



Marcio Nery Costa Neto

**Automutilação:
cortes em busca de vivacidade**

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) do Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Orientadora: Profa. Maria Isabel de Andrade Fortes

Rio de Janeiro,
Julho de 2021



Marcio Nery Costa Neto

**Automutilação:
cortes em busca de vivacidade**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo.

Profa. Maria Isabel de Andrade Fortes
Orientadora
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Daniela Romão Barbutto Dias
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Regina Herzog de Oliveira
UFRJ

Rio de Janeiro, 16 de julho de 2021.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, do autor e da orientadora.

Márcio Nery Costa Neto

Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-Rio. Possui graduação em Psicologia pela PUC-Rio (2018) e em Ciências Econômicas pela PUC-Rio (2011).

Ficha Catalográfica

Costa Neto, Márcio Nery

Automutilação : cortes em busca de vivacidade / Márcio Nery Costa Neto ; orientadora: Maria Isabel de Andrade Fortes. – 2021.
110 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2021.
Inclui bibliografia

1. Psicologia - Teses. 2. Automutilação. 3. Imagem corporal. 4. Representação. 5. Sensorialidade. 6. Psicanálise. I. Fortes, Maria Isabel de Andrade. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Dedicatória

Para minha avó Walkyria, que despertou em mim a curiosidade sobre os sonhos com os livros de Freud em sua estante, com muito amor e saudade.

Agradecimentos

Aos meus pais, Marcio e Lilian, pelo amor incondicional, por apoiarem minha mudança profissional, por enfrentarem ao meu lado as minhas dificuldades, sem nem às vezes saber como ajudar. Sem vocês, nada seria possível.

Ao Silvio, por topar sempre tudo ao meu lado, pela diversão, pela paciência nos finais de semana de estudo e escrita, por amar na prática e na ação, e por estar comigo ao longo desse caminho, tornando a vida mais leve.

À memória do meu irmão, Allan, que segue viva em mim, com seu sorriso e alegria. Obrigado por ter me amado por quem eu sou e por me ajudar a lutar pelos meus sonhos.

À professora Isabel Fortes, minha primeira professora de Teoria Psicanalítica, minha supervisora de SPA, minha orientadora de iniciação científica, monografia, e, hoje, de mestrado. Muito obrigado pelos ensinamentos, pelo incentivo de hoje e sempre ao meu trabalho, pelo acolhimento nos momentos difíceis, pela orientação cuidadosa e pela leitura atenta.

À professora Regina Herzog de Oliveira, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação, que ajudaram a nortear boa parte da pesquisa.

À professora Daniela Romão Barbutto Dias, pela disponibilidade imediata e atenção dispendida.

À Maria Piedade Malerba, pela presença constante, pelo incentivo a persistir e por contrabalançar a tirania do meu superego.

Às amigas do mestrado, Ana Julia Guinle, Isabel Noleto e Marina Gomara, que, mesmo com a distância imposta pela pandemia, puderam se fazer virtualmente presentes, trazendo boas risadas e dividindo as angústias desse período.

Aos amigos do grupo de pesquisa, Felipe Lyra, Mariana Kehl e Priscila Drumond, que puderam acompanhar de perto e contribuir com o início da construção deste trabalho.

A todos meus amigos e familiares, cuja presença física fez tanta falta durante esse período de pandemia.

Aos pacientes, com quem aprendo diariamente, que confiam a mim suas histórias de vida, e que despertam minha curiosidade e a vontade de seguir estudando.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-Rio e toda sua equipe de trabalho, em especial à Marcelina, por sempre tirar minhas dúvidas com muita eficiência.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo auxílio financeiro concedido, sem o qual a realização desta pesquisa não seria possível.

Resumo

Costa Neto, Márcio Nery; Fortes, Maria Isabel de Andrade. **Automutilação: cortes em busca de vivacidade.** Rio de Janeiro, 2021. 110 p. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós- Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Os fenômenos de autolesão constituem um tema complexo, compreendendo uma enorme variedade de condutas possíveis. De forma geral, trata-se de algum tipo de dano autoinfligido no corpo, com maior ou menor gravidade. Essa diversidade de práticas de autoagressão implica a heterogeneidade dos estudos sobre o tema, com diferentes classificações e conceitualizações. Nosso objetivo é analisar a automutilação enquanto cortes superficiais na própria pele e uma decorrente sensação de alívio conferida a um sujeito acometido por uma intensa dor psíquica, sem que haja uma intenção suicida. A presente dissertação pretende promover algumas reflexões acerca das práticas autolesivas enquanto um recurso possível para o indivíduo experimentar vivacidade, isto é, sentir-se vivo diante do excesso de um sofrimento psíquico que não pode ser posto em palavras. Exploraremos, nesse sentido, a importância do registro corporal como fator estruturante do psiquismo, recorrendo a alguns apontamentos sobre a noção de corpo na obra freudiana. Recorreremos também, na teoria de autores pós-freudianos, ao conceito de imagem corporal, que seria parte importante na constituição do Eu, contribuindo para a formação de uma unidade corporal e um sentimento de si. A condição clínica da automutilação parece apontar, no entanto, para um corpo não representado, atravessado pelo excesso pulsional, que prioriza a sensorialidade para se apresentar e se atualizar, em detrimento de uma suposta imagem corporal unificada. Buscaremos, então, na obra de Freud, referências sobre as limitações do campo representacional da linguagem, bem como o papel central que as sensações provenientes do sistema perceptivo podem assumir na constituição psíquica. Traçaremos, por fim, um paralelo entre a vividez sensorial presente no trabalho do sonho e a força sensorial verificada no ato de escarificação, e como ambas podem ser fundamentais na organização psíquica das intensidades experimentadas.

Palavras-chave

Automutilação; imagem corporal; representação; sensorialidade; psicanálise.

Abstract

Costa Neto, Márcio Nery; Fortes, Maria Isabel de Andrade (Advisor).
Self-harm: cuts seeking vivacity. Rio de Janeiro, 2021. 110 p.
Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Clínica, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Self-harm phenomena constitute a complex issue, considering a wide range of behaviors that can be related to self-inflicted damage towards one's body, with greater or lesser severity. The diversity of self-aggression practices implies a research heterogeneity on the matter, with different classifications and conceptualizations. Our objective is to analyze self-harm as superficial skin cuts and the ensuing relief sensation experimented by individuals under great psychic pain, without any suicidal intention. This dissertation intends to promote some reflections on self-injurious practices as a possible resource for the individual to experience vivacity, that is, the feeling of being alive while facing the excess of a psychic suffering that cannot be put into words. In this regard, we will explore the importance of the body record as a structuring factor of the psyche, using some notes on the body concept in Freud's work. We will also resort, in the theory of post-Freudian authors, to the concept of body image, which would be an important part in the constitution of the Self, contributing to the formation of a body unity and a feeling of self. The clinical condition of self-mutilation seems to point, however, to an unrepresented body, crossed by instinctual excess, which prioritizes sensoriality to present and update itself, to the detriment of a supposedly unified body image. We will seek, then, in Freud's work, references about the limitations of the language representational field, as well as the central role that sensations from the perceptive system can assume in the psychic constitution. Finally, we will draw a parallel between the sensory vividness present in the dream work and the sensory strength verified in the act of scarification, and how both can be fundamental in the psychic organization of the experimented intensities.

Keywords

Self-harm; body image; representation; sensoriality; psychoanalysis.

Sumário

1	Introdução	p. 11
2	O estatuto da automutilação	p. 17
2.1	Breve histórico sobre as autolesões	p. 18
2.2	Classificações contemporâneas: as contribuições da psiquiatria ..	p. 21
2.3	A mutilação na perspectiva freudiana: destino pulsional, masoquismo ou tentativa de cura?	p. 33
2.4	Automutilação: o alívio de sentir-se vivo	p. 38
3	A unidade corporal e o sentimento de si	p. 46
3.1	Alguns apontamentos sobre a questão corporal na teoria freudiana	p. 47
3.2	Jacques Lacan e o estágio do espelho	p. 50
3.3	A construção da imagem do corpo segundo Paul Schilder	p. 53
3.4	Diferenciando esquema corporal e imagem inconsciente do corpo	p. 63
4	Automutilação e sensorialidade	p. 72
4.1	O excesso e a dimensão corporal	p. 73
4.2	Presentificando o corpo	p. 80
4.3	O trabalho do sonho e a automutilação: o papel da sensorialidade na vida anímica	p. 84
4.3.1	Acessando a vividez sensorial pelo movimento retrocedente no aparelho psíquico	p. 86
4.3.2	Da intensidade psíquica à sensorialidade	p. 90
4.3.3	A cena que concentra múltiplas intensidades psíquicas	p. 92
5	Considerações finais	p. 97
6	Referências bibliográficas	p. 104

1

Introdução

As novas formas de sofrimento que acometem o sujeito na atualidade, segundo Birman (1999), diferem daquelas que eram predominantes na modernidade (século XIX até meados do século XX). Se, antes, eram as proibições morais que impossibilitavam a satisfação total das pulsões sexuais, gerando um conflito psíquico, hoje, as transformações sociais exigem a performance e a ação individual, provocando outro tipo de mal-estar.

Essa discussão foi aprofundada pelo autor em *O sujeito na contemporaneidade* (2012). Nessa obra, Birman avalia de que forma as novas exigências sociais vão afetar a constituição do sujeito. As transformações nas regulações sociais impactam diretamente a subjetividade e, conseqüentemente, atravessam o campo da clínica psicanalítica, daí a necessidade de articular a clínica com a cultura. Complexo e em constante dinamismo, o corpo expressa, por meio dos gestos, sua relação com o mundo em que está inserido, passando a ter sua própria linguagem simbólica e transmitindo a cultura. Ao construir sua identidade tendo como referência cultural o culto excessivo ao corpo, à beleza, à magreza, à juventude e à longevidade, o sujeito passa a se inscrever mais na exterioridade, tendendo a obliterar sua interioridade.

Seguindo essa tendência, tem sido testemunhado pelos psicanalistas contemporâneos um aumento de casos clínicos no que diz respeito a uma psicopatologia do ato e do corpo. Esse tipo de sintomatologia aparece de forma bem contundente em quadros clínicos de automutilação. Os comportamentos de automutilação, caracterizados pela realização de cortes superficiais na própria pele com objetos afiados, ganham cada vez mais visibilidade na clínica psicanalítica, devido ao seu aumento ao longo das últimas três décadas (Gauthier, 2007). De tal forma, debruçar-se sobre essa temática nos parece fundamental para conhecer o pensamento e as representações das novas gerações que fazem parte do processo de produção subjetiva.

A partir do quadro exposto acima, o estudo proposto neste trabalho torna-se relevante, na medida em que se observa um aumento de comportamentos de autolesão, como uma forma de manifestação psíquica que revela a presença do

corpo no modo de sofrimento contemporâneo. Além disso, também é escassa a literatura sobre o funcionamento psíquico da automutilação e sua ligação com a imagem corporal e a sensorialidade, fazendo-se necessária a expansão do conhecimento sobre o tema.

Nesse sentido, estudos sobre os comportamentos de autolesão mostram-se cada vez mais imperativos em nossa sociedade, dado o aumento do número de casos que se observa nos consultórios, escolas, hospitais e instituições de saúde mental. Ainda que no Brasil não haja uma consolidação das estatísticas que demonstrem esse aumento de forma nacional, existe uma percepção de um maior fluxo de demandas neste sentido na clínica psicanalítica nas últimas décadas, bem como um maior número de ocorrências nos ambientes escolares.

Um fato que corrobora tal percepção em nosso país foi a promulgação da Lei Nº 13.819, de 26 de abril de 2019, que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Tornou-se, então, compulsória a notificação de comportamentos autolesivos (envolvendo ou não ideação suicida) às autoridades sanitárias e conselhos tutelares por parte dos estabelecimentos públicos e privados de saúde e ensino. Pretendendo-se, assim, quantificar de forma mais precisa tais comportamentos e planejar medidas preventivas mais eficazes.

Há uma grande variedade de comportamentos que podem ser definidos como automutilação. Estes podem compreender lesões leves, como arranhões na pele com as próprias unhas, tricotilomania ou o ato autoinfligido de se queimar com pontas de cigarros; lesões moderadas, como cortes superficiais em braços ou pernas; e as mais graves, como a remoção dos olhos e a autocastração. Outra forma de automutilação observada é a introdução de agulhas ou outros objetos no organismo. Em nosso estudo, vamos nos ater aos cortes superficiais provocados na própria pele com objetos afiados, tal como definidos por Gauthier (2007), sem que haja uma intenção suicida associada.

Tal recorte deve-se ao fato de que esse tipo específico de prática autolesiva, frequentemente, aparece associado a uma sensação de alívio subsequente. Os indivíduos buscam, portanto, uma diminuição das excitações advindas de um sofrimento psíquico intenso. Isso nos permitirá explorar o caráter singular dos efeitos das escarificações nos processos de constituição subjetiva da atualidade, contornando a perspectiva medicalizante e normativa que marcou o

início dos estudos sobre o tema, conforme veremos mais adiante.

A diversidade das práticas de autoagressão ao corpo, em parte, explica a falta de homogeneidade nos estudos realizados sobre o tema. Normalmente extensas, muitas pesquisas buscam categorizar e listar os comportamentos autolesivos, dificultando sua conceitualização. Não há um consenso no que diz respeito à nomenclatura utilizada para se referir a esse fenômeno. Podemos encontrar termos como “automutilação” (Menninger, 1938/1966; Favazza, 1987/1996; Scaramozzino, 2004), “autolesão” (Nock, 2009) ou “escarificação” (Le Breton, 2006).

Alguns estudos em português utilizam a palavra “automutilação”, tanto para se referir a ferimentos mais graves, quanto para os menos graves (Arcoverde, 2013). Por esse motivo, existem autores que privilegiam o termo “automutilação” para atos irreversíveis, como amputações, e “autolesão” para as feridas superficiais infligidas na própria pele (Adler & Adler, 2007). Já a nomenclatura “escarificação” aparece como a mais empregada na literatura francesa (Demantova, 2017).

Matha (2010) divide o termo automutilação: “auto” faria referência ao esforço do sujeito de sentir-se novamente ativo, após experiências a que foi submetido passivamente, na busca por algum domínio de si, ao provocar o sofrimento no próprio corpo diante de intensa dor psíquica; e “mutilação” diria respeito ao caráter violento do ato, que representa a violência do que se sente internamente. A autora acrescenta que o termo, frequentemente, é o mais utilizado pelos próprios indivíduos que se lesionam.

Assim, em nossa pesquisa, daremos preferência ao termo “automutilação”, para nos referirmos, em geral, aos cortes superficiais provocados na própria pele sem intenção suicida. Não deixaremos de usar, no entanto, os termos “autolesão” e “escarificação” como sinônimos para a automutilação, com o intuito de garantir uma leitura menos repetitiva, e também de empregar, sempre que possível, os mesmos termos que utilizam os autores a que faremos referência. Trataremos de forma explícita e pontual sobre as formas mais graves dos fenômenos de automutilação, quando for o caso, para que o leitor não se confunda.

Há uma incidência maior das escarificações no período da adolescência, podendo surgir ainda na pré-adolescência e estender-se por curtos períodos ou, até mesmo, ao longo da vida adulta, como afirma Gauthier (2007). Por esse motivo,

em nossa pesquisa, vamos nos referir a diversos estudos sobre a clínica psicanalítica de adolescentes, mas não nos ateremos a uma faixa etária específica, considerando, inclusive, que as urgências subjetivas ocorrem à revelia de intervalos de idade pré-estabelecidos. Encontraremos também, com maior frequência, estudos que se referem a jovens mulheres que adotam essa prática, apontando sua maior predominância em indivíduos do sexo feminino. Não pretendemos, no entanto, circunscrever nosso estudo a um gênero específico, pois, verifica-se também esse comportamento em indivíduos do sexo masculino.

Meu primeiro contato com o tema das automutilações foi na graduação, em 2017, quando ingressei na pesquisa acadêmica em psicanálise como bolsista de iniciação científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) no Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). A temática sobre a qual nos debruçávamos, justamente os fenômenos das autolesões, foi o início do despertar de um interesse teórico sobre esta problemática. No mesmo ano, tornei-me monitor em uma disciplina prática de Estágio Básico em Saúde Mental, no Instituto Santa Lúcia, onde presenciei alguns episódios de uma paciente que se automutilava de forma leve. As trocas semanais, como estagiário, com adolescentes e adultos que frequentavam o instituto foram enriquecedoras, e os episódios de automutilação que presenciei me intrigaram técnica e teoricamente.

No ano seguinte, quando iniciei meus atendimentos na clínica social da graduação na PUC-Rio, minha primeira paciente relatou cortar-se com frequência, para se aliviar das tensões que a acometiam. As dificuldades encontradas na prática clínica com essa paciente e as trocas em supervisão foram transformadoras para minha visão acerca do fenômeno da autolesão. Mesmo que, na iniciação científica, já pesquisasse sobre o tema, o estágio em saúde mental e a experiência na clínica social da universidade foram centrais para minha escolha em pesquisar este tema no mestrado. A partir dessa união de experiências teóricas e clínicas, surgiram os questionamentos que desenvolveremos ao longo deste trabalho.

Como ponto de partida, para que possamos contribuir para o estudo dos fenômenos autolesivos, no primeiro capítulo, investigaremos o estatuto dessas práticas, apresentando um panorama histórico. Recorreremos ao viés da antropologia e da sociologia, para avaliar em que medida haveria uma função social associada a este tipo de ato, quando inscritos em um contexto ritualístico

das civilizações mais antigas. Para além do sentido social, sob o ponto de vista religioso na Idade Média, apresentaremos a dimensão de castigo e punição que as agressões ao próprio corpo assumiram para a expiação da culpa, apontando para algum grau de sofrimento psíquico. Nos debruçaremos, em seguida, sobre as contribuições da psiquiatria, que passou a se ocupar de uma patologização dos comportamentos autolesivos, mas que nos auxiliarão na compreensão dessa dinâmica. A variedade e a complexidade das descrições psiquiátricas dos séculos XIX e XX exigirão uma delimitação precisa do nosso objeto de estudo, levando à priorização dos estudos de Armando Favazza e Karl Menninger. A partir dessa circunscrição de nosso tema, buscaremos, na perspectiva freudiana, as possíveis leituras sobre a dinâmica das mutilações. Introduziremos, então, os estudos psicanalíticos mais recentes sobre o tema, utilizando como principais referências David Le Breton e Olivier Douville.

Após esse levantamento sobre o campo das automutilações, que se caracterizam como uma descarga direta na dimensão corporal, destacaremos, no segundo capítulo, a relevância do registro do corpo como fator estruturante do psiquismo. Para isso, exploraremos alguns aspectos pertinentes acerca da temática do corpo na obra de Freud, partindo de sua condição representacional, passando pela dimensão erógena do corpo fragmentado em um contexto autoerótico e abordando o registro corporal unificado com o advento do narcisismo. Aprofundaremos a questão da unificação corporal, recorrendo aos autores pós-freudianos que teorizaram sobre a imagem corporal, a saber, Jacques Lacan, Paul Schilder e Françoise Dolto. Nosso intuito é lançar luz sobre como as práticas autolesivas podem atuar na experimentação do corpo, configurando uma possibilidade de sentimento de si mesmo, quando parece não haver a unidade de uma imagem corporal coesa que sirva de base para a constituição subjetiva.

No terceiro capítulo, trabalharemos a dimensão do excesso e seu aspecto irrepresentável, inaugurados na teoria freudiana com a segunda teoria pulsional, no momento em que a dor aparece como uma forma distinta da unificação narcísica para que o Eu se assegure da existência de seu próprio corpo. Abordaremos a importância das sensações provenientes do sistema perceptivo na presentificação do corpo, a partir da Carta 52 (1950[1896]/1996b), escrita por Freud à Wilhelm Fliess, uma vez que a imagem corporal unificada não seria a única via para a constituição do psiquismo. Iremos analisar o papel central da

sensorialidade na elaboração psíquica dos excessos experimentados, sobretudo na dinâmica dos quadros clínicos de automutilação. Com esse intuito, perscrutaremos os escritos de Freud em *A interpretação dos sonhos* (1900/1972a), traçando um paralelo entre a vividez sensorial presente no trabalho do sonho e a força sensorial da motricidade e das imagens vívidas produzidas no momento do corte.

2

O estatuto da automutilação

Nosso objetivo, neste capítulo, é apresentar diferentes leituras sobre as práticas de automutilação, a partir de uma perspectiva histórica. Por ser um fenômeno que contempla muitos aspectos, deparamo-nos com uma alta complexidade nos estudos sobre o tema. Seja porque há uma infinidade de atos ou condutas que são ou já foram consideradas como autolesivas, ou porque não há um consenso sobre a melhor terminologia a se usar, podemos dizer que o assunto ainda suscita muitos questionamentos. Tal constatação indica a necessidade de maior exploração do tema das autolesões, mas também requer uma precisa delimitação de nosso objeto de estudo, para que possamos empreender um aprofundamento que leve a uma melhor compreensão do tema.

Inicialmente, então, ao traçarmos um breve histórico sobre as automutilações, podemos perceber que esta não é uma prática recente e nem exclusiva da sociedade ocidental. Por ser um fenômeno que interessa às mais variadas áreas, encontramos descrições antropológicas e sociológicas das práticas autolesivas, por exemplo, nos cultos e rituais das civilizações antigas que datam desde o século VI A.C. (Cidade, 2020). Enquanto prática comum e coletiva, com um significado social, as automutilações não pareciam indicar um mal-estar subjetivo significativo. Foi somente no contexto da Idade Média, em que o suplício religioso do corpo aparece com finalidade de expiação da culpa, que as agressões contra o próprio corpo ganharam a dimensão de castigo e punição. Ainda que não fossem consideradas patológicas, tais práticas pareciam apontar para algum grau de sofrimento psíquico.

A patologização do comportamento autolesivo começou a ser mais frequente conforme a psiquiatria, a partir do século XIX, passou a se ocupar do fenômeno, trazendo contribuições valiosas para o entendimento de sua dinâmica. Ao longo do século XIX e do século XX, inúmeras categorizações psicopatológicas dos comportamentos automutilatórios foram feitas, abarcando os mais variados tipos de conduta. Isso conferiu às automutilações tanto o caráter de sintoma, presentes de forma dispersa em diversas síndromes ou transtornos, como o caráter, como alguns autores defendem, de uma categoria nosográfica própria.

Delimitaremos, portanto, neste capítulo, quais os tipos de autolesão presentes nas descrições psiquiátricas serão objeto de nosso estudo, para que possamos introduzir as contribuições psicanalíticas sobre o tema e aumentar nossa compreensão sobre seu impacto no sofrimento psíquico do sujeito.

2.1

Breve histórico sobre as autolesões

A automutilação tem se demonstrado como um fenômeno que apresenta diversas formas de expressão em múltiplos contextos. A dor física inerente a essa prática é dotada das mais variadas significações que, em diferentes grupos sociais, podem estar envolvidas em distintos processos de subjetivação compreendidos ao longo dos tempos. As representações das práticas autolesivas na história auxiliam, inicialmente, a compreensão desse fenômeno. No entanto, tal entendimento se revelará bastante plural conforme avançarmos na investigação.

Do ponto de vista antropológico, podemos encontrar descrições de práticas automutilatórias em rituais e cultos de diversos povos e civilizações antigas, bem como em rituais de passagem de sociedades tribais. É importante ressaltar que, nestes contextos, em que a automutilação se configura como uma celebração ou um ritual, ela pode ser capaz de inscrever ou mudar o status de uma pessoa no seio comunitário, designando pertencimento. Normalmente, verifica-se uma significação prévia para esta circunscrição do ato autolesivo, que pode ter caráter social, comunitário ou religioso. Tal sentido prévio, que varia de acordo com a cultura e a localização espacial e temporal de cada povo e suas práticas, confere uma aceitação social interna a esses tipos específicos de condutas autolesivas.

Fica claro, então, que a automutilação não é um fenômeno exclusivo da sociedade ocidental e que, tampouco, é uma prática recente. O tipo de autolesão que estamos nos propondo a estudar, no entanto, difere desse com um conteúdo e propósito previamente conhecido, ou que tenha uma função pré-definida no meio social em que ocorre. Buscaremos descrever e melhor compreender as automutilações com as quais a contemporaneidade tem se deparado, que não possuem um significado prévio, mas parecem se multiplicar em nossa sociedade, e que são descritas por quem as pratica como uma tentativa de obter alívio para

um grande sofrimento psíquico, diante do qual as palavras parecem ser insuficientes.

Para estabelecer limites definidores do que se considera a autolesão como reveladora de sofrimento psíquico hoje, foi preciso buscar, historicamente, como este fenômeno foi documentado ao longo dos séculos. Pudemos encontrar relatos referentes às motivações que estavam presentes desde a Idade Média, em grande parte de cunho religioso, e que ainda encontram ressonância com o costume do autoflagelo punitivo na modernidade, período que se estendeu desde o século XIX até meados do século XX.

Em conformidade com a doutrina cristã regida pelo princípio da culpa e castigo, a humanidade teve culpa pela peste, portanto, a salvação somente viria se a humanidade expiasse sua culpa. Tornava-se necessário o suplício religioso do corpo, que tinha precedentes com os Anacoretas, que no início da era Cristã faziam do seu movimento uma espécie de culto. Essa tradição de punição e suplício do corpo ressurgia constantemente em várias comunidades monásticas. (Munhoz & Rossetti, 2013, p. 68)

Por mais que se tenha amplo conhecimento de uma prática religiosa de suplício do corpo, no contexto da sociedade ocidental cristã, essa não era uma prática considerada patológica. Inclusive, sendo parte de um costume religioso ou cultural, no contexto ocidental ou não, a expiação do corpo era vista por diversas disciplinas como aceitável e legítima, segundo Arcoverde (2013). No entanto, podemos depreender desse tipo de conduta autolesiva, socialmente aceita na época, que talvez já houvesse algum grau de sofrimento psíquico em jogo, se considerarmos a culpa advinda da não adequação da conduta do sujeito à doutrina cristã, o que gerava a necessidade de autopunição. Talvez, como herança dessa prática com motivação religiosa, tenha restado a associação, ainda frequente, entre a autolesão e a autopunição ou autocastigo.

Nesse mesmo sentido, encontramos na literatura, no romance *The Scarlet Letter*, de Nathaniel Hawthorne, publicado em 1850, o que parece ser a primeira descrição de uma personagem que se automutila. O autor norte-americano destaca a influência do puritanismo vitoriano na cidade americana de Salem, no século XVII, ao retratar o romance entre uma adúltera e um reverendo. Vendo sua amada condenada a usar a letra “A”, de adúltera, bordada em cor escarlate no seu peito por anos, o reverendo, acometido pela culpa, forja a letra A em sua pele na altura do peito, como forma de autopunição. Tal comportamento, embora existente na

sociedade, até então não havia sido retratado na literatura e ainda estava longe de ser compreendido pela clínica médica psiquiátrica ocidental. A descrição literária de Hawthorne auxiliou na psicopatologização do comportamento autolesivo, servindo como referência para a psiquiatria da época (Chaney, 2011).

Também nos Estados Unidos, ainda no século XIX, os primeiros casos de automutilação de que se tem notícia eram muito graves, envolvendo pacientes psicóticos, que apresentavam quadros de automutilação extrema, provocados, na maioria das vezes, por delírios religiosos. Mais para o final do século XIX, também foram registrados casos de mulheres histéricas que praticavam automutilação, furando a própria pele com agulha. O primeiro artigo da literatura médica sobre automutilação foi publicado em 1846: era o caso de uma viúva melancólica de 48 anos que removeu os próprios olhos, porque sentia que eles a faziam pecar por desejar sujeitos do sexo masculino (Araújo, Chatelard, Carvalho & Viana, 2016).

Essas primeiras documentações dos casos mais graves de automutilação parecem ter influenciado a visão da maioria dos autores sobre o tema durante um bom tempo. Nota-se, a partir daí, o predomínio de uma perspectiva psiquiátrica e medicalizante, que foi naturalmente decorrente dos estudos norte-americanos pioneiros. Por esse motivo, o fenômeno era abordado, na clínica médica, como uma questão primordialmente individual, subdimensionando a influência de outras possíveis forças psíquicas e sociais no fenômeno. Frequentemente, nesses estudos, a conduta autolesiva aparecia, inclusive, associada a uma ideação suicida.

Karl Menninger, psicanalista e psiquiatra americano, foi o primeiro autor a desvincular a prática autolesiva de uma tentativa de suicídio. No livro *Man against himself* (1938/1966), Menninger aponta que a autolesão seria um tipo de compromisso justamente com a autopreservação, como uma forma de evitar a completa aniquilação do sujeito. Sacrificar-se-ia, então, uma parte do corpo pelo bem de todo o resto, de forma que o suicídio não precisasse ser uma única saída para o sofrimento. É sobre esta visão que nossa investigação pretende se aprofundar, mas faremos isso mais adiante, após traçar um breve panorama das práticas autolesivas sob a ótica da psiquiatria.

Podemos tentar compreender a frequente associação entre a automutilação e o suicídio pelo desvio que essas condutas apresentam da regra hegemônica de autopreservação do corpo e evitação da dor. Qualquer prática que subverta a

lógica da sobrevivência pode ser vista com estranheza pela sociedade contemporânea, uma vez que foi na contemporaneidade que o corpo passou a ser considerado como um bem supremo (Birman, 2012). Neste sentido, a autolesão é considerada, na maioria das vezes, como uma condição patológica (Arcoverde, 2013).

Inúmeros estudos e contribuições foram feitos no campo da psiquiatria, desde o século XIX, para a descrição do fenômeno das automutilações. Assim, podemos mencionar diversas categorizações e classificações existentes, delineando um breve panorama, que em muito contribuiu para a leitura psicanalítica do tema. Posteriormente, faremos um recorte nessas classificações para delimitar o tipo de prática autolesiva sobre o qual nos debruçaremos.

2.2

Classificações contemporâneas: as contribuições da psiquiatria

Mesmo que tenham sido publicados anteriormente alguns estudos, foi em 1909 que surgiu uma definição mais cuidadosa para o vocábulo “automutilação” (Scaramozzino, 2004). Marie Michel Lorthiois (1909) definiu a automutilação como uma lesão feita pelo próprio indivíduo em seus tecidos ou órgãos, atacando a integridade do corpo. Sem o objetivo concreto de provocar a própria morte, para a autora, os comportamentos poderiam comprometer a vitalidade e o bom funcionamento dos órgãos, na medida em que implicavam uma ferida ou uma ablação de um órgão, do revestimento cutâneo ou de um membro. Na classificação de Lorthiois (1909), tal prática pode ser voluntária, isto é, quando há a intenção de se fazer mal, ou involuntária, como consequência de um automatismo. Há também a possibilidade de o comportamento de automutilação ser indireto, quando o indivíduo atua sob a influência de outras pessoas, ou direto, quando é feito sem que haja tal influência. O ato, segundo a autora, pode ser praticado individual ou coletivamente, estando o sujeito sozinho ou na presença de outros.

Apesar de a definição de Lorthiois (1909) possuir um caráter similar ao que se define hodiernamente como automutilação, a descrição desses comportamentos se limitava aos casos de adoecimentos psíquicos graves, na esteira da psicose. Foi somente a partir da publicação de Menninger (1938/1966)

que se verificou uma abertura para o levantamento de uma variedade maior de casos que compreendiam distintas práticas autolesivas, inclusive aquelas no campo das neuroses. Além de reconhecer ataques autodestrutivos extremos, conforme preconizavam definições de outros autores anteriores, Menninger (1938/1966) chama a atenção para outras formas de ferimentos autoprovocados comuns aos neuróticos: morder unhas, dedos e outras partes do corpo; se arranhar, ou cravar as unhas na própria carne de forma incessante; arrancar os próprios cabelos; esfregar a própria pele ou os olhos, de tal forma que fique suscetível a inflamações. Nota-se que, então, se abria a condição de possibilidade para se pensar a automutilação como “uma conduta que perpassa diferentes quadros psicopatológicos” (Cidade, 2020, p. 25).

De fato, houve um aumento no número de pesquisas acadêmicas dos anos 1960 em diante, sobretudo norte-americanas, que passaram a descrever diferentes termos e fenômenos autolesivos, tais como as escarificações (*cutting*), que compreendiam cortes realizados no próprio punho. Segundo Cidade (2020), é possível notar, nas produções do campo da psiquiatria, que havia uma tentativa dos autores, por meio de suas classificações, de contribuir para a inclusão das automutilações em uma nosologia de síndrome específica. Ainda segundo a autora, esse foi um movimento contínuo na história e que ganhou corpo na década de 1980, com as contribuições de Armando Favazza. Psiquiatra estadunidense, Favazza se autodenominava um “psiquiatra cultural”, isto é, um médico que considerava os diferentes matizes culturais em sua prática e produção acadêmica (Cidade, 2020).

A classificação elaborada por Favazza, em seu livro *Bodies under siege: selfmutilation, nonsuicidal self-injury and body modification in culture and psychiatry* (1987/1996), tornou-se referência para os estudos posteriores sobre as automutilações. Por oferecer uma síntese robusta e ir além do que os pesquisadores haviam levantado até então, a obra passou a ser a mais conhecida sobre o tema. O autor discute o fenômeno das autolesões extrapolando a perspectiva médica, incluindo o caráter social e religioso da prática ao longo dos tempos. Sua categorização engloba três categorias principais: (i) a primeira, que ele chamou de automutilação maior: são atos mais graves, frequentemente associados a casos de psicose, que envolvem danos corporais de maior relevância, tais como a enucleação ocular, castração ou amputação de membros; é comum

que ocorram sem planejamento prévio, apenas uma vez, e sua gravidade e irreversibilidade demandam intervenção médica emergencial e acompanhamento psiquiátrico posterior; (ii) a segunda, chamada de automutilação estereotipada: normalmente associada a quadros de retardo mental e de autismo, envolve atos repetitivos e ritmados, tais como bater em si mesmo, bater a cabeça na parede, se morder, apertar os olhos violentamente e arrancar os cabelos; (iii) a terceira e última, denominada por ele de automutilação superficial/moderada: são aqueles atos considerados de menor gravidade, costumeiramente ligados a quadros clínicos das neuroses e dos casos limites, em que o indivíduo machuca a própria pele de forma superficial, provocando lesões de menor extensão e com menor frequência, de modos distintos.

Por mais que tenham sido classificadas por Favazza (1987/1996) como lesões moderadas, são estas que vemos crescer mundialmente e que indicam um fenômeno preocupante, sobretudo entre os adolescentes. O autor dividiu as automutilações superficiais em compulsivas e impulsivas. As compulsivas se referem aos atos praticados com alta frequência, de tal forma que se tornam um ritual para o indivíduo, chegando a se repetir várias vezes em um único dia, em uma tentativa de redução da tensão e da ansiedade, e que culminam em um sentimento de alívio. Já a categorização da autolesão impulsiva refere-se, justamente, a uma impossibilidade de resistir ao impulso de se ferir. Os ferimentos podem ser provocados por cortes, arranhões, beliscões, queimaduras ou pela manipulação de machucados em processo de cicatrização, e ocorrem quando o indivíduo se depara com uma ansiedade crescente, de forma exponencial, até o momento em que os realiza.

As autolesões superficiais impulsivas ainda contam com duas divisões categóricas especificadas por Favazza (1987/1996). Elas podem ocorrer poucas vezes ao longo da vida do indivíduo (episódicas) ou apresentar-se com maior frequência (repetitivas), configurando uma Síndrome das Automutilações Repetidas, como denominou Favazza (1987/1996). Para enquadrar-se na definição dessa síndrome, seria necessário que o sujeito apresentasse uma preocupação significativa com suas condutas automutilatórias e relatasse, ainda, uma relação de adição com tais comportamentos, por seguirem um aparente curso autônomo, com crescente intensidade e frequência. O autor descreve a Síndrome das Automutilações Repetidas como relativa à esfera da impulsividade, com início no

período da adolescência, podendo se estender por décadas, e compreendendo momentos de maior ou menor incidência dos atos autolesivos. Não é incomum que haja comorbidade com outros comportamentos impulsivos, como transtornos alimentares, cleptomania e outros tipos de adição. Ao descrever esse padrão específico de comportamentos de autolesão como uma síndrome, Favazza (1987/1996) reconhece as automutilações não apenas como sintomas específicos de uma variedade de transtornos mentais, mas também como uma categoria psicopatológica autônoma.

Em sua forma mais grave, classificadas por Favazza (1987/1996) como automutilações maiores, há uma associação aos quadros clínicos da psicose ou à intoxicação por substâncias psicoativas. Pode compreender atos drásticos e irreversíveis, como remoção dos olhos, castração e amputação de membros, por exemplo. Muitos desses casos envolvem alucinações ou delírios de cunho religioso ou sexual, com alguns relatos de indivíduos que disseram ser direcionados por Deus a se mutilarem como punição por pecados sexuais. Favazza (1987/1996) verificou que esses indivíduos sentem pouca dor na hora da mutilação e, posteriormente, pouco ou nenhum arrependimento. De certa forma, é quase como se um conflito interior fosse resolvido pela automutilação (Araújo, Chatelard, Carvalho & Viana, 2016).

Favazza e Rosenthal (1993) destacam a prevalência das automutilações menos graves (superficiais impulsivas, sem ideação suicida) de acordo com a idade e o gênero. De acordo a pesquisa dos autores, há maior frequência desses comportamentos em indivíduos do sexo feminino, e maior quantidade de relatos que localizam o início dos atos autolesivos entre os treze e catorze anos de idade, mesmo que persistam com o passar dos anos. Os sentimentos de rejeição, abandono, culpa e vazio aparecem no estudo como fatores desencadeantes das práticas de autolesão.

Em um estudo mais recente, intitulado *Self-injurious: assessment and diagnosis* (2001), Simeon, em coautoria com Favazza, inclui outra perspectiva para o estudo das autolesões. Se, por um lado, as automutilações podem ser vistas como uma conduta patológica, os autores afirmam que, por outro, também caracterizariam uma estratégia de autoajuda. Leva-se em consideração, nesta última perspectiva, um histórico pessoal de abusos e traumas, comum a diversos sujeitos que se autolesionam. Ainda segundo Simeon e Favazza (2001), a

autolesão seria precedida por um aumento de tensão, proveniente de diferentes tipos de sentimentos, como raiva de si mesmo e sensação de perda de controle, comuns em quadros de ansiedade, depressão e disforia. Por ser capaz de arrefecer a força da tensão desses sentimentos perturbadores, promovendo alívio imediato, mesmo que passageiro, a automutilação é descrita pelos autores como um esforço mórbido de autoajuda.

Automutilação, na visão de outros autores contemporâneos, é definida como o ato intencional de se machucar fisicamente, de forma superficial, moderada ou profunda, sem que haja uma intenção suicida consciente. Geralmente, são feitos cortes, perfurações, mordidas, beliscões ou até espancamentos, com a mão ou com o uso de objetos, na busca pelo alívio de tensões. Percebe-se a manifestação destes comportamentos em diferentes níveis: lesões leves, como arranhões na pele com as próprias unhas, tricotilomania ou se queimar com pontas de cigarros; lesões moderadas, como cortes superficiais em braços ou pernas; e as mais graves, como a autoenucleação (extração do próprio olho) e a autocastração, mais frequentes na psicose. Outras formas de automutilação observadas são a introdução de agulhas ou outros objetos no organismo e a amputação dos lobos da orelha (Alroe & Gunda, 1995; Bharath, Neupane & Chatterjee, 1999).

Castro (2002) destaca que a automutilação está frequentemente associada a um comportamento de autodestruição proveniente de um desejo de autopunição, por vezes não verbalizado ou inconsciente, com um redirecionamento dos impulsos agressivos. E, segundo Cedaro e Nascimento (2013), dentre os fatores desencadeantes deste comportamento, destacam-se sentimentos como angústia, tristeza, alegria, insônia, ansiedade, medo, frustração e sensação de culpa, assim como traumas familiares, por exemplo, com a separação dos pais, e, por fim, alguns sintomas como confusão mental e alucinações. Os principais objetivos das escarificações, portanto, seriam exatamente a tentativa de alívio desses sentimentos, em consonância com o que propuseram Simeon e Favazza (2001).

Ainda nos anos 2000, houve uma proposta de categorização das funções atribuídas às condutas de autolesão. Nock e Prinstein (2004) definem que as automutilações poderiam ser realizadas com o intuito de parar pensamentos ou sentimentos aversivos, funcionando sob uma lógica subjetiva de reforço automático negativo. Ainda na esfera subjetiva, tal comportamento poderia

também funcionar como um reforço automático positivo, isto é, para que o indivíduo sentisse algo, nem que esse algo fosse a dor. O ato de ferir-se poderia assumir, por outro lado, uma função na esfera social, na medida em que, ao fazê-lo, o indivíduo estaria evitando fazer algo que lhe pareça desagradável, buscando um reforço social negativo. Outra função descrita pelos autores seria o reforço social positivo, segundo a qual a prática autolesiva teria como objetivo obter atenção dos outros. No entanto, verificou-se uma prevalência das práticas de autolesão com o objetivo de regulação das próprias emoções sobre aquelas que visariam influência sobre o comportamento dos outros.

Os objetos cortantes ou perfurantes mais frequentemente utilizados são facas, estiletes, lâminas, navalhas, agulhas e tesouras, de forma geral para provocar cortes leves e superficiais na própria pele. Geralmente, os locais do corpo mais escolhidos para a escarificação são as regiões dos antebraços, punhos, dorso da mão e a parte interna da coxa. Muitas vezes, as cicatrizes produzidas costumam desaparecer com o passar do tempo, restando somente uma camada de pele mais clara (Pommereau, 2006).

Nock (2009), em suas investigações, não encontrou diferenças significativas entre as práticas escarificatórias de acordo com o gênero, etnia ou nível socioeconômico. O autor define, ainda, o corte na pele como a forma mais recorrente de conduta autolesiva, frequentemente feito em regiões do corpo mais acessíveis e fáceis de esconder (braços, pernas e barriga), com faca ou navalha. Neste novo estudo, ele volta a afirmar o aspecto social da autolesão, descrevendo que os indivíduos a utilizam como um meio de comunicar sua dor ou pedir ajuda.

As automutilações podem ocorrer em qualquer período do ciclo vital, muito embora não seja difícil constatar que, frequentemente, começam a ser praticadas na adolescência (Nixon & Heath, 2009). Outro aspecto relevante destacado na pesquisa de Nixon e Heath (2009) é o meio social, já que a maioria dos jovens entrevistados afirmou conhecer a autolesão por alguém que já a praticava, ou pela mídia, seja ela a televisão, internet ou revista. Podemos verificar, então, a importância da influência social para o engajamento em comportamentos autolesivos. Whitlock, Powers e Eckenrode (2006) chegam a considerar que a autolesão siga uma tendência epidêmica em contextos institucionais, como escolas, universidades, prisões e hospitais.

Em sua tese de doutorado, Giusti (2013) atenta para prevalência da conduta de autolesão entre adolescentes e aponta para o crescimento dos números ao longo da última década. Segundo a autora, comumente, esses indivíduos utilizam mais de um método para a escarificação, e as causas relatadas por eles para sua autoprovação, frequentemente, são experiências traumáticas vividas na infância, tais como violência familiar, abuso sexual, negligência emocional e física, *bullying* na escola e até a separação precoce dos pais. Ela destaca ainda que, em alguns casos, os adolescentes dedicam uma parcela significativa de tempo ao planejamento da automutilação, no que diz respeito ao mapeamento da pele e à organização dos objetos que serão utilizados, incorrendo em comportamentos ritualísticos particulares, tais como aqueles descritos por Favazza (1987/1996).

Outro fato interessante, descrito por Nobre-Lima, Barreira e Castilho (2017), é a dificuldade dos jovens em buscar ajuda, de tal modo que as autolesões são frequentemente realizadas em um contexto de solidão afetiva. Buscam, então, sozinhos, uma tentativa de regular e controlar suas emoções, por meio da prática escarificatória. Não à toa, alguns autores destacam as comunidades virtuais como pontos de apoio que os jovens buscam em momentos de crise e onde encontram uma diminuição da sensação de isolamento social.

Muitas vezes, segundo Santos e Faro (2018), ao experimentar sentimentos opressivos e sem encontrar outra forma de expressá-los, os jovens automutiladores incorrem em um ato autolesivo de modo impulsivo, ou até accidental. Encontrando-se com uma sensação momentânea de alívio, o indivíduo tem um incentivo, ou seja, um reforço positivo, para praticar novamente a automutilação. Rapidamente, por vezes, o alívio é substituído por culpa e vergonha, e novamente vem a sobrecarga de tensão das emoções, para a qual a autolesão acaba por se configurar como a única saída conhecida pelo sujeito. Deparando-se com a variedade de estudos que têm procurado categorizar os fenômenos das autolesões, bem como seus objetivos e funções, Santos e Faro (2018) destacam que a tentativa de esgotar a descrição destes fenômenos em sua totalidade é desafiadora.

Diferentes leituras das condutas autolesivas foram feitas pela psiquiatria e ainda permanece a indicação para a falta de pesquisas mais contundentes sobre o tema, como indicam os manuais diagnósticos mais difundidos mundialmente. As lesões direcionadas ao próprio corpo apareciam na penúltima edição do *Manual*

Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM-IV (APA, 2002), como um dos sintomas de diferentes transtornos mentais. Nos transtornos da infância e da adolescência, por exemplo, a automutilação aparecia como sintoma do transtorno do movimento estereotipado com comportamento destrutivo. Também aparecia como um dos traços de transtornos do controle de impulsos não classificados em outro local, além de estar incluída no transtorno de personalidade borderline. Neste último, para evitar um possível abandono real ou imaginário, o indivíduo pode apresentar uma conduta impulsiva, com ações autolesivas ou suicidas. Nota-se que, mais uma vez, é possível observar uma aproximação entre as condutas de autolesão e de tentativas de suicídio.

Também na *Classificação Internacional de Doenças*, em sua décima edição, o CID-10 (OMS, 1993/2011), os comportamentos de autolesão aparecem como sintomas que fazem parte da categorização de outros transtornos. São eles: (i) a tricotilomania, que consiste na impossibilidade de resistir a impulsos de arrancar os cabelos, precedidos por uma tensão crescente e posterior alívio; (ii) o transtorno de personalidade emocionalmente instável do tipo *borderline*, no qual os atos de autolesão tem uma descrição bem parecida com a do DSM-IV mencionada acima, próxima a ameaças de suicídio; (iii) autismo infantil, quadro em que a autolesão é tida como bastante comum quando associado a retardo mental grave; (iv) transtorno de movimento estereotipado, que consiste na realização de movimentos voluntários repetitivos, podendo incluir aqueles autoagressivos, como golpear a cabeça, enfiar os dedos nos olhos, morder as mãos, lábios e outras partes do corpo repetitivamente; e (v) autolesão intencional (envenenamento ou lesão autoinfligida propositalmente), que pode compreender condutas autolesivas provocadas por objetos cortantes, enforcamento, tentativa de afogamento e envenenamento.

Por estarem presentes em diversas categorias diagnósticas, de forma fragmentada e dispersa, por vezes, as automutilações podiam passar despercebidas. Foi somente na última edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, o DSM-5 (APA, 2014), que um tipo de automutilação passou a uma nova categoria: Transtorno de Escoriação ou *Skin-Picking*. A definição deste transtorno apresenta algumas diferenças em relação a outras práticas de autolesão e refere-se a um comportamento específico recorrente de

beliscar, esfregar, espremer ou morder a pele saudável, ou onde haja lesões cutâneas anteriores, com as próprias unhas, pinças, alfinetes e outros objetos.

Enquanto dimensão diagnóstica independente, definida como Autolesão Não Suicida, a automutilação aparece no capítulo *Condições para estudos posteriores*, uma seção do DSM-5 que indica um conjunto de critérios para futuras pesquisas. Tal fato aponta para a possível inclusão de uma nova entidade clínica nas próximas edições do manual, o que levará o estudo das autolesões na psiquiatria a um outro patamar. Diferentemente do que ocorria no DSM-IV e no CID-10, a proposta do último manual é a classificação da automutilação, enquanto Autolesão Não Suicida, como um fenômeno que possui autonomia, uma categoria nosográfica própria, separada de outros transtornos.

Um dos critérios propostos para a descrição da Autolesão Não Suicida no DSM-5 é o engajamento do indivíduo em autoprovocar-se um dano intencional na superfície de seu corpo, sem que este comportamento esteja acompanhado de uma ideação suicida. Normalmente, o sujeito explicitaria a ausência de intenção suicida em seu discurso, ou esta poderia ser inferida pela repetição de um comportamento que se sabe que não resultará em morte. Espera-se que a lesão provoque apenas um dano físico menor ou moderado. Não estão incluídas nestes critérios as tatuagens e piercings, ou quaisquer comportamentos socialmente aprovados, ou que sejam parte de rituais religiosos ou culturais. A obtenção de alívio de um estado de sentimento negativo, a resolução de dificuldades interpessoais e a indução de um estado de sentimento positivo são, de acordo com o manual, as expectativas pretendidas pelo indivíduo com a autolesão. Apenas em alguns casos, a autolesão pode ser interpretada pelo sujeito como uma autopunição merecida. Além disso, a repetição dos padrões de comportamento pode sugerir uma dependência ou adição, e o alívio pretendido pode ser sentido durante a autolesão ou imediatamente após sua realização.

Cabe ressaltar, ainda, que a última edição do Manual, o DSM-5, continua apresentando diversas condutas automutilatórias como sintomas compreendidos dentro do espectro de outros transtornos, assim como era possível verificar na quarta edição. No entanto, nas *Condições para estudos posteriores*, há a previsão de diagnósticos diferenciais entre a Autolesão Não Suicida e os outros transtornos que apresentam comportamentos de automutilação como sintomas (transtorno de escoriação ou *skin-picking*, autolesão estereotipada, tricotilomania, transtorno do

comportamento suicida e transtorno de personalidade borderline). Isso aponta para o fato, afirma Cidade (2020), de que podemos compreender o fenômeno das automutilações, por um lado, de forma fragmentada, “corroborando a ideia de um fenômeno transnosográfico e plural” (p. 35) e, por outro, de forma autônoma, “com características próprias que convergem para uma compreensão mais sindrômica deste comportamento” (p. 35), sendo que não há o prevalecimento de uma forma sobre a outra e ambas possuem suas limitações teóricas, sem que haja um prejuízo ou enfraquecimento de suas validades.

Apesar de aparecer como sintoma de outros transtornos psiquiátricos, ou em comorbidade com eles, alguns autores defendem que a automutilação não deve ser reduzida ou estar sempre associada a estes (Arcoverde, 2013). Tal perspectiva se coaduna com a intenção explicitada no DSM-5 (APA, 2014), de definir a Autolesão Não Suicida como uma manifestação independente. Outro fato que corrobora essa visão é a observação de comportamentos autolesivos também em populações não clínicas. Como aponta o manual, boa parte dos indivíduos que se autolesionam (sem que haja uma intenção suicida) não busca atendimento clínico. Seja porque tais comportamentos são tidos como estigmatizantes pela sociedade ou porque são experimentados de forma positiva pelo indivíduo, não se percebe uma motivação para que se receba tratamento. Por fim, o manual reforça a falta de pesquisas sobre o tema, encorajando a comunidade científica a realizar estudos mais robustos e prospectivos, que permitam o delineamento de um histórico da Autolesão Não Suicida, dos fatores que a promovem e daqueles que seriam capazes de inibi-la.

Nota-se que, historicamente, devido às influências religiosas e às interdições morais herdadas da Idade Média pela Modernidade, os comportamentos de autolesão tinham, quase que exclusivamente, um viés de culpa e de punição. Podemos inferir que as subjetividades modernas possuíam um modo de constituição que inscrevia a automutilação no rol da autopunição e do autocastigo. Diferentemente, portanto, do que observamos na contemporaneidade, conforme pudemos verificar nas categorizações elaboradas pelos mais diversos autores. Ainda que alguns deles ainda trouxessem a culpa e a autopunição como sentimentos capazes de desencadear comportamentos automutilatórios moderados ou delírios religiosos que induzem a atos mais graves de automutilações maiores, fica claro que o fenômeno é muito mais amplo e complexo.

É inegável a constatação de que a abordagem médica seguiu como a perspectiva dominante de leitura dos quadros clínicos de autolesão na contemporaneidade, devido ao crescente interesse de pesquisadores psiquiatras em categorizar tais comportamentos. Assim, verificamos também que as valiosas contribuições desse paradigma psiquiátrico foram, por muito tempo, balizadoras e funcionaram como referência para as pesquisas de outras áreas do saber sobre o tema. No entanto, atualmente, verificamos um crescente interesse dos pesquisadores na área da psicologia e da psicanálise em compreender os fenômenos clínicos de autolesão a partir de uma perspectiva mais subjetiva, isto é, por meio dos relatos de quem os pratica, considerando ainda o aspecto social e relacional. Tal interesse justifica-se pela grande complexidade envolvida nos atos de autolesão, conforme vimos refletida na dificuldade e na variedade das categorizações que descrevem esses atos como sintoma ou como categoria nosográfica própria. Considerar a ótica dos sujeitos, suas descrições das práticas de autolesão, como veem outros discursos sobre esse tema e como se veem em relação aos outros e ao meio em que vivem, pode se tornar um caminho capaz de auxiliar a compreensão deste fenômeno, que demanda ainda estudos mais consistentes, sobretudo no que diz respeito às Autolesões Não Suicidas.

Por esse motivo, vamos excluir de nosso estudo as automutilações mais graves, na maior parte das vezes enquadradas no rol das psicoses, tais como amputação de membros, autocastração e autoenucleação. Excluiremos também aquelas de caráter estereotipado, comuns em casos clínicos de retardo mental e autismo, e ficaremos com as chamadas automutilações superficiais/moderadas, tais como descritas por Favazza (1987/1996): lesões autoprovocadas na própria pele de forma superficial, com menor vulto e gravidade, como cortes superficiais, escarificações, arranhões e queimaduras. A intenção desse recorte específico deve-se ao fato de que esses tipos de lesão autoinfligidas, na maior parte das vezes, não estão associadas a um comportamento suicida. Tampouco verifica-se nelas uma intenção autodestrutiva ou um desejo de autopunição. Como vimos, comumente, os principais objetivos das escarificações estão circunscritos a uma tentativa de alívio das tensões provenientes de um sofrimento psíquico maior do que a dor provocada pelo corte (Favazza, 1987/1996; OMS, 1993/2011; Alroe & Gunda, 1995; Bharath, Neupane & Chatterjee, 1999; Simeon & Favazza, 2001; Cedaro & Nascimento, 2013; APA, 2014; Santos & Faro, 2018).

É importante destacarmos o caráter não suicida deste tipo de autolesão, sendo esta a que nos interessa na presente dissertação, como definido no DSM-5 (APA, 2014), na categoria nosográfica proposta como *Autolesão Não Suicida*. Conforme já mencionado, nestes casos, o dano intencional provocado na própria pele não está associado a uma intenção suicida explícita no discurso, e fica evidente que o comportamento pretende apenas um dano físico menor ou moderado, sabendo-se que não resultará em morte. Como bem resumiu Demantova (2017), os sujeitos que se escarificam buscam sentir-se melhor depois desse ato, diferentemente do suicídio, cujo objetivo seria não sentir mais qualquer afeto. Além disso, assim como na definição apresentada no manual, ficam excluídos de nosso estudo quaisquer comportamentos de modificação corporal com intenção estética, como cirurgias, piercings e tatuagens, ou que já possuem algum nível de aceitação social por ter um sentido prévio, sendo parte de algum ritual religioso ou cultural.

Outro motivo pelo qual nos ateremos a esse tipo específico de autolesão moderada é o crescimento documentado ao redor do mundo deste tipo de prática, especialmente entre adolescentes. Como vimos, há incidência maior das escarificações no período da adolescência, podendo surgir ainda na pré-adolescência e estender-se por curtos períodos ou, até mesmo, ao longo da vida adulta (Favazza, 1987/1996; Nixon & Heath, 2009; Giusti, 2013). Por esse motivo, nossa pesquisa compreenderá diversos estudos sobre a clínica psicanalítica de adolescentes, mas não se aterá exclusivamente a uma faixa etária específica. Quanto ao gênero, nota-se, na bibliografia pesquisada até o momento, uma tendência predominante em indivíduos do sexo feminino, razão pela qual encontraremos com maior facilidade referências a jovens mulheres que adotam essa prática. Não há, no entanto, nenhuma pretensão de circunscrever esse estudo apenas ao gênero feminino, pois, ainda que com menor frequência, também se verifica essa prática em indivíduos do sexo masculino.

Também pretendemos ampliar nossa compreensão sobre outro aspecto bastante comum nas categorizações descritas anteriormente, que é a obtenção de uma sensação de alívio durante ou logo após a prática autolesiva. Com esse intuito, mais adiante, neste mesmo capítulo, trabalharemos a visão de autores psicanalistas, que utilizaram relatos de pacientes que se cortam, e que puderam descrever, sob uma perspectiva mais subjetiva, essa busca pelo alívio de um

sofrimento psíquico intenso, sem que haja outro recurso para isso que não a autolesão. Nock e Prinstein (2004) nos deram uma pista, neste sentido, ao descrever uma das funções da automutilação como sendo a necessidade do indivíduo de sentir alguma coisa. Nossa hipótese é de que o indivíduo sente o alívio quando se corta, pois ali estaria sentindo algo, forjando um sentimento de existência, ou a sensação de estar vivo, ativando sua sensorialidade, uma vez que as palavras não dão conta. É com esse olhar subjetivo que vamos estudar o fenômeno das automutilações, conforme veremos mais à frente, sem antes deixar de recorrer aos escritos de Freud, que nos indicam um possível viés masoquista do ato, muitas vezes ligado à pulsão de morte, mas também como um dos destinos possíveis da pulsão.

2.3

A mutilação na perspectiva freudiana: destino pulsional, masoquismo ou tentativa de cura?

Tendo em vista a complexidade dos fenômenos clínicos da automutilação e a consequente variedade de estudos sobre o tema, percebemos que há uma vasta gama de leituras possíveis a serem feitas. Partindo da obra de Freud, vamos buscar as contribuições psicanalíticas para ampliar o entendimento da questão, inicialmente no que diz respeito à teoria das pulsões e ao masoquismo. Ainda que não haja uma menção específica ao tema nos escritos freudianos, podemos inferir que a autolesão, enquanto uma agressão a si mesmo, seria um dos destinos da pulsão.

Em *Os instintos e seus destinos* (1915/2010b), Freud propõe quatro destinos possíveis da pulsão: (i) a reversão no contrário, que se divide na conversão da atividade em passividade e na inversão de conteúdo; (ii) o voltar-se contra a própria pessoa, traduzido pela consideração inicial de que o masoquismo seria um sadismo voltado contra si mesmo; (iii) a repressão; e (iv) a sublimação. Para efeitos do nosso estudo, o destino para a pulsão mais importante seria aquele em que ela se volta contra a própria pessoa, dado que a automutilação é uma forma de lesionar o próprio corpo.

Aqui, cabe acrescentarmos a observação de que não havia surgido, na teoria freudiana, o conceito de masoquismo primário até este momento. Então, o masoquismo só existia como uma derivação do sadismo voltado contra o próprio

Eu. Freud (1915/2010b) demarca, ainda neste contexto, a possibilidade de a dor estar acompanhada de uma excitação sexual ao discorrer sobre o masoquismo. Admite-se, assim, que o fato de sentir dor pode estar associado a um estado prazeroso.

Se, na primeira teoria pulsional, o desprazer correspondia a um excesso de energia psíquica, elevando o nível de tensão no psiquismo, e o prazer era experimentado com o escoamento dessa energia, o masoquismo impunha um problema ao ponto de vista econômico do funcionamento psíquico. Foi somente com o texto *Além do princípio do prazer* (1920/2010c), que Freud abriu a possibilidade de existência de tensões prazerosas e relaxamentos desprazerosos, ao introduzir o conceito de pulsão de morte para explicar as pulsões destrutivas. A partir daí, o princípio do prazer não estava mais ligado exclusivamente às pulsões sexuais, agora incorporadas à pulsão de vida, mas também relacionado à pulsão de morte.

Freud (1920/2010c) enumera algumas situações em que a lógica do princípio do prazer é quebrada e que o indivíduo se vê obrigado a suportar o desprazer, isto é, um nível elevado de energia acumulada no psiquismo. Pode-se ressaltar o trauma como a principal delas, uma vez que ocorre sem que o aparelho psíquico esteja preparado para tal, resultando em uma incapacidade de ligação da energia psíquica com qualquer significação ou elaboração. A consequência disso é que o indivíduo revive a situação traumática, seguindo a lógica da compulsão à repetição. Freud relaciona a compulsão à repetição com os impulsos destrutivos e de agressividade do Eu. Na segunda teoria pulsional, esses impulsos se traduzem na pulsão de morte, quando voltados para o próprio Eu, e na agressividade, quando voltados para os objetos de amor. Já as pulsões sexuais passam a fazer parte da pulsão de vida, que se apresentará sempre em contraposição à pulsão de morte.

Na segunda tópica freudiana, o Id passa a funcionar como um reservatório das pulsões, de onde elas saem em direção aos objetos do mundo externo e para onde elas voltam. A vida psíquica do indivíduo opera como um jogo entre as pulsões de vida e as pulsões de morte. No que diz respeito aos quadros clínicos de automutilação, em um primeiro olhar, poderíamos apontar para um predomínio da pulsão de morte, uma vez que estão presentes os impulsos destrutivos que se voltam contra o próprio Eu e, frequentemente, entram na lógica da compulsão à

repetição. No entanto, percebemos, como pretendemos deixar claro ao longo deste capítulo, que os cortes na própria pele podem ser parte justamente deste jogo entre as pulsões, no qual o indivíduo luta para sentir alguma coisa.

Também após a segunda teoria das pulsões, e como desdobramento do conceito de pulsão de morte, a discussão sobre a constituição do Eu amplia-se do narcisismo para o masoquismo. O corpo passa a se inscrever também no registro da dor, do trauma e da angústia, evidenciando um excesso irrepresentável, aspectos marcantes na dinâmica das automutilações. Se, anteriormente, o masoquismo era compreendido como secundário a um sadismo verificado nas origens do psiquismo, agora, passa-se a considerar o contrário. Fica aberta a possibilidade de existir um masoquismo primário, independente do sadismo, ideia que será desenvolvida por Freud com mais detalhes, mais tarde, em *O problema econômico do masoquismo* (1924/2011).

Inclusive, é importante destacar que uma das poucas menções que Freud fez às mutilações, e que poderíamos tentar estender para a condição clínica da automutilação, foi no texto de 1924. Neste, ele afirma que é um desafio compreender a dinâmica psíquica do masoquismo, uma vez que a dor e o desprazer se tornam alvos. Subverte-se a lógica da busca pela satisfação, segundo a qual o indivíduo se afastaria das principais fontes de sofrimento, dado que é o princípio do prazer que rege, não só a vida psíquica, mas também a vitalidade de todo o organismo.

Com seus mecanismos de proteção vulneráveis, o Eu deixaria de estar alerta para perigos internos e externos, e “o masoquismo nos aparece como um grande perigo” (Freud, 1924/2011, p. 185). Freud define, ainda, o masoquista como aquele que deseja ser corrigido, como se fosse uma criança desobediente, merecedora de punição ou castigo severo, o que pode incluir humilhações ou necessidade de uma obediência irrestrita. Ele adiciona que, de forma mais rara e com rigorosas restrições, poder-se-ia incluir as mutilações nesse conteúdo. Essa visão masoquista das mutilações, ainda que aventada por Freud, não foi por ele explorada e, ao que tudo indica, era vista com muita cautela. A perspectiva masoquista parece fazer sentido quando falamos sobre as automutilações presentes nas subjetividades modernas, como vimos no subtópico anterior. No entanto, em nosso estudo, seguiremos a cautela indicada por Freud e manteremos em segundo plano a dimensão erótica implícita no masoquismo, no que diz

respeito às condutas autolesivas. Para empreendermos nossa pesquisa com foco nas subjetividades contemporâneas, vamos precisar de outras contribuições da teoria freudiana.

Em sua *Introdução ao narcisismo* (1914/2010a), Freud define como função primordial do aparelho psíquico a ligação e o domínio das excitações que podem ser sentidas como desprazerosas ou que geram efeitos patogênicos. A elaboração psíquica é responsável pelo desvio interno de excitações que não são capazes de uma descarga externa direta no momento. Configura-se, assim, uma balança libidinal, que divide seu equilíbrio entre a libido do objeto e a libido do Eu, cujos investimentos podem avançar ou recuar conforme a necessidade vigente. Consequentemente, há uma oposição entre libidos, uma vez que, quanto mais se emprega energia em uma, mais a outra fica empobrecida.

Desta forma, o adoecimento narcísico pode ser entendido como parte do resultado de um desprendimento da libido em relação aos objetos. O desinvestimento da libido de seus objetos é mais evidente do que o afastamento do interesse do Ego em relação ao mundo exterior (Freud, 1917/2014). Facilita-se, então, o entendimento dos comportamentos de autoflagelo, nos quais o corte ganha a atenção do Eu, enquanto todo o mundo dos objetos parece se esvaziar.

Ao discorrer sobre o *complexo do semelhante*, Freud (1950[1895]/1996c) já explicitava que, ao mesmo tempo que dependemos do outro como objeto de proteção e de identificação (que permite o sentimento de unidade e integração imaginária), paradoxalmente, este mesmo outro também pode configurar uma fonte de hostilidade, ameaça de abandono e desproteção. A parte dos investimentos que não se liga à relação narcísica e identificatória com o outro retorna de forma dilacerante para a economia libidinal, abalando o narcisismo do Eu. A parte do complexo do semelhante que não pôde ser capturada pela relação narcísica e identificatória com o outro retorna para o corpo como uma intrusão do real.

Nas patologias narcísicas, então, observa-se que os sintomas estão ligados ao acúmulo da libido do Eu, sendo este sentido como desprazeroso por provocar uma alta carga de tensão no psiquismo. Quando o indivíduo deixa, excessivamente, de investir no meio externo para concentrar apenas em si mesmo os seus investimentos libidinais, inicia-se o processo de adoecimento. Com o desequilíbrio da balança libidinal, as manifestações dos sintomas vêm como uma

busca pela cura, uma tentativa de restauração do equilíbrio perdido (Freud, 1914/2010a).

Assim, como atentam Araújo, Chatelard, Carvalho e Viana (2016), se prosseguirmos com a leitura psicanalítica da palavra “sintoma”, poderíamos entender as automutilações como um fenômeno subjetivo, sem que isso implicasse necessariamente um sinal para alguma doença, mas talvez uma forma de expressar um conflito inconsciente ou lidar com ele. Tal leitura se diferenciaria, portanto, da perspectiva médica abordada anteriormente, segundo a qual o sintoma deveria ser eliminado para que o sujeito voltasse a um estado saudável. Neste sentido, prosseguem os autores, antes de um transtorno, as autolesões configurariam uma prática, ou uma descarga pulsional, que poderia se manifestar na vida psíquica e pulsional de qualquer indivíduo. Eliminar-se-ia, dessa forma, o risco de ignorar o que essas práticas podem querer comunicar no caso específico de cada subjetividade.

Canavêz e Herzog (2020) nos estimulam a pensar sobre a preconização de um endereçamento medicalizante para as questões contemporâneas que convocam o corpo, como ocorre no caso das autolesões. Ainda que, muitas vezes, a história dos sujeitos se apresente em seus corpos, por não chegarem a uma elaboração verbal, as respostas farmacológicas não se articulam às histórias individuais. Na visão das autoras, a Psicanálise pode ser tida como um espaço (e um tempo) de resistência aos imperativos que a contemporaneidade lança sobre o corpo e, indo além, indagam se a própria prática da autolesão não seria também uma forma de resistir aos mesmos imperativos.

Resgatando, mais uma vez, Favazza (1987/1996), na verdade, a conduta autolesiva seria usada pelo sujeito para alcançar um estado tido como normal e, provavelmente, se não tivesse esse recurso, dificilmente chegaria a ele. A automutilação seria, então, um ato mórbido para uma reorganização, uma forma de o sujeito restabelecer um estado de normalidade. Seria então o quadro da automutilação uma tentativa de restabelecer esse equilíbrio? Uma busca do psiquismo pela cura? Veremos no próximo subtópico como os comportamentos de autolesão têm aparecido na clínica psicanalítica na atualidade e quais são as possibilidades de existência que as autolesões abrem para as subjetividades contemporâneas para tentar responder a essas perguntas.

2.4

Automutilação: o alívio de sentir-se vivo

Para Menninger (1938/1966), a automutilação é um comportamento de escape para suplantar a total aniquilação da pessoa, isto é, o suicídio. Pode ser considerada, na visão do autor, como uma vitória, mesmo que pequena, da pulsão de vida sobre a pulsão de morte. Há um contraponto do argumento de Menninger com a forma pela qual a automutilação era estudada antes. Inicialmente, ela era vista como uma forma de para-suicídio, um comportamento com forte intenção ou idealização suicida. Desta forma, é como se fosse um sacrifício apenas em uma parte do corpo, uma espécie de compromisso para o bem de todo o resto (Araújo, Chatelard, Carvalho & Viana, 2016). Os sujeitos que se escarificam buscam sentir-se melhor depois desse ato, diferentemente do suicídio, cujo objetivo seria não sentir mais qualquer afeto (Demantova, 2017).

Os comportamentos de automutilação em indivíduos neuróticos, caracterizados pela realização de cortes superficiais na própria pele com objetos afiados, ganham cada vez mais visibilidade na clínica psicanalítica, devido ao seu aumento ao longo das últimas décadas (Gauthier, 2007). Sendo comum o surgimento durante a adolescência e podendo se estender por curtos períodos ou ao longo da vida adulta, os estudos do autor ressaltam que a autoagressividade dos cortes se circunscreve a uma esfera íntima e facilmente encoberta, uma vez que quase sempre são feitos em partes do corpo menos monitoradas pelos pais ou pela família. Gauthier (2007) afirma ainda que, geralmente, o adolescente não manifesta inquietação ou angústia com o fato de se automutilar, de forma que o alarme só é acionado quando algum adulto descobre e se preocupa com isso.

Fortes e Kother (2017) destacam a sensação de alívio que os cortes podem conferir nos casos de autolesão. As articulações teóricas do artigo *Automutilação na adolescência: rasuras na experiência de alteridade*, feitas com as narrativas de adolescentes automutiladores em blogs, buscam explicar essa dimensão corporal e sensorial que estamos nos propondo estudar. Com isso em vista, retomaremos o percurso teórico empreendido pelas autoras, recorrendo, principalmente, aos estudos de Olivier Douville e David Le Breton, que adotam também uma visão mais subjetiva do fenômeno da autolesão a partir dos relatos de seus pacientes.

Olivier Douville (2004), psicanalista e antropólogo francês, que atende pacientes adolescentes nos subúrbios de Paris, descreve que é rara a ocorrência de quaisquer associações verbais que ofereçam algum significado ao ato automutilatório. O que ele observou, frequentemente, foram manifestações arcaicas de defesa ou formas psíquicas de resposta do sujeito a uma intrusão do real, através de racionalizações, movimentos de negação e denegação. A proposta do autor, então, é pensar a autolesão como sendo da ordem da conduta, ou seja, de comportamentos que revelam algo do paciente, cuja consistência tem como base “assegurar-se de que habita um corpo, que será ao mesmo tempo lugar de seus signos e passaporte de seu ser” (Douville, 2004, p. 8).

Diante de um sentimento de descontinuidade de si mesmo, a automutilação pode ser compreendida como uma tentativa de encontrar algum contorno psíquico na materialidade do próprio corpo, segundo Douville (2004). O excesso de excitação seria expulso, segundo o autor, não por uma simples operação mental, mas também pela motricidade e pelo movimento, ou seja, uma cinesia. Acometido por uma forte angústia de despersonalização e por um consequente distanciamento do próprio corpo, a automutilação se apresenta como um recurso a esse sujeito em estado de sideração.

A clínica do adolescente automutilador, para Douville (2004), “insiste que levemos em conta as potências do informe do corporal” (p. 12), apostando em um sujeito em estado de “in-corporação” a partir dos gestos ou frases que vêm do outro, “reduzido ao organismo, o sujeito é um resto informe” (p. 12). Vemos, portanto, a aproximação do informe corporal a um modelo de corpo que se tornou estrangeiro ao próprio sujeito, sendo a automutilação uma tentativa extrema e desesperada de entrar em contato com o próprio corpo. Outra hipótese, então, formulada pelo autor, é o entendimento do ato automutilatório como um efeito da precariedade da interação do sujeito com o outro.

Como afirma Schneider (2002), além do contato do sujeito consigo mesmo, a relação com o outro é condição necessária para a capacidade de sentir e representar a própria dor. Ao endereçar ao outro o sofrimento psíquico, o sujeito pode legitimar a sua dor no espaço de ressonância por ele oferecido. Se não ressoa em ninguém, a dor se mantém no próprio sujeito e, segundo hipótese apresentada nesse projeto, é redirecionada para o próprio corpo. O retorno da pulsão em

direção a si mesmo, como destino pulsional, expressa a impossibilidade de enunciação e o predomínio automutilatório.

Uma vez que os comportamentos de autoflagelo ocorrem, em sua maioria, na adolescência, constata-se a relação destes atos com o fato de ser nesta época da vida que o sujeito passará necessariamente por remanejamentos narcísicos que o conduzirão a uma redefinição do campo das identificações, que atravessarão indubitavelmente o sentimento de unidade corporal. Sabemos, a partir de Freud, como já mencionado acima, que a parte do complexo do semelhante que não pôde ser capturada pela relação narcísica e identificatória com o outro retorna para o corpo como uma intrusão do real. Neste contexto, a automutilação pode ser uma tentativa de resposta a esta intrusão, fabricando “um gesto polêmico com o informe corporal [...] como um modo de resposta posterior ao trauma pubertário” (Douville, 2004, p. 16).

O processo do desenvolvimento adolescente demanda um abandono da posição infantil, que significa a perda do valor da imagem corporal do narcisismo dos pais para o investimento em seu narcisismo, transformando o próprio corpo em objeto de investimento. Ao construir um novo caminho para si, o sujeito deve abrir mão da sua onipotência infantil e, assim, criar novos modelos identificatórios na adolescência. Porém, isso só é possível quando as figuras parentais investiram a criança a partir de seu próprio narcisismo, como descreve Freud em *Introdução ao narcisismo* (1914/2010a).

Neste sentido, ao reconhecer a complexidade do processo de constituição subjetiva de alguns pacientes, cabe ressaltar a diferenciação, feita por Moraes e Macedo (2011), entre a ideia de vivência de indiferença e de ato-dor. Segundo as autoras, o conceito de indiferença ao qual recorrem remete a um certo tipo de violência que se impõe à criança em um momento chave de estruturação psíquica, como resultado da incapacidade do objeto primordial (o adulto) de dirigir-se a ela com um olhar amoroso que a perceba, a apazigue e a invista libidinalmente. Destacam, ainda, que não se trata de um desdém do adulto pela criança, mas de uma marca de não reconhecimento do existir do outro.

A vivência da indiferença resulta, portanto, no predomínio de um desconhecimento a respeito do si mesmo. Como efeito desse desencontro primordial traumático, instala-se uma matriz reprodutiva das intensidades atordoantes da experiência subjetiva: a matriz da indiferença com o si mesmo e

com o outro (Moraes & Macedo, 2011). Neste contexto, o recurso ao ato aparece, nos casos de automutilação, como uma possibilidade de expressão das intensidades psíquicas, sendo denominado de ato-dor. Há, no ato-dor, o predomínio de um movimento de descarga que indica uma dimensão não elaborativa das intensidades psíquicas e a ele cabe tanto a expressão do traumático quanto a denúncia da precariedade do campo alteritário. A instalação da matriz da indiferença permite a inferência de que a automutilação dá a conhecer a cruel dimensão da sensação de inexistência do si mesmo para o outro.

Nesta perspectiva, a evidente precariedade psíquica encontra na automutilação um recurso ao ato-dor, revelando especificamente um prejuízo efetivo experimentado no que se refere à alteridade. E é nesta dimensão do vazio ou ausência, proveniente da indiferença vivida no imaginário do outro, que a escuta psicanalítica pode criar novos contornos e sentidos. Desse modo, a automutilação que se precipita sobre uma estase libidinal no Eu teria, paradoxalmente, a função de proteger o corpo, já que o investe de energia psíquica ao buscar seu contorno. A concentração de libido narcísica acaba sendo uma proteção e um modo de assunção do corpo próprio.

Uma contribuição importante, que corrobora esse ponto de vista, foi feita por David Le Breton, psicólogo, sociólogo e antropólogo, pesquisador da Universidade de Estrasburgo, na França. Em seu artigo *Scarifications adolescentes* (2006), ele afirma que, ao se fazerem mal, as adolescentes automutiladoras retomam o controle de um afeto destrutivo que as atravessa. Elas buscam, de alguma forma, dominar uma situação que lhes escapa ao controle totalmente.

Um sentimento de desespero e de desorientação precede a escarificação, “como uma forma de hemorragia de sofrimento que destrói os limites de si” (Le Breton, 2006, p. 46). Essas jovens recorrem, então, a uma tentativa de restauração brutal das fronteiras perdidas do corpo. Somente assim diminui-se a vertigem proveniente da impossibilidade de domínio sobre as intensidades experimentadas e promove-se a sensação de vida.

A escarificação pode, segundo o autor, ser vista como uma resposta à busca de um contorno que sirva como registro da própria existência. Na ausência de um envelope narcísico que sustentaria a imagem unificada de si mesmo, a fragmentação corporal procura encontrar qualquer contorno que seja: cria-se um

envelope de dor. Se não tem como ser imaginária, o ataque automutilador oferece uma espécie de materialidade corpórea que forja uma operação subjetiva no real do corpo (Le Breton, 2006).

Le Breton (2006) afirma ainda que os jovens automutiladores não sofrem necessariamente de algum transtorno psiquiátrico. A automutilação representa uma ferida real e/ou imaginária na própria existência desses indivíduos, e é um recurso para atingir um alívio corporal para um sofrimento psíquico intenso, impossível de ser elaborado. Porém, também é comum a associação de atos automutilatórios com alguns transtornos psiquiátricos, tais como o transtorno da personalidade borderline, transtornos alimentares e depressivos.

A tentativa de substituição de uma dor por outra se faz na medida em que se constata a inegável dificuldade de elaboração psíquica de um evento doloroso. Os cortes autoinfligidos ilustram uma espécie de jogo simbólico no domínio da dor: opõe-se a dor ao sofrimento, a ferida física ao dilaceramento da alma. Trata-se, nas palavras do autor, “de fazer-se um mal para obter menos mal” (Le Breton, 2006, p. 49), trazendo para o centro da cena um modo de se infligir dor que visa à construção de um sentimento de existir para um sujeito que se encontra em estado de vertigem e devastação psíquica.

De forma análoga, Andrade e Herzog (2013) nos ajudam a entender por que alguns indivíduos recorrem ao ato autoagressivo dirigido ao corpo como um recurso privilegiado de expressão subjetiva. Para as autoras, os cortes poderiam ser interpretados como uma tentativa de esboçar limites para as fronteiras de uma interioridade mal definida. Os atos automutilatórios seriam, portanto, uma forma de estabelecer uma delimitação ao Eu, conferindo-lhe uma unidade narcísica, ainda que precária. Sem o domínio de seu espaço psíquico, o sujeito busca ao menos a conquista de seu território corporal.

O que se vê repetidamente é uma tentativa de apropriar-se de seu corpo, de algo concreto que traga o sentimento de existir para o primeiro plano. Assim, o ato automutilador permitiria que o indivíduo experimentasse uma sensação de unidade corporal, não apenas um corpo fragmentado. Além do sentimento de propriedade e de corporeidade, têm-se a via da cinesia como forma de contenção.

Le Breton (2006), por meio do relato de um caso, ressalta que a necessidade da jovem é de não se entregar ao sofrimento e de combatê-lo. Ela

interrompe o ato de se cortar quando a dor se intensifica, mantendo com esforço uma linha tênue que ainda a faça sentir sua vivacidade.

A dor é visada sob a forma de um limite, de um alvo identitário que alimente o sentimento de existir. Quando ela ultrapassa este limite e se torna sofrimento, a paciente para de se cortar e olha o sangue correr com alívio, quase feliz. (Le Breton, 2006, p. 49-50)

O autor, conforme defendemos, diz não se tratar de uma dinâmica psíquica masoquista, mas de uma tentativa de dominar as sensações e o corpo. Experimenta-se um sentimento de relaxamento que, ainda que acompanhado de certo prazer, vai se ligar ao alívio produzido pelo corte e ao esvaziamento dos sentimentos. A tensão é afrouxada e o júbilo de voltar a ser dono de si induzem a um entendimento comum, mas que pode conter alguns equívocos. A referência que muitos autores fazem a essa sensação agradável, que nos tenta a inscrever a automutilação sob o guarda-chuva do masoquismo, na verdade, apenas traduz a dissolução imediata da tensão.

Com frequência, ressalta Le Breton (2006), esses comportamentos de autoflagelo em adolescentes não são o prenúncio de um prognóstico desfavorável, nem indícios de patologias mentais. Pelo contrário, são tentativas de forçar a passagem a existir. Eles permeiam meses ou anos de existência do sujeito, provocando conflitos, perda de autoestima, comportamentos de risco, evasão escolar e são possíveis antecedentes para alguns quadros depressivos. Mas, na grande maioria dos casos, o sofrimento adolescente, apesar de poderoso, é reversível.

Ao invés de reduzir o quadro da automutilação a uma nosografia binária, normal ou patológica, como categorias imutáveis, indiferentes à singularidade e às provações pessoais da vida do sujeito, é importante questionar o significado desses comportamentos. Interessa, na verdade, compreender como que esses comportamentos, embora pareçam colocar a vida em risco, em outro nível também a protegem. O uso de formas de resistência que parecem radicais, em um primeiro momento, não são necessariamente parte do começo de uma patologia. Podemos vê-los como uma forma de ajuste pessoal a uma situação de ameaça, tendo em vista que comportamentos de risco ou ataques corporais são abandonados ao longo do tempo (Le Breton, 2006).

Para Le Breton (2006), as escarificações são atos de passagem, que funcionam como alavancas terapêuticas, ganchos para um retorno à fala ou acompanhamento. Grande parte desses comportamentos afeta adolescentes comuns, que não sofrem de patologia, no sentido psiquiátrico do termo, mas que possuem feridas reais (ou imaginárias) em sua existência. Para se opor a esse sofrimento e se preservar, os jovens recorrem a um remédio antropológico: cortar-se.

Devido a um prejuízo experienciado efetivamente no campo alteritário, a esse sentimento de vazio relatado, a grande maioria dos pacientes se autolesiona como um recurso alternativo à sua precariedade psíquica. Essa automutilação, ou recurso ao ato-dor, representa exatamente a dimensão de ausência ou vazio, demarcada pela indiferença experimentada no imaginário do outro. É justamente neste ponto que a experiência de escuta psicanalítica pode criar contornos e sentidos antes inexistentes (Le Breton, 2006).

Frente ao ato de automutilação, o analista é convocado a exercitar a não captura do olhar em relação ao corpo mutilado, mas, sim, a recorrer aos recursos de uma clínica cuja ética encontra-se pautada na escuta de um sujeito aprisionado na repetição do mesmo. É neste breu, neste escuro de sentido provindo da repetição do sem sentido, que o ato-dor dá vazão àquilo que, desde dentro, não encontra outra forma de expressão. Sustentada na transferência, a psicanálise interroga e convida o sujeito a endereçar sua dor à escuta (Le Breton, 2006).

Na singular modalidade de convocação à narrativa sobre si mesmo, ou seja, no endereçamento a um outro, que acolhe e se recusa a um saber prévio, que as rasuras na experiência alteritária podem encontrar outra vicissitude. Desta forma, o ato-dor, como característico da situação de automutilação na adolescência, pode ceder espaço à criação da possibilidade de o sujeito existir em presença de outro e em presença de si mesmo (Le Breton, 2006).

Como podemos ver ao longo de toda a bibliográfica citada acima, muitos depoimentos falam sobre o relaxamento após a descarga do acúmulo da tensão através do ato de autoflagelo. Alguns indivíduos automutiladores chegam a comparar o prazer dessa descarga com o orgasmo sexual. Há, portanto, uma possível mistura entre a pulsão de vida e de morte, uma vez que o ato praticado é incompatível com o princípio do prazer, em uma primeira análise, mas que

provoca um enorme prazer ou alívio, além daquele que o princípio do prazer poderia conferir.

Os estudos até aqui avaliados corroboram a visão freudiana de que a compreensão da dinâmica psíquica da automutilação representa um desafio, tanto do ponto de vista da clínica, quanto da sua conceituação. Isso, a nosso ver, se deve ao fato de que, aqui, a dor e o desprazer se tornam alvos, subvertendo a lógica do princípio do prazer e da busca pela satisfação que nos afastaria das principais fontes de sofrimento. Por esse motivo, alguns autores inscrevem o quadro clínico da automutilação na dinâmica masoquista. No entanto, no nosso entendimento, o alívio ou prazer relatado por muitos pacientes automutiladores está unicamente relacionado à descarga imediata das tensões que não puderam ser simbolizadas ou ligadas apenas por um movimento psíquico.

Em geral, então, pode-se inferir que a automutilação serve como recurso para o indivíduo encontrar um contorno psíquico no próprio corpo, uma vez que o sofrimento foi impossível de ser metabolizado através de uma operação mental, necessitando também de um ato pela via motora. Busca-se, neste viés, por meio dos cortes autoinfligidos, uma apropriação do corpo próprio, construindo uma sensação mesma de existir, de se fazer o pertencimento de si, uma vez que tal apropriação encontrou dificuldades no processo de simbolização psíquica.

Assim, nos capítulos seguintes, daremos ênfase a como essa sensação de vida, de estar vivo, pode estar conectada com a imagem corporal e com a sensorialidade, dois aspectos em evidência nos quadros clínicos em que a automutilação aparece como imperativa.

3

A unidade corporal e o sentimento de si

Com o panorama previamente traçado sobre o campo das autolesões, cabe, agora, destacar a proeminência do registro corporal como fator fundante do psiquismo. Faz-se necessário, então, para aprofundar a compreensão da condição clínica da automutilação, explorar em nossa pesquisa alguns aspectos relevantes acerca da temática do corpo no campo conceitual-clínico da psicanálise. Seja porque a automutilação constitui um modo de sofrimento literalmente forjado nos limites corporais, isto é, na pele, ou porque, outro enfoque ao qual visa também o presente trabalho, o estatuto do corpo aparece como preponderante nos modos de sofrimentos psíquicos contemporâneos.

Nesse contexto, em que o corpo se configura como local privilegiado de sofrimento psíquico, os fenômenos autolesivos se apresentam como via de descarga direta de excitação via ato na dimensão corporal. Dessa maneira, é relevante indagar: qual seria a função do corpo na dinâmica dos atos autolesivos? Ou ainda, qual seria o papel da automutilação nessa configuração corporal e sua consequência para a constituição psíquica? Para desenvolver tais questões, vamos recorrer à noção de corpo na obra de Freud.

Fortes (2012), ao traçar uma cartografia conceitual da questão do corpo na teoria freudiana, observa que essa concepção não recebeu o status de um conceito. Ainda que o corpo ocupe um lugar central nas teorizações freudianas, desde a inauguração da psicanálise e ao longo de todo o seu trajeto como elemento crucial no desenvolvimento de diversos outros conceitos, não há exatamente uma teoria do corpo em sua obra. No entanto, a autora propõe que são possíveis diversas entradas teóricas na temática corporal a partir de Freud.

Neste capítulo, apresentaremos algumas dessas entradas, sem a pretensão, contudo, de esgotar a investigação da noção de corpo na obra freudiana. Partiremos da condição representacional do corpo, inaugurada nos estudos de Freud sobre a histeria, que rompeu com a concepção médico-biológica da anatomia clínica da época. Em seguida, exploraremos a dimensão erógena do corpo fragmentado e a valorização de suas partes no contexto do autoerotismo.

Por fim, com a introdução do conceito de narcisismo, abordaremos o registro corporal unificado descrito por Freud.

Entretanto, como a teoria freudiana não especifica a forma pela qual se daria essa unificação corporal, será necessário expandirmos nosso horizonte teórico para as obras de Lacan (1949/1998), Schilder (1935/1980) e Dolto (1984/2017). Com isso, poderemos nos apoiar no conceito de uma imagem espacial unificada do corpo, e como a formação dessa imagem parece ser constituinte para o Eu. Em alguns casos, como parece ser o dos fenômenos autolesivos, em que o indivíduo luta para formar uma imagem totalizante de si, por meio de um ato na dimensão corporal, aparentemente, está comprometido também o próprio sentimento de existência. Na automutilação, portanto, a nosso ver, o Eu do sujeito estaria, de alguma forma, ameaçado, e sua resposta seria o recurso ao ato no registro do corpo.

3.1

Alguns apontamentos sobre a questão corporal na teoria freudiana

Foi na clínica da histeria que Freud começou a investigar o estatuto do corpo, uma vez que era nele que se performava o conflito psíquico de suas pacientes. O sintoma histérico permitia que elas revelassem algo de si em seus próprios corpos, levando Freud à conclusão de que a fala afetava o corpo, em seus *Estudos sobre a histeria* (1893-1895/1996d). Entra em questão, aqui, na teoria freudiana, a condição representacional do corpo para além de sua anatomia.

É importante lembrar que Freud, em *Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas* (1996/1893a), rompe com o dualismo cartesiano que separava a *res extensa* da *res cogito*. Isso porque, no estudo mencionado, Freud “destacava efetivamente que o corpo dos histéricos seria fundado nas representações populares, em ruptura com o corpo cientificista dos anatomistas” (Birman, 1999, p. 60). As lesões histéricas se dariam, portanto, no campo das representações, e o corpo histérico era também um corpo simbólico. Não faria sentido, então, retornarmos a uma definição de corpo que se opusesse ao psiquismo, como se somente o psíquico pudesse ser o lugar das representações por excelência.

Em seu livro *A histérica entre Freud e Lacan* (2000), Monique David-Ménard afirma que o conceito freudiano de descarga pela motricidade, que seria a passagem do afeto para a inervação somática, não se deve a um organicismo. Essa conclusão decorre do fato de que os sintomas histéricos não são necessariamente definidos por um funcionamento fisiológico. O corpo da histeria responderia, na visão da autora, à linguagem popular, ignorando a anatomia, considerando os órgãos em seu sentido vulgar e popularizado: “[...] é preciso que o corpo seja, de alguma maneira, da ordem da linguagem. Trata-se, segundo Freud, de uma lesão na ideia de braço” (David-Menárd, 2000, p. 8).

Há uma diferença entre a conversão histérica e outros tipos de sintoma, ainda segundo David-Menárd (2000), uma vez que o afeto não se restringe apenas ao campo psíquico, transbordando para a inervação somática. Diferentemente de um médico fisiologista, Freud não apenas olhava os sintomas motores, mas fazia questão de escutá-los, sem renegar o fato de que estavam referidos ao corpo. Não havia, no entanto, a intenção de identificar completamente o discurso e os sintomas. Na verdade, o que se passava no corpo ocorria em substituição a um discurso de enunciação impossível, ressalta a autora.

Nota-se que a forma com que a teoria freudiana aborda o corpo em seus primórdios já representa uma ruptura com o corpo da medicina da época, inaugurando um novo paradigma para a corporeidade. Em seu artigo *Anatomia fantasmática: o lugar do corpo em psicanálise*, Fortes (2012) define o corpo histérico como sendo aquele que responde a uma linguagem popular, recortado por uma anatomia fantasmática, por um discurso cotidiano. Apesar de herdeiro da anatomia clínica, o corpo na psicanálise não seria o mesmo do discurso médico-científico, mas sim um corpo atravessado pela linguagem popular fantasmática, inscrito no campo do desejo e do prazer.

Mais tarde, nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, Freud (1905/1996h) vai destacar a dimensão erógena do corpo ao apresentar a sexualidade como perverso-polimorfa. O corpo passa a ser visto como disperso em suas partes, uma vez que a própria sexualidade apresentaria essa dispersão em seu funcionamento, por meio das zonas erógenas. Na teoria da sexualidade de Freud, o sexual não se reduz ao genital, mas se encontra também em outros lugares privilegiados deste corpo fragmentado, como os orifícios, as mucosas, os membros e a pele, onde frequentemente se concebe a diferença entre dentro e fora.

O conceito de pulsão apresentado por Freud (1905/1996h) vem acompanhado da ideia de parcialidade, naturalmente decorrente de uma sexualidade dispersa, que compreende uma satisfação parcial, voltada para as zonas erógenas. Uma concepção autoerótica do corpo está relacionada ao prazer obtido pela manipulação das zonas erógenas e diz respeito a uma sexualidade cuja fonte e objeto de satisfação se encontram e se fundem nos mesmos fragmentos corporais. Laplanche e Pontalis (1967/2001) definem o autoerotismo como um estado da sexualidade infantil anterior ao narcisismo, em que a pulsão sexual pode ser satisfeita sem que haja o envolvimento de um objeto externo, por estar ligada à excitação de uma zona erógena específica ou órgão. Neste estado original da vida psíquica, as pulsões sexuais se satisfazem por si só, sem que haja unificação prévia da imagem corporal, ou que esteja constituída a noção de Eu, o que só ocorrerá com o narcisismo.

Freud considera, então, o corpo como sendo a fonte das pulsões e, ao mesmo tempo, o meio pelo qual o sujeito encontra a satisfação pulsional. A sexualidade está inscrita, segundo Birman (1999), na fantasia, que se materializa no corpo erógeno. O corpo marcado pelas pulsões ultrapassa o registro do somático, uma vez que o conceito de pulsão está no limite entre o somático e o psíquico. Essa complexa relação entre psíquico e somático se apresenta no corpo, que é permeado tanto pela linguagem, quanto pelas pulsões. O caráter pulsional do corpo é que vai criar as condições de possibilidade para um corpo atravessado pelo autoerotismo e, em seguida, pelo narcisismo.

A noção de corpo na teoria freudiana é ampliada com o surgimento do conceito de narcisismo, em 1914. A constituição narcísica do Eu implica uma mudança de paradigma, trazendo a ideia de unidade ao corpo. Se, no autoerotismo, a parcialidade das pulsões configurava um corpo fragmentado, o narcisismo inaugura um registro corporal unificado. Freud (1914/2010a) afirma que uma unidade capaz de ser comparada ao Eu não existe desde a origem do sujeito, mas que o Eu precisa ser desenvolvido. Por outro lado, ele reconhece que as pulsões parciais presentes no autoerotismo existem desde a concepção e supõe que uma “*nova ação psíquica*” deve se adicionar ao autoerotismo para que o narcisismo se edifique.

Antes restrita às zonas erógenas, Freud (1914/2010a) estende a noção de erogeneidade aos órgãos internos. Nota-se, aqui, a transformação de um corpo

autoerótico, fragmentado, em um corpo narcísico, composto por vários órgãos, mas unificado. Cabe ressaltarmos que esse corpo totalizado não diminui a importância do corpo autoerótico, não havendo uma relação de exclusão entre os dois registros. Mesmo com o advento do narcisismo, permanecem as pulsões parciais e sua ação se mantém sobre o corpo pulsional.

Freud confirma, alguns anos mais tarde, em seu *Esboço de psicanálise* (1940[1938]/1996k), a ideia de que existe uma unidade corporal, ao conceber que o corpo inteiro é, por si só, uma zona erógena. No entanto, não há uma especificação na teoria freudiana a respeito dessa *nova ação psíquica* que seria capaz de fornecer unidade a um corpo ora marcado pela fragmentação. Segundo Birman (1999), a constituição de um Eu narcísico, capaz de apreender seu corpo como um todo, só é possível quando a imagem representativa do corpo promove união dos fragmentos autoeróticos e as diferentes partes do corpo passam a ter relações entre si. O autor afirma que a totalidade unificante de si mesmo, que deve ocorrer entre o Eu e o corpo, depende do mecanismo da introjeção dessa imagem.

Na metapsicologia freudiana, não podemos nos apoiar no conceito de uma imagem espacial unificada, uma vez que não há uma proposta específica de Freud para o conhecimento do corpo próprio como um todo (Fortes, 2012). Cabe, portanto, buscarmos uma teoria da imagem corporal e, para isso, recorremos a Jacques Lacan, Paul Schilder e Françoise Dolto. Acrescentamos também a observação de que foi a concepção de um corpo narcísico unificado que contribuiu para o surgimento da ideia de um Eu corporal, de superfície, no advento da segunda tópica, em 1923. Tal ideia ratifica que o corpo é que vai conferir uma unidade ao Eu. No entanto, o Eu-corporal e o papel da percepção e da sensorialidade serão explorados apenas mais adiante, em nosso último capítulo. Iremos nos ater, aqui, ao conceito de imagem corporal em diferentes perspectivas, na tentativa de elucidar como a imagem corporal pode auxiliar na constituição de unidade psíquica e do sentimento de existência. Em alguns casos, como parece ser o que ocorre na condição clínica da automutilação, fica evidente uma fragilidade maior nessa constituição de unidade corporal, indicando uma primazia da parcialidade pulsional.

3.2

Jacques Lacan e o estágio do espelho

Entre os psicanalistas pós-freudianos que investigaram a forma pela qual se daria a constituição de um corpo unificado, podemos destacar Lacan e suas contribuições em *O estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelado na experiência psicanalítica* (1949/1998). Não intencionamos empreender uma análise minuciosa da teoria lacaniana, mas consideramos ser relevante uma breve menção ao *estádio do espelho* para ampliar nossa compreensão a respeito deste momento inicial da unificação corporal e da constituição do Eu e, com isso, da sensação de existência e de vida, a que procuramos nos referir ao longo de nosso trabalho.

Lacan (1949/1998) compreende o *estádio do espelho* como uma identificação, isto é, a transformação que se produz no sujeito quando ele assume uma imagem, permitindo que ele constitua uma primeira experiência de Eu, ao interagir com seu reflexo no espelho. Este acontecimento, que ocorre entre os seis e dezoito meses de idade, revela algo da dinâmica da libido e, também, da ontologia humana. O reconhecimento de sua imagem refletida no espelho vai ser fundamental para que o Eu se assuma em uma forma primordial e unificada: “A assunção jubilatória de sua imagem especular por esse ser ainda mergulhado na impotência motora [...] parecer-nos-á, pois, manifestar, numa situação exemplar, a matriz simbólica em que o [Eu] se precipita numa forma primordial [...]” (p. 97).

Um dos pontos destacados por Lacan (1949/1998) a respeito desta forma primordial é que a instância do Eu será situada por ele em uma “linha de ficção” (p. 98). Isso significa que a imagem que se forma do próprio corpo, a partir do *estádio do espelho*, estará sempre em descompasso com a realidade fisiológica, seja porque a imagem que se vê no espelho é invertida ou porque também é dita e anunciada por um outro que participa deste momento. Essa forma corporal unificada, portanto, “só se unirá assintoticamente ao devir do sujeito” (p. 98), havendo sempre essa linha de ficção sobre a qual o Eu se instaura e que nunca se encontra com a realidade do corpo que ele experimenta.

A forma unificada do corpo, pela qual o sujeito antecipa a experiência de um ser total, a partir da imagem refletida, é constituinte do Eu. Mais constituinte do Eu do que constituída por ele (Lacan, 1949/1998). No entanto, tal forma total do corpo simboliza uma permanência mental do Eu, isto é, um congelamento da imagem de si mesmo, e determina, ao mesmo tempo, que tal imagem que se tem

de si seja alienante, na medida em que não corresponde à realidade biológica. Mesmo que se tente apaziguar a defasagem que se tem em relação à realidade corporal, ainda assim, sempre haverá um descompasso com a forma totalizante que o sujeito faz de si mesmo.

Na visão de Lacan (1949/1998), ainda que haja insuficiência orgânica na realidade natural do homem, o estágio do espelho é a operação primordial que permite que o sujeito realize suas coisas pela potência simbólica. Pela assunção de uma imagem, o Eu se forma e é capaz de produzir representações no campo da linguagem. A função desse momento seria estabelecer uma relação do organismo com a sua realidade. O ser humano é biologicamente insuficiente e o estágio do espelho possibilita que o sujeito antecipe pelo simbólico sua relação com o mundo externo. Nas palavras de Lacan:

[...] o estágio do espelho é um drama cujo impulso interno precipita-se da insuficiência para a antecipação – e que fabrica para o sujeito, apanhado no engodo da identificação espacial, as fantasias que se sucedem desde uma imagem despedaçada do corpo até uma forma de sua totalidade que chamaremos de ortopédica – e para a armadura enfim assumida de uma identidade alienante, que marcará com sua estrutura rígida todo seu desenvolvimento mental. (Lacan, 1949/1998, p. 100)

Essa estrutura rígida, proveniente de uma imagem ortopédica, isto é, arrumada e engessada pelo sujeito, constitui uma defesa contra aquilo que não é harmônico com o ideal que se construiu do Eu. Nesse sentido, o narcisismo dos pais também será preponderante e fundante da constituição da imagem do Eu, na medida em que eles projetam em seus filhos seus próprios desejos e o desejo do sujeito passa pelo desejo do outro. O desejo pode, então, se configurar como um perigo, uma vez que fica de fora da montagem do Eu, de uma suposta “boa” forma totalizada que o sujeito faz de si mesmo.

Lacan (1949/1998) chama atenção para o fato de que apenas a psicanálise reconhece um “nó de servidão imaginária” (p. 103) que o Eu cria para atender a essa “boa” forma ideal. Mais distante de seus desejos inconscientes, o Eu se afasta do que não entra em harmonia com essa estrutura rígida, revelando uma agressividade subjacente às ações que assume para se aproximar desse ideal.

Com o registro do corpo narcísico, afirma Birman (1999), é possível a diferenciação entre dentro e fora, no que diz respeito ao que é consonante ou não com a onipotência do Eu ideal. Recorremos, então, ao estágio do espelho

formulado por Lacan (1949/1998), com o intuito de lançar luz sobre o que seria essa *nova ação psíquica* indicada por Freud (1914/2010a), que seria necessária para que o sujeito assumia sua imagem corporal unificada e se inscreva na lógica do narcisismo. Exploraremos, a seguir, o conceito de imagem do corpo, definido por Paul Schilder (1935/1980), com a intenção de expandir nossa compreensão sobre a formação da imagem de um corpo coeso e a importância dessa operação psíquica na constituição do Eu.

3.3

A construção da imagem do corpo segundo Paul Schilder

Em seu livro *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique* (1935/1980), Paul Schilder define a imagem do corpo humano como “a figuração do nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para o indivíduo” (p. 11). Acharmos interessante explorar aqui um pouco o pensamento desse autor, que publicou esse livro em 1935, e cujos estudos tiveram um papel importante em autores posteriores. Segundo ele, o esquema do corpo é a imagem tridimensional que todos têm de si mesmos, ao qual também se daria o nome de imagem corporal. Muito embora existam figurações e representações mentais envolvidas, não se trata de uma mera representação (Schilder, 1935/1980).

Schilder (1935/1980) refere-se à imagem do corpo como uma figuração mental, que inclui a percepção, mas se caracteriza, principalmente, por ser um esquema plástico em constante alteração. O esquema corporal consistiria, portanto, em um conjunto de impressões sensoriais passadas e presentes. A partir daí, cada nova impressão é percebida sob a ótica deste conjunto, fundindo-se neste universo somático e, conseqüentemente, modificando-o. Cada mudança entra na consciência carregada de relação com algo que aconteceu antes, criando assim um padrão combinado (visual, motor, olfativo, tátil, auditivo e/ou gustativo). Este padrão combinado foi denominado por Schilder de “esquema” e servirá de medida para todas as mudanças de postura subsequentes, antes de penetrarem na consciência.

A capacidade do indivíduo de projetar o reconhecimento de seus movimentos, sua postura e sua localização além do limite corporal, até a

extremidade de uma ferramenta que segura com a mão, para Schilder (1935/1980), depende da existência desses esquemas. O autor exemplifica que não seria possível, sem um esquema corporal, sondar com um bastão ou usar uma colher, sem que nossos olhos estivessem fixos sobre o instrumento utilizado. Portanto, tudo aquilo que participa do movimento consciente do corpo é acrescentado ao modelo postural que temos de nós mesmos, tornando-se parte desses esquemas: nossas vestimentas, as ferramentas que usamos, as sacolas que carregamos do supermercado ao entrar no elevador etc. A vívida impressão de um membro amputado, pontua o autor, seria uma expressão do esquema do corpo anteriormente constituído.

Em seus estudos sobre a imagem corporal, Schilder (1935/1980) aborda a relação entre as impressões de nossos sentidos, nossos movimentos e a motilidade em geral. Não se trata apenas de uma percepção de um objeto ou sensação. Tem de ser considerada a personalidade que experimenta a percepção, pois ela o fará a seu próprio modo e estará inclinada a responder com uma ação. Somos, em suas palavras, “seres emocionais, personalidades” (p. 15), entendendo a personalidade como um sistema de ações e tendências para a ação. As atitudes emocionais que um indivíduo tomará em relação ao seu corpo usarão como base a topografia do modelo postural do próprio corpo. Lembrando que, para o autor, o modelo postural do corpo está em constante autoconstrução e autodestruição interna, diferenciando-se e integrando-se.

Outro aspecto relevante do modelo postural de nosso corpo, segundo Schilder (1935/1980), é a relação com o modelo postural dos corpos dos outros. Grupos de indivíduos que se apresentam de forma semelhante demonstram a conexão existente entre os modelos posturais. A experiência da nossa imagem corporal está tão interligada com a experiência dos corpos de nossos semelhantes que vivenciamos as imagens corporais dos outros. Se nossas emoções e ações são inseparáveis da imagem corporal, também as emoções e ações dos outros são indissociáveis de seus corpos. Deduzimos, assim, a importância da cultura e do ambiente em que estamos inseridos na construção do nosso próprio modelo postural.

Quanto às bases fisiológicas da imagem corporal, Schilder (1935/1980) destaca dois fatores primordiais para a criação da imagem corporal: a dor e o controle motor dos membros. Para o autor, o nosso Eu corporal se estrutura

segundo as necessidades da personalidade, e a dor ajuda-nos a decidir o que desejamos mais perto do centro do nosso Eu e o que desejamos manter o mais afastado possível dele. Esta decisão deve estar intimamente ligada às atividades motoras, uma vez que as escolhas e rejeições se dão por meio de ações. Como toda sensação tem uma motilidade associada, isto é, sua própria resposta motora, o que vale para a dor, vale também para qualquer outra sensação. Dessa forma, a atividade motora contínua também é uma das bases do Eu corporal.

Schilder (1935/1980) ressalta a participação da experiência visual na nossa relação com o mundo e seu papel central na formação da imagem corporal. No entanto, a experiência visual, por sua vez, é vivenciada através da ação, e é por meio das ações e determinações que construímos nosso Eu corporal. Trata-se de um processo contínuo e ativo de desenvolvimento, que também está sob influência de impulsos internos. Não seria naturalmente possível separar as experiências sensoriais externas das atividades internas (e das batalhas libidinais) que surgem de uma personalidade central. O autor sugere que o desenvolvimento do esquema corporal se dá, em grande parte, paralelamente ao desenvolvimento sensório-motor.

Os desenhos infantis dos corpos humanos (olho próximo à cabeça, braço próximo à perna, justaposições, dedos multiplicados etc.), na visão do autor, parecem reforçar essa sugestão, pois seriam um reflexo do conhecimento e da experiência motora que têm da imagem corporal. Schilder (1935/1980) interpreta esses desenhos como a expressão da imagem mental que as crianças possuem do corpo humano, e levanta um possível paralelismo entre o desenvolvimento visual e a compreensão de relações espaciais da imagem corporal. Ainda que as partes mais ou menos isoladas não tenham, para a criança, uma relação tão próxima com o todo, o autor chama a atenção para um esforço contínuo da criança, em seu desenvolvimento sensório-motor, em vivenciar essas partes desconectadas de uma forma completa.

Ao discorrer sobre a estrutura libidinal da imagem corporal, Schilder (1935/1980) recorre aos estudos de Freud, e afirma que a libido narcísica tem como objeto a imagem do corpo. Para ele, não há dúvidas de que corpo e mundo são experiências interconectadas e que a percepção do nosso corpo se dá da mesma forma que a percepção dos objetos do mundo externo. Em um recém-nascido, as fronteiras entre mundo e corpo não estão claramente definidas, sendo

mais fácil para o bebê perceber uma parte do corpo no mundo do que uma parte do mundo no corpo.

Já na fase adulta, enquanto o corpo é projetado no mundo, o mundo é introjetado no corpo e ambos estão em constante intercâmbio. A imagem do corpo vai sendo desenvolvida e construída. O modelo corporal se transforma continuamente à medida que a libido narcísica se liga às diferentes partes da imagem do corpo, nos vários estágios do desenvolvimento da libido (Schilder, 1935/1980).

O autor supõe que a imagem corporal, na fase oral do desenvolvimento, por exemplo, estará centrada na boca, assim como, na fase anal, no ânus. As zonas erógenas têm, então, papel central na estrutura do esquema corporal, e o fluxo libidinal de energia influencia fortemente a imagem do corpo. Ele acrescenta que as atividades musculares afetam o erotismo da superfície corporal, dado que as sensações suscitam uma mobilidade sobre o corpo. Assim, toda ação do Eu perceptivo (agarrar, apalpar e sugar) tem enorme incidência sobre a imagem corporal. Tendências egoicas e libidinais (ou Eu e Id) interagem constantemente na construção do esquema corporal (Schilder, 1935/1980).

Schilder (1935/1980) explicita a importância psicológica dos orifícios do corpo: é por meio deles que se dá nosso contato mais íntimo com o mundo (respirar, ingerir alimento, trocar produtos sexuais, ejetar urina e fezes). Destacam-se, assim, pontos no modelo postural do corpo em que a energia pode ser acumulada, e que são locais de importância erótica ao mesmo tempo. “Há linhas de energia conectando os diferentes pontos erógenos, e teremos variações na estrutura da imagem corporal segundo as tendências psicosexuais do indivíduo” (Schilder, 1935/1980, p. 112).

Os orifícios proporcionam sensações muito particulares. Quando respiramos ou ingerimos alimento através da boca, por exemplo, sentimos o interior desse lugar. De acordo com Schilder (1935/1980), nós não sentimos o orifício em seu ponto real, mas a cerca de um ou dois centímetros em direção ao interior do corpo, o que o autor identifica como zonas mais sensíveis do corpo. Essas zonas sensíveis não estariam no orifício em si, mas aproximadamente um centímetro mais para dentro do corpo.

Os olhos são responsáveis pela constituição de uma parte especialmente destacada da imagem corporal, segundo Schilder (1935/1980). Possuem um papel

simbólico de órgão receptor: um orifício simbólico por onde o mundo penetra no indivíduo. Já os órgãos sexuais, além de possuírem uma contínua tensão interna, são facilmente irritáveis por sua proximidade aos órgãos de excreção. Precisam ser continuamente limpos por quem cuida da criança e, mais tarde, por ela mesma. Sempre que há tensão interna no órgão, este acaba por exigir um contato com a mão da pessoa ou com o mundo externo. Descobrimos nosso corpo, ao menos em parte, através destes contatos.

Em alguns aspectos, Schilder (1935/1980) aponta, que o que foi dito acima sobre os genitais pode ser aplicado a toda a superfície do corpo: nossa pele. A pele também é facilmente irritada. Diversas e incessantes sensações urgem a criança a se tocar ou pedir para que lhe toquem a pele. A falta de limpeza, coceiras e ardências, por exemplo, levam a toques capazes de enriquecer a imagem corporal. Por este mesmo motivo, as partes do corpo facilmente alcançadas pelas próprias mãos são diferentes daquelas que são tocadas com menor frequência. A imagem corporal só se desenvolve vigorosamente a partir das diferentes experiências de contato com o mundo.

Além disso, o autor descreve a pele como um invólucro, capaz de impedir a fusão da nossa superfície corporal a outros objetos, evitando que se toquem diretamente. O órgão garante, então, uma separação entre o corpo e os objetos ao nosso redor, ao mesmo tempo em que promove a interação com o mundo externo. Os objetos externos são capazes de produzir sensações na superfície corporal por meio da pele. Isso permite ao indivíduo uma melhor percepção de seus limites ou fronteiras, diferenciando sensações e percepções a partir do contato com tal objeto. Schilder (1935/1980) conclui que, por meio da pele e do contato com os objetos, desenvolvemos um melhor conhecimento a respeito do nosso esquema corporal.

Schilder (1935/1980) acrescenta ainda que apenas a nossa atividade não é o bastante para a construção de uma imagem corporal. O interesse de outras pessoas e os contatos que fazem com diferentes partes de nosso corpo serão essenciais para o desenvolvimento do esquema corporal. Sempre que uma parte do esquema postural do corpo recebe importância excessiva, de nossa parte ou advinda de outros, a simetria e o equilíbrio interno da imagem corporal são destruídos, podendo haver uma ruptura do esquema corporal.

Ao abordar a questão da dor na estrutura libidinal da imagem corporal, Schilder (1935/1980) ressalta a importância da reação do organismo diante da dor. Tal importância decorre da constatação anterior do autor sobre o fato de que, em qualquer percepção, deve-se fazer uma diferenciação entre o objeto percebido, a sensação ligada a essa percepção e a reação da personalidade a esta percepção. Ao sentirmos dor, é evidente que a qualidade do objeto perde sua centralidade e direcionamos total atenção à sensação da dor. Neste momento, em que o sujeito é acometido pela dor, ele se aproxima do objeto, e a diferenciação entre sujeito e objeto, antes proporcionada pelo invólucro da pele, torna-se mais difícil.

Quanto à reação diante da dor, o autor afirma que nossa atenção se concentra na parte do corpo acometida pela dor devido ao entendimento instintivo de que estamos lidando com um perigo para o organismo. Nossos movimentos de reação frente à dor representam, então, um enfrentamento de uma situação perigosa. Assim, quanto maior a rapidez de nossa reação motora para pôr fim à dor, menor a ameaça ao nosso esquema corporal. Schilder (1935/1980) considera a hipótese de que a construção da concepção de dor seja anterior ao entendimento de perigo no desenvolvimento infantil, sendo comum a criança ver a possibilidade de dor como consequência do perigo, e que potencialmente causaria uma quebra na unidade e na imagem do corpo.

Schilder (1935/1980) concorda com Freud e Ferenczi ao dizer que, quando sofremos uma dor orgânica, todas as energias fluem para o órgão doente. Há uma modificação instantânea da estrutura libidinal do modelo corporal, sobrecarregando-o de libido narcísica na parte dolorida. As zonas erógenas cedem lugar ao órgão dolorido, que se tornará o protagonista da experimentação do corpo naquele momento. Em suma, conclui que serão cruciais na estruturação final da imagem do corpo: as zonas erógenas, nossas mãos agindo sobre o corpo, o interesse dos outros e suas atitudes em relação ao nosso corpo, assim como a dor, seja ela provocada pelas nossas funções corporais ou por fatores externos.

Há uma impossibilidade, ainda segundo Schilder (1935/1980), de se compreender a estrutura libidinal da imagem corporal de forma isolada, uma vez que ela é parte da história de vida do indivíduo. Assim, faz-se necessário um estudo sobre o desenvolvimento libidinal desde o início da infância. A história familiar, os impulsos motores, suas recordações mais antigas a respeito das

afecções sobre seu corpo e o interesse de seus cuidadores por seu corpo (ou partes dele) servirão como base para a constituição da imagem do corpo.

Como sabemos da teoria freudiana, a libido não se refere apenas ao desejo, mas também aos processos que ocorrem no corpo. As modificações libidinais, portanto, não são apenas psíquicas, de tal modo que a concentração da libido em determinada parte do corpo pode ser acompanhada de uma mudança na função fisiológica desta parte. Sendo assim, Schilder (1935/1980) afirma que as mudanças na imagem corporal, de forma imediata, vão se traduzir em mudanças corporais.

Ademais, a construção do modelo postural do próprio corpo vai sendo desenvolvida com base no contato, continuamente renovado, deste com os objetos externos. Como vimos acima, existe o componente social na estruturação da imagem corporal. Além do próprio interesse em nosso corpo, diz Schilder (1935/1980), também os interesses demonstrados pelos outros, por meio de palavras e atitudes, moldarão a nossa imagem corporal.

De acordo com Schilder (1935/1980), a criança incorporará partes ou a totalidade da imagem corporal dos outros em sua própria imagem do corpo, carregando consigo, e adotando para si, atitudes dos outros em relação ao seu corpo. O autor também levanta a possibilidade de o indivíduo abrir mão de sua imagem corporal, projetando-a nos outros, quando há identificação. Pode-se, assim, constatar uma comunicação entre as imagens corporais dos seres humanos, a partir de suas partes ou como um todo. A história individual interna é, também, a história de nossas relações com os outros, afirma Schilder (1935/1980).

Sobre a unidade da imagem do corpo, Schilder (1935/1980) traz algumas afirmações particularmente interessantes para este trabalho. Segundo ele, a sensação de integridade corporal não é produto de um acaso, mas do amor próprio. Caso as tendências destrutivas prevalecessem, o corpo se dispersaria pelo mundo. Não é somente em condições psicopatológicas que se perde a unidade do corpo, pois estamos sempre reconstruindo a imagem corporal: forças do ódio dispersam a imagem corporal e forças do amor são capazes de reorganizá-la. Nossa proposta nesta pesquisa é, justamente, abrir a possibilidade de se olhar a automutilação como um recurso para a reconstrução da imagem corporal, para que se tenha novamente essa sensação de unidade.

Schilder (1935/1980) defende que a nossa percepção corporal se dá de forma análoga à percepção de qualquer outra substância inerte. Se, em algum momento, percebemos tal substância como sendo nosso corpo, de certa forma alheios a ele, precisamos reconstruir esse conhecimento corporal. As impressões visuais, cinestésicas e táteis não fornecem uma imagem definitiva de corpo, devendo o indivíduo construí-la, como se desse forma a uma matéria vaga. Segundo Schilder (1935/1980), o modelo postural do corpo pode se desintegrar em momentos de angústia. Aqui podemos traçar um paralelo com a sensação de não habitar o próprio corpo, relatada em alguns episódios de autolesão, como se o indivíduo precisasse do corte para assegurar-se de que aquele corpo é seu, reconstruindo, no ato, seu invólucro corporal.

A unidade do corpo, constituída a partir de diversas fontes, corre um perigo constante de perder suas partes. Na visão de Schilder (1935/1980), há uma tendência não só para a estruturação da imagem corporal, mas também para a destruição dela. Portanto, é frequente que a unidade, além de incorporar, possa abrir mão de algumas partes do modelo postural do corpo.

“Quando estruturamos uma imagem corporal coerente e persistente, nós o fazemos a partir de nosso estado emocional” (Schilder, 1935/1980, p. 166). Também devido a uma necessidade emocional, projetamos partes do corpo no mundo externo, constatando o que Schilder nomeou de uma enorme labilidade do modelo postural do corpo. Esta labilidade, segundo o autor, corresponde às alterações da imagem corporal sob influência da emoção. Assim, a estabilidade do modelo postural do corpo permanece apenas por pouco tempo, alterando-se logo em seguida.

Schilder (1935/1980) atentou, ainda, para o fato de que há casos em que a fratura do modelo postural do corpo aparenta ser mais extensa, devido a uma grande dissociação da vida emocional e ao primitivismo dos instintos. Percebe-se uma dificuldade enorme de obter desses indivíduos uma descrição que permita diferenciar uma alteração real dos sentidos de representações relativas ao modelo postural e uma ilusão relacionada à imagem corporal. Da análise destes casos, Schilder (1935/1980) pôde constatar que existem processos intelectuais, de pensamento e elementos ilusórios a respeito do corpo. Somente um estudo cuidadoso dos pensamentos relativos ao corpo seria capaz de levar a uma compreensão mais profunda da imagem corporal.

Experiências imediatas do corpo podem ser facilmente distorcidas e modificadas a partir de influências psíquicas, afirma Schilder (1935/1980). Tais modificações podem se dar na percepção, na imaginação ou nos processos intelectivos. Segundo o autor, sempre que se verifica uma grande modificação da estrutura libidinal, há uma alteração considerável no modelo postural do corpo, que será ainda mais intensa nos casos em que existirem tendências sádicas.

Schilder (1935/1980) aborda, então, o problema das tendências destrutivas e autodestrutivas. O autor tem o cuidado de não antagonizar diretamente morte e vida, dizendo que não são opostos verdadeiros. Ele exemplifica: o paciente depressivo não deseja o fim, mas perpetuar uma situação que provoca sofrimento a si mesmo e aos outros.

“A melancolia significa a eternidade do sofrimento, e nunca fim e descanso. O paciente melancólico mata e desmembra tanto a si próprio quanto aos outros, mas o ego desmembrado é ressuscitado” (Schilder, 1935/1980, p. 168). Nesta passagem, fica evidente um processo de destruição e construção. Há uma quebra da imagem corporal, no mesmo momento em que ela é criada. O autor entende a destruição como uma fase parcial da construção, que é um projeto e a característica geral da vida. Construir só é possível a partir de uma renovação constante da destruição. Mesmo quando acontece uma fratura na imagem corporal, o processo de construção está em continuidade.

Da mesma forma, se propõe na presente pesquisa que a automutilação seja pensada como um apelo à continuidade da vida. Uma tendência autodestrutiva, em um primeiro olhar, mas que talvez seja o único recurso possível para que aquele indivíduo consiga construir uma unidade corporal frente ao intenso sofrimento psíquico que experimenta. Ao se ferir, o sujeito estaria também ressuscitando.

Para Schilder (1935/1980), toda emoção se expressa no modelo postural do corpo, e as expressões se relacionam com alterações características do modelo postural. Desta forma, o modelo postural está em contínua mudança e a imagem corporal tem traços característicos de toda a vida do indivíduo. Tal processo não é automático e nem ocorre ao acaso: está permeado pelas emoções que o influenciam, pelos motivos instintivos e voluntários de construção e destruição, que estão em conformidade com os objetivos finais da personalidade e do organismo como um todo. Portanto, além de influenciar, as emoções modificam a

imagem corporal. Ao sentirmos ódio, experimentamos uma contração do corpo, como uma tentativa de reforçar a firmeza e a demarcação dos limites com o mundo, exemplifica o autor. Inversamente, quando amamos, nos expandimos, e os limites da imagem corporal perdem a nitidez.

Expandimos e contraímos o modelo postural do corpo; retiramos e adicionamos partes; reconstruímo-lo; misturamos os detalhes; criamos novos detalhes; fazemos isto com nosso corpo e com sua própria expressão. Fazemos experiências constantes com ele. Quando a experimentação através dos movimentos não é suficiente, acrescentamos a influência do aparelho vestibular e de intoxicantes da imagem. Quando, mesmo assim, o corpo não é suficiente para expressar as mudanças lúdicas e destrutivas que ocorrem nele, acrescentamos roupas, máscaras, jóias, que por sua vez também expandem, contraem, desfiguram ou enfatizam a imagem corporal e partes dela. (Schilder, 1935/1980, p. 183)

Schilder (1935/1980) enfatiza a atividade contínua, isto é, a experimentação. Não é um processo passivo, mas sim uma tendência de energia vital construtiva. Os processos de construção e destruição, segundo ele, estão ligados às necessidades e aos conflitos da personalidade total. Toda mudança no modelo postural do corpo também modifica os arredores do corpo. Sentimos essa zona circundante quando alguém se aproxima, como se invadissem nossa imagem corporal e fosse capaz de tocá-la mesmo à distância, ressaltando o caráter social do esquema do corpo.

Como pudemos ver, para Schilder (1935/1980), o esquema corporal somente se revela no movimento, ou *pelo movimento*, e até mesmo *a serviço dele*, em um processo de experimentação. Além disso, podemos concluir que, além de um instrumento de construção, destruição e ação, o corpo é também um meio de comunicação social, viés, aliás, muito pouco explorado pela psicanálise.

Partimos destas formulações para pensar a importância também do movimento do ato autolesivo, em que pese a força sensorial de sua motricidade, podendo ser este também um tipo de fabricação no corpo, um processo de experimentação que busca revelar o esquema corporal, talvez ainda pouco conhecido para o sujeito. Nossa hipótese é que, ao cortar-se em uma contínua experimentação com o corpo e se aproximando deste esquema corporal, o sujeito estaria experimentando também sua sensação de estar vivo.

Considerando o processo de construção da imagem do corpo descrito por Paul Schilder (1935/1980), esquema corporal e imagem do corpo eram vistos pelo

autor como sinônimos. Inicialmente, para a compreensão da constituição de uma consciência corporal, essa aproximação conceitual não oferece obstáculos. No entanto, parece-nos particularmente interessante, para os objetivos de nossa pesquisa, a diferenciação feita por Françoise Dolto, em *A imagem inconsciente do corpo* (1984/2017), entre esquema corporal e imagem inconsciente do corpo, conforme veremos a seguir.

3.4

Diferenciando esquema corporal e imagem inconsciente do corpo

Françoise Dolto (1984/2017) compreende o corpo por meio de dois conceitos fundamentalmente distintos: o esquema corporal e a imagem inconsciente do corpo. O esquema corporal, segundo a autora, seria o mesmo para todos os indivíduos da espécie humana, na mesma faixa etária e mesmas condições climáticas. Sendo assim, é o esquema corporal que permite a classificação do indivíduo como representante daquela espécie. Já a ideia de imagem inconsciente do corpo diria respeito a uma representação inconsciente do corpo ou, em suas palavras, à “encarnação simbólica inconsciente do sujeito desejante” (p. 14).

Enquanto a imagem inconsciente do corpo é descrita por Dolto (1984/2017) como uma encarnação simbólica, o esquema corporal é a carne de fato: “nosso viver carnal no contato com o mundo físico” (p. 10). O esquema corporal é o corpo propriamente dito, o mediador entre o sujeito e o mundo, em parte inconsciente, mas também consciente e pré-consciente. Por meio dele é que se expressará objetivamente uma intersubjetividade, isto é, o esquema corporal é o suporte para uma relação libidinal com os outros, permeada pela linguagem. Sem tal sustentação, a imagem que se tem do corpo não passaria de um fantasma não-comunicável.

Se, por um lado, o esquema corporal é comum a todos os indivíduos de nossa espécie, por outro, a imagem do corpo é única e particular a cada sujeito. Segundo Dolto (1984/2017), a imagem corporal é a memória inconsciente de todas as vivências relacionais e, portanto, a síntese das experiências emocionais do sujeito. Ainda assim, ela está em constante dinamismo, se atualiza no presente, é atual e, ao mesmo tempo, narcísica e inter-relacional. Por tal razão, a imagem

corporal é classificada pela autora como predominantemente inconsciente e, quando associada à linguagem consciente, também pode tornar-se pré-consciente.

Dolto (1984/2017) faz questão de ressaltar que o sujeito inconsciente, desejante em relação ao corpo, existe desde a concepção. A imagem corporal, portanto, seria anterior à capacidade do indivíduo de nomear-se e entender-se a partir do pronome “eu”. Essa imagem inconsciente do corpo, que começa a ser constituída na concepção, pode ser vista como uma réplica do corpo no inconsciente, que contém projeções e vivências de ordem não apenas visual, mas também composta por imagens auditivas, táteis, gustativas e olfativas, aludindo ao corpo marcado pelas mais variadas sensações, gozo e desejo.

Os registros sensoriais inconscientes experimentados pelo indivíduo desde sua primeira infância e, principalmente, aqueles vividos na troca com seus cuidadores primários, geram uma representação bastante singular. É justamente o cuidado da figura materna, por meio de trocas afetivas, que permite que o bebê reconheça sua imagem inconsciente do corpo para além de seu esquema corporal, ao ser introduzido em uma relação simbólica. Inaugura-se, então, uma dimensão subjetiva, além da ideia de um corpo biológico. Por esse motivo, Dolto (1984/2017) afirma que a imagem inconsciente do corpo não corresponde necessariamente ao esquema corporal.

A maneira pela qual o corpo é percebido psiquicamente pelo sujeito está totalmente ligada à sua história de vida. Como descreveu Dolto (1984/2017), ainda que a formação da imagem inconsciente do corpo tenha sua origem na concepção e nas experiências inter-relacionais do sujeito com seu objeto primário, ela é também constantemente atualizada e pode ser vivida como uma experiência atual, capaz de manifestar-se de variadas formas: por meio de expressões linguageiras, de desenhos ou gestos, por exemplo. Cabe, aqui, ressaltar que a imagem corporal se constitui exclusivamente devido à existência de uma esfera inter-relacional, inicialmente constituída entre o bebê e sua figura materna, mas que se estenderá para posteriores relações com outras pessoas. Em suas palavras, “A libido é mobilizada na relação atual, mas pode encontrar-se ali, desperta, ressuscitada, uma imagem relacional arcaica, que permanecera reprimida e que retorna, então” (Dolto, 1984/2017, p. 15).

Podemos inferir, então, que a relação com os cuidadores primários influenciará não só a imagem inconsciente do corpo, mas também o modo como o

sujeito irá lidar com o próprio corpo. Dolto (1984/2017) destaca ainda que qualquer ruído na comunicação com o objeto primário, ou interrupção dessa relação, poderia resultar em interferências na constituição da imagem corporal. Assim sendo, diversas perturbações da imagem corporal podem surgir das vivências inter-relacionais originais ou posteriores.

O contato interpessoal, primordialmente com a figura materna, provocará marcas corporais, privilegiando certas zonas erógenas sobre as demais. Dessa forma, a imagem do corpo vai sendo construída na interação de uma imagem funcional do corpo biológico com a imagem de zonas erógenas nas quais estarão explícitas as tensões das pulsões. Ainda que esse esquema do corpo possua alguma deficiência, Dolto (1984/2017) afirma que é possível edificar uma imagem corporal sadia a respeito de si mesmo. São os significantes inscritos no corpo da criança que darão início à constituição psíquica do sujeito, e o sucesso da construção da imagem corporal depende, portanto, da capacidade dos cuidadores primários de despertar o potencial criador do bebê.

Deste modo, fica claro nos escritos de Dolto (1984/2017), que a constituição da imagem inconsciente do corpo depende de uma comunicação com o Outro. Novas vivências sensoriais estariam limitadas ao esquema corporal se não houvesse a interlocução de um cuidador primário, para posterior elaboração pela criança. Os cuidados recebidos na infância, somados aos significados atribuídos às experiências primárias, proporcionarão a introjeção, pela criança, das relações com o Outro. Torna-se, assim, viável um narcisismo secundário. Portanto, a forma como a criança irá construir sua imagem corporal e lidar com seu corpo dependerá de como seu corpo foi cuidado pela figura materna.

A interlocução com o Outro permite a humanização e a simbolização de experiências de dor ou prazer, por exemplo. São nestes momentos que esquema corporal e imagem inconsciente do corpo se encontram, de acordo com Dolto (1984/2017). Por um lado, o esquema corporal estaria mais ligado à necessidade e, por outro, a imagem do corpo se aproxima do desejo. A linguagem corporal permite que os desejos se organizem na imagem do corpo e que as memórias inconscientes possam afetar zonas do esquema corporal. Os processos de busca do desejo e de defesa contra ele, que passam pela linguagem, são construtivos para a imagem do corpo, na medida em que protegem a integridade do narcisismo e, ao

mesmo tempo, a integridade do esquema corporal. Permanecendo íntegro e coeso, o esquema corporal como um todo pode sentir.

Falhas ou interrupções na comunicação entre a criança e o Outro impedem uma mediação linguageira na constituição da imagem inconsciente do corpo, podendo provocar perturbações na relação do sujeito com seu próprio corpo e, conseqüentemente, na sua constituição psíquica. Palavras não ditas ou mal ditas, sem a carga afetiva necessária, impossibilitam a simbolização ou a atribuição de significado a certas experiências, limitando-se ao esquema corporal. Segundo Dolto (1984/2017), isso provocaria uma retirada do sujeito para si mesmo, estabelecendo-se um código de linguagem aparentemente delirante.

Seria, portanto, a figura materna responsável por reconhecer o desejo de seu infante como válido, assim como denegar sua satisfação, por meio de sua interlocução com a linguagem, seja com gestos, atitudes ou palavras. Assim, a criança poderá tolerar a ausência de um objeto ou uma satisfação parcial de sua demanda. Com isso, Dolto (1984/2017) conclui que as pulsões de morte podem ser dominantes em um sujeito que foi objeto de cuidado pela figura materna, mas a quem não foi oferecida a possibilidade de comunicação ou com quem esta tenha sido interrompida. Por outro lado, a imagem inconsciente do corpo, assim como as pulsões de vida apresentadas por Freud em *Além do princípio do prazer* (1920/2010c), têm como base a comunicação do sujeito desejante com outro sujeito.

Destacamos, então, a importância do aspecto relacional na constituição da imagem corporal, como encontramos nos escritos de Schilder (1935/1980). Esse viés ganha profundidade com a distinção feita por Dolto (1984/2017) entre o conceito de esquema corporal, ou seja, um corpo biológico, visto como superfície e matéria, e o conceito de imagem inconsciente do corpo, segundo o qual o corpo

é marcado por uma infinidade de memórias inconscientes ao longo da vida, criando associações entre marcas relacionais passadas e presentes. Tais noções nos auxiliam a pensar na relação entre superfície corporal e corpo simbólico, e como, na dinâmica da automutilação, o corpo pode se tornar também uma possibilidade de endereçamento ao outro, possibilidade essa outrora inviabilizada.

Dolto (1984/2017) reafirma a importância da função do espelho, definida por Lacan em 1949, na constituição da imagem inconsciente do corpo. Para Lacan (1949/1998), a formação do inconsciente no sujeito está perpassada pela relação

especular que se tem com seu objeto primário. A palavra da figura materna (ou dos cuidadores primários) inscreverá, no corpo, os significantes que permitirão ao indivíduo entender-se e nomear-se como sujeito. Ao atravessar o corpo do infante, a linguagem proveniente do Outro faculta um lugar para esse sujeito se inserir na ótica do desejo, criando traços inconscientes de memórias passíveis de simbolização, além do campo do real.

Na perspectiva lacaniana, antes que o bebê possa se reconhecer como sujeito, existe um momento em que há uma fusão com a figura materna, durante o qual ocorre uma alienação recíproca, e que seria o primeiro momento do estádio do espelho. São justamente as significações dadas pelo objeto primário, isto é, o significado atribuído pela figura materna a um choro, por exemplo, que iniciarão o processo de constituição psíquica no bebê. Ao interpretar o estímulo da criança, procurando satisfazer sua demanda, o cuidador primário reconhece sua capacidade de endereçar uma mensagem, colocando-o em um lugar de sujeito desejante. Este seria o segundo momento do estádio do espelho, em que o infante pode se ver separado da figura materna, consegue escolher outro objeto de satisfação e se reconhecer como um sujeito diferente dela a partir do espelho. Tal reconhecimento implica a união de corpo e linguagem em uma única dimensão, o corpo simbólico, que surge a partir das marcas que a fala e os gestos da figura materna produzem no corpo do bebê. Como consequência da possibilidade do Outro inscrever significantes no corpo simbólico, a criança repetirá certas experiências, atribuindo a elas diferentes significados, demonstrando sua capacidade de desejar.

Considerando o papel estruturante da função do espelho, tal como descreveu Lacan (1949/1998), Dolto (1984/2017) defende que a interlocução com o Outro, refletido ou não no espelho com a criança, definirá o modo como o corpo será apresentado ao indivíduo. Dessa maneira, a formação da imagem inconsciente do corpo pode encontrar no estádio do espelho uma contribuição ou um empecilho para a simbolização das experiências e memórias inconscientes. Se não houver uma pessoa diante do espelho com o infante que dê respostas à imagem do reflexo, pode ser que essa imagem do indivíduo se torne alienante. Ter-se-ia, assim, uma falta de demarcação dos limites corporais, levando a uma ausência de sentido do próprio corpo para aquele sujeito, que estará impossibilitado de apropriar-se desta imagem que o reflete. A autora pontua:

Esta imagem de si mesmo lhes traz apenas a dureza e a frieza de um espelho, ou a superfície de uma água dormente na qual, atraídas pelo encontro com o outro, [...] não encontram ninguém: apenas uma imagem. E um momento de enfraquecimento do sentimento de existir na criança. O estágio do espelho, que pode ser simbólico, para a criança, de seu estar no mundo para outro enquanto sendo um indivíduo em meio aos outros, pode da mesma forma ser dessimbolígeno para sua imagem do corpo, pela visão desta coisa que é seu corpo próprio, se ela não o reconhece como sendo o seu. (Dolto, 1984/2017, p. 121-122)

Nesse contexto, cabe ressaltar que o espelho plano, na concepção de Dolto (1984/2017), funciona como um instrumento (dentre outros possíveis) que contribui para a formação da imagem inconsciente do corpo, auxiliando na individualização do corpo, do rosto e na diferenciação do sexo biológico, por exemplo. Para a autora, a imagem especular e a imagem inconsciente do corpo se complementam. Partindo do narcisismo fundamental, o estágio do espelho confirma uma individuação narcísica primária. O impacto da imagem do espelho provoca na criança um afeto, caracterizado por Dolto (1984/2017) como uma prova da castração. A partir do momento que a criança é capaz de entender e superar o fato doloroso de que há uma distância entre ela mesma e a imagem refletida no espelho, é que se dá o narcisismo primário.

Ainda que o processo de construção da imagem inconsciente do corpo seja iniciado na concepção, como argumenta Dolto (1984/2017), ele segue em constante atualização devido às novas experiências e aos novos traços de memória. Na adolescência, deste modo, há uma importante reformulação da imagem corporal, que decorre das alterações físicas, químicas e biológicas inauguradas no esquema corporal com a entrada na puberdade. Os desdobramentos deste acontecimento fazem com que o adolescente desenvolva uma maior preocupação com seu corpo.

Dolto (1984/2017) discorre sobre essa fragilidade da adolescência, em que o sujeito, muitas vezes, não sabe falar sobre o erotismo que está vivenciando. Pulsões são vivenciadas sem palavras, sem imagens e o adolescente não sabe o que fazer nem a quem falar a respeito. Há um sentimento de estranheza, de nubilidade e a sensação de que somente ele mesmo passa por essas novas sensações sexuais. Uma solidão afetiva é experimentada, e não pode ser reconhecida e endereçada ao outro, sendo devolvida pelo adolescente “sob forma de reivindicações magnificadas”: “eu não pedi para viver”, “ninguém me ama”,

que também se traduz em “não tenho ninguém para amar”, “eu mesmo suporto-me com dificuldade” (Dolto, 1984/2017, p. 286).

Em situações extremas, tamanha fragilidade pode levar o jovem ao suicídio verdadeiro, como descreve Dolto (1984/2017), em “um *acting* impulsivo do desejo de qualquer outra coisa, de algo novo, desejo de sair disto [...] em última esperança de sensação erótico-nirvânica” (p. 286). Uma descrição muito próxima disso pode ser encontrada nos relatos dos jovens que se automutilam: uma tentativa de apaziguamento, de relaxamento das tensões, de sair da angústia que experimentam naquele momento, de desejar qualquer outra coisa que não seja aquela tensão.

Ainda segundo a autora, grande parte das crianças que chega aos consultórios de psicanalistas no início da puberdade possuem uma imagem do corpo mutilada precocemente, na idade do estágio do espelho ou da castração primária. Nos casos clínicos estudados por Dolto (1984/2017), havia uma falha na castração dos desejos infantis nas fases arcaicas do desenvolvimento, isto é, não foi possível, para estes infantes, simbolizar suas pulsões, tendo sido apenas recalçadas quanto a seu objeto, sem que pudessem ser ferramentas para conquistas de novos objetos. Faltaram meios criativos que os fizessem descobrir tais castrações e lhes permitissem a simbolização das pulsões para obtenção de prazer e socialização.

Nesse contexto da função do espelho, Dolto (1984/2017) afirma que os jovens que apresentam perturbações neuróticas pós-edipianas “recorrem ao espelho para se reencontrarem, para não se perderem completamente” (p. 287). São esses os sujeitos que se apegam ao espelho dos olhos de quem os olha e, assim, almejam o sucesso para serem vistos, não o projetando para si mesmos como futuros adultos. Há uma fixação na superfície de sua aparência visível, na sua imagem do corpo e do rosto. A autora pontua precisamente: “é a inflação do fazer ver, para esconder a aflição interior” (p. 286). Tais adolescentes, acometidos pela angústia do vazio, frequentemente se veem conduzidos à falta de sentido de um projeto, sem que haja essa capacidade criativa, um dinamismo que os faça defender e assumir um empreendimento. Quando há a incerteza, ou o medo de um possível insucesso de tal empreitada que visaria à realização de seu desejo, ergue-se um obstáculo entre o sujeito e o mundo. Seria muito menos grave, na visão de

Dolto (1984/2017), quando existe a possibilidade de explorar esse potencial criativo, que ofereça outras saídas para suportar tamanha angústia:

É muito menos grave quando recorrem solitários, agora, para o rádio, para a música, para acalmar e suportar sua angústia. É menos grave, sobretudo, quando esta música solitária os incita a passearem de forma rítmica em patim de rodas, ou a dançarem: pois existe ali um prazer de todo o corpo, que cansa e que, também, lhes permite se mostrarem indiferentes circulando em meio aos outros. Eles sentem com alegria o conforto de seu esquema corporal. Estes ‘joggings’ que vemos por toda parte, estas ginásticas acrobáticas e rápidas no decorrer das quais não podemos nem mesmo pensar, que embrutecem, mas que sustentam uma falsa alegria esgotando todo o corpo, é de toda forma, melhor do que a passividade e a droga: é a busca de uma sobrevivência física, com um conforto do corpo que, naquele minuto, satisfaz as tensões do corpo, na falta de satisfazer as tensões do coração. (Dolto, 1984/2017, p. 287)

Os apontamentos de Dolto (1984/2017) em muito se aproximam dos afetos descritos por indivíduos que se automutilam. É frequente que haja uma menção à angústia de um vazio e uma carência de sentido para o sofrimento. Como se houvesse esse muro, tal como o descrito pela autora, entre o sujeito e o mundo, criando um abismo de solidão afetiva. Estariam, também, estes sujeitos buscando uma falsa alegria com o esgotamento do corpo? Podemos supor que, analogamente, há uma luta contra a passividade, uma tentativa de assumir o controle ou compreender os contornos do esquema corporal. Da mesma forma que Françoise Dolto observa, cortar-se pode ser uma busca pela sobrevivência física, oferecendo um alívio para as “tensões do coração” por meio de um ato corporal, na falta de outros meios criativos. Um ato desesperado, direcionado à superfície carnal visível, assegurando-se de que não estão se perdendo completamente no sofrimento. Só assim conseguem a garantia de que aquele corpo é mesmo seu, reencontrando-se como se estivessem recorrendo a um espelho.

Considerando, então, os conceitos de Paul Schilder (1935/1980) de imagem do corpo e as energias construtivas da psique, bem como a diferenciação feita por Françoise Dolto (1984/2017) entre esquema corporal e imagem inconsciente do corpo, pudemos observar a importância da relação entre o sujeito e seu corpo na constituição do psiquismo. Assim, possíveis dificuldades na construção de uma imagem corporal unificada contribuem para que o corpo assuma um lugar de sofrimento privilegiado, como parece ser o que ocorre na dinâmica da automutilação. No entanto, apesar de estarem inscritos em uma

lógica de sofrimento psíquico, defendemos a compreensão de que os atos autolesivos também podem apontar para uma tentativa de constituição do Eu.

Os cortes seriam uma tentativa de forjar a consciência corporal, enquanto o Eu luta para se constituir frente ao demasiado sofrimento. Seguindo à risca a formulação freudiana, temos que a consciência corporal seria o primeiro passo para a constituição do psiquismo. Nossa hipótese é que, na ausência da constituição ou representação do Eu, o indivíduo precisaria recorrer aos cortes no corpo para encontrar os próprios contornos.

O movimento pulsional e a sensorialidade presentes no ato de se cortar configurariam, portanto, a nosso ver, uma espécie de experimentação subjetiva necessária, uma tentativa de encontrar ou compreender os contornos do esquema corporal. Aproximando-se de uma imagem corporal unificada e coesa, o indivíduo estaria se assegurando de sua própria existência, experimentando uma sensação de vivacidade, de vida, enquanto luta para se constituir enquanto sujeito. Desse modo, a vivacidade sensorial proveniente do ato autolesivo direcionado ao corpo, de certa forma e em certos aspectos, ajudaria o sujeito a constituir um sentimento de si, um sentimento de uma existência própria e, em última instância, a manter-se vivo.

Assim, seguindo tal linha de raciocínio, propomos, no próximo capítulo, investigar o papel da sensorialidade na constituição psíquica.

4

Automutilação e sensorialidade

No capítulo anterior, vimos a importância da imagem para a formação de uma unidade corporal coesa e, conseqüentemente, para o processo de constituição subjetiva do Eu. Analisamos também as consequências dos possíveis percalços neste trajeto de formação da imagem corporal, sobretudo para os indivíduos automutiladores, objeto central do presente estudo.

No entanto, e aqui entramos no tema deste capítulo, cabe destacar que a representação psíquica do corpo, através da imagem, foi relativizada com a formulação da segunda teoria pulsional. O aspecto econômico do psiquismo saiu fortalecido após esta revisão teórica empreendida por Freud, trazendo uma visão mais ampliada sobre as formas pelas quais o sujeito pode formular a noção de seu próprio corpo. Já com o conceito de pulsão de morte, cunhado em *Além do princípio do prazer* (1920/2010c), Freud admite, alguns poucos anos mais tarde, em *O ego e id* (1923/1996i), a possibilidade de que também a dor faça parte do processo de constituição subjetiva do Eu. Da mesma forma, todas as sensações advindas do sistema perceptivo passam a ser consideradas para a construção de uma unidade corporal.

Podemos destacar duas afirmações em *O ego e id* (1923/1996i) que nos ajudam a compreender como as sensações corpóreas – e marcadamente a sensação de dor – foram reafirmadas, na obra de Freud, como indispensáveis para a constituição do Eu. A primeira é a célebre frase em que Freud define que “o ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal” (p. 39), sendo originado na camada do Id que faz contato com o mundo externo pelo sistema percepção-consciência. O Eu tem suas origens, portanto, nas sensações advindas do corpo, e Freud enfatiza aquelas que vêm da superfície corporal, entendendo o Eu também como sendo um ser de superfície, e enfatiza principalmente as sensações relativas ao tato. Além disso, ele reconhece que “também a dor parece desempenhar um papel no processo” (p. 39), ao discorrer sobre o impacto de doenças dolorosas sobre o conhecimento de nossos órgãos e sobre como a dor contribui para a formulação da ideia que se tem do próprio corpo. Como salienta Fortes (2013), a dor desempenha uma função central no processo de percepção do próprio corpo,

uma vez que o modo com o qual percebemos nosso corpo na sua superfície e nossos órgãos durante as doenças dolorosas pode se constituir em um modelo de como chegamos à ideia do próprio corpo.

A dor aparece, então, por este viés, como uma das formas, distinta da unificação narcísica, que o Eu encontra para assegurar-se da existência de seu corpo. Assim, a imagem não seria uma via exclusiva de representação para o corpo, podendo este se apresentar através de diversas sensações provenientes do sistema perceptivo, sobretudo por meio da dor. Conclui-se que o corpo não representado, atravessado pelo excesso pulsional, pode se apresentar e se atualizar por meio da sensorialidade.

Pretendemos, assim, ao longo deste capítulo, ampliar nossa compreensão do quadro clínico da automutilação, explorando a predominância do corpo e da sensorialidade na dinâmica desse sintoma, que tem sido tão frequente nos quadros da clínica contemporânea. Partiremos do entendimento anteriormente mencionado, de que os cortes superficiais na própria pele, além de não possuírem intenção suicida, acabam por trazer alívio ao indivíduo acometido por uma dor psíquica intensa, incapaz de ser enunciada. Para isso, investigaremos os escritos iniciais de Freud, procurando referências sobre as limitações do campo representacional da linguagem, no que diz respeito à experiência humana, e sobre o papel central que a sensorialidade pode assumir para a elaboração psíquica em certos casos clínicos, como no caso da automutilação. Faremos, por fim, um paralelo com a vividez sensorial presente no trabalho do sonho, buscando descrever de que forma a motricidade e as imagens produzidas no momento da escarificação atuam na organização psíquica das intensidades experimentadas.

4.1

O excesso e a dimensão corporal

Entre os modos de sofrimentos psíquicos contemporâneos, podemos observar uma predominância daqueles que se configuram por uma descarga direta na dimensão do corpo. Freud (1933[1932]/1972c), muito cedo, anteviu esta configuração, quando definiu a neurose de angústia, uma das neuroses atuais, a partir de processos somáticos, como expressão da libido sem mediação psíquica.

Em seus ensaios iniciais, já fica evidente que o campo representacional não esgota as possibilidades da experiência humana.

Ora, se o psíquico como campo das representações não resume a diversidade da vivência do homem, haveria então um psiquismo separado do corpo? David-Ménard (2000) faz uma crítica à separação que, segundo ela, atravessa o campo teórico-clínico da psicanálise, entre psíquico e corporal. Mostra como, já nos primórdios da psicanálise, se ligava a descoberta do inconsciente com a importância do corpo erógeno. De início, tal ligação se fazia presente no estudo dos sintomas histéricos, as grandes crises, ataques e paralisias motoras. Depois, a autora ressalta o aspecto econômico do aparelho psíquico, definindo-o como “um aparelho de prazer, desprazer e angústia” (p. 7), cuja principal função vem a ser a descarga energética, sendo o prazer definido como uma sensação advinda da descarga e o pensamento como a capacidade de adiar a descarga. A autora valoriza também a presença da motricidade como função fundamental nesses ensaios iniciais. A descarga se faz pelo motor e obtém-se por esta via a satisfação, o que reafirmaria a concomitância entre psiquismo e corpo. Ter prazer e pensar seriam, portanto, características próprias do aparelho psíquico; expressões de um fluxo energético que precisam da motricidade do corpo para que se realizem.

David-Ménard (2000) defende, assim, que Freud, ao postular a conversão histérica, rompe com o dualismo corpo e mente. Ela diz que se “o corpo histérico pensa” (p. 17), tal concepção já desfaz qualquer possibilidade do dualismo cartesiano na psicanálise. A descarga de um ataque histérico pode ser simbolizante, revelando um circuito de afetos antes suprimido.

No presente capítulo, nos debruçaremos sobre o quadro clínico da automutilação, um dos modos de sofrimentos atuais em que se constata o protagonismo corporal, na tentativa de compreender essa dinâmica em que a palavra não é capaz de expressar a dor psíquica, utilizando-se do recurso ao corte na pele. Seria este também simbolizante? Qual a importância da motricidade e da sensorialidade na balança libidinal da automutilação?

Reforçamos que seguimos, aqui, a proposta de Le Breton (2006), que defende que não há uma ligação entre os cortes no informe corporal e uma vontade de se destruir ou de morrer. Seriam, então, tentativas de viver, e não de suicídio. A dor física autoprovocada se opõe ao sofrimento, em um compromisso

com a vida, tentando restaurar algum sentido onde as palavras falham e a passagem pelo corpo se torna a única opção. Busca-se uma conciliação, e não uma destruição pessoal, com a ação de cortar-se. A automutilação seria, segundo o autor, a forma possível de expressão subjetiva contundente da dor psíquica por meio de uma dor física.

Gauthier (2007) é um dos autores que encontramos na literatura estudada como forte defensor de que os cortes são feitos no nível da sensorialidade, e não do erotismo. Seria, então, justamente a falta do autoerotismo (entendido como banhado pela libido e pela pulsão de vida) necessário para o cuidado consigo mesmo, sem que haja recursos para dirigir sua dor ao outro, a responsável por preparar o terreno para que ocorram as autolesões. Segundo o autor, esses atos seriam o único recurso disponível para a descarga das tensões internas e da dor psíquica excessiva nestes sujeitos.

Neste contexto, buscaremos dar ênfase, precisamente, ao aspecto sensorial da automutilação, na medida em que consideramos ser o menos explorado na literatura psicanalítica no que tange ao objeto de nossa pesquisa. Sem desconsiderar o aspecto do campo do irrepresentável, e dos efeitos deste no elemento compulsório e compulsivo deste ato, queremos agora valorizar a sensorialidade. Mas, antes, é preciso tratar do campo do irrepresentável, banhado pelo conceito de pulsão de morte.

Com efeito, o tema da automutilação se articula aos desenvolvimentos trazidos por Freud em *Além do princípio do prazer* (1920/2010c). Neste ensaio, Freud enumera algumas situações em que a lógica do princípio do prazer é quebrada e que o indivíduo se vê obrigado a suportar o desprazer, isto é, um nível elevado de energia acumulada no psiquismo. A partir da leitura do funcionamento das pulsões, ainda que Freud não mencione o termo automutilação, podemos facilmente depreender que as agressões ao próprio corpo aparecem como um dos destinos possíveis da pulsão. Por certo, nos quadros de autolesão, frequentemente, verifica-se uma incapacidade de ligação da energia psíquica com qualquer significação ou elaboração. A consequência disso é que o indivíduo se sente compelido ao ato automutilatório, seguindo a lógica da compulsão à repetição. Evidencia-se, assim, a pregnância da pulsão de morte neste quadro clínico.

Se, antes de 1920, o corpo era caracterizado na obra de Freud, acima de tudo, como um corpo pulsional, marcado pelo autoerotismo e por uma unificação

narcísica, a introdução do conceito de pulsão de morte relativiza o papel da representação no psiquismo. O corpo passa, então, a ser o palco também da ininterrupta e intensa força pulsional disruptiva concebida em *Além do princípio do prazer* (1920/2010c), que não é passível de representação psíquica. A radicalização do excesso pulsional faz com que o corpo representado deixe de ocupar um lugar prioritário na teoria freudiana, abrindo espaço para o crescimento da ideia de um registro irrepresentável do corpo.

Atravessado pela pulsão de morte, o corpo passa a servir também como via de descarga para esse excesso pulsional. Como não há a possibilidade de representação desse resto pulsional, ele busca repetidamente uma saída, isto é, uma forma de escoamento. Segundo Birman (2001), um dos efeitos desse movimento contínuo que o excesso imprime sobre o corpo é a necessidade de um remanejamento corporal constante, na medida em que a pulsão passa a buscar uma descarga absoluta.

A ideia de que o corpo não está restrito ao campo da representação, apesar de fortalecida com o advento da segunda teoria pulsional, já havia sido considerada anteriormente na obra freudiana. Se, por um lado, Freud (1898/1996f) situa as psiconeuroses como relativas à questão da sexualidade infantil e cujos sintomas seriam a expressão simbólica de um conflito, por outro, as neuroses atuais são descritas por ele no rol da sexualidade atual, e seus sintomas seriam resultado de um acúmulo de tensão proveniente da não satisfação sexual. Mais especificamente, é a sintomatologia de um tipo específico de neurose atual, as neuroses de angústia, que não se insere na lógica representacional ou simbólica. São sintomas corporais diferentes daqueles apresentados nos quadros de histeria, tais como alterações na atividade respiratória e cardíaca, sudorese, tremores, vertigem, calafrios, diarreia etc., que poderiam ser compreendidos pelo conceito de pulsão de morte, sem possibilidade de simbolização, mesmo que tenham sido descritos por Freud (1895[1894]/1996e) muito antes desse.

Sobre esta mesma temática, Sales (2013) afirma que a descrição dos sintomas corporais na neurose de angústia já nos permitiria pensar o corpo não apenas como palco da expressão simbólica de um conflito psíquico, mas também como uma via para a descarga do excesso, que se organiza no psiquismo seguindo uma lógica distinta da representação. Segundo a autora, o excesso pulsional, incapaz de ser simbolizado, acaba por facilitar a precipitação de diversos sintomas

psicossomáticos. Como consequência desse excesso, o sujeito suprimiria um afeto impossível de ser vivido ou mesmo transformado, abrindo a possibilidade para outras articulações pulsionais.

Tendo em vista que a questão do excesso pulsional coloca em evidência o aspecto econômico do psiquismo, Sales (2013) supõe a existência de uma memória corporal. Tal memória seria capaz de registrar o caminho percorrido pela passagem da força pulsional no corpo, justamente quando não há a possibilidade de um registro representacional no psiquismo. Para embasar sua hipótese, a autora recorre aos momentos em que Freud aponta em sua teoria para a importância das vivências corporais precoces, anteriores ao complexo de Édipo, e que não são passíveis de representação ou elaboração pelo psiquismo. Vamos, brevemente, retomar esses apontamentos na obra freudiana.

Ao analisar casos de histeria e neurose obsessiva, em *Lembranças encobridoras* (1899/1996g), Freud chega à conclusão de que as experiências dos primeiros anos da infância deixam traços em nosso psiquismo quase impossíveis de serem apagados. Ainda que muito pouco, ou quase nada, possa ser de fato rememorado das experiências infantis, elas deixam marcas profundas e significativas, capazes de influenciar o indivíduo ao longo de toda a sua vida. Ele esclarece que “a simples imprecisão da recordação não desempenha aqui um papel considerável, em vista do alto grau de intensidade sensorial de que as imagens são dotadas” (p. 303).

Mais adiante, em *Moisés e monoteísmo* (1939[1934-1938]/1996j), discorrendo sobre as experiências traumáticas, Freud menciona novamente a relevância das primeiras experiências infantis. Nesta ocasião, confere especial atenção para os aspectos corporais envolvidos nas vivências precoces. Ele ressalta a influência das percepções sensoriais na constituição psíquica e na formação das neuroses, com destaque para as de ordem auditiva e visual.

A esses apontamentos na obra freudiana, Sales (2013) soma a fragilidade do recurso da linguagem nos primeiros anos da infância. Além disso, a importância dos aspectos sensoriais parece se intensificar quando o corpo é precocemente atravessado por um excesso pulsional. Assim, a autora embasa sua hipótese de que certas vivências sensoriais experimentadas pelo corpo deixariam um rastro e formariam uma memória corporal, que pode ser acionada e reutilizada várias vezes.

Reis (2004a), a partir de suas leituras de Freud e Ferenczi, descreve o mesmo tipo de memória que envolve um fator externo significativo o suficiente para alterar todo o aparelho psíquico, podendo ser integrada a ele ou não. Segundo a autora, a memória corporal não seguiria a mesma lógica de registro das inscrições psíquicas. As marcações daquela ocorreriam de forma análoga à que Freud descreve para os signos de percepção na Carta 52 (1950[1896]/1996b), conforme veremos a seguir.

As experiências traumáticas, excessos sem representação psíquica, que atravessam o corpo, produzem uma marca no psiquismo que não envolve vínculos associativos relativos ao campo da linguagem, esclarece Reis (2004b):

A intensidade presente no corpo materializado pressupõe a mobilização de energias não disponíveis nos estratos de energia ligada pelas representações psíquicas, tal como Freud defendia. Ferenczi trata da circulação da energia em duas direções: uma que se dirige para os sistemas mnêmicos ligados aos signos lingüísticos (as representações-palavra) e outra que restabelece os elementos fragmentários dos signos de percepção, em uma dimensão imediata e sensória de sentido. (Reis, 2004b, p. 57)

Tais marcas são como estratos de memória que, no entanto, seriam mais semelhantes aos signos de percepção do que às representações psíquicas, uma vez que não funcionam como formações simbólicas ou substitutivas. Dispersas e fragmentárias, as memórias corporais seguem a lógica da repetição, de natureza inconsciente, sem que tenham, contudo, sofrido a incidência do recalque. Reis (2004a) afirma ainda que, por esse motivo, essas memórias corporais não são acessíveis à consciência do sujeito, figuradas somente por meio de manifestações corporais concernentes ao campo da repetição.

A psicanalista salienta que podemos entender o corpo como um local de manifestações sensoriais e palco de experiências sensíveis, capazes de acionar a nossa memória. Também Sales (2013) acompanha a mesma linha de raciocínio, quando afirma que podemos admitir a hipótese de uma memória corporal, ao debruçarmo-nos sobre “aquilo que é da ordem da percepção sensorial em evidência no processo de constituição subjetiva” (p. 94), a fim de valorizar a dimensão das sensações no que diz respeito ao processo de representação corporal.

Dessa maneira, seguindo a proposta do presente capítulo de examinar a temática sensorial na obra freudiana, temos que, ainda em 1893, em um estudo

comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas, Freud (1893/1996a) aborda o distúrbio da sensibilidade. Segundo esse conceito por ele definido, há um nível de sofrimento psíquico em que não se capta mais a dor física e, muitas vezes, tampouco a dor psíquica. Abre-se, então, a possibilidade para uma suposta analgesia, um silenciamento da dor, frente a um excesso que interrompe a capacidade associativa do sujeito. Interessante notar, aqui, a presença da sensorialidade para descrever o padecimento psíquico.

Em um estudo sobre a automutilação na adolescência, Fortes e Kother (2017) encontram um aspecto relevante nos relatos de jovens que se autolesionam: não há referência alguma sobre a dor que se sente na hora do corte. Na verdade, os adolescentes comumente priorizaram a descrição do caráter de alívio do ato. Tal constatação, de uma dor que não encontra expressão pela via das palavras, está em consonância com os achados de Douville (2004), que afirma que são raras quaisquer associações verbais que possam trazer um significado ao ato automutilatório. Sendo a automutilação, portanto, da ordem da conduta, um comportamento que pode revelar algo da pessoa, na falta de um dizer ou uma enunciação.

Antonello e Gondar (2014) discutem uma possível saída para o excesso subjetivo provocado pelos acontecimentos traumáticos quando não há uma linguagem concreta ou uma elaboração metafórica do indivíduo para lidar com o sofrimento. Segundo os autores, o recurso à figurabilidade, isto é, uma atualização imagética da experiência pode funcionar melhor do que a tentativa do uso da linguagem e da palavra, uma vez que a representação intelectual habitual parece não dar conta. Da mesma forma, nos casos de automutilação, a produção de imagens sensorio-motoras parece ter uma enorme relevância e que merece ser explorada.

A escrita do testemunho, afirmam Antonello e Gondar (2014), seria uma saída possível para o excesso dos acontecimentos traumáticos, sem que o psiquismo utilize os processos representativos habituais. A partir da Carta 52 (1950[1896]/1996b), escrita por Freud para Fliess em 1896, os autores pretendem ampliar a noção de memória, propondo a existência de uma memória para além da representação. O próprio conceito de compulsão à repetição, defendem, seria um indício dessa memória não representacional. Nossa hipótese é de que também a automutilação seria uma alternativa sensorial quando o psiquismo não encontra

saída nos processos representacionais de linguagem. Iremos, então, no próximo tópico, retomar esse percurso feito pelos autores, partindo da carta 52, na qual Freud explicita sua teoria sobre a construção da memória, para destacar o papel da figurabilidade e da sensorialidade no psiquismo.

4.2

Presentificando o corpo

A proposta de Freud sobre a memória na Carta 52 (1950[1896]/1996b) é de que ela se dá em diferentes níveis de registro, não sendo constituída de uma só vez, mas em diferentes tempos. Em seu esquema, ele descreve o aparelho de memória, cujas extremidades seriam o sistema perceptivo (W) e a consciência (Bew). As percepções dos estímulos se originariam no sistema perceptivo e, sem nele reter nenhum traço do ocorrido, se ligariam à consciência. Os traços se conservariam nos três níveis de registro que Freud situa entre as extremidades: nos signos ou índices de percepção (Wz), na inconsciência (Ub) e na pré-consciência (Vb).

Os signos de percepção (Wz) se configuram como o primeiro nível de registro mnêmico das percepções (impressão), e sua disposição se dá por associações simultâneas, e praticamente não há a possibilidade de que se junte à consciência. No segundo nível de registro, a inconsciência (Ub), já se verificaria uma provável relação causal entre os traços, que podem estar ligados a lembranças conceituais, também sem acesso à consciência. Somente os traços do terceiro nível de registro, a pré-consciência (Vb), poderiam tornar-se conscientes (de acordo com certas regras), por estarem associados às representações verbais e corresponderem ao ego da forma que ele é reconhecido.

Para o contexto do nosso trabalho, interessa explorarmos os primeiros registros da percepção no aparelho de memória, uma vez que ainda não se verifica entre eles uma relação causal ou uma inscrição verbal. Não há, ainda, uma ligação ou representação associada entre esses registros. Cidade e Zornig (2016) diferenciam essas primeiras impressões da percepção dos traços de memória, uma vez que não pressupõem uma inscrição, tornando-se, portanto, um tipo diferenciado de memória que estaria mais perto dos elementos sensoriais. Antonello e Gondar (2014) afirmam que as imagens sensoriais vão ter origem

nessas impressões, indicadas por Freud “como os primeiros registros mnêmicos no psiquismo, produzidos pela entrada da excitação no aparelho psíquico” (p. 95).

Ainda que não haja uma inscrição dos signos de percepção na inconsciência, configurando a formação de traços mnêmicos, Antonello e Gondar (2014) destacam que os signos de percepção são considerados por Freud (1950[1896]/1996b) como uma forma de memória. Os autores propõem, então, dois destinos possíveis para a impressão. No caso de domínio do estímulo que a originou, a impressão poderia ser inscrita como traço no sistema inconsciente. No entanto, se algum acontecimento traumático impedir que a impressão se inscreva como representação, ela poderia permanecer como signo de percepção.

Seguindo a definição de Freud (1920/2010c), de que o trauma é causado por uma impressão muito forte no aparelho psíquico, um excesso que não pode ser por ele mediado, Antonello e Gondar (2014) defendem que é essa impossibilidade de representação que despertaria o investimento direto nos signos de percepção. Não havendo a possibilidade de representação, os signos de percepção seriam acionados no psiquismo pela figurabilidade e se reproduziriam compulsivamente, ganhando acesso à consciência ao ativar o sistema perceptivo durante os sonhos e em *flashbacks* da cena traumática.

Estímulos excessivos permanecem como signos de percepção e podemos localizá-los na borda do aparato formando outro tipo de memória, fora do sistema representativo e além das regras impostas pelo princípio de prazer. Uma memória literal, congelada, nada maleável e incapaz de retranscrições, composta por lembranças ultraclaras que se expressam no psiquismo via figurabilidade. (Antonello & Gondar, 2014, p. 96)

Esse modo de funcionamento do psiquismo, aquém da representação, não se sobreporia ou anularia o representacional, defendem Antonello e Gondar (2014). Enquanto um segue a lógica do princípio do prazer, o outro parece ignorá-la, e ambos agiriam de forma independente um do outro, inevitavelmente se cruzando. Tal cruzamento se deveria ao fato de que um signo de percepção poderia se inscrever como representação caso haja a possibilidade de elaboração. Porém, os autores ressaltam que esse não é o destino necessário, ou sequer desejado, para os signos de percepção. Segundo a visão que defendem, e a que desejamos seguir em nosso trabalho, a representação seria um dos destinos possíveis, não necessariamente uma norma.

Herzog (2011) nos ajuda a pensar sobre o conceito de representação na obra freudiana e a centralidade que esta noção adquiriu, ao longo dos anos, para explicar o processo de constituição subjetiva. A autora chama a atenção para o fato de que se verifica, muitas vezes, uma lógica binária entre o que seria representável e, do lado oposto, o irrepresentável, com uma frequente desvalorização deste último. Seu argumento, no entanto, é de que colocar a representação como centro exclusivo da organização psíquica limitaria o campo psicanalítico do ponto de vista teórico e clínico.

Relativizando, então, o peso da ideia de representação (*Vorstellung*), Herzog (2011) frisa que esta seria apenas uma das formas de registro e organização dos elementos psíquicos. Os limites da representação psíquica seriam, assim, um fator instigante para o fazer psicanalítico, segundo a autora, que resgata o termo presentificação ou figurabilidade (*Darstellung*) para descrever um meio alternativo de organização psíquica. O termo *Darstellung* foi originalmente utilizado por Freud em *A interpretação dos sonhos* (1900/1972a), para referir-se às deformações sofridas pelos pensamentos no trabalho do sonho, a partir dos processos de condensação, deslocamento e elaboração secundária.

Nesta obra, Freud (1900/1972a) afirma que a formação de imagens oníricas só é possível devido ao processo regressivo que se estabelece no aparelho psíquico ao dormir, favorecido pela menor influência dos estímulos externos. O conceito de figurabilidade (*Darstellung*) surge para descrever essa transformação à qual são submetidos os pensamentos, que é capaz de convertê-los em imagens sensoriais. Na verdade, no sentido progressivo, são as impressões dos estímulos externos no sistema perceptivo que vão produzir imagens sensoriais que darão origem aos pensamentos. Nos sonhos, a excitação percorre um caminho inverso, o regressivo, partindo do sistema inconsciente para ativar o sistema perceptivo, transformando os pensamentos em imagens sensoriais, de caráter alucinatório, pela figurabilidade.

Para Hanns (1999), a figurabilidade seria a ação do psiquismo responsável por tornar algo ainda não apreensível, em uma dimensão apreensível da linguagem, ainda que tal dimensão seja sensorial, para mostrá-lo posteriormente. Assim, o autor atribui dois sentidos ao termo alemão para figurabilidade utilizado por Freud (*Darstellung*): dar uma forma captável e mostrar. Temos *Darstellung*

sempre que criamos uma imagem que não existia anteriormente, quando ela é constituída inicialmente, para depois ser mostrada.

Antonello e Gondar (2014) ressaltam que não se trata de uma simbolização ou de uma conversão em representação, mas pela figurabilidade é possível “dar uma forma captável a algo que ainda é inapreensível no campo da palavra e que, portanto, não foi representado no psiquismo” (p. 95). Os autores exemplificam a *Darstellung* pelas lembranças ultraclaras da neurose traumática, que dependem de uma forma captável para que sejam apresentadas no psiquismo, retornando compulsivamente. Atribuem, então, à figurabilidade essa forma de lembrança vívida que a impressão do traumático adquire no psiquismo, permitindo que o sujeito reviva o ocorrido de forma alucinatória, como *flashbacks* e nos sonhos de neurose traumática.

Como destaca David-Ménard (2000), a noção de *Darstellung* aparece inúmeras vezes no capítulo sobre o trabalho do sonho na obra *A interpretação dos sonhos* (1900/1972a). Sobretudo na tradução dos títulos, “Os procedimentos da figuração no sonho” e “A consideração da figurabilidade”, os tradutores optaram por ressaltar a referência à linguagem figurativa. No entanto, segue a autora, o termo *Darstellung* foi tomado muitas vezes como “representação”, devido às dificuldades conhecidas de tradução, uma vez que poderia ter o sentido de meio de expressão e de representação.

Além da referência aos sonhos, Freud reserva o termo *Darstellung* também para o onanismo e para os sintomas histéricos em geral, conforme nos lembra David-Ménard (2000). Esse uso seletivo sugeriria, na visão da autora, uma diferença para o termo *Vorstellung*, que seria a representação propriamente dita. Enquanto *Darstellung* melhor se traduziria não só por figurabilidade, mas também por presentificação.

Compartilhando dessa mesma visão teórica, Herzog (2011) alerta que, por mais que o termo tenha sido tomado como “representação” em diversas traduções ao longo da obra freudiana, a palavra *Darstellung* possui um sentido próprio, distinto de *Vorstellung*.

Para melhor definir este sentido, ela recorre ao conceito de traço apresentado por Freud na Carta 52 (1950[1896]/1996b). Se o traço é descrito por Freud, na ocasião da correspondência enviada a Fliess, como um signo de percepção, efeito de uma impressão sensorial da percepção, para Herzog (2011),

funcionaria ele mesmo como *Darstellung*, uma presentificação daquela impressão sensível, passível de montagem. Ainda na visão da autora, os traços somente se organizariam como *Vorstellung* nos níveis de registro seguintes, isto é, se houver uma transcrição dos signos de percepção capaz de inscrevê-los em uma ligação causal inconsciente ou associá-los a uma representação verbal acessível à consciência.

Assim, a partir de Herzog (2011), podemos compreender a representação como um desdobramento possível da presentificação. Portanto, não haveria uma polarização ou exclusão mútua entre *Darstellung* e *Vorstellung*. Com isso, abandona-se a ideia de que a representação (*Vorstellung*) seria uma alternativa única de constituição do aparelho psíquico e abre-se a possibilidade para outro tipo de organização psíquica, de ordem sensorial, baseada na figurabilidade ou presentificação (*Darstellung*).

Nossa aposta, neste trabalho, é de que a noção de *Darstellung*, tal como elucidada por David-Menárd (2000) e Herzog (2011), nos auxiliará na compreensão da dinâmica psíquica por trás dos quadros de automutilação. A ausência de palavras, ou dificuldade de elaboração do excesso psíquico que acomete os indivíduos que se automutilam, parece apontar para uma necessidade de organização psíquica que não passa pelo campo representacional, mas que necessita da motricidade, da sensorialidade do corte para um apaziguamento. Seria, portanto, uma forma de o sujeito tomar conhecimento de seu corpo, sem que passe apenas pela representação imagética, podendo o corpo se presentificar por meio da sensorialidade. Seria um tipo de organização psíquica que dependeria de uma memória corporal, baseada nos signos de percepção.

A seguir, vamos recorrer à *Interpretação dos sonhos* (1900/1972a), obra de Freud em que ele aborda o funcionamento da figurabilidade, para compreendermos melhor de que forma a sensorialidade pode ser determinante na ordenação psíquica quando a representação e a linguagem concreta habituais parecem não dar conta.

4.3

O trabalho do sonho e a automutilação: o papel da sensorialidade na vida anímica

É com esse olhar que vamos analisar a importância da sensorialidade para o psiquismo, tal como já postulava Freud em *A interpretação dos sonhos* (1900/1972a). Na obra inaugural da Psicanálise, os sonhos são descritos como atos psíquicos tão importantes quanto quaisquer outros, e que seu mecanismo de formação está submetido, não só a uma censura psíquica, mas também a uma necessidade de fugir a essa censura, para que o desejo encontre um caminho de realização possível. Dentre os fatores que Freud destaca no processo de formação dos sonhos, nos interessa, particularmente, a por ele denominada “consideração de sua representabilidade”, isto é, o fato de o sonho se configurar por imagens sensoriais. Buscaremos, a partir daí, traçar um paralelo entre a sensorialidade presente no mecanismo de formação dos sonhos e a sensorialidade marcante dos atos autolesivos.

Antes de iniciarmos tal articulação, é fundamental destacarmos, aqui, que não se pretende fazer uma equivalência da automutilação com o processo onírico. Evidentemente, o que está em operação no trabalho do sonho é muito diferente da dinâmica psíquica da automutilação, uma vez que esse é um quadro clínico em que constatamos uma premência da pulsão de morte e uma circunscrição no campo do ato. Os sonhos, por sua vez, seguem a lógica do desejo e da produção de imagens oníricas. No entanto, como ambas as produções psíquicas remontam à percepção e à sensorialidade, encontramos um elo entre elas no que diz respeito à vividez sensorial. Com efeito, no texto fundante da psicanálise, encontramos a importância dada por Freud à vividez sensorial como uma marca do sonhar e ao seu papel preponderante na assimilação e na elaboração da vida psíquica.

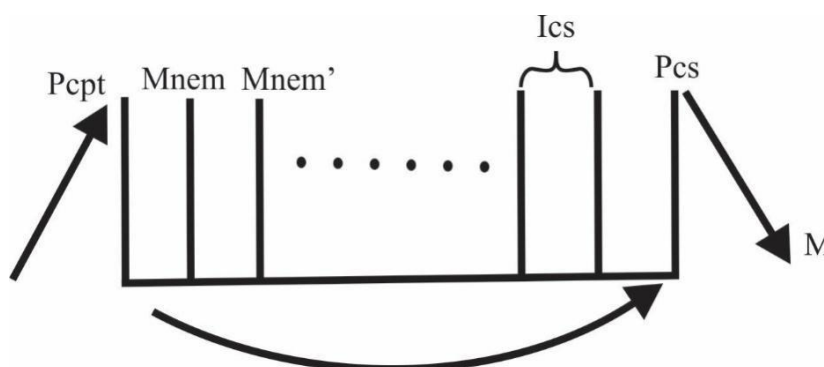
Assim como Freud (1900/1972a) assinala a relevância dos sonhos para a concatenação da vida anímica, nosso objetivo é trazer à luz um dos aspectos presentes nos comportamentos de automutilação: a possibilidade do recurso à vivacidade sensorial quando se está diante do irrepresentável. Tais comportamentos seriam, portanto, um outro tipo de ato psíquico para auxiliar nessa concatenação. Não intencionamos, de forma alguma, uma suposta romantização dos cortes autoprovocados, mas destacar uma necessidade de fuga do excesso psíquico que acomete o indivíduo e que exige, de forma muito particular, mobilidade e sensorialidade. Na vida onírica, tal sensorialidade é obtida pelos mecanismos de formação dos sonhos. Já no indivíduo automutilador, tal processo pode ocorrer por meio dos cortes.

4.3.1

Acessando a vividez sensorial pelo movimento retrocedente no aparelho psíquico

Para descrever o que acontece nos sonhos alucinatórios, Freud (1900/1972a) recorre ao caráter regressivo dos sonhos, afirmando que a excitação se move em direção retrocedente no aparelho psíquico. O caminho seria oposto ao dos processos psíquicos que surgem do inconsciente durante a vida de vigília, que se movimentam progressivamente, buscando uma descarga motora, conforme representado no quadro esquemático proposto por Freud em 1900 (Figura 1). Nos sonhos, em vez de a excitação caminhar para a extremidade motora do aparelho (M), ela se propaga no sentido inverso ao apresentado na Figura 1, para a extremidade sensorial, atingindo o sistema perceptivo (Pcpt) ao final.

Figura 1. Quadro esquemático geral do aparelho psíquico



Fonte: Freud, 1900/1972a, p. 577

Especificamente sobre o trabalho do sonho, Freud (1900/1972a) chama atenção para a possibilidade de uma intensidade ligada a uma representação ser transferida para outra representação. Torna-se factível, assim, a catexização do sistema perceptivo na direção inversa – a partir dos pensamentos, pode-se atingir um nível de absoluta vividez sensorial. Apesar de ser uma das características psicológicas do processo onírico, o autor deixa claro que a regressão não ocorre apenas nos sonhos. Ele afirma que “outros processos constitutivos do nosso pensamento normal envolvem um movimento retrocedente do aparelho psíquico” (p. 579).

Na condição clínica da automutilação, por mais que o ato ocorra durante a vida de vigília, podemos inferir que há uma necessidade de forjar pelo corte esse caráter regressivo do processo psíquico. Seria, então, a partir do movimento de cortar-se que se atingiria a recuperação da vividez sensorial, antes perdida ao experimentar os excessos das intensidades psíquicas. Apenas a sensorialidade do corte parece ser capaz de diminuir esse excesso psíquico vivido naquele momento, promovendo a sensação de alívio. Tal como ocorre ao sonhar, seria uma outra forma de transferir as intensidades ligadas a uma representação para outra, talvez a única possível para aquele indivíduo no momento. Arriscamos descrever uma necessidade inconsciente de concentrar a energia psíquica no movimento e na imagem do corte, para que se consiga alívio dos pensamentos e se volte a sentir algo na ordem do sistema perceptivo, que só poderia ser provocado na direção inversa.

Segundo Freud (1900/1972a), todas as relações lógicas pertencentes aos pensamentos oníricos desaparecem durante a atividade onírica, ou só conseguem expressar-se com dificuldade. No quadro esquemático proposto por ele, tais relações lógicas não estariam presentes nos primeiros sistemas mnêmicos (Mnem), mas em sistemas posteriores (Mnem'). Ao ocorrer a regressão do processo onírico, não há outro meio de expressão para essas relações que não as imagens perceptivas. Nas palavras dele, “na regressão, a trama dos pensamentos oníricos decompõe-se em sua matéria-prima” (p. 580). Isto é, por meio da regressão, a representação é transformada novamente na imagem sensorial da qual surgiu.

Assim como no processo onírico, há na automutilação uma carência de relações lógicas, uma dificuldade de o indivíduo expressar aquilo que pensava no momento do corte ou depois dele, ou mesmo relacioná-lo ao seu sofrimento. Ao forjar esse movimento regressivo, pode ser que o indivíduo consiga retransformar uma representação, pela imagem e pelo movimento sensorial do corte, criando sistemas Mnem posteriores (Mnem'). Como nos sonhos, havendo regressão, as relações lógicas não têm outro meio de expressão, a não ser pelo sistema Pcpt: nos sonhos, elas se expressam pela figurabilidade e, na autolesão, pela imagem e/ou movimento de cortar-se.

Ao explicar a regressão nos sonhos, Freud (1900/1972a) abre um parêntese para as regressões que também ocorrem nos estados patológicos de vigília. Nesses

casos, a regressão acontece, apesar de um fluxo sensorial ininterrupto na direção progressiva. Assim, ele descreve as alucinações da histeria e da paranoia (bem como as visões nos sujeitos ditos mentalmente normais), como regressões de fato; pensamentos que foram transformados em imagens, mas exclusivamente aqueles pensamentos associados a lembranças suprimidas ou inconscientes.

Aqui, Freud admite a possibilidade de a regressão ocorrer mesmo durante a vida de vigília, ao citar alguns estados patológicos. Ele descreve como o processo regressivo gera alucinações em quadros histéricos ou psicóticos. Podemos, no entanto, extrapolar essa descrição e pensar a automutilação como um recurso psíquico que também se utiliza da regressão para a concatenação da vida anímica?

Seja qual for o caso em que ocorre a regressão, a aposta de Freud (1900/1972a) é de que ela seja efeito da resistência, em oposição ao acesso de um pensamento à consciência pela via normal. Ao mesmo tempo, ela também seria resultado de uma atração sobre o pensamento exercida pela enorme força sensorial das lembranças. Haveria uma facilitação da regressão ao sonhar, uma vez que não há uma corrente progressiva sendo iniciada pelos órgãos dos sentidos, tal qual ocorre na vida de vigília. Dessa forma, para que a regressão ocorra em outros cenários, sem que haja a cessação dos estímulos provenientes dos órgãos dos sentidos, o autor supõe a intensificação de outros motivos.

Cabe, aqui, uma diferenciação entre o processo regressivo presente no trabalho do sonho (e nos casos patológicos descritos por Freud) e o caráter regressivo dos casos de autolesão em questão. A produção de imagens e a vividez sensorial onírica são tributárias de uma inatividade motora acionada durante o sono. Como descreve Freud (1900/1972a), há uma facilitação da regressão ao sonhar, justamente pela interrupção da corrente progressiva que é iniciada nos órgãos dos sentidos na vida de vigília. Poderíamos pensar que, por estarmos diante de uma atividade fundamentalmente motora como a automutilação, não seria adequado ou suficiente a hipótese de regressão. No entanto, devemos lembrar que Freud admite a possibilidade de que a regressão ocorra em outros cenários, sem que haja a cessação dos estímulos provenientes dos órgãos dos sentidos, supondo a intensificação de outros motivos.

Ora, se a regressão não era, para Freud, uma característica exclusiva do processo onírico, podemos aventar a possibilidade de um movimento regressivo

na dinâmica da autolesão, ainda que não sejam experiências psíquicas equiparáveis. Por mais que compreenda uma atividade motora, em que o fluxo progressivo proveniente dos órgãos dos sentidos esteja vigente, os cortes provocados na própria pele parecem indicar que houve a intensificação de outros motivos que justifiquem a regressão: um aspecto da dor psíquica que não é totalmente descarregado pela atividade motora e que resta latente e irrepresentável. A automutilação seria, portanto, uma experiência psíquica em que verificamos a concomitância da operação motora e de uma intensidade de dor psíquica que se utiliza da regressão para atingir a vividez sensorial necessária para promover a sensação de vida que o indivíduo busca.

Tanto nos sonhos quanto nos casos patológicos de regressão, há uma “completa catexia alucinatória dos sistemas perceptivos” (Freud, 1900/1972a, p. 584). No entanto, nos processos regressivos que acontecem na vida anímica normal, o processo de transferência de energia deve ser diferente, afirma Freud, sem explicitar qual seria tal diferença. A consideração à representabilidade, descrita por Freud em sua análise do trabalho do sonho, poderia ser vinculada a uma atração seletiva exercida pelas lembranças visuais das cenas em que os pensamentos oníricos tocam.

Importante destacarmos que, também na condição clínica da automutilação, frente às intensidades psíquicas, a resistência atua em oposição ao avanço do pensamento para a consciência pela via normal, por isso a necessidade da assimilação pela via regressiva. Há, ainda, uma grande atração exercida sobre o pensamento pelas lembranças dotadas de grande força sensorial. Talvez isso explique uma parte do caráter compulsório (e a intensificação) das autolesões: atraído pela grande força sensorial da lembrança do corte, o indivíduo não consegue deixar de infligir-se o corte, uma vez que é um dos poucos recursos que o possibilita retransformar suas representações. Gerar-se-ia, assim, uma atração seletiva pela automutilação. Poderíamos tentar descrever essa atração seletiva como um apelo visual, fortemente sensorial, associado ao alívio obtido no momento dos cortes. No entanto, como mencionamos anteriormente, o caráter compulsivo da prática automutilatória pode ser majoritariamente compreendido pela dinâmica da compulsão à repetição, em que verificamos uma predominância da pulsão de morte. Não pretendemos, aqui, ignorar o aspecto irrepresentável do

quadro clínico em questão, mas justamente ressaltar a importância da sensorialidade, quando estamos diante de uma insuficiência simbólica.

Uma das observações que Freud (1900/1972a) faz é que o papel da regressão na teoria da formação dos sintomas neuróticos tem a mesma relevância que na teoria da formação dos sonhos. Para tanto, ele distingue três tipos de regressão: a tópica, a temporal e a formal. A regressão tópica seria aquela no sentido do quadro esquemático da tópica psíquica desenvolvida por Freud, enquanto a regressão temporal seria um retorno às estruturas psíquicas mais antigas. Já a regressão formal, a que mais nos interessa para os objetivos de nosso estudo, seria aquela em que os métodos primitivos de expressão e representação tomam o lugar dos métodos habituais. No entanto, segundo ele, os três tipos de regressão constituiriam apenas um e ocorreriam juntos, pois “o que é mais antigo no tempo é mais primitivo na forma e, na topografia psíquica, fica mais perto da extremidade perceptiva” (p. 584). Ainda assim, acreditamos que a definição de regressão formal seria a que melhor nos permite descrever o caráter regressivo do quadro clínico da automutilação: na falta dos métodos habituais de expressão e representação, é necessário recorrer a esta forma mais primária, que é o ato de cortar-se. O recurso à autolesão seria, então, um modo de expressão psíquica próximo do processo primário, isto é, um movimento no qual ocorre um escoamento de energia livre.

4.3.2

Da intensidade psíquica à sensorialidade

Já em *Sobre os sonhos* (1901/1972b), Freud descreve o processo de “deslocamento onírico” como o de maior contribuição para ocultar o sentido do sonho, tornando irreconhecível a ligação entre o conteúdo sonhado e os pensamentos oníricos. Durante o trabalho do sonho, então, a intensidade psíquica se desloca dos pensamentos e representações a que originalmente pertence para outros que, *a priori*, não parecem ter nenhuma importância. Isso significa, nas palavras de Freud, que “a intensidade psíquica, a importância ou a potencialidade afetiva dos pensamentos se transforma, como constatamos ainda, em vividez sensorial” (p. 693). Muitas vezes, acreditamos ser o mais importante elemento do sonho aquele mais nítido, o de maior vividez no conteúdo manifesto, quando, na

verdade, um elemento aparentemente vago pode ser o derivado direto mais próximo do pensamento onírico fundamental.

Analogamente, a vividez sensorial é elemento central no ato automutilatório. As intensidades psíquicas dos pensamentos e representações a que corresponderiam são transferidas para o momento do corte, em que há uma experiência sensorial tão vívida que é capaz de oferecer arrefecimento aos excessos que submetiam o indivíduo. Tal qual ocorre com o deslocamento onírico, a nitidez vívida da cena do corte assumiria o primeiro plano, deslocando a intensidade psíquica e a força afetiva dos pensamentos intoleráveis para um segundo plano.

Podemos ir mais adiante no debate sobre o mecanismo do deslocamento. Freud (1901/1972b) chama a atenção para as impressões aparentemente banais da véspera que encontramos no conteúdo dos sonhos. Seriam estas tão banais que raramente conseguiríamos lembrá-las sem alguma dificuldade. Da forma em que aparecem nos sonhos, mesmo que sejam coerentes e compreensíveis, há uma trivialidade aparente que não pareceria digna de preocupação na vida de vigília.

Freud credits o desprezo com que eram abordados os sonhos à preferência mostrada nos conteúdos manifestos pelo que é justamente indiferente, banal ou trivial. No entanto, ao procedermos uma análise do sonho, podemos desfazer essa aparência enganadora arquitetada pelo deslocamento onírico. Ao identificar uma impressão indiferente como origem do conteúdo do sonho, por meio da análise, encontraremos uma vivência significativa, suficientemente importante para estimular o indivíduo que sonha. A memória dessa vivência foi deslocada pela trivial, por possuírem inúmeros vínculos associativos.

Enquanto o conteúdo do sonho trata de um material de representações insignificante e desinteressante, a análise desvenda as numerosas vias associativas que ligam essas trivialidades com coisas da mais alta importância psíquica na estimativa do sonhador. Se o que penetra no conteúdo dos sonhos são impressões e material indiferentes e triviais, e não justificadamente estimuladores e interessantes, isso é apenas o efeito do processo de deslocamento. Se respondermos a nossas perguntas sobre os instigadores do sonho e a vinculação entre o sonhar e os assuntos cotidianos com base no novo discernimento que adquirimos da substituição do conteúdo manifesto pelo conteúdo latente dos sonhos, chegaremos às seguintes conclusões: os sonhos nunca se ocupam de coisas que não julgaríamos merecedoras de nosso interesse durante o dia, e as trivialidades que não nos afetam durante o dia são incapazes de acompanhar-nos em nosso sono. (Freud, 1901/1972b, p. 695)

Quando ocorre a automutilação, poucos são os relatos que dão significado aos cortes propriamente ditos. Por isso talvez faça sentido pensar em algum grau de deslocamento da intensidade psíquica das vivências significativas para o recurso à autolesão. Aparentemente triviais e indolores, segundo os mais variados testemunhos de quem as autoinflige, as autolesões podem ser uma abertura para entrada do analista nos vínculos associativos que chegarão às experiências e pensamentos mais importantes na vida psíquica do indivíduo automutilador, tal como acontece com a análise dos sonhos. Ainda que qualquer outro sintoma em psicanálise permita, por meio da associação livre, a descoberta de vínculos associativos inconscientes, destacamos que, nesta condição clínica específica, isso somente seria possível após um movimento regressivo precipitado no aparelho psíquico pelo autoflagelo. Poderíamos supor, então, que é a partir da sensorialidade e da imagem do corte que o sujeito reúne as condições para a descoberta de tais vínculos associativos que concentram as representações mais relevantes de seu psiquismo. Algo que, anteriormente, não poderia ser expresso pela via da palavra.

4.3.3

A cena que concentra múltiplas intensidades psíquicas

Voltando ao processo regressivo de formação dos sonhos, Freud (1901/1972b) destaca que o material psíquico é enormemente condensado, internamente fragmentado e deslocado, criando novas superfícies. Esse material sofre também uma operação seletiva, de tal forma que o conteúdo onírico se atrai às partes mais convenientes para a criação das situações. Nesta transformação, há uma perda significativa dos vínculos lógicos que antes garantiam a união do material psíquico. É somente por meio do trabalho de análise que se pode recuperar os vínculos associativos perdidos com o trabalho do sonho, uma vez que, após sua atuação, só restaria o conteúdo substantivo dos pensamentos oníricos.

Por dominar e manipular apenas o conteúdo substantivo dos pensamentos oníricos, Freud afirma que os meios de expressão ao alcance do sonho poderiam ser qualificados como escassos, se comparados aos da linguagem intelectual. No entanto, existe a possibilidade de o trabalho do sonho reproduzir as relações

lógicas atreladas aos pensamentos oníricos. Muitas vezes, isto é feito substituindo-os por características formais da própria trama onírica.

Assim como ocorre com os sonhos, as autolesões podem ser interpretadas como um recurso da vida psíquica do indivíduo, cujos meios de expressão a seu alcance são escassos em comparação com os de nossa linguagem intelectual. Pode-se, também, traçar um paralelo com a falta de fios lógicos que unam o ato de automutilar-se com a vida psíquica do indivíduo. As ligações e associações destituídas pelo caráter regressivo da autolesão podem ser recuperadas com o trabalho de análise, analogamente ao processo de interpretação dos sonhos.

Para abordar a capacidade do trabalho do sonho de combinar a totalidade do material psíquico em uma única situação, por levar em conta a ligação inquestionável que existe entre todas as partes dos pensamentos oníricos, Freud (1901/1972b) lança mão da metáfora de um quadro do Parnaso. Assim como um pintor consegue representar todos os poetas em um único grupo, sem que eles estivessem reunidos em um único cimo de montanha ao mesmo tempo, os sonhos logram reproduzir o encadeamento lógico pela proximidade no tempo e no espaço. Em ambos os casos, forma-se um círculo conceitual. A proximidade de dois elementos do conteúdo do sonho geralmente indica uma ligação íntima entre suas associações nos pensamentos oníricos. Da mesma maneira, Freud observa que os sonhos de mesma noite derivam do mesmo grupo de pensamentos, como frequentemente se conclui na análise.

Será que podemos ir além ao pensarmos sobre a automutilação? Não estamos aludindo aqui, vale ressaltar, a que haja um aspecto “onírico” no ato automutilatório, mas Freud é bem claro ao dizer que a regressão não é exclusiva à vida onírica. Sabemos que, para o indivíduo automutilador, o momento do corte parece condensar a totalidade das intensidades, que estariam associadas a seus pensamentos, nesta única situação. Como se, naquele momento de experimentação de maior vividez sensorial, estivessem presentes no enquadre todos os seus excessos e sofrimentos, do qual se poderá extrair um encadeamento lógico somente *a posteriori*. Assim, nossa hipótese é que é a própria autolesão que vai precipitar as condições de união de um grupo conceitual de representações para que possa vir a ser relatada posteriormente por meio da associação livre.

Cabe ressaltar ainda uma observação feita por Freud (1901/1972b) a respeito das representações opostas que são geralmente expressas nos sonhos por

apenas um elemento. “A alternativa ‘ou... ou’ nunca se expressa nos sonhos, sendo ambas as alternativas inseridas no texto do sonho como se fossem igualmente válidas” (p. 700). Segundo ele, alternativas do tipo “ou... ou” utilizadas em relatos de sonhos devem ser traduzidas por “e”; é quase inexistente o “não” na formação dos sonhos. Uma relação inversa ou oposta entre dois pensamentos pode ser representada pela transformação de uma parte do conteúdo onírico em seu oposto, em uma espécie de reflexão *a posteriori*. Da mesma forma, uma sensação muito presente nos sonhos, por exemplo, de impossibilidade de movimento, pode servir também para expressar um conflito de vontade, ou seja, a contradição entre dois impulsos, o que levaria a uma inibição.

A nosso ver, é possível, então, usar esse aspecto contraditório de duas representações opostas (como vimos no sonho) para explicar a aparente contradição do viés que utilizamos para abordar a automutilação neste estudo. Como pensar o corte como sendo uma busca por vividez sensorial? Em um primeiro momento, o corte na pele pode parecer uma ruptura com a vida, uma vontade de voltar ao estado inanimado, ao passo que associada à destruição de si mesmo. Ou mesmo uma vontade de anestesiá-la dor, de deixar de sentir as intensidades, o excesso e o sofrimento. Mas também representa a vontade exatamente oposta: a vontade de voltar a sentir algo, de voltar a sentir-se vivo, de servir-se da cinesia para experimentar uma vivacidade sensorial. Algo que não pode ser expresso em palavras, algo que vira ato, e que, ao mesmo tempo, exige um trabalho regressivo, com sua origem no movimento, na ação e na imagem mnêmica do momento do corte.

No contexto das autolesões a que nos propusemos analisar neste trabalho, os cortes superficiais infligidos na própria pele acabam por arrefecer o aumento de tensões causadas pelo sofrimento psíquico. Para tentar compreender essa dinâmica do alívio provocado a partir de um ato no informe corporal, recorreremos ao papel que a sensorialidade pode ocupar na elaboração psíquica, principalmente quando faltam palavras e representações que deem sentido ao excesso experimentado. Destacamos, então, não apenas a motricidade e o movimento do corte, mas também as imagens sensoriais geradas quando o indivíduo se corta.

A importância da sensorialidade para o psiquismo foi brilhantemente descrita por Freud (1900/1972a) ainda nos primórdios da psicanálise, ao analisar o trabalho do sonho. Daí nossa proposta de traçar um paralelo entre os mecanismos

de formação dos sonhos e os aspectos sensoriais do quadro clínico da automutilação. Tal como afirmou Freud, os sonhos têm a mesma relevância que quaisquer outros atos psíquicos na concatenação da vida psíquica, o que nos leva a uma necessidade de compreensão do ato autolesivo como outro tipo de ato psíquico que faria parte desse processo.

Por meio do quadro comparativo acima exposto, levantamos a possibilidade da aplicação do caráter regressivo também à dinâmica psíquica da condição clínica da automutilação. Freud (1900/1972a) deixa claro que a regressão não é exclusivamente aplicada à vida onírica, nos dando margem a tal exploração. Forjando pelo corte a movimentação regressiva em direção à via da sensorialidade, pela qual as excitações seriam encaminhadas, talvez seja esta a única forma possível para que o indivíduo consiga, naquele momento, transferir as intensidades psíquicas de uma representação para outra. Dessa forma, recuperar-se-ia a capacidade de sentir algo, antes anestesiada pela dor psíquica irrepresentável. Haveria, assim, uma reconexão com a vividez sensorial, proporcionada pela sensorialidade do movimento ou da imagem criada no momento do corte.

Outro aspecto da automutilação para o qual também buscamos expandir nossa compreensão neste estudo é em relação ao seu caráter compulsório, como se verifica em boa parte dos casos. Como vimos acima, a consideração à figurabilidade cunhada por Freud (1900/1972a) pressupõe uma atração seletiva exercida pelas lembranças visuais das cenas em que os pensamentos tocam. Isto nos permite inferir que a força sensorial das memórias dos cortes, quando há a possibilidade de transformação das representações, criam uma atração seletiva pela automutilação. Somente a partir de novos cortes, então, que o indivíduo acredita poder obter algum alívio para o seu sofrimento psíquico insuportável, daí o caráter repetitivo daqueles.

Por fim, cabe sublinhar a impossibilidade de traduzir em palavras, tanto o sofrimento psíquico por trás da dinâmica da automutilação, quanto a dor física provocada por ela. Tal como ocorre no deslocamento onírico descrito por Freud (1901/1972b), pode haver também, na prática da autolesão, um deslocamento da intensidade psíquica dos pensamentos e das representações para outro elemento de maior vividez sensorial, no caso, o próprio corte. Além de os cortes assumirem o plano principal da vida psíquica do indivíduo, também fica difícil para ele

conectá-los a outras representações. Se pensarmos em uma comparação com o mecanismo da condensação, presente no trabalho do sonho, pode ser que haja significativa perda das conexões lógicas entre os pensamentos também nos casos de automutilação, como se tudo se concentrasse no momento do corte. Diríamos, portanto, assim como Freud disse a respeito dos sonhos, que os meios de expressão disponíveis são escassos, se comparados aos da linguagem intelectual.

Poderíamos, dessa maneira, supor que o ato da automutilação, pela sensorialidade de seu movimento e da lembrança de sua imagem, reúne as condições de uma compreensão e um encadeamento lógico *a posteriori*. Assim como ocorre com o relato dos sonhos, o relato das experiências de autolesão pode funcionar, posteriormente ao ato, como uma abertura para a análise que permitiria a descoberta dos vínculos associativos que unem as representações mais relevantes para o psiquismo daquele indivíduo. Algo que, em um primeiro momento, não poderia ser expresso pela via da palavra, mas que é expresso pelo corpo, pelo ato e pela sensorialidade. E, quem sabe, até poderia, em um segundo tempo, servir como evento que conduza aos registros da palavra e da simbolização, vindo à tona a partir de um movimento regressivo do aparelho psíquico, engendrado tanto pela força sensorial da motricidade, como pela cena visual do corte na própria pele.

5 Considerações finais

O objetivo deste trabalho foi lançar luz sobre o tema complexo e diverso das automutilações. Dentre as diferentes formas de o fenômeno se apresentar, nos aprofundamos naquelas em que a dimensão corporal e a sensorialidade se destacam como aspectos primordiais. Uma de nossas principais hipóteses foi a de que a dimensão sensorial dos cortes autoprovocados poderia ser uma via para o sujeito encontrar os contornos do próprio corpo, conferindo um sentimento de que se está mesmo vivo, diante de um sofrimento psíquico intenso. Seria, portanto, a partir de uma vividez sensorial experimentada ao cortar-se que esse sujeito estaria garantindo a sua ligação com a vida.

Para aumentar nossa compreensão sobre a sensação de alívio, associada a essa vividez sensorial, relatada por muitos indivíduos após o ato da escarificação, tomamos como ponto de partida o estatuto dessas práticas. Enquanto fenômeno multidimensional e presente na história humana há séculos, a automutilação passou a ser estudada por diversas áreas do conhecimento, como a antropologia, a sociologia e, mais recentemente, pela psiquiatria e pela psicanálise. Isso conferiu ao tema uma variedade de abordagens e uma complexidade em relação à sua conceituação, problemáticas sobre as quais nos debruçamos. Foi necessário, então, para que pudéssemos nos situar em relação ao tipo de autolesão a que estamos nos referindo, um percurso nas pesquisas mais relevantes sobre o tema, sobretudo na psiquiatria e na psicanálise, que apontavam para algum grau de sofrimento psíquico.

Iniciamos nossa investigação seguindo uma perspectiva histórica e constatamos que as automutilações não se configuram como uma prática exclusiva da sociedade ocidental contemporânea. Como vimos com Cidade (2020), nos cultos e rituais de diversas civilizações desde o século VI A.C., encontramos um significado social previamente estabelecido para as marcas corporais autoengendradas, sem que isso indicasse necessariamente um sofrimento psíquico envolvido. Essa dimensão de um mal-estar subjetivo associado às práticas de autolesão parece ter se inaugurado na Idade Média, quando o corpo se torna um local de suplício para expiação de uma culpa

religiosa. Não havia, no entanto, à época, uma patologização desses comportamentos, que só foi inaugurada no século XIX, quando a psiquiatria voltou seu interesse para os atos autolesivos.

Como pudemos observar nas categorizações elaboradas pelos mais diversos autores, ainda que alguns deles listassem a culpa e a autopunição como sentimentos que poderiam despertar as práticas de escarificação, ficou evidente que o fenômeno é muito mais complexo na contemporaneidade. Defendemos, em nosso trabalho, que os comportamentos autolesivos descritos no contexto das subjetividades modernas tinham um viés de culpa e castigo devido às influências religiosas e às interdições morais herdadas da Idade Média. Por esse motivo também, a autopunição e o autocastigo ainda permanecem relacionados às automutilações no âmbito do senso comum.

Dentre as diversas categorizações psicopatológicas dos comportamentos automutilatórios, nos foram especialmente caras para o desenvolvimento deste trabalho, aquelas estabelecidas por Armando Favazza (1987/1996) como automutilações superficiais ou moderadas, que compreendem lesões superficiais e de menor gravidade na própria pele, não estando associadas a um comportamento suicida na maior parte das vezes. Utilizamos, então, essa descrição para as autolesões, uma vez que tampouco verifica-se nelas uma intenção autodestrutiva ou um desejo de autopunição. Conforme observado, os principais objetivos dessas escarificações circunscrevem-se, frequentemente, a uma tentativa de alívio das tensões provenientes de um sofrimento psíquico maior do que a dor provocada pelo corte.

Para melhor compreensão do caráter de alívio na dinâmica psíquica das automutilações, seguimos a pista de Nock e Prinstein (2004), que destacaram a necessidade de o indivíduo sentir alguma coisa, ainda que fosse dor, como uma das funções dessas práticas. Nossa aposta foi de que havia uma importância na sensação provocada pelo corte, subjacente ao fato de que sentir alguma coisa no corte implicaria em sentir que se está vivo. Haveria, portanto, um viés muito mais subjetivo na prática autolesiva, que poderia indicar a construção de um sentimento de existência. Concentramos, então, a partir daí, nossos esforços de pesquisa exclusivamente na psicanálise.

Ainda que Freud não tenha se ocupado especificamente do assunto, inferimos, a partir de sua obra, que as autolesões poderiam ser um dos destinos da

pulsão, fazer parte de uma dinâmica masoquista ou se apresentar como um sintoma, uma busca do psiquismo pela cura. Araújo, Chatelard, Carvalho e Viana (2016) nos apontaram para essa última hipótese, ao defender que as automutilações poderiam ser entendidas como uma expressão de um conflito inconsciente. Qualquer abordagem sob o ponto de vista médico, segundo o qual o sintoma deveria ser eliminado para que o sujeito voltasse a um estado saudável, implicaria um risco de ignorar o que essas práticas podem querer comunicar no caso específico de cada subjetividade.

Seguindo essa perspectiva subjetiva, buscamos a visão de autores psicanalistas que trabalharam sobre o tema, utilizando relatos dos pacientes que se cortam e que puderam descrever, assim, essa busca pelo alívio de um sofrimento psíquico intenso, sem que haja outro recurso para isso que não a autolesão. Destacamos os escritos de Le Breton (2006), que descreve as práticas autolesivas como tentativas de viver, não havendo, portanto, uma vontade de se destruir ou de morrer. A dor física dos cortes se opõe ao sofrimento psíquico, tentando restaurar algum sentido quando as palavras se mostram insuficientes e a única opção passa a ser um ato no informe corporal. Optamos por seguir, em nosso trabalho, a ideia do autor de que a automutilação seria uma forma contundente, talvez a única possível naquele momento, de expressão subjetiva da dor psíquica por meio de uma dor física. E, no trabalho de Douville (2004), destacamos a compreensão da automutilação como uma tentativa de o sujeito encontrar algum contorno psíquico na materialidade do próprio corpo, frente a um sentimento de descontinuidade de si mesmo.

A partir das contribuições desses dois autores, construímos o chão teórico no campo da automutilação para os dois eixos de pesquisa que se sucederam em nosso trabalho: a unidade corporal como sendo uma das bases para o sentimento de si mesmo; e a importância da sensorialidade como uma forma de expressão subjetiva e organização psíquica das intensidades experimentadas. Assim, nossa hipótese foi de que a automutilação aparece como imperativa quando há um sentimento de descontinuidade do Eu. Neste sentido, posteriormente, buscamos a compreensão sobre a formação de uma unidade corporal que parece estar atrelada ao conceito de imagem corporal.

Desta forma, como as automutilações se configuram por uma descarga direta na dimensão corporal, na busca pelos próprios contornos, demos

continuidade à nossa investigação destacando a relevância do registro do corpo como fator estruturante do psiquismo. Exploramos, então, na obra freudiana, a condição representacional do corpo, a dimensão erógena do corpo autoerótico, atravessada pelas pulsões parciais, dada a dispersão de suas partes e, ainda, a unidade corporal a partir do narcisismo. Para compreender de que forma se daria essa unificação corporal, possibilitando consequentemente um sentimento de existência, recorreremos ao conceito de imagem corporal a partir de Lacan (1949/1998), Schilder (1935/1980), e Dolto (1984/2017).

Lacan (1949/1998) aponta para uma defasagem da imagem que se forma do próprio corpo em relação à realidade fisiológica do mesmo. Ao mesmo tempo, Schilder (1935/1980) destaca o papel da percepção, da experimentação e do movimento na figuração mental de uma imagem corporal, caracterizando-a como um esquema plástico em constante alteração. Dolto (1984/2017), por sua vez, afirma que, mesmo que a formação da imagem inconsciente do corpo tenha sido iniciada na concepção, ela seguirá em constante atualização, devido às novas experiências e aos novos traços de memória do sujeito. Neste sentido, apesar de estarem inscritos em uma lógica de sofrimento psíquico, defendemos, em nosso trabalho, a compreensão de que os atos autolesivos também podem apontar para uma experimentação e uma atualização dessa imagem, na tentativa de constituição do Eu.

Nosso objetivo, ao recorrer a essas teorizações, foi compreender o papel do corpo na dinâmica das autolesões, ou ainda, o que estas poderiam representar para a configuração corporal e, consequentemente, para a constituição psíquica. No caso específico da automutilação, fica evidente uma fragilidade maior nessa constituição de uma unidade corporal, indicando uma primazia da parcialidade pulsional. Nossa hipótese é de que o indivíduo automutilador luta para formar uma imagem totalizante de si, por meio de um ato na dimensão corporal. De certa forma, estaria comprometido também o próprio sentimento de existência, fazendo com que o indivíduo buscasse a sensação de vivacidade quando se corta. O que nos levou ao nosso terceiro eixo da pesquisa, em que nos debruçamos sobre o tema da sensorialidade.

Iniciamos a discussão do capítulo seguinte com a ideia de um Eu corporal, de superfície, inaugurada por Freud com o advento da sua segunda tópica, em 1923, quando se ratificou que o corpo é que vai conferir uma unidade ao Eu.

Assim, todas as sensações advindas do sistema perceptivo passam a ser consideradas para a construção de uma unidade corporal. Freud admite que a dor também possa fazer parte do processo de constituição subjetiva do Eu. Dessa forma, a imagem não se configuraria como uma via exclusiva de representação para o corpo. Trabalhamos essa relativização da representação psíquica ao abordar a dimensão do excesso e seu aspecto irrepresentável, inaugurados com a segunda teoria pulsional de Freud. No nosso entendimento, os quadros clínicos de automutilação se inserem nesse contexto de uma descarga direta na dimensão do corpo, quando não há a possibilidade de expressar a dor psíquica em palavras, pela lógica da linguagem representacional. Podendo o corpo, então, se apresentar e se atualizar através da sensorialidade, ou seja, das sensações provenientes do sistema perceptivo.

Destacamos a importância das sensações provenientes do sistema perceptivo na presentificação do corpo, lançando mão dos apontamentos feitos sobre a memória por Freud na *Carta 52* (1950[1896]/1996b), endereçada à Wilhelm Fliess. Na carta, Freud define os signos de percepção como primeiro registro mnêmico das percepções, entre os quais não há uma ligação causal, uma inscrição verbal ou uma representação associada. Não havendo a possibilidade de representação, os signos de percepção seriam acionados no psiquismo pela figurabilidade e se reproduziriam compulsivamente, ganhando acesso à consciência ao ativar o sistema perceptivo, por exemplo, durante os sonhos ou em *flashbacks* da cena traumática, conforme elucidam Antonello e Gondar (2014).

Com base nessas contribuições, propusemos a hipótese de que também a automutilação seria uma alternativa sensorial, quando o psiquismo não encontra saída nos processos representacionais de linguagem. Apoiamo-nos, então, no conceito de figurabilidade (*Darstellung*) para ampliar o entendimento sobre a dinâmica psíquica por trás dos quadros de automutilação. A ausência de palavras e a dificuldade de elaboração do excesso psíquico que acomete esses indivíduos, conforme defendemos, parece apontar para uma outra forma de se tomar conhecimento do próprio corpo, que não exclusivamente pela representação imagética. Segundo nossa proposição, o corpo poderia ser conhecido pelo indivíduo automutilador por meio da figurabilidade ou da presentificação proporcionada pela sensorialidade presente nos cortes.

Para compreendermos melhor de que forma a sensorialidade pode atuar no

psiquismo, quando a representação e a linguagem concreta habitual parecem não dar conta, recorremos à *Interpretação dos sonhos* (1900/1972a), obra em que Freud aborda o funcionamento da figurabilidade. A partir de um paralelo com a vividez sensorial presente no trabalho do sonho, buscamos descrever de que forma a motricidade e as imagens produzidas no momento da escarificação atuam na organização psíquica das intensidades experimentadas.

Por meio de um quadro comparativo entre os mecanismos de formação dos sonhos e os aspectos sensoriais presentes na dinâmica psíquica da automutilação, propusemos o entendimento desta última também a partir de uma lógica regressiva. Freud (1900/1972a) abre margem para essa exploração ao explicitar que a regressão não é exclusiva da vida onírica. Nossa hipótese foi de que a movimentação regressiva, forjada pelo corte na própria pele, em direção à via da sensorialidade, seria a forma possível encontrada pelo indivíduo, naquele momento, de transferir as intensidades psíquicas de uma representação para outra. Assim, o sujeito se reconectaria com a vividez sensorial, recuperando a capacidade de sentir algo, que antes estava entorpecida por uma dor psíquica irrepresentável.

Outra hipótese construída em nosso trabalho a partir desse cotejamento é a de que, analogamente ao deslocamento onírico descrito por Freud (1901/1972b), também nos quadros clínicos de autolesão pode haver um deslocamento da intensidade psíquica dos pensamentos e das representações para outro elemento de maior vividez sensorial, no caso, o próprio corte. Segundo nossa proposta, além de os cortes assumirem o plano principal da vida psíquica do indivíduo, também fica difícil para ele conectá-los a outras representações. Isso explicaria, em parte, a impossibilidade de traduzir em palavras, tanto o sofrimento psíquico que acomete o indivíduo, quanto a dor física provocada pela automutilação.

Levantamos, ainda, uma comparação com o mecanismo da condensação presente no trabalho do sonho. Pode ser que haja, igualmente nos casos de automutilação, uma significativa perda das conexões lógicas entre os pensamentos, como se tudo se concentrasse no momento do corte. Conforme defendemos, os meios de expressão dos conflitos inconscientes seriam escassos, se comparados aos da linguagem verbal habitual.

A nosso ver, o ato da automutilação reuniria as condições de uma compreensão e um encadeamento lógico *a posteriori*, por meio da sensorialidade

de seu movimento e da lembrança de sua imagem. Analogamente aos relatos dos sonhos em análise, o relato das experiências de autolesão poderiam funcionar, posteriormente ao ato, como uma abertura para a descoberta de vínculos associativos que unem as representações mais relevantes para o psiquismo daquele indivíduo. Algo que, inicialmente, não poderia ser expresso pela via da palavra, mas que foi expresso pelo corpo, pelo ato e pela sensorialidade. Somente em um segundo tempo, por vezes, serviria como um evento capaz de conduzir aos registros da palavra e da simbolização, vindo à tona a partir de um movimento regressivo do aparelho psíquico, engendrado tanto pela força sensorial da motricidade, como pela cena visual do corte na própria pele.

Um dos eixos norteadores deste trabalho, portanto, foi a hipótese de que a automutilação se apresenta como um outro modo de o aparelho psíquico lidar com o excesso experimentado em situações de intenso sofrimento. Tal comportamento, ainda que contenha um caráter violento, que suscite uma resistência social e uma tentativa de contenção por parte de familiares e profissionais da saúde, pode assumir, por outro lado, o aspecto de um ato direcionado ao corpo que seja parte do processo de constituição subjetiva e que nos revela algo daquela subjetividade própria.

Por fim, utilizamos o aspecto contraditório das representações opostas descrito por Freud (1901/1972b) ao referir-se sobre os sonhos, para explicar a aparente contradição na abordagem deste estudo para o fenômeno clínico da automutilação. Em um primeiro olhar, os cortes poderiam apontar para uma ruptura com a vida, uma vontade de voltar ao estado inanimado, uma vez que parecem estar associados a uma autodestruição. Ou ainda, configurariam um anestesiamiento da dor, uma vontade de não sentir mais as intensidades, o excesso e o sofrimento. Mas também representam uma urgência exatamente oposta, conforme defendemos em nosso argumento central: a vontade de voltar a sentir algo, de voltar a sentir-se vivo, lançando mão da cinesia para experimentar uma vivacidade sensorial. Algo que não poderia ser expresso em palavras, algo que vira ato, e que, ao mesmo tempo, exige um trabalho regressivo, com sua origem no movimento, na ação e na imagem mnêmica do momento do corte.

6

Referências bibliográficas

- Adler, P. A. & Adler, P. (2007). The demedicalization of self-injury: from psychopathology to sociological deviance. *Journal of Contemporary Ethnography*, 36(5): 537-570.
- Alroe, C. J. & Gunda, V. (1995). Self-amputation of the ear: three man amputated four ears within five months. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29, 508-512.
- Antonello, D. & Gondar, J. (2014). E quando não há fios lógicos? *Cadernos de psicanálise CPRJ*, 36(30): 89-112.
- Araújo, J. F.; Chatelard, D. S.; Carvalho, I. S. & Viana, T. D. (2016). O corpo na dor: automutilação, masoquismo e pulsão. *Estilos da Clínica*, 21(2): 497-515. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v21n2/a12v21n2.pdf>
- Arcoverde, R. L. (2013). *Autolesão e produção de identidade*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica de Pernambuco, Pernambuco, Recife, Brasil.
- Associação Americana de Psiquiatria (APA). (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV*. Porto Alegre: Artmed.
- Associação Americana de Psiquiatria (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.
- Andrade, A. B. & Herzog, R. (2013). Bater em si: a automutilação como resistência à indiferenciação. In A. B. Freire (Org.), *O corpo e suas vicissitudes* (pp. 135-148). Rio de Janeiro: 7Letras.
- Bharath, S.; Neupane, M. & Chatterjee, S. (1999). Terminator: an unusual form of self-mutilation. *Psychopathology*, 32(4): 184-186. doi: 10.1159/000029088
- Birman, J. (1999). *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Birman, J. (2001). O corpo, o afeto e a intensidade em psicanálise. In J. Birman, *Mal-estar na atualidade* (pp. 55-78). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Birman, J. (2012). *O sujeito na contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Brasil. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm

- Canavêz, F. & Herzog, R. (2020). “O corpo adivinha se não entende”: o contemporâneo a partir da autolesão. In J. Verztman & F. Pacheco-Ferreira (Orgs.), *O público na psicanálise* (pp. 75-86). Curitiba: Appris.
- Castro, A. M. (2002). Automutilação: a emergência de sentir. *Psicologia Clínica PUC-Rio*, 5(6): 21-34.
- Cedaro, J. J. & Nascimento, J. P. G. (2013). Dor e gozo: relatos de mulheres jovens sobre automutilações. *Psicologia USP*, 24(2): 203-223. doi: 10.1590/S0103-65642013000200002
- Chaney, S. J. (2011) “A hideous torture on himself”: madness and self-mutilation in Victorian literature. *The Journal of Medical Humanities*, 32(4): 279-289. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3405242/>
- Cidade, N. O. P. (2020). *A dimensão arcaica das automutilações: descontinuidades nos primórdios da vida*. (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
- Cidade, N. & Zornig, S. (2016). Trauma, temporalidade e inscrição psíquica. *Cadernos de Psicanálise CPRJ*, 38(35): 29-47.
- David-Ménard, M. (2000). *A histérica entre Freud e Lacan*. São Paulo: Escuta.
- Demantova, A. G. (2017). *Escarificações na adolescência: corpo atacado, corpo marcado*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
- Dolto, F. (2017). *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva. (Trabalho original publicado em 1984).
- Douville, O. (2004). L'automutilation, mise en perspectives de quelques questions. *Champ psychosomatique*, 36(4): 7-24.
- Favazza, A. (1996). *Bodies under siege: self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University Press. (Trabalho original publicado em 1987).
- Favazza, A. & Rosenthal, R. J. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Psychiatric Services*, 44(2): 134-140.
- Fortes, I. (2012). A anatomia fantasmática: o lugar do corpo em psicanálise. *Revista Epos*, 3(2). Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epos/v3n2/04.pdf>
- Fortes, I. (2013). A dor como sinal da presença do corpo. *Tempo Psicanalítico*, 45(2): 287-301. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v45n2/v45n2a04.pdf>

- Fortes, I. & Kother, M. (2017). Automutilação na adolescência – rasuras na experiência de alteridade. *Psicogente*, 20(38): 353-367.
- Freud, S. (1972a). A interpretação dos sonhos. In S. Freud, *A interpretação dos sonhos (II) e sobre os sonhos (1900-1901)*(Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 5, pp. 543-664). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1900).
- Freud, S. (1972b). Sobre os sonhos. In S. Freud, *A interpretação dos sonhos (II) e sobre os sonhos (1900-1901)*(Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 5, pp. 671-726). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1901).
- Freud, S. (1972c). Novas conferências introdutórias sobre psicanálise – Conferência XXXII: Ansiedade e vida instintual. In S. Freud, *Novas conferências introdutórias sobre psicanálise e outros trabalhos (1932-1936)*(Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 22, pp. 85-112). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original escrito em 1932 e publicado em 1933).
- Freud, S. (1996a). Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas. In S. Freud, *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos (1886-1889)*(Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 1, pp. 197-216). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1893).
- Freud, S. (1996b). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess – Carta 52 (6 de dezembro de 1896). In S. Freud, *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos (1886-1889)*(Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 1, pp. 281-287). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original escrito em 1896 e publicado em 1950).
- Freud, S. (1996c). Projeto para uma psicologia científica. In S. Freud, *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos (1886-1889)*(Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 1, pp. 385-529). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original escrito em 1895 e publicado em 1950).
- Freud, S. (1996d). Estudos sobre a histeria. In S. Freud, *Estudos sobre a histeria (1893-1895)*(Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 2, pp. 11-320). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado entre 1893 e 1895).
- Freud, S. (1996e). Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia”. In S. Freud, *Primeiras publicações psicanalíticas (1893-1899)*(Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 3, pp. 89-118). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original escrito em 1894 e publicado em 1895).
- Freud, S. (1996f). A sexualidade na etiologia das neuroses. In S. Freud, *Primeiras publicações psicanalíticas (1893-1899)*(Edição *standard* brasileira das obras

psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 3, pp. 247-270). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1898).

Freud, S. (1996g). Lembranças encobridoras. In S. Freud, *Primeiras publicações psicanalíticas (1893-1899)*(Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 3, pp. 283-304). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1899).

Freud, S. (1996h). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In S. Freud, *Um caso de histeria, três ensaios sobre sexualidade e outros trabalhos (1901-1905)*(Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 7, pp. 117-231). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905).

Freud, S. (1996i). O ego e o id. In S. Freud, *O ego e o id e outros trabalhos (1923-1925)*(Edição *standard* das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 19, pp. 13-80). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923).

Freud, S. (1996j). Moisés e o monoteísmo. In S. Freud, *Moisés e o monoteísmo, esboço de psicanálise e outros trabalhos (1937-1939)*(Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 23, pp. 13-150). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original escrito entre 1934 e 1938 e publicado em 1939).

Freud, S. (1996k). Esboço de psicanálise. In S. Freud, *Moisés e o monoteísmo, esboço de psicanálise e outros trabalhos (1937-1939)*(Edição *standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 23, pp. 151-221). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original escrito em 1938 e publicado em 1940).

Freud, S. (2010a). Introdução ao narcisismo. In S. Freud, *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*(Obras completas, P. C. Souza, trad., v. 12, pp. 13-50). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1914).

Freud, S. (2010b). Os instintos e seus destinos. In S. Freud, *Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*(Obras completas, P. C. Souza, trad., v. 12, pp. 51-81). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1915)

Freud, S. (2010c). Além do princípio do prazer. In S. Freud, *História de uma neurose infantil ("O homem dos lobos"), além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920)*(Obras completas, P. C. Souza, trad., v. 14, pp. 161-239). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1920).

Freud, S. (2011). O problema econômico do masoquismo. In S. Freud, *O eu e o id, "autobiografia" e outros textos (1923-1925)*(Obras completas, P. C. Souza, trad., v. 16, pp. 184-202). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1924).

- Freud, S. (2014). A teoria da libido e o narcisismo. In S. Freud, *Conferências introdutórias à psicanálise (1916-1917)* (Obras completas, S. Tellaroli, trad., v. 13, pp. 545-569). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1917).
- Gauthier, M. (2007). Automutilation et autoérotisme. *Topique*, 2(99): 51-59.
- Giusti, J. S. (2013). Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Hanns, L. (1999). *A teoria pulsional na clínica de Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Herzog, R. (2011). Os limites da representação psíquica. In M. R. Cardoso & C. A. Garcia (Orgs.), *Os limites da clínica: clínica dos limites* (pp. 77-91). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Lacan, J. (1998). O estágio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelado na experiência psicanalítica. In J. Lacan, *Escritos* (pp. 96-103). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1949).
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (2001). *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1967).
- Le Breton, D. (2006). Scarifications adolescentes. *Enfances & Psy*, 3(32): 45-57. Recuperado de <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2006-3-page-45.htm>
- Lorthiois, M. M. (1909). *De l'automutilation: mutilations et suicides étranges*. Paris: Vigot Frères.
- 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 de <https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2010-1-page-255.htm>
- Menninger, K. (1966). *Man against himself*. New York, NY: Harcourt Brace Jovanovich Publishers. (Trabalho original publicado em 1938).
- Moraes, E. G. & Macedo, M. M. K. (2011). *Vivência de indiferença: do trauma ao ato-dor*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Munhoz, M. M. & Rossetti, R. (2013). Corpo comunicado: o espetáculo do autossacrifício religioso. *Esferas*, 1(2): 61-71. Recuperado de <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/esf/article/viewFile/3954/3001>
- Nixon, M. K. & Heath, N. L. (2009). Introduction to non-suicidal self-injury in adolescents. In M. K. Nixon & N. L. Heath (Orgs.), *Self-injury in youth: the*

essential guide to assessment and intervention (pp. 1-6). New York, NY: Routledge.

Nobre-Lima, L.; Barreira, A. & Castilho, P. (2017). A influência de fatores sociodemográficos na expressão de comportamentos autolesivos não suicidários (NSSI) em adolescentes portugueses. *Psicologia da Criança e do Adolescente*, 8(1): 33-48.

Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2): 78-83.

Nock, M. K. & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5): 885-890.

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2011). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1993).

Pommereau, X. (2006). Les violences cutanées auto-infligées à l'adolescence. *Enfances & Psy*, 32(3): 58-71.

Reis, E. S. (2004a). Corpo e memória traumática. In *Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental; VII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental*. Rio de Janeiro.

Reis, E. S. (2004b). *De corpos e afetos: transferências e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Contra Capa.

Sales, J. L. (2013). *Corpo e alteridade: processo de subjetivação*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Santos, L. C. S. & Faro, A. (2018). Aspectos conceituais da conduta autolesiva: uma revisão teórica. *Psicologia em Pesquisa*, 12(1): 1-10.

Scaramozzino, S. (2004). Pour une approche psychiatrique de l'automutilation: implications nosographiques. *Champ Psy*, 4(36): 25-38. Recuperado de <https://www.cairn.info/revue-champ-psycho-somatique-2004-4.htm>

Schilder, P. (1980). *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1935).

Schneider, M. (2002). La souffrance psychique. In Y. Michaud, *Qu'est-ce que la vie psychique?* (pp. 141-155). Paris: Odile Jacob.

Simeon, D. & Favazza, A. (2001). Self-injurious: assessment and diagnosis. *Journal of Counseling and Development*, 81(4): 490-496.

Withlock, J. L.; Powers, J. L. & Eckenrode, J. (2006). The virtual cutting edge: the internet and adolescent self-injury. *Developmental Psychology*, 42(3): 407-417.