, mas que era tratada como uma “*velhinha*” frágil. A nosso ver, isso só foi possível, porque o bater na neta portava uma mensagem enigmática semelhante à: “eu te bato porque quero o seu bem”, mensagem desconhecida pela própria avó, e que não deixa de ser uma tradução de suas próprias pulsões, cujo conteúdo real é recalcado. Diferentemente das demais cenas de violência, esta Kely era capaz de traduzir, pois via amor e não apenas sadismo, o que não exclui sua presença. É como se a justificativa da avó tivesse servido como uma assistência à tradução, o que tornou a mensagem parcialmente metabolizável e não pura intromissão, que deixou como resto um traço masoquista que enlaça não só amor e dor, mas prazer e dor, o que também permitiu recalcar o sadismo da avó.

Em sua leitura sobre o masoquismo à luz da teoria da sedução generalizada, Andrade (2011) propõe que as três categorias de masoquismo – que Laplanche afirma afetar o corpo (o erógeno), a fantasia (o feminino) e as relações (o moral) – são soluções para o enigma da sexualidade, especialmente quando o teor das mensagens provindas do adulto é sádico, o que exige uma resposta complementar e oposta por parte da criança, fato que nos ajuda a esclarecer essa saída em Kely. Eis a hipótese sustentada pelo autor:

... o masoquismo consiste numa resposta (tradução) narcísica e defensiva, complementar e diametralmente oposta ao enigma lançado por um adulto cujas mensagens sexuais inconscientes relevaram traços predominantes sádicos, no contexto da sedução inerente à relação criança-adulto (pp. 56-57).

Não apenas a dor emergiu erotizada no discurso das pacientes, mas também as marcas das lesões. Débora descreve com satisfação a reação do namorado ante seus cortes: “*ele faz carinho na cicatriz e fala que vai sarar [risos seguidos pelo enrubescimento da face]*”. Dar um beijo para sarar, por exemplo, é uma forma erótica de ressignificar uma experiência

dolorosa. É fato notável como as crianças ainda bem pequenas aprendem rápido o poder desse remédio amoroso, correndo às mães pedindo beijinhos sobre os mais diversos ferimentos.

Para Anzieu (1989), quando não é possível dar fim a uma dor, erotizá-la pode ser uma saída para impedir a desorganizar psíquica, é o que a mãe frequentemente faz quando pega no colo, acaricia e conversa para atenuar a dor de seu filho, pois o que se compartilha não é a dor – experiência subjetiva única –, mas a defesa contra ela. Quando a mãe é afetada por uma depressão, ou mesmo, nos casos de indiferença, a dor física pode ser uma última tentativa de requisitar sua presença e seus cuidados, de forma que a criança venha a se sentir amada somente dessa maneira. Daí, as queixas hipocondríacas e as doenças físicas. “Uma tentativa de restituir a função de pele continente não exercida pela mãe ou pelo círculo humano está, em último caso, em se auto-infligir um envelope de sofrimento, o que iremos ver: sofro, logo existo” (p. 257).

Mais do que um apelo de cuidado ao outro, o corpo ferido pela autolesão pode ser pensado como um apelo para uma assistência de tradução frente à mensagem sexual do outro, que se inscreve na própria pele durante a sedução que parasita os cuidados com o corpo infantil, mas, sobretudo, quando brutalmente intrometida no abuso sexual e na violência passional. Talvez, essa violência experimentada nos laços com os objetos significativos, fato comum na história de vida daqueles que se autolesionam, por provocar uma superestimulação da superfície corporal, tenha contribuído para a emergência da pele como órgão frágil, aquele sobre o qual a pulsão se fixou. Machucar a si mesmo, vimos, é ocupar um duplo papel: ativo e passivo, sádico e masoquista, em uma tentativa simultaneamente real (pelo corte) e fantasmática de dominar e ligar o excesso pulsional despertado nos desencontros com a sexualidade do outro.

Além da possibilidade de se obter prazer pela dor, a autolesão está vinculada ao masoquismo moral, o qual, segundo Laplanche (1993), entra em cena nas relações interpessoais e intrapessoais. Veremos, na próxima seção, que o sentimento de culpa, desencadeador importante para o ato, desdobra-se em uma demanda inconsciente por punição e, assim, o ataca contra si mesmo produz uma satisfação ao nível superegóico.

6.2.1 Do Édipo à autolesão: sentimento de culpa e castigo

Vimos, no segundo capítulo, que a autolesão está fortemente vinculada ao sentimento de culpa (Araújo, Chatelard, Carvalho & Viana, 2016; Favazza & Rosenthal, 1990; Klonsky,

2009; Noshpitz, 1994; Pommereau, 2006b; Walsh, 2007). Porém, ferir o próprio corpo em resposta ao sentimento de culpa não é um recurso novo, faz parte da história da humanidade. Está presente desde a Antiguidade Clássica, nos mitos e ganha notoriedade na Idade Média, com as práticas cristãs de autoflagelo como forma de expiação dos pecados (Cascardo, 2002; Munhoz & Rossetti, 2013), pois, para salvar a alma, tem de castigar o corpo (Badinter cit. por Martínez & Mello Neto, 1998).

A tragédia de Édipo Rei é conhecida por todo psicanalista, o que não nos exige grandes explicações. O que nos interessa destacar desse mito é o seu desfecho, quando Édipo, ao descobrir que havia assassinado o pai e tomado sua mãe como esposa, cega a si mesmo. Por sua riqueza simbólica, já na *Interpretação dos sonhos*, de 1900, Freud o toma de empréstimo para representar o que ocorre a cada um de nós na infância, igualmente fadados à mesma maldição que o oráculo lançou sobre Édipo: “é destino de todos nós, talvez, dirigir nosso primeiro impulso sexual para nossa mãe, e nosso primeiro ódio e primeiro desejo assassino, para nosso pai” (p. 289). Mas o destino é implacável e Édipo é castigado pelo ato abominável, por incorrer na *hýbris*⁶⁰. Ao espectador da peça, a severidade da punição parece injusta porque o herói não tinha consciência do crime, porém, é psicologicamente correta, afirma Freud (1927/1996zm), pois se há culpa, deve haver castigo.

Martínez (2017) realiza uma leitura psicanalítica sobre os mitos e conclui que o destino dos heróis após cair em grave erro é com frequência uma morte trágica. “O que se pune fundamentalmente – e é disso que tratam os mitos gregos – é o excesso, a ultrapassagem do *métron*, ou a medida certa ditada pelos deuses, paradoxalmente representantes da cultura” (p. 70). No caso das pacientes, não eram os deuses que determinavam a medida certa de seus atos, mas, sim, a instância crítica interna representante da cultura, que instaura uma culpa moral sempre em conflito.

Em vários momentos de sua obra, Freud recorre à literatura para analisar o tema da culpa. Aparece desde suas referências a Édipo, como também em seu exame sobre a tragédia de Shakespeare, *Hamlet*, (Freud, 1900/1996h), e em sua análise de *Os irmãos Karamazov*, de Dostoievski, vinte e sete anos depois. Nesse último artigo, Freud (1927/1996zm) afirma que as três obras-primas tratam do mesmo tema, o parricídio, que desde a escrita de “Totem e tabu”, em 1913, é considerado uma fantasia partilhada por todos e principal fonte do sentimento de culpa e a conseqüente necessidade de punição.

⁶⁰ Na mitologia clássica, a *hýbris* diz respeito à falta grave, ao crime do excesso, da ambição desmentida, do orgulho e do ultraje aos deuses. Não apenas Édipo, vários heróis foram castigados por incorrer no erro gravíssimo da *hýbris*, dentre eles, Prometeu, Ícaro, Belerofonte, Tântalo, entre outros (Sousa, 2012).

Na tragédia de Édipo, a fantasia infantil é explícita e o herói que comete o parricídio é severamente punido. Martínez (2017) explica que, na mitologia, os castigos a que são submetidos os heróis acompanham a gravidade e a intensidade da ação cometida. Eis o destino trágico de Édipo, pois ser cegado é equivalente a ser castrado (Freud, 1924/1996zh). Em *Hamlet*, a culpa reaparece, mas recalcada, sendo desvelada por suas consequências. Para Freud (1900/1996h), quando Hamlet se mostra incapaz de vingar o assassinato do pai, sua inibição denuncia a fantasia parricida, ele não era melhor do que o homem que matou seu pai e tomou sua mãe como esposa, este apenas realizou seus desejos infantis recalcados. Já no romance russo, a narrativa gira em torno da investigação sobre a morte de Fiódor Karamazov, tendo como principais suspeitos seus quatro filhos. Ao final, à exceção de Aliocha, os demais filhos de Fiódor desejaram a morte do pai, portanto, sentiam-se igualmente culpados pelo crime cometido. “É indiferente saber quem realmente cometeu o crime; a psicologia se interessa apenas em saber quem o desejou emocionalmente e quem o recebeu com alegria quando foi cometido” (Freud, 1927/1996zm, p.194).

Essa equivalência entre atos e desejos reaparece em “O Mal-estar na civilização”, texto em que Freud (1930/1996zo) esclarece a dupla origem da culpa. Na primeira delas, a culpa deriva de uma ação reconhecidamente má praticada pelo sujeito, que teme ser punido por uma autoridade externa com a perda do amor e o conseqüente desamparo. Enquanto a autoridade desconhece a falta o sujeito se encontra protegido, só há o temor de ser descoberto. Porém, quando a autoridade é internalizada pelo estabelecimento do superego, a distinção entre atos e desejos se esvanece, pois nada pode ser escondido. Renunciar a satisfação não basta, porque o desejo persiste e não pode ser negado devido à onisciência do superego, que passa a atormentar o ego e a exigir uma punição. A ameaça externa da perda do amor e do castigo dá lugar ao sentimento de culpa e à necessidade de punição. Essa introjeção da agressividade, embora útil à civilização, tem como consequência a infelicidade individual pelo incremento do sentimento de culpa.

Essa discussão inicial visa lançar um pouco mais de luz sobre o conflito psíquico das pacientes, pois correlaciona um desejo inaceitável ao sentimento de culpa e à autopunição, o que denuncia uma dinâmica sadomasoquista entre o ego e o superego. Assim, veremos que, em resposta ao sentimento de culpa, as pacientes puniam a si mesmas por meio da autolesão. Diferentemente do autoflagelo cristão, elas tinham dificuldade em relacionar o ato a uma atitude autopunitiva pela ação do recalçamento, mas esse sentido transparecia em expressões aparentemente inocentes.

Cris chega à sessão mais cedo, senta-se e mostra o antebraço esquerdo repleto de cortes recém feitos: “*isso tudo por causa de um pacote de bolachas [risos]*”. Havia se cortado na escola, mas o problema ocorreu no abrigo, ao pedir um pacote de bolachas para Cíntia, cuidadora que tinha em elevada estima, outra cuidadora a repreendeu dizendo que já havia ganhado doces recentemente. Furiosa, diz ter sido “*estúpida*”, mas Cíntia não merecia ter ouvido tantos insultos. Chegou à escola sentindo muita “*raiva e tristeza*”, quebrou um apontador de lápis e, com a lâmina, começou a se cortar. “*Eu sei que o que eu falei machucou elas, que vai ficar cicatriz, daí eu cortei pra sentir a dor que elas sentiram*”. Cris feriu a cuidadora que mais gostava, foi má, portanto, precisava ser punida. O seu sorriso no início do relato denota uma satisfação masoquista presente no ato, não bastava se arrepender, pois o remorso era insuficiente, o superego exigia um castigo.

Mas o conflito em Cris se instalava, de fato, quando o ódio e o desejo de morte recaíam sobre a avó. Ela se autolesionava de forma violenta, pois a angústia era avassaladora. Lembrava-se de ter amaldiçoado a avó quando criança, de tê-la mandado “*para o quinto dos infernos*”. Nessas ocasiões, fazia muitos e profundos cortes pelo corpo e dizia: “*às vezes, tenho vontade de pegar uma faca e me rasgar*”. Ao mesmo tempo em que sentia mágoas da avó por ter permitido que morasse com a mãe (após uma briga em que foi ameaçada por traficantes da cidade) –, o que resultou em sua prostituição, no recolhimento ao abrigo e no internamento psiquiátrico –, Cris se recordava do amor da avó expresso no cuidado e no carinho que recebia dela, mas que, na época, “*não dava valor*”. Nessas horas, a ambivalência se fazia presente, a raiva e o amor estavam misturados, uma vez que a avó era corresponsável pelo seu destino cruel junto à mãe. Não apenas isso, os preceitos religiosos seguidos pela avó eram diametralmente opostos aos seus desejos. Cris gostava de meninas, queria tatuar seu corpo, usar *piercing*, fazer uso de bebidas alcoólicas, porém, para estar junto de sua avó, precisaria abdicar dessas fontes de satisfação, o que aumentava, ainda mais, sua ambivalência.

A sua avó era sua única esperança para sair do abrigo. Cris dependia da avó para sua sobrevivência física e psíquica, tinha medo de não aguentar ficar mais tempo na Casa Lar, de matar alguém lá, de enlouquecer e de se matar. Assim, o desejo de morte da avó, objeto vital para ela, era ferozmente punido por meio dos episódios de autolesão, o que, de certa forma, garantiria que ela não atacasse a avó. Segundo Matioli e Martínez (2018), a autolesão é “uma forma de desvio da pulsão para não atingir o outro, se oferecendo como objeto da própria

pulsão, o que introduz um funcionamento pautado numa lógica masoquista, o que também proporciona satisfação⁶¹” (p. 171).

Mas não bastava se ferir, Cris precisava sangrar. Conta que costumava fazer cortes em cima dos que já tinha feito para sentir mais dor e para que não fechassem: “*me corto até ver o sangue subir, não sei por que, não entendo, mas todo mundo que se corta é assim*”. As feridas de Cris precisavam se manter abertas para simbolicamente drenar o mal. Deixar fluir o sangue é uma maneira de tirar do corpo o que há de ruim no seu interior, um tipo de purificação. Na esfera psíquica, é impossível fazer escoar os sentimentos ruins, mas quando eles são deslocados para o corpo, materializados no sangue – à semelhança dos já citados fenômenos de materialização histórica (Ferenczi, 1919/2011g) –, este algo ruim, sujo, podre e pecaminoso pode sair junto com o sangue que escorre dos ferimentos. Da mesma forma que um dreno retira o líquido, o sangue e o pus, isto é, o excesso decorrente de uma intervenção no corpo como uma cirurgia, os cortes abertos de Cris drenavam, junto com o sangue, o excesso pulsional impossível de ser metabolizado.

A dor física proveniente da autolesão funciona ao mesmo tempo como um paraexcitação e como um meio de autopunição, o que traz satisfação. O simbolismo do sangue completa a cena de sacrifício, o que ajuda a aliviar o sentimento de culpa. “*Eu acho lindo as marcas, não assim, com sangue*”, completa Cris. Este “*não assim*” se refere aos cortes no braço que estavam em processo de cicatrização, já formando uma camada escurecida, uma casca. Questionada sobre o sentido que o sangue assumia para ela, responde: “*é sinal de sofrimento*”. Cris precisava sofrer, pois havia pecado. Orava pelo perdão da avó, de Jeová, o seu deus, mas era incapaz de perdoar a si mesma.

Essa ideia do sangue derramado para a redenção dos pecados faz parte da cultura religiosa e é encontrada em várias passagens bíblicas, o que pode servir como uma assistência à tradução. Em Hebreus 9:22, temos o sacrifício individual: “e quase todas as coisas, segundo a lei, se purificam com sangue; e sem derramamento de sangue não há remissão”. E em Mateus 26: 27-28 há o sacrifício de Cristo para salvação de toda a humanidade: “E, tomando o cálice, e dando graças, deu-lho dizendo: Bebei dele todos, porque isto é o meu sangue, o sangue no Novo Testamento, que é derramado por muitos, para remissão dos pecados”.

Passadas algumas semanas, Cris chega à sessão angustiada e conta sobre uma conversa por telefone que teve com a avó, descrita como uma mulher de muita fé. Diz que sua avó falou que o “*diabo*” estava tentando atingi-la por meio das pessoas que ela gostava, que

⁶¹ Alguns aspectos teóricos apresentados neste capítulo da tese foram inicialmente discutidos no capítulo *Autolesão na adolescência: um estudo psicanalítico* (Matioli & Martínez, 2018).

tinha feito seu filho tentar suicídio e agora fazia sua neta se cortar. Comovida pelas falas da avó, Cris fez uma espécie de combinado com o diabo: falou “*em voz alta*” para ele ficar longe dela, que ela também, por sua vez, ficaria longe dele. Questionada sobre o teor desse acordo, Cris esclarece que ficar longe dele era evitar “*as coisas do diabo*”. Após insistir na pergunta, envergonhada, ela explica do que se trata: “*espiritismo, imoralidade sexual, masturbação, pensamento suicida, cortes e filmes de terror, pois eles abrem a porta para o diabo*”.

Eis que Cris havia pecado, não só pelos sentimentos hostis em relação à avó que amava, mas também porque experimentara prazeres supostamente proibidos. Culpada por ter se rendido às tentações do diabo, ela se punia nos episódios de autolesão, porém, simultaneamente, vimos, encontrava prazer na dor em um verdadeiro círculo vicioso: culpada, cortava-se; ao se cortar, sentia prazer; o prazer gerava culpa. Incapaz de dar conta sozinha do excesso pulsional, ela planejava fazer uma tatuagem na intenção de parar de se ferir: “*queria escrever um salmo no braço, aqui [passa a mão sobre suas cicatrizes], assim não teria mais coragem de me cortar*”. Inscrever a palavra de Deus sobre sua pele marcada seria uma forma de sacralizar as cicatrizes e produzir um recalçamento, na esperança de forjar um continente para o pulsional.

A culpa também se fazia presente na história de Maju. Suas primeiras sessões foram marcadas pelo luto decorrente da perda de um amor, sofria com o término recente de uma relação homoafetiva, sua ex começou a namorar outra jovem e, quando via as fotos das duas juntas, cortava-se. Não conseguia resistir ao ímpeto de olhar o *facebook* de sua ex, tema de várias sessões. A paciente tinha ciência de que isso lhe causaria grande sofrimento, mesmo assim, continuava em seu *voyeurismo* masoquista. Sentia-se culpada pelo término da relação, arrependida por coisas que deixou de fazer e deixou de falar, cortar-se após ver a suposta felicidade de sua ex era uma forma de se castigar. Sentia-se culpada por gostar de meninas, sentimento potencializado por seu irmão que a chamava de “*aberração*”, com isso, tinha medo de ir para o inferno, pois dizia que, na bíblia, a homossexualidade era uma “*abominação*”. Até aqui, falamos a respeito de uma culpa mais ou menos consciente em Maju, mas essas não eram as únicas fontes desse sentimento.

Maju tinha muita dificuldade de entrar em contato com seus sentimentos hostis em relação ao irmão e à mãe. Em uma das sessões, nitidamente envergonhada, consegue dizer que sentia raiva do irmão, mas que se sentia uma pessoa muito ruim por isso. Em outra sessão, esse ódio surge sob a forma da famosa fantasia de espancamento, pois Maju expõe que seu irmão apanhou pouco da mãe na infância e por isso ficou “*sem educação*”, além de que sua mãe deveria ter colocado limites nele, “*devia ter batido bem mais*”.

Não obstante, o prazer dessa fantasia – muitas vezes atuada nas cenas de violência entre os irmãos – dá lugar à culpa, o castigo é severo e o sadismo se volta contra o próprio eu. Maju não esperava a punição externa, pois a instância parental já estava internalizada, ela mesma se punia nos episódios de autolesão, encontrando ali uma satisfação masoquista e autoerótica, pois, segundo Freud (1919/1996zb), essa fantasia é ligada a uma intensa excitação sexual que comumente termina em um ato masturbatório. Nesse sentido, a autolesão pode ser um substituto da masturbação, já que a ação do recalçamento permite um deslocamento dos genitais para a superfície corporal – sendo a pele a zona erógena por excelência do corpo (Freud (1905/1996j) –, além de outras coincidências: os dois atos são repetitivos, feitos às escondidas, amiúde provocam vergonha se são revelados e os episódios findam quando a pessoa encontra alívio.

Nem tudo, porém, era ódio. Maju parecia demandar do irmão o papel de um pai, tinha muitas expectativas em relação a ele, que sempre eram frustradas. Oito anos mais velho, vendedor de uma loja de produtos eletrônicos, o irmão tinha melhores condições financeiras, mas não ajudava nas despesas da casa. Nem sempre a aposentadoria da mãe era suficiente, tendo passado necessidades enquanto o irmão se alimentava fora, indo para casa apenas para dormir. Outras vezes, queixava-se de ir para a escola no frio ou na chuva, sem nunca o irmão se oferecer para levá-la ou buscá-la de carro. Além da raiva e da tensão geradas pelas agressões físicas, o irmão frustrava suas demandas de amor e cuidado, o que aumentava, ainda mais, sua ambivalência em relação a ele.

Contudo, a hostilidade em relação à figura materna permanecia reprimida. Apesar das brigas e queixas em relação à negligência materna, paradoxalmente, Maju dormia na mesma cama com a mãe todos os dias, ainda que tivesse o seu próprio quarto. Embora se sentisse rejeitada pela mãe e tivesse dúvidas sobre o seu amor, ela não conseguia se afastar, pois a mãe também não permitia. Ora Maju era destinatária do sadismo materno, ora a mãe demandava a presença da filha no leito, destinando a filha parte da libido antes dirigida ao ex-marido⁶². Em meio ao excesso do sexual, proveniente do irmão e da própria mãe, os cortes assumiam múltiplos sentidos: serviam como castigo para apaziguar o sentimento de culpa; reduziam a excitação interna mobilizada pelas mensagens enigmáticas que circulavam entre os membros da família; e tinham o sentido de uma separação, como se Maju desejasse, literalmente, cortar a relação abusiva entre ela e a mãe forjando um espaço seguro entre ambas. Para Roussillon

⁶² Para Matioli e Martínez (2012), após a separação, muitos pais dirigem aos filhos a libido antes destinada ao ex-parceiro. Assim, não é raro que levem os filhos para o leito vazio, contudo, trata-se de um demanda excessiva em face ao caráter erótico do convite, pois ocupar o lugar do pai é ocupar o lugar do amante.

(2013b), as patologias narcísicas são marcadas por uma dupla ameaça no encontro com os objetos: quando estão muito próximos, são intrusivos, mas, quando o sujeito tenta se afastar, é confrontado com uma angústia de abandono, o que descreve bem a situação de Maju, apesar de sufocada pela mãe, não podia viver sem ela.

A partir da análise de um caso de autolesão, Andrade e Herzog (2013) observam a mesma relação de submissão em relação ao objeto materno e consideram a autolesão uma resposta ao excesso avassalador decorrente da presença obsedante do objeto primário. No caso de Maju, a postura invasiva da mãe era sentida não apenas em sua narrativa, mas em atos. O excesso de presença materna foi sentido na própria análise, pois, no começo, a mãe levava a filha às sessões, queria sempre “*dar uma palavrinha antes*” e, ao final, perguntava como tinha sido a sessão assim que abria a porta.

Para Andrade e Herzog (2013), esse tipo de relação, por seu caráter invasivo, mobiliza sentimentos de ódio que podem retornar sobre o próprio sujeito em um movimento masoquista. Isso ajuda a manter fora da consciência o destinatário real do ódio, preservando o objeto primário. “O ato de *cortar*, sugere, em um sentido figural, uma tentativa de romper, à força, a ligação com a figura materna absoluta, erradicá-la, expulsá-la através do agir compulsivo dirigido à *realidade* do corpo” (p. 145, grifos das autoras). Para as pesquisadoras, a impossibilidade de representar, por meio da palavra, a excessiva intrusão do outro, dá lugar a respostas não-simbólicas, como a autolesão. Porém, a nosso ver, a autolesão não está totalmente aquém do simbólico, ela se constitui uma primeira tentativa de tradução do excesso pulsional, embora seja uma saída precária, ela carrega vestígios de significação, os quais demandam um outro para o seu deciframento.

Diferentemente de Cris e Maju, pacientes limites, Carolina apresentava um quadro neurótico e, por isso, tinha um mundo interno mais rico e mais recursos defensivos. Após a sua família descobrir que se cortava e vendo a tristeza no olhar do pai, Carolina prometeu a ele que não mais se cortaria, contudo, quebrou a promessa: “*agora não to preparada, mas um dia vou contar pra ele que me cortei de novo... eu prometi pro meu pai que não ia mais fazer isso, mas eu decepcionei ele* [chora copiosamente]”. A paciente enxuga as lágrimas e continua o seu discurso, crê que o pai a desculpará, pois “*ele perdoou até o bandido que tentou assaltar minha irmã e meu cunhado*”. E que crime Carolina tinha cometido para se comparar ao bandido e que demandava uma confissão ao pai e a necessidade de seu perdão? A paciente conta amar muito seu pai, com quem possui uma forte vinculação emocional, decepcioná-lo causava imensa dor. Assim, culpada, Carolina se cortava, ao se cortar, sentia culpa. Mas qual seria, então, a culpa primeira que dava início a todo esse movimento? Por que ela se cortava?

No artigo “A psicanálise e a determinação dos fatos nos processos jurídicos”, Freud (1906/1996n) faz uma analogia entre o criminoso e o histérico, pois ambos guardam um segredo, a diferença é que o criminoso oculta algo propositadamente, enquanto, para o neurótico, o segredo está oculto de sua própria consciência, porque se encontra recalcado. A ignorância simulada conscientemente pelo criminoso contrasta com a ignorância autêntica do neurótico. E o que Carolina ignorava de seus próprios desejos e fantasias que a tornava tão culpada quanto o bandido que assaltou sua família? O que ela estaria roubando? Ao discorrer sobre uma paixão por um colega, essa culpa se tornou menos obscura. Embora gostasse do jovem e este tivesse se declarado para ela, Carolina não conseguiu aceitar o pedido de namoro. Alegava não saber se era a pessoa certa e que não tinha “*necessidade disso*”, pois já tinha tudo o que precisava: “*meu pai [pausa], minha família, não tenho necessidade de mais nada*”. O pai e seu amor transparecem em primeiro lugar, e assim, revivendo o Édipo, Carolina era incapaz de colocar outro homem importante em sua vida. Assumir sua paixão era trair seu pai. Por outro lado, vimos, Carolina dizia ter nascido porque o seu irmão havia falecido, portanto, em fantasia, também estaria roubando o seu lugar.

Essa culpa por roubar/ocupar o lugar do irmão-morto, interpretação forjada no primeiro ano de análise, ganhou novos elementos de sustentação. Teve início com seu descontentamento quando soube que a irmã esperava um menino. Antes do nascimento do sobrinho, Carolina já mostrava ciúmes da irmã, sentia-se excluída por ela e, depois do nascimento, sentia ciúmes da atenção que os seus pais dispensavam ao primeiro netinho. Certo dia, ficou responsável pelos cuidados do sobrinho, então, com três meses de idade, enquanto sua irmã fazia compras. Nesse período, o sobrinho, que ela dizia não gostar e chamava de “*chato*”, chorou “*até perder o ar*”, o que a deixou com raiva e com vontade de “*tacá-lo na parede*”. Sem saber o que fazer para acalmá-lo, tentou dar mamadeira, mas o sobrinho recusou, pois chorava muito. Colocou um travesseiro no rosto dele na suposta intenção de deixar o quarto mais escuro, depois uma fralda para ver se dormia.

Quando questionada sobre o sentido de tampar o rosto do sobrinho com um travesseiro, a paciente se mostra constrangida e diz se sentir “*mal e culpada*”, e caso sua mãe e irmã soubessem, ela apanharia. Incitada a pensar nas possíveis razões que a levaram a tratar o sobrinho dessa forma, bem como a rejeitá-lo, a única associação que faz é relativa ao sexo do sobrinho, que é um menino como o seu irmão. Eis que o ato de Carolina revela o desejo de morte em relação ao sobrinho, fato que a faz se sentir culpada e merecedora de uma punição. A nosso ver, esse simulacro do assassinato por asfixia do sobrinho-irmão se relaciona ao fantasma de seu nascimento, reatualizado com o nascimento do sobrinho, pois crê que, se seu

irmão não tivesse morrido, ela não teria nascido, como se houvesse uma espécie de troca, de uma vida pela outra: “se tu morres, eu vivo!”. Daí advém parte de sua culpa, potencializada pelas mensagens enigmáticas da família em torno do seu nascimento, uma culpa perene que ela não sabia localizar, mas que estava sempre a pagar.

Na sessão seguinte, o tema da culpa reaparece sob novo viés. Carolina se sente responsável pelo rompimento com as amigas e por ter ganhado peso no último ano. Decide provar o vestido de sua festa de quinze anos “*só pra me humilhar*”, pois sabia que não serviria mais. Na mesma hora, observa uma foto das antigas amigas juntas e chora. O retrato cai e, ao ver os cacos espalhados pelo chão do quarto, sente uma angústia avassaladora e uma enorme vontade de se ferir. Aperta os cacos de vidro contra as mãos e somente interrompe o episódio de autolesão quando vê o sangue escorrer. Ela ficou decepcionada consigo mesma, pensou que estava ficando “*louca*” na hora, pois “*parecia estar fora mim*”, e até então acreditava que “*não precisava mais disso* [referindo-se aos cortes]”. Aliviada após se ferir, como se nada houvesse ocorrido, calmamente, retirou os pedaços de vidro das palmas das mãos com uma pinça, como se, nesse momento, a parte mais saudável de si mesma viesse em socorro daquela mais fragilizada, em mais um exemplo do que Ferenczi (1932/1900) chamou de anjo da guarda ou elementos órficos.

Nessa mesma sessão, Carolina conta ter sonhado com o inferno, estava surpresa porque nunca se lembrava dos sonhos. Estava ela, o pai e a irmã mais velha em um local repleto de piscinas naturais e com estatuetas de deuses hindus. De repente, uma fumaça começou a surgir de um buraco, uma espécie de bueiro repleto de fogo. Seu pai e ela tentam apagar o fogo sem sucesso. Desse buraco, sai ela mesma, toda vermelha, e essa outra Carolina para em sua frente e a encara. Suas ricas associações falam por si mesmas. Começou dizendo apreciar os deuses hindus e cita Shiva, estátua presente no sonho. As piscinas representavam o paraíso e o buraco de fogo o inferno. Quando se vê saindo do buraco-inferno, sente que é o seu próprio “*tormento*”, pois diz se colocarem situações nas quais se sente mal, culpada, daí, pune-se “*como se fosse um purgatório*”. E ao purgatório, sabemos, vão as almas que precisam pagar por seus pecados, por seus desejos proibidos, e assim se purificar.

Algo mais se destaca nesse sonho, pois, no hinduísmo, Shiva é um deus supremo – representado por uma figura masculina com quatro braços comumente sentado em posição de lótus – considerado destruidor e regenerador, porque destrói para transformar. Esse caráter destruidor e renovador representa um pouco do trabalho analítico em virtude da destruição-retradução dos fantasmas de Carolina, pois ela sai da posição de vítima do outro para se perceber vítima de suas próprias pulsões, haja vista que, no sonho, ela é o seu próprio diabo. É

como se a parte clivada do eu, de que fala na sessão, revelasse a outra uma verdade até então desconhecida, mas atuante, que ela faz da sua vida um verdadeiro inferno. Como observa Reis (1997), em determinados momentos de uma análise, alguns sonhos “produzem efeitos que vão além da revelação de um desejo inconsciente, de uma interpretação. São sonhos que tem efeito curador, revelam para o sonhador algo de novo, inscrevem em sua vida psíquica novos sulcos significativos” (p. 120). Indo além, talvez esse sonho tenha sido provocado pela própria situação analítica, pois, há algum tempo, ela já vinha se aproximando dessa verdade.

A culpa também se fazia presente em Júlia e antecedia os episódios de autolesão. Porém, por muito tempo, ela se manteve oculta sob a forma de uma angústia difusa que doía no corpo. Júlia era incapaz de nominá-la, sentia uma forte pressão no peito e uma sensação de sufocamento, além de episódios de insônia que a levavam a se automedicar. A história de Júlia é ilustrativa. Nela, podemos articular as ideias de Freud, Ferenczi e Laplanche de forma bastante interessante. Com dez meses de atendimento, Júlia conta algo importante. Por meio do celular, relata um assédio vivido quando criança. A seguir, destaca-se a transcrição completa do conteúdo da mensagem de texto:

Quando eu era criança eu brincava com umas crianças mais velhas que eu, eu tinha 6 ou 7 anos, daí um dia um menino pediu para ver minhas partes íntimas e eu mostrei, mas eu não sabia que era errado eu juro, teve outro dia que ele queria que eu tivesse relações com outro menino da minha idade tbm, mas daí eu não deixei. Ficavam insistindo pra eu fazer e eu não queria. Eu nunca tive coragem de contar por vergonha, mas isso me assombra, tenho vergonha. (Júlia)

Embora o assédio não tenha sido contado no *setting* tradicional, ele precisava ser acolhido. Assim, foi preciso aceitar o limite de Júlia, incapaz de se deparar com o seu fantasma sem o uso de uma defesa: a distância que o celular proporcionava. Não se trata, obviamente, de fazer análise por telefone, mas de se adaptar, empaticamente, à necessidade de Júlia e considerar a mensagem de texto parte do material de análise, pois é produzida em meio à transferência.

A sessão seguinte após o envio da mensagem começou com assuntos triviais, nitidamente uma forma de resistência. Foi preciso retomar o conteúdo da mensagem para não desmentir o fato, algo grave ocorreu em sua história e Júlia tinha requisitado uma testemunha. Júlia expõe que nunca contou a ninguém sobre o fato, tinha medo da reação das pessoas, “*de como iam me olhar, o que iam pensar!*”. Temia pelo olhar de “*dó*” e não queria que ninguém tivesse dó dela, não sabia explicar o porquê.

Quando pequena, costumava brincar com um grupo de vizinhos: o vizinho mais velho, de nove anos, o mais novo, de sete, e seu primo, um ano mais velho. Certa vez, na casa do vizinho mais velho, quando os demais se afastaram, ele pediu para ver “*suas partes íntimas*”, conta ter abaixado a roupa e levantado rápido, “*foi como tirar uma bala do bolso*”. Essa foi a primeira cena. Pouco tempo depois, no caminho para o reforço escolar, parou na casa do mesmo vizinho para brincar com os meninos. Esse vizinho “*mais espertinho*”, que “*era maior e já sabia das coisas*”, pediu para ela e o vizinho menor abaixarem a roupa novamente. Conta que ele insistiu e, depois, pediu para o vizinho menor “*colocar dentro*”. Nesse momento, percebeu algo de errado, levantou a roupa e foi embora. A paciente se recrimina: “*se eu tivesse ido pro reforço, isso não teria acontecido*”. Conta que ninguém a tocou e, por isso, não sabe dar um nome ao que viveu, sabe que não foi estuprada, mas toda vez que ouve falar em um estupro fica comovida: “*eu sei como é você não ter controle sobre seu corpo*”.

A paciente expõe que não tem raiva do vizinho mais novo, pois estava na mesma situação que a sua, ele também foi pressionado. Sente-se mal e procura atravessar a rua somente quando encontra o vizinho mais velho, aquele que dava as ordens, para não encontrá-lo. A paciente não tem coragem de contar aos pais, visto que seria “*uma decepção*” e porque teme pelos efeitos da revelação: “*acho que meu pai vai querer matar ele [o vizinho mais velho]*”, e Júlia não quer que isso aconteça. Declara que tentou contar para sua mãe na época, “*acho que falei que eles estavam fazendo coisas que eu não estava gostando, não lembro*”, mas seu primo desmentiu e disse que eram “*brincadeiras de criança*”. Júlia conclui: “*ela [sua mãe] não teve muito interesse em saber o que estava acontecendo, daí eu desisti de contar*”. A paciente conta ter passado alguns anos sem dar muita importância ao fato, mas, na adolescência, ele voltou a lhe assombrar.

Por volta dos 13 anos, aquele primo com quem brincava na infância a ameaçou: “*vou contar pra sua mãe suas brincadeiras com os meninos*”. Júlia ficou com muito medo do primo revelar o acontecido e, a partir daí, começou a se arranhar. Recriminava-se insistentemente por ter desobedecido à mãe, por ter ido à casa do vizinho ao invés de ir para o reforço. Mas a culpa de Júlia não estava relacionada apenas à desobediência da mãe que resultou em seu descaminho – tal como na história infantil da *Chapeuzinho Vermelho* que, ao pegar o caminho mais curto, deparou-se com o Lobo Mau –, mas era decorrente de sua participação na cena.

Em nova sessão em torno do tema, Júlia exclama: “*eu não queria ter participado daquilo!*”. Júlia não sabe explicar, mas sentia que, de alguma maneira, tinha participado da cena, apesar de sua aparente passividade. A culpa de Júlia decorre não somente do fato de ter

desobedecido à mãe e por isso ter sido vítima do suposto abuso, mas por ter voltado à casa do vizinho “*mais espertinho*” mesmo após este pedir para ver “*suas partes íntimas*”. Aqui, a conclusão de Freud (1927/1996zm) sobre o caso dos *Irmãos Karamazov* se aplica igualmente, pois não importa qual das crianças realmente cometeu o crime, mas quem o desejou e dele tirou alguma satisfação, seja Júlia em se exhibir e daí tirar uma satisfação narcísica, seja os meninos, em olhar. “Não há inocência no inconsciente” (p. 267), apresenta-nos Laplanche (1980/1998b), pois toda culpa é justificada. Face à realidade psíquica do inconsciente, até no crime fantasiado, aquele que não é executado, de fato, o desejo, a transgressão e o arrependimento estão sempre intrincados.

A história de Júlia nos remete à dimensão da responsabilidade discutida por Freud e retomada por Laplanche. Em “Responsabilidade moral pelo conteúdo dos sonhos”, segundo ensaio do artigo “Algumas notas adicionais sobre a interpretação dos sonhos como um todo”, Freud (1925/1996zi) considera, sem muita objeção, que o sonhador é responsável pelo conteúdo imoral de seus próprios sonhos. Embora os desejos egoístas, sádicos e incestuosos dos quais os sonhos dão seu testemunho não façam parte do ego, eles fazem parte do ser, estão reprimidos no inconsciente, portanto, eles compõem o id, instância sob a qual o ego se assenta. Para Freud (1925/1996zi), negar que tais conteúdos pertencem ao sonhador é desconsiderar tudo o que a psicanálise nos ensinou: “aprenderei, talvez, que o que estou repudiando não ‘está’ apenas em mim, mas vez ou outra ‘age’ desde mim para fora” (p. 147). Essa responsabilidade se amplia para além da imoralidade dos sonhos, engloba os atos e desejos que estão em desacordo com nossa instância moral. Júlia sofre, pois se sente responsável pelo que aconteceu, porque também participou de alguma forma – por exemplo, voltando à casa do vizinho. É por isso que Júlia não queria que ninguém tivesse “*dó*” dela, assim como não queria que seu pai matasse o vizinho – uma fantasia –, pois igualmente culpada, Júlia não era digna de pena e o castigo não cabia somente ao vizinho, mas a ela também.

No artigo “Responsabilidade e Resposta”, Laplanche (1994/1995) retoma o texto freudiano supracitado e discute a noção de responsabilidade sob a ótica da teoria da sedução generalizada. Critica a postura de Freud que atribui a responsabilidade do sonho inteiramente ao sonhador, sustentando sua posição nas relações entre o ego e o id, este último, tomado como uma instância biológica sem qualquer relação com a alteridade. A partir da leitura de Laplanche, podemos entender que nem os sonhos, nem os desejos são de responsabilidade exclusiva do sujeito, pois há algo que vem do outro que os incita e desperta. Referimo-nos à

extrangereidade das mensagens enigmáticas presentes na comunicação entre os seres humanos.

No caso de Júlia, o pedido do vizinho para ver suas “*partes íntimas*” e para “*colocar dentro*” gera uma infinidade de enigmas: “o que ele quer de mim?”, “por que esperou estar sozinho comigo?”, “colocar onde?”. Isso tudo provoca uma excitação que Júlia não pode dar conta. Como não é tão espertinha quanto o vizinho maior que possui um *plus* de saber sobre questões da sexualidade, ela é incapaz de traduzir sozinha a mensagem que lhe é proposta. Recorre à mãe para relatar o ocorrido, porém, seu primo, testemunha do fato, desmente Júlia e diz que foram apenas “*brincadeiras de criança*”. Sem saber ao certo o que aconteceu e sem possibilidades de traduzir o excesso vivido, a única resposta possível para Júlia, naquele momento, era permanecer próxima aos vizinhos e ao primo, tanto em busca de códigos para entender o ocorrido quanto porque gostava deles, já que eram seus amigos.

Somente mais tarde, na adolescência – *après-coup* –, com novos códigos tradutivos, Júlia começa a ressignificar a cena vivida da infância, porém, o excesso deixa restos, resíduos não traduzidos que agem como objetos-fonte da pulsão sexual de morte que passam a atacar Júlia desde o interior. Ela faz traduções que a fazem se sentir culpada, como: “devia ter ido ao reforço”, “ter obedecido minha mãe”, “ter evitado o contato com os vizinhos”, “ter contado de outra forma” –, pois achava que sua mãe não tinha entendido seu relato. Identificada ao agressor, Júlia assume a responsabilidade sobre o abuso, tem raiva de si mesma, culpa-se e se pune. Mais grave do que o próprio evento que despertou um excesso pulsional, a rigidez da tradução de Júlia completou seu caráter traumático. Talvez, se tivesse sido acolhida na infância, não tivesse sido desmentida, seus códigos tradutivos seriam outros e Júlia poderia traduzir o excesso de forma menos danosa, sem internalizar a culpa do agressor e a consequente necessidade de punição.

A história de Júlia nos faz pensar tanto no trauma ferenciano, pela presença do desmentido na infância, quanto no trauma em dois tempos proposto por Freud, referente à ideia de *après-coup*, pois foi somente na adolescência, após ser ameaçada pelo primo, que ela ressignificou a cena vivida quando criança, o que deu lugar aos cortes. A nosso ver, não há contradição entre os modelos, mas complementaridade, fato este defendido por Molin (2016) em sua proposta do trauma em três tempos. Eis a tese do autor:

Salientamos que o trauma pode chegar a ter três tempos, o que não significa que sempre venha a tê-los ou que as fases envolvidas em sua formação sejam sempre três. O primeiro tempo ao qual chamamos a atenção do leitor, dizia respeito ao momento do choque ou da comoção psíquica, da experiência que não pode ser integrada, que, a partir do exterior,

rompe o escudo protetor contra estímulos. O segundo tempo que discutimos foi o de ressignificação posterior da experiência de choque – ao ser integrado, o evento ocorrido no primeiro tempo passa a ter um efeito propriamente traumático. Entre o primeiro e o segundo tempos encontramos discutida na teoria, a partir de Ferenczi, uma fase intermediária: após o choque causado no embate com o meio externo, o indivíduo procura integrá-lo com a ajuda dos objetos externos, volta-se a eles na tentativa de ligar a experiência disruptiva (p. 220).

Molin (2016) não propõe a generalização desse modelo, mas aponta sua existência e seus efeitos sobre o psiquismo, em especial a cisão psíquica descrita por Ferenczi, pois quando a criança não encontra acolhimento e reconhecimento após o primeiro tempo do trauma, além de perder a confiança no ambiente, ela não será capaz de integrar a experiência excessiva, uma vez que não dispõe de elementos de ligação que são negados pelos objetos.

À luz da teoria da sedução generalizada, poder-se-ia afirmar que o que se nega, fundamentalmente, são os assistentes de tradução para que a criança possa fazer frente à mensagem sexual do adulto, ou, no caso de Júlia, da criança mais velha, o vizinho mais espertinho, aquele que tinha um a mais de saber inconsciente do que ela e a seduziu.

É digno de nota que, nos “Três Ensaio”, ao discorrer sobre as pulsões parciais, Freud (1905/1996j) considera tipicamente infantil o desejo de olhar e de exhibir os órgãos genitais. Embora reconheça que tal desejo possa sofrer influência da sedução e, assim, adquirir uma importância central na vida da criança, Freud escorrega no biologicismo que Laplanche não se cansa em apontar em sua obra. Ademais, toma a pulsão de ver como mais uma manifestação espontânea da sexualidade, como se esta, conforme afirma Laplanche (1987), não fosse implantada em nós pelo outro. É por isso que não podemos falar acerca da responsabilidade de Júlia, mas de sua resposta, a qual, sem outras possibilidades mais organizadoras, traduzia o excesso pulsional se autolesionando.

No caso das autolesões presentes em quadros neuróticos poder-se-ia pensar que haveria uma satisfação silenciosa – recalcada – da qual somente temos notícias através do ato que se expressa como uma autopunição – a defesa – diante do que foi desejado. É isto que proporcionaria um alívio, o castigo mesmo que temporário, para atos, pensamentos, sentimentos e desejos intoleráveis ao eu, pela ação de um superego rígido, severo e cruel (Matioli & Martínez, 2018, p. 171).

Para Freud (1930/1996zo), se há culpa, é porque se deve. E se deve, tem de se pagar. “Podemos supor, então, que frente ao desejo, frente à sexualidade está a culpabilidade e esta última é indicadora que, nalguma medida há que se responsabilizar ou, mesmo, é o efeito de uma assunção de responsabilidade perturbadoramente forçada” (Martínez, 2011, p. 28).

Transformar o sofrimento psíquico, em dor concreta, na autolesão, é uma forma de delimitar e de circunscrever o excesso pulsional que não cessa em atacar o eu.

Por fim, no texto “O ego e o id”, Freud (1923/1996ze) reconhece o sentimento de culpa como um forte obstáculo ao progresso da análise, uma verdadeira resistência à cura, pois o sofrimento da doença é uma forma de punição que alivia a culpa. Essa observação é válida para nossas pacientes, porque a autolesão era capaz de satisfazer, ao menos temporariamente, a necessidade inconsciente de punição fruto do sentimento de culpa, o que tornava bastante difícil e demorado abdicar dessa saída sintomática. Em virtude da plasticidade da libido, além da autolesão, foi possível observar nas pacientes outras manifestações autodestrutivas, o que fortifica a ideia de uma posição masoquista. Estas, embora de caráter mais indireto, ainda se constituíam formas ruidosas de satisfazer o silencioso sentimento de culpa sempre à espreita de uma punição pelo sofrimento. Podemos citar o uso abusivo de bebidas alcoólicas e mesmo de drogas, a exposição a riscos desnecessários, a falta de cuidados com a saúde em seus múltiplos aspectos, como faltar às consultas médicas e às sessões nos momentos mais produtivos.

Há mais de um ano, Kely não menstruava, tampouco marcava uma consulta médica, dizia que se tivesse um câncer “*seria bom, assim já morro de uma vez*”. Ela também não fazia uso correto dos antidepressivos e antipsicóticos, ficava dias sem tomá-los e misturava-os com bebidas alcoólicas. Carolina, que praticava vários esportes, chegou a jogar vôlei com o braço trincado. “*Meu pai falou que sempre gostei desses esportes, mais radicais. Eu nunca me importei em me machucar... eu não me importo muito comigo*”. Discorre, também, sobre a sua falta de cuidado ao andar de cavalos, seu pai pede para não cavalgar na estrada, pois os vizinhos da chácara dirigem em alta velocidade: “*ele diz que posso dar de frente com algum carro, mas eu não ligo muito*”. Já Júlia se automedicava, tomava o dobro ou o triplo da medicação prescrita, segundo ela, na intenção de dormir: “*nessas horas, eu não penso... não me importo muito comigo*”.

Freud (1923/1996ze) observa que o sentimento de culpa atinge grande intensidade em duas enfermidades bastante conhecidas, na neurose obsessiva e na melancolia, pois, em ambas, a severidade do superego resulta na tirania sobre o ego. “Na neurose obsessiva, o que estava em questão eram impulsos censuráveis que permaneciam fora do ego, enquanto que na melancolia o objeto a que a ira do superego se aplica foi incluído no ego mediante identificação” (p. 64). Veremos logo mais que, no caso da autolesão, há uma semelhança com a dinâmica dos quadros melancólicos, pois o ego reconhece a culpa e se submete ao castigo sem resistência, sobretudo porque está identificado ao agressor que age desde o interior.

6.2.2 Cicatrizes do trauma: um olhar sobre a vergonha

Diferentemente da culpa, a vergonha recebeu pouca atenção da psicanálise e isso desde Freud. As primeiras referências ao tema aparecem nas publicações pré-psicanalíticas, no “Rascunho K”, por exemplo, Freud (1896/1996d) afirma que as experiências sexuais traumáticas vividas na infância, que estão na gênese da histeria e da neurose obsessiva, quando rememoradas, causam desprazer que, inicialmente, assumiria a forma de uma autocensura. Porém, esse afeto poderia passar por diferentes transformações, apresentando-se, dentre outras possibilidades, sob a forma de vergonha que se relaciona ao medo de que outras pessoas saibam.

Ainda em seus escritos iniciais, na “Carta 97”, Freud (1898/1996f) comenta sobre o caso de um jovem, de vinte e cinco anos de idade que, aos quatorze anos, andava agarrado às saias da mãe, fato que o deixava muito envergonhado. Ao se dedicar ao caso, supõe que a causa da vergonha não é seu modo estranho de caminhar, mas algo muito mais profundo que, no caso específico, relacionava-se a uma enurese noturna – resultado de experiências sexuais precoces – que a mãe, na época, ameaçava revelar aos seus professores e amigos. No mesmo período, na “Carta 105”, encontramos o caso do senhor E., um homem que sentia vergonha sempre que via uma bela mulher. No entendimento de Freud (1899/1996g), esse sentimento estava vinculado à fantasia de defloração, pois se imaginava na cama com todas as mulheres que encontrava em seu caminho. Em ambos os casos, portanto, a vergonha estava relacionada à sexualidade, seja a uma experiência real, que pode ser uma sedução ou um ato masturbatório, seja a uma fantasia sexual. Essa relação se mantém na *Interpretação dos sonhos*, quando Freud (1900/1996h) se refere a um período da infância isento de vergonha, em que as crianças sentem prazer em se despír e se exhibir, fato reprovado pelos adultos. Esse prazer infantil, descrito como um paraíso perdido, só poderia ser recuperado pelos adultos nos sonhos de nudez, os quais, por sua vez, também estão marcados pela vergonha. Nesses sonhos típicos, curiosamente, os espectadores são estranhos que se mantêm indiferentes à cena.

A menção mais conhecida sobre a vergonha se encontra nos “Três Ensaio”, quando Freud (1905/1996j) discorre sobre os diques internos e descreve a repugnância, o pudor e a vergonha como forças que atuam a favor do recalçamento. No mesmo ano, ao discorrer sobre os propósitos dos chistes, Freud (1905/1996m) reafirma sua relação com a sexualidade ao observar a presença do embaraço e do constrangimento ante um chiste obsceno, pois a pessoa é compelida a imaginar as partes do corpo ou as ações que ouve e, como efeito do recalçamento sexual, sente-se envergonhada. A compreensão da vergonha como uma espécie

de contraforça à pulsão sexual, ao lado do asco e do pudor, reaparece em outros artigos da primeira tópica, como em “Caráter e erotismo anal”, de 1908, e na terceira parte da análise de Leonardo da Vinci, de 1910.

Nosso olhar sobre a vergonha se deve à sua presença constante na clínica com pacientes que se autolesionam, o que justifica sua frequente menção ao longo desta tese. Vimos, no segundo capítulo, que Giannakopoulos, Triantafyllou e Christogiorgos (2014), Pommereau (2006b) e Walsh (2007) consideram a vergonha um intenso sentimento precursor da autolesão, enquanto Nader e Boehme (2003), Silva e Siqueira (2017) e Whitlock (2009) a compreendem como um sentimento posterior ao ato, decorrente da vergonha de ter ferido a si mesmo e do conseqüente receio de ser descoberto. A nosso ver, as duas acepções são complementares e não contraditórias. A vergonha das cicatrizes, *prima facie*, é a mais explícita e identificável. É ela que sustenta, e muitas vezes por um longo período, as estratégias de dissimulação das marcas das lesões autoproferidas. A despeito do desejo de dar a ver as feridas, como será discutido na próxima seção, coexiste a vergonha de revelar. Mas de revelar o quê? A pele marcada, maltratada, lesionada somente, ou algo mais? A vergonha, na perspectiva freudiana, faz alusão a algo mais profundo e, na autolesão, o medo, supomos, é de que o outro descubra o que está por trás das marcas. Logo, a vergonha não é somente do corte, mas do por que dos cortes!

A clínica permite entrever que as marcas são como cicatrizes do trauma, cuja intensidade pulsional transborda à flor da pele. Aqui, vale a pena revisitar um trecho da citação de Le Breton (2010): “a vítima está dividida entre o desejo de gritar sua aflição, desvendando-a para todos, e a vergonha, a impossibilidade de dizer o horror, a impotência da palavra para preencher o abismo aberto em si” (p. 91). Frente a essa impossibilidade de narrar o horror, ou, como nos casos de traumas precoces, de evocar a lembrança do fato como soube indicar Ferenczi, é o corpo que dará o seu testemunho. No caso da autolesão, é a pele que se transforma em uma espécie de pergaminho capaz de contar uma história de dor e vergonha. São dores de diferentes origens, algumas possíveis de serem memoradas, outras não face à precocidade do psiquismo quando de sua inscrição. Do que pôde ser recuperado, para citar apenas algumas passagens em que a vergonha foi enunciada explicitamente pelas pacientes, citamos primeiro Kely, que se sentia envergonhada e humilhada em razão do estupro sofrido; Cris, ao mesmo tempo culpada e envergonhada pela prostituição forçada pela mãe; e Júlia, que igualmente sentia culpa e vergonha pelas brincadeiras sexuais infantis com os vizinhos.

O caso de Júlia é representativo do laço existente entre a vergonha e o olhar do outro. Como afirmam Venturi e Verztman (2012): “a vergonha é sempre pública, uma vez que se

apresenta apenas quando o sujeito acredita expor ao olhar do outro, algo secreto e passível de repúdio, mesmo que este só se dê no plano de sua fantasia” (p. 140). Exposto de outro modo, a vergonha seria um sentimento social, diferente da culpa, que existe independentemente do olhar do outro à medida que a instância psíquica responsável pelo julgamento moral já estaria internalizada. E assim, enquanto a culpa de Júlia era uma constante, a vergonha só emergiu quando ela recuperou a lembrança da cena de sedução infantil na análise. Aliás, uma vergonha tão intensa que sua primeira menção ao fato foi em uma mensagem de texto, como já explicitado.

Esse recurso revela a impossibilidade de dar conta da vergonha que se tornaria literalmente visível no rosto de Júlia. Como observa Vettimo (2004), a vergonha se desenrola no plano psíquico e somático, pois se materializa no corpo por meio do rubor, do suor e das palpitações. O vermelho do rosto é o sinal mais incapacitante, porque é imprevisível e não pode ser camuflado, o que acarreta uma dupla humilhação: “a vergonha de enrubescer se combina com a vergonha de ser entregue a outros, desamparo e em posição de inferioridade pelo fato de não ser capaz de controlar sua emoção” (p. 73; tradução nossa). É o que o autor nomeia de vergonha da vergonha, como um primeiro obstáculo a ser superado nas análises de vítimas de violência sexual, como forma de abrir caminho para transpor em palavras a cena traumática, fato que permitirá ao sujeito reinscrever o trauma em uma temporalidade. Vettimo descreve a reação da paciente K., vítima de estupro e maus-tratos, que até ser capaz de narrar o ocorrido permaneceu de perfil nas sessões, sem dirigir-lhe o olhar. Fugir ao olhar, por meio de uma mensagem de texto, foi a forma encontrada por Júlia para enfrentar a vergonha da vergonha.

Segundo Bilenky (2014), embora a culpa e a vergonha possam se confundir, pois coexistem simultaneamente na mesma pessoa, elas têm natureza distinta, o que deve ser levado em conta em uma análise. A primeira deriva de um mal causado ao outro, ou do desejo de causá-lo, enquanto, na vergonha, o mal atinge a própria pessoa que tem sua imagem manchada. “A vergonha aponta para uma falha na imagem do sujeito – uma falha decisiva, como um defeito de fabricação. Já a culpa aponta para um ato humano ditado pela vontade e sempre relacionado a uma transgressão” (p. 137). Para a culpa, há reparação possível, seja o perdão, o arrependimento – como apregoa a doutrina cristã –, seja sua expiação por meio da autopunição. Era o que Júlia fazia: sentindo-se culpada por não ter obedecido à mãe e ter ido à casa dos amigos; por ter voltado lá em busca de repetir o jogo erótico; e pelo prazer da exibição genital – prazer este recalcado – ela se arranhava.

Já para a vergonha, continua Bilenky (2014), a reparação é mais difícil, pois a imagem degradada não pode ser restaurada. Do mesmo modo, para Verztman, Pinheiro e Herzog (2009), a vergonha surge quando o sujeito não se sente à altura de seus próprios ideais, projetando no outro os sentimentos de desgosto e desprezo que nutre por si mesmo, e diferente da culpa, ela não pode ser reparada ou expiada, em especial, quando se apresenta de maneira intensa. Júlia, por exemplo, explana que nunca contou aos pais o ocorrido, pois não suportaria vê-los tristes, acreditava que seria melhor para eles “*morrer sem isso*”, já que a revelação do fato “*seria uma tristeza, eles nunca mais iam esquecer, iam olhar diferente pra mim*”, o que aponta para uma fantasia de caráter persecutório projetada no olhar dos pais, que poderiam se decepcionar com ela e, com isso, deixar de amá-la. Temos aí, de uma só vez, o medo do superego e o medo da perda do amor do objeto.

Sensação semelhante foi descrita por Carolina, mas, no seu caso, a vergonha se relacionava à descoberta da autolesão por parte de sua família. Ela mantinha os tornozelos cortados sempre encobertos, contudo, em um momento de descuido, sua mãe viu as marcas e começou a gritar, ocasião em que sentiu muita vergonha. É digno de nota que essa vergonha das lesões, com frequência, assume a máscara do pudor, que se refere ao sentimento de constrangimento e incômodo diante de algo de natureza sexual. Logo, a pessoa mantém velados os cortes com o mesmo pudor com que esconde os genitais, em mais um índice do caráter sexual da autolesão (autoerótico, masoquista, sádico) que deve permanecer reprimido.

Para Carolina, após esse episódio, as coisas nunca mais foram como outrora: “*antes todo mundo me chamava de anja em casa. Nem existe a palavra anja [risos tímidos], mas eles me chamavam assim. Depois que me cortei, nunca mais ninguém chamou [segura o choro]. É como se eu tivesse condenada ao inferno*”. Desnudada as marcas, ela sentia que não correspondia mais a imagem que a família tinha dela, a qual ela também compartilhava, pois até então se achava forte, como se fosse de “*ferro*”: “*eu decepcionei minha irmã, ela falou: achei que você era forte, mas eu me enganei [expressão de pesar]*”, e assim seu sofrimento se amplificava, porque também interpretava o ato como uma fraqueza. Nesses casos, como esclarece Bilenky (2014): “o indivíduo sente que só pode ser amado se sua imagem estiver próxima ao ideal do eu. O rompimento da ligação com o ideal é o que provoca a vergonha e é a partir dessa ameaça que decorre a crueldade desse sentimento” (p. 141).

Já no caso de Kely, vítima de experiências traumáticas mais brutais e violentas, verdadeiras intromissões no sentido laplancheano, para além da vergonha, ela descreve a vivência do sentimento de humilhação que, segundo La Taille (2002), refere-se ao fato do sujeito ser e se sentir inferiorizado e rebaixado por alguém. Na humilhação, como explica

Verztman (2014), o outro não é somente uma projeção da minha imagem desvalorizada, ele é a fonte dessa desvalorização, porque ativa e violentamente retira os atributos que sustentam o narcisismo do sujeito. “Ao contrário da vergonha – quando ‘outro com intenção de rebaixar’ nem sempre existe – na humilhação há sempre esse outro. É comum a associação entre vergonha e humilhação se o sujeito humilhado internalizar os valores de quem o humilhou” (p. 136). Após ser dopada pelo namorado, abusada por ele e seus colegas, Kely passou a ser humilhada, pois ele a perseguia e dizia que iria mostrar as fotos e filmagens para sua família. Na tentativa de escapar dos assédios, alterou o número do celular e o nome nas redes sociais, mas ele sempre a encontrava para ofendê-la e ameaçá-la. Apesar de ter mudado de cidade, volta e meia retornava para visitar os parentes e a procurava para ameaçá-la: “*ele não quer que eu esqueça*”, conclui a paciente.

Kely também se sentia culpada pela violência sofrida em razão do seu jeito de ser, agir e se vestir, o que nos remete à internalização dos preconceitos que circulavam em seu meio social, que atribuía à mulher a responsabilidade do estupro. Portanto, além da identificação com a culpa do agressor, como descreve Ferenczi (1933/2011x), há a possibilidade da internalização de seus valores morais. É o que defendem Venturi e Verztman (2012), pois, quando a imagem de si é fortemente rebaixada pelo outro, pode haver uma introjeção passiva dos valores daquele que humilha, o que afeta não somente a dimensão narcísica do sujeito, mas a constituição de sua própria identidade. Como resume Farah (2012), na culpa, o sujeito sofre pelo que fez ao outro; na vergonha, sofre por quem ele é. O conflito, nesses casos, reside entre o ego e seu ideal e não mais entre o ego e o superego, fato que se reflete no incremento dos sintomas depressivos como consequência do dano narcísico.

Ante o exposto, podemos afirmar que a vergonha se fez presente na história de todas as pacientes. Esse sentimento emergiu ora como fruto das vivências de abuso diversas (o estupro, a prostituição, a sedução, os espancamentos, o *bullying* escolar), ora em resposta às fantasias decorrentes dessas vivências excessivas (em uma espécie de miscelânea entre vergonha e culpa por não impedido, por não ter lutado, por ter o corpo violado...), ora em decorrente do encontro com o olhar do outro sobre as cicatrizes deixadas por esses traumas, cujas marcas da autolesão tomamos como metáfora.

6.3 UMA MENSAGEM ENIGMÁTICA: EXIBIÇÃO, SEDUÇÃO E HORROR

Nossa prática clínica nos levou a considerar a autolesão uma forma de defesa, um meio de satisfação e uma mensagem enigmática, porque, além de estar endereçada ao outro, como um pedido de socorro diante do intenso sofrimento psíquico, o ato não deixa de ser uma forma de sedução em que o sujeito comunica mais do que imagina. A impossibilidade de solicitar ajuda por vias mais organizadas decorre não somente do excesso traumático que interpela o eu, mas também da ausência de um outro capaz de acolher o sofrimento e auxiliar em sua elaboração. Vimos, no segundo capítulo, que autores como Damous e Klautau (2016), Ferreira e Costa (2018), Motz (2010), Pommereau (2006a; 2006b) e Vilhena (2016), também consideram a autolesão uma forma de comunicação.

Essa ideia de um pedido de socorro a emprestamos de Débora, que tentou traduzir seus cortes da seguinte forma: *“foi um grito de socorro, um pedido de ajuda”*. Mas, inspiradas em Laplanche (1987), compreendemos que nem a própria pessoa que se autolesiona tem ciência do que deseja comunicar ao se ferir, em alguns casos, a pessoa até intui que se trata de uma forma de comunicação, mas não sabe, ao certo que, junto a esse pedido de ajuda mórbido, pode estar escamoteada a intenção de atacar, agredir, culpar, vingar-se ou seduzir o objeto. Trata-se de um pedido de ajuda, mas não só.

Quando eu pesquisei na internet formas de acabar com a dor, eu vi se matar e se cortar, daí pensei que se eu me cortasse as pessoas iam entender... que quando meu pai, minha mãe visse, eles iam saber, que minhas irmãs iam saber que é por causa dos problemas na família. (Débora)

Podemos observar nas falas de Débora que há um excesso que antecede o ato. Sozinha em seu sofrimento, ela buscou na cultura uma resposta, encontrou na internet um meio de acabar com a dor. Dizer em atos, escrevendo o mal-estar com lâminas em sua própria pele, foi a forma encontrada para se comunicar com sua família: *“não adianta bater boca com meu pai, só piora... tudo o que falava era não ou chinelada... já levei um tapão na boca, daí fui parando, parando, parando, agora fico quieta”*. Apesar de não se tratar de um quadro grave, mas de uma neurose, o sexual implantado pelo pai era perturbador para a filha, que acabou recorrendo à autolesão como resposta-proteção ao desejo parental incestuoso.

Além de um pedido de socorro, a autolesão de Débora condensava outros sentidos, os quais ela era capaz de intuir, mas sem compreendê-los ao certo. Ela sentia, por exemplo, que a autolesão era um meio de proteção, a nosso ver, uma mensagem de advertência, pois era

capaz de afastar e amedrontar as pessoas, sobretudo, seu próprio pai, que não a surrou mais depois do último episódio de autolesão, aquele que a levou para o hospital e deu início à análise.

D: Às vezes faço questão de mostrar pras pessoas, olha o que eu fiz hein, cuidado [vira o antebraço para fora e levanta na altura no rosto, cobrindo-o parcialmente].

A: Cuidado com o quê?

D: Ah, é como se fosse pra me proteger... daí as pessoas nem chegam perto... eu já tenho o piercing, daí veem o corte [silêncio].

A: E o que você acha que isso significa para as pessoas?

D: Que as pessoas que se cortam são mais nervosinhas [risos].

Débora foi criada pelo pai em meio a muita violência, quanto mais parecida com sua mãe ela ficava, maior a violência. O pai dizia que a filha parecia com a mãe física e emocionalmente. Por isso, tinha medo dela se envolver com drogas como a mãe. A madrasta confirmou o fato e contou que o pai de Débora era muito rígido, batia muito na filha e a mantinha em uma “prisão”, “vigiava”, desfazia suas amizades na rede social, era a única que não podia ter celular em casa. Para a madrasta, o pai tinha medo da filha “ter tendência igual à mãe”. Na tradução da madrasta e do pai, a violência contra Débora era justificada pelo temor do pai em seu envolvimento com drogas.

Contudo, nossa hipótese era outra. A violência do pai era uma forma de dominar fantasias incestuosas perturbadoras. A semelhança com a ex-mulher despertava o desejo do pai, que escapava nas mensagens enigmáticas destinadas à filha, em suas falas, atitudes e em seu olhar. Vários fios foram necessários para que fosse possível tecer essa interpretação. Débora se vestia feito um “hominho”, porém, quando viajou com a madrasta e suas filhas, conseguiu usar blusinhas e vestidos, pois estava longe do olhar do pai, que já tinha “picotado” um *short* que usava em casa, porque era muito curto.

Apesar da presença da madrasta, Débora fazia o papel de dona de casa, era ela quem lavava as roupas, limpava a casa e preparava a comida. Sentia-se a *Cinderela*, explorada pela madrasta e pelas filhas dela, mas com a convivência do pai. Ela não podia se queixar, pois o pai descontava tudo nela, que ficava bravo até com seu jeito de olhar, já que era “igual da minha mãe”. Certo dia, a filha da madrasta inventou que ela estava fumando e o pai ficou furioso: “ele pulou no meu pescoço e me olhou com aquele olhar que só faltava o chifrinho”. Conta ter apanhado diversas vezes, especialmente quando a filha da madrasta inventava que ela tinha ficado com algum menino.

Quando Débora começou a namorar, o pai desaprovou, dificultava os encontros, não permitia passeios, nem durante o dia, somente podiam namorar na sala de sua casa. Vasculhando o celular da filha, o pai descobriu que ela tinha matado aula para ter relações sexuais com o namorado. Nesse dia, o pai gritou, xingou, mandou mensagem para o seu namorando, dizendo “*você comeu minha filha, agora vai ter que casar*”. Nesse dia, ouviu muitas ofensas, lembra-se de a madrasta insultá-la de “*vagabunda*” e “*puta*”, teve medo do pai agredi-la fisicamente, mas ele não bateu, pediu para que ela arrumasse as malas, pois iria levá-la para a casa do namorado.

Expulsa de casa, Débora foi morar com a família do namorado, que a acolheu com muito carinho. Após a mudança, chegou à sessão vestindo *short* curto, sentou-se e mostrou o pé direito, explanando: “*olha, agora tô menininha, coloquei até florzinha no pé* [risos]”. A paciente estava muito feliz, agora se sentia à vontade para usar roupas de “*menininha*”. Quando morava com sua família, não conseguia, pois, como ela mesma disse: “*meu pai me incomodava*”. Na mesma sessão, conta que, quando seu pai a viu passando esmalte, disse: “*ué tá virando menininha agora!*” e que isso “*não bateu bem*”. Débora não sabia explicar o que, de fato, a incomodava no pai – a nosso ver, a sua sexualidade, pois ela estava se transformando em uma bela mulher –, o que soava estranho em suas falas e o que havia no “*olhar de chifrinho*”, mas se sentia ameaçada.

O medo do pai era tão intenso que não podia ouvi-lo vestir a cinta (se refere ao barulho da fivela), pois já imagina que ia apanhar, mesmo que não tivesse feito nada, que não tivesse acontecido nenhuma briga. Incapaz de decifrar o enigma paterno: “o que queres de mim?”, Débora desistiu de tentar conversar ou de se explicar e produz uma espécie de recalçamento. Ela passou a apanhar em silêncio, fato confirmado pelo pai, que sentia prazer em bater na filha, pois nunca procurou conferir a veracidade das histórias contadas pelas enteadas, batia por tudo e por nada. Contudo, esse recalçamento foi insuficiente, uma vez que a pulsão permaneceu imponente, a pressionar. O recurso ao corpo, por meio dos cortes, parece ter sido a única forma encontrada por Débora para se comunicar e, ao mesmo tempo, extravasar a própria excitação gerada pelas agressões aparentemente sem razão, verdadeiras mensagens enigmáticas endereçadas por seu pai.

O caráter sexual da violência talvez não seja explícito. A questão é que no ato violento o adulto veicula mensagens sexuais enigmáticas, tanto para ele quanto para a criança. *A posteriori*, como diferir um tapa de um gozo sádico? Em um primeiro tempo, o tapa pode até não ter nada de aparentemente sexual. No entanto a criança, na medida em que se desenvolve, tentará encontrar os motivos pelos quais apanha. É nesse segundo momento

que o tapa passa a ser sinônimo de dominação, sadismo, humilhação. Quando esse sentido vem à tona, é *tarde demais*, a excitação já está depositada e ela passa a operar a partir de dentro (Belo, 2012, p. 85, grifos do autor).

Desse modo, os espancamentos aparentemente injustificados do pai poderiam ser interpretados como uma forma de abuso sexual, em que o diabo do desejo transparecia no “*olhar de chifrinho*”. Incomodada e excitada, Débora reedita a violência, o corpo que apanha do pai é por ela cortado, como uma substituição, um deslocamento. Mas as feridas carregam a marca do incestuoso, do sadomasoquismo, e é preciso se proteger. Para isso, ela utiliza os próprios cortes, em uma tentativa concreta, mas também simbólica, de afastar o pai e cortar essa relação incestuosa que se estabeleceu entre ambos, em uma solução de compromisso entre o desejo e a defesa. Ter relações sexuais com o namorado também foi uma espécie de corte, pois, antes de se relacionar intimamente com ele, ela já anunciava que seu pai reagiria muito mal caso soubesse e que poderia espancá-la ou expulsá-la de casa, o que, de fato, ocorreu, visto que ela foi expulsa e conseguiu, ao seu modo, barrar o pai.

Sobre esse algo a mais para além de uma tentativa de comunicação, citamos a história de Cris. Ela se cortava há anos, ora porque dizia estar com raiva de si mesma, ora com raiva dos outros, por vezes a intenção era se aliviar, outras vezes para sentir dor e se punir. Todavia, tal como afirma Roussillon (2006), a pulsão não possui apenas o valor de descarga com vistas à satisfação, ela tem um valor mensageiro. Em uma das sessões, um novo sentido emerge para o ato. Cris relata ter discutido com uma cuidadora do abrigo, que lhe falou: “*se você quisesse se matar mesmo, tinha cortado o pescoço*”. Sua reação imediata foi passar a lâmina no pescoço. Cris conta que, em alguns momentos, arrependia-se do que tinha feito, em outros não. O motivo de sua ambivalência ficou claro ao final da sessão: “*se alguém morrer lá por causa de corte, o juiz pode até mandar prender sabia?*”. Desse modo, para se vingar da cuidadora, ela foi capaz de colocar em risco a própria vida. Por outro lado, ao passar a lâmina no próprio pescoço, Cris também não estaria atuando, *après-coup*, o desejo mortífero da mãe? Aquele em que o obstetra cortaria sua garganta, ao invés do cordão umbilical?

Maju igualmente não buscava apenas alívio para sentimentos avassaladores quando se autolesionava. Em uma das sessões, conta ter enviado para sua ex-namorada fotos de seus braços recém cortados. Relata que a mãe de sua ex teve acesso às imagens, ligou para ela e disse que sua filha não era obrigada a gostar dela, e que Maju não precisava se machucar por isso. Nesse caso, a mensagem que circula fantasmaticamente pode ser mais ou menos esta: “eu o fiz, mas a culpa é sua, veja o que você fez comigo!”. Trata-se de uma espécie de vingança contra o objeto causador do sofrimento, o que não anula sua dor. Para Matioli e

Martínez (2018), a exibição das marcas da autolesão, pessoalmente ou por meio do uso das tecnologias, como em fotos postadas nas redes sociais, “pode ter o sentido de uma provocação, ou mesmo de uma agressão, quando há um destinatário que se quer atingir, responsabilizar ou dedicar o ato, tornando-o uma espécie de cúmplice” (p. 196).

A cena narrada por Júlia ajuda a confirmar esse endereçamento da autolesão. Muito afetada por um desentendimento com a amiga e a prima que estudavam com ela – o que resultou em uma reatualização das vivências de exclusão quando era vítima de *bullying* na infância –, além de se cortar para aliviar a angústia e o arrependimento, no banho, Júlia enrolou a mangueira do chuveiro no pescoço e apertou até ficar “zozza”, pois “queria ao menos desmaiar”. A intenção de Júlia era simular um suicídio, ela deixou a porta destrancada para ser encontrada desmaiada no banheiro por sua mãe, pois, certamente, o fato chegaria aos ouvidos da prima e da amiga, tanto para comovê-las diante de seu sofrimento quanto para responsabilizá-las por ele, uma vez que Júlia se queixava de que ninguém se importava com ela, ao mesmo tempo, não era capaz de se desculpar, nem de pedir desculpas pela confusão que deu causa ao afastamento entre as três, já que Júlia tinha criticado o namorado da prima.

O mal-estar gerado pelo desentendimento foi tão intenso que resultou na emergência de um novo personagem persecutório. Na semana da briga, Júlia teve muitos pesadelos, sonhou com um homem observando-a da janela, ele tinha o rosto quebrado, pele branca, cabelos pretos, “parecia um zumbi”. Acordou assustada e continuou a vê-lo na janela, ele estava olhando para ela e parecia querer torturá-la. Júlia, então, escondeu-se sob as cobertas. Na poesia que segue, feita tempos antes desse episódio, além do caráter mensageiro da autolesão, podemos observar que esse algo persecutório se materializava na figura de um palhaço. Vejamos.

Poema 9

*Já deixei marcas em meu corpo de
arrependimento, dor e sofrimento.*

*Eu pesso ajuda todas horas, mas ninguém me escuta.
Por favor, alguém me olha e luta por mim.*

*Eu não tenho mais forças pra isso,
a cada dia que passa pouco a pouco eu vou sumindo.
Vai chegar um momento que eu vou acabar “dormindo”.*

*Esse palhaço que me persegue,
me bota medo não me deixa em paz.
Eles poderiam desaparecer,
mas será que essa perseguição nunca acabara? (sic)*

Essa e outras poesias, assim como as cartas das pacientes, como quaisquer produções do inconsciente, envolvem vários sentidos possíveis. Contudo, apesar do potencial mensageiro da autolesão evidenciado em seu poema, estamos frente a uma mensagem enigmática à medida que ninguém entende o ato e, por isso, não pode ajudar, nem Júlia, pois há algo que lhe escapa. Referimo-nos especificamente ao “*arrependimento*” que dá lugar à autolesão, a qual, como vimos anteriormente, tem estreita relação com a culpa pela sua participação, mesmo que passiva, na cena de sedução infantil, uma recordação que volta e meia se presentificava e exigia uma nova punição.

Sem a pretensão de esgotar os conteúdos de sua poesia, chama a atenção o jogo de palavras, em que faz uso do gerúndio “*dormindo*” para rimar com “*sumindo*” do verso anterior que, além de conferir maior sonoridade à estrofe, é um nítido substituto para a palavra morrendo. Como afirma Freud (1907/1996o), os devaneios e os escritos criativos são atividades substitutivas do brincar na infância de onde o adulto tira prazer, à semelhança do que ocorre nos sonhos. Tais produções estão sujeitas a distorções: “o escritor suaviza o caráter de seus devaneios egoístas por meio de alterações e disfarces, e nos suborna com o prazer puramente formal, isto é, estético, que nos oferece na apresentação de suas fantasias” (p. 142). Apesar do eufemismo empregado, a mensagem contida no poema é clara: Júlia gritava por socorro, ela não queria morrer só, sem ajuda diante do ataque das próprias pulsões que consumiam suas forças defensivas. As poesias e demais produções artísticas das pacientes se constituíam tentativas de dominar as pulsões violentamente despertadas nos desencontros traumáticos com os outros, pois, como afirma Laplanche (1999/2001d), a inspiração, como possibilidade de tradução, é um dos destinos da mensagem do outro, seguramente menos dramático que a autolesão.

Todas as pacientes atendidas nesta pesquisa tinham escondido as marcas das lesões, algumas já se autolesionavam há anos quando os pais descobriram, outras, há alguns meses. As partes do corpo mais atacadas foram os braços, as pernas e o abdômen, ou seja, áreas da superfície corporal frontal, por serem mais visíveis e acessíveis aos ataques, porque o prazer não está apenas em provocar dor, mas em ver as marcas das feridas. Essa espécie de *voyeurismo*, referente ao prazer de ver o próprio corpo marcado e maltratado, repetiu-se em várias pacientes que tiravam fotos dos cortes recém feitos, carregando-as consigo no celular.

Júlia, que arranhava as próprias costas e fotografava, buscava confirmar também no espelho os danos que havia causado, como se a visão das marcas potencializasse o efeito calmante da dor. Entretanto, se, por um lado, as marcas serviam como provas da autopunição, como uma forma de defesa frente ao retorno do recalçado – o prazer de se exhibir aos vizinhos

e a culpa por ter buscado repetir a experiência prazerosa –, por outro lado, havia algo de muito erótico em seu gesto. Ela se abraçava para se arranhar, passava as unhas por seu corpo, marcando a pele dos ombros ao quadril, como se encenasse um ataque sexual em que ocupava simultaneamente dois papéis: aquela que tenta fugir e aquele que tenta segurá-la, a violada e o violador à semelhança do ataque histérico de uma paciente de Freud (1908/1996p) que, com uma das mãos, tentava tirar as roupas e, com a outra, as segurava.

No caso de Júlia, essa fantasia apareceu em várias sessões, sob diferentes tonalidades. Ela não sabia como nomear o que ocorreu na infância, dizia saber não ter sido estuprada, contudo, parece ser justamente essa a tradução que ela fez da cena de sedução entre os vizinhos, isso porque, até hoje, quando ouve falar de um estupro na mídia, sente-se incomoda, talvez uma reação à excitação gerada por suas próprias fantasias. Nesse caso, a autolesão serviria para recobri-las, recalca-las, em uma nova tradução que une prazer e dor, culpa e punição, sadismo e masoquismo, atividade e passividade.

Vimos que, para manter em segredo os sinais das lesões autoinfligidas, as pacientes usavam blusas de manga longa, mesmo em dias quentes, conjunto de pulseiras e bandagens, meias para cobrir os tornozelos cortados, assim como evitavam quaisquer situações de exposição do corpo, como o uso de trajes de banho e roupas esportivas. Kely explica sua estratégia e os motivos para não ser descoberta: *“me queimo pra sentir dor... quando estou triste também, assim não fica marcas, só vermelho na hora... já usei velas, depois passa... sem marcas, sem perguntas, sem perguntas, sem explicação, sem explicação, paz”*. Paz, inclusive, frente aos próprios desejos, pois, desse modo, não era preciso se implicar com eles.

Para a maioria das pacientes, o sofrimento só é legítimo quando é escondido. Segundo Kely, *“as pessoas que tentam fazer cortes no lugar que as pessoas não vê, é porque sofre, não é pra chamar a atenção... não queria que ninguém me olhasse com cara de coitada”*. Visivelmente irritada, Carolina criticava a leitura de sua mãe acerca de suas autolesões: *“ela pensava que era pra chamar a atenção... que eu chegava na escola erguia a calça e a manga da blusa e ficava assim [vira o antebraço para frente], como se fosse um troféu, e não que era depressão”*. Se pensarmos no conflito psíquico por trás das autolesões, a escolha da palavra *“troféu”* nos remete a uma vitória, mesmo que seja uma vitória pírrica⁶³, uma espécie de triunfo sobre o outro e sobre as próprias pulsões. Por outro lado, parece ser uma tradução feita por Carolina, dos sentimentos de fracasso e derrota da mãe, que ficou muito mobilizada

⁶³ A expressão vitória pírrica se refere a uma vitória a custo alto, que potencialmente acarreta prejuízos irreparáveis ao vencedor. A expressão tem origem em uma frase do rei Pirro, da Macedônia, o qual, após ser elogiado pela vitória na Batalha de Heracleia, que lhe custou muitas vidas, disse, preocupado: *“mais uma vitória como esta, e eu estou perdido”* (Araújo, Chatelard, Carvalho & Viana, 2016, p. 502).

quando se deparou com seus cortes, um indicativo que ela sente que falhou, apesar de ter dado tudo à filha.

Mas o conflito psíquico não permanece para sempre escondido, como uma mensagem, a autolesão precisa chegar ao seu destinatário. Por essa razão, em algum momento, as marcas das lesões se tornam visíveis, a pessoa se esquece de escondê-las, distrai-se e as revela, aparentemente, sem querer, ou esconde de forma tão descuidada que seria impossível não vê-las, são os chamados equívocos da ação (Freud, 1901/1996i), cuja intenção é se revelar para o outro.

Além de tecer críticas em relação à prima, pois “*o corte dela foi leve, não tem nem marcas, nem cicatriz, foi pra chamar a atenção*”, Kely negava veementemente sua intenção de ser vista, dizia nunca ter postado fotos e que, quando se cortava, escondia, porque “*as pessoas que estão sofrendo escondem*”. Porém, na mesma sessão, o desejo de mostrar os ferimentos transpareceu na escolha da roupa utilizada para tampar-revelar os cortes recém feitos: “*eu devia ter passado álcool pra parar de sangrar... coloquei uma saia branca e acabou manchando de sangue, minhas primas viram, eu disse que era tinta, mas elas não acreditam e ergueram a saia e viram*”. Poder-se-ia afirmar que a intenção de esconder e o desejo de mostrar são duas faces da mesma moeda.

Vimos, com Laplanche (1997a), que esse deixar ver é, na verdade, um fazer ver, uma exibição carregada de sentido e, nesse caso, talvez, o tecido branco manchado de sangue, um símbolo da perda da pureza, denuncie o contato de Kely com a linguagem da paixão implantada e intrometida a agir dentro dela. Esse fazer ver é uma mensagem enigmática que pode ser dirigida tanto a um objeto conhecido, como um familiar, como para os outros do universo virtual, pessoas que também se ferem e compartilham as imagens de suas feridas, em um tipo de identificação pelo sofrimento e pela (satisfação na) dor. Talvez, por isso, Cris dizia que só entende quem se corta, ou seja, quem compartilha dessa marca, desse tipo de símbolo coletivo (símbolo da sedução, do incestuoso, do prazer na dor...), tal como Kely, que se sentia à vontade próxima de outras jovens que também se feriam: “*quando você tá perto de alguém que passa pelo que você passa, você não precisa fingir*”. Sensação equivalente à proporcionada pelo contato nas redes sociais.

Assim, a autolesão, geralmente praticada na intimidade de quartos e banheiros – escondida principalmente dos pais – é exibida e compartilhada nas redes sociais e *blogs*. Nesse caso, é para um outro que se exhibe e, ao mesmo tempo, se reflete a própria dor numa espécie de espelho-vitrine-virtual. A identificação com outros jovens pela semelhança dos sintomas autoriza o jovem a falar, a compartilhar, a postar, pois é capaz de sentir-se, mesmo que

momentaneamente, reconhecido e compreendido. É possível que a busca pelo outro virtual – conhecido ou anônimo – relaciona-se com a falta ou falha do verdadeiro destinatário real para as mensagens, de um outro significativo no entorno da pessoa capaz de decodificar o seu pedido de ajuda, nesse caso, supomos que se trate dos pais ou do universo adulto de modo geral (professores e outros) (Matioli & Martínez, 2018, p. 168).

Observação semelhante foi tecida por outros pesquisadores. A partir da aparente contradição em publicar no ambiente virtual, um espaço público, um ato que ocorre amiúde às escondidas, Ferreira e Costa (2018) também sugerem essa necessidade de dar a ver os cortes. Os depoimentos são destinados a alguém, seja à dona do *blog* onde a mensagem foi postada, seja para outras jovens que igualmente se ferem, na intenção não só de compartilhar seu sofrimento – por uma identificação, sensação de acolhimento e pertinência –, mas também de ajudar outras pessoas para que elas desistam de praticar o ato, além de ser uma tentativa de compreender o que se passa dentro de si mesma, como um pedido de ajuda.

Não obstante, essa exposição das marcas, como sedução, mobiliza tentativas de tradução. O espectador reage de diferentes maneiras, desde a comoção, o estranhamento até o horror, reações estas que não deixam de ser um esforço de compreensão, uma tentativa de dar alguma significação para esse ato, no mínimo, inquietante – *Unheimlich* – no sentido freudiano.

Esse tema do estranho (ou inquietante) é abordado por Freud (1919/1996zc) em artigo de título homônimo, em que se dedica a analisar um amplo espectro de fenômenos – como o animismo, a magia, a atitude do homem perante a morte, a compulsão à repetição –, os quais, apesar de suas diferenças, guardam em comum o potencial de despertar angústia. O estranho diz respeito ao que causa aflição, medo, horror, temas que se opõem aos interesses da estética como campo que se volta ao exame do belo, do sublime, do atraente, ou seja, daquilo que desperta no espectador sentimentos de natureza positiva. Para Freud, o estranho ultrapassa a ideia do não familiar, pois não se refere apenas ao que é desconhecido, mas aquilo que foi reprimido e veio à tona, ao que é secretamente familiar: “esse estranho não é nada novo ou alheio, porém algo que é familiar e há muito estabelecido na mente, e que somente se alienou desta através do processo de repressão” (p. 258). Essa ideia ajuda a lançar um pouco mais de luz à reação de estranhamento que muitas pessoas as quais jamais se feriram deliberadamente sentem diante das pacientes, pois as marcas das lesões autoproferidas as remetem à própria força pulsional e à sua possibilidade de transbordamento, o que é assustador.

Portanto, é imperativo forjar uma tradução para o ato, porque ferir a si mesmo é, a princípio, incompreensível, à medida que a autolesão nos remete a uma dimensão

desconhecida de nós mesmos, mas estranhamente familiar, que está além do princípio do prazer, pois se refere à pulsão sexual de morte. Por isso, é frequente encontrar agressões nas mídias, sobretudo quando os jovens expõem seus ferimentos em fotos postadas nas redes sociais, como uma tentativa de recalcar as próprias pulsões⁶⁴ despertadas no contato com o *unheimlich*. Mas as ofensas e recriminações que só aumentam o sofrimento não se restringem ao ambiente virtual, pois os comentários depreciativos também são proferidos por pessoas próximas igualmente afetadas pelo ato, como atestam nossas pacientes, criticadas por familiares, amigos, professores e até profissionais de saúde, em um esforço para se defender do caráter perturbador da autolesão, isto é, de sua dimensão sexual.

Essa urgência em decifrar o enigma se fez presente nas famílias das pacientes. Assim, várias teorias explicativas foram formuladas. “*Acho que ela se corta desde que passou a ser do outro lado*” diz a mãe de Maju, referindo-se à homossexualidade da filha. A avó de Kely vinculava as autolesões da neta à influência da internet: “*ela começou a se cortar uns 5 meses atrás, tava aparecendo em todo lugar isso, na internet, daí ela começou essa palhaçada aí*”. O pai de Carolina também pensava que a filha estava imitando as colegas, pois tinham ocorrido casos semelhantes na escola e por conta do jogo baleia azul⁶⁵ em destaque na mídia na época.

O pai de Débora construiu três explicações para tentar traduzir a autolesão da filha e, com isso, efetivar o recalçamento dessa mensagem enigmática, pois os cortes também eram uma resposta da filha à sua sedução. A primeira hipótese tradutiva estava relacionada a uma briga com a filha da madrasta que ocorreu no dia anterior, a segunda à influência do jogo baleia azul e a terceira à sua própria relação com a filha: “*eu também estava brigando muito com ela, acreditava em tudo o que a irmã dizia*”.

Pai: *A menor inventava coisas, chegava em casa e dizia que a Débora tava ficando com um menino diferente a cada dia, beijando alguém novo... daí eu brigava com ela, cheguei a bater algumas vezes.*

A: *O senhor perguntava para ela se era verdade?*

⁶⁴ Isso nos remete à observação de Laplanche (1994/1995) sobre a reação daqueles que têm sede de justiça e clamam pela morte de outrem (um assassino, um estuprador, um torturador), os quais estão, na verdade, lutando contra o próprio torturador interno em uma tentativa de fazer calar as mesmas pulsões sádicas, masoquistas e autodestrutivas que, consciente ou inconscientemente, atribuem ao outro.

⁶⁵ *Blue Whale*, ou jogo da Baleia Azul, é uma espécie de jogo virtual que teve início em 2015, na Rússia, levando ao suicídio de mais de uma centena de adolescentes no seu país de origem. O jogo ficou conhecido internacionalmente em 2017, sendo noticiado em vários jornais do mundo (Londres, Espanha, Argentina, Itália, Brasil). O jogo era composto por 50 desafios que envolviam a exposição a perigos diversos, incluindo a autolesão (o participante deveria desenhar uma baleia em seu corpo com algum objeto cortante), sendo o último desafio o suicídio. Após aceitar o convite para fazer parte do jogo, caso tentasse desistir, o participante era ameaçado pelos organizadores, assim como suas famílias (Henick, Esquivel, Fell & Bornancin, 2017).

Pai: *Não, nem perguntava, eu batia, e ela não falava nada* [os olhos se enchem de lágrimas].

Embora as famílias formulassem hipóteses tradutivas para a autolesão, algumas mais, outras menos organizadoras, a autolesão deixa restos, pois há algo de enigmático impossível de ser metabolizado. A mãe de Carolina, por exemplo, não encontrava motivos para o ato da filha, como evidenciam suas falas: *“por que ela se cortou? ela tem tudo!”*; *“é uma coisa que a gente não entende”*; *“quando tudo parecia bem, aconteceu os cortes”*; *“quando vi, eu entrei em pânico, quando a gente vai pensar uma desgraça dessas”*. Os restos não-traduzidos podem dar lugar para reações agressivas como uma tentativa de ligar o excesso e de dominar fantasias perturbadoras que a autolesão é capaz de despertar. *“Eu fiquei com muita raiva dela, deu vontade de bater. Dá primeira vez, fiquei em choque, agora fiquei é com raiva”*, conclui a mãe de Carolina.

Veremos, na seção “Autolesão e suicídio”, que os cortes nos pulsos estão amiúde associados ao suicídio, como um código socialmente partilhado que leva não apenas as pacientes a se autolesionarem e, assim, atuar sua fantasia de morte, mas a própria comunidade a traduzir os cortes como tentativas de suicídio. Expõe a mãe de Carolina: *“o pai rezou com ela, ajoelhou no chão e ponhou ela pra dormir no quarto junto com a gente, pra não deixar ela sozinha... ficou todo mundo com medo, vai que ela se corta o pescoço* [risos]”. Os cortes foram interpretados como o prenúncio de um ato suicídio, rezar e dormir junto com a filha foi a solução forjada pela família para proteger Carolina e para se protegerem. A tradução dos cortes como uma tentativa de suicídio, embora terrível, levou os pais a tomarem medidas mais firmes. A mãe se referia ao *“dia fatídico”*, a descoberta da autolesão foi uma catástrofe que deixou a família desamparada. Foi preciso recorrer às forças celestiais para aplacar a angústia e o terror diante da possibilidade de morte da filha, fantasia que a mãe só pode entrar em contato por meio do uso de uma defesa: o riso.

Como o suicídio é considerado um pecado segundo a doutrina cristã, a mãe de Carolina disse que pretendia levar a filha para conversar com o padre. Nessa ocasião, foi questionada: *“mas qual o pecado que ela cometeu?”*. A mãe ri e responde: *“é, tem horas que parece que ela se sente culpada, fica com vergonha”*. Mais do que o sentido que a mãe atribui às reações da filha, era a sua interpretação do ato, como algo vergonhoso, um pecado capital que a levava a pensar em uma confissão para conseguir o perdão divino. Essa ideia de uma fantasia de morte associada aos cortes é confirmada por uma situação oposta. Certo dia, quando Carolina se autolesionava dando socos da parede, a mãe não teve a reação que

costumava ter diante dos cortes, não gritou, não entrou em pânico, pelo contrário, entregou uma bucha para a filha e exigiu que limpasse o sangue que escorria da parede ao chão do quarto.

Bater nas filhas não foi a única medida cogitada pelos pais. As chantagens também eram frequentes. A mãe de Carolina pensava em tirar o celular e vender os cavalos da filha como forma de castigo. Mas as piores chantagens, aquelas que mais causavam horror às pacientes, eram as ameaças de internamento feitas pela mãe de Maju e pela avó de Kely, para que parassem de se cortar e colaborassem com o tratamento. No entanto, castigar, bater e ameaçar as pacientes não tinha o resultado esperado, como pode ser observado no diálogo com Kely, que temia um destino semelhante ao de sua mãe, internada várias vezes em clínicas para desintoxicação em razão do abuso de drogas.

K: Eu me mordi, entrei no banheiro e comecei a me morder, fiquei com o braço inchado, olha [aponta para o braço].

A: E por que você se mordeu?

K: Porque eu não podia me cortar... minha avó falou que se eu me cortar de novo ela vai me internar no sanatório... antes, eu usava a pistola de cola quente, que não deixava marcas, daí ela escondeu.

Kely tinha seus motivos para não querer ir às consultas médicas, queixava-se não só da alta rotatividade de psiquiatras no CAPS de sua cidade, o que resultava em novos diagnósticos e trocas de medicações a cada consulta, mas da forma com que era tratada. Em uma sessão, queixa-se de que o médico atual não a ouvia, disse que as medicações estavam fracas, pois as vozes estavam mais frequentes, “*as vozes estão falando demais, matracando, elas falam sobre morte, sobre cortes*”, mas, mesmo assim, a receita continuou idêntica. Em outra ocasião, sua avó é quem dá o testemunho sobre as consultas da neta. Conta que o médico repreendeu a neta, dizendo que ela não tinha de viver do passado e Kely respondeu: “*você não conhece meu passado*”, o médico continuou: “*seu passado não importa, ele não vai voltar*”. Com satisfação, a avó arremata: “*eu falei pra ela que ela não é museu pra viver de passado*” e, a partir daí, Kely ficou quieta.

Eis o retrato de uma cena de violência. O médico não conhecia o passado traumático de Kely, não tinha ciência do abandono parental, dos espancamentos, das tentativas de estupro, do estupro coletivo e do aborto que sofreu. Desse modo, quando o médico e a avó desconsideraram o passado de Kely, eles operam novo desmentido, pois negam o horror que ela viveu, não reconhecem o seu sofrimento. Na consulta, Kely se calou, mas seu silêncio era ruidoso, uma vez mais ela se cortou na tentativa de ligar o excesso. De fato, Kely não poderia

se projetar no futuro, pois estava presa a um passado traumático. Macedo e Werlang (2002) descrevem a mesma fixação no passado em pacientes severamente traumatizados, os quais buscaram, não na autolesão, mas no suicídio, uma saída para o seu sofrimento. “Torna-se impossível um investimento no tempo futuro, o passado domina a cena psíquica em sua impactante atualidade devido ao predomínio do não-elaborado” (p. 191).

Há, portanto, um duplo desmentido. Além do desmentido vivido no passado quando das vivências traumáticas, há um desmentido no presente a cada vez que o sofrimento das pacientes é desautorizado pelo entorno social. Isso pode resultar em medidas ainda mais drásticas como forma de provar sua legitimidade. Kely se queixa do descrédito familiar: “*eles acham que não tenho depressão, que faço as coisas pra chamar a atenção*” e repete as falas de uma tia após uma de suas tentativas de suicídio: “*ela disse que se eu quisesse se matar mesmo não tinha tomado remédio, tinha se enforcado igual meu tio [chora copiosamente]*”. A frieza da tia fere Kely, que se sente impulsionada a provar sua dor, pois, em fantasia, os parentes iriam se arrepender do que tinham lhe feito quando ela viesse a morrer. Esse suposto castigo, em torno da culpa, era vivido de forma prazerosa e reaparece em uma carta endereçada à sua mãe apresentada na seção “Autolesão e suicídio”. Por outro lado, vimos, com Damous e Klautau (2016), que respostas desqualificadas do ambiente – como estas da tia de Kely – podem resultar em uma compulsão à repetição, intensificando, ainda mais, os episódios de autolesão, ou como ocorreu com Cris, que, de forma impulsiva, passou a lâmina no pescoço quando se sentiu desafiada pela cuidadora do abrigo que duvidou do seu sofrimento.

No caso de Kely, não só as autolesões estavam endereçadas ao outro, mas também suas fantasias suicidas, pois ela desejava se vingar de todos que, de seu ponto de vista, tinham responsabilidade sobre o seu sofrimento, em uma espécie de triunfo maníaco sobre o objeto à custa de sua própria vida. Em seu “*Diário de uma suicida*”, antes das cartas aos supostos culpados, ela escreve: “*lista de ajudantes para meu fim*” e “*cada um de vocês tem um pouquinho de culpa pelo meu suicídio*”. Mas não foi apenas Kely quem teve seu sofrimento desautorizado pelo entorno social, todas as pacientes relataram o descrédito social diante de suas autolesões. Esse descrédito se misturava às reações passionais de educadores e profissionais de saúde que recomendavam medidas severas de punição, como pode ser lido nas falas de Débora:

Minha mãe me levou na benzedeira... ela disse que era pra chamar a atenção, pra fazer graça, não quero mais voltar lá... A benzedeira disse que se fosse à filha dela que tivesse

feito isso, que ela ia bater nela. Acha?! Acha que isso é coisa de benzedeira falar? Eu cheia de pensamentos ruins e ela falar isso! (Débora)

Com Maju, não foi diferente, pois quem ocupava essa posição de autoridade era uma enfermeira. Seu relato sobre o atendimento recebido no hospital após um de seus episódios de autolesão também testemunha uma das traduções mais frequentes da autolesão em meninas, de que as jovens se ferem em razão de decepções amorosas.

Quando cheguei no hospital, a enfermeira foi limpando, escorria sangue no braço, pingava no chão... ela colocou aquelas gaze e falou pra eu não fazer mais isso, que não valia a pena fazer isso por causa de macho... daí eu fiz assim [leva o dedo indicador junto à boca como sinal de silêncio] pra minha vizinha... não adiantava fala nada, não ia entender. (Maju)

Essa imposição de uma tradução para o ato das pacientes só fazia aumentar a descrença na capacidade de acolhimento dos outros, o que as impedia de buscar ajuda. O fato que desencadeou esse episódio de autolesão foi uma briga entre Maju e seu irmão, porém, outras vezes, ela já havia se cortado em virtude de decepções amorosas. Havia, portanto, certo sentido na fala da enfermeira, todavia, ele é transmitido de forma violenta, é imposto. Na própria análise, as interpretações sobre o sentido da autolesão precisavam ser feitas com tato para não aumentar a dor e a resistência das pacientes.

Carolina também descreve a completa falta de tato com que foi acolhida pelos agentes educacionais. Em uma reunião na escola, estavam presentes ela, a mãe, o pai, a irmã e duas pedagogas. Conta que não conseguiu falar nada, só ouvia, não havia espaço para escuta. Uma das pedagogas diz: “*desculpa pai, desculpa mãe, mas isso é falta de uns tapas no bumbum*”. Não nos cabe discutir o aspecto antieducacional dessa fala que, obviamente, está em completo desacordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, mas de apontar para as reações agressivas que a autolesão desperta, levando até mesmo educadores a estimular medidas de punição violentas na intenção de barrar sua prática. Essa reação dos educadores foi recontada por Carolina em várias sessões. Ela precisava elaborar o que tinha acontecido, pois a falta de acolhimento da equipe escolar como um todo deu lugar a um grande mal-estar.

A professora disse que quem tenta suicídio é porque tem muitos problemas, porque tem uma tristeza muito grande, ou porque tá na moda. Na moda?! Ah, uma tendência agora! [indignação]... Era como se enfiasse uma faca em mim... Eu acho que as pessoas não têm que falar sobre o que elas não sabem, e que ajudaria mais se as pessoas julgassem menos os outros. (Carolina)

Por fim, algo interessante se fez presente no relato das pacientes: a autolesão de outras pessoas era uma mensagem enigmática também para elas, pois havia uma estranheza, análoga àquela de pais e educadores já descrita, em relação ao ato alheio, como pode ser observado nas falas e nas expressões corporais de Débora.

Quando vi o braço dela, pensei: poxa, essa tá sofrendo! É o jeito dela de se comunicar... tinha um monte de marca de bituca de cigarro que ela apagou no braço [expressão de repulsa seguida de arrepio], ela disse que se queima dói menos que se corta [expressão de dúvida]. (Débora)

A mesma sensação é partilhada com uma colega de classe:

Quando eu vi os cortes no braço dela, tinha um monte, de assim, aqui, no braço, aqui em cima, onde tem um monte de veia, na mão [vai mostrando os locais com a mão enquanto explica]... falei você é doida?! Daí ela olhou pro meu braço e disse: Nossa, que corte não! E falou: eu não sou tão doida assim [risos]. (Débora)

Essa reação de estranhamento de Débora se deve ao contato com esse indomável, com “Isso” que está para além do controle, mas que não está somente fora, porém dentro do próprio eu, pois, de fato, não é só o outro quem se corta demais, fundo demais e em lugares perigosos demais.

Fato semelhante foi narrado por Cris, visto que a autolesão de outras pessoas igualmente lhe provocava intenso mal-estar: “*me dá uma coisa ruim, não posso ver, parece que vou desmaiar... quando vi minha amiga se cortando, quase tive um treco*”. Quando questionada sobre os próprios cortes, se eles também lhe provocam esse mesmo mal-estar, ela responde sorrindo: “*ah, é diferente, sabe aquele ditado, façam o que eu digo e não o que eu faço, então*”. Cris se comovia ao ver os ferimentos de outras pessoas, pois “*se elas estão se cortando, é porque elas estão sofrendo*”, porém, a complacência, a empatia e a compreensão eram dirigidas apenas ao outro. Para ela, só restavam a rigidez, o auto-ódio e a violência pulsional.

6.4 SOBRE A PRESENÇA DE UM TRAÇO MELANCÓLICO

Vimos, no segundo capítulo, que a autolesão está relacionada a uma multiplicidade de quadros clínicos. Está presente nas psicoses, nos quadros *borderlines* (Corcos & Richard, 2006; DSM-IV, 2002; Favazza & Rosenthal, 1990), na histeria, na neurose obsessiva (Abreu,

Tavares & Córdas, 2008; Giusti, 2013) e nos quadros depressivos (Favazza & Conteiro, 1988; Vieira, Pires & Pires, 2016). Contudo, o que nos chamou a atenção ao longo da pesquisa clínica foi a presença de uma espécie de traço melancólico em quase todas as pacientes atendidas, algumas, como uma constante, outras, como um traço marcante nos momentos precedentes e subsequentes aos episódios de autolesão.

Para explicar a melancolia, Freud (1917/1996z) faz uma comparação ao luto. Em síntese, o luto se constituiu como uma reação à morte de um ente querido, marcado, sobretudo, pela perda do interesse pelo mundo externo e pela redução da capacidade de amar. Já a melancolia não está vinculada à morte real de um ente querido ou da pessoa amada, mas a uma perda em nível ideal. Além do desinteresse pelo mundo externo, a melancolia se caracteriza por uma notável redução da autoestima, a pessoa se descreve como alguém sem valor, desprezível, tem delírios de inferioridade, dificuldade para se alimentar e dormir. Todavia, Freud observa que a intensa autocrítica, autodepreciação e autorrecriminação são, na verdade, destinadas ao objeto, é a identificação com o objeto perdido que permite julgar o eu como se fosse o objeto. Essa observação já havia sido tecida na “Conferência XXVI”: “o ego da pessoa então é tratado à semelhança do objeto que foi abandonado e é submetido a todos os atos de agressão e expressões de ódio vingativo, anteriormente dirigidos ao objeto” (Freud, 1916/1996y, p. 428). Essas contribuições de Freud permitem lançar um pouco mais de luz sobre o fenômeno da autolesão, pois, em última análise, as autoagressões seriam *a priori* destinadas ao objeto, mas estariam deslocadas para o eu em razão de uma identificação.

Kely tinha passado por vários psiquiatras da rede de atenção em saúde mental de sua cidade antes de iniciar a análise. No primeiro laudo, constava depressão com episódios psicóticos leves, depois, recebeu o diagnóstico de personalidade *borderline* e, de outro médico, de esquizofrenia, pouco tempo depois, transtorno bipolar até retardo mental leve foi cogitado. Porém, Kely falava sempre de sua depressão e o quanto ela lhe causava sofrimento e rejeição por parte de sua família. Júlia e Carolina, que receberam medicações para ansiedade, também diziam ter depressão. Cris, por sua vez, diagnosticada com transtorno de personalidade *borderline* e medicada por conta do abuso de drogas ilícitas, dizia ter depressão. Mas nem todas as pacientes tinham passado por uma consulta médica ou psiquiátrica. Maju e Débora, mesmo sem diagnóstico, igualmente declararam a depressão como justificativa para os cortes. A depressão foi a forma encontrada pelas pacientes para tentar traduzir o mal-estar que estava muito além dos episódios de autolesão.

O autodiagnóstico declarado pelas seis pacientes surgiu ora como quadro clínico: “*minha família não acredita que tenho depressão*” (Kely), ora como um episódio localizado

em um tempo passado e já superado: “*quando tive depressão*” (Débora) ou “*não tenho mais depressão, sou mais ansiosa*” (Carolina). Os sentimentos de inutilidade, de se sentir um lixo, um peso para as pessoas, o vazio interior, a tristeza, a angústia sufocante que doía no corpo, o ódio de si mesmo, o isolamento, o desânimo, a insônia, a falta de apetite, a baixa estima, a desesperança, a falta de perspectiva de futuro e as ideações suicidas corroboram com essa autopercepção. À exceção de Débora, as demais pacientes apresentavam traços melancólicos, em Kely e Cris era uma constante, nas demais tais traços emergiam próximos aos episódios de autolesão.

Carolina sempre gostou muito de escrever poemas e contos. Em uma sessão, relata ter encontrado o caderno escrito no ano passado (ano em que começou a se autolesionar) e, nele, só encontrou textos que falavam sobre “*morte e vazio*” e decidiu queimá-lo. Embora já estivesse em outro momento da análise, o vazio ainda existia e ela tentava escamoteá-lo de diversas maneiras para não precisar olhar para ele. Gostava muito de atividades esportivas, procurava sair para caminhar e correr quando estava angustiada, pois precisava se movimentar constantemente, assim como fazer doer a esse corpo para se sentir viva. Ficar parada não era uma opção, ela não suportava assistir séries, achava uma perda de tempo, assim como dormir. Como postou em uma rede social, Carolina trocava o “*estilo pelo suor, noites de festa e lazer por um campeonato, perfumes por cheiro de suor*”. Todavia, mesmo em meio à companhia dos colegas nos treinos, e de sua mãe em casa, sentia-se imensamente só.

Em uma sessão bastante atípica, Carolina leva uma cachorrinha à sessão. Fala sobre os inúmeros planos que tem para ela, que será uma companhia e que poderá protegê-la, o que soa um tanto estranho em virtude da fragilidade da pequena Mel, de quarenta dias, que tinha em seu colo. Questionada acerca do que um filhote poderia protegê-la, ela prontamente responde: “*ah, das pessoas [pausa], e dos meus sentimentos ruins, pois, desde ontem que ela chegou, eu não penso em mais nada*”. Chorando, conta que sua mãe não quer ficar com a cachorrinha e segue com uma autocrítica: “*eu pareço uma criança falando*”, fato que resultou em uma intervenção: “*que buraco é esse que a cachorrinha tampou?*”. Surpresa com a pergunta, ela sorri timidamente e diz que não se sentia mais sozinha na presença dela. Em uma sessão posterior, conta ter visto uma imagem na internet de uma pessoa com um buraco no meio e um cachorro dentro, diz que se viu na imagem e se lembrou da intervenção feita: “*lembra do que você disse sobre a Mel... é verdade, parece que ela tampou meu buraquinho*”. Carolina não soube explicar, ao certo, que vazio era esse que a Mel preencheu, falava apenas a respeito de um sentimento de solidão na presença dos outros e de uma grande tristeza.

Kely igualmente fala acerca de seu vazio de forma metafórica em um diálogo:

K: Eu sou um vaso vazio.

A: Mas não dá para colocar flores nesse vaso?

K: Mas as flores morrem.

A: Sim, as flores têm ciclos, e você não pode substituir por novas flores?

K: Mas e se não houver nada bom no vaso?

Assim como Carolina, Júlia também gostava de escrever poesias tendo levado algumas para as sessões. A seguir, destaca-se o poema 3, sem título, em que fala sobre sua tristeza.

*Eu e a tristeza somos amigas,
nesses últimos meses estamos bem unidas.*

*Não é atoa que eu sinto a morte se aproximando,
eu convivo com ela chorando.*

*Eu sou obrigada a viver nesse mundo
e quanto mais tento viver mais eu me afundo. (sic)*

Além de fazer uso das poesias para tentar simbolizar seu sofrimento, Júlia fazia uso de assistentes de tradução encontrados na cultura. Ao falar sobre uma série que estava assistindo, também recorre a uma metáfora para falar do seu vazio interior. Identifica-se com uma personagem depressiva que dizia ter um “*buraco negro*” dentro de si. Júlia também sente esse “*buraco negro*” e, em meio a lágrimas, diz não ter “*nada de bom*” – como o vaso vazio –, “*nenhum talento*”, nada a oferecer a ninguém, que os pais não têm do que se orgulhar dela. Sentia-se incapaz e inferior à irmã, dotada de atributos valorosos – inteligente, esforçada, dedicada –, enquanto ela se descreve completamente esvaziada deles. Em outra sessão, um novo assistente de tradução, conta que viu uma frase sobre suicídio na internet: “*o suicídio começa por dentro, depois é por fora*”, Júlia dizia estar de acordo e conclui, chorando: “*é verdade, porque eu me sinto morta por dentro*”.

Essas metáforas utilizadas pelas pacientes são bastante interessantes, pois vão ao encontro da analogia freudiana entre a melancolia e uma ferida aberta. Ainda nas publicações pré-psicanalíticas, Freud (1895/1996b), em seu “Rascunho G”, associa a dor na esfera psíquica a uma ferida, pois seria capaz de provocar uma espécie de hemorragia interna das pulsões, o que produz sofrimento. Anos mais tarde, em “Luto e melancolia”, Freud (1917/1996z) retoma essa associação e explica que a melancolia se comporta como uma ferida aberta que atrai todos os investimentos libidinais empobrecendo o ego. No começo da análise, esse buraco negro⁶⁶ de Júlia, como um redemoinho, absorvia grande parte de sua

⁶⁶ Na Física, um buraco negro é uma região do espaço cuja força gravitacional puxa para o seu interior tudo o que estiver ao seu alcance, inclusive a luz, pois nada lhe escapa.

libido e, assim, ela se afundava em seu sofrimento, como simboliza em seu poema. Júlia não tinha ânimo para levantar da cama e ir à escola, tendo faltado diversas vezes nesse período, não conseguia estudar para as provas, seu rendimento escolar diminuiu e pouco se alimentava por não ter apetite.

Esse buraco negro nos remete à discussão de Rocha (2011) sobre o buraco-excesso presente tanto no luto quanto na melancolia. No primeiro caso, o sofrimento estaria vinculado ao vazio da falta provocado pela perda da pessoa amada, no segundo caso, ao vazio do nada, pois não se refere a uma perda objetiva, localizável. No luto, após o doloroso processo de desligamento dos laços com o antigo objeto, há a esperança de poder substituí-lo por novos investimentos, o que não acontece na melancolia, pois o sofrimento melancólico é marcado pelo desespero, já que, para ele, não existe saída. Isso nos faz pensar no caráter enigmático da perda na melancolia, uma vez que a pessoa ignora o valor intrínseco do objeto perdido (Freud, 1917/1996z).

Júlia repete o que falou aos amigos que faziam planos para o futuro: “*eu disse que nem sabia se chegava aos 16 anos, e eu vou fazer 16 o mês que vem*”. Nessa sessão, a paciente recordava as falas do colega, que a chamou de esquisita e disse que ninguém iria gostar dela. Estava com dificuldades para dormir esta semana e os sentimentos persecutórios voltaram uma vez mais sob a forma da figura do palhaço: “*eu sinto ele [o palhaço] às vezes, quase não to ficando em casa sozinha... mas eu não me importo mais, não me importo se ele quiser fazer mal pra mim, não ligo*”. Esse personagem esteve muito presente nos primeiros meses de análise e depois desapareceu.

Nas poucas vezes que Júlia conseguia pensar no futuro, o fracasso estava sempre à espreita, pois não se considerava inteligente, não acreditava que poderia passar no vestibular e que iria ganhar o suficiente com seu trabalho para ter uma vida digna. Em suas projeções, o futuro era incerto, ruim, sem sucesso e miserável. A perspectiva de futuro estava ausente também em Carolina, que não tinha planos em longo prazo: “*eu sempre pensei que ia morrer cedo, não sei porque, nunca fiz planos pra mais de 25 anos*⁶⁷”. Talvez, seja justamente este o plano: o de não viver muito. O mesmo acontecia com Kely, que nunca conseguiu se imaginar com “*25, 30 e nem com 20 anos*”, também não consegue explicar o porquê e conclui: “*nunca me imaginei no futuro, nem daqui a um ano*”. Essa é uma característica que difere dos

⁶⁷ Um dos planos feitos por Carolina incluía ir a um festival de música na Austrália “*antes de morrer*”. Ela se referia ao *Tomorrowland*, um show de música eletrônica com fogos de artifício, fumaça artificial, parque de diversões, repleto de atrativos, o que contrastava tanto com o desejo de morrer que aparecia próximo aos episódios de autolesão quanto com sua própria forma de agir, pois ela recusava convites para ir a festas, criticava os amigos que bebiam, como se temesse o despertar de algo incontrolável que existia dentro de si, que poderia liberar nessa festa ao menos uma vez antes de morrer.

pacientes neuróticos que são capazes de formular uma dezena de projetos de futuro e, neles, incluem e excluem pessoas, trabalham com possibilidades reais e fantasmáticas. Dentre as seis pacientes, somente Débora tinha projetos de futuro desde o início da análise, visto que ela queria sair de casa, ficar longe de seu pai, trabalhar, fazer faculdade, ter filhos e cuidar amorosamente deles.

Em Kely, Cris e Maju, a autodepreciação era intensa, as três se descreviam como “*um lixo*” e “*inútil*”, outras vezes, as críticas estavam voltadas para algum aspecto físico que as incomodava profundamente, como o excesso ou falta de peso, o formato do corpo ou do rosto. Kely conta que, após terminar com o namorado, as vozes ficaram mais frequentes, diziam que ela era “*um lixo*” e que seu ex “*merecia coisa melhor*”. Relata ter respondido às vozes, dizendo: “*eu já sei disso*” e, durante a sessão, reafirma, de maneira impiedosa consigo mesma, estar de acordo com as vozes que diziam “*a verdade*” sobre ela. Cris se sentia “*um lixo*” e “*suja*”, adjetivos fortemente vinculados à prostituição induzida pela mãe. Dizia ter muitos sentimentos ruins dentro de si, “*muito ódio, muita raiva, das pessoas e de coisas que aconteceram*” – referia-se à prostituição, à rejeição materna, ao internamento psiquiátrico, ao fato de estar no abrigo –, mas também muita raiva de si mesma e, por isso, a frase “*eu me odeio*” era uma constante nas sessões. Ela não gostava de nada em seu corpo, não se achava bonita, tinha vergonha de seu peso, das estrias e das cicatrizes dos cortes, acreditava ser uma pessoa ruim e sem qualidades. Maju igualmente não se sentia bonita, não gostava de seu corpo, julgava-se magra demais, não se considerava uma pessoa inteligente, não reconhecia em si qualquer atributo de valor. Todo esse ódio contra si resultava em vários episódios de autolesão.

Essa verdade sobre si a que Kely faz referência também aparecia nas demais pacientes, que tinham “*certeza*” de muitas coisas, especialmente das coisas ruins a seu respeito. Júlia tinha brigado com suas amigas, acreditava que não se importavam com ela e, por isso, machucava-se. Ela não tinha dúvidas do desprezo das amigas, fato que a fazia sofrer, talvez uma defesa, uma forma de esconder o mesmo desprezo e raiva que sentia por elas. Apegada a suas tristes certezas, Júlia era inflexível, lutava contra quaisquer intervenções que colocavam em xeque sua posição de vítima, dos outros e de si mesma, pois ela pagava duas vezes, sofria pela exclusão do grupo de amigas e sofria ao se cortar.

A partir de sua experiência clínica, Pinheiro (1993) começou a se questionar se os pacientes conhecidos como *borderlines*, falso *self*, personalidades narcísicas – os conhecidos pacientes difíceis da clínica ferenciana – não teriam, na verdade, uma organização melancólica. Apesar das diferenças entre os quadros clínicos, a autora afirma a existência de

um elemento comum entre eles, como uma tônica depressiva. Tal observação levou Pinheiro a elaborar um paralelo entre a metapsicologia da melancolia de Freud e a teoria ferencziana do trauma, pois, tanto na melancolia quanto na identificação ao agressor, há uma identificação maciça com o objeto, o que difere sobremaneira da identificação na histeria, em que há a apropriação de um traço significativo do objeto. Tanto na melancolia como na identificação ao agressor o objeto é apropriado como um todo e se torna um possessor do ego. A identificação é objetiva, feita em bloco, pois se perde a capacidade de fazê-la subjetivamente.

Mais tarde, inspirada nos trabalhos de Abraham e Torok (1972/1995), Pinheiro (2014) esclarece que, em ambos os casos – na identificação melancólica e na identificação ao agressor –, há uma efetiva impossibilidade de introjeção do objeto, que é incorporado como um todo. Para a autora, é o desmentido do adulto que impossibilita a inscrição psíquica do trauma, pois impede o processo de introjeção. Pinheiro se refere à introjeção no sentido ferencziano, do alargamento do ego em um movimento de inclusão do mundo externo, de apropriação das qualidades do objeto, as quais, posteriormente, servirão de base para a construção do mundo interno do sujeito. Já a incorporação ocorreria quando a introjeção não é possível, em um processo marcado por forte ambivalência em que se tenta recuperar magicamente o objeto perdido. “Como compensação do prazer perdido e da introjeção ausente, realizar-se-á a instalação do objeto proibido no interior de si. É essa a incorporação propriamente dita” (Torok, 1972/1995, p. 222).

Além dos já citados quadros clínicos, Pinheiro (2014) observa essa tônica depressiva também nos somatizadores, nos dependentes químicos e nos casos de transtornos alimentares. Embora a autora não tenha citado o fenômeno da autolesão, nossa clínica nos leva a incluí-lo nesse rol de manifestações de sofrimento psíquico que guardam similitudes com a melancolia.

Parte dos traços observados por Pinheiro (1996) são comuns em nossas pacientes, como o grau elevado de angústia, a ausência de dimensão de futuro, uma lucidez quase absurda, a estranheza em relação ao corpo, uma preocupação excessiva com a noção de ridículo – medo de passar vergonha –, além das questões em torno na morte, vista não como metáfora, mas em sua dimensão real no que tem de mais brutal. Veremos, na próxima seção, que, além de fantasias de morte expressas na análise e em meio a poesias, quatro pacientes atuaram tomando medicamentos na suposta intenção de morrer. Kely, por exemplo, começou a análise após três tentativas de suicídio em um único mês e, com um ano de análise, fez uma nova tentativa ingerindo uma série de remédios psiquiátricos.

Pinheiro (2014) descreve o melancólico como um paciente normalmente inteligente, bem articulado, prestativo, disposto a ajudar, ouvir e se colocar no lugar do outro, mas que, ao

mesmo tempo, apresenta uma rigidez de pensamento, discurso do certo e do errado, do justo e do injusto. O paciente melancólico possui um código moral bastante rígido utilizado para balizar não só a conduta alheia, mas a sua própria, o que dá lugar a uma autocrítica severa, derivada de um superego cruel. Isso porque, a clivagem melancólica é responsável por uma separação radical no campo egóico, o que possibilita ao ego tomar a outra parte, que sente como estranha a ele, como um verdadeiro objeto, o que justifica a crueldade, a autoacusação e a baixa autoestima.

Para Pinheiro (1996), há, também, uma relação peculiar com a dimensão corporal. Nos pacientes melancólicos, imperam-se as queixas orgânicas e a necessidade de fazer doer esse corpo como prova de sua existência. Sobre o fato, a autora cita aqueles pacientes cuja necessidade de malhar, exercitar-se, é imanente. “Esse corpo precisa doer para provar que existe. É esse corpo doído que vai dar a sensação de unidade, a certeza de que tem um corpo” (p. 51). A própria autolesão tem esse sentido, pois prova, pela dor, que há um sujeito ali: “*eu me sinto mais real*” (Klonsky, 2009, p. 263), disse um paciente que se cortava. Sensação semelhante à descrita por Kely: “*nem dói tanto, é como se você sentisse que tá viva*”.

Outro ponto bastante interessante levantado por Pinheiro (2014) diz respeito à importância da relação entre esses pacientes e os outros, mediada pelo olhar, insistentemente buscado como medida para si, sem o qual o sujeito não é capaz de se constituir. “Eles são o que os outros veem dele ou aquilo que dizem que ele é. O olhar do outro dá a consistência do que são e, sobretudo, fornece para eles verdadeiros atestados de existência” (p. 182).

6.4.1. O eu anulado: para fazer trabalhar Ferenczi

As ideias de Pinheiro (2004) expostas na seção anterior vão ao encontro do que denominamos um eu anulado observado nas pacientes, sobretudo no início da análise. As pacientes falavam de si através do outro: “*minha mãe disse*”, “*o médico me proibiu*”, “*dizem que sou*”, “*meu pai acha*”, “*a professora pensa*”, “*minha irmã fala*”, “*minha avó não quer*” para se referir ao que estavam vivendo e sentindo. “*Todo mundo acha que eu tentei me matar*”, disse Débora na primeira sessão. E você, o que acha? O que você pensa? O que você quer? Perguntas como essas eram insistentemente feitas para as pacientes, pois era necessário e urgente resgatar um sujeito que parecia desaparecido.

Ao ter como inspiração a famosa expressão de Freud (1917/1996z), em “Luto e Melancolia”: “a sombra do objeto caiu sobre o ego eu” (p. 254), poder-se-ia afirmar que o eu anulado testemunha uma forma de continuar existindo sob a sombra de um objeto

excessivamente dominador e invasivo, o que provoca uma adaptação radical, autoplástica, à custa do próprio eu. Mas, nesse caso, não se trata da sombra do objeto perdido, como descreve Freud, e sim da sombra do objeto agressor com quem o ego está parcialmente identificado. Nesse sentido, a autolesão pode ser uma tentativa de matar o objeto, mas como o objeto é o próprio ego, é ao ego que o sujeito ataca.

Como efeito dessa identificação, as pacientes não sabiam falar sobre os seus próprios desejos, que permaneciam soterrados. Quando podiam falar em primeira pessoa, só conseguiam repetir o que delas era dito. Carolina, por exemplo, conta que, antes, queria ser policial, fisioterapeuta e jogadora, “*mas ninguém deixa*” e afirma: “*eu não sonho mais, cortaram todos os meus sonhos*”. Conta que sua mãe quer que ela seja professora, pois considera “*a profissão mais bonita do mundo*”, eis que ela conclui com uma lucidez assustadora: “*eu só posso sonhar os sonhos que minha mãe sonhou pra mim*”. Além dos sonhos cortados, Carolina sentia não ter autonomia nem para pensar: “*você me pergunta o que eu penso disso, mas eu nunca precisei pensar, minha mãe sempre pensou por mim*”.

Passados alguns meses de análise, o eu anulado retorna sob nova roupagem. Visivelmente irritada, Carolina diz ser repreendida em casa, por tudo e por todos. Ora é criticada por falar alto demais, ora por falar baixo, ora porque não interage com a família – quando fica em silêncio no seu quarto –, ora porque fala demais, ora porque está triste, ora porque está feliz. Podemos ir além. Recentemente, havia sido criticada pela irmã e pela mãe por se vestir como um “*hominho*”, não obstante, meses antes, sua mãe havia lhe dado um tapa no rosto por usar um *dropped* (uma blusa curta que aparece a barriga), assim como a proibia de passar maquiagem forte e usar *shorts* curto, pois ficava “*vulgar*”.

Mas afinal, o que querem de Carolina? Que ela fale ou se cale? Que seja mulher ou “*hominho*”? Talvez, que permaneça uma criança, assexuada, para não correr o risco de ficar uma mulher “*vulgar*”, uma puta? Esta parecia ser a fantasia que circulava na família, como se qualquer manifestação de sua sexualidade fosse vista como um excesso que deveria ser contido. Mas o que precisava ser contido, senão, as próprias pulsões despertadas no contato com o corpo de Carolina? Agredi-la tinha essa intenção, de fazer calar as próprias pulsões.

Ao se sentir invadida por mensagens paradoxais, ela se defendia de forma autoplástica, como sugere Ferenczi (1930/2011t), pois, quando não é possível modificar o mundo externo, resta ao eu uma adaptação interna. A saída de Carolina foi se comportar como “*um camaleão*”: “*tenho um eu para cada situação*”, fato que se repetia no meio social, como na

escola onde procurava se “*moldar*” ao que as pessoas esperavam dela⁶⁸, o que também não deixa de ser uma sedução de sua parte, mas a um preço alto, à custa do próprio eu. Esse eu anulado que volta e meia comparecia às sessões também se fez presente nas demais pacientes, como veremos na seção “Dureza e sutileza”, a partir do caso de Kely.

Poder-se-ia pensar o eu anulado como um efeito estendido do desmentido, à medida que a desautorização de diferentes experiências dolorosas vividas ao longo da vida provoca um abalo permanente nas próprias percepções. O sujeito deixa de acreditar em si, de confiar no testemunho dos próprios sentidos, fato que o impede de narrar sua própria história e até de definir quem é, pois se tornou refém da versão oferecida pelo agressor, que age não mais de fora, mas do interior, na forma de um superego cruel e opressor. Indo além, essa ideia de um eu anulado em decorrência da identificação maciça com o agressor, embora não tenha sido desenvolvida por Ferenczi (1933/2011x), parece se encontrar implícita em seu texto quando discorre sobre os efeitos da introjeção daquele que ameaça: “chega-se assim a uma forma de personalidade feita unicamente de id e superego, e que, por conseguinte, é incapaz de afirmar-se em caso de desprazer” (p. 118). Essa proposta de um eu anulado é mais uma de nossas tentativas de fazer trabalhar os autores.

6.5 AUTOLESÃO E SUICÍDIO: UMA FANTASIA DE MORTE ATUADA?

Apontamos, no segundo capítulo, à existência de divergências no meio científico a respeito da intencionalidade suicida presente ou não na autolesão, o que originou dois modelos vigentes na literatura, a automutilação deliberada e a autolesão não-suicida (Guerreiro & Sampaio, 2013; Whitlock & Knox, 2007). Para Hawton e James (2005), mesmo que seja declarado o desejo de morrer, as razões latentes das autolesões estão mais próximas a uma tentativa de reduzir a angústia e escapar de situações incômodas ou perturbadoras, por isso, “mesmo quando a morte é o resultado do comportamento autoprejudicial, isto pode não ter sido desejado” (p. 981; tradução nossa). Lloyd-Richardson, Lewis, Whitlock, Rodham e Schatten (2015) apontam diferenças importantes entre a autolesão e a tentativa de suicídio: a primeira é caracterizada por sua cronicidade, repetição e lesões de menor letalidade, enquanto

⁶⁸ Talvez essa ideia de um eu anulado possa guardar relações com o conceito de falso *self* desenvolvido por Winnicott (1960/1983), em especial, no que diz respeito à sua aparência clínica, pois sua natureza e etiologia são distintas. Em poucas palavras, o falso *self* tem caráter defensivo, atua como um protetor do *self* verdadeiro, e sua origem está relacionada à incapacidade de a mãe reconhecer e complementar a onipotência do bebê. Por ultrapassar os objetos desta tese, um diálogo mais profundo entre os conceitos precisará ser deixado para um momento mais oportuno. De qualquer forma, sabemos que muitos conceitos winnicotianos também foram inspirados em Ferenczi.

a segunda ocorre com pouca frequência e provoca lesões mais graves, contudo, os autores não descartam a possibilidade de uma morte involuntária decorrente da gravidade das lesões autoinfligidas.

Essa possibilidade de uma morte por engano decorrente das autolesões nos remete ao caso de Débora, cuja profundidade do corte feito no antebraço lhe causou uma grande perda de sangue que, se tivesse atingido a artéria, poderia tê-la levado à morte, porém, dissemos, uma morte involuntária ou por acidente, pois não era esse o seu desejo, planejava apenas “fazer cortinhos”.

Débora vivia um momento de muita violência em casa. Em um domingo, teve o seguinte pensamento: “se você se cortar, os problemas vão acabar”. Planejou fazer um “cortinho” igual aos demais que já tinha feito, mas algo saiu errado: “a mão pesada pra caramba, foi fundo, muito fundo, uma cachoeira de sangue... eu ajoelhei e comecei a rezar, pedir pra Deus que não queria morrer agora”. O banheiro ficou repleto de sangue, no chão e nas paredes, teve medo de contar para sua família e apanhar do seu pai. Enrolou uma blusa no braço para conter o sangue e limpou o banheiro. Só na manhã seguinte, na escola, conseguiu pedir ajuda para o diretor que a levou ao hospital.

Esse tema retornou em inúmeras sessões, havia algo de enigmático em seu ato, ela recordava a cena insistentemente na tentativa de encontrar uma resposta para si mesma. “Eu queria fazer um corte pequenininho e veio uma mão do além e forçou minha mão, porque era pra fazer fraquinho”. Débora se cortou para dar fim à angústia, mas seu pai, madrasta, irmãos, enfermeiros, professores e colegas da escola traduziram seu ato como uma tentativa de suicídio. A cena do corte, em face à possibilidade real da morte, tornou-se para Débora uma cena excessiva, cujos restos demandavam uma (re)tradução mais organizadora. Para Laplanche (2006/2015h), o ser humano é um hermeneuta por natureza, teorizador da sociedade, dos outros e de si, daí, nossa busca por explicações e por nossa própria historicização. A seguir, evidenciam-se vários trechos de três sessões, em que Débora repetia o tema na tentativa insistente de entender o próprio ato.

A pessoa para o que tá fazendo, vai pro banheiro, pega a gilete e se corta... abre aquele beíço... retardada... é a burrice plena, fecha o olho e vap [som do corte], esguichava sangue pra todo lado... Eu queria fazer um corte, dois cortes, três cortes, e não isso. Como vou explicar pros meus filhos que a mãe deles era uma idiota que queria se cortar e quase se matou? (Débora)

Eu não sei como ninguém percebeu... tinha muito cheiro de sangue no banheiro... tava gaguejando e pedi um balde pra minha irmã, quando ela abriu a porta saiu um fe [dor]

cheiro de sangue que espalhou pra casa toda... Não sei se sangue tem cheiro, ou porque eu tava em choque e senti, o sangue tem cheiro? (Débora)

No recorte clínico a seguir, ainda relativo às suas tentativas de historicização, chama a atenção a cisão psíquica e a sensação de estar fora de si, tal como descreve Ferenczi (1930/2011u): “o ego abandona total ou parcialmente o corpo, a maior parte das vezes através da cabeça, e observa desde o exterior ou do alto o destino posterior do corpo, sobretudo os seus ferimentos” (p. 274).

Não gosto de tomar banho naquele banheiro mais... eu olho e vejo a imagem, eu ajoelhada no chão, cortando o braço... tem vez que até apago a luz pra não ver... é como se fosse duas, eu e eu vendo... Foi um corte pequeno, eu vi uma pelinha daí fiz outro e foi fundo, o outro acarquei... foi Deus, foi duas coisas, ou foi pra me levar mesmo, ou foi pra eu parar, nunca mais fazer, daí acho que foi Deus pra eu nunca mais fazer isso. (Débora)

De fato, Débora não se cortou mais, não porque tinha sido vontade Deus, mas porque tinha medo desse estrangeiro interno que ela não controlava. No entanto, o percurso não foi tão fácil, pois esse algo desconhecido, “do além”, ressurgia para assombrá-la demandando uma nova satisfação. Após duas semanas, ela diz: “os pensamentos ruins voltaram, de se cortar e agora de se matar mesmo”. Vejamos:

D: Eu penso em me matar tomando remédios, cortando, nas árvores.

A: Como assim, nas árvores?

D: Me enforcando mesmo.

A: Mas o que você quer dar fim quando pensa em se matar?

D: Eu quero acabar com a indiferença, com a desconfiança. Como um pai não confia na filha? Nem meu pai, nem minha mãe [se referindo à madrasta].

O desejo de Débora não era morrer, mas de dar fim ao sofrimento, não obstante, havia ali uma espécie de fantasia de morte, como se essa fosse a solução para os seus problemas. Trata-se de uma fantasia perigosa, pois ela atuou na realidade e, por muito pouco, não atingiu uma artéria importante. Essa fantasia de morte está ancorada em uma representação social, pois os cortes nos pulsos estão culturalmente associados às tentativas de suicídio, como um código socialmente partilhado – um assistente de tradução – por isso aquele que vê as marcas facilmente as traduz como um gesto suicida, como já discutido na seção anterior.

Whitlock e Knox (2007), vimos, consideram a autolesão uma forma de lidar com emoções aflitivas indesejadas, contudo, ela pode aumentar o risco de suicídio quando o trauma ou o sofrimento for excessivo. Essa conclusão provém da análise das respostas de 2875 estudantes universitários que afirmaram ter praticado a autolesão e/ou algum tipo de

comportamento suicida. O risco suicida foi classificado em quatro níveis, do menor ao mais alto: ideação, plano, gesto e tentativa, e o que chamou a atenção dos pesquisadores foi a expressiva taxa de ideação suicida presente nos jovens que se autolesionam, variando entre 34% a 45% dos casos. Em nossa prática, encontramos as fantasias de morte em todas as pacientes, em alguns casos, essas fantasias foram atuadas na realidade, com maior ou menor risco de morte. Kaplan e Sadock (1995/1999) acrescentam um dado interessante: além de confirmar a presença de tentativas de suicídio em metade dos casos de autolesão, afirmam que estas comumente são perpetradas por outros métodos, sobretudo o envenenamento, considerado uma modalidade de tentativa de suicídio utilizada predominantemente por mulheres. Em nossa clínica, a ingestão de medicamentos foi realizada por quatro das seis pacientes.

A fantasia de morte estava presente também em Júlia e aparecia não só em atos, quando se automedicava, mas de forma simbolizada em seus poemas.

Poema 2

*Eu convivo com a minha depressão todos os dias,
torcendo para que algum dia ela vá embora,
eu só queria que ela fosse agora.*

*No começo eu tentei ser forte,
mas agora eu prefiro a morte.
Pra mim ela é a única solução,
cansei de sofrer parece que é minha única opção.*

*Eu deito em meu leito, por que sinto
dores muito forte em meu peito.*

*Eu não queria essa vida, muitas
pessoas não acham isso, duvida? (sic)*

Júlia dizia: “*eu queria morrer, mas não tenho coragem de me matar*”. Embora não tivesse coragem, ela encenava um suicídio não só quando cortava os braços com cacos de vidro, mas a cada vez que se automedicava. Em várias noites de angústia, procurou tomar remédios na suposta intenção de dormir, não os ingeria na dosagem indicada, sempre mais: “*antes eu não tinha coragem de tomar dois, daí depois foram 3, 4, 5 e 6*”. Questionada até onde ela iria, Júlia responde: “*não sei, acho que se tivesse mais eu tomaria... eu não tenho medo de morrer nessas horas, e se morrer, não ligo*”.

De fato, Júlia foi além. Em uma noite, chegou a tomar nove comprimidos de seu antidepressivo, o que produziu sonolência e tontura: “*eu só queria dormir, ficar tudo preto,*

pra não pensar em nada, porque minha cabeça não para de pensar nas coisas, daí não conseguia dormir”, pensava em “ *muitas coisas ruins*”, no assédio vivido quando criança, no *bullying*, que não era inteligente como a irmã. Questionada se ela achava que ainda estava no controle da situação, a paciente diz: “*eu acho que tô, mas na verdade não tô no controle né?* [risos tímidos]”. A forma plácida com que Júlia narrou esse episódio, sem se importar com as possíveis consequências de uma superdosagem, fez-me comparar sua atitude com os remédios ao jogo de azar roleta russa. Somente nesse momento, ela mudou de feição e se mostrou preocupada, pois, até então, não parecia compreender a gravidade do ato.

Frente a essa reação, foi preciso uma intervenção. Com o seu consentimento, sua mãe foi convidada para uma sessão de acompanhamento e orientada sobre a necessidade de restringir-lhe o acesso às medicações. Algo em Júlia estava excedendo o limite e a colocando em risco, pois, quando as autolesões superficiais na pele não eram suficientes para aplacar sua dor emocional, ela recorria aos remédios, aumentando, deliberadamente, as doses dos antidepressivos prescritos pelo psiquiatra – primeiro fez uso de clomipramina, depois de cloridrato de sertralina. Júlia não via um fim para sua dor, “*parece que nunca vou conseguir ser feliz*”. Essa crença em um sofrimento infinito aparecia nas demais pacientes, sobretudo nas proximidades dos episódios de autolesão.

A fantasia de morte, no caso de Maju, esteve bastante presente nos primeiros meses de atendimento: “*eu só queria morrer*”. No dia do término do namoro, ela tentou se jogar na rodovia próxima à sua casa, pois queria que um carro passasse por cima dela. Conta que sua ex-namorada a empurrou e gritou para que parasse. Desolada pelo término do relacionamento, Maju conta: “*fui pra casa e me cortei fundo... no hospital me doparam, tomei três comprimidos pra dormir... o enfermeiro limpou e colocou uma faixa no meu braço, mas quando cheguei em casa cortei as pernas*”. Essa não foi a primeira tentativa. Cerca de dez meses antes, também em resposta a decepções no relacionamento – um namoro heterossexual –, Maju ameaçou se jogar na frente de um carro na mesma rodovia, sendo impedida por sua mãe. A nosso ver, as autolesões representam uma solução de compromisso entre as forças pulsionais, um meio intermediário de satisfação para evitar um mal ainda maior. Essa ideia acerca da intrincada relação entre cortes no pulso e suicídio fica explícita no diálogo com Maju.

M: Pensei em cortar aqui [apontando para o pulso], mas daí bem na hora minha mãe apareceu.

A: Por que aí?

M: Dizem que se cortar aqui a pessoa morre.

A: *Mas você queria morrer?*

M: *Queria sim, tem até um cortinho aqui oh [aponta o sinal do corte].*

Assim como Júlia, Maju também ingeriu medicamentos em excesso. *“Já tomei comprimido uma vez, no Natal, vários, mas só vomitei, não aconteceu nada... minha amiga Helen disse que Deus me deu uma segunda chance”*. O fato ocorreu na véspera de Natal, após uma grave discussão com sua mãe, ela ingeriu alguns comprimidos encontrados na *“farmacinha”* que tinha em casa – uma caixa com vários remédios. Estava sozinha no momento do ato, sua mãe tinha saído para jantar com os familiares.

Após alguns meses de atendimento, Maju conta que estava bem melhor do que no ano passado, pois, antes, tinha vontade *“de sumir”, “de morrer”*. Por mais de uma vez, deixou cartas de despedida no guarda-roupa de sua mãe, mas, no outro dia, as retirava: *“eu dormia e Deus me acalmava, daí acordava e tinha desistido”*. Semelhante à Débora, Maju atribuía a Deus o fato de ainda estar viva. É bastante interessante pensar no simbolismo vinculado à figura de Deus, um representante paterno dotado de poderes e capacidades sobre-humanas, cuidador onisciente e onipotente que protege seus filhos do desamparo. Em fantasia, Deus protegia Débora e Maju do desamparo no qual elas se encontravam, referente não apenas ao próprio excesso pulsional que as atacava desde o interior, mas à violência presente nos laços com os objetos significativos – justamente aqueles que deveriam oferecer cuidado e proteção –, no caso de Débora, os espancamentos realizados pelo pai, e no caso de Maju, a negligência materna. Nessas ocasiões, o ódio originalmente destinado ao objeto parecia voltar contra o próprio eu, o qual, a partir de então, poderia ser tratado como objeto, é somente nessa condição, própria da melancolia, que o ego pode se matar. *“A tendência do melancólico para o suicídio torna-se mais compreensível se considerarmos que o ressentimento do paciente atinge de um só golpe seu próprio ego e o objeto amado e odiado”* (Freud, 1916/1996y, p. 428).

Carolina disse que a primeira vez que tentou se matar foi no ano passado, na mesma época em que começou a se cortar. Em uma das vezes, precisou ir ao hospital, mas não contou para ninguém a razão do mal-estar. *“Sabe aquelas farmacinhas que tem em casa, então, eu só pegava comprimidos e tomava, nem sei o que tomei”*. Outra vez, chegou a pendurar uma corda na madeira que sustenta o telhado da edícula, *“aquelas grossas, de laçar boi”*, mas desistiu, porque seu pai seria o primeiro a encontrá-la. O pai viu a corda e perguntou: *“pra que essa corda? Daí eu falei que era pra fazer ginástica, porque sempre fiz, aí ele falou cuidado pra não machucar a mão [risos tímidos]”*.

A vontade de morrer não era uma constante, mas foi o tema de várias sessões com todas as pacientes, ela surgia junto ou próximo aos episódios de autolesão, justamente quando os traços melancólicos dos quais nos referimos na seção anterior se acentuavam, dentre eles: o alto nível de angústia, a tristeza excessiva, a desesperança, a perda do prazer nas atividades corriqueiras, a falta de apetite, a insônia, o auto-ódio. Eram as sessões mais difíceis e exaustivas, pois as pacientes se apresentam totalmente sem esperança, com discurso fechado, quase impenetrável. As intervenções pareciam cair por terra. O discurso era unívoco, sem dúvida, só havia uma certeza: de que morrer era a única saída, o futuro parecia ter se esfarelado, nada nem ninguém importava. O ódio de si mesmo era intenso e a autocrítica severa. Esse desejo de morrer durava alguns dias, outras vezes, algumas semanas. Nesses momentos, as pacientes pareciam sideradas em seus projetos de morte, o que deu lugar a várias atuações, como as já descritas.

A história de Kely é marcada por um suicídio na família. Quando criança, morava com sua avó e um tio, com quem mantinha uma relação muito especial: “*ele era como um pai pra mim*”. Entretanto, esse tio se matou logo após saber que seu filho diagnosticado com encefalomielite teria um prognóstico terrível: se não morresse, ficaria “*vegetando*”. Com apenas cinco anos de idade, Kely foi a primeira pessoa a encontrá-lo enforcado, o que parece ter inaugurado um caminho de identificação, pois, a partir daí, o suicídio se tornou uma saída frente ao sofrimento, como um novo e mortífero código tradutivo para uma dor insuportável. Esse código suicida como solução de conflitos se fez presente uma vez mais após uma grave discussão com o marido da avó. Além de se cortar, ela tomou um vidro de clonazepam:

A: O que você pretendia com isso?

K: Me acalmar.

A: Só isso?

K: Acho que sim [risos tímidos]. Eu não me importo muito comigo, se eu me alimento, se tô viva.

Apresentamos, na seção “Do Édipo à autolesão, sentimento de culpa e castigo”, algumas ações e omissões autodestrutivas das pacientes, dentre elas, o descuido com a saúde e a exposição a riscos desnecessários, como formas indiretas de provocar sofrimento. Aqui, a ingestão de medicamentos em altas doses tem o mesmo sentido, embora camuflada pela intenção de dormir, como dizia Júlia, ou de se acalmar, como dizia Kely, esses atos revelam intenções inconscientes mascaradas. É o que Freud (1901/1996i) nomeia equívocos da ação, atos dos mais diversos que carregam propósitos obscuros, sendo particularmente úteis para a

autocensura⁶⁹. A própria reação ao infortúnio denuncia a intencionalidade inconsciente desses atos, pois, com frequência, a pessoa suporta suas consequências ruins de forma plácida e serena.

Kely também descreve um desses possíveis equívocos da ação. Ela estava muito nervosa em razão de uma briga com o padrasto, que estava bêbado e havia ameaçado suas irmãs, o que a fez lembrar o dia em que ele a surrou, aos 13 anos de idade, em que foi parar no hospital. Encerrada a briga, a fim de se acalmar, foi até o quarto tomar seu ansiolítico. Disse ter tomado uma fileira toda, seis comprimidos, foi até a cozinha e, quando voltou ao quarto, viu o copo d'água sobre a escrivaninha e pensou que não tinha tomado os remédios. Quando se deu conta, havia ingerido toda a cartela. Eis que ela se questiona: “*eu não tava querendo me matar, mas quem toma uma cartela inteira de remédio?*”. Na mesma noite, sonhou que havia engolido uma moeda, o que a fez engasgar e desmaiar. No próprio sonho, pensava: “*já tentei me matar de tanto jeito, mas por causa de uma moeda!*”. Kely não queria morrer por pouca coisa, pelo padrasto que não valia nada, nem mesmo uma moeda, nem um tostão furado.

A depender dos determinantes inconscientes que deram origem aos equívocos da ação, os resultados podem ser trágicos. “Sabe-se que, nos casos mais graves de psiconeuroses, os ferimentos auto-infligidos ocasionalmente aparecem como sintomas patológicos e que, nesses casos, nunca se pode excluir o suicídio como um possível desfecho do conflito psíquico” (Freud, 1901/1996i, p. 181). No caso de Júlia, não apenas seus atos, mas o duplo sentido de suas falas indicava que o suicídio era uma saída permitida para os momentos de grande angústia: “*se não dá pra morrer, pelo menos eu queria dormir*”. Aqui, a ideia de dormir parece condensar duas expressões bastante conhecidas culturalmente que significam morrer: dormir o sono eterno e dormir para sempre. Para Freud, esses equívocos na ação que resultam em ferimentos autoinfligidos demonstram a presença de uma pulsão autodestrutiva, que somente mais tarde veio a ser definida como pulsão de morte e que Laplanche (1988c) discute como sendo pulsão sexual de morte.

Não há por que supor que essa autodestruição seja rara. É que a tendência à autodestruição está presente em certa medida num número muito maior de pessoas do que aquelas em que chega a ser posta em prática; os ferimentos auto-infligidos são, em geral, um compromisso entre essa pulsão e as forças que ainda se opõem a ela (Freud, 1901/1996i, p. 183).

⁶⁹ Freud (1901/1996i) cita o caso de uma jovem senhora que tinha recebido muitos aplausos dos parentes após uma dança, porém seu marido a criticou, dizendo que ela tinha se portado como uma meretriz. No dia seguinte, em meio a um passeio de carruagem, após se assustar com o comportamento dos cavalos, jogou-se do veículo e quebrou a perna como forma de castigo pelo seu suposto crime.

Nos momentos de maior organização interna – mais próximos do modo de funcionamento neurótico –, a fantasia de morte surgiu de forma simbolizada. Fazendo uso de certa dose de humor, por mais de uma vez nas sessões, Kely disse que a morte não levava quem queria morrer, mas, sim, quem não queria. Em suas fantasias, a morte era caprichosa, não se submetia à vontade alheia. Contudo, na poesia a seguir, a morte, que ela imaginava na figura de um homem, enfim, decidiu levá-la para poupá-la do sofrimento. Nesse ato misericordioso, ternura e paixão se misturam, uma vez que o cuidado e o carinho estão revestidos pelo erotismo da cena, já que é um homem que a toma dos braços para levá-la, quem sabe, ao paraíso.

“Canção do assassino”

5, 4, 3, 2, 1

5, 4, 3, 2, 1

*Ele segura a arma contra minha cabeça
Eu fecho os olhos e bang, estou morta
Eu sei que ele sabe estar me matando por misericórdia.*

*E aqui vou eu
Oh oh oh oh
Oh oh oh oh
Oh oh oh oh*

*Ele segura meu corpo em seus braços
Ele não queria me fazer nenhum mal
E ele me segura tão apertado*

*Ah ele fez tudo pra me poupar das coisas horríveis que a vida traria
E ele chora e chora
Eu sei que ele sabe estar me matando por misericórdia*

*E aqui vou eu
Oh oh oh oh
Oh oh oh oh
Oh oh oh oh*

*Ele segura meu corpo em seus braços
Ele não queria me fazer nenhum mal
E ele me segura tão apertado*

*Oh, ele fez tudo para me poupar
Das coisas horríveis que a vida traria
E ele chora e chora*

5, 4, 3, 2, 1

5, 4, 3, 2, 1

5, 4, 3, 2, 1

A arma se foi
E, então é minha vez
E aqui vou eu (sic)

Dentre as seis pacientes, Kely é quem apresentava o maior risco de atuar sua fantasia, pois nos chamados momentos de crise, além de uma angústia avassaladora, ela tinha alucinações visuais e auditivas. As alucinações visuais consistiam no homem de preto e na mulher de branco, de quem tinha muito medo. As vozes não vinham desses personagens, mas apareciam junto com eles, ora gritando e ordenando que ela se matasse, ora sussurrando falas que lembravam uma canção de ninar, em que novamente a figura da morte se fazia presente: “*vamos, vamos minha criança*” e “*dorme, dorme, linda menina, que a morte já vem te pegar*”. Nessas ocasiões, chegou a dormir debaixo da cama, pois ali se sentia mais segura. Em um caderno que trouxe para análise, tinha desenhado com grafite uma menina chorando ao lado de duas sombras com feições ameaçadoras (com olhar de raiva e dentes pontiagudos), as quais representavam as vozes. As três tentativas de suicídio foram precedidas por essas alucinações.

Com aproximadamente um ano de análise, Kely, que vinha apresentando melhoras significativas, faz uma nova tentativa de suicídio, dessa vez desvinculada das alucinações. Desmarca a sessão do dia dizendo que não estava bem. No começo da noite, manda uma mensagem via *WhatsApp*: “*Desculpa aline eu não fui forte eu nunca quis estar viva. Desculpa por perder seu tempo comigo*”. Em face ao histórico de Kely, foi feito um contato via telefone. Ela atende em prantos, tinha acabado de tomar remédios, não sabia descrever quantos. Havia misturado vários, um frasco cheio de clonazepam, além das cartelas de carbolitium e risperidona, chorava e dizia que queria morrer, que não aguentava mais, sem mais detalhes, diz que tinha brigado com o marido da avó. Ela se encontrava no quarto e se negava a passar o telefone para sua avó, que estava em casa no momento. Em ligação para a avó de Kely para pedir uma intervenção médica, a avó estava estranhamente tranquila, dizia que a neta tinha discutido novamente e se trancado no quarto, e que se tivesse tomado qualquer medicação já tinha vomitado, pois a ouviu no banheiro naquele instante, além de expor que cuidaria da situação.

Kely passou mais de vinte horas dormindo, seu namorado mandava mensagens extremamente preocupado, pois a família optou por não a levar ao hospital⁷⁰. Na sessão, conta

⁷⁰ Esta e outras atuações das pacientes foram notificadas às autoridades competentes, por meio da Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovada conforme a Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019.

sobre a briga que precedeu o ato. O marido da avó disse que ela morava em sua casa de favor e que ela não deveria ter nascido. O ódio não é destinado aos objetos externos, mas a si mesma. Identificada às falas do marido da avó, ela pensava que realmente não deveria ter nascido, que não tinha qualquer valor, que era “*inútil*”. Kely parecia identificada ao agressor, não fazia qualquer crítica ao avô, somente a si mesma.

Isso nos remete à identificação melancólica, pois, para Freud (1917/1996z), são as recriminações contra o objeto que retornam para o próprio ego provocando uma clivagem. Uma parte do ego se confunde com o objeto perdido, identifica-se com ele, enquanto a outra parte assume as funções de uma instância crítica (precursora do superego) que se dirige sadicamente contra o ego. Em “O ego e o id”, Freud (1923/1996ze) esclarece que o superego do melancólico arremata toda a consciência do sujeito, que se volta violenta e implacavelmente contra o ego, com todo o sadismo de que dispõe. O ego, por sua vez, não faz objeção, reconhece-se culpado e se submete aos mais severos castigos que lhe são infligidos, o que abre a possibilidade para o suicídio.

Seguindo nosso ponto de vista sobre o sadismo, diríamos que o componente destrutivo entrincheirou-se no superego e voltou-se contra o ego. O que está influenciando o superego agora é, por assim dizer, uma cultura pura do instinto de morte e, de fato, ela com bastante frequência obtém êxito em impulsionar o ego à morte, se aquele não afasta o seu tirano a tempo, através da mudança para a mania (Freud, 1923/1996ze, pp. 65-66).

No caso de Kely, em face à clivagem psíquica, esse superego sádico estava frequentemente materializado nas alucinações auditivas e visuais, tanto nas vozes quanto no homem de preto e na mulher de branco. O que perseguia internamente as demais pacientes a perseguia de fora, pois era projetado no exterior, o que se tornava assustador.

Na sessão seguinte a tentativa de suicídio, Kely se apresentava como nas primeiras sessões, regredida, discurso agressivo, olhar distante, cabelos cobrindo um dos olhos, porém maquiada, blusa decotada, saia curta e salto alto. Suas roupas contrastavam com sua expressão facial, de pesar e tristeza. Havia uma dupla mensagem, ela parecia precisar mostrar uma tristeza profunda em sua fala e em seu olhar que justificasse seu ato, ao mesmo tempo em que seu corpo apontava em direção oposta, não para o desejo de morte, mas para a vida, como um recurso maníaco. Aos poucos, ela pôde admitir para si mesma que não queria morrer com as medicações, mas que queria deixar de viver aquela vida que tanto a maltratava. O desejo pela vida que transbordava em suas vestimentas transparece ao final da sessão, nas falas, no gesto, na mímica e no humor ao recontar sobre os efeitos da medicação ingerida.

K: Eu tava com a boca espumando [passa a mão na boca], daí fiquei pensando se tinha tomado vacina pra raiva, pra tétano.

A: Mas você disse que estava tentando se matar, como se preocupou se tinha tomado vacina?

K: Ahhh é que quero morrer bonita né [passa a mão pela lateral dos seios em direção a cintura e joga o cabelo para o lado], e não babando feito um buldogue [risos].

Apesar de fazer uso do humor como forma de defesa – recurso que será discutido na próxima seção –, é nítido o excesso na prática do ato, pois Kely passou mais de vinte horas dormindo e espumou pela boca, sinais de uma superdosagem de medicação. Existiam duas Kely: a Kely sofrida, maltratada pela vida, em prantos, com expressão de tristeza e pensar, que não via outra saída para o sofrimento a não ser a própria morte; e a Kely bem-humorada, cheia de vida e de desejo, que desejava ser desejada, daí o exibicionismo que as roupas curtas denunciavam, o que lembrava uma histeria. Ela precisava do olhar do outro, se não de ternura, ao menos de desejo, era ali que ela se sustentava. Despertar o desejo parecia lhe forjar um revestimento narcísico por outras vias inexistente, pois, em várias sessões, falava com prazer da reação dos homens em relação ao seu corpo sempre muito exposto em roupas decotadas e curtas.

O que se pode concluir, a partir das falas das pacientes, é a existência de uma fantasia de morte, mais do que um desejo real de acabar com a própria vida. Diga-se de passagem, uma fantasia que inclui os objetos, como uma mensagem endereçada ao outro como pode ser lido na carta-mensagem de Kely escrita no seu “*Diário de uma suicida*”.

Querida mamãe.

Você começou desde o início, pelo ego, dormir com aquele homem depois citaremos. Além de fazer sexo com aquele lixo apenas para o seu ego, o que vem depois? Assim, depois você me deixou com minha vo! Ah você era jovem, né? Foda-se que mandou você abrir as penas pra quele lixo. Ooh que feio ser tão burra ao ponto de abrir as penas pra quele lixo sem futuro. Mas sabe a verdade, não tenho pena nem dó de você. Pelo contrario no fundo não gosto de estar perto de você. Cansei de fazer tudo que você queria. Mamãe quando você quiz saber como era meu psiquiatra? Quando você se interessou em saber como foi minha psicologa? Rancorosa eu? Imagina so tipo muito. Vamos a lista querida mamãe.

- 1. Ego ferido, sexo com idiota*
- 2. idiota para não usar camisinha*
- 3. abandono*
- 4. ser uma vadia falsa*
- 5. brincar de ser mãe comigo*
- 6. chantagem emocional*
- 7. me fazer de tola*

É mamãe vou te culpa pelo meu suicídio.

Bjss (sic)

Para Laplanche (2000a), esse tipo de autoagressão, como é o caso do suicídio, vem da ação do outro interno, do ataque da pulsão sexual de morte que toma o ego como objeto. Apesar de sua aparente destrutividade, não é possível uma generalização, pois há múltiplas espécies de suicídio, alguns seriam profundamente narcísicos e autoconservativos, seja para conservar uma imagem de si, do ego, seja um ideal. É um pouco do que podemos interpretar da carta de Kely, pois, em fantasia, seu suicídio era uma forma de se vingar de sua mãe. A mensagem sádica oculta podia ser mais ou menos esta: “morra de culpa, mamãe!”.

O tom irônico presente na escrita dessa e de outras cartas, somada ao uso das palavras obscenas, revela sua intenção de agredir, culpar e atacar os objetos. Em “Palavras obscenas”, um de seus primeiros artigos psicanalíticos, Ferenczi (1911/2011b) discorre sobre a pertinência de se adotar ou não os termos populares utilizados para representar os órgãos genitais e as funções excrementícias. As palavras obscenas, ou palavras-tabu como se refere o autor, estão vinculadas ao sexual recalcado e, quando pronunciadas, têm o poder de evocar imagens de forma quase alucinatória, uma vez que obrigam o ouvinte a imaginá-las em sua realidade material. Pronunciá-las, continua o autor, também confere a impressão de cometer uma ação, como realizar uma agressão sexual. Em virtude dessa capacidade expressiva, de seu potencial de afetação, Ferenczi defende sua livre circulação na análise.

Dentre todas as pacientes, Kely é quem mais fazia uso de palavrões. Dizia, por exemplo, já ter mandado o tio “*pra puta que pariu*” e criticava as vizinhas que usavam roupas mais curtas que as suas: “*elas andam de short mostrando até o cu, porque dá pra ver até a cor da calcinha delas*”. Não havia qualquer pudor de sua parte em pronunciá-las, como se os diques psíquicos lhe fossem mais permeáveis. Mas não só. Usá-las era uma forma de expressar a intensidade dos afetos presentes em suas narrativas. Exposto de outro modo, dizê-las e escrevê-las, como lemos em suas cartas, era imperativo, pois, além de produzir prazer, proporcionava alívio pulsional, evitando, dessa maneira, uma atuação como forma de descarga. Assim como a mãe, o pai foi agredido deste modo:

Imagina quem é proximo? A sim o filho da puta que me coloco no mundo um paço a frente.

Parabéns papai vamos começar com a nossa historia.

No começo eu sempre ti defendia. “Seu pai é um lixo” “seu pai te abandonou” “seu pai mandou me baterem pra perder você”.

Sempre escutava isso mais sempre ti defendi até você me mostrar o contrario.

Quando você me ligou pela primeira vez eu chorei de emoção, engraçado neh? E as mensagens começarão e o desejo de ti ver so almentava quando eu falava isso você dizia

que uma hora ia chegar. De horas forão dias de dias forão semanas de semanas passarão pra meses.

E agora ja faz 1 ano que não conversamos. 3 anos que você me promete esse encontro. Não se precupe... se você esta recebendo isso ti garanto que eu já esteja MORTA você nunca se importou né? entao não vai ser agora (sic)

Há, nessa carta, para além das tentativas de agredir e culpar o pai pelo abandono, o testemunho da memória infantil, a esperança de uma criança que, ao descobrir quem era o seu pai, sonhou conhecê-lo, desejou construir um vínculo de pai e filha. Embora o negasse, esse desejo era uma constante. Às vésperas de seu último aniversário, uma vez mais Kely entrou em contato com seu pai: *“Oi como vai? Se lembra da sua outra filha? Ou já esqueceu? Quer dizer nunca contei como uma né? Sabe o que percebi? Terça faz 13 anos que eu tento ti conhecer... não se preocupe não vou mais correr atrás”* (sic).

O seu pai respondeu com um áudio que Kely não foi capaz de ouvir. Conta que não teve *“coragem”*, teve medo de *“passar mal”*, como ocorreu das outras vezes em que ele deu alguma *“desculpa”* para não a encontrar. Essas desculpas eram inaceitáveis e a feriam profundamente, pois ele visitava os demais filhos em outro Estado e não se dispunha a conhecê-la, apesar de morar em uma cidade vizinha à sua. A seguir, mais um trecho da mensagem enviada ao pai: *“se eu pudesse eu voltaria no tempo e falaria pra mim mesma que não adiantava as lágrimas e noites doente que eu passei querendo conhecer a merda de um pai que nunca me quis... vc me ignorou como se fosse nada”* (sic). Além do prejuízo narcísico decorrente da falta do investimento parental –, pois Kely nunca ocupou o lugar de *“sua majestade, o bebê”* (Freud, 1914/1996v) nem junto à mãe, nem junto ao pai –, ao longo dos anos, os sentimentos de abandono, desprezo e rejeição em relação a essas figuras foram importantes desencadeadores de episódios de autolesão.

Cinco meses após Cris ter deixado o abrigo para voltar a morar com sua avó, a psicóloga da Casa Lar entrou em contato para informar que ela havia tentado suicídio. Em ligação para Cris, ela conta ter tomado várias cartelas de seus remédios psiquiátricos no dia seguinte a uma briga que teve com sua avó. Após ser impedida de sair com as *“más companhias”* – jovens usuárias drogas segundo a avó –, a neta ameaçou matá-la, dizendo que não precisaria tocar um dedo nela, pois tinha quem o fizesse. O desejo de morte da avó, já latente nas sessões de análise, como descrito na seção *“Do Édipo à autolesão”*, emergiu com toda a força quando ela a ameaçou. No dia seguinte, sozinha em casa, como uma forma de se punir, ela ingeriu os remédios, mas logo foi até a escola onde contou o que tinha feito. Seu tio

foi chamado e Cris desmaiou ainda no caminho para o hospital, tendo passado dois dias internada na Unidade de Terapia Intensiva.

Apesar dos aspectos fantasmáticos e do caráter mensageiro da autolesão, a angústia em excesso pode dar lugar a atuações perigosas capazes de colocar em risco as pacientes, como foi o caso de Débora em face à grande perda de sangue. Quando a autolesão falhar como organizador psíquico – em sua função de paraexcitação –, o suicídio pode deixar o campo da fantasia e se delinear no horizonte das possibilidades como um ato planejado ou impulsivo, não mais como uma ação acidental. Esse foi o caso de Kely e de Cris que, em meio ao desespero e à culpa, tomaram as medicações na suposta intenção de morrer, mas, no instante derradeiro, os elementos órficos (Ferenczi, 1932/1990) entraram em ação: Kely vomitou a medicação há pouco ingerida, enquanto Cris pediu socorro na escola. Contudo, sabemos, nem sempre voltar atrás é possível.

Os cortes, como uma solução de compromisso entre as pulsões sexuais de vida e de morte, são tentativas de ligação do excesso pulsional e operam ao mesmo tempo como uma defesa, uma forma de satisfação e uma mensagem. Portanto, enquanto a autolesão for suficiente para a redução do sofrimento psíquico, ela estará a serviço da integração do eu, quando insuficiente, outras medidas podem ser adotadas pelo sujeito, incluindo, aí, as tentativas de suicídio conscientemente planejadas como resultado do desligamento pulsional. Independentemente da apresentação, a autolesão pode ser tomada como um sinal de alerta, como um pedido de ajuda mórbido diante do intenso sofrimento psíquico. É o que também sugerem Whitlock e Knox (2007), pois, mesmo que a autolesão não seja um gesto suicida, sendo, inclusive, utilizada como um mecanismo de enfretamento para evitá-lo, cabe ao clínico uma avaliação mais cuidadosa dos casos, já que a autolesão pode servir como uma espécie de prenúncio do suicídio.

Por fim, Whitlock e Knox (2007) apontam para alguns elementos que podem aumentar o risco de suicídio em indivíduos que se autolesionam: alta frequência de sua prática, etnia negra, declarados bissexuais ou que tenham experimentado aumento dos níveis de sofrimento psíquico nos dias precedentes à tentativa de suicídio. Bakken e DeCamp (2012) igualmente descrevem taxas mais elevadas de autolesão e suicídio entre jovens *gays*, lésbicas e bissexuais, o que torna a orientação sexual um importante fator de risco. As observações dos estudiosos sobre a maior probabilidade de suicídio em pessoas negras e nas minorias sexuais podem ser interpretadas sob a ótica do desmentido social, pois, além da violência que essas pessoas podem experimentar junto aos objetos significativos – como qualquer pessoa –, essa população é, com frequência, especialmente em nosso país, vítima de inúmeras formas de

negligência e violência social, seja explícita, seja implícita, o que aumenta, ainda mais, o sofrimento individual em decorrência da desqualificação narcísica operada pela cultura⁷¹.

O mais preocupante é que o recente movimento de denúncia das violências sociais supracitadas, o racismo e a LGBTfobia, continua a sofrer a ação do desmentido, pois amiúde essas narrativas são tratadas como um “mimimi”. Termo este que se tornou popular nos últimos anos e é utilizado na comunicação informal para invalidar ou diminuir a gravidade de uma violência relatada pelo outro, a qual o interlocutor interpreta como um exagero, uma queixa sem sentido, uma lamúria. De forma análoga ao desmentido ferencziano, nessa nova forma de desmentido social e político, que emerge inflamado, em especial, nas mídias sociais, o testemunho da violência vivida por um sujeito em posição de vulnerabilidade (seja a criança, a mulher, o homossexual, o negro) é tratado como uma frivolidade. Não se trata de desmentir a violência como um todo, mas de desqualificar a experiência subjetiva daquele que foi alvo da agressão, minimizando seus efeitos e desautorizando o sofrimento da vítima. A expressão pejorativa “mimimi”, portanto, serve para silenciar a vítima e, infelizmente, o ato vem sendo endossado socialmente tanto pelos agressores quanto por aqueles que partilham de seus ideais, o que amplifica o mal-estar e pode dar lugar a saídas dramáticas, como o suicídio.

6.6 DUREZA E SUTILEZA NA TRANSFERÊNCIA

Na clínica com crianças e adolescentes, é bastante frequente a demanda parental por resultados rápidos e concretos, especialmente a remoção do que compreendem ser o problema do filho, isto é, o sintoma manifesto. No caso das jovens atendidas, não foi diferente, já que seus pais ou responsáveis demandavam, explicitamente, a eliminação da prática da autolesão, como se este fosse o único ou o principal problema das pacientes. Embora a autolesão se constituísse uma fonte de sofrimento em razão da dor emocional que antecedia sua prática, ela era somente a ponta do *iceberg*, pois o problema não estava na superfície do corpo das pacientes, sobre a pele, ele era muito mais profundo.

Nossa primeira posição diante da autolesão foi acolher aquela manifestação como legítima, isto é, não desautorizar o sofrimento das jovens como frequentemente faziam os pais e o meio social ao redor das pacientes. Essa primeira atitude abria o caminho para o estabelecimento da transferência. Não é simples explicar como se deu na prática o

⁷¹ Em sua dissertação de mestrado, Navasconi (2018) se dedica a estudar a relação entre o suicídio e os marcadores de gênero, classe e raça, e observa que o sofrimento dos jovens negros/as LGBTTIIs é, com frequência, silenciado socialmente, sendo invisibilizado, inclusive, nas pesquisas sobre o tema.

acolhimento, que incluiu uma série de elementos, como as falas, o tom de voz, o olhar, o silêncio e, como sugere Ferenczi (1928/2011q), o tato, a paciência, a sensibilidade e a capacidade de adaptação às necessidades das pacientes.

Para tentar exemplificar essa adaptação do analista ao paciente, citamos a relação com Cris. Já na primeira sessão, em tom enfático, ela alerta: “*eu já avisei as tias [cuidadoras] que não vou parar de me cortar*”. Questionada se este era um aviso também para mim, ela olha surpresa e, de forma tímida, balança a cabeça positivamente. Quando lhe é dito “*esta não é uma condição para você vir aqui*”, é nítida sua sensação de alívio, o que lhe permitiu começar a narrar sua história. Como exigir de uma jovem que ela deixe de utilizar o único recurso que possui, no momento, para aliviar o intenso mal-estar? Foi preciso deixar claro que sua condição seria aceita para, só depois, ajudá-la a conter e transformar o excesso, elaborando afetos e simbolizando sua história. Ao final da primeira sessão, Cris explica porque continuaria a vir: “*porque você é diferente, é mais simpática*”, referindo-se às outras psicólogas e às estagiárias⁷² pelas quais tinha passado. Sabemos, é claro, que não se trata de simpatia, mas de tato, sentir com, conforme postulava Ferenczi (1928/2011q).

Isso também não quer dizer aceitar tudo, em uma postura condescendente frente às atitudes autodestrutivas das pacientes, fato que a própria Cris reconheceu. Quando soube da possibilidade de voltar a morar com sua avó em outro Estado, começou a se preocupar com o término da análise, não queria mais tomar remédios, apenas continuar a fazer terapia, mas não tinha estabelecido uma boa transferência com a psicóloga do CAPS de sua antiga cidade:

C: Ela é uma psicóloga muito ruim.

A: Por que você pensa isso?

C: Porque ela concordava com tudo o que eu falava, eu podia tá errada que ela concordava.

A: E aqui é diferente?

C: É!

A: Eu não concordo com tudo o que você fala?

C: Não [sorri].

A: Mas isso é bom?

C: É sim.

Não se tratava simplesmente de discordar ou concordar com as pacientes, mas de instaurar a dúvida em suas rígidas traduções da realidade, o que foi feito com todas as

⁷² Cris estava bastante resistente à análise, teve experiências insatisfatórias com profissionais do CAPS de sua antiga cidade e do hospital psiquiátrico no qual esteve internada. Criticou uma técnica utilizada por uma estagiária de psicologia que pediu para ela se olhar no espelho e dizer que era bonita. Ela fez, mas sabia que isso não daria certo.

pacientes para que pudessem se questionar, destraduzir e retraduzir suas sólidas certezas e experiências traumáticas de forma menos destrutiva. Mas isso não era uma tarefa fácil, demandava todo o arsenal técnico disponível e implicação pessoal, muitas sessões eram desgastantes, as pacientes eram duras com elas mesmas e com os outros. Segundo Martínez e Baracat (2012), uma tradução rígida, proveniente de um superego tirânico, pode se constituir um entrave para o processo destradutivo e retradutivo que acontece em uma análise, dessa forma, o sofrimento psíquico decorrente da ação dos elementos desligados do inconsciente não teria possibilidade de ganhar nova tradução. É um pouco do que vivemos com as pacientes, traduções como “ninguém entende”, “ninguém se importa”, “não adianta”, “nunca vou ser feliz”, narrativas de desesperança e sofrimento infundável em que as intervenções pareciam não as tocar. Pinheiro (1996) descreve sensação semelhante no atendimento dos pacientes com potencialidade melancólica, pois a inexistência de ambiguidade, ambivalência e dúvidas no discurso conferem a sensação de que as palavras do melancólico são feitas de concreto armado.

A transferência foi posta à prova desde o início dos atendimentos. As pacientes demandavam um encontro genuíno, precisavam sentir que poderiam ser compreendidas e não julgadas, pois todas chegaram machucadas pela reação do meio quando descoberta a autolesão. Referimo-nos às críticas, aos julgamentos e às ameaças feitas pelos familiares que apenas faziam aumentar o sofrimento das adolescentes, deixando-as constrangidas, envergonhadas, tristes e culpadas.

Além das feridas físicas autoinfligidas, estávamos diante de feridas emocionais profundas, cuja angústia transbordava à flor da pele. A autolesão era a expressão de uma história de abusos diversos e as pacientes pareciam demandar pelo testemunho de alguém que pudesse validar sua dor. A série de decepções com os objetos não era favorável para o início do vínculo terapêutico, as pacientes pareciam desconfiadas, pois, até então, suas vivências de sofrimento tinham sido desautorizadas de diversas formas, o que contribuiu para a procura de uma forma solitária para dar conta do mal-estar. Carolina recusava até os lenços oferecidos quando chorava. Ela enxugava as lágrimas com as mãos e nas mangas das blusas. Apenas pode aceitá-los com o fortalecimento do vínculo transferencial e quando seu gesto foi interpretado, no sentido de que ela tentava dar conta de tudo sozinha, inclusive das lágrimas ao recusar os lenços de papel.

Em termos contratransferências, fui tomada por sentimentos contraditórios, da insegurança inicial até a satisfação e a alegria no compartilhamento das melhoras. Kely, o caso mais grave, merece uma descrição mais detalhada. Atendê-la despertou inicialmente

medo, seu sofrimento intenso, junto à presença de alucinações e tentativas de suicídio colocou em dúvida a minha capacidade de acolher sua dor. Kely era agressiva no início, apresentava postura desafiadora, anunciava que iria se matar e que ninguém a impediria, explanava dezenas de razões para justificar porque não valia a pena viver. Estava de acordo com as vozes que ordenavam o suicídio, não confiava no psiquiatra, não tomava corretamente as medicações e a transferência levou um tempo para se estabelecer. A seguir, o trecho de um diálogo em que ela explicava a ação das vozes. A forte impressão causada fez com que o diálogo fosse recortado quase na íntegra.

A: Você consegue identificar o que elas [as vozes] falam?

K: Sim [silêncio prolongado].

A: E o que elas falam?

K: Ah, depende de com quem estou, onde estou [silêncio].

A: Você consegue dar um exemplo?

K: Ah, elas falam pra eu não confiar nas pessoas.

A: Em que pessoas?

K: Qualquer uma.

A: Quando foi a última vez que elas falaram com você?

K: Hoje, antes de vir pra cá.

A: Elas falaram para você não confiar em mim também?

K: Sim [balançando a cabeça afirmativamente].

A: Por que você acha que elas falaram isso?

K: Porque tem coisas que eu não posso falar, porque vai me dar uma crise e eu vou ficar agressiva.

De fato, Kely poderia ficar agressiva, pois, nesse começo da análise, ainda não dispunha de melhores recursos para tentar ligar o excesso pulsional. Ela deixava os olhos semitapados com os cabelos durante as primeiras sessões, como se tentasse colocar um limite para o contato. O discurso era fechado, sem dúvidas, não era possível fazer intervenções, muito menos interpretações, como se todas as falas caíssem por terra. Mas os ataques ao vínculo por meio de uma postura agressiva, respostas ríspidas e ameaças de interrupção da análise se intercalavam com atitudes mais sedutoras. Em uma das sessões, com voz e mímica pueril, pede uma intervenção junto à sua avó que tinha negado um de seus desejos. Ela queria comprar um casal de *hamsters*, dizia que assim não teria mais vontade de se matar, pois teria de cuidar deles, alimentá-los, eles teriam filhotes, seriam uma família, e ela iria se distrair com eles. Embora sedutora, até mesmo pela ingenuidade da proposta, ela era falaciosa, porque estava fadada ao fracasso. Atender a essa demanda não daria fim às fantasias suicidas e aos episódios de autolesão, uma vez que nenhum objeto eleito conscientemente seria capaz de satisfazer a pulsão, portanto, não poderíamos fazer parte desse jogo.

Por outro lado, quando aconteciam coisas boas, ela também não sabia como lidar. No seu aniversário, sua avó, sua mãe e seu namorado a acordaram para dar parabéns, cada um em um horário diferente, mas Kely desmerece a atitude materna, não acreditava que ela tinha se lembrado do seu aniversário: “*minha mãe deve ter visto no face*”. Queixou-se por não ter dormido direito, ficou brava com as pessoas, acordou nervosa e “*xingando todo mundo*”. Nessa ocasião, é feita a seguinte intervenção:

A: Você se queixa de que as pessoas não se importam com você, mas, quando elas se importam, você acha ruim.

K: E o meu sono, ninguém se importa? [pergunta em tom agressivo].

A: Por que você se queixa de quando se lembram de você ou quando recebe um carinho?

K: Porque não estou acostumada com isso [responde envergonhada].

Kely parecia ter construído uma muralha ao redor de si para se defender das invasões do mundo externo, mas essa proteção acabava privando-a de coisas boas, como as felicitações de sua mãe, pois ela só enxergava seu lado ruim. Ela forjou para si uma armadura com todo o seu corpo, com seu olhar, sua postura, sua agressividade, sua pele marcada por cortes, os palavrões e, inclusive e paradoxalmente, com suas roupas curtas em demasia, em um tipo de exibicionismo que, mais do que atrair o olhar do outro, atraía críticas e reprimendas.

Kely parecia querer chocar o outro, e aqui está o conflito, pois, ao mesmo tempo em que desejava manter os outros a uma distância segura, ela deseja proximidade, afetiva e sexual. As roupas curtas que desnudavam suas formas visavam seduzir. Kely queria se sentir objeto do desejo de alguém, como uma forma de restauração narcísica pela via do sexual, inclusive, do pré-genital, porque ela queria ser olhada, admirada e desejada tanto por admiradores virtuais – ao postar fotos sensuais no perfil das redes sociais – quanto por pessoas reais, como seus tios e primos, homens da borracharia na frente do salão de sua avó que assobiavam para ela e até vendedoras de uma loja de cosmético que, segundo ela, ficaram olhando para o seu decote. Isso tem relação com a sexualidade infantil perversa-polimorfa que não tem objeto, assim, qualquer pessoa, real ou virtual, ao admirá-la, revigorava seu frágil narcisismo prejudicado pela carência de investimentos parentais e pela violência perversa no *bullying* escolar e familiar.

Essa necessidade imanente de seduzir parece ter me incluído como objeto da pulsão. Utilizava-se, para tanto, da totalidade de seu corpo, sua postura, gestos, mímica facial, o jogar os cabelos de um lado para o lado, o cruzar e descruzar as pernas. Três cenas são ilustrativas. Em uma das sessões, levanta-se e se dirige a uma mesa que ficava próxima à janela. Inclina-se

de forma a apoiar os cotovelos na mesa e segura o queixo com uma das mãos, observa-me enquanto faz poses e discorre, animadamente, sobre suas fantasias eróticas e sua bissexualidade. Em outra sessão, reclama do calor e retira a blusa de rendas transparentes e passa o restante da sessão apenas de top, dando a ver, ainda mais, o seu corpo, sobretudo os seios, uma das partes mais altamente investidas. Em outros momentos, essa sedução na transferência tinha tons mais agressivos. Em uma das sessões, por exemplo, ela questiona a estética da sala de atendimentos que, no seu caso, acontecia na sede da universidade: “*não é psicólogo que tem divã, cadê o seu?*”. Nesse momento, aproxima as cadeiras da sala e se deita sobre elas, dobra os joelhos apoiando os pés no assento e cruza uma das pernas, o vestido escorrega deixando grande parte das coxas expostas, olha para o teto, mexe nos cabelos, fica em silêncio e sorri a pensar em algo. Quando incitada a compartilhar seus pensamentos, eis que ela diz:

K: Tentei imaginar você bêbada [risos].

A: Você tentou me imaginar bêbada? [em tom de surpresa].

K: Sim, eu já tentei antes, mas não consigo!

A: Por que você precisa me imaginar em uma situação em que perco o controle?

K: Porque todo mundo já bebeu, já tomou porre e vomitou nos amigos...

A: Seria importante para você saber que sou feita da mesma carne que você?

K: Sim! Você é perfeita! Não tem uma ruga, não tem um cabelo branco, uma marca de espinha... estuda e trabalha, como não tem uma olheira? Eu to com os zóio tudo roxo [risos], você parece uma Barbie em miniatura [risos].

É interessante como Kely busca me desqualificar, primeiramente ao questionar a inexistência de um divã no modelo tradicional, imagem clássica divulgada pela cultura em filmes e séries que ela tinha acesso, a respeito do trabalho dos psicanalistas, denunciando, ali, uma falta, uma incompletude, um limite, em suma, uma castração. Depois tenta, sem sucesso, imaginar-me dominada pelas pulsões parciais, sem controle (beber em excesso) e a dirigir meus conteúdos tóxicos àqueles que me são próximos (vomitar nos amigos). Nessa sessão, a transferência erótica aparece misturada à raiva e à inveja de uma analista idealizada, “*perfeita*”, uma “*Barbie em miniatura*”, alguém aparentemente distante dela, pois era ela quem perdia o controle, atacava a si mesma nos episódios de autolesão e os outros, pessoas próximas, como familiares, seu namorado e seus amigos, vomitando neles suas frustrações, sua mágoa e seu ódio.

Essa armadura construída por Kely foi se desfazendo durante as sessões e o humor foi um precioso aliado. Ela pretendia apresentar o novo namorado à sua família que costumava ser desagradável nesses momentos. Para prepará-lo, ela sugere: “*falei pra ele, faz de conta*

que é um bando de cadáver andando e falando merda". Não foi possível conter o riso ante a imagem grotesca que se produziu à revelia em minha mente. Kely, que falava muito sério, também começou a rir e completou: *"se eu não fizer isso, eles já tavam tudo morto"*, referindo-se ao humor negro. Estávamos diante de algo importante, pois ela não precisou recorrer ao ato, encontrou satisfação nas suas fantasias sádico-anais dirigidas aos seus parentes, bem diferente do que costumava fazer, uma vez que seu histórico de atuações incluía agressões físicas contra colegas de sala, educadores, primos, tios, seu padrasto, sua mãe e profissionais de saúde.

No começo da análise, após uma de suas crises, ao ser levada à UPA, foi impedida de permanecer com o namorado, pois *"ali não era motel"*, disse o médico. *"Ela [Kely] começou a querer arrancar os cabelos, xingou o médico, tentou bater nos enfermeiros... o médico pediu pra amarrar, daí pegaram uns negócios, umas faixas, não sei o nome, depois medicaram"*, contou sua avó. Apesar da fala do profissional de saúde, que denuncia sua inabilidade em acolher uma pessoa em sofrimento que busca ajuda especializada, Kely responde com violência ao que viveu como violência. De forma geral, essa era a sua maneira de se defender das intrusões do mundo externo. Todavia, com o caminhar da análise, as reações intempestivas diminuíram. Após a tentativa de suicídio descrita na seção anterior, apesar do psiquiatra ter sugerido uma internação, ela não tentou agredi-lo, apenas discutiu com ele e fantasiou a agressão, tirando, daí, sua satisfação, o que deu sinais de que Kely, apesar da grave atuação, tinha mais recursos internos do que quando iniciou a análise: *"fiquei pistola, ele queria me internar... vou colocar fogo na casa desse médico Aline, você vai ver [risos]"*.

No que tange ao uso do humor por Kely, é preciso avançar mais lentamente. No início da análise, ela se mostrava ora sisuda, ora demasiadamente triste. Apresentava um discurso ácido, inflexível e inacessível, marcado por um sentimento de desesperança sem fim que parecia fechar toda e qualquer possibilidade de intervenção. Seja por qual lado fôssemos, batíamos com a cara na porta. Essa sensação de impotência era uma constante, companheira do medo de ela lograr êxito nas suas tentativas de suicídio. Era nítida a necessidade de suportar seu ódio transferido maciçamente nas sessões, isto é, sustentar o papel do joão-teimoso, como sugere Ferenczi (1928/2011q), como também suportar a própria contratransferência honestamente trabalhada na minha análise pessoal. Talvez, não como uma regra, a análise de pacientes difíceis comece com a transferência negativa, o que pode levar muitos analistas a recuarem diante de tais casos. Nesse, porém, a perseverança foi recompensada. A sessão evidenciada foi paradigmática da mudança de ênfase na

transferência. O riso incontido diante de sua fala e, por isso, sincero, ricocheteou em Kely, que começou a rir. Rimos juntas. Desde então, o humor se manteve presente nas sessões, até nas mais difíceis, como na sessão em que discorreu sobre a última tentativa de suicídio que, ao se perceber espumando pela boca face ao excesso de medicações, paradoxalmente se preocupou se havia tomado a vacina para tétano.

Essa cena nos remete à história do condenado à morte contada por Freud (1905/1996m) na terceira parte de “Os Chistes e a sua relação com o inconsciente” a respeito do humor patibular (*Galgenhumor*) ou humor negro. Era segunda-feira e, ao ser levado à execução por seus algozes, o criminoso comenta: “é, a semana está começando otimamente” (p. 213). No caminho para o patíbulo, ele ainda solicita um lenço, a fim de cobrir sua garganta para não se resfriar. Para Freud, a grandeza desse dito humorístico consiste em sua possibilidade de afastar o desespero suscitado diante da ameaça de morte iminente. Recurso idêntico não teria sido utilizado por Kely, *après-coup*, ao fazer uma pilhéria sobre a sua situação? Ao dizer que queria morrer linda, e não a babar como um cão? Uma forma de triunfar sobre o próprio medo, afastando-se da angústia despertada pelo risco real de morte por overdose medicamentosa?

Para Ferenczi (1911/2011c), o humor seria um tipo de recurso megalomaniaco para encontrar prazer e escapar de situações penosas. “O auge do humor é o que se chama humor negro ou macabro; quem for capaz disso, nem mesmo a proximidade da morte pode abater a ponto de não rir ou sorrir da situação” (p. 165). Já na acepção de Freud (1927/1996zn), a saída pelo humor tem um caráter mais libertador e subversivo, como sugere no curto ensaio de título homônimo em que atribui à atitude humorística a intervenção do superego. Ao recuperar o humor do condenado à morte, Freud defende que, ao repudiar a realidade penosa, o eu estaria demonstrando sua invulnerabilidade diante dos traumas provenientes do mundo externo, os quais não passariam de meras oportunidades para se obter prazer. Trata-se, continua o autor, do refinado e raro uso do humor, pelo superego, para proteger o ego do sofrimento. “O humor não é resignado, mas rebelde. Significa não apenas o triunfo do ego, mas também o do princípio do prazer, que pode afirmar-se contra a crueldade das circunstâncias reais” (p. 166).

Há alguns anos, Kupermann (2003) tem insistido na adoção do humor na clínica psicanalítica, entendido como um recurso valioso face às suas possibilidades sublimatórias, ao seu potencial de erotizar a própria existência e por favorecer o estabelecimento de um laço de confiança entre analista e analisando, o que possibilita superar as resistências e aprofundar a experiência analítica. Este rir empaticamente – “rir *com* o analisando, nunca *do* analisando”

(p. 254, grifos do autor) – só é possível se o analista se deixa afetar por esse encontro, o que não acontece quando há um excesso de neutralidade defensiva. O riso compartilhado, o ritmo das falas, o tom de voz, os silêncios, as pausas e demais nuances da experiência analítica sensível, intranscritíveis por sua natureza, compõem a dimensão estética da clínica. A seu modo, continua Kupermann, a linguagem humorística faz parte da linguagem da ternura utilizada por Ferenczi em seu recurso técnico, a análise pelo jogo, pois, a partir daí, “adentram a cena analítica elementos antes estranhos a ela, como pequenas histórias, poemas, rimas forçadas e mesmo, pode-se acrescentar, caretas, exibição de poses corporais, piadas e riso” (p. 291).

Exposto isso, poder-se-ia afirmar que o humor se tornou nossa linguagem própria, nosso estilo particular. Um código, de tal modo partilhado que, em alguns momentos, não era preciso enunciá-lo: “*não consigo olhar pra tua cara e ficar séria, já começo a rir*”, disse Kely. Apesar do riso, as sessões não perderam o rigor necessário e a profundidade. “*Não, falando sério agora*” era a expressão que ela utilizava para interromper seus jogos lúdicos e entrar em contato com temas dolorosos, como o terrível medo de não poder gerar filhos em decorrência do aborto, da amenorreia, dos cistos e da fantasia de ter um câncer. Assim, Kely tinha se tornado capaz de transitar do trágico ao cômico e do cômico ao trágico sem se perder.

Quando o humor e o riso grotesco podem emergir *entre* analista e analisando, é sinal de que houve uma reativação do espaço intermediário entre o eu e o outro no qual a criação sublimatória tem lugar. Resgatar o humor no campo psicanalítico é, portanto, apostar na possibilidade de que aquilo que é experimentado como estranho e temido, possa ser afirmado e vivido em sua plena potência como grotesco. É necessário poder-se rir na clínica psicanalítica, ainda que o saber produzido traga consigo alguma dor (Kupermann, 2003, p. 351, grifos do autor).

Esse uso do humor nas sessões também testemunha sua recente abertura para o brincar. Kely conta que, quando criança, era impedida de brincar com suas bonecas Barbie. Ela tinha várias “*lacradas*” dentro das caixas originais que ficavam em exposição no seu quarto, sempre arrumado, bonecas que, mais tarde, foram doadas novas, sem uso. Também não podia brincar com as panelinhas que ficavam escondidas no guarda-roupa de sua avó. Lembra-se de ter apanhado quando sua irmã rasgou as folhas do seu caderno para fazer panelinhas e cortado flores para fazer de comidinha.

Outra vez, conta ter apanhado da avó após abrir o cadeado do portão para brincar com as crianças na rua: “*brincar não dá futuro, estudar sim*”, dizia a avó, que só lhe dava cadernos, canetas e livros de presente – o que justifica sua paixão pela leitura, pois, para Kely,

só restou brincar de ler. Somente na análise, ela pode rir junto, brincar com sua analista-boneca e, com ela, compartilhar suas produções, desde os aspectos mais violentos e destrutivos, como os desenhos de sombras, poemas sobre autolesão, cartas suicidas, como também sua criatividade expressa nos esboços de livros, na carta para o filho que perdeu e no colorido “*caderno de sonhos*” de que falaremos adiante.

Em outras palavras, não se trata de fazer uso da linguagem da ternura, da regressão e da ludicidade no *setting*, como sugere Ferenczi (1931/2011v), para auxiliar o árduo trabalho de simbolização das experiências traumáticas, dirigindo-nos à criança maltratada que habitava Kely? Tal como observa Kupermann (2019): “a linguagem da ternura é delicada e sacana, terna e ao mesmo tempo obscena, herdeira da perversão polimorfa que caracteriza os estágios pré-genitais do desenvolvimento da libido” (p. 106). Eis as panelinhas, as comidinhas e as bonecas, mas também as fezes, o vômito, a falta de pudor no uso das palavras obscenas e na exposição excessiva do corpo. Do que se trata, senão, do acolhimento da sexualidade infantil perversa-polimorfa e suas vicissitudes, a oralidade, a analidade, a agressividade e o exibicionismo na análise?

Esses, entretanto, não foram os únicos avanços. Inicialmente, Kely encaminhava mensagens ou áudios para dizer que não estava bem e, por isso, não iria às sessões, ou porque não tinha quem a levasse, já que, por quase um ano, foi às sessões apenas na companhia de alguém, pois o médico tinha lhe proibido de sair sozinha de casa. Após, aproximadamente, um ano de análise, ela envia a seguinte mensagem:

Oi Aline, não vô poder ir hj. Eu sei que to faltando muito só que não estou com um psicológico muito bom e não tenho ninguém pra ir comigo [emotion de choro]. Eu to piorando de novo Aline. Crise, vontade de me corta. Noites sem dormi, tristeza profunda, tudo de novo. (sic) (Kely)

Não era possível ajudar Kely por mensagem de texto. Em ligação, combinamos que ela tentaria ir a uma sessão reagendada para o dia seguinte, foi a primeira vez que duvidou de sua incapacidade: “*será que eu consigo ir?*”. No dia seguinte, pela primeira vez em um ano, ela chegou sozinha à sessão, estava radiante com o próprio feito, uma conquista que foi possível em meio à transferência.

Kely estava há meses sem se autolesionar, apesar de ainda sentir vontade em algumas ocasiões. As vozes não desapareceram, mas não a dominavam como antes, percebeu que elas eram como sua memória, pois só repetiam o que outras pessoas tinham dito, em especial, as críticas de seus parentes. Quando via pessoas em seu quarto, sabia que não eram reais, mas,

como não era capaz de distingui-las na rua, evitava sair de casa nesses momentos. Também se tornou capaz de identificar o risco de uma crise de tal forma a evitar situações aflitivas e pessoas que pudessem fomentar sua angústia. Como exemplo, decidiu se afastar das redes sociais por ter identificado nelas um efeito nocivo em potencial.

Quero cuidar mais de mim e parar de viver em função das redes sociais como eu tava vivendo sabe? Eu quero aproveitar mais de mim e também quero o meu tempo entendeu? Que tipo assim, escutar muito o que as pessoas dizem, acaba me dando pensamentos suicidas e vontade de me automutilar. Igual ontem à tarde, eu não tava bem, um amigo meu falou assim que eu sempre exagero, então, eu tomei essa decisão, entendeu? (Kely)

Kely explica que quer focar no que é importante para ela, nos seus objetivos pessoais e profissionais apenas recentemente construídos, como em seu trabalho – começou a ajudar no salão de beleza da avó – e nos estudos, pois, inicialmente, era impossível para ela qualquer projeção de futuro. Ao continuar sua reflexão acerca de sua decisão, fica clara a tentativa de se desvencilhar da necessidade premente de ser aceita, valorizada, enfim, reconhecida pelo olhar do outro, seja este outro real, seja virtual: *“e outra, muitas vezes, muitas coisas que eu fazia no Instagram, no WhatsApp, não era eu sabe, tipo assim, era pra... hum... deixar as pessoas felizes, sabe? Pra uma aceitação, pras pessoas me aceitarem, entendeu?”*. Uma forma de sedução, assim como Carolina, que se portava como um camaleão!

Dias depois do envio desse áudio, Kely encaminha as fotos do seu novo diário. Na imagem da folha de abertura, estava escrito: *“Caderno dos sonhos... sonhos, desejos, metas, motivações”*. Havia, também, desenhos de flores e corações cor de rosa. Essa imagem contrastava com a memória do desenho da menina chorando ao lado de sombras assustadoras que trouxe nas primeiras sessões. Nas páginas seguintes, declarava suas metas: voltar a estudar, ir ao médico para tratar a amenorreia intermitente, terminar seu livro, voltar a desenhar. Na parte dedicada à motivação, dentre os dizeres, destaca-se: *“seja você mesma”*, que aparece duas vezes, o que reafirma o desejo de se livrar do objeto incorporado, da identificação com o agressor. O eu anulado já não imperava como antes. Ela se tornou protagonista do seu próprio discurso, sentia-se autorizada a falar de si e a definir quem era: *“você é perfeita do seu jeito”*, *“você é muito inteligente”*; autorizada a dizer quem queria ser: *“escritora”* e *“maquiadora”*; a expressar o que almejava conquistar: *“independência”* e *“ter meu próprio negócio”*; e o que desejava ter: *“filhos”*. Essa melhora de Kely não era observada apenas externamente, mas internamente, como pode ser lido na seguinte mensagem:

Eu quero agradecer você não só por isso [pelas felicitações na data do seu aniversário], mas também por ter me ajudado, porque se não fosse você eu acho que não chegaria aos meus dezoito anos. E tipo, se eu to bem agora, na medida do possível, to bem melhor que quando a gente se conheceu, foi graças a você que me ajudou muito, eu agradeço muito a você, você foi uma das pessoas que nunca desistiram de mim, obrigada. (Kely)

Ao discorrer sobre o papel do analista, Mello Neto (2012) propõe que, além de ser o guardião da regra fundamental, de fazer interpretações, de provocar, seduzir e combater, amorosamente, a resistência do paciente, o analista é aquele que se permite fazer parte do que nomeia de projeto transferencial. Trata-se de um conceito introduzido pelo autor (Mello Neto, 2012; 2016; Martínez, 2016) para se referir a uma construção feita pelo paciente, como uma espécie de plano esboçado em mente, não muito bem definido, composto de fantasmas e representações meta-conscientes em que o analista tem um lugar designado. Embora envolva a transferência, o projeto transferencial vai além, é mais do que a reedição de conteúdos reprimidos na relação com o analista, pois há algo que o sujeito pretende realizar, ainda no futuro, e que implica, de alguma forma, o analista.

Mello Neto (2012) cita, como exemplo, a exigência do paciente em fazer sua análise com um analista de determinado sexo, pois, nessa escolha, apenas parcialmente consciente, haveria um projeto que inclui o analista, que precisará ocupar o seu lugar nessa trama inconsciente para, só depois, com o caminhar da análise, desvendá-lo e interpretá-lo. É nesse contexto que o analista, segundo Martínez (2016), e sua própria fantasmática mais domesticada⁷³, atuará como um guia pelos caminhos do Inferno que percorrerá o paciente.

No começo da análise, o projeto transferencial de Kely era demasiadamente concreto. Além de pedir um laudo para pleitear uma aposentadoria por invalidez junto ao INSS, ela solicitava ajuda para convencer sua avó a lhe presentear com um casal de *hamster* e um computador moderno para acessar jogos *on-line*, pois, de seu ponto de vista, os *pets* e os amigos virtuais serviriam como uma espécie de barreira para o pulsional, já que, ao se distrair, não seria invadida pelos “*pensamentos ruins*”. Nesse projeto inicial, o papel do analista, seja ele quem fosse, era o de testemunhar e atestar sua incapacidade, a gravidade de sua doença, sua loucura, além de servir como destinatário do ódio. Entretanto, com o avançar da análise, algo na transferência parece ter contribuído para sua modificação, pois, como afirma Martínez (2016), o projeto transferencial não é somente uma reedição nos moldes da neurose de transferência em que o analista ocupa o papel de substituto das imagos infantis, ele também é uma espécie de coautor, pois ajuda a encenar e a (re)escrever esse projeto, que tanto pode ser

⁷³ A autora se refere à ideia da domesticação das pulsões de Freud (1915/2006).

anterior ao início da análise quanto ser alterado e construído no seu decorrer. Nesse caso, a paciente descobre que havia outras possibilidades, entre elas, enfrentar seus fantasmas.

O laudo, o qual, de início, era visto como positivo, deixou de ser desejado, pois Kely passou a criticar o prontuário do CAPS onde constava que não poderia responder por si mesma e a ficar aterrorizada com a possibilidade de ser reconhecida como “louca”. Com efeito, não queria mais ser tratada como incapaz, ou como uma criança, como ela mesma dizia, queria voltar a estudar e trabalhar. Kely havia deixado de se ver como um “vaso vazio” para se ver como alguém potente e repleta de atributos bons, que era “inteligente” e “bonita” e podia “*ser a diferença no mundo*”. Como afirma Mello Neto (2012), a relação analista-analisante também é uma relação de sedução, no sentido da sedução generalizada, pois há uma sedução que se dá tanto pela proposição de novos enigmas no decorrer do processo analítico – por meio das interpretações que faz um analista, por exemplo, – como pela relação de cuidado, que é estabelecida entre o par.

Não obstante, acrescentamos a necessidade de respeitar os limites das pacientes, pois, além de propor novos enigmas com as intervenções, o analista também precisará preservar certos enigmas em aberto. Contamos na seção anterior que Kely não foi capaz de ouvir o áudio que recebeu do seu pai: “*eu não ouvi e nem sei se vou conseguir ouvir*”. Embora não tenha deixado clara a sua intenção, se desejava ou não que eu o ouvisse antes dela, ou se tinha me encaminhado para se livrar da tentação de abri-lo, ou talvez pelas duas razões e por tantas outras, combinei que o guardaria e, caso ela quisesse, no dia em que se sentisse preparada, ouviríamos juntas. Ouvir o áudio do seu pai com outra desculpa para não a encontrar seria insuportável, demasiadamente desorganizador. Nas sessões seguintes, ela não tocou no assunto, não perguntou sobre o áudio. Por outro lado, incitá-la a ouvi-lo naquele momento seria uma violência. Era como se Kely tivesse escolhido não abrir a caixa de Pandora para não correr o risco de deixar escapar a esperança de um dia, quem sabe, receber a atenção, o carinho e o amor de seu pai.

A dureza e as sutilezas do caso de Kely nos mostram como é possível encontrar recursos organizadores do excesso pulsional na análise, em que destradições e retradições são forjadas por meio de interpretações e construções de sentido, mas também pela circulação de afetos, quando era possível rir junto sem perder a seriedade. Essa possibilidade se estendia para fora do *setting* clássico, que precisou ser adaptado e passou a incluir as ligações e os áudios trocados em momentos de crise que igualmente tinham função terapêutica.

Esse tipo de escuta analítica não convencional, por telefone, precisou ser feita com Cris depois do encerramento oficial dos atendimentos. Ao sair do hospital, após a tentativa de

suicídio descrita na seção anterior, ela entrou em contato com o abrigo e solicitou meu telefone, pois havia perdido o contato. Nessa conversa, fala muito pouco sobre a tentativa de suicídio, expõe que não quer tomar medicações, nem fazer terapia, quando é feita a seguinte observação: “você diz que não quer mais fazer terapia, então por que ligou para conversar com sua ex-psicóloga?”. Cris ri ao telefone e diz não saber responder, sua voz fica embargada e, em tom pueril, explica: “*eu to com saudade da minha mãe*”. Em seguida, pede para que eu converse com ela, “*pode falar*”, sugiro que ela fale, conte sobre o que aconteceu e como está se sentindo. Mas ela insiste, “*fala você*”. Nesse momento, ficou clara a sua necessidade de ouvir minha voz e que, apesar da distância e dos meses decorridos, a transferência ainda existia e eu parecia ocupar um papel maternal em seu projeto transferencial. Uma analista-mãe que, por meio da linguagem da ternura, embala e acalma a maltratada criança-Cris com o ritmo e a entonação de sua voz. Por outro lado, essa necessidade mais concreta de ouvir minha voz era um indicativo da fragilidade da internalização do que foi construído na análise que, no seu caso, precisou ser interrompida muito precocemente em virtude da mudança de Estado.

Experiência muito semelhante foi vivida por Nemirovsky (2015) com uma paciente *borderline* que se autolesionava, a que citamos no primeiro capítulo. Em certo momento da análise, ela começou a ligar para seu domicílio durante a noite para escutar sua voz: “‘quero ouvi-lo, nada mais’. Uma vez que eu pronunciava algumas palavras, as que me eram possíveis, tranquilizava-se e, desta maneira (assim eu o entendia) podia suportar o tempo que transcorria até a seguinte sessão” (p. 26). Tal como argumenta Reis (2017b), diferentemente do mundo adulto, que se ancora nos significados das palavras, o registro infantil é balizado pelos sentidos, por tudo aquilo que afeta diretamente o corpo, como as imagens, os gestos e as nuances da voz.

É digno de nota que o atendimento de pacientes mais graves não se faz sempre a dois, pode ser necessário um terceiro⁷⁴. Na seção “Autolesão e suicídio”, apresentamos a progressão das atuações de Júlia que, além dos episódios de autolesão, começou a aumentar as doses de seu antidepressivo com a suposta intenção de dormir, que escondia uma fantasia de morte. Com a ciência de Júlia, que reconheceu a perda do controle, sua mãe foi informada a respeito da necessidade de guardar a medicação consigo, pois, quando as autolesões eram insuficientes para dar fim ao mal-estar, ela recorria aos remédios, assim como fazia Kely.

⁷⁴ Como afirma Nemirovsky (2015), frequentemente, é necessário criar uma espécie de rede de contenção para esses pacientes, que inclui chamar a família, entrar em contato com o psiquiatra, deixar o telefone pessoal ou de um analista em caso de urgência durante viagens e férias, por exemplo.

Essa intervenção também teve como objetivo sair do lugar de cúmplice no qual Júlia tinha me colocado, não poderia ser conivente com mais essa manifestação autodestrutiva que poderia levar a resultados para além do que ela desejava, até porque, Júlia não queria morrer, mas, sim, deixar de sofrer e, talvez, fazer sofrer o outro.

O contato com a família não quer dizer inserir os pais ou responsáveis na análise das pacientes, mas de contar com eles quando necessário, como para levar às sessões e no controle da medicação. Na véspera de uma sessão de acompanhamento com seus pais, no meio da sessão, Júlia faz uma pergunta que parecia uma forma de testar o vínculo, pois ela temia que o esconderijo de seu caco de vidro fosse revelado.

J: Você vai contar pra eles onde eu escondo o caco?

A: Não, por que eu contaria?

J: Pra eu não me cortar mais.

A: Mas isso faria você parar?

J: É, não né, porque eu poderia usar outras coisas.

A: Exatamente, por isso o desejo tem que vir de você.

Após a resposta, Júlia sorriu aliviada, com a aliança preservada, ela retomou os temas que tratava antes da dúvida que interrompeu suas associações.

Aprendemos com as pacientes que a autolesão opera como um paraexcitação, uma espécie de dique para o excesso pulsional, já que o ato detém e evita o caos. Porém, em algumas situações, esse recurso pode não ser suficiente, o que agrava as atuações que podem colocar em risco as pacientes pelo predomínio da pulsão desligada. A própria análise pode servir como um dique para o pulsional. Júlia, por exemplo, observou que, quando ia às sessões e tentava simbolizar o mal-estar, a autolesão deixava de ser necessária. Em uma das sessões, ao relatar a presença obsessiva do palhaço nos últimos dias, ela expõe: “*sentia que ele [o palhaço] tava ali, atrás do box me olhando... eu só não tentei me cortar porque ia vir aqui hoje*”.

Além da análise das falas, sonhos, lapsos, contradições, hesitações, repetições temáticas e demais produções do inconsciente que, corriqueiramente, são objeto de análise, era imprescindível olhar para o corpo das pacientes, não só para as autolesões, mas para outras manifestações mais sutis, como expressões corporais e faciais, sobretudo com as pacientes que apresentavam mais dificuldade de associar livremente.

Maju tinha muita dificuldade de associar, sentia vergonha de tudo, de falar, de estar ali nas sessões, de se encostar na poltrona, de chorar, de mandar uma mensagem para confirmar o horário, como se estivesse incomodando, era como se Maju tivesse vergonha de existir, uma

enorme inibição. Quando contava algo que considerava errado, sorria timidamente e levava as mãos ao rosto escondendo-o, encolhendo-se na poltrona e arqueando os ombros para frente. Essa cena se repetiu incontáveis vezes diante da narrativa de fatos triviais – que, frequentemente, dominavam a sessão –, como quando dizia ter faltado às aulas. Maju parecia estar sempre à espera de uma reprimenda ou uma agressão, era como se o seu corpo contasse um pouco sobre a violência que tinha sofrido, pois sua postura parecia uma forma de se defender de um ataque externo.

Suas roupas também eram uma forma de defesa. No início dos atendimentos, Maju só usava roupas escuras, em tons de preto, blusas fechadas ou jaquetas, sempre tampando os ombros, pois não gostava do seu corpo, tinha vergonha dos ossos da clavícula, acreditava que a deixavam ainda mais magra. O *bullying* sofrido desde a infância deixou restos difíceis de metabolizar, afetou sua autoestima: “*não gosto do meu corpo*”, “*sou muito magra*” e “*eu me odeio*” foram expressões usadas repetidas vezes.

No entanto, com a avançar da análise, a relação com o seu corpo se altera. Começou a se incomodar com as cicatrizes dos cortes e a desejar fazer uma tatuagem sobre elas: “*queria colocar rosas bonitas pra tampar marcas tristes*”. Além de ser um recurso para esconder as marcas das lesões que se constituíam motivo de vergonha, as cicatrizes estavam associadas a uma história de dor e sofrimento que ela queria deixar para trás. História esta que ela atuou por muito tempo ao invés de recordá-la, em uma verdadeira compulsão à repetição. A própria tatuagem escolhida para “*tampar as marcas tristes*” ainda diz algo sobre essa memória dolorosa, porque a beleza das rosas não exclui a existência dos espinhos pontiagudos que também podem ferir.

Venosa e Géa (2010) descrevem situação semelhante vivida por Catarina, uma paciente com anorexia que se autolesionava, mas que, em certo momento da análise, começou a apresentar um grande incômodo com suas cicatrizes. Decide, então, fazer uma tatuagem e, assim como Maju, o desenho eleito é ambíguo, diz do momento presente ao mesmo tempo em que conserva algo do passado: “um punhal! Eu sempre gostei de punhal, porque é o símbolo da justiça” (p. 468). Vale frisar que, nessa gradação, de se cortar para se tatuar, não estamos mais diante de uma economia de pura descarga libidinal, há algo mais elaborado e simbolizado, pois a dor pode coexistir com a beleza, como nas rosas de Maju, e com a justiça, como no punhal de Catarina, restaurando, assim, a polissemia de sentidos barrada com o desmentido das vivências traumáticas.

Com quase dois anos de análise, Maju atualiza seu perfil do *WhatsApp* com uma nova foto. Ela estava de blusa de alças vermelha, ombros expostos, tatuagem assumida com

orgulho no peito, batom e esmalte vermelho, rímel bem passado, cabelos tratados e sorriso aberto. Maju tinha desabrochado! Ela não estava murcha e apagada como na primeira sessão, o que estava de acordo com seu desejo de tatuar rosas sobre as cicatrizes dos cortes. Não nos víamos há quase um mês, ela tinha faltado nas últimas duas sessões agendadas, estávamos em fase de encerramento com sessões espaçadas, a foto tornou visível sua melhora e um elogio saiu espontaneamente: “*fico feliz por estar colocando cores em sua vida*”. Esta não era uma mensagem enigmática, a paciente a compreendeu e respondeu: “*to com saudades de você, você me ajudou muito, por isso eu estou bem*”.

Vale destacar que, já há algum tempo, na análise, a transferência de Maju se apresentava, em especial, sob a forma do sentimento de gratidão. Esse sentimento ainda perdurou vários meses após o fim da análise, como pode ser lido nesta mensagem: “*Feliz Natal Dr. Obrigada por tudo que fez por mim, sem vc não teria conseguido chegar até aqui porque vc me deu forças pra continuar, você é uma pessoa excelente [emotion de coração]*” (sic). Sutilezas como essa faziam valer a pena o duro trabalho analítico com as pacientes difíceis ou aquelas maltratadas pela vida.

A experiência com Maju nos remete às ideias de Roussillon (2013b). Para o autor, a psicanálise deve alargar suas competências para acolher toda uma gama de pacientes que apresentam dificuldades de simbolização. São modos de funcionamento psíquicos mais próximos da clivagem do que do recalçamento, pacientes marcados por intenso sofrimento psíquico, como grande parte das patologias narcísicas. Para avançar nessa direção, Roussillon põe em evidência a ideia de associatividade polimorfa que, segundo o autor, já estava presente em Freud, pois suas interpretações nunca estiveram restritas à associatividade verbal, pelo contrário, Freud considerava todas as formas de expressões de seus pacientes – podemos citar a leitura freudiana dos rituais obsessivos. A resposta do analista a essa associatividade polimorfa só pode ser uma escuta polifônica, que inclui outras linguagens que também estão presentes na sessão, como a não verbal e a comunicação mimo-gesto-postural. É o que faz o analista de crianças, expõe o autor.

A esse respeito, podemos citar a dificuldade das pacientes em descrever seu mal-estar por meio da palavra. Como exposto ao longo das seções anteriores, as pacientes se referiam a uma dor emocional inominável que, comumente, precedia os episódios de autolesão, embora não tivesse um nome *a priori*, ela tinha uma localização. Levar a mão e pressioná-la contra o peito para dizer dessa dor foi um gesto uníssono das pacientes.

Mostrá-la também foi um recurso. Júlia levava fotos de suas costas arranhadas. Kely mostrou uma foto das pernas repletas de cortes, certamente mais de quarenta em cada uma

delas, como um código de barras – tal como observado por Vilhena (2016), em uma de suas pacientes. Algo semelhante foi feito por Cris. Durante uma das sessões, ao invés de falar dos cortes, mostra-os em um movimento rápido, desnudando a série de marcas de cortes nas coxas que seguiam até próximo de sua virilha. Mostrar as cicatrizes era uma forma de falar sobre a dimensão da dor que sentiam, vê-las não era uma opção, mas uma convocação – uma sedução – que também tinha a intenção de testar a capacidade de acolher e suportá-la.

Essa estética do traumático, como a define Bastos (2018), pode despertar nossas próprias defesas, pois, de fato, não era em nada agradável olhar para aquelas feridas. Uma das mais impactantes foi a foto do corte no braço de Débora, cuja profundidade dava a ver várias camadas de pele e tecido adiposo. O mal-estar diante daquela imagem, que foi encaminhada pela equipe escolar que indicou a paciente, fez-me desviar o olhar, em uma rápida e nítida defesa ante o horror. Esse mal-estar era compartilhado por outras pessoas que também tiveram acesso àquela imagem difícil de qualificar, como também atesta Débora: *“eu acho que as pessoas que tinham já apagaram, que nem deve ter mais a foto... Um amigo meu que tinha ela no celular, disse que quando via ela na galeria dava um negócio ruim, e daí ele apagou”*. Questionada sobre o que seria esse *“negócio ruim”*, é com muita dificuldade que ela tenta forjar uma tradução à reação do amigo, que espelha a sua própria inquietude, pois, enquanto se recordava da foto, sua expressão facial era um misto de nojo e horror: *“ah, hum, uma agonia daí”*.

Esse tipo de comunicação não é uma via de mão única. Para Roussillon (2013b), o próprio corpo do psicanalista está implicado nessa comunicação, pois seu olhar, sua voz, sua postura e sua aparência expressam mais do que pretende dizer com suas palavras. Débora não assistiu minha reação diante da foto do seu corte, visto que tive acesso antes de atendê-la, mas como seria, para ela, acompanhar minha expressão facial, também uma miscelânea de aflição e repugnância, que me impediu de sustentar o olhar? Como ela traduziria essa reação, de forma mais ou menos organizadora? Nesse caso, é possível supor que a falta de reação das pessoas fosse ainda mais desorganizadora, como um desmentido da dor e da violência pulsional que circulava junto àquela imagem.

Sobre a importância dessa comunicação paraverbal entre analista e analisando, citamos um episódio com Kely. Ela sentia fortes dores pelo corpo, as quais a impediam até de levantar da cama. Havia passado pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do bairro onde foi encaminhada para um especialista, porém não agendou uma consulta. Estava há duas semanas sem ir às sessões, quando me liga para se queixar das dores, do atendimento médico, dos remédios e da família que nada fazia por ela. Mas, ao escutá-la, além de notar a

indiferença de sua família, tive a sensação de que ela não estava fazendo qualquer movimento para sair dessa situação penosa e as inúmeras justificativas para sua inércia provocaram em mim um sentimento de irritação que transpareceu em meu tom de voz. Mais do que fazer intervenções, como: “por que você precisa passar tanta dor?”, Kely foi orientada, objetivamente, sobre a necessidade urgente de procurar ajuda médica, o que ela já poderia fazer por si mesma, pois era maior de idade. O fato de ter sido mais dura com Kely, postura incomum de minha parte, fez-me lembrar de autores como Motz (2010) e Walsh (2007), que descrevem a emergência de sentimentos de raiva e confusão na contratransferência com pacientes que se autolesionam. Dois dias depois, conta ter ido sozinha até a UPA e que, além de receber soro, analgésicos e anti-inflamatórios, o médico havia chamado a sua atenção quanto à demora em procurar atendimento.

Eu me senti tipo uma criança, de novo. Ele falava calmo, mas me dava uns esporros... ele falava assim: se já faz duas semanas que você veio aqui, você já devia ter passado pelo médico, isso é grave... tipo, dando uns esporros Aline. Eu fiquei, meu Deus, já não basta a Aline, agora ele também [risos]. (Kely)

No *après-coup*, foi possível interpretar que a irritação indisfarçável em meu tom de voz, que ela sentiu como uma bronca, ao contrário do que havia imaginado, teve efeitos terapêuticos, pois não aceitei o lugar de cúmplice de mais uma de suas atitudes autodestrutivas. Seu corpo precisava de cuidados e isso não podia ser protelado. Negar a gravidade dos sintomas que ela apresentava poderia ser uma nova forma de desmentir sua dor que precisava ser reconhecida e tratada, o que não foi feito por sua família.

Para Reis e Mendonça (2018), a precariedade das redes intersubjetivas de suporte afetivo e sensorial leva o sujeito a recorrer a formas diretas de descarga pulsional, o que pode dar origem a ações destrutivas contra o outro ou contra si mesmo, como os atos antissociais, os fenômenos psicossomáticos e a autolesão, sintomas comuns na clínica atual. Para ilustrar essa ideia, apresentam uma situação semelhante à vivida com Kely. Trata-se do caso de um paciente que chegou para a entrevista inicial em uma instituição com uma ferida aberta em sua perna. Incomodada com o que via, a analista o interrompe e diz que ele teria tempo para falar, mas que, antes, era preciso cuidar daquela perna. Surpreso, o rapaz responde: “nunca ninguém olhou para as minhas perebas” (p. 28). Para as autoras, o descaso do jovem, quanto às suas próprias feridas, parecia reproduzir o desmentido realizado por seus pais. “São experiências que nos revelam a ausência do olhar do outro para a vivência de uma dor, ou seja, a ausência de um reconhecimento por parte do outro e, sendo assim, a ausência de um

acolhimento da dor pelo qual esta seria apaziguada” (p. 28). Frente a esses pacientes anestesiados pelo sofrimento, continuam as autoras, é o testemunho sensível do analista que poderá chamá-los à vida, como um contraponto à ação das forças destrutivas.

A sensibilidade e a escuta polifônica se completam com o olhar flutuante do analista, como descreve Reis (2017c). Um olhar sensível ao plano perceptivo, hábil para captar os mínimos detalhes e descompassos entre o conteúdo e a maneira como se diz. Isso não significa olhar apenas para as manifestações disruptivas, como os cortes e demais modalidades de *acting-out*, mas também para as forças de ligação: a flor desenhada no esmalte, as tranças no cabelo, o rímel nos olhos, o batom vermelho, as unhas em gel, a bolsa de lantejoulas, as roupas leves e coloridas, o brinco escrito “*diva*”, todas essas expressões da pulsão de vida transbordaram por meio do corpo de nossas pacientes e, por vezes, contrariavam o que diziam verbalmente, denunciando, ali, o desejo e o gosto pela vida.

Exposto de outro modo, nem sempre estávamos diante da dor e do horror em carne viva, pois o gracioso e o sublime também se fizeram presentes em alguns momentos. Citamos, primeiramente, Carolina. Ela sorri na porta antes de entrar como se pedisse uma autorização, estava segurando uma cachorrinha nos braços: “*fiquei com dó de deixá-la sozinha*”. Logo que se acomoda, aproximo-me para conhecer a ilustre participante da sessão, Mel, que recebe um afago enquanto pergunto o seu nome. O gesto de carinho para com a cachorrinha foi um sinal de aceitação, uma forma de dizer para Carolina “aqui você é bem-vinda, com todas as suas fragilidades”, para, somente depois, ser possível interpretar a sua própria solidão projetada na cachorrinha, que não podia ficar só!

Vimos, na história de Carolina, o quão difícil era viver sua feminilidade, pois ela era constantemente lançada em uma posição masculina: por si mesma face à sombra do irmão-morto que a impedia de sair desse lugar duplo, dela e do irmão; pelo *bullying* praticado por seus colegas de sala; e pelas obscuras mensagens de gênero que lhe eram destinadas pelos membros do *socii*. Com efeito, Carolina não sabia o que era ser uma mulher. Foi preciso auxiliá-la a destraduzir e retraduzir sua representação de feminilidade para uma forma menos rígida, uma vez que, para ela, ser mulher era sinônimo de ser “*frágil*”, “*delicada*” e “*dependente*”, e ela se considerava “*forte*”, “*grossa*” e “*independente*”, atributos incompatíveis com o que ela identificava como pertencente ao gênero feminino. Do que se trata, senão, do código binário que se refere Laplanche (2003/2015e), masculino-feminino, ativo-passivo, código este insuficiente para dar conta da pluralidade de gênero?

Inicialmente, a análise de Carolina estava marcada pelas fantasias em torno do irmão-morto, as quais a impossibilitavam, inclusive, de assumir sua feminilidade, pois, com isso,

não seria mais possível ocupar um lugar duplo, dela e do irmão. Assumir-se como mulher era promover o sepultamento do irmão-morto e isso inclui um luto. Por esse motivo, sua análise parece ter caminhado da questão: “posso (deixar de ser meu irmão para) ser uma mulher?” para a questão: “o que é ser uma mulher?”. Exposto de outro modo, os traços melancólicos que dominavam a cena analítica, tanto pela incorporação do irmão-morto quanto pela identificação com o agressor que ocupava parte do espaço egóico e provocava uma anulação do eu, cedem espaço para uma demanda histórica na análise.

Apesar das dificuldades iniciais e da demora para o estabelecimento do laço transferencial, próximo ao fim do período estabelecido para a análise em decorrência dos prazos da pesquisa, Carolina pergunta se poderia continuar a atendê-la, sob novo contrato terapêutico, e a ternura contida em sua explicação é comovente, pois, nela, transparece a necessidade de manter um vínculo de cuidado: “*é que eu não me sinto preparada pra nadar sozinha, assim, como um peixinho* [risos tímidos]”.

Outros momentos especiais ocorreram também na análise de Kely. Ela redigiu uma homenagem para o filho que perdeu, produção que não será interpretada aqui de forma a permitir que o leitor seja por ela afetado, para que possa fazer sua própria análise e apreciação estética ancorada na história já apresentada. Antes de transcrevê-la, um esclarecimento. Essa criação ocorreu como resposta a uma intervenção, após uma provocação pela analista, parafraseando Laplanche (2000/2015b). Durante uma sessão em que discorria sobre o aborto sofrido, os sonhos traumáticos que ano a ano reatualizavam a perda do bebê, as alucinações persecutórias que igualmente a remetiam ao dia fatídico – como o cheiro do sangue e o olhar de julgamento e pena –, dentre as interpretações construídas conjuntamente, uma inquietação emergiu: “você nunca escreveu nada sobre ele?”. Surpresa com a pergunta, ela respondeu que não. No dia seguinte, provocada e inspirada pela relação transferencial, ela compartilha essa emocionante carta, como índice de um trabalho de luto que se iniciava e que só se tornou possível com o reconhecimento de sua dor que, ao menos na análise, não foi desmentida, mas, sim, testemunhada.

Já se passaram cinco anos e não consigo te esquecer e nem vou. Você faz parte de mim. Você sempre terá todo o meu coração e não a ninguém que possa dizer ao contrario, você sempre será o meu príncipezinho. Não vi seu rosto mais te amei no mesmo segundo que soube que você estava comigo. Eu não vi você crescer mais sempre levarei os poucos momentos que tivemos no meu coração. Eu te amo meu pequeno bebê aonde você estiver saiba que sua mãe aqui sempre te amara. (sic) (Kely)

A escrita também se constitui um recurso valioso para elaborar o fim da análise. Kely me entrega uma carta em que retoma o início da análise e seus pensamentos ao ser encaminhada pelo CAPS: “*vou ser sincera eu já sabia que ‘a psicóloga’ não iria aguentar nem um mês, mas quando vi você pensei: ‘essa não dura nem 2 semanas, ela parece uma Barbie’. Grande engano não é mesmo?’*”. (sic) Na carta, agradece à sua “*pequena smurfette*” por tê-la ajudado a sorrir e por tê-la salvo de si mesma: “*você me colou cada pedaço destruído por pessoas que deveriam me amar, mas você foi lá com todo cuidado, cada parte que eles quebraram você ia lá e colava com tanto cuidado e carinho que me fez me sentir única*”. (sic)

A referência à Smurfette, do desenho infantil *Os Smurfs*, merece ser comentada. Kely dizia gostar muito dessa personagem, que era muito “*persistente*” – assim como eu, que nunca desiste dela –, e por se ver nela, o que foi igualmente interpretado: a Smurfette dizia de mim, mas dela também, uma espécie de síntese, uma retradução de si mesma construída graças aos assistentes de tradução que ela encontrou na análise, não só por meio dos diferentes tipos de intervenções verbais, mas também no que foi sentido, experimentando subjetivamente. Isso só foi possível quando a Barbie saiu de cena – personagem descrita por ela como “*artificial*” – dando lugar a persistente Smurfette, que sobreviveu aos seus ataques hostis e tratou com sensibilidade os seus pedaços cindidos. Do que se trata, senão, de acolher a criança traumatizada que habita o adulto e de evitar o excesso de neutralidade na transferência, como nos ensina Ferenczi?

Vale destacar a grande dificuldade em lidar com os casos, tanto no que diz respeito à transferência quanto na análise posterior dos casos clínicos para a tese, pois ser testemunha do perverso-polimorfo mobiliza nossas próprias defesas que agem a favor do recalçamento. Reconhecer os traços dessa sexualidade na negligência, na violência, no abuso sexual ou no *bullying* escolar praticado pelos agressores (sejam os pais, os familiares, sejam os colegas) despertava menos resistência do que interpretar a implicação das próprias pacientes, suas fantasias, seus desejos inconscientes e os aspectos sádicos e masoquistas envolvidos na autolesão.

O próprio *furor curandi* diante das jovens que chegavam fragilizadas à análise, em grande sofrimento psíquico, contribui muito para isso. Portanto, há momentos mais progressivos na análise – ou copernicanos, como diria Laplanche (1992/1993e) –, em que avançamos na leitura dos aspectos sexuais escamoteados no fenômeno da autolesão, ora momentos mais regressivos – ptolomaicos –, em que caímos na armadilha de tratar e ver as pacientes apenas como vítimas do excesso pulsional que vem do outro, deixando de lado,

várias vezes, sua própria sexualidade, instaurada e violentamente mobilizada nos desencontros traumáticos com o outro, que atacava não mais por fora, mas do interior do eu.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Poder-se-ia afirmar que esta tese é nossa resposta-tradução ao enigma em que nos vimos capturadas no exercício da *práxis* psicanalítica: “o que querem os jovens com seus cortes?”, “o que eles querem dizer, que eles mesmos não sabem?”. A implantação dessas mensagens, como uma sedução, deu origem a um movimento tradutivo: a nossa pesquisa. Fazendo uso dos assistentes de tradução já disponíveis no universo cultural: nos livros, nos artigos, na teoria psicanalítica, na clínica, nas supervisões e nas orientações, lançamo-nos em busca de uma nova tradução para o fenômeno, mais organizadora e menos recalçadora.

A proposta inicial desta tese, nosso ponto de partida, foi investigar a relação entre a autolesão e o desmentido, pois, além de uma possível vinculação à vivência de experiências traumáticas, deparamo-nos com a insistência dos relatos de negligência quando as vítimas procuravam ajuda e acolhimento no entorno social. Essa repetição, primeiro na escuta de jovens que se autolesionavam durante o trabalho como psicóloga escolar, confirmada na narrativa das pacientes atendidas na clínica, levou-nos a buscar, em Sándor Ferenczi, os primeiros códigos para tentar compreender o que estava posto diante de nós.

Para Ferenczi (1933/2011x), vimos, o trauma ocorre em dois momentos e envolve três personagens. Primeiro, o momento do choque, o abuso ou a violência, que diz respeito ao contato da criança com a linguagem da paixão do adulto. Excessiva para a criança, a cena traumática não é completamente traduzida, pois não detém os códigos necessários para o seu deciframento. Movida pela angústia proveniente desse desencontro com a sexualidade adulta, confusa frente ao que ocorreu, ela recorre a uma pessoa de sua confiança em busca de acolhimento, reconhecimento ou de um testemunho. Em outras palavras, essa procura por ajuda a que Ferenczi se referia equivaleria à demanda infantil por uma assistência à tradução conforme a teoria da sedução generalizada de Laplanche.

Além de não encontrar novos códigos que auxiliem a simbolizar o excesso, o desmentido do adulto irá operar como uma espécie de destruidor da frágil tradução infantil diante do traumático. Os restos destraduzidos agem no psiquismo à semelhança dos objetos-fonte da pulsão sexual de morte, como um verdadeiro corpo estranho interno, o que nos remete a uma tendência autodestrutiva pelo retorno desses objetos parciais contra o próprio eu. Temos, aí, as práticas de autolesão, cada vez mais presentes na clínica e na cultura, como exemplo desse retorno contra si mesmo da pulsão de destruição. Por mais paradoxal que possa parecer, a autolesão não é uma forma de se destruir, mas uma tentativa dramática de ligação

do excesso pulsional presente no psiquismo e que se manifesta no ego sob a forma de dor psíquica, um afeto poderoso, intenso e persistente, sentido como insuportável e que ameaça a integridade do eu. Essa dor psíquica é frequentemente traduzida como tristeza, raiva (dos objetos e de si mesmo) e angústia, sentimentos estes que antecedem aos episódios de autolesão.

Ao lado desses sentimentos precursores do ato, observamos a presença marcante de traços melancólicos, independentemente do quadro clínico de base, pois, na autolesão, o ego está identificado ao agressor, é o que possibilita tratá-lo como o objeto, à semelhança do que ocorre na melancolia. Isso justifica o vazio interior, a intensa autocrítica e autodepreciação, o isolamento, a apatia, a insônia, a falta de apetite, a baixa autoestima, a desesperança, a ausência da perspectiva de futuro e as ideações suicidas das pacientes. Esses traços melancólicos ajudam a lançar um pouco mais de luz à relação entre a autolesão e o suicídio descrita na literatura (Kaplan & Sadock, 1995/1999; Teixeira & Luis, 1997), e testemunhada na transferência com as pacientes, pois o suicídio, como saída radical para o sofrimento intenso, compareceu nas fantasias de morte, nos equívocos da ação e nas diferentes atuações das pacientes, das menos ariscadas até as mais perigosas.

Na autolesão, a intensa dor psíquica é transformada em dor física. Essa transposição para a esfera do corpo protege o aparelho psíquico de uma ameaça de aniquilamento, de despersonalização, de fragmentação do eu, uma vez que o excesso pulsional é desviado para fora. Mas, além de proporcionar um alívio temporário para sentimentos avassaladores, o sentido mais conhecido do fenômeno, a autolesão é, ao mesmo tempo, uma sedução e uma forma de satisfação.

É o que sustentamos nesta tese, um ponto de vista triplo sobre a autolesão, compreendida simultaneamente como um paraexcitação, ou seja, como um recurso defensivo para evitar entrar em contato com o conflito psíquico que subjaz aos sentimentos dolorosos que chegam à consciência, sobretudo a raiva e a tristeza; como uma forma de satisfação autoerótica e sadomasoquista pelo prazer na dor e pela satisfação do sentimento de culpa por meio da autopunição; e como uma mensagem enigmática endereçada ao outro (o outro agressor, o outro do desmentido, o outro objeto), pois nem mesmo o próprio sujeito sabe o que pretende comunicar com seu ato, ele apenas intui. Trata-se, portanto, de um pedido de ajuda, “*um grito de socorro*”, como nos expõe Débora, mas também do desejo de atacar, agredir e culpar os objetos, desejos estes que se mantêm ocultos e que podem ser desvelados em uma análise. Aliás, a ênfase no alívio da dor emocional encontrado nas pesquisas sobre o tema acaba por camuflar os demais sentidos, especialmente porque dizem respeito ao

pulsional, à sexualidade perversa-polimorfa: a satisfação sadomasoquista em se ferir; o prazer pré-sexual em exibir as cicatrizes; a satisfação sádica ao endereçar ao outro seus atos, culpando os objetos: “veja o que você fez comigo!”. Tudo isso é sexual e, portanto, está recalcado.

A clínica também nos mostrou que a autolesão não é somente uma resposta aos abusos sexuais e aos espancamentos, pois a sexualidade das pacientes foi violentamente despertada nesses desencontros com a sexualidade perversa-polimorfa do outro, e desde muito cedo. Embora tenham sido vítimas das paixões de diferentes agressores, dentro ou fora dos seus lares – como aquelas vítimas de *bullying* escolar –, as jovens continuavam vítimas das próprias pulsões, daí, a possibilidade de se obter prazer na dor autoinfligida, na autopunição e no endereçamento do ato aos objetos, que são indiretamente atacados nos episódios de autolesão.

Esse é o aspecto mais perturbador da autolesão, de tal maneira que o desmentido entra em cena novamente nas atitudes passionais de pais, familiares, educadores e até profissionais de saúde que, mobilizados, buscam se defender dessa intensa sedução. A comoção, o estranhamento e o horror que as marcas dos ferimentos autoinfligidos comumente despertam se constituem uma primeira tentativa de dar um sentido a esse ato inquietante – *Unheimlich* (Freud, 1919/1996zc) –, que nos remete a uma dimensão desconhecida e terrivelmente assustadora de nós mesmos. Nesse sentido, as reprimendas, as chantagens, as ameaças e, até mesmo, as surras eram estratégias precárias, e igualmente polimórficas, de fazer cessar a autolesão nas pacientes e de se defender da própria invasão pulsional.

Como analistas, não saímos ilesos a essa sedução. A primeira defesa foi a tendência à vitimização das pacientes, armadilha que caímos mais de uma vez, pois era muito difícil lidar com o perverso-polimorfo das pacientes na clínica. Não nos referimos somente à autolesão, mas aos demais tipos de *acting-out* e tudo o mais que estava em jogo na transferência. É por isso que nos referimos à dureza e às sutilezas ali presentes.

De forma geral, o início dos atendimentos foi marcado pela desconfiança e agressividade das pacientes, uma forma de defesa, já que tinham passado por inúmeras decepções com os objetos, desde os abusos sexuais e a violência, até as críticas e a incompreensão quando a autolesão era descoberta pelo entorno social. Era preciso não somente sustentar a posição de joão-teimoso (Ferenczi, 1928/2011q) e suportar a indiferença, os ataques hostis, como também ocupar os diferentes papéis para os quais fui convocada durante o processo analítico. Alguns desses papéis eram mais ternos, nem por isso menos sedutores, outros mais polimórficos e assustadores.

O papel de mãe na transferência foi um desses, pois algumas das pacientes chegaram como crianças abandonadas a demandar uma relação de cuidado e proteção. Mas essa espécie de projeto transferencial (Mello Neto, 2012) de encontrar na analista uma mãe sofreu alterações no decorrer das análises e assumiu outros objetivos, digamos, mais adultos, tais como: deixar de ser criança, ser mulher, assumir seus próprios desejos. A sedução na transferência, entretanto, também assumiu formas mais eróticas, pois o humor, o riso, as poses, os olhares e os elogios pareciam, por vezes, uma paquera.

Por outro lado, senti-me convocada a ocupar o papel de ouvinte de verdadeiras histórias de terror face à paixão e ao sadismo daqueles que deveriam cuidar das pacientes. Convocada a ser espectadora do sadomasoquismo das próprias jovens, do prazer-horror, de imagens grotescas, de pernas e braços cortados, arranhados, queimados, corpos maltratados. Convocada a ocupar o papel de cúmplice dos atos autodestrutivos, em que era preciso guardar segredos, como o esconderijo dos objetos cortantes e os novos episódios de autolesão. Também me senti refém, mas do medo das pacientes concretizarem suas fantasias de morte, encenadas na própria autolesão e na automedicação. Além do medo, experimentei outros sentimentos descritos por analistas dedicados ao atendimento de pacientes que se autolesionam, como a impotência, a irritação, a comoção (Walsh, 2007; Motz, 2010).

É por essas e outras razões que o tato, a paciência e a elasticidade a que se refere Ferenczi (1928/2011q) foram fundamentais. Além de suportar a hostilidade inicial, era preciso muita paciência e delicadeza para fazer as intervenções e interpretações, como esperar o momento oportuno, adotar uma linguagem particular a cada caso e flexibilizar o *setting*, o que incluiu alguns acolhimentos de emergências por telefone, entre outras adaptações (sessões extras ou mais longas, por exemplo). Essas urgências, embora não fossem frequentes, poderiam sobrecarregar um profissional dedicado a vários casos similares. Quiçá, além da necessidade de análise pessoal, esta seja uma medida profilática para a saúde do analista: não trabalhar com muitos pacientes difíceis ao mesmo tempo. Por outro lado, esta parece ser a realidade à espreita de nossos consultórios atualmente.

Na literatura sobre o tema, notamos que a autolesão está relacionada à vivência de experiências traumáticas, em especial o abuso sexual, a violência e a negligência, além dos traumas precoces, anteriores à linguagem verbal, os quais ficariam registrados a nível sensorial, impossíveis de simbolizar, levando às atuações, pois o que não se representa só resta se apresentar. Nossa prática clínica nos permite acrescentar a essas experiências potencialmente traumáticas o *bullying* escolar, relação que vem sendo estabelecida em pesquisas mais recentes (Aguiar, 2018; Ferreira, 2014; Fischer et al., 2012; McMahon et al.,

2010) e, ainda, o abuso de álcool e drogas pelos cuidadores, fato não descrito em nenhum dos artigos pesquisados, mas que se repetiu na história de quatro das seis pacientes atendidas. Isso porque, é fato notório, o abuso das substâncias supracitadas pode tanto dar lugar quanto potencializar atos passionais que agem como verdadeiras mensagens por intromissão: é a linguagem da paixão que emerge sem os diques psíquicos, em toda a sua intensidade, de forma crua e brutal⁷⁵. Ferenczi (1933/2011x), inclusive, já associava as violações sexuais na primeira infância a tendências psicopatológicas e a infortúnios, tais como o uso de substâncias tóxicas.

Para além dessas vivências potencialmente traumáticas, sustentamos que o desmentido – intrafamiliar ou social – emerge como um elemento desorganizador importante, pois aumenta o estado de desamparo à medida que atua na contramão dos assistentes de tradução, o que dificulta, ainda mais, as tentativas de tradução e elaboração do excesso pulsional despertado pelo contato com a linguagem da paixão. Ao negar códigos para traduzir o evento traumático, o desmentido contribui para paralisar o processo de tradução/simbolização, uma vez que, com frequência, impõe uma tradução rígida que impede a polissemia de sentidos. Contudo, o próprio caráter da mensagem, por intromissão, pode ser suficiente para essa paralisação, sendo o desmentido a gota d'água em um copo já bastante cheio – para fazer uso de uma expressão de Baracat (2019)⁷⁶. O que resta, portanto, é a atuação, em uma verdadeira compulsão à repetição do que não pode ser representado, em um esforço de ligação, comunicação e elaboração do mal-estar.

Se nosso ponto de partida foi analisar o fenômeno da autolesão e sua relação com o desmentido, nosso percurso nos levou para mais longe. Talvez esta tese não retrate apenas a autolesão como uma saída precária ante o ataque interno, uma mensagem para o outro e uma forma de satisfação sadomasoquista, mas seja testemunha da clínica com pacientes difíceis, traumatizados, *borderlines* ou não, os quais, frente à impossibilidade de assimilar o impensável, recorrem a defesas radicais como estratégia de sobrevivência psíquica, tais como a clivagem, a fragmentação, a identificação com o agressor e a autodestruição conforme descritas por Ferenczi (1933/2011x; 1934/2011y). No caso específico das autolesões, as forças desintrincadas se voltam contra o próprio eu e a pele se transforma em um pergaminho onde se inscreve com lâminas uma história de dor, vergonha, culpa e desejos proibidos.

⁷⁵ Martins e Nascimento (2017), em uma pesquisa de revisão sobre violência doméstica no país, apontam para o uso de bebidas alcoólicas por metade dos agressores, sendo as principais vítimas as mulheres, as crianças e os adolescentes.

⁷⁶ Comunicação oral da autora, Maringá, 28 de março de 2019.

Trata-se de uma manifestação que traz em si algo da cultura contemporânea, em que predomina o exibicionismo como formas de comunicar os afetos, à semelhança do que ocorreu há alguns anos com a disseminação de *blogs* sobre a anorexia. Atualmente, é a autolesão que está em destaque, e o que virá depois é impossível prever. É a cultura que entra em cena e oferece códigos tradutivos que capturam o sujeito e contribuem para dar novas formas às manifestações sintomáticas, ao menos uma parte delas, as mais patoplásticas dos quadros clínicos. Tais códigos são atraentes, em especial, para os adolescentes, pois também servem para ligar a pulsão sexual reatualizada com o advento da puberdade.

Para o indivíduo traumatizado, a autolesão pode servir como uma estratégia defensiva valiosa, porque, ao mesmo em tempo em que permite transpor para a esfera física a dor psíquica intolerável, os cortes sobre a pele operam como uma forma protonarrativa de expressão do inenarrável. Mas se os cortes contam histórias, em uma tentativa de ligação e historicização, é preciso um ouvinte atento e sensível às especificidades dessa forma pré-simbólica de comunicação, a fim de que essas marcas na pele sejam substituídas pela palavra. Uma forma pré-simbólica em virtude do caráter excessivo do evento traumático vivido (as mensagens por intromissão); ou porque ocorreram em um tempo anterior à aquisição da linguagem verbal e, por isso, encontram-se à margem dos processos de simbolização; ou mesmo por seu caráter inaudível que faz o outro desmentir e negar os assistentes de tradução necessários para a elaboração do trauma.

Além desse recurso regressivo ao corpo como via de expressão privilegiada do mal-estar, deparamo-nos com o predomínio da clivagem psíquica e da angústia de aniquilamento e de fragmentação do eu em detrimento do recalçamento e da angústia de castração, fato que tem repercussões clínicas consideráveis. Isso porque, a interpretação do material inconsciente eclipsado no discurso do paciente é, muitas vezes, insuficiente, situação que exige mais do que a atenção flutuante do analista para captar as diversas manifestações do inconsciente. É preciso, portanto, uma postura sensível para sentir com (*Einfühlung*) o paciente traumatizado (Ferenczi (1928/2011q); uma escuta polifônica para o polimorfismo da pulsão (Roussillon (2013b); e um olhar flutuante para as diferentes e sutis formas de expressão do corpo na clínica (Reis (2017c). Como bem resume Baracat (2017), os efeitos da implantação e da intromissão das mensagens enigmáticas dão lugar para organizações psíquicas diferentes, o que se reflete na necessidade de adequar a técnica para cada um desses casos.

Laplanche (1996/1998a) sugere como objetivo do processo analítico a renovação da pulsão de traduzir, no sentido de oferecer ao ego uma nova tradução que melhor integre os elementos até então excluídos. Isso não significa fechar traduções, mas abrir possibilidades de

destraduzir e retraduzir as mensagens de forma mais organizadora. Desse ponto de vista, o analista contribui para restaurar o enigma interno do paciente: “por que eu preciso me cortar?”, “o que eu quero com estes cortes, que eu mesmo não sei?”, “existe outra saída para ‘Isso’ que me invade, que não os cortes?”, “o que querem de mim?”, enfim, para que a autolesão não se torne um imperativo categórico: corte-se! Se o trabalho analítico, como afirma Laplanche, consiste em favorecer a destruição com vistas a alcançar uma melhor e mais completa tradução, instaurar a dúvida nas rígidas certezas-traduições das pacientes se constitui um caminho frutífero para a reabertura do enigma interno de cada uma.

Não obstante, este trabalho só pôde ser feito com muito tato, sensibilidade e paciência, como sugere Ferenczi (1928/2011q), de forma a não reatualizar o trauma na análise e para que fosse possível falar com a criança que habitava cada analisante, respeitando as regras do jogo e a linguagem da ternura – que é delicada, mas também sacana (Kupermann, 2019) – propostas por cada uma delas. Kely, por exemplo, fazia uso do humor negro, uma forma de triunfar sobre o horror das vivências traumáticas, o que tornava menos insuportável destraduzi-las e retraduzi-las. É digno de nota que a autolesão também permite ao sujeito triunfar sobre o outro, mas com o próprio perverso-polimorfo, como uma espécie de trunfo masoquista que confere prazer narcísico pelo engrandecimento egóico, pois o eu se mostra capaz de suportar a dor e o sofrimento; e prazer autoerótico, já que o corpo em sacrifício é tomado como objeto da pulsão e não apenas da destrutividade, mas do exibicionismo e do *voyeurismo* à medida que a pessoa não somente dá a ver o corpo maltratado, como também o vê no espelho e nas fotos que tira e carrega consigo.

Esse é mais um dos papéis do analista, o de ajudar o paciente a encontrar formas mais elaboradas e menos (auto)destrutivas de dar conta do excesso pulsional que vem do outro e de si mesmo. As pacientes, cada uma ao seu modo, parecem ter encontrado recursos de ligação na análise, o que as permitiu dar início a um processo de tradução menos violento das próprias pulsões como testemunham as cartas, as poesias e as demais produções, em que a dor, a tristeza, a angústia, a culpa e as fantasias de morte eram expressas de forma mais simbolizada por meio de canetas e papel, não mais de pele e sangue. A mudança de postura, os projetos de futuro, os desejos assumidos, a diminuição dos episódios de autolesão são outros sinais.

Mas também é possível encontrar recursos de ligação fora da análise, na cultura. É o que afirma Laplanche (2002/2015c) ao descrever o universo mito-simbólico e seus esquemas narrativos como uma ajuda à tradução. A própria autolesão pode ser um desses códigos, um código precário disseminado em *blogs* e redes sociais. Entretanto, é possível encontrar códigos menos destrutivos para tradução do excesso pulsional, como a escrita, a criação

artística, entre outras. Os pais, educadores e profissionais de saúde igualmente precisam dessa ajuda à tradução frente à autolesão nos filhos, nos alunos e nos pacientes. Nesse caso, o conhecimento científico em torno do fenômeno pode operar como um contorno, uma espécie de tina para as reações passionais (sobretudo dos profissionais) como resposta ao ato inquietante. Dois movimentos foram feitos nesse sentido: um minicurso para os agentes educacionais de uma escola estadual que registrava vários casos de autolesão e uma palestra em um evento para profissionais da saúde e educação de um município do interior do Paraná.

Seria esse um tipo de trabalho profilático? Freud (1937/1996zs) não acreditava em uma profilaxia em psicanálise, Ferenczi (1932/1990), ao contrário, cogitava algumas possibilidades, como afastar as crianças de um meio doentio, ideia que aparece na nota de 7 de abril de 1932 no *Diário Clínico*. A nosso ver, palestras, cursos, capacitações, produção de conhecimento científico sobre o tema e sua divulgação possuem um caráter profilático, ao menos pelo potencial de evitar um novo desmentido da autolesão, de forma a não revitimizar os jovens, o que só aumentaria sua dor. Inclusive, a Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, pode ser pensada como uma assistência à tradução que atua na contramão do desmentido familiar, social e político da autolesão.

Por fim e sem a pretensão de propor um fechamento, esperamos que esta tese possa servir como uma assistência à tradução para outros analistas e profissionais que igualmente se veem convocados a decifrar o enigmático fenômeno que é a autolesão, pois, apesar de sua aparência destrutiva, ele ainda está do lado de Eros.

REFERÊNCIAS

- Abraham, N., & Torok, M. (1995). Luto ou melancolia. In N. Abraham & M. Torok. *A casca e o núcleo*. (Coracini, M. J., Trad., pp. 243-257). São Paulo: Escuta. (Original publicado em 1972)
- Abras, R. M. G. (2014). Ferenczi, uma clínica a partir do traumático. *Revista Reverso*, Belo Horizonte, Ano 36(67), 85-90.
- Abreu, C. N., Tavares, H., & Cordás, T. A. (Org.). (2008). *Manual clínico dos transtornos do controle dos impulsos*. Porto Alegre: Artmed.
- Aguiar, A. G. (2018, Maio 10). Cicatrizes da tristeza. Reportagem investiga os motivos que levam à automutilação. *TV Brasil, Caminhos da Reportagem*. Recuperado em 10 de fevereiro, 2019, de <http://tvbrasil.ebc.com.br/caminhos-da-reportagem/2018/05/cicatrizes-da-tristeza>
- Alcoverde, R. L., & Soares, L. S. L. C. (2011). Funções Neuropsicológicas Associadas a Condutas Autolesivas: Revisão Integrativa de Literatura. *Revista Psicologia: Reflexão e crítica*, 25(2), 293-300.
- Andrade, A. B., & Herzog, R. (2013). Bater-se em si: a automutilação como resistência à indiferenciação (pp. 135-148). In A. B. Freire (Org.). *O corpo e suas vicissitudes*. Rio de Janeiro: 7 Letras.
- Andrade, F. C. B. (2011, dez.). A metapsicologia do masoquismo em Freud e Laplanche. *Estudos de Psicanálise*, Belo Horizonte, (36), 55-68.
- Anzieu, D. (1989) *O eu-pele* (Zakie Yazigi & Rosali Mahfuz, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Araújo, J. F. B., Chatelard, D. S., Carvalho, I. S., & Viana, T. C. (2016, mai.). O corpo na dor: automutilação, masoquismo e pulsão. *Rev. Estilos Clin.*, São Paulo, 2(2), 497-515.
- Bacelete, L., & Ribeiro, P. C. (2016, jul.). Violência e sexualidade: uma reflexão a partir da teoria psicanalítica. *Estudos de Psicanálise*, Belo Horizonte, (45), 87-100.
- Bakken, N., & DeCamp, W. (2012). Self-Cutting and Suicidal Ideation among Adolescents: Gender Differences in the Causes and Correlates of Self-Injury. *Deviant Behavior*, 33(5), 339-356.
- Balint, M. (2011a). Introdução. As experiências técnicas de Sándor Ferenczi: perspectivas para uma evolução futura. In S. Ferenczi. *Psicanálise IV - Obras completas de Sándor Ferenczi* (Introdução, pp. XVII-XXVI). (2a ed.). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Original publicado em 1967)
- Balint, M. (2011b). Prefácio. In S. Ferenczi. *Psicanálise I - Obras Completas de Sándor Ferenczi*. (2 ed). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Original publicado em 1967)

- Baracat, J. (2017). *Do trauma da sedução a sedução traumática: diálogos entre Sándor Ferenczi e Jean Laplanche*. (Tese de doutorado). Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, São Paulo.
- Baracat, J., Abrão, J. L. F., & Martínez, V. C. V. (2017). Confusão de línguas entre Freud e Ferenczi: trauma, sedução e as contribuições de Jean Laplanche. *Memorandum*, 33, 68-89.
- Barbosa, M. T. (2013). A transferência como dever: Ferenczi e o primado do afeto em psicanálise. In B. B. Saviato, L. C. Figueiredo & O. Souza. (Orgs.). *Elasticidade e limite na clínica contemporânea* (pp. 183-204). São Paulo: Escuta.
- Bastos, C. L. (2006). Tempo, idade e cultura: uma contribuição à psicopatologia da depressão no idoso. Parte II: Uma investigação sobre a temporalidade e a medicina. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.* IX (1), 89-113.
- Bastos, J. G. S. (2018). *A estética do traumático: atenção a sujeitos em situação de violência e reações profissionais*. (Tese de doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Bautista, J. Q. (2011). Marcas em el cuerpo, marcas de la adolescencia. *Uaricha Revista de Psicología*, 15, 107-112.
- Belo, F. (2004, jul./dez.). Os efeitos da violência na constituição do sujeito psíquico. *Psychê*, São Paulo, Ano VIII(14), 77-94.
- Belo, F. R. R., & Reigado, M. R. (2010, jan./jul.). A tarefa de tradução do sexual na adolescência: Alegorias presente em O apanhador no campo de centeio. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, São João del-Rei, 5(1), 65-71.
- Belo, F. R. R. (2012, jul./set.). O paraexcitação (reizchutz) e a paraskeuê. *Revista Psicologia em Estudo*, Maringá, 17(3), 425-433.
- Bernegger, A., Kienesberger, K., Carlberg, L., Swoboda, P., Ludwig, B.; Koller, R., Kapusta, N. D., Aigner, M., Haslacher, H., Schmöger, M., Kasper, S., & Schosser, A. (2015, sept.) Influence of Sex on Suicidal Phenotypes in Affective Disorder Patients with Traumatic Childhood Experiences. *Journal Plos One*, 14, 1-12.
- Bilenky, M. K. (2014). Vergonha: sofrimento e dignidade. *Revista Ide*, São Paulo, 37(58), 133-145.
- Birman, J. (1996). Freud e Ferenczi: confrontos, continuidades e impasses. In C. S. Katz (Org.). *Ferenczi: história, teoria e técnica*. (Cap.3, pp. 65-90). São Paulo: Editora 34.
- Bleichmar, S. (1993). *Nas origens do Sujeito Psíquico: Do Mito à História*. (Kênia Ballvé Behr, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1986)
- Bleichmar, S. (2005). *Clínica psicanalítica e neogênese*. (Alicia Brasileiro de Mello, Homero Vetorazzo Filho & Maria Cristina Perdomo, Trads.). São Paulo: Annablume. (Original publicado em 2000)

- Borges, G. M., & Cardoso, M. R. (2011). Clivagem mortífera e guardião de Eros. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, 14(4), 599-610.
- Brasil. (2017). Vamos conversar sobre prevenção da automutilação? (Cartilha). Senado Federal, CPI dos maus tratos contra crianças e adolescentes. Brasília, Distrito Federal. Recuperado em 10 de fevereiro, 2019, de <https://www12.senado.leg.br/noticias/audios/2017/12/psicologo-fala-sobre-cartilhas-lancadas-pela-cpi-dos-maus-tratos>
- Caldas, M. T., Arcoverde, R. L., Santos, T. F., Lima, M. S., Macedo, L. E. M. L., & Lima, M. C. (2009). Conduas autolesivas entre detentas da colônia penal feminina do Recife. *Rev. Psicologia em Estudo*, Maringá, 14(3), 575-582.
- Camarotti, M. C. (2010). O nascimento da psicanálise de criança - uma história para contar. *Reverso*, Belo Horizonte, 32(60), 49-53.
- Cardoso, M. R. (2000, abr./jun.). O superego: em busca de uma nova abordagem. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, 3(2), 26-41.
- Cardoso, M. R. (2010a). A servidão ao “outro” nos estados limites. In M. R. Cardoso & C. A. Garcia (Orgs.). *Entre o eu e o outro: espaços fronteiriços* (pp. 17-27). Curitiba: Juruá.
- Cardoso, M. R. (2010b). A insistência do traumático no espaço psíquico e analítico. In M. R. Cardoso & C. A. Garcia (Orgs.). *Entre o eu e o outro: espaços fronteiriços* (pp. 47-63). Curitiba: Juruá.
- Cardoso, M. R. (2011). Das neuroses atuais às neuroses traumáticas: continuidade e ruptura. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, 14(1), 70-82.
- Cardoso, M. R., & Paraboni, P. (2010/dez.). Dor física crônica: uma estratégia de sobrevivência psíquica? *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, Fortaleza, 10(4), 1203-1219.
- Cardoso, M. R., Demantova, A. G., & Maia, G. D. C. S. (2016). Corpo e dor nas condutas escarificatórias na adolescência. *Estudo de Psicanálise*, Belo Horizonte, (46), 115-124.
- Caroprese, F., & Simanke, R. T. (2006, jun./dez.). A linguagem de órgão esquizofrênica e o problema da significação na metapsicologia freudiana. *Rev. Filos.* 18(23), 105-108.
- Carvalho, M. T. M. (2016). O universo mito-simbólico ante a curiosidade sexual das crianças. *Revista Percurso*, XXIV(56/57). Recuperado em 9 de novembro, 2019, de http://revistapercurso.uol.com.br/index.php?apg=artigo_view&ida=1220&ori=edicao&id_edicao=56
- Casas Dorado, A. I. (2016). Comportamiento autolesivo como herramienta de autorregulación emocional em uma adolescente de 14 años. *Rev. Clínica Contemporânea*. 7(3), 203-220.
- Casadore, M. M. (2012). *Sándor Ferenczi e a Psicanálise: pela errância das experimentações*. São Paulo: Cultura Acadêmica.

- Casadore, M. M., & Peres, R. S. (2015). As noções de trauma e regressão nos escritos e Sándor Ferenczi e suas possíveis articulações com as propostas teóricas da Escola de Psicossomática de Paris. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 50, 143-155.
- Cascudo, L. C. (2002). *Superstição no Brasil*. São Paulo, Global.
- Castilho, P., Gouveia, J. P., & Bento, E. (2010). Auto-criticismo, vergonha interna e dissociação: a sua contribuição para a patoplastia do auto-dano em adolescentes. *Psychologica*, Coimbra, 52(III), 331-360.
- Cedaro, J. J., & Nascimento, J. P. C. (2013). Dor e gozo: relatos de mulheres jovens sobre automutilações. *Revista Psicologia USP*, São Paulo, 24(2), 203-223.
- Claes, L., & Muehlenkamp, J. J. (2014). *Non-suicidal self-injury in eating disorders: Advancements in etiology and treatment*. Heidelberg, Germany: Springer.
- Claes, L., & Vandereycken, W. (2007). Is There a Link between Traumatic Experiences and Self-Injurious Behaviors in Eating-Disordered Patients? *Eating Disorders*, 15(4), 305 - 315. Recuperado em 29 de agosto, 2019, de <https://doi.org/10.1080/10640260701454329>
- Coelho Junior, N. E. (2004, jan./jul). Ferenczi e a experiência da Einfühlung. *Revista Ágora*, VII(1), 73-75.
- Coelho Junior, N. E. (2016). Prefácio: Os tempos do trauma. In E. C. Molin. *O terceiro tempo do trauma: Freud, Ferenczi e o desenho de um conceito*. São Paulo: Perspectiva: Fapesp.
- Cople, J., Queiroga, L., & Viana, G. (2017). Bullying teria sido a motivação de ataque em escola de Goiânia. O Globo. Recuperado em 22 de outubro, 2017, de <https://oglobo.globo.com/brasil/bullying-teria-sido-motivacao-de-ataque-em-escola-de-goiania-21972498#ixzz4wIBOFWT5>
- Corcos, M., & Richard, B. (2006). L'émotion mutilée: approche psychanalytique des automutilations à l'adolescence. *Psychiatrie de l'enfant*. XLIX(2), 459-476.
- Cordeiro, A. M., & Venâncio, A. (2004). Automutilação: para lá do sintoma. *Rev. Psiquiatria Clínica*, 25(3), 173-184.
- Damous, I., & Klautau, P. (2016). Marcas do infantil na adolescência: automutilação como atualização de traumas precoces. *Rev. Tempo Psicanalítico*, 48(2), 95-113.
- Dejours, C. (2006). Por una teoria psicoanalítica de la diferencia de sexos. Introduccióm al artículo de Jean Laplanche. *Revista Alter*, (2), 55-67. Recuperado em 05 de dezembro, 2019, de <https://revistaalter.com/revista/por-una-teoria-psicoanalitica-de-la-diferencia-de-sexos-introduccion-al-articulo-de-jean-laplanche/934/>
- Diniz, B. S. O., & Krelling, R. (2006). Automutilação de dedos e lábio em paciente esquizofrênico. *Rev. Psiquiatr. Clín.* 33(5), 272-275.
- Diógenes, J., & Toledo, L. F. (2017, Abril 11). Busca por centro de prevenção ao suicídio cresce 445% após série. *O Estado de São Paulo*. Recuperado em 13 de fevereiro, 2019, de

<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,busca-por-centro-de-prevencao-ao-suicidio-cresce-445-apos-serie-da-netflix,70001734246>

- Doctors, S. (1981). The symptom of delicate self-cutting in adolescent females: a developmental view. *Rev. Adolesc Psychiatry*, 9, 443-460.
- Doctors, S. (2007, Dic.). Avances en la comprensión y tratamiento de la autolesión en la adolescencia. (Nick Cross & Rosa Velasco, Trad.) *Aperturas Psicoanalíticas*, 27. Recuperado em 9 de agosto, 2018, de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=60&a=Avances-en-la-comprension-y-tratamiento-de-la-autolesion-en-la-adolescencia>
- Drieu, D., Proia-Lelouey, N., & Zanello, F. (2011, jan./jun.). Ataques ao corpo e traumatofilia na adolescência. *Revista Ágora*, Rio de Janeiro, XIV(1), 9-20.
- DSM-IV. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (Cláudia Donelles, trad.). (4a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- DSM-V. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (Maria Inês Corrêa Nascimento, trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Dupont, J. (1990). Prefácio. In S. Ferenczi. *Diário Clínico*. São Paulo. Martins Fontes.
- Duque, A. F., & Neves, P. G. (2004). Auto-mutilação em meio prisional: avaliação das perturbações da personalidade. *Revista Psicologia Saúde & Doenças*, 5(1), 215-227.
- Farah, B. L. (2012). Depressão e vergonha: contrafaces dos ideais de iniciativa e autonomia na contemporaneidade (pp. 185-206). In J. Verztman et al. (Org.). *Sofrimentos Narcísicos*. Rio de Janeiro: Cia de Freud: UFRJ.
- Favazza, A. R. (1987). *Bodies under siege: self-mutilation in culture and body modification in culture and psychiatry*. Baltimore, Maryland: John Hopkins University Press.
- Favazza, A. R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *J. Nerv. Ment. Dis.* 186(5), 259-68.
- Favazza, A. R., & Conterio, K. (1988). The plight of chronic self-mutilators. *Community Mental Health Journal*, 24(1), 22-30.
- Favazza, A., & Conterio, K. (1989). Female, habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 283-289.
- Favazza, A. R., & Rosenthal, R. J. (1990). Varieties of Pathological Self-mutilation. *Behavioral Neurology*, 3, 77-85.
- Favazza, A. R. (2013). Bodies under siege (Interview by Sabrina di Cioccio). *World Cultural Psychiatry Research Review*, 71-75.
- Ferenczi, S. (1990). *Diário clínico*. (Álvaro Cabral, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Original escrito em 1932)

- Ferenczi, S. (2011a). Transferência e introjeção. (Álvaro Cabral, Trad.). In *Psicanálise I - Obras completas de Sándor Ferenczi* (Vol. 1, pp. 87-123). (2a ed.). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Original publicado em 1909)
- Ferenczi, S. (2011b). Palavras obscenas. Contribuições para a psicologia do período de latência. (Álvaro Cabral, Trad.). In *Psicanálise I - Obras completas de Sándor Ferenczi* (Vol. 1, pp. 125-138). (2a ed.). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Original publicado em 1911)
- Ferenczi, S. (2011c). A psicologia do chiste e do cômico. (Álvaro Cabral, Trad.). In *Psicanálise I - Obras completas de Sándor Ferenczi* (Vol. 1, pp. 153-166). (2a ed.). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Original publicado em 1911)
- Ferenczi, S. (2011d). O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios. (Álvaro Cabral, Trad.). In *Psicanálise II - Obras completas de Sándor Ferenczi* (Vol. 2, pp. 45-61). (2a ed.). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Original publicado em 1913)
- Ferenczi, S. (2011e). A técnica psicanalítica. (Álvaro Cabral, Trad.). In *Psicanálise II - Obras completas de Sándor Ferenczi* (Vol. 2, pp. 407-419). (2a ed.). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Original publicado em 1919)
- Ferenczi, S. (2011f). Dificuldades técnicas de uma análise de histeria. (Álvaro Cabral, Trad.). In *Psicanálise III - Obras completas de Sándor Ferenczi* (Vol. 3, pp. 1-8). (2a ed.). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Original publicado em 1919)
- Ferenczi, S. (2011g). Fenômenos de materialização histérica. (Álvaro Cabral, Trad.). In *Psicanálise III - Obras completas de Sándor Ferenczi* (Vol. 3, pp. 43-57). (2a ed.). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Original publicado em 1919)
- Ferenczi, S. (2011h). Prolongamentos da “técnica ativa” em psicanálise. (Álvaro Cabral, Trad.). In *Psicanálise III - Obras completas de Sándor Ferenczi* (Vol. 3, pp. 117-135). (2a ed.). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Original publicado em 1921)
- Ferenczi, S. (2011i). O sonho do bebê sábio. (Álvaro Cabral, Trad.). In *Psicanálise III - Obras completas de Sándor Ferenczi* (Vol. 3, pp. 223-224). (2a ed.). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Original publicado em 1923)
- Ferenczi, S. (2011j). Perspectivas da psicanálise. (Álvaro Cabral, Trad.). In *Psicanálise III - Obras completas de Sándor Ferenczi* (Vol. 3, pp. 241-260). (2a ed.). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Original publicado em 1924)
- Ferenczi, S. (2011k). As fantasias provocadas. (Álvaro Cabral, Trad.). In *Psicanálise III - Obras completas de Sándor Ferenczi* (Vol. 3, pp. 261-269). (2a ed.). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Original publicado em 1924)
- Ferenczi, S. (2011l). Thalassa: ensaio sobre a teoria da genitalidade. (Álvaro Cabral, Trad.). In *Psicanálise III - Obras completas de Sándor Ferenczi* (Vol. 3, pp. 277-357). (2a ed.). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Original publicado em 1924)

- Ferenczi, S. (2011m). Psicanálise dos hábitos sexuais. (Álvaro Cabral, Trad.). In *Psicanálise III - Obras completas de Sándor Ferenczi* (Vol. 3, pp. 359-395). (2a ed.). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Original publicado em 1925)
- Ferenczi, S. (2011n). Contraindicações da técnica ativa. (Álvaro Cabral, Trad.). In *Psicanálise III - Obras completas de Sándor Ferenczi* (Vol. 3, pp. 401-412). (2a ed.). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Original publicado em 1926)
- Ferenczi, S. (2011o). O problema do fim da análise. (Álvaro Cabral, Trad.). In *Psicanálise IV - Obras completas de Sándor Ferenczi* (Vol. 4, pp. 17-27). (2a ed.). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1927)
- Ferenczi, S. (2011p). Adaptação da família à criança. (Álvaro Cabral, Trad.). In *Psicanálise IV - Obras completas de Sándor Ferenczi* (Vol. 4, pp. 1-15). (2a ed.). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Original publicado em 1928)
- Ferenczi, S. (2011q). Elasticidade da técnica psicanalítica. (Álvaro Cabral, Trad.). In *Psicanálise IV - Obras completas de Sándor Ferenczi* (Vol. 4, pp. 29-42). (2a ed.). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Original publicado em 1928)
- Ferenczi, S. (2011r). A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. (Álvaro Cabral, Trad.). In *Psicanálise IV - Obras completas de Sándor Ferenczi* (Vol. 4, pp. 55-60). (2a ed.). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Original publicado em 1929)
- Ferenczi, S. (2011s). Princípio de relaxamento e neocatarse. (Álvaro Cabral, Trad.). In *Psicanálise IV - Obras completas de Sándor Ferenczi* (Vol. 4, pp. 61-78). (2a ed.). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Original publicado em 1930)
- Ferenczi, S. (2011t). Adaptação autoplástica e aloplástica. (Álvaro Cabral, Trad.). In *Notas e fragmentos. Psicanálise IV - Obras completas de Sándor Ferenczi* (Vol. 4, pp. 272-273). (2a ed.). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Original publicado em 1930)
- Ferenczi, S. (2011u). Da construção analítica dos mecanismos psíquicos. (Álvaro Cabral, Trad.) In *Notas e fragmentos. Psicanálise IV - Obras completas de Sándor Ferenczi* (Vol. 4, pp. 273-275). (2a ed.). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Original publicado em 1930)
- Ferenczi, S. (2011v). Análise de crianças com adultos. (Álvaro Cabral, Trad.). In *Psicanálise IV - Obras completas de Sándor Ferenczi* (Vol. 4, pp. 79-95). (2a ed.). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Original publicado em 1931)
- Ferenczi, S. (2011w). Infantilismo psíquico = histeria. (Álvaro Cabral, Trad.) In *Notas e fragmentos. Psicanálise IV - Obras completas de Sándor Ferenczi* (Vol. 4, pp. 304-305). (2a ed.). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Original publicado em 1932)
- Ferenczi, S. (2011x). Confusão de línguas entre os adultos e a criança. (Álvaro Cabral, Trad.). In *Psicanálise IV - Obras completas de Sándor Ferenczi* (Vol. 4, pp. 111-121). (2a ed.). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Original publicado em 1933)

- Ferenczi, S. (2011y). Reflexões sobre o trauma. (Álvaro Cabral, Trad.). In *Psicanálise IV - Obras completas de Sándor Ferenczi* (Vol. 4, pp. 125-135). (2a ed.). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Original publicado em 1934)
- Ferreira, J. C. (2014) *Mensagens sobre escarificação na internet: um estudo psicanalítico*. (Dissertação de mestrado). Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
- Ferreira, J. C., & Costa, P. J. (2018). Mensagens sobre escarificações na internet: um estudo psicanalítico. *Ayvu: Revista Psicologia*, 4(02), 133-159.
- Figueiredo, L. C. & Minerbo, M. (2006, jun.) Pesquisa em psicanálise: algumas idéias e um exemplo. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo. 39(70), 257-278.
- Figueiredo, L. C. (2008). *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta.
- Fischer, R. M. (Coord.). (2010). *Bullying escolar no Brasil: Relatório final*. São Paulo, SP: Centro de Empreendedorismo Social e Administração em Terceiro Setor, Fundação Instituto de Administração.
- Fisher, H. L., Moffitt, T. E., Houts, R. M., Belsky, D. W., Arseneault, L., & Caspi, A. (2012). Bullying victimisation and risk of self harm in early adolescence: Longitudinal cohort study. *British Medical Journal*, 344, 2683. Recuperado em 03 de fevereiro, 2019, de <https://www.bmj.com/content/344/bmj.e2683>
- Fonseca, P. H. N., Silva, A. C., Araújo, L. M. C., & Botti, N. C. L. (2018). Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, 70(3), 246-258.
- Freire, A. N., & Aires, J. S. (2012, jan./jun.). A contribuição da psicologia escolar na prevenção e enfrentamento do Bullying. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, São Paulo, 16(1), 55-60.
- Freud, S. (1996a). Estudos sobre a histeria. (Jayme Salomão, Trad.). In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume II). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1895)
- Freud, S. (1996b). Rascunho G: melancolia. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume I, pp. 246-253). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1895)
- Freud, S. (1996c). Carta 52. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume I, pp. 281-290). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1896)
- Freud, S. (1996d). Rascunho K: As neuroses de defesas (Um conto de fadas natalino). In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume I, pp. 267-276). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1896)

- Freud, S. (1996e). Carta 69. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume I, pp. 309-311). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1897)
- Freud, S. (1996f). Carta 97. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. (Volume I, pp. 326-327). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1898)
- Freud, S. (1996g). Carta 105. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume I, pp. 329-331). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1899)
- Freud, S. (1996h). A interpretação dos sonhos, parte 1. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume VI, pp. 39-363). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1900)
- Freud, S. (1996i). Equívocos na ação. Sobre a psicopatologia da vida cotidiana. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume VI, Cap. VIII, pp.167-192). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1901)
- Freud, S. (1996j). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume VII, pp. 128-231). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1905)
- Freud, S. (1996k). Sobre a psicoterapia. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume VII, pp. 244-254). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1905)
- Freud, S. (1996l). Fragmento da análise de um caso de histeria. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume VII, pp. 19-116). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1905)
- Freud, S. (1996m). Os chistes e a sua relação com o inconsciente. (Jayme Salomão, Trad.). In: *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume VIII, pp. 17-222). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1905)
- Freud, S. (1996n). A psicanálise e a determinação dos fatos nos processos jurídicos. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume IX, pp. 95-104). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1906n)
- Freud, S. (1996o). Escritos criativos e devaneios. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume IX, pp. 135-143). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1907)
- Freud, S. (1996p). Algumas observações gerais sobre ataques histéricos. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume IX, pp. 209-213). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1908)

- Freud, S. (1996q). Psicanálise 'silvestre'. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume XI, pp. 233-239). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1910)
- Freud, S. (1996r). Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume XI, pp. 73-141). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (1910)
- Freud, S. (1996s). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume XII, pp. 125-133). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1912)
- Freud, S. (1996t). Observações sobre o amor de transferência. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume XII, pp. 177-188). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1913)
- Freud, S. (1996u). Totem e tabu. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume XIII, pp. 21-163). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1913)
- Freud, S. (1996v). Sobre o narcisismo: uma introdução. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume XIV, pp. 81-108). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1914)
- Freud, S. (1996w). Recordar, repetir e elaborar. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume XII, pp. 163-171). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1914)
- Freud, S. (1996x). O inconsciente. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume XIV, pp. 171-222). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1915)
- Freud, S. (1996y). Conferência XXVI: A teoria da libido e o narcisismo. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume XVI, pp. 413-431). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1916)
- Freud, S. (1996z). Luto e melancolia. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume XIV, pp. 249-263). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1917)
- Freud, S. (1996za). História de uma neurose infantil. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume XVII, pp. 19-129). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1918)
- Freud, S. (1996zb). Uma criança é espancada. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume XVII, pp. 195-218). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1919)

- Freud, S. (1996zc). O estranho. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume XVII, pp. 237-269). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1919)
- Freud, S. (1996zd). Além do princípio do prazer. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume XVIII, pp. 17-75). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1920)
- Freud, S. (1996ze). O Ego e o Id. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume XIX, pp. 25-80). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1923)
- Freud, S. (1996zf). Dr. Sándor Ferenczi (em seu 50º aniversário). (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume XIX, pp. 229-301). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1923)
- Freud, S. (1996zg). Neurose e psicose. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume XIX, pp. 167-171). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1924)
- Freud, S. (1996zh). O problema econômico do masoquismo. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume XIX, pp. 177-188). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1924)
- Freud, S. (1996zi). Algumas notas adicionais sobre a interpretação dos sonhos como um todo. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume XIX, pp. 141-152). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1925)
- Freud, S. (1996zj). Inibição, sintoma e ansiedade. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume XX, pp. 81-171). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1926)
- Freud, S. (1996zk). O futuro de uma ilusão. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume XXI, pp. 15-63). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1927)
- Freud, S. (1996zl). Fetichismo. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume XXI, pp. 155-169). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1927)
- Freud, S. (1996zm). Dostoievski e o parricídio. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume XXI, pp. 183-200). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1927)
- Freud, S. (1996zn). O humor. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume XXI, pp. 165-169). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1927)

- Freud, S. (1996zo). O mal estar na civilização. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume XXI, pp. 73-148). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1930)
- Freud, S. (1996zp). Conferência XXXIII: Feminilidade. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume XXII, pp. 113-134). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1933)
- Freud, S. (1996zq). Sándor Ferenczi. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume XXII, pp. 223-225). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1933)
- Freud, S. (1996zr). Por que a guerra? (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume XXII, pp. 193-208). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1933)
- Freud, S. (1996zs). Análise terminável e interminável. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume XXIII, pp. 231-270). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1937)
- Freud, S. (1996zt). Construções em análise. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume XXIII, pp. 275-287). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1937)
- Freud, S. (1996zu). Esboço de Psicanálise. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume XXIII, pp. 157-221). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1940)
- Freud, S. (1996zv). A divisão do ego no processo de defesa. (Jayme Salomão, Trad.). In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Volume XXIII, pp. 293-296). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1940)
- Freud, S. (2006). Pulsões e destinos das pulsões. In L. A. Hanns (Coord.). *Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente* (Volume 2: 1915-1920). (Cláudia Dornsbusch et al., Trad.). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Original publicado em 1915)
- Freud, S. (2010). Psicanálise e “teoria da libido”. Dois verbetes para um dicionário de sexologia. In *Obras completas* (Volume 15, pp. 246-277). (Paulo Cesar de Souza, Trad.). São Paulo: Companhia das letras. (Original publicado em 1923)
- Gaspard, J., Hamon, R., Abelhauser, A., & Silva Junior, N. (2015). Marques corporelles: le pousse-à-l’Un dans la psychose. *Bulletin de psychologie*, 537(3), 205-213.
- Giannakopoulos, G., Triantafyllou K. & Christogiorgos, S. (2014). Self-Destruction and Countertransference Reactions in Adolescent Psychotherapy: A Psychoanalytic Case Report. *Journal Psychology & Clinical Psychiatry*, 1(3), 00019.
- Giusti, J. S. (2013). *Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo*. (Tese de doutorado). Programa de Psiquiatria, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

- Gondar, J. (2012). Ferenczi como pensador político. *Cad. Psicanál.*, CPRJ, Rio de Janeiro, 34(27), 193-210.
- Gondar, J. (2016). Trauma, Cultura e Criação: Ferenczi com Christoph Türcke. *Revista Tempo Psicanalítico*. Rio de Janeiro, 48(2), 135-148.
- Gondar, J. (2017a). Interpretar, agir, “sentir com”. In E. S. Reis & J. Gondar. (Orgs.). *Com Ferenczi: clínica, subjetivação, política* (pp. 33-52). Rio de Janeiro: 7 Letras.
- Gondar, J. (2017b). O desmentido e a zona cinzenta. In E. S. Reis & J. Gondar. (Orgs.). *Com Ferenczi: clínica, subjetivação, política* (pp. 89-100). Rio de Janeiro: 7 Letras.
- Gratz, K.L. (2001). Measurement of Deliberate Self-harm: preliminary data on the deliberate self-harm inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4), 253-263.
- Green, A. (1998). *Narcisismo de vida e narcisismo de morte*. (Cláudia Berliner, Trad.). São Paulo: Editora Escuta.
- Green, A. (2010). *El pensamiento clínico*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Guerreiro, D. F., & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(2), 213-222.
- Gvion, Y., & Fachler, A. (2015). Traumatic experiences and their relationship to self-destructive behavior in adolescence. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychoterapy*, 14, 406-422.
- Hawton, K., & James, A. (2005, apr.). Suicide and deliberate self-harm in young people. *BJM*, 330, 890-894.
- Haynal, A. (1995). *A técnica em questão: controvérsias em psicanálise: de Freud e Ferenczi a Michael Balint*. (Giselle Groeninga de Almeida, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo. (Original publicado em 1987)
- Henick, A. C., Esquivel, C, L, W., Fell, E. T., & Bornancin, L. C. (2017). Aspectos pedagógicos e jurídicos do jogo virtual “baleia azul”. In *Anais do XIII EDUCERE - Congresso Nacional de Educação*, Paraná, Curitiba. Recuperado em 24 de fevereiro, 2019, de http://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2017/24195_11912.pdf
- Heródoto (484 A.C. - 425 A.C.). (2006). *História*. (Lancher, P. H. Trad.). Versão para eBooksBrasil. Recuperado em 20 de novembro, 2015, de www.ebooksbrasil.org/adobeebook/historiaherodoto.pdf
- Herzog, R., & Pacheco-Ferreira, F. (2015). Trauma e pulsão de morte em Ferenczi. *Ágora*, Rio de Janeiro, *VXIII*(2), 181-194.
- Heyrend, F., & Lapastier, S. (2009). Atteints du corps et transmission transgénérationnelle des traumatismes. *Rev. L'évolution Psychiatrique*, 74, 511-524.

- Hooghe, M., & Deneckere, G. (2003). La Marche Blanche de Belgique (octobre 1996): um movimento de masse spectaculaire, mais éphémère. *Le Mouvement Social*, 1(202), 153-164. Recuperado em 16 de fevereiro, 2020, de <https://www.cairn.info/revue-le-mouvement-social-2003-1-page-153.htm>
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1995/1999). *Tratado de psiquiatria*. (Dayse Batista et al., Trad.). (6a ed). Porto Alegre: Artmed.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, (27), 226-239.
- Klonsky, E. D. (2009, apr.). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: clarifying the evidence for affect regulation. *Psychiatry Res.*, 166(2-3), 260-268.
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009, setp.). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS). *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 31(3), 215-219.
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T.F., & Tukheimer, E. (2003, Ago). Deliberate self-harm in a Nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *Am. J. Psychiatry*, 160(8), 1501-1508.
- Kobori, E. T. (2013). Algumas considerações sobre o termo Psicanálise Aplicada e o Método Psicanalítico na análise da Cultura. *Revista de Psicologia da UNESP*, 12(2), 73-81.
- Kupermann, D. (2003). *Ousar rir: humor, criação e psicanálise*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Kupermann, D. (2017). *Estilos do cuidado: a psicanálise e o traumático*. São Paulo: Editora Zagodoni.
- Kupermann, D. (2019). *Por que Ferenczi?* São Paulo: Zagodoni Editora.
- Lacan, J. (2005). Passagem ao ato e *acting-out*. (Vera Ribeira, Trad.). In *O seminário, livro 10: a angústia* (Cap. IX, pp.128-145). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1993)
- Laplanche, J. (1987). *Novos fundamentos para a psicanálise*. (João Gama, Trad.) Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Laplanche, J. (1988a). A pulsão e seu objeto-fonte: seu destino na transferência. (Doris Vasconcellos, Trad.). In *Teoria da sedução generalizada e outros ensaios* (Cap. 7, pp. 72-83). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Laplanche, J. (1988b). Traumatismo, tradução, transferência e outros trans(es). (Doris Vasconcellos, Trad.). In *Teoria da sedução generalizada e outros ensaios* (Cap. 8, pp. 84-96). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Laplanche, J. (1988c). A pulsão de morte na teoria da pulsão sexual. (Doris Vasconcellos, Trad.). In *Teoria da sedução generalizada e outros ensaios* (Cap. 9, pp. 97-107). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Laplanche, J. (1988d). *Problemáticas II: Castração e simbolizações*. (Álvaro Cabral, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1980)
- Laplanche, J. (1989). *Problemáticas III: a sublimação*. (Álvaro Cabral, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1980)
- Laplanche, J. (1992). *Problemáticas IV: O Inconsciente e o Id*. (Álvaro Cabral, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1981)
- Laplanche, J. (1993a). Elaboraões temáticas sedução, perseguição e revelação. (Mania Deweik & Maria de Lourdes Caleiro Costa, Trads.). *Rev. Bras. Psicanál.*, 27(4), 751-782. (Original publicado em 1992)
- Laplanche, J. (1993b). Masoquismo e teoria da sedução generalizada. (Marcelo Marques Damião, Trad.). *Jornal de Psicanálise*, SBPSP, 26(50), pp. 159-173. (Original publicado em 1991)
- Laplanche, J. (1993c). Da transferência: sua provocação pelo analista. (Marcelo Marques Damião, Trad.). *Rev. Percurso*, 6(10), 73-82. ilus.
- Laplanche, J. (1993d). *Problemáticas V: A tina, a transcendência da transferência*. (Álvaro Cabral, Trad.) São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1987)
- Laplanche, J. (1993e). Revolução copernicana inacabada. (Mania Deweik & Maria de Lourdes Caleiro Costa, Tradução não oficial para fins didáticos). Instituto Sedes Sapientiae. (Original publicado 1992)
- Laplanche, J. (1994). O sexual, suas mensagens e traduções. (Anna Maria Amaral, Daniel Delouya & Renato Mezan, Trads.) *Rev. Percurso*, 13(2), 83-93.
- Laplanche, J. (1995). Responsabilidad y respuesta. (Silvia Bleichmar, Trad.). *Revista Psicoanálisis APdeBA*. XVIII(2), 325-346. (Original publicado em 1994)
- Laplanche, J. (1997a). A teoria da sedução e o problema do outro. In *Livro Anual de Psicanálise XIII*. International Journal of Psycho-Analysis. São Paulo: Editora Escuta.
- Laplanche, J. (1997b). Implantation, intromission. In *Le primat de l'autre en psychanalyse: Travaux 1967-1992* (pp. 355-358). (2a ed.). Paris: Flammarion.
- Laplanche, J. (1997c). Temporalité et traduction. Puorune remise au travail de la philosophie du temps. In *Le primat de l'autre en psychanalyse: Travaux 1967-1992* (pp. 317-335). (2a ed.). Paris: Flammarion.
- Laplanche, J. (1997d). Le temps et L'autre. In *Le primat de l'autre en psychanalyse: Travaux 1967-1992* (pp. 359-384). (2a ed.). Paris: Flammarion.
- Laplanche, J. (1997e). *Freud e a Sexualidade: o desvio biologizante*. (Lucy Magalhães, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Original publicado em 1993)

- Laplanche, J. (1998a). Objetivos do processo psicanalítico. (Pedro Henrique Bernardes Rondon, Trad.) *Cadernos de Psicanálise*. SPCRJ. 14(17), 78-101. (Original publicado em 1996)
- Laplanche, J. (1998b). *Problemáticas I: A angústia*. (Álvaro Cabral, Trad.). (3a ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1980)
- Laplanche, J. (1999). Curto tratado do inconsciente. *Jornal de Psicanálise*. São Paulo, 32(58/59), 307-337. (Original publicado em 1993)
- Laplanche, J. (2000). Entrevista com Marta Rezende Cardoso. *Cadernos de Psicanálise*, SPCRJ, Rio de Janeiro, 16(19), 58-76.
- Laplanche, J. (2001a). El psicoanálisis como anti-hermenéutica. In *Entre seducción e inspiración: el hombre* (pp. 199-212). Buenos Aires: Amorrortu.
- Laplanche, J. (2001b). Pulsão e instinto: oposições, apoios e entrelaçamentos. In M. R. Cardoso. (Org.). *Adolescência: reflexões psicanalíticas* (pp. 13-28). Rio de Janeiro: Nau Editora.
- Laplanche, J. (2001c). Las fuerzas em juego em el conflicto psíquico. In *Entre seducción e inspiración: el hombre* (Cap. 2, pp. 109-123). Buenos Aires: Amorrortu. (Original publicado em 1999)
- Laplanche, J. (2001d). Sublimación y/o inspiración. In *Entre seducción e inspiración: el hombre* (Cap. 13, pp. 243-271). Buenos Aires: Amorrortu. (Original publicado em 1999)
- Laplanche, J. (2001e). Notas sobre el après-coup. In *Entre seducción e inspiración: el hombre* (Cap. 2, pp. 53-59). Buenos Aires: Amorrortu. (Original publicado em 1999)
- Laplanche, J. (2006). *Problématiques VI: L'après-coup*. Paris: Quadrige/ PUF.
- Laplanche, J. (2009). Respuesta de Jean Laplanche a José Carlos Calich. In Calich, J. C. Para hacer trabajarla tópica laplancheana. (Lorenza Escardó, Deborah Golergant, Trad.). *Rev. Alter*,(4). Recuperado em 10 de outubro de 2018 de <https://revistaalter.com/revista/para-hacer-trabajar-la-topica-laplancheana/1131/>
- Laplanche, J. (2015a). Entrevista con Jean Laplanche por Cathy Caruth em 23 de outubro de 1994. (Deborah Golergant, Trad.). *Rev. Alter*,(9). Recuperado em 22 de janeiro, 2018, de <https://revistaalter.com/revista/una-entrevista-con-jean-laplanche/3605/> (Entrevista original publicada em 1994)
- Laplanche, J. (2015b). Sonho e comunicação. In *Sexual: a sexualidade ampliada no sentido freudiano 2000-2006* (Cap. III, pp. 65-89). Porto Alegre: Dublinense. (Original publicado em 2000)
- Laplanche, J. (2015c). A partir da situação antropológica fundamental. In *Sexual: a sexualidade ampliada no sentido freudiano 2000-2006* (Cap. V, pp. 103-115). Porto Alegre: Dublinense. (Original publicado em 2002)

- Laplanche, J. (2015d). Os fracassos da tradução. In *Sexual: a sexualidade ampliada no sentido freudiano 2000-2006* (Cap. VI, pp. 116-130). Porto Alegre: Dublinense. (Original publicado em 2002)
- Laplanche, J. (2015e). O gênero, o sexo e o Sexual. In *Sexual: a sexualidade ampliada no sentido freudiano 2000-2006* (Cap. IX, pp. 155-189). Porto Alegre: Dublinense. (Original publicado em 2003)
- Laplanche, J. (2015f). Três acepções da palavra “inconsciente” no âmbito da teoria da sedução generalizada. In *Sexual: a sexualidade ampliada no sentido freudiano 2000-2006* (Cap. X, pp. 190-206). Porto Alegre: Dublinense. (Original publicado em 2003)
- Laplanche, J. (2015g). O crime sexual. In *Sexual: a sexualidade ampliada no sentido freudiano 2000-2006* (Cap. VIII, pp. 137-153). Porto Alegre: Dublinense. (Original publicado em 2003)
- Laplanche, J. (2015h). Incesto e sexualidade infantil. In *Sexual: a sexualidade ampliada no sentido freudiano 2000-2006* (Cap. VI, pp. 265-279). Porto Alegre: Dublinense. (Original publicado em 2006)
- Laplanche, J. (2015i). Castração e Édipo como esquemas narrativos. In *Sexual: a sexualidade ampliada no sentido freudiano 2000-2006* (Cap. XIX, pp. 280-287). Porto Alegre: Dublinense. (Original publicado em 2006)
- Lattanzio, F. F., & Ribeiro, P. C. (2012). Recalque originário, gênero e sofrimento psíquico. *Revista Psicologia em Estudo*, *17*(3), 507-517.
- La Taille, Y. (2002). Vergonha, a ferida moral. Petrópolis: Vozes.
- Le Breton, D. (2005). La part du feu: anthropologie des entames corporelles. *Adolescence*, *52*(2), 457-470. Recuperado em 18 de fevereiro, 2018, de <https://www.cairn.info/revue-adolescence1-2005-2-page-457.htm>
- Le Breton, D. (2006). Scarifications adolescentes. *Enfances & Psy*, *32*(3), 45-57. Recuperado em 26 de maio, 2018, de <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2006-3-page-45.htm>
- Le Breton, D. (2010). Se reconstruire par la peau. Marques corporelles et Processus initiatique. *Revue française de psychosomatique*. *38*(2), 85-95. Recuperado em 18 de fevereiro, 2018, de <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychosomatique-2010-2-page-85.htm>
- Legião Urbana. (1997). Clarisse. *Uma outra estação* [Álbum]. Rio de Janeiro: EMI-Odeon.
- Lei nº 13.185, de 05 de novembro de 2015. Institui o Programa de Combate à Intimidação Sistemática (Bullying). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília. Recuperado em 14 de novembro, 2018, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113185.htm

- Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019.* Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília. Recuperado em 10 de junho, 2019, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm
- Lima, D. S., Prior, K., Uchida, R., Brotto, S., Garrido, R., Tamai, S., & Sanches, M. (2005). Mutilação genital e psicose. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(2), 88-90.
- Lima, L. L. (2019). Sedução, perversão e perversidade nos cuidados maternos. (Dissertação de mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Estadual de Maringá, Maringá.
- Lloyd-Richardson, E.E., Lewis, S.P., Whitlock, J., Rodham, K. & Schatten, H. Research with adolescents at risk for non-suicidal self-injury: Ethical considerations and challenges. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(37), 1-14.
- Lopes Neto, A.A. (2005). Bullying: comportamento agressivo entre estudantes. *Jornal de Pediatria*, 81(5), 164-172.
- Lowenkron, A. M. (2006, dez.). Pesquisa clínica na psicanálise: caminhos. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo. 39(71), 171-188.
- Macedo, M. M. K., & Werlang, B. S. G. (2002). Tentativa de suicídio: o traumático via ator. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, Brasília, 23(2), 185-194.
- Maciel Junior, A., & Ledo, E. (2018). Pensar a experiência traumática: a construção da verdade pela via da confiança. In A. Maciel Junior. (Org.). *Trauma e Ternura: a ética em Sándor Ferenczi* (Capítulo 12, pp.213-234). Rio de Janeiro: Editora 7 Letras.
- Maharajh, H. D., & Seepersad, R. (2010). Cutting and others form of derma-abuse in adolescents. *Journal Health*, 2, 366-375.
- Maldonado, G., & Cardoso, M. R. (2009). O trauma psíquico e o paradoxo das narrativas impossíveis, mas necessárias. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, 21(1), 45-57.
- Maldonado, M. T. (2011). *Bullying e cyberbullying: o que fazemos com o que fazem conosco?* São Paulo: Editora Moderna.
- Marangoni, V. X. C., & Hashimoto, F. (2017). O que o bullying me ensinou? In R. S. Peres (Orgs.). *Sujeito contemporâneo, saúde e trabalho: múltiplos olhares* (Cap. 13, pp. 217-232). São Paulo: EduFSCar.
- Martens, F. (2003). Para una validación sócio-clínica de la teoría de La seducción generalizada. (Lorenza Escardó, Deborah Golergant, Trad.). *Rev. Alter*, (3). Recuperado em 18 de junho de 2010 de <http://www.revistaalter.com>
- Martínez, D. V. (2008). Autolesiones deliberadas y corporalidad. Primeiras observaciones. In *Anais XV Jornada de Investigación y Cuarto Encuentro Investigadores em Psicologia Del Mercosur*. Facultad de Psicología (pp. 58-60). Universidade de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

- Martínez, V. C. V. (2003). *A figura do herói: entre a falta e o excesso - por uma ruptura de campo em três tempos; a criança e o videogame, o herói mitológico e o homem psicanalítico*. (Tese de Doutorado). Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Martínez, V. C. V. (2011). Pecado, culpa e responsabilidade. In *Anais do III Congresso Nacional de Psicanálise, Direito e Literatura: Responsabilidade e Resposta*. Nova Lima: Faculdade de Direito Milton Campos.
- Martínez, V. C. V. (2012, jul./set.). “Susana e os velhos”: sedução, trauma e sofrimento psíquico. *Revista Psicologia em Estudo*, Maringá, 17(3), 475-485.
- Martínez, V. C. V., & Souza, I. S. F. (2014). O mito das Amazonas em cena: uma discussão psicanalítica sobre a feminilidade e o gênero. *Caderno de Psicanálise*, Rio de Janeiro, 36(30), 171-197.
- Martínez, V. C. V. (2016). Projeto de Pesquisa: o projeto transferencial. *LEPPSIC*, Departamento de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá, Maringá.
- Martínez, V. C. V. (2017). Do mito e dos seus heróis: o sexual, a cultura e a psicanálise (pp. 61-90). In P. J. Costa. (Org.). *Psicanálise e mitologia grega: ensaios*. Curitiba: Appris.
- Martínez, V. C. V., & Baracat, J. (2012, jul./set.). A fantasia inconsciente como metatradução: o psiquismo ligado e desligado. *Revista Psicologia em Estudo*, Maringá, 17(3), 435-443.
- Martínez, V. C. V., & Mello Neto, G. A. R. (1998). A criança como pecado, erro e máquina. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 3(1), 69-103.
- Martínez, V. C. V., Mello Neto, G. A. R., & Lima, M. C. F. (2007). Histeria e trauma de sedução: O que lhe fizeram pobre criança. (Um Freud covarde?). *Rev. Estilos da Clínica*. 12(22).
- Martínez, V. C. V., Mello Neto, G. A. R., & Moreira, A. P. (2008, jun.). Histeria e patologias borderline no discurso psicanalítico. *Revista Percurso*, Ano XXI(40). Recuperado em 3 de março, 2019, de http://revistapercurso.uol.com.br/index.php?apg=artigo_view&ida=90&id_tema=70
- Martins, A. G., & Nascimento, A. R. A. (2017). Violência doméstica e outros fatores associados: uma análise bibliométrica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, 69(1), 107-121.
- Martins, K. P. H., Neves, B.S. C., Dauer, E. T., & Teixeira, I. F. (2018). Angústia e vergonha na clínica psicanalítica em situações de pobreza e outras vulnerabilidades. *Revista Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, 50(2), 265-289.
- Matha, C. (2010). De l'inscription à la représentation: les scarifications à l'adolescence comme recherche de symbolisation? *La psychiatrie de l'enfant*, 53(1), 255-283. Recuperado em 26 de maio, 2018, de <https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2010-1-page-255.htm>

- Matioli, A. S. (2011). *Um estudo psicanalítico da separação conjugal: as mensagens enigmáticas de pais separados dirigidas aos seus filhos*. (Dissertação de mestrado não publicada). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Estadual de Maringá, Maringá.
- Matioli, A. S., & Martínez, V. C. V. (2012). Enfim sós: um estudo psicanalítico do divórcio. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, Fortaleza, 12(1-2), 205-242.
- Matioli, A. S., & Martínez, V. C. V. (2017). Brincadeiras perversas: uma leitura psicanalítica do bullying escolar. In F. Negreiros, & M. P. R. Souza (Org.). *Práticas em psicologia escolar: do ensino técnico ao superior* (Vol. 3, pp. 193-212). Teresina: EDUFPI, 2018.
- Matioli, A. S., & Martínez, V. C. V. (2018). Autolesão na adolescência: um estudo psicanalítico. In F. Negreiros, & M. P. R. Souza (Org.). *Práticas em psicologia escolar: do ensino técnico ao superior* (Vol. 6, pp. 162-181). Teresina: EDUFPI, 2018.
- Mautner, A.V. (1996). Ferenczi: cultura e história. In Katz, C.S. (Org.). *Ferenczi: história, teoria e técnica* (Cap.1, pp. 15-42). São Paulo: Editora 34.
- McMahon, E. M., Reulbach, U., Keeley, H., Perry, I. J., & Arensman, E. (2010). Bullying victimisation, self harm and associated factors in Irish adolescent boys. *Social Science & Medicine*, 71, 1300-1307. Recuperado em 03 de fevereiro, 2019, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953610005319?via%3Dihub>
- Medeiros, E. C., & Peixoto Junior, C. A. (2016). O manejo clínico de “casos difíceis”: herança e atualidade de Sándor Ferenczi nas abordagens de Winnicott e Balint. *Revista Subjetividades*, Fortaleza, 16(2), 46-59.
- Mello Neto, G. A. R. (1994). *O ardil da criança: o pensamento adulto sobre a criança, sob um enfoque psicanalítico*. Maringá: EDUEM.
- Mello Neto, G. A. R. (2007). *Psicanálise e histeria depois de Freud*. Campinas, SP: Editora da Unicamp.
- Mello Neto, G. A. R. (2012, jul./set.). Editorial. *Revista Psicologia em Estudo*, Maringá, 17(3), 359-361.
- Mello Neto, G. A. R. (2012, jul./set.). Psicanálise: a clínica e o projeto transferencial. *Rev. Psicologia em Estudo*, Maringá, 17(3), 499-505.
- Mello Neto, G. A. R. (2016). Projeto transferencial ainda. Trabalho em desenvolvimento, inédito. *LEPPSIC*, UEM, Maringá, inédito.
- Mello Neto, G.A.R., & Martínez, V.C.V. (2002, jul./dez.). Angústia e sociedade na obra de Freud. *Revista Psicologia em Estudo*, Maringá, 7(2), 41-53.
- Mendes, A. P. N., & França, C. P. (2012). Contribuições de Sándor Ferenczi para a compreensão dos efeitos psíquicos da violência sexual. *Rev. Psicologia em Estudo*, 17(1), 121-130.

- Mezan, R. (1998). Sobre a pesquisa em psicanálise. *Rev. Psychê*, São Paulo, 2(2), 87-98.
- Molin, E. C. (2016). *O terceiro tempo do trauma: Freud, Ferenczi e o desenho de um conceito*. São Paulo: Perspectiva Fapesp.
- Motz, A. (2010). Self-harm as a sign of hope. In Motz, A. (Eds.). *Managing Self-Harm: Psychological Perspectives* (Chapter 1, pp. 15-41). Routledge publishers.
- Muehlenkamp, J. J., Claes L., Smits D., Peat, C. M., & Vandereycken, W. (2011). Non-suicidal self-injury in eating disordered patients: A test of a conceptual model. *Psychiatry Research*, (188), 102-108.
- Munhoz, M. M., & Rossetti, R. (2013, jan./jun.). Corpo comunicado: o espetáculo do autossacrifício religioso. *Esferas*, 1(2), 61-71.
- Nader, A., & Boehme, V. (2003) Automutilacion: ¿Síntoma o síndrome? *Boletín Sociedad de Psiquiatria y Neurologia de La Infancia y Adolescencia*, 14(1), 32-37.
- Navasconi, P. V. (2018). Vida, adoecimento e suicídio. Racismo na produção do conhecimento sobre jovens negros/as LGBTTTIs. (Dissertação de mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR.
- Nemirovsky, C. (2015). *Winnicott e Kohut: Novas perspectivas em psicanálise, psicoterapia e psiquiatria: A intersubjetividade e os transtornos complexos*. Porto Alegre: Triângulo Gráfica e Editora Ltda.
- Nilo, M. C. S. (2012, jan./jul.). Forma artística e obsessão: a biografia de Van Gogh nas sextinas de Geraldino Brasil. *Intersimiose Revista Digital*, 1(1), 156-186.
- Noshpitz, J. D. (1994). Self destructiveness in adolescence. *American Journal of Psychotherapy*, 48, 333-345.
- Noshpitz, J. D. (2011). Idealization. In B. Sklarew & M. Sklarew (Eds.). *The journey of child development: Selected papers of Joseph D. Noshpitz* (pp. 17-36). New York, NY: Routledge.
- Nucci, M. G. & Dalgalarrodo, P. (2000). Automutilação ocular: relato de seis casos de enucleação ocular. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 22(2), p.80-86.
- Osmo, A., & Kupermann, D. (2012). Confusão de línguas, trauma e hospitalidade em Sándor Ferenczi. *Rev. Psicologia em Estudo*, 17(2), 329-339.
- Osmo, A., & Kupermann, D. (2017). Trauma e testemunho: uma leitura de Maryan S. Maryan inspirada em Sándor Ferenczi. *Psic. Clín.*, Rio de Janeiro, 29(3), 471-493.
- Otto, S. C., Santos, K. A. (2015). (Re)cortes: o discurso sobre a autolesão feminina no tumblr. *Psicanálise e Barroco em Revista*. 13(1), 29-56.
- Otto, S. C., Santos, K. A. (2016). O Tumblr e sua relação com práticas autodestrutivas: o caráter epidêmico da autolesão. *Psic. Rev.* São Paulo, 25(2), 265-288.

- Pacheco-Ferreira, F., Verztman, J., & Octavio S. (2013). A pulsão entre o intrapsíquico e o intersubjetivo. In A. B. Freire (Org.). *O corpo e suas vicissitudes*. (Parte 5, Corpo e Metapsicologia, pp. 191-205). Rio de Janeiro: 7 Letras.
- Pacheco-Ferreira, F., Mello, R., & Herzog, R. (2013, jun.). Insistências traumáticas e memória corporal: uma leitura ferencziana. *Estudos da Língua(gem)*, Vitória da Conquista, 11(1), 111-128.
- Padilha Netto, N. K., & Cardoso, M. R. (2012, jul./set.). Sexualidade e pulsão: conceitos indissociáveis em psicanálise? *Revista Psicologia em Estudo*, 17(3), 529-537.
- Paraboni, P. (2016). Da dor psíquica à dor física: destinos do excesso pulsional (Volume 1, pp. 63-84). In M. R. Cardoso (Org.). *Excesso e trauma em Freud: algumas figuras*. Curitiba: Editora Appris.
- Paula, M. P., & Mello Neto, G. A. R. (2013, set./dez.). A identificação como efeito do processo tradutivo da sedução originária. *Aletheia*, (42), 153-163.
- Peres, F. S. (2008). Sándor Ferenczi: fragmentos de uma clínica do afeto. *Cad. Psicanál.*, CPRJ, Rio de Janeiro, Ano 30(21), 193-207.
- Peterson, J., Freedenthal, S., Sheldon, C., & Andersen, R. (2008). Nonsuicidal Self Injury in Adolescents. *Rev. Psychiatry* (Edgemont), 5(11), 20-26.
- Pinheiro, T. (1993). Trauma e melancolia. *Revista Percursos*, São Paulo, 1(10), 50-55.
- Pinheiro, T. (1995). *Ferenczi: do grito à palavra*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Pinheiro, T. (1996). Trauma e melancolia. In Katz, C. S. (Org.). *Ferenczi: história, teoria e técnica* (Cap. 1, pp. 43-63). São Paulo: Editora 34.
- Pinheiro, T. (2014). O modelo melancólico e os sofrimentos da contemporaneidade. *Anamorfose - Revista de Estudos Moderno*, Ano 2 (2), 181-191.
- Pizzinga, V. H., & Arán, M. (2009). Afeto, intensidade e confiança na experiência analítica: algumas considerações sobre a heterodoxia clínica de S. Ferenczi. *Revista Ágora*, Rio de Janeiro, XIII(2), 319-332.
- Platt, V. B., Back, I. C., Hauschild, D. B., & Guedert, J. M. (2018). Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(4), 1019-1031.
- Pommereau, X. (2006a). Les violences cutanées auto-infligées à l'adolescence. *Enfances & Psy*, 3(32), 58-71. Recuperado em 17 de fevereiro, 2018, de <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2006-3-page-58.htm>
- Pommereau, X. (2006b). Les marques cutanées à l'adolescence. *Le Journal des psychologues*. 10(243), 71-75. Recuperado em 26 de maio, 2018, de <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2006-10-page-71.htm>

- Ramos (Mello Neto), G. A. (2008). *Histeria e psicanálise depois de Freud*. Campinas, SP: Editora Unicamp.
- Reis, E. S. (1997). Uma, três ou mais coisas que o sonho faz. In E. Santa Rosa & E. S. Reis (Orgs.). *Da análise na infância ao infantil na análise* (pp. 119-130). Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- Reis, E. S. (2017a). Corpo e memória traumática. In E. S. Reis & J. Gondar. (Orgs.). *Com Ferenczi: clínica, subjetivação, política* (pp. 103-11). Rio de Janeiro: 7 Letras.
- Reis, E. S. (2017b). A morte do sentido e a violação da alma. In E. S. Reis & J. Gondar. (Orgs.). *Com Ferenczi: clínica, subjetivação, política* (pp. 78-88). Rio de Janeiro: 7 Letras.
- Reis, E. S. (2017c). Autoerotismo: um vazão ativo na clínica contemporânea. In E. S. Reis & J. Gondar. (Orgs.). *Com Ferenczi: clínica, subjetivação, política* (pp. 122-140). Rio de Janeiro: 7 Letras.
- Reis, E. S., & Mendonça, L. G. L. (2018). Nas cinzas da catástrofe, a criança surge. In A. Maciel Junior (Org.). *Trauma e Ternura: a ética em Sándor Ferenczi* (Capítulo 1, pp.15-36). Rio de Janeiro: Editora 7 Letras.
- Ribeiro, P. C. (1996). Sedução generalizada e primazia do sexual. *Rev. Percurso*, 16(1), 49-57.
- Ribeiro, P. C. (2013). Simbolização primária e os limites da técnica no manejo dos afetos e da sensorialidade. In B. B. Saviato, L. C. Figueiredo & O. Souza (Orgs.). *Elasticidade e limite na clínica contemporânea* (pp. 73-84). São Paulo: Escuta.
- Rocha, Z. (2011). A dor física e psíquica na metapsicologia freudiana. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, Fortaleza, XI(2), 591-621.
- Rodríguez, G. M., Gempeler R. J., Pérez, R. V., Solano, S. S. Meluk, A. Guerrero, E. & Liemann, E. (2007). Entre el sufrimiento interno y las palabras silenciadas: análisis de narrativas de pacientes com transtornos del comportamiento alimentario, trauma y automutilaciones. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, 23(2), 237-254.
- Ross, S., & Heath, N. (2002). A Study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(1), p.67-77.
- Roussillon, R. (2006). Cuerpo e actos mensajeros. (Esperanza Martínez, Trad.). In *Colóquio de Lyon*, França. Recuperado em 22 de dezembro, 2018 de <https://reneroussillon.com/en-espanol-portugais-allemand/cuerpo-y-actos-mensajeros/>
- Roussillon, R. (2013a). Comentário de René Roussillon. In B. B. Saviato, L. C. Figueiredo & O. Souza (Org.). *Elasticidade e limite na clínica contemporânea* (pp. 63-72). São Paulo: Escuta.
- Roussillon, R. (2013b). Teoria da simbolização: a simbolização primária. In B. B. Saviato, L. C. Figueiredo & O. Souza (Orgs.). *Elasticidade e limite na clínica contemporânea* (pp. 107-122). São Paulo: Escuta.

- Rudge, A. M. (2006, jan./jun.). Pulsão de morte como efeito de supereu. *Revista Ágora*, Rio de Janeiro, *IX*(1), 79-89.
- Sabatine, F. P. (2015). *Uma escuta psicanalítica do assédio moral e suas faces tradutivas: uma discussão entre o excesso e suas respostas a partir das vivências de Amélie Nothomb*. (Dissertação de mestrado). Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Maringá.
- Sales, J. L., Oliveira, R. H., & Pacheco-Ferreira, F. (2016). Clivagem: a noção de trauma desestruturante em Ferenczi. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, *68*(2), 60-70.
- Santos, G. G., & Mello Neto, G. A. R. (2018). Pacientes, problemas e fronteiras: psicanálise e quadros borderline. *Psicologia USP*, *29*(2), 285-293.
- Santos, N. A., & Rudge, A. M. (2014, set.). Dor na psicanálise – física ou psíquica? *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, *17*(3), 450-468.
- Schmitt, L. S. (2013). Sequestro de meninas e Síndrome de Estocolmo: cativo, trauma e tradução. (Dissertação de mestrado). Departamento de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Estadual de Maringá, Maringá.
- Schultz, N. C. W., Duque, D. F., Silva, C. F., Souza, C. D., Assini, L. C., & Carneiro, M. G. M. (2016, abr./jun.). A compreensão sistêmica do bullying. *Revista Psicologia em Estudo*, Maringá, *17*(2), 247-254.
- Segal, H. (1957). Notes on symbol formation. *International Journal of Psycho-Analysis*, *38*, 391-401.
- Silva, A. B. B. (2010). *Bullying: mentes perigosas nas escolas*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Silva, D. Q. (2013, jul.). A pesquisa em psicanálise: o método de construção do caso psicanalítico. *Estudos de Psicologia*, Belo Horizonte (39), 37-46.
- Silva, M. E. L. (1993). Pensar em psicanálise. In M. E. L. Silva (Coord.). *Investigação e psicanálise* (pp. 11-25). Campinas: Papyrus.
- Silva, M. F. A., & Siqueira, A. C. (2017). O perfil de adolescentes com comportamento de autolesão identificados nas escolas estaduais de Rolim de Moura – RO. *Revista Farol*, Rolim de Moura, *3*(3), 5-20.
- Sousa, R. (2012, jan./jun.). Algumas expressões da hybris em Dispersão, de Mário de Sá-Carneiro. *Navegações*, *5*(1), 62-67.
- Suyemoto, K. L. (1998). The function of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, *18*(5), 532-554.
- Svirko, E., & Hawton, K. (2007). Self-injurious behavior and eating disorders: the extent and nature of the association. *Suicide Life Threat Behav*, *37*(4), 409-421.

- Tarelho, L. C. (2012). A teoria da sedução generalizada de Jean Laplanche e o descentramento do ser humano. *Jornal de Psicanálise*, 45(83), 97-108.
- Teixeira, A. M. F., & Luis, M. A. V. (1997). Suicídio, lesões e envenenamento em adolescentes: um estudo epidemiológico. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, 5(num. esp.), 31-36.
- Teixeira-Filho, F. S., Rondini, C. A., Silva, J. M., & Araújo, M. V. (2013). Tipos e consequências da violência sexual sofrida por estudantes do interior paulista na infância e/ou na adolescência. *Revista Psicologia & Sociedade*, 25(1), 90-102.
- Torok, M. (1995). Doença do luto e fantasia do cadáver saboroso. In N. Abraham & M. Torok. *A casca e o núcleo*. (Coracini, M. J., Trad., pp. 215-235). São Paulo: Escuta. (Original publicado em 1972)
- Venosa, V. S., & Géa, M. R. (2010). Cicatrizes famintas: transtornos alimentares em carne viva. *A peste, revista de psicanálise e sociologia e filosofia*, São Paulo, 2(2), 465-477.
- Venturi, C., & Verztman, J. (2012). Interseções da vergonha na cultura, na subjetividade e na clínica atual (pp. 119-145). In J. Verztman et al. (Org.). *Sofrimentos Narcísicos*. Rio de Janeiro: Cia de Freud: UFRJ.
- Verztman, J., Pinheiro, T., & Herzog, R. (2009). Vergonha, culpa, depressão contemporânea e perdão. *Revista Trivium*, 1, 178-183.
- Verztman, J. (2014). Embaraço, humilhação e transparência psíquica: o tímido e sua dependência do olhar. *Revista Ágora*, Rio de Janeiro, XVII(núm. esp.) 127-140.
- Vettino, D. S. (2004). Psychopathologie de la honte chez le sujetvictime de sévices sexuels: Quels enjeux cliniques et thérapeutiques? *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, VII(2), 49-82.
- Vieira, B. A., & Kupermann, D. (2018). Limites e atualidade da empatia. In A. Maciel Junior (Org.). *Trauma e Ternura: a ética em Sándor Ferenczi* (Cap. 9, pp. 151-172). Rio de Janeiro: Editora 7 Letras.
- Vieira, M. V., Pires, M. H. R., & Pires, O. C. Automutilação: intensidade dolorosa, fatores desencadeantes e gratificantes. *Revista Dor*. São Paulo. 17(4), 257-60.
- Vilhena, J. (2016, dez.) Corpo como tela... navalha como pincel. A escuta do corpo na clínica psicanalítica. *Rev. Latioam. Psicopat. Fund.* São Paulo, 19(4), 691-706.
- Vilhena, J., Rosa, C. M., & Novaes, J. N. (2015, jul./dez.). Narrando dores. A tatuagem como narrativa. *Cadernos de Psicanálise*, Rio de Janeiro, 37(33), 129-154.
- Vilhena, M., & Prado, Y. Z. C. (2015, abr./jun.). Dor, angústia e automutilação em jovens – considerações psicanalíticas. *Adolescência e Saúde*, Rio de Janeiro, 12(2), 94-98.

- Vilhena, J., Novaes, J. N., & Vianna, M. V. (2017). De que falam os corpos? a dimensão social do corpo. In R. S. Peres (Orgs.). *Sujeito contemporâneo, saúde e trabalho: múltiplos olhares* (Cap. 5, pp. 75-92). São Paulo: EduFSCar.
- Violante, M. L. V. (1995). *A criança mal-amada: estudo sobre a potencialidade melancólica*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Walsh, B. (2007). Clinical Assessment of Self-Injury: A Practical Guide. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 63(11), 1057-1068.
- Waska, R. T. (1998). Self-mutilation, Substance Abuse, and the Psychoanalytic Approach: four case. *American Journal of Psychotherapy*, 52(1), 18-27.
- Whitlock, J. (2009, dec.). The Cutting Edge: Non-Suicidal Self-Injury in Adolescence. *ACT for Youth Center of Excellence*. Recuperado em 28 de março, 2017, de http://www.actforyouth.net/resources/rf/rf_nssi_1209.pdf
- Whitlock, J., & Knox, K. L. (2007, july). The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 161(7), 634-640.
- Whitlock, J. L., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006, jun.). Self-injury behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117(6), 1939-1948.
- Whitlock, J. L., Power, J. L., & Eckenrode, J. (2006). The virtual cutting edge: The internet and Adolescent self-injury. *Developmental Psychology*, 42(3), 407-417.
- Whitlock, J. L., Prussein, K., & Pietrusza, C. (2015). Predictors of non-suicidal self-injury and psychological growth. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(19), 1-12.
- Winnicott, D. W. (1960/1983). Distorções do ego em termos de verdadeiro e falso self. In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 128-139). Porto Alegre: Artmed.
- Wood, A. (2009). Self-harm in adolescents. *Advances in psychiatric treatment*, 15, 434-441.
- Zelkowitz, R. L., & Cole, D. A. (2018). Self-Criticism as a Transdiagnostic Process in Nonsuicidal Self-Injury and Disordered Eating: Systematic Review and Meta-Analysis. *Suicide and life-threatening Behavior*. Recuperado em 28 de agosto, 2019, de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/sltb.12436>
- Zimmermann, J. J. (2010). Por que Ferenczi? *Psicanálise*, 12(1), 199-102.