

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

**ATAQUES AO CORPO NA ADOLESCÊNCIA:
OS LIMITES E O EU-PELE**

FERNANDO MÁRCIO DE SOUZA FERREIRA

Brasília, DF
2021

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

**ATAQUES AO CORPO NA ADOLESCÊNCIA:
OS LIMITES E O EU-PELE**

FERNANDO MÁRCIO DE SOUZA FERREIRA

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PPG-PsiCC) do Instituto de Psicologia (IP) da Universidade de Brasília (UnB) como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientadora: Professora Doutora Deise Matos do Amparo.

Brasília, DF

2021

FERNANDO MÁRCIO DE SOUZA FERREIRA

**ATAQUES AO CORPO NA ADOLESCÊNCIA:
OS LIMITES E O EU-PELE**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PPG-PsiCC) do Instituto de Psicologia (IP) da Universidade de Brasília (UnB) como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Brasília, DF

2021

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, sob a orientação da Profa. Dra. Deise Matos do Amparo.

Banca avaliadora:

Prof. Dra Deise Matos do Amparo (Universidade de Brasília - UnB) - Presidente

Prof. Dra Mônica Medeiros Kother Macedo (UFRGS) – Membro Externo

Prof. Dra Laís Macêdo Vilas Boas (CESMAC) – Membro Externo

Prof. Dra Regina Lúcia Sucupira Pedroza (Universidade de Brasília - UnB) Membro Interno Suplente

Quieto, composto, confronte, o menino me via.

– “Carece de ter coragem...” – ele me disse.

Visse que vinham minhas lágrimas?

Dói de responder:

– “Eu não sei nadar...”

O menino sorriu bonito. Afiançou:

– “Eu também não sei.”

Sereno, sereno.

Eu vi o rio. Via os olhos dele, produziam uma luz.

Grande Sertão Veredas – João Guimarães Rosa

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a minha orientadora, a professora Deise, por todo Amparo, pelo tempo dedicado, por todos os ensinamentos ao longo destes anos e por ter aceitado o desafio de acompanhar-me nesta tarefa.

Aos amores da minha vida: David, Luiza e Leidy, por todo amor, paciência, por adocicarem meus dias e acalentarem meu coração com seus sorrisos.

Aos meus pais Moacir e Diva por estarem presentes nos momentos importantes.

Aos colegas Olívio Israel, Thaywane Gomes, Ana Clara Alves, Rowena Carraca, Bruno Cardoso pelas colaborações prestadas.

Aos colegas do VIPAS por compartilharem suas experiências.

À Lívia Vilas Boas, Juliana Vieira e Denise Garcia pelas contribuições prestadas na coleta dos dados.

À Teresa, Andréa e Jeaninne por todos os ensinamentos.

Aos adolescentes que aceitaram participar desta pesquisa e contribuíram para a elaboração deste trabalho dedicando tempo, boa vontade e por contribuírem com informações e dados tão pessoais e sensíveis.

À UnB por ter tornado a realização deste trabalho possível.

RESUMO

Este trabalho teve sua origem no questionamento sobre a função psíquica do recurso ao ataque ao corpo nos adolescentes. Neste sentido, o objetivo da pesquisa foi buscar compreender por que alguns adolescentes utilizam o recurso do ataque ao corpo na forma de escarificações, autolesões, rituais de limpeza, anorexias e bulimias para lidarem com seus mal-estares. A hipótese levantada é que os ataques ao corpo são recursos utilizados por alguns adolescentes para lidarem com questões ligadas as falhas das funções do Eu-pele. Desta forma, hipotetizamos que os ataques ao envelope corporal operaram como uma tentativa de reparação subjetiva e, ao mesmo tempo, é uma forma de fazer a contenção de um mal estar psíquico localizando-os nos limites do corpo. Este trabalho trata-se de um estudo multimetodológico que utiliza para a coleta de dados entrevistas clínicas semiestruturadas com quatro adolescentes e relatos clínicos de acompanhamento terapêutico de um adolescente. A idade dos adolescentes envolvidos na pesquisa é compreendida entre 13 (treze) e 17 (dezessete) anos e o critério de inclusão era ter manifestado na clínica formas de ataques ao corpo como escarificação, automutilação e cortes na pele. Foi utilizada a amostragem de conveniência para seleção dos participantes e a abordagem qualitativa dos dados coletados. A análise das entrevistas e do caso clínico deu-se na perspectiva do arcabouço teórico da psicanálise. Observou-se que, na adolescência, o pubertário deverá inventar soluções para lidar com o violento processo de evasão pulsional e arrombamento pubertário que lhe acomete e os ataques ao corpo seriam saídas psíquicas para lidar com esse arrombamento, com as diferentes formas de violências sofridas e conflitos gerados por demandas do mundo externo. Pôde-se perceber nos casos que, ao atacar o próprio corpo os adolescentes buscavam reparar falhas de diferentes funções do Eu-pele e restabelecer os limites do corpo no plano subjetivo. A posição sensível do analista mostrou-se apropriada para o atendimento clínico pois permitiu uma posição implicada, em presença e, ao mesmo tempo, reservada que possibilitasse a historicização das experiências traumáticas do paciente.

Palavras chave: Corpo; Autolesão; Eu-pele; Adolescência; Limites.

ABSTRACT

This work had its origin in the questioning about the psychic function of the recourse to attack on the body in adolescents. In this sense, the objective of the research was to seek to understand why some adolescents use the resource of attack on the body in the form of scarifications, self-injuries, cleaning rituals, anorexia and bulimia to deal with their malaise. The hypothesis raised is that attacks on the body are resources used by some adolescents to deal with issues related to the flaws in the functions of the skin-ego. In this way, we hypothesize that the attacks on the body envelope operated as an attempt at subjective repair and, at the same time, it is a way to contain a psychic malaise by locating them at the limits of the body. This work is a multi-methodological study that uses semi-structured clinical interviews with four adolescents and clinical reports of therapeutic monitoring of an adolescent for data collection. The age of the adolescents involved in the research is between 13 (thirteen) and 17 (seventeen) years old and the inclusion criterion was to have manifested forms of attacks on the body in the clinic, such as scarification, self-mutilation and cuts in the skin. Convenience sampling was used to select participants and the qualitative approach of the collected data. The analysis of the interviews and the clinical case took place from the perspective of the theoretical framework of psychoanalysis. It was observed that, in adolescence, the pubertal must invent solutions to deal with the violent process of instinctual evasion and pubertal burglary that affects him and the attacks on the body would be psychic ways to deal with this burglary, with the different forms of violence suffered and conflicts generated by demands from the outside world. It was possible to perceive in the cases that, when attacking the body itself, the adolescents sought to repair flaws in different functions of the skin-ego and reestablish the limits of the body in the subjective plane. The analyst's sensitive position proved to be appropriate for clinical care because it allowed an implicit position, in presence and, at the same time, reserved that allowed the historicization of the patient's traumatic experiences.

Keywords: Body; Self-harm; Skin-ego; Adolescence; Limits.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1 - O CORPO EM PSICANÁLISE	14
1.1 O corpo Pulsional.....	14
1.2 O corpo narcísico	20
1.3 O corpo como lugar do Eu e das sensações.....	23
1.4 O corpo na contemporaneidade	25
CAPÍTULO 2 - ATAQUES AO CORPO NA ADOLESCENCIA	30
2.1 Adolescência e puberdade: Genitalização e sexualização do corpo	30
2.2 Ataques ao corpo: delimitando o termo	35
2.3 A dor como sensação de existir e como limite do corpo.....	39
2.4 O ataque ao corpo como recurso ao ato na adolescência	45
2.5 Ataques ao corpo e a clínica do traumatismo	47
CAPÍTULO 3 - OS LIMITES DO CORPO E DO EU: O ATAQUE AO EU-PELE	51
3.1 O Eu-pele – limite psíquico, do corpo e do Eu.....	54
3.2 Sentimentos do eu e flutuação das fronteiras	56
3.3 A pele como envoltório psíquico	57
3.4 Constituição do Eu-pele e fantasia de pele comum com a mãe.....	58
3.5 Funções do Eu-pele.....	60
CAPÍTULO 4 - MÉTODO	65
4.1 Participantes.....	66
4.1.1 Procedimentos de coleta de dados	66
4.1.2 Entrevista clínica semiestruturada	67
4.1.3 Análise dos dados das entrevistas	69
4.2 O estudo de caso	69
4.2.1 A construção do estudo de caso.....	71
4.3 Comitê de ética e pesquisa – CEP	73
CAPÍTULO 5 - ANÁLISE DAS ENTREVISTAS CLÍNICAS COM ADOLESCENTES	74
5.1 O caso Clara.....	74
5.1.1 Breve histórico do caso	74
5.1.2 O ataque ao corpo	75
5.1.3 Análise dos ataques a partir das Funções do Eu-pele	77

5.1.4	O ataque ao corpo como apagamento do objeto primário.....	81
5.1.5	Considerações sobre o caso.....	83
5.2	O caso Maki.....	84
5.2.1	Breve histórico do caso	84
5.2.2	Os ataques ao corpo	86
5.2.3	O bullying como possível evento traumático	86
5.2.4	Bulimia e rituais de compressão do corpo.....	87
5.2.5	As escarificações.....	89
5.2.6	Tentativas de autoextermínio.....	90
5.2.7	Análise dos ataques ao corpo a partir das funções do Eu-pele.....	91
5.2.8	Considerações sobre o caso Maki	92
5.3	O caso Luna.....	944
5.3.1	Breve histórico do caso	94
5.3.2	O nascimento do irmão como possível evento traumático.....	96
5.3.3	Análise dos ataques ao corpo a partir das Funções do Eu-pele	98
5.3.4	Namoro e amigos – possibilidade de investimentos em outros objetos externos....	99
5.3.5	Considerações sobre o caso Luna	99
5.4	O caso Domênico.....	100
5.4.1	Breve histórico do caso	100
5.4.2	Os ataques ao corpo	101
5.4.3	Análise dos ataques a partir das funções do Eu-pele	102
5.4.4	Considerações sobre o caso Domênico	103
CAPÍTULO 6 - ESTUDO DE CASO CLÍNICO		1055
5.5	O caso Lavínia	1055
5.5.1	Breve histórico do caso	1055
5.5.2	A cena traumática – o abuso como possível evento disparador dos ataques	1086
5.5.3	Os ataques ao corpo	110
5.5.4	Dimensão masoquista das escarificações - a dor como reestabelecimento do limite do corpo.....	1155
5.5.5	Bullying.....	1166
5.5.6	A Mãe.....	1177
5.5.7	Sobre o desenvolvimento da psicoterapia e a posição do analista – Analista sensível	1199
5.5.8	Considerações sobre o caso Lavínia	1233
CAPÍTULO 7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS		1266
	Do visível ao invisível – Ataques ao corpo e possibilidades de historicização das experiências traumáticas	126

REFERÊNCIAS.....	130
ANEXOS	1400
Anexo I - Roteiro para entrevista (modelo).....	1400
Anexo II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.....	1411

INTRODUÇÃO

Na atualidade tem sido possível observar a crescente prática entre os adolescentes de ataques aos seus corpos com comportamentos autolesivos. Estes adolescentes apresentam em seus corpos marcas decorrentes de cortes e escarificações provocados propositadamente com o uso de uma gilete, lâminas de apontadores, lâminas de barbear dentre outros objetos. Estes atos nem sempre são acompanhados de intenção suicida e geralmente são justificados como busca de alívio de mal estrar psíquico. Em uma pesquisa realizada no Reino Unido e publicada no ano de 2017, demonstrou que houve um crescimento de 68% no número de episódios de autolesão praticados por meninas com idade entre 13 e 16 anos, entre os anos de 2011 e 2014, saltando de 45,5 para 77 episódios para 10.000 garotas. Esta pesquisa também demonstrou que, nas meninas, esta pratica é mais frequente que nos meninos (Morgan *et al*, 2017).

Não foram encontrados, no Brasil, dados estatísticos que façam menção à prática de autolesão entre adolescentes, no entanto, tem sido possível observar em diferentes serviços que trabalham com este público que o número de adolescentes que apresentam autolesão tem sido cada vez mais frequente. Dentre alguns grupos e pessoas que estudam esta temática, gostaria de citar o grupo que estuda as *Violências e Psicopatologias na Contemporaneidade - Diagnóstico e Intervenção Clínica – VIPAS* que é um grupo coordenado pela professora Dra. Deise Matos do Amparo, orientadora desta dissertação de mestrado e pesquisa, O VIPAS estuda as formas de violência e psicopatologia contemporâneas investigando aspectos psicopatológicos, clínicos e de psicodiagnóstico. Este grupo tem interesse em temas relativos ao campo da psicopatologia clássica, novas formas de adoecimento psíquico, produções subjetivas contemporâneas e suas relações com as violências considerando as especificidades da intervenção e do manejo clínico. O VIPAS busca caracterizar o *pathos* contemporâneo,

investigar o mal estar da cultura na atualidade, as repercussões subjetivas e seus impactos no aparecimento de diversos tipos de sofrimentos psíquicos típicos da atualidade, como, por exemplo, o desamparo, a dependência, o narcisismo e a violência (Amparo, Moraes, & Alves 2020). Com a realização deste trabalho, espera-se contribuir com a discussão sobre o fenômeno das autolesões entre os adolescentes mas, também, levantar a importância da promoção e acesso a ações e serviços dentro das políticas públicas aos adolescentes que se autolesionam.

Diante desta realidade, foi proposta a realização de um estudo que pretende contribuir para a discussão sobre a temática das autolesões em adolescentes a fim de lançar luz neste tema tão importante e preocupante da atualidade. Conhecer um pouco sobre a relação existente entre adolescentes e as experiências que marcam seus corpos é de fundamental importância para uma boa condução clínica destes casos e ofertar um tratamento que permita que estes indivíduos mantenham relação menos destrutiva com seus corpos e também laços sociais saudáveis.

O interesse pela pesquisa deste tema surgiu em decorrência deste aumento perceptível dos casos de adolescentes que se autolesionam e pela busca de uma compreensão sobre o porquê da escolha de um recurso que coloca o próprio corpo do indivíduo como objeto de ataque, muitas vezes, violento. Esta pesquisa tem como foco principal os ataques ao corpo na modalidade de escarificações mas durante a realização desta pesquisa foi possível perceber nas entrevistas e no estudo de caso, que além das escarificações, as adolescentes apresentavam outras modalidades de ataques de ataque como anorexia e vitiligo, por exemplo.

Com esta dissertação pretende-se promover discussão acerca do sofrimento psíquico adolescente e também contribuir com avanço acerca deste tema mas também auxiliar na construção de um conhecimento que poderá fomentar políticas públicas específicas para esta causa que, como se observa, tem se apresentado frequente e crescente entre os adolescentes.

Os ataques ao corpo podem apresentar diferentes facetas e objetivos para cada indivíduo permitindo que existam diferentes hipóteses referentes ao seu objetivo: recurso de simbolização, construção identitária, laço social, efeitos de contágio, recurso para aplacar a angústia, etc... (Le Breton, 2010; Le Breton, 2012; Drieu, Proia-Lelouey, & Zanello, 2011). Para esta pesquisa, interessa o ataque ao corpo que objetiva o alívio das dores emocionais ou seja, aqueles ataques ao corpo descritos como capazes de aliviar um mal estar do indivíduo que comete o ato, o ataque ao corpo como recurso para se opor ao sofrimento emocional e aplacar sua angústia.

Nesse contexto algumas questões de pesquisa são propostas para o desenvolvimento teórico clínico deste trabalho: Qual estatuto de corpo para a psicanálise, de que corpo se trata? Há uma especificidade no corpo do adolescente? É possível pensar em uma clínica do limite na adolescência? Qual a relação existente entre os ataques ao corpo em adolescentes e a fase da adolescência? Por que determinados indivíduos recorrem às práticas autolesivas, na forma de ataques ao próprio corpo? Estas foram as questões que motivam esta pesquisa de mestrado e que nortearam os estudos.

Nos capítulos 1,2, e 3 foram realizados estudos bibliográficos que são apresentados na discussão teórica desta dissertação. O capítulo1 discorre sobre o estatuto do corpo numa perspectiva da psicanálise ponderando sobre os conceitos de corpo pulsional e corpo narcísico, localizando o corpo como lugar do eu e das sensações apontando o lugar e algumas manifestações do corpo no contemporâneo. No capítulo 2 apresenta o fenômeno da adolescência como um período onde ocorre a genitalização e sexualização do corpo do adolescente e como os ataques a corpo, nesta fase, podem estar ligadas a fatores como ritos de passagens da infância para a fase adulta mas também como freios identitários (Le Breton, 2012) podendo o adolescente recorrer aos ataques ao corpo como tentativas de constituição narcísica ao mesmo tempo em que a dor provocada pelos ataques demarcam os limites do

envelope corporal e do Eu. Para complementar o capítulo 2 e continuar com a discussão, o capítulo 3 discute a noção de limites em psicanálise e relacionando-o com o conceito de Eu-pele (Anzieu, 1989). Neste capítulo são apresentadas as funções do Eu-pele descritas por Anzieu (1989). Neste ponto é possível relacionar os ataques ao corpo a falhas em algumas funções do Eu-pele sendo os ataques ao corpo forma de reestabelecer seus limites. O capítulo 4 apresenta a metodologia utilizada para a realização desta pesquisa que utiliza um estudo multimetodológico, qualitativo, com utilização de três entrevistas clínicas semiestruturadas e dois estudos de caso. Todos os participantes desta pesquisa são adolescentes com idade entre 13 e 17 anos. A análise das entrevistas foi realizada a partir do arcabouço teórico da psicanálise. Os capítulos 5 e 6 apresentam as análises das entrevistas e os estudos de caso, respectivamente. Por fim, no capítulo 7 são apresentadas as considerações finais.

CAPÍTULO 1 - O CORPO EM PSICANÁLISE

1.1 O corpo Pulsional

No início havia um corpo! Um corpo rígido, contraído, paralisado e com analgesias, mas não sem um aparelho psíquico. E foi a partir da escuta deste corpo que o então jovem neurologista Sigmund Freud criou a psicanálise. A compreensão do estatuto de corpo em psicanálise é de extrema relevância uma vez que é evidente a centralidade do corpo nas expressões de sofrimento psíquico. Não há manifestação psíquica e de sexualidade que não seja expressa por outra via senão através do corpo.

Freud, ainda no início de sua jornada em busca da compreensão da questão da histeria, uma doença enigmática que desafiava a classe médica na virada do século XIX para século XX, busca a partir de seus estudos iniciais Jean Martin Charcot e Josef Breuer, uma explicação possível para o tratamento para esta doença que se tratava, sobretudo, de uma doença com manifestações corporais através de contraturas, analgesia, paralisia.

A partir de suas observações de suas pacientes histéricas, utilizando o método da hipnose, Freud se convence que havia uma divisão de consciência que era marcante nestes casos, uma espécie de “*double conscience*” (Breuer, & Freud, 1983). Contudo, é após uma de suas pacientes, Emmy Von N. pedir a Freud para que a deixe falar sem que ele a interrompa que ele abandona a hipnose e a deixa falar livremente criando assim a conhecida regra de ouro da psicanálise da associação livre. Abandonando a hipnose, mas continuando a escutar as histéricas, Freud percebe que algo se repete com frequência no discurso de suas pacientes – há uma frequência recorrente às questões da sexualidade. O fenômeno da conversão (mas também as dissociações) seria um sintoma manifestado no corpo das histéricas por consequência de uma sexualidade que foi recalcada – como o caso de sua paciente Anna O.

que, apesar de falar várias línguas, ser culta, inteligente e gentil, a sua sexualidade era regressiva (Freud, 1888/1996).

Este primeiro momento de teorização do jovem Freud acerca da etiologia da neurose histérica é conhecido como a teoria do trauma e teoria da sedução uma vez Freud acreditava que as histéricas sofriam de reminiscências onde as experiências traumáticas destes pacientes estariam ausentes em decorrência do recalçamento de um desejo sexual que fora proibido outrora. Para Freud, os traumas estariam ligados a representações que se tornaram patológicos uma vez que não foram ab-reagidos (Freud, 1893/1996). Com isto, Freud elaborou sua primeira tese a qual acreditava que a histeria seria consequência de experiências traumáticas de sedução e/ou até mesmo abuso sexual sofrido por suas pacientes.

Contudo, em uma correspondência de 21 de setembro de 1887 que escreveu a Fliess, Freud confia-lhe: “não acredito mais em minha neurótica” (Masson, 1986). Freud explica que “no inconsciente não há indicações de realidade, de modo a não se poder distinguir entre verdade e ficção que foram catexizadas pelo afeto” (Masson, 1986, p.265/266), ou seja, nem todas as histéricas foram abusadas, apesar destas fantasias serem recorrente nestas pacientes.

Birman (1999) aponta que a noção de sexualidade deve ultrapassar a noção do senso comum de estrito ao comportamento sexual mas algo que se inscreve, antes de mais nada, na fantasia, deste modo, a fantasia indica o lugar psíquico onde a sexualidade se materializa para se desdobrar no corpo.

Aqui se percebe a relação direta entre psiquismo e manifestações corporais. Pode-se dizer que o corpo para a psicanálise trata de um corpo que é para além das questões orgânicas e/ou biológicas, trata de um corpo sexualizado e erotizado, movido por desejos e moções pulsionais, atravessado pelas fantasias do psiquismo.

Buscando ampliar e discutir o conceito de sexualidade, conceito este que atravessará a compreensão sobre o corpo em psicanálise, Freud publica em 1905 uma de suas obras consideradas mais significativas e originais, os *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905/1996). Trata de uma obra que provocou bastante discussão e polêmica na época, sobretudo nas pessoas e classes mais conservadoras. Isto porque, nesta obra, Freud defende a tese que a sexualidade estaria presente no humano desde o seu nascimento afirmando a existência de uma sexualidade infantil, não sendo esta, portanto, uma exclusividade do adolescente ou adulto. Também confronta a ideia que a sexualidade humana teria como objetivo final a união sexual para fins de reprodução, afirmando que a sexualidade humana é por excelência perversa polimorfa.

A sexualidade humana se caracteriza pela existência de um impulso de ordem sexual em direção a um objeto ou alvo. A pulsão pode ser endereçada a qualquer objeto que ofereça satisfação a este impulso, desta forma, o objeto da pulsão é o que se apresenta de mais variado no humano, sendo variável para cada pessoa. Assim, de início, a pulsão sexual deve ser pensada como independente de seu objeto (Freud, 1905/1996).

É a partir deste ponto, que Freud (1905/1996) acrescentará a sexualidade humana um caráter, por natureza, perversa polimorfa. Quer dizer que existem várias formas de apresentação, se manifestando em diferentes modalidades de ser. Isto porque, no humano, haveria transgressões anatômicas e demoras em relação ao que seria um alvo sexual dito normal (encontro do genital de um homem com genital de uma mulher). Sexualidade aqui deve ser pensada além da sua função reprodutiva, devendo ser entendida na relação prazer/desprazer, excitação/alívio de excitação, tensão/descarga de tensão.

O uso dos lábios ou boca, por exemplo, utilizada durante um beijo (finalidade sexual) perverte sua finalidade anatômica ligada à entrada do aparelho digestivo. Desta forma, as mucosas poderiam ser consideradas e tratadas como genitais, sendo correspondentes a zonas

erógenas, ou seja, “parte da pele ou da mucosa em que certos tipos de estimulação provocam uma sensação prazerosa de determinada qualidade” (Freud, 1905/1996, p.94). Assim, à pele e/ou outro ponto da mucosa ou do corpo poderia ser atribuída características erógenas. Assim, as zonas erógenas seriam os lugares privilegiados onde se estabeleceriam as relações intrincadas entre o dentro e o fora do corpo, indicando, pois, a porosidade corporal (Birman, 1999). Desta forma, a sexualidade perversa é universalmente humana e originária. Este corpo, então, se apresenta com uma grande variedade de zonas erógenas, sendo o órgão genital apenas um lugar que permite a satisfação e prazer.

Ainda em 1905, Freud formula o conceito de pulsão e anuncia as características das pulsões. Para ele, estas são parciais; são um representante psíquico de uma fonte endossomática com estimulação constante; a pulsão está situada entre o somático e o psíquico. Trata de um processo de excitação de um órgão que busca alcançar seu objeto, para satisfação da pulsão e rebaixamento desta estimulação. Com isto, Freud aponta que a pulsão trata uma pressão que se origina no organismo em direção à mente, ou seja, está relacionada ao mesmo tempo ao corpo e à mente.

Um ponto importante a ser destacado é que, do ponto de vista terminológico do conceito, ao escrever sua obra em alemão, Freud fez o uso do termo *trieb*. Este termo, de raiz germânica, tem sua raiz no verbo *trieben* (impelir), que corresponde, em português a algo como impulsionar, dar impulso, empurrar. As obras de Freud foram traduzidas do alemão para o inglês por James Strachey, como é encontrado na versão *Standart Edition*, e também na tradução da língua inglesa para portuguesa. Nesta tradução se optou por fazer a tradução do termo *trieb* pelo termo *instinct*, ou instinto no português. No idioma alemão existem os dois termos: *trieb* e *instinct*, contudo, como já mencionado, o termo utilizado por Freud foi *trieb*. É importante fazer esta diferenciação uma vez que, os termos podem apontar entendimentos diferentes. Instinto é utilizado para fazer referencia a um tipo de comportamento animal, que

estaria ligado a uma programação biológica na qual qualquer indivíduo da mesma espécie apresentará uma mesma resposta comportamental a um determinado estímulo. Já o termo pulsão estaria ligado a uma pressão ou força constante em direção a um objeto que não está definido biologicamente sendo este o mais variado na espécie humana (Laplanche & Pontalis, 1996).

A pulsão é um conceito limite em psicanálise, limite porque Freud (1915/1996) a definiu como:

situada na fronteira entre o mental e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente, como uma medida da exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo (Freud, 1915/1996).

Tendo definido a pulsão como entre o somático e o psíquico ou um representante psíquico dos estímulos que advém do interior do corpo e alcança a psique, é importante pensar nos outros termos que fazem conexão. A pulsão tem por meta uma satisfação e esta satisfação, para ser alcançada, necessitaria passar por um objeto. A rigor este objeto não precisaria passar por um objeto externo, podendo ser uma parte do próprio corpo. Pode acontecer também que um mesmo objeto sirva de satisfação de várias pulsões e um objeto poderá ser substituído por inúmeros outros objetos (Freud, 1915/1996). Como diz Garcia-Rosa, “a pulsão é a potência do corpo, potência necessariamente plural, não unificada, (...) estado de dispersão de intensidades corporais” (1993, p. 195/196).

A pulsão trata de algo fundamental que aporta o psiquismo no corpo, ou seja, o psiquismo estaria imerso no corporal não sendo este apenas da ordem do ideal, movido pelas pulsões. O conceito de pulsão está fundando na dimensão do *pathos*. Isto porque há presença de algo inquietante mais forte que o indivíduo e que se apossa dele. A existência deste algo

inquietante está além do controle do sujeito e a racionalidade encontra limitações para lidar com isto. Desta forma, a pulsão coloca o sujeito em movimento pelo sobressalto inquietante que produz, a lógica da paixão (Birman, 1999).

Tendo exposto isto, para Kanabus (2015), a psicanálise defende a ontogênese do segundo corpo, o corpo subjetivo, a partir do primeiro corpo, o corpo objetivo; partindo da modificação de instinto em pulsão, tendo este apoio na função fisiológica. É como a utilização da boca para além de sua função fisiológica de comer mas também para beijar, morder, utilização para práticas sexuais, negar comida (anorexia), dentre outros. Assim, o que se tem é uma subversão da função da pulsão que passa pelo órgão. Desta forma, vemos o corpo subvertido de sua função fisiológica em proveito da construção de um segundo corpo, o corpo erótico. No entanto, este corpo erótico, para além do fisiológico, não é endógeno e não vem da biologia, mas é apresentado à criança do exterior, a partir da relação com o outro. Tem-se então um corpo erótico, para além de sua função biológica, assim, o corpo erótico tem autonomia sobre o corpo biológico na medida em que o corpo entra na esfera do corpo erótico, sexualizado e sensualizado. Em outras palavras, “precisamos admitir que vivemos simultaneamente em dois corpos: respectivamente, o corpo biológico e o corpo erótico” (Dejours, 2019, p. 13).

Enquanto o corpo biológico obedece às questões anatômicas dos órgãos, o corpo psicanalítico obedece às leis do desejo inconsciente coerente com a história de vida do sujeito (Fernandes, 2011a) passando da lógica da anatomia para lógica da representação (Birman, 1991, p. 141).

Isto quer dizer que o corpo ganha um estatuto que rompe com a noção puramente biológica e passa a ser compreendido como um lugar onde se inscrevem as pulsões e fantasias mas também é significado pela linguagem (Lindenmeyer, 2012). Ou nas palavras de Winograd “para a psicanálise o corpo é formado, afetado e determinado pela linguagem ou

pela representação” (2011, p. 69), ou seja, é somente do lugar da linguagem que se pode falar de um corpo. Nas palavras de Birman (1999), o corpo pulsional é, assim, não identificado ao conceito biológico mas autoerótico e narcísico.

Neste sentido, quando se fala em corpo na psicanálise, é de um corpo para além do biológico, um corpo pulsional, atravessado pelas pulsões sexuais, que está sob uma pressão constante e visa a sua satisfação por via de um objeto que se trata. Contudo, esta noção que o indivíduo tem de seu de corpo não está presente desde o nascimento, mas ela é constituída no decorrer de seu desenvolvimento, trata do que Freud chamou de narcisismo e a descrição deste processo foi desenvolvida por ele em seu texto *Sobre o Narcisismo: Uma introdução* (1914/1996).

1.2 O corpo narcísico

Em psicanálise, quando se fala em narcisismo, remete-se ao processo ao qual o indivíduo assume a imagem de seu corpo próprio e se identifica com ela tomando esta imagem como sua, portanto, trata-se do processo de constituição do Eu (Lazzarini, 2006) e do corpo unificado (Birman, 1999).

É importante ressaltar que o processo de identificação com sua imagem e de constituição do Eu não existe desde o nascimento do bebê, precisa ser desenvolvido. O estágio inicial da libido é o estágio autoerótico, ou seja, as pulsões não são dirigidas para outras pessoas ou objetos, mas se satisfazem no próprio corpo. As primeiras satisfações sexuais são autoeróticas e servem à finalidade de autopreservação estando relacionadas às funções vitais. Esta fase é caracterizada por ausência do objeto sendo, por isto, chamada de fase anobjetal. Para o Eu ser constituído é necessário que uma nova ação psíquica seja adicionada ao autoerotismo, para, assim, provocar o narcisismo (Freud, 1914/1996).

O termo narcisismo foi escolhido por Freud influenciado pela descrição clínica que Paul Näcke fez em 1899 de uma atitude de uma pessoa onde esta trataria o seu próprio corpo como objeto sexual e obtém satisfação sexual através de si mesmo. Para construção do conceito, Freud se baseia no mito de Narciso onde um jovem se vê capturado pela sua própria imagem refletida em um lago, indicando um amor pela imagem de si mesmo (Freud, 1914/1996; 1917/1996).

A primeira vez que o termo narcisismo apareceu nas obras de Freud foi no texto *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905/1996), quando Freud referiu a uma forma de investimento pulsional dos invertidos (conceito utilizado para tratar os homossexuais, na época) no qual o indivíduo dirigia sua pulsão para satisfação e “tomam a si mesmo como objetos sexuais”. Em 1911, em *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia* aparece como um ponto de fixação das psicoses e como uma fase evolutiva da psicosexualidade com ênfase na etapa primitiva da fusão simbiótica da relação mãe-bebê como estado de indiscriminação especular (Zimerman, 2008).

O narcisismo, definido como um estágio de desenvolvimento da libido situado entre o autoerotismo e o amor objetal (Freud, 1914/1996), trata-se do processo o qual o indivíduo elege o seu próprio corpo como objeto de amor. Desta forma, um corpo até então parcializado dá lugar a uma representação unificada de si, o Eu. Freud diferencia dois estados distintos do narcisismo. O primeiro estado chamado de narcisismo primário trata-se de um estado precoce onde toda a libido da criança é investida em si mesma, tomando a si como objeto de amor antes de escolher objetos exteriores. Posteriormente, com o narcisismo constituído, com a imagem de si próprio, como unidade e objeto unificado, constituindo o Eu. Com isto, os investimentos libidinais antes autoeróticos, sem convergência das pulsões parciais, agora se convergem para o investimento no Eu, tomando como objeto – trata-se do narcisismo primário. O narcisismo secundário designa um segundo estado onde, após o

investimento da libido em objetos externos, há uma retirada deste investimento destes objetos retornando o investimento libidinal ao Eu da criança (Laplanche, 1992).

Desta forma, o narcisismo

consiste no fato de o indivíduo em desenvolvimento, que unificou suas pulsões sexuais que agem de forma autoerótica, a fim de obter um objeto de amor, primeiramente toma a si mesmo, a seu próprio corpo, como objeto de amor, antes de passar à escolha de uma outra pessoa como objeto (Freud, 1914/1996, p. 52).

Lacan, em sua formulação teórica sobre a origem do Eu, relaciona o narcisismo ao que chamou de estágio do espelho que trata de um processo o qual o bebê, após ter passado por um primeiro momento de sensação de corpo fragmentado e indiferenciação entre ele e a mãe, se percebe como uma totalidade e separado dela quando se vê frente do espelho (ou mesmo no discurso de um outro) tomando sua própria imagem como uma totalidade e unificada (Lacan, 1988).

Conforme Garcia-Roza, esta experiência de reconhecimento de sua própria imagem frente ao espelho “se dá na criança a partir dos seis meses de idade e lhe permite formar uma representação de sua unidade corporal por identificação à imagem do outro, matriz a partir da qual se formará o primeiro esboço de Eu” (Garcia-Roza, 1995, p. 67).

Um ponto importante a ser destacado aqui é a necessidade da presença de uma outra pessoa na cena, junto ao bebê, geralmente a mãe ou seu substituto, e que irá nomeá-lo e nomear tudo que envolve o bebê e o circunvizinha.

Segundo Lazzarini e Viana (2006), “se o corpo pulsional remete a uma dispersão da pulsão, o corpo narcísico se refere a uma unidade no corpo realizada pela presença significativa do outro”: é através do outro que a unidade do corpo vem a ser prefigurada e antecipada.

Para Cardoso (2010), com o narcisismo se consolida os limites do Eu e sua delimitação mas também o estabelecimento das fronteiras que estabelecem as noções de interno e externo. Contudo, quando o estabelecimento destas fronteiras se mostra precário e não se apresentam claros, o espaço fronteiro firmado entre o Eu e o outro, interno ou externo, tende a se firmar como um espaço estreito.

1.3 O corpo como lugar do Eu e das sensações

O texto *O Eu e o Isso* (1923/1996) marca o início da segunda tópica freudiana e é nele que Freud continua a descrever melhor a instância psíquica do Eu. Aqui, sem anular a primeira tópica, ele irá propor uma nova divisão a partir das instâncias que denominou Eu, Isso e Supereu, compreendendo o aparelho psíquico, agora, mais dinâmico e menos descritivo.

Freud (1923/1996) aponta que, ao nascer, o indivíduo não tem a instância do Eu desenvolvida, mas este será constituído a partir das relações que este indivíduo estabelecerá com os outros objetos e com o mundo externo. A partir da influência de Georg Groddeck, Freud irá concordar que o Eu comporta-se de modo passivo em relação a forças incontroláveis e desconhecidas que permeiam e dominam o indivíduo e estaria presentes desde o início de sua vida. A esta parte da mente que se comporta de forma inconsciente e autônoma é atribuído o nome de Isso, que representa um reservatório das pulsões e libido. O Eu seria então uma parte do Isso que foi modificado pelo contato com o mundo externo, não estando separados um do outro, mas fundidos (Freud, 1923/1996).

Neste sentido, um indivíduo é um Isso psíquico, não reconhecido e inconsciente, em cuja superfície se constituirá o Eu. Uma parte do Isso que foi modificada pela influência direta do mundo externo. Continuando, Freud assinala que o Eu deriva “das sensações corporais, principalmente daquelas oriundas da superfície do corpo”, podendo ser visto,

assim, como uma “projeção mental da superfície do corpo”, além de representar, como vimos acima, as superfícies do aparelho psíquico (Freud, 1923/1996, p.60).

Na descrição da instância Eu, Freud afirmará que este é “sobretudo corporal, não é apenas uma entidade superficial, mas ele mesmo é a projeção de uma superfície”. (Freud, 1923/1996, p.24)

Freud continua dizendo que o corpo:

principalmente sua superfície, é um lugar do qual podem partir percepções internas e externas simultaneamente. É visto como um outro objeto, mas ao ser tocado produz dois tipos de sensações, um dos quais pode equivaler a uma percepção interna. Já se discutiu bastante, na psicofisiologia, de que maneira o corpo sobressai no mundo da percepção. Também a dor parece ter nisso um papel, e o modo como adquirimos um novo conhecimento de nossos órgãos, nas doenças dolorosas, é talvez um modelo para a forma como chegamos à ideia de nosso corpo (Freud, 1923/1996, p.23).

Não se pode deixar de mencionar a importância do papel das identificações do Eu com os objetos com os quais teve contato durante seu desenvolvimento. O Eu é, neste sentido, um “precipitado de investimentos objetivos abandonados, de que contém história dessas escolhas de objeto” (Freud, 1923/1996, p.26), ou seja, aquilo que o indivíduo chama e reconhece como si ou como Eu é uma consequência das experiências, de prazer e/ou desprazer as quais ele experimentou na relação com outras pessoas e/ou objetos.

Um ponto importante a ser destacado refere-se a importância que a dor desempenha em relação ao processo de percepção do próprio corpo estando a dor intrinsecamente relacionada ao Eu (Fortes, 2013). Isto porque é através da dor que podemos tomar conhecimento de nossos órgãos durante um processo de alguma doença dolorosa chegando, assim, a nossa ideia de nosso corpo (Freud, 1923/1996). Logo, a dor é o que sinaliza a

presença do corpo para o Eu, em outras palavras, a dor é uma representação verbal para expressar um registro sensorial do corpo (Fortes, 2013).

Desta forma podemos dizer que o psiquismo é ancorado no corpo por meio da pulsão, portanto, a esfera psíquica vai além da ordem da idealidade, estando indissociável do corpo e sendo regida pelas pulsões (Lazzarini & Viana, 2006). Assim, quando falamos em corpo em psicanálise, estamos falando de um corpo pulsional e narcísico, um lugar onde o psíquico e o somático se inscrevem (Fernandes, 2011b).

1.4 O corpo na contemporaneidade

Há um provérbio árabe que diz que “*os homens se parecem mais com sua época do que com seus pais*”. Para Freud (1921/1996) a subjetividade de um indivíduo se forma a partir da sua relação com os outros humanos, desta forma, um indivíduo só pode ser compreendido como um ser dentro da cultura. Lasch (1983) complementa a ideia de Freud afirmando que cada época desenvolve suas formas próprias de patologias e que, estas, exprimem, de uma forma exagerada, a estrutura de caráter subjacente em cada momento da história.

Conforme Lasch, no século XX as histerias e neuroses obsessivas, neuroses clássicas do tempo de Freud, expressavam traços extremos associados à ordem capitalista com características ligadas a ganância, devoção fanática ao trabalho e forte repressão a sexualidade. Já nos dias atuais, há uma prevalência de desordens pré-esquizofrenicas fronteiriças, ou de personalidade. Há uma crescente de pacientes que não sofrem de sintomas definidos e que apresentam queixas vagas, mal definidas. Uma mudança de paradigma das neuroses sintomáticas para as neuroses de caráter - o que as histerias e neuroses obsessivas eram para o tempo de Freud, as neuroses narcísicas são para o tempo atual. Os pacientes que outrora sofriam de paralisias, obsessões e compulsões, hoje sofrem com sentimento de vazio e distúrbios de autoestima tendo as desordens narcísicas se tornado cada vez mais comuns nos

dias atuais. Houve uma criação de um novo individualismo social a partir de queda das autoridades dos pais, racionalização da vida interior e falsa promessa de satisfação pessoal (Lasch, 1983).

As relações que eram verticalizadas e pautadas numa relação de forte autoridade, passaram por relações verticalizadas com um enfraquecimento do espírito revolucionário do coletivo. Ao citar Gauchet (2002), Carreteiro (2005) assinala que passamos de um momento de afrontamento ao outro para um momento do conflito, onde os laços pouco conflituais geram consequências no plano individual. Há um enfraquecimento do coletivo e ênfase ao individualismo, onde o indivíduo busca defender seus interesses particulares ou grupo a qual faz parte. Os valores sociais são marcados pela labilidade, instantaneidade e passagem pois são rapidamente substituídos por outros.

Há algumas décadas atrás, era possível identificar claramente o conflito entre as instâncias psíquicas. O Supereu que trata da instância responsável pela interiorização das leis e normas para garantir uma boa convivência social cumpria seu papel em relação ao Eu numa época onde era comum encontrar cidadãos obedientes à ordem. Em seu texto *O futuro de uma ilusão* (Freud, 1895/1927), Freud aponta que para uma boa convivência em sociedade ou civilização, é preciso que os indivíduos recalquem suas pulsões e sublimem seus desejos a fim de garantir uma boa convivência com o coletivo (Carreteiro, 2005). Atualmente há novos mecanismos de identificação coletiva que remetem ao que Freud chamou de “narcisismo de pequenas causas” e segundo o qual “os grupos sociais querem diferenciar-se, edificando fortes fronteiras entre o dentro e o fora e praticando uma política de rejeição e de desprezo ao outro” (Carreteiro, 2005, p.64), tornando os indivíduos estranhos uns dos outros.

No que tange as identificações grupais, também tem sido possível observar um número de adolescente que se autolesionam por identificação a colegas da escola e redes sociais. Este efeito de contágio é frequentemente observado em situações como escarificações

e autoextermínio e acontece quando um comportamento de um indivíduo desencadeia, por influência identificatória deste primeiro, uma série de comportamentos iguais aos seus em seus pares. Este fenômeno, também conhecido como *efeito Werther*, recebeu este nome em decorrência da obra *Os Sofrimentos do Jovem Werther, de 1774*, de Johann Goethe, que desencadeou, na Alemanha, uma série de suicídios de jovens que copiaram o suicídio retratado no livro. Um exemplo deste fenômeno refere-se ao que ficou conhecido como *jogo da baleia azul* que trata de um jogo que circulou pelas redes sociais e aplicativos de *smarthphones* que induzia crianças e adolescentes a se cortarem e a cometerem suicídio através de desafios e tarefas comandadas pelos seus curadores. Atualmente é possível encontrar grupos nas redes sociais que reúnem pessoas que se cortam, se machucam e/ou se lesionam de outras formas mas também pessoas interessadas no tema.

Neste contexto, o corpo tem sido utilizado como um dos principais espaços simbólicos na construção e expressão de subjetividade desta época, o corpo deve ser pensado inserido num contexto histórico, um corpo para além da demarcação biológica e funcionamento orgânico, um corpo além de sua fisiologia e delimitação epidérmica (Dantas, 2011). A experiência corporal é sempre atravessada pela vivência cultural, tornando uma fonte de símbolos, de estilos de vida e de construção de identidades. O corpo é sempre da cultura, e na nossa cultura contemporânea está marcada pelo consumo, individualismo e busca pelo prazer e boa forma (Castro, 2007).

O corpo tem sido objeto de incansável interrogação que se estende desde salões de beleza, outdoors das avenidas, programas de televisão debates acadêmicos, etc... sendo colocado em lugar privilegiado e à luz de holofotes (Le Breton, 2007). Parece apresentar uma síntese do desejo, ciência, e tecnologia a serviço do bem-estar. Isto porque existe uma indústria do culto ao corpo perfeito que está a serviço deste corpo que precisa ser melhorado, ampliado e até criado por via de próteses químicas e procedimentos que o tornem forte e belo

assim como demanda as relações sociais. Os homens e mulheres são induzidos a alcançar a aparência física desejada via horas diárias de esforço em academias, dietas radicais ou via intervenções cirúrgicas, configurando assim, um detalhe biológico modificável de forma rápida e sem dor. O que se busca hoje é, no limite, o ajuste ao modelo de juventude e felicidade permanente que encanta a sociedade contemporânea (Dantas, 2011).

Neste sentido, Fernandes (2011c, p.48) afirma que “assistimos atualmente, uma ênfase na exterioridade, com predomínio das patologias da ação e do corporal.” Assim, as problemáticas internas migram progressivamente para o corpo e para a exterioridade dos sujeitos. Há uma cultura do evitamento da dor e precariedade da atividade psíquica. Com isto, no lugar da reflexão e com imperativo de superação imediata do sofrimento o corpo, sua imagem e funcionamento se tornam um lugar privilegiado para abrigo do sofrimento. Há também uma fetichização do corpo onde a preocupação não é apenas com seu funcionamento, mas, também, com sua forma. Observa-se isto na obsessão pela magreza, na prática incessante de exercícios físicos, nas inúmeras intervenções cirúrgicas realizadas para remodelar o corpo, pela fuga da velhice e busca pela saúde perfeita. O corpo passou a ser cada vez mais investido com intuito de se obter, com ele, cada vez mais prazer ao mesmo tempo em que estimula um crescente mercado de produtos e serviços que o contemplem cada vez mais. Assim, o corpo acaba se tornando fonte de frustração e insatisfação à potência fálica-narcísica passando a ser veículo ou meio de expressão da dor e sofrimento que, encontrando dificuldade para se manifestar no meio psíquico, acaba se manifestando no próprio corpo. Desta forma, o corpo tem sido palco de grande investimento para descarga de sofrimento psíquico. Com isto, podemos dizer que o corpo é um representante da subjetividade e de frustrações do homem contemporâneo (Fernandes, 2011c).

E é neste contexto que presenciamos atualmente um grande número de adolescentes que irão expressar em seus corpos seus sofrimentos. Estas formas de expressão são ataques

diretos ou indiretos aos limites dos seus corpos, a pele, estando influenciados pela efração pubertária que se veem acometidos e que muitas vezes está ligada a fontes traumáticas e/ou violências transgeracionais (Drieu *et al*, 2011). São os casos das autolesões que se apresentam na forma de escarificações, cortes nos braços, pernas, barrigas ou em qualquer outra parte do corpo como tentativas de buscar alívio para um sofrimento que transborda o próprio indivíduo (Le Breton, 2012; Anzieu, 2002).

CAPÍTULO 2 - ATAQUES AO CORPO NA ADOLESCENCIA

2.1 Adolescência e puberdade: Genitalização e sexualização do corpo

A adolescência é um momento de transição, uma fase do desenvolvimento humano compreendida entre a infância e a fase adulta onde ocorrem diversas mudanças no modo de pensar, agir e sentir do adolescente. Trata-se de um tempo fundamental onde a criança é empurrada para a puberdade, para uma cena onde se realizam jogos complexos de amor e ódio do Édipo, numa outra experiência do conflito, o adolescente é aquele que está se tornando adulto (Emmanuelli, 2011).

É um período de muita importância do ponto de vista da organização psíquica de um indivíduo. Aberastury e Knobel (1981) apresentam a adolescência como sendo um trabalho psíquico onde o adolescente deverá elaborar o luto pela perda dos pais da infância e do corpo infantil, desta forma, mobilizará questões narcísicas. Na adolescência há uma mudança biológica que vai se impor ao adolescente frente a este corpo infantil que será perdido para sempre.

No que se refere a uma tentativa de fazer marcações cronológicas desta fase, a adolescência é definida pela Organização Mundial de Saúde – OMS como a idade que vai dos dez anos até os dezenove anos completos. Para a Organização das Nações Unidas – ONU, a adolescência é compreendida pelo período de quinze anos até os vinte e quatro anos completos (Eisenstein, 2005).

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente –ECA, Lei 8.069 de 1990, considera a adolescência o período compreendido entre os doze e dezoito anos de idade. Contudo há um ponto importante a ser ressaltado que refere-se a variabilidade e diversidade dos parâmetros biológicos que ocorrem neste período etário referentes as assincronias de maturação entre os indivíduos (Brasil, 2012).

Em contrapartida ao conceito de adolescência, o conceito de puberdade é empregado ao fenômeno biológico referente às mudanças morfológicas e fisiológicas (forma, tamanho e função) resultantes dos mecanismos neuro-hormonais do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal-gonadal e está relacionada a completa maturação sexual e capacidade de fecundação do homem e da mulher através da espermatogênese e ovulação que visam garantir a perpetuação da espécie (Eisenstein, 2005).

Para além das tentativas de demarcações cronológicas, pode-se dizer que na atualidade a adolescência está se alongando, começa mais cedo que outrora, pode-se dizer também que se alonga bastante no campo que se denominava idade adulta. Desta forma é preciso relativizar o registro biológico e relaciona-lo a uma dimensão simbólica e cultural pois é por esta mediação que o psíquico pode assumir sua efetiva forma (Birman, 2006).

Freud (1905/1996) não tratou especificamente do conceito de adolescência mas no texto *Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, discorreu sobre a puberdade como um momento de reorganização da vida sexual do indivíduo e como período que conduzirá a sexualidade a sua configuração definitiva marcado pela genitalidade.

A adolescência e puberdade são momentos em que acontecem várias mudanças em relação à vida sexual do indivíduo. A puberdade oferece transformações que levarão a sexualidade infantil à sexualidade adulta, definitiva. A pulsão sexual que até o momento era predominantemente autoerótica, a partir deste momento, procura um novo alvo sexual a quem fará seu investimento pulsional, agora, partindo do primado da zona genital. A partir deste momento, a pulsão sexual se coloca a serviço da função reprodutora. Assim, na puberdade, firma-se o primado das zonas genitais. Com isto, os investimentos da libido, compreendida como uma “força quantitativamente variável que poderia medir os processos e transformações ocorrentes no âmbito da excitação sexual”, serão direcionados a objetos senão o ego, dirigidos a parceiros. Contudo, ainda falando sobre os destinos da libido, há, também, a libido

narcísica, que é o investimento da libido de volta ao Eu, seu estado originário (Freud, 1905/1996).

Para Emanuelli, existem três problemáticas que devem ser tratadas no processo da adolescência que colocam em questão o trabalho psíquico do adolescente que são: trabalho de elaboração do Édipo, o narcisismo e a problemática da separação. Quanto a elaboração do Édipo, a autora diz que há uma reativação pulsional importante e a retomada do conflito edípico marcado pela busca de um objeto sexual numa cena onde se realizam novamente os jogos complexos de amor e ódio do Édipo, mas, agora, mais perigosa para os protagonistas do conflito. As modificações da puberdade, e conflito edípico, podem acabar contribuindo para fragilizar o narcisismo do adolescente revelando as fragilidades narcísicas destes indivíduos que terão que lidar de diferentes formas com suas questões. Crescer, então, é retomar o conflito edípico e seu narcisismo, mas também elaborar a separação da adolescência, ou seja, aqui está presente um trabalho de luto associado ao processo de desligamento psíquico dos primeiros laços e primeiros objetos edípicos, mas também há um “desinvestimento de uma imagem de si carregada dos ideais da infância” (Emmanuelli, 2011, p.5). Para isto, é preciso que ocorrido um desligamento dos objetos edípicos levando a elaboração da separação para que possa se permitir o investimento em outros objetos (idem, 2011).

Freud (1905/1996), diz que ao crescer, o indivíduo passa por um dos mais dolorosos, mas também um dos necessários cursos de seu desenvolvimento – libertar-se das autoridades dos pais. Trata de um processo de individualização onde o adolescente se afasta de seu núcleo familiar e investe em novos grupos que o acolhe. Há aqui um processo de ressignificação identitária onde o adolescente passa por um processo de identificação com este grupo que confere a ele um olhar de reconhecimento e pertença além de validar sua autonomia e identidade (Aberastury & Knobel, 1981).

Assim, na adolescência, frente ao choque da entrada na idade adulta, o adolescente pode vivenciar crises narcísicas como sentimento de si frágil e vulnerável, em razão de transformações sexuais e nas relações com os pares tendo o corpo como “campo de batalha da identidade” (Le Breton, 2012). O adolescente experimenta uma força pulsional que busca alvo e direcionamento enquanto vivencia um novo tempo de reorganização de sua subjetividade e exigências pulsionais diferentes daquelas vivenciadas na infância (Brasil *et al*, 2015).

Desta forma, o corpo do adolescente tende a ser vivenciado com estranheza e como um objeto externo ao invés de ser vivenciado como um corpo unificado estando seu narcisismo atravessado pelas excitações que a puberdade traz e que acomete o sujeito sem que esteja preparado para lidar com as excitações internas e/ou externas (Marty, 2006).

O adolescente vive uma entrada brusca, violenta da paixão adulta na ternura da criança (Gutton, 1991). Com isto, o adolescente sente um arrombamento dos limites de si, das diferenças de sexo, diferenças entre Eu-outro e diferenças de geração. Para Marty (2006) a adolescência é, antes de tudo, um processo pubertário, um arrombamento que ameaça o Eu submetendo o adolescente a um bombardeio psíquico que se apresenta para ele como traumático. Este bombardeio pubertário é sentido como uma violência para a criança. Este processo de arrombamento psíquico é provocado por excitações internas e externas advindas da genitalização do corpo e do psiquismo sentidos como abalo no corpo. Como consequência, o processo da adolescência tem por função elaborar este traumatismo neurotizando-o.

Isto requer, portanto, uma reconstrução subjetiva a partir das transformações pubertárias: distanciamento das figuras parentais e investimentos em outros objetos que estão fora do ambiente familiar mas também trabalho de elaboração psíquica desta violência interna. Desta forma, esta experiência subjetiva tende a ser sentida pelo indivíduo como traumática pois parte de uma passividade frente a força pulsional que transgride a capacidade de elaboração do Eu (Cardoso, Cardoso, Demantova, & Maia, 2016).

Com as transformações pubertárias, o púbere irá habitar seu corpo de diferentes formas que se verificam na escolha das vestimentas, tatuagens, *piercings*, escarificações, etc... As inscrições feitas na pele, como tatuagens as escarificações, por exemplo, em alguns casos, busca estabelecer uma fronteira entre o dentro e o fora de maneira vívida e porosa uma vez que a pele é um órgão que envolve o corpo mas também uma abertura para o mundo podendo ser compreendido como um espaço entre o mundo interno e mundo externo mas também como uma resistência em relação ao sofrimento que coloca o corpo como ponto central da adolescência. Trata de um período de “obsolescência do sentimento de identidade e reorganização” (Le Breton, 2012, p. 41). O corpo amado e odiado, cuidado e maltratado é objeto que pertence apenas a si mesmo, é fronteira entre si próprio e os outros, entre o mundo interno e mundo externo. Assim, o mundo não pertence nem a mim, nem ao outro, mas é órgão de transição, de passagem, de ligação com o mundo (Le Breton, 2012).

Na adolescência o corpo é o campo de batalha da identidade e é um meio para se retomar controle de sua própria existência frente à estranheza da entrada na vida adulta. Com isto, frente às angústias geradas pelos processos da adolescência e pelo pubertário, que podem se apresentar como difícil para alguns adolescentes, alguns indivíduos têm utilizado o recurso dos ataques violentos contra si mesmos. Na sua grande maioria, são adolescentes que se encontram numa situação turbulenta e que buscam os ataques ao corpo como recurso para se opor ao sofrimento emocional (Le Breton, 2010) provocando lesões em sua própria pele por via de cortes propositalis, ou via ataques velados que irão aparecer na forma de anorexias, bulimias, ou doenças autoimunes.

Estes ataques ao corpo sinalizam que existem dificuldades em seu processo de subjetivação mas também acabam mobilizando o ambiente em que estão inseridos, geralmente com elos originários e traumáticos. Neste interim, estes comportamentos podem

estar ligados a reconstrução dos envoltórios psíquicos mas também um trabalho de intersubjetividade do adolescente com o grupo envolvido (Drieu *et al*, 2011).

Assim “ao mesmo tempo que o caráter precário da elaboração psíquica se evidencia através da ausência de associações, do vazio de linguagem, da falta de produção fantasística, os registros sensoriais são invocados” (Cardoso *et al*, 2016, p.117). Disto isto, o corpo que é trazido à cena é um corpo apresentado, não um corpo representado, estando, desta forma, aquém do processo de simbolização (Cardoso *et al*, 2016).

2.2 Ataques ao corpo: delimitando o termo

No cotidiano da clínica da adolescência são encontradas diferentes formas de nomear este fenômeno que é tratado neste trabalho como *ataque ao corpo*. Em diferentes literaturas e contextos podemos encontrar os termos automutilação, escarificação, autolesão sem intenção suicida, autoagressão, autoinjúria (*self-injury*), autodano (*self-harm*), autolesão, *cutting*, *caving*, parassuicídio, dano autoinfligido, conduta autolesiva e comportamento autolesivo (*selfinjurious behavior*) (Santos & Faro, 2018).

De maneira geral, o termo autoagressão é um termo mais genérico e abrangente uma vez que nem toda autoagressão causa alguma lesão no indivíduo que a pratica (autoagressão verbal, por exemplo). O termo automutilação tem sido usado como contraponto ao termo autolesão e aplica-se a “ferimentos mais graves e irreversíveis” (Romaro, 2017, p.1) como amputação de membros, enucleação (arrancar os olhos), castração, e, em grande parte tem sido proferidos nos quadros de surto psicótico ou intoxicação por substâncias psicoativas.

O Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais – DSM 5 nomeia este fenômeno como Autolesão Não Suicida (Associação América de psiquiatria, 2014). Este manual descreve este quando como um

dano intencional autoinfligido à superfície do seu corpo provavelmente induzindo sangramento, contusão ou dor (p. ex., cortar, queimar, fincar, bater, esfregar excessivamente), com a expectativa de que a lesão levará somente a um dano físico menor ou moderado (i.e., não há intenção suicida) (APA, 2014, p.803).

Ainda conforme a APA (2014), as autolesões podem ser classificadas como autolesão sem ideação suicida e autolesão com pretensão final de suicídio. No entanto há alguns métodos utilizados nas autolesões sem intenção suicida que podem se aproximar das autolesões com intenção suicida como, por exemplo, o ato de cortar os pulsos com uma gilete. O que se difere nestes casos é a intencionalidade da ação, ou seja, se o indivíduo busca alívio para um sofrimento ou se busca findar sua vida de fato. O DSM 5 traz ainda que, para o diagnóstico de Autolesão Não Suicida é preciso que a ideação suicida não esteja presente no desejo do paciente. O ato ainda deve buscar alívio de um sentimento ou pensamentos negativos, resolver uma dificuldade interpessoal ou ainda induzir um estado de sentimento e bem estar positivo. Em geral o ato é sempre precedido por pensamento ou sentimentos negativos e é de difícil controle sobre sua evitação; é socialmente reprovado pelos indivíduos da mesma cultura (aqui se excluem comportamentos de se tatuar, colocar piercings, modificações corporais, rituais religiosos, etc...); este ato sempre é acompanhado de sofrimento (APA, 2014).

Para delimitar e compreender o que é tratado aqui como *ataque ao corpo*, parte-se da definição dada por Drieu (2011) que indica que os ataques podem ser compreendidos como “violências autoinfligidas, somáticas de sofrimentos na dinâmica da apropriação subjetiva” (Drieu *et al*, 2011, p. 2), sobretudo as violências autoinfligidas que parecem ter perdido seu alcance simbólico uma vez que não podem ser compreendidas como parte de uma manifestação dentro de uma prática cultural como ritos de iniciação culturais ou marcas de identificação e pertencimento grupal. São ataques que os adolescentes endereçam ao próprio

corpo em busca de um apagamento provisório de si, não a finitude do ser, ou uma “busca tateada por limites” (Le Breton, 2012, p.39). Estes ataques podem ser diretos ao envelope corporal ou indiretos quando há exposição a riscos (Drieu *et al*, 2011).

Anzieu (1989) refere-se aos ataques como “fantasmáticos eventualmente acompanhados de passagem à ação contra os conteúdos do corpo e do pensamento” (p.75) “são ataques irados e inconsciente contra o envelope psíquico” (p.91).

Estes ataques ao corpo são uma série de comportamentos desiguais que expressam simbólica ou realmente a existência de um perigo. Está relacionado também a uma exposição do indivíduo a situações em que coloca sua saúde em risco como se ferir, atentar contra sua própria vida, alcoolismo, uso de drogas, transtornos alimentares, dentre outros. Nos adolescentes, estes comportamentos podem estar relacionados a processos identitários incompletos e dificuldades de mobilizar recursos próprios para lidar com as questões nas quais se encontram e são uma tentativa de lidar com essa onipotência e, em geral, constituem um movimento de resistência contra uma violência silenciosa de uma configuração social e familiar. Desta forma, os ataques permitem aos adolescentes “manterem a cabeça fora d’água para não se afogar” (Le Breton, 2012).

Na adolescência, estes atos de iniciação há uma submissão à leis do grupo e cultura com uma dimensão simbólica que caracteriza a passagem da infância para a vida adulta ou mesmo a passagem de uma graduação inferior para outra superior. Nestes ataques ao corpo que o adolescente faz, que podem ser via escarificações, queimaduras, tricolilomania (arrancar os fios de cabelo de forma compulsiva), cutucar feridas e/ou machucados, arranhar-se, riscar-se, dentre outros, em geral, o que se observa é que não há uma intenção suicida com este ato, mas “projetar suas tensões em seu corpo para dominá-las melhor, tomando o corpo como objeto de perseguição da puberdade” (Drieu *et al*, 2011, p.3).

Esta definição, de ataque ao corpo, aparece como uma definição mais abrangente deste fenômeno que pode aparecer a partir de uma posição ativa do indivíduo, seja por via das escarificações, automutilações, anorexia, abuso de substâncias químicas ou a partir de uma posição passiva do indivíduo como é o caso das doenças autoimunes e doenças psicossomáticas.

Estes ataques podem estar relacionados a uma mudança da rota pulsional, um deslocamento para si do desejo de destruição do outro, um ato de violência contra o próprio corpo em forma de comportamentos autodestrutivos. Nestes casos, não se evidencia uma diferenciação clara entre o Eu e o outro, ou o que é meu e o que é do outro o que se deve ao não estabelecimento de limites na constituição do psiquismo deste público (Moretto, Kupermann & Hoffmann, 2017). Conforme Drieu *et al* (2016) estes ataques estão relacionados a desafios pulsionais mas também em relação com ambiente e alianças intersubjetivas do adolescente.

Fato importante a observar é que os ataques ao corpo, provocados intencionalmente, proporcionam alívio frente uma realidade de sofrimento que transborda, rompe e ameaça destruir um Eu enfraquecido e vulnerável. Os ataques ao corpo podem ser, frequentemente, técnicas de sobrevivência passageiras para lidar com o sofrimento de existir do adolescente, sendo, paradoxalmente, uma solução para se ligar com a angústia de existir, uma forma de lidar com suas questões de uma forma mais suportável. Geralmente, algumas modalidades de ataques ao corpo, como as escarificações, por exemplo, acometem adolescentes que não apresentam necessariamente uma patologia psiquiátrica. São ataques que se configuram como um recurso para lidar com o sofrimento e se livrar dele provocando uma “suspensão de si, apagamento das circunstâncias, busca de um coma não premeditado, porém internamente desejado como porto no qual se pode reconstituir” (Le Breton, 2012, p.38/39).

Os ataques ao corpo seriam, portanto, uma tentativa de se reconciliar com o mundo, tentando, de maneira radical, extrair o sofrimento para alcançar outro sentido em si mesmo. São tentativas paradoxais de recuperar o controle a qualquer preço, ainda que a custa de um sacrifício pessoal, como busca de um limite para não se destruir, mas para obter um apoio, um suporte. Assim, o adolescente púbere, para dominar as tensões que o compele, procuram projetá-las em seu corpo e, assim, dominá-las (Drieu *et al*, 2011).

Conforme Le Breton, a marca corporal tem um estatuto de assinatura. A marca corporal implica uma apropriação simbólica da inserção de si, como um piercing ou uma tatuagem, por exemplo. Inversamente, os ataques na forma das escarificações são uma

tentativa de se desfazer de si, uma vontade de arrancar uma camada que cola na pele e aprisiona o ser em um sentimento intolerável de identidade. Trata-se de fazer uma nova pele, se desgrudando do sofrimento em um gesto doloroso que é, justamente, o preço a pagar pela sobrevivência (Le Breton, 2012).

Dito isto, é possível concluir que os ataques ao corpo objetivam restaurar uma contenção para a pele substituindo um invólucro de sofrimento por um invólucro de dor uma vez que a dor autoinfligida é oferecida como alívio do sofrimento (Anzieu, 1989).

2.3 A dor como sensação de existir e como limite do corpo

Um ponto que chama atenção em relação aos ataques ao corpo provocados pelos adolescentes diz respeito a dor provocada por estes atos e como isto pode promover alívio no indivíduo que o provoca. Para discutir este ponto é preciso partir da compreensão que existem satisfações que são alcançadas a partir da excitação dos órgãos do corpo. As sensações de dor, assim como as outras sensações desagradáveis, beiram a excitação sexual e produzem uma

condição agradável, em nome da qual o sujeito, inclusive, experimentará de boa vontade o desprazer da dor (...), não é a dor em si que é fruída, mas a excitação sexual concomitante (Freud, 1915/1996). Este modo de satisfação pulsional, Freud chamou de masoquista, e a satisfação está associada à dor. Assim, para Freud (1924/1996), “toda dor contém em si a possibilidade de satisfação prazerosa”, ou seja, nas experiências masoquistas, há uma transformação da dor em prazer.

Em seu texto *O problema econômico do masoquismo* (1924/1996), Freud irá afirmar a existência de uma pulsão masoquista como originária na vida dos seres humanos. Neste momento de sua teorização Freud irá perceber que já não é mais possível pensar o aparelho psíquico apenas pela perspectiva do princípio do prazer uma vez que o masoquismo coloca o princípio do prazer em questão uma vez que o ato de sentir dor e desprazer podem ser uma fonte de prazer para determinados indivíduos. Neste texto, Freud admite então a existência de três formas de masoquismo: o masoquismo erógeno, o masoquismo feminino e o masoquismo moral. O masoquismo feminino e moral seriam derivados do masoquismo erógeno ou primário.

Masoquismo erógeno ou primário, para Freud (1924/1996) pode ser pensado a partir da relação da pulsão de morte e pulsão de vida, mas também nas relações de prazer e desprazer que podem se apresentar fusionadas. Aqui, uma parte da pulsão de morte é dirigida a objetos externos, contudo, restaria uma parte que permaneceria dentro do organismo, tomando como objeto o próprio corpo ou organismo do indivíduo.

Ao elaborar a forma de masoquismo feminino, Freud observa fantasias sexual de homens nas quais estes se colocavam numa situação tipicamente feminina como ser castrado, ser copulado ou dar a luz um bebê, por exemplo (Freud, 1924/1996). Quando Freud fala de posição feminina é importante ressaltar que não se trata de uma posição da mulher, mas sim

de uma posição passiva em relação ao outro, lembrando que este indivíduo (que pode ser um homem) ou uma mulher, se coloca (ativamente) neste lugar para dele obter satisfação.

O masoquismo moral, por sua vez, também é derivado do masoquismo erógeno. Neste caso, o próprio sofrimento é o que importa, não tendo importância por quem for decretado, levando o indivíduo a oferecer a outra face sempre que tenha a oportunidade. Aqui, o indivíduo carrega consigo um sentimento inconsciente de culpa que o compele a uma necessidade de punição e castigo de si. O Supereu é a instância responsável por exercer a função punitiva do Eu. O Eu reage então com sentimentos de ansiedade uma vez que não está à altura da expectativa das exigências do Supereu. No masoquismo moral, o Supereu é duro e cruel, um tirano e é quem coloca o Eu a serviço do sofrimento. Com isto, a destrutividade que retorna do mundo externo é assumida pelo superego e aumenta seu sadismo contra ao eu. Há, desta forma, um sadismo do Supereu e o masoquismo do Eu (Freud, 1924/1996). A relação entre masoquismo do Eu e ao sadismo do Supereu será discutida no capítulo 5 que faz a discussão do caso.

No seu texto *Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905/1996), Freud qualifica as pulsões sádicas e masoquistas como perversões partindo das denominações feitas por Krafft-Ebing aos indivíduos que se colocam numa relação sexual em uma posição ativa (sadismo) ou passiva (masoquismo) estando em jogo o ato de infligir dor em seu (a) parceiro ou sentir dor infligido pelo (a) parceiro. Sobre o sadismo, Freud irá afirmar que existe na maioria dos homens, uma mescla de agressão e inclinação a subjugar sendo o sádico aquele que tem satisfação sexual pela sujeição e maus-tratos infligidos ao seu objeto de amor. Já o masoquismo trata de uma posição passiva adotada pelo indivíduo perante sua vida sexual colocando-se como objeto de satisfação do parceiro a partir de uma condição que o inflija dor e/ou maus tratos. A libido, energia sexual, é a força dominante e quando está em cena, sensações como dor, asco e vergonha são superados (Freud, 1905/1996). No caso dos

adolescentes que se lesionam pode se observar que há um retorno da pulsão em direção ao próprio Eu, com traços de masoquismo. Nestes casos, o investimento pulsional do indivíduo, não estaria orientado a um objeto exterior, mas ao próprio corpo retornando ao Eu (self), sendo o masoquismo um sadismo voltado contra o próprio Eu.

É importante ressaltar que nem sempre o masoquismo indica facetas maléficas. O que está em questão é a maneira do indivíduo se proteger do que se apresenta para ele como insuportável e de horror em sua experiência de desamparo. É uma maneira desesperada do indivíduo se proteger do “horror da esfacelamento” (Birman, 1999, p.14). Deve-se pensar, aqui o masoquismo como uma compulsão a repetição de experiências que reativam a mesmo tempo o envelope de excitação e de sofrimento nos casos em que o Eu-pele se torna prejudicado dentro da lógica de um envelope de excitação e envelope de sofrimento no lugar de um Eu-pele de paraexcitações e envelope de bem-estar (Durski & Safra, 2016).

Fato importante a observar é que os ataques ao corpo proporcionam alívio frente uma realidade de sofrimento que transborda, arromba e ameaça destruir um Eu enfraquecido e vulnerável. Com isto, o papel de barreira de excitação da pele é ultrapassado pela virulência da emoção e o corte é o único recurso ao aumento do sentimento e/ou afeto. Este aumento do afeto é sentido como uma asfixia e o corte no corpo faz sair aquilo que o sufoca, assim ele recupera sua respiração. Desta forma, os ataques operam como “tentativas de forçar a passagem para existir” (Le Breton, 2010, p. 31). Estes ataques ao corpo tentam reestabelecer uma contenção para a pele através de estabelecimento de um invólucro de sofrimento. Assim, a dor provocada pelas lesões é uma forma de limite no mal-estar e no corpo. Nestas experiências, “a dor é significado” (Le Breton, 2018, p. 5).

Nos casos das autolesões e escarificações, quando o adolescente se corta, ele geralmente está recorrendo a dor para não sofrer mais. Há aqui uma mudança de posição passiva para ativa do adolescente que se escarifica. Quando se corta a pele, ao mesmo tempo

que o adolescente se machuca, há uma dor que está sempre presente, é uma dor que protege porque ela tapa o sofrimento que o adolescente está enfrentando. Trata da transformação de uma dor a qual o adolescente não tem controle em uma dor que ele é capaz de controlar com o ataque ao seu próprio corpo. O autor defende ainda que, nestes casos, está em causa a tentativa de controle perante a situação. Os ataques ao corpo podem ser frequentemente, técnicas de sobrevivência passageiras para lidar com o sofrimento de existir do adolescente, sendo, paradoxalmente, uma solução para lidar com a angústia de existir, uma forma de lidar com suas questões de uma forma mais suportável. Geralmente, algumas modalidades de ataques ao corpo, como as escarificações, por exemplo, acometem adolescentes que não apresentam necessariamente uma patologia psiquiátrica. São ataques que se configuram como recurso para lidar com o sofrimento e dele se livrar (Le Breton, 2012).

Nos casos onde há ataques na adolescência, percebe-se que há uma preferência e uma centralização por endereçamento ao corpo, tendo visto que estes ataques objetivam provocar apaziguamento nos sujeitos que os provoca. Para Le Breton (2010) “a oferenda da dor é uma tentativa de aliviar o sofrimento (...) forma um limite” (p.34).

As escarificações, queimaduras, ferimentos, microlesões, cortes e perfurações, dentre outros ataques ao corpo tem sido relatados como práticas para alívio das dores emocionais. Estes atos em que o sujeito inflige uma dor corporal em si mesmo. Um ponto importante a ser destacado é que os ataques ao corpo como as escarificações, por exemplo, em grande parte dos casos, não tem propósito suicida, mas apenas, de estancar um sofrimento sentido pelo adolescente o qual ele não consegue lidar senão pela via do corte ou outro ataque (Cardoso, Demantova, & Maia, 2016). Mas isto não quer dizer que se deva permitir que o adolescente continue a se machucar, mas antes de tudo, deve ser considerado como esses adolescentes estão pedindo ajuda (Le Breton, 2012)., pois o confronto com o limite convoca a proximidade com a morte. A fronteira entre si e o outro, entre o interior e o exterior é, então,

posta de maneira radical; ela não requer mais a astúcia, a ser constantemente renovada, do jogo com a morte ou do corpo a corpo em uma busca de limites sempre fugidios. A morte é de fato um último limite. Enquanto uma trama de sentido não estiver disponível entre o Eu e o mundo, desencadeada por um encontro, um terapeuta, uma relação amorosa ou simplesmente por um encaminhamento interior, o comportamento se impõem como um último recurso. Mas, desde que a existência ganhe valor, o corpo também é valorizado e se torna intocável. Só se pode destruir um corpo que já esteja simbolicamente desmotivado” (Le Breton, 2012, p.40).

Os ataques ao corpo são uma forma de limite, um freio identitário que alimenta o sentimento de existir. (Le Breton, 2010). Para Anzieu o arranhar-se é uma das formas “do retorno da agressividade sobre o corpo, as mutilações da pele são tentativas dramáticas de manter os limites do corpo e do Eu”, estabelecer o sentido de estar coeso. Em se tratando dos adolescentes, quando os limites não aparecem, eles buscam-no na superfície do corpo (Anzieu, 1989).

Com isto, o papel de barreira de excitação da pele é ultrapassado pela virulência da emoção e o corte é o único recurso ao aumento do sentimento e/ou afeto. Este aumento do afeto é sentido como uma asfixia e o corte no corpo faz sair aquilo que o sufoca, assim ele recupera sua respiração. Desta forma, os ataques operam como “tentativas de forçar a passagem para existir” (Le Breton, 2010, p.31). Nestes casos, as incisões corporais operariam como um freio ao colapso, um choque de realidade onde a dor consentida provocada pelos cortes e o sangue que escorre pela pele, reconectariam os fragmentos destes sujeitos permitindo juntar seus pedaços. Alimenta a sensação de estar vivo e restaura os próprios limites. “A restauração brutal das fronteiras do corpo, da própria unidade, o freio da queda na

dor, eles removem a vertigem e provocam a sensação de estar vivo e de ser real e então voltar a ser quem é” (Le Breton, 2010, p.29). Os ataques podem funcionar como indicadores da reconstrução dos envoltórios, continentes mais simbólicos, e evidenciam um trabalho de intersubjetividade do adolescente e seus grupos de referência (Drieu *et al*, 2011).

Os ataques desempenham desta forma, para o adolescente, uma função de contenção. “Quando os limites estão faltando, o jovem os procura na superfície de seu corpo (...) para distinguir entre o fora e o dentro, estabelecer uma zona propícia entre o interior e o exterior” (Le Breton, 2012, p. 41). Assim os ataques interrogam sobre os limites do corpo e do psiquismo, limite entre o Eu e o outro, entre o interno e o externo e se configuram como uma expulsão violenta, uma saída frente esta excitação desorganizadora e traumática (Cardoso, 2001).

2.4 O ataque ao corpo como recurso ao ato na adolescência

Apesar da violência não ser exclusividade do adolescente, com muita frequência, a violência esta associada ao adolescente. O adolescente, diferente do adulto, não dispõe de experiência para lidar com suas provações e frequentemente está à flor da pele. Questões como ruptura com parceiros amorosos, conflitos familiares, decepções de outras ordens que podem parecer fúteis para os adultos, para o adolescente, podem ser vivenciadas com grande angústia (Marty, 2006) e serem disparadores de ações.

Quando se fala de violência na adolescência é importante distinguir entre os diferentes tipos de violência que podem ser atuadas ou sofridas, autoagressivas ou heteroagressivas (Marty, 2006). Os ataques ao corpo tratam de violências autoagressivas, onde o adolescente, adota uma postura ativa (cortar-se) e passiva (ser cortado), se coloca numa posição tanto ativa quanto passiva. O recurso ao ato de atacar-se trata de uma defesa e busca transformar a

passividade em atividade e, ainda que de maneira paradoxal, coloca o adolescente numa posição heroica no ato (Cardoso & Garcia, 2011).

É preciso distinguir entre as modalidades de ato: a passagem ao ato e o *acting out*. No que se refere ao *acting out*, tem como característica a determinação por elemento inconsciente, de significado oculto e tem como atributo o endereçamento ao outro. Neste sentido, o *acting out* opera no lugar da palavra, tem uma demanda de ajuda e apresenta algo que precisa ser decifrado pelo outro.

No caso das passagens ao ato, estas se caracterizam como descargas ou evacuações de grandes quantidades pulsionais e diferente do *acting out*, não tem um endereçamento ao outro e não busca interpretação (Mayer, 2001). Para Cardoso (2010), a passagem ao ato é uma resposta a uma invasão pulsional que adentra o Eu como uma descarga de grande quantidade de energia pulsional. Desta forma, o apelo ao ato violento seria uma tentativa de fazer contenção desta descarga pulsional a qual o sujeito se vê invadido e que é sentida por ela como um risco a sua integridade narcísica. As passagens ao ato são, portanto, uma inversão da posição passiva para a posição ativa numa tentativa de dominar o excesso pulsional, desta forma, as convocações de atuação no corpo, buscam apaziguar as pulsões excessivas (Cardoso & Garcia, 2011).

O recurso ao ato parece então tomar lugar da palavra onde a ação traduziria a impossibilidade de simbolizar, contudo, o agir pode ser pensado como a própria tentativa de simbolização (Marty, 2006). Com isto, as passagens ao ato bem como os ataques ao corpo podem ser entendidas como tentativas de recurso à simbolização em busca de um espaço para jogo entre o mundo interno e o externo (Brasil, 2015). O agir do adolescente também pode ser compreendido como uma luta contra ameaça de desmoronamento narcísico, que consistiria, assim, como uma tentativa de solução, uma busca de tranquilidade frente ao desamparo e dificuldade no processo de subjetivação (Marty, 2006).

Os ataques ou autolesões podem buscar, também, uma forma de ritualizar a entrada na vida adulta mas também respostas à violências sofridas pelo adolescente em relação à família (maus-tratos, abusos sexuais, violência física) ou sociedade (competição, exclusão, etc...). Estas condutas interrogam simbolicamente a morte pois o adolescente se coloca numa situação de perigo a fim de testar sua legitimidade pessoal e encontrar os limites que faltam; com isto, sacrificam uma parte de si para salvar o que é essencial (Le Breton, 2012).

2.5 Ataques ao corpo e a clínica do traumatismo

Assim como outras palavras utilizadas no contexto da psicopatologia, psicologia e outras áreas da saúde, trauma é um termo que é utilizado frequentemente no cotidiano das pessoas e muitas vezes é empregado de diferentes formas. No dia a dia vemos a palavra ser empregada como substituta das palavras medo ou fobia como na expressão tenho trauma de barata, por exemplo. Etimologicamente, a palavra trauma quer dizer ferida e tem raiz no vocábulo grego e sua compreensão dentro da teoria psicanalítica é importante para compreendermos a clínica do traumatismo e sua relação com os ataques ao corpo na adolescência.

Sendo um dos conceitos centrais da psicanálise a teorização sobre o trauma acompanha toda a obra freudiana e passa por reformulações assim como a primeira e segunda teorias pulsionais mas também a primeira e segunda tópica. Os pós-freudianos também trabalharam e contribuíram para elucidação desta experiência.

Conforme Almeida-Prado e Féres-Carneiro (2005), a compreensão do trauma em Freud pode ser pensada a partir de três diferentes momentos. O primeiro momento, compreendido entre 1895 a 1905, refere-se ao período da formulação da teoria da sedução; neste período, Freud acreditava que as histéricas sofriam de reminiscências decorrentes de abusos sexuais sofridos na infância, desta forma, a sedução sexual apresentava-se como o

paradigma da situação traumática e o trauma seria consequência de um excesso de energia libidinal que invadia o Eu do indivíduo que não conseguia descarregá-la. O segundo período, compreendido entre 1905 a 1920, ao perceber que o abuso sexual nem sempre havia ocorrido, Freud reformula esta ideia e conclui que o que estava em questão nestes casos eram fantasias originárias de sedução e castração relativas ao complexo de Édipo – fantasias inconscientes. Com isto, o trauma passa a ser compreendido como consequência da luta travada pelo Eu contra a pressão das pulsões sexuais. No terceiro momento, compreendido de 1920 a 1939, Freud escreve os textos *Além do princípio do prazer* (1920/1996) que apresenta o conceito de pulsão de morte e compulsão a repetição e *O Eu e o Isso* (1923/1996) que apresenta a segunda tópica do aparelho psíquico. Com isto, o trauma adquire uma dimensão dinâmica e pulsional, passando a ser visto como uma falha na paraexcitação. Desta forma, o trauma passa a ser compreendido como uma experiência onde há uma sobrecarga ou excesso de excitação, interna ou externa, que excede a capacidade do Eu de se proteger. Finalmente entre 1937 e 1939, retoma as questões iniciais afirmando que nas situações onde os estímulos internos ou externos ultrapassam a capacidade de defesa do escudo protetor do Eu, é provocada uma angústia excessiva no Eu provocando um efeito devastador, inclusive para o processo de simbolização (Almeida-Prado & Féres-Carneiro, 2005).

Assim, o trauma trata de um excesso de excitação que inunda o aparelho psíquico com grandes cargas de estímulos que atravessam o escudo protetor do organismo implicando uma ruptura desta barreira que opera contra os estímulos. Esta excitação deve ser poderosa a ponto de perturbar as barreiras de defesa do organismo inundando-o com grande carga de estímulos o que provocará seu transbordamento ou sua ruptura. Desta forma, a situação traumática é quando o Eu se encontra numa situação de desamparo promovendo sua ruptura frente uma excesso de excitação (Freud, 1920/1996).

Para Cardoso *et al* (2016), quando há um excesso de excitação pulsional e há sua impossibilidade de inscrição psíquica, pode se evidenciar um trauma, ou seja, há a existência de algo, um excesso, que domina o corpo sem passar pela palavra e que não pode ser representado.

Bokanowski (2005) chama atenção para a distinção dos termos *trauma*, *traumatismo* e *traumático* atribuindo valores diferentes para cada um deles. Para o autor, *traumatismo* refere-se a concepção genérica do trauma, seus aspectos representáveis e simbolizáveis do efeito traumático como as fantasias dos sujeito. *Traumático* refere-se ao aspecto econômico do traumatismo por falta de paraexcitação, ou seja, quando falta recursos para desviar a excitação. Já o trauma refere-se a uma “ação positiva mas sobretudo negativa do traumatismo sobre a organização psíquica” (Bokanowski, 2003, p. 6). O termo *trauma* enfatiza o estrago produzido na capacidade de simbolizar e de transformar do indivíduo afetando suas escolhas amorosas e a possibilidade de fruição da sua sexualidade.

Ferenczi (1933), em seu artigo *Confusão de língua entre os adultos e a criança – A linguagem da ternura e da paixão*, chama atenção para existência de um fator exógeno (uma falha ambiental) como modificador do psiquismo na origem do trauma. Assim, o trauma decorre de vivências que excederam a capacidade de defesa dos pacientes traumatizados. Neste artigo o autor aborda o tema do trauma como decorrente de uma confusão causada pelo desencontro da linguagem da paixão utilizada pelos adultos e a linguagem da ternura utilizada pelas crianças. Para Ferenczi, esta confusão de línguas é o agente gerador do trauma. Isto porque haveria um desencontro entre a sexualidade dos adultos, que tem a primazia de sua sexualidade genital, em relação à sexualidade da criança que ainda se encontra na fase de desenvolvimento pré-genital de sua sexualidade. O adulto, via sedução incestuosa ou abuso sexual, seria, portanto, o agente causador do trauma na criança. Como consequência a isto, a criança, ainda em desenvolvimento de personalidade reage bruscamente a esta experiência

mas não por via de uma defesa mas pela identificação com o agressor via introjeção do sentimento de culpa (Ferenczi, 1933/1992).

Pensar a clínica do traumatismo é ponto importante quando se fala em ataques ao corpo na adolescência. Isto porque dentre os diferentes sentidos que os ataques ao corpo podem ter, pode-se observar que há neles, a tentativa de reparação de falha ou de traumas ou ainda uma maneira de reparação narcísica, do Eu e do seu corpo.

CAPÍTULO 3 - OS LIMITES DO CORPO E DO EU: O ATAQUE AO EU-PELE

Limite é um lugar onde algo se interrompe – um ponto, uma linha, uma superfície, mas também pode ser pensado em termos de tempo e ação – fim do tempo e fim de um movimento. Para os gregos o termo *limite* poderia ser compreendido a partir de uma conceitualização de contínuo; já para os ocidentais contemporâneos, o termo carrega mais uma acepção física e geográfica como marca do fim de uma região no espaço. De forma geral, o limite é uma demarcação que não se deve ultrapassar. A noção de limite pode ser positiva e negativa quando indica um ponto de interrupção mas também uma possibilidade de ultrapassar este ponto que coloca um limite – como estabelecer um limite de velocidade máxima permitida em uma rodovia, por exemplo. Limite pode ser, também, o ponto extremo onde se pode chegar em um determinado local e/ou marco (Winograd, 2011).

Ao partir desta elaboração sobre o termo limite, é possível introduzir a discussão sobre a questão que concerne aos limites existentes, ou não, entre psique e soma, corpo e mente. Isto porque, do ponto de vista da psicanálise, a separação, fronteiras ou limites entre corpo e mente, psique e soma, não são tão claras assim. Para André Green (1998), não se pode dizer que existe de fato uma divisão nítida e/ou rígida entre corpo e mente devendo considerar essa fronteira ou limite como móvel e flutuante.

A separação clássica entre psique e soma ou corpo e mente trata de uma herança histórica que já era presente na Grécia antiga. Psique (alma) vem do grego *Psykhè* que quer dizer soprar, fazendo alusão ao sopro que anima o corpo e o faz sensível colocando-o em movimento. Mas é com Pitágoras que se inicia a ideia de uma autonomia e superioridade da psique sobre o soma. A psique como sede dos pensamentos, emoções e desejos sendo complementada por Sócrates que a identifica como parte imaterial e insolúvel do indivíduo. Para Platão, a psique é separada do corpo e é eterna enquanto que para Aristóteles, a psique

(alma) é incorporada a essência do corpo, o corpo aprisiona a psique. Descartes (1641) propôs considerar uma visão dualista da mente (psique) e corpo (soma) como substâncias distintas, autônomas e independentes, não necessitando nada além de si mesmas para existir. Para Spinoza, são atributos de uma única substância, Deus (ou Natureza), assim, não há separação. Mas há também, atualmente, a tentativa de fazer a psique aparecer como fenômeno do corpo, reduzido ao cérebro (Winograd, 2011).

Em toda obra freudiana é possível observar a presença da noção de limites ou fronteiras. Em seu texto *Projeto para uma psicologia científica* (1895), quando ainda estava no início da formulação de sua teoria, Freud já trabalhava com a concepção de um aparelho psíquico formado por um conjunto de neurônios que estaria dividido em diferentes sistemas intrapsíquicos com divisões e funções específicas. Embora Freud tenha acrescentado ideias e assim reformulado sua teoria durante o período de sua vida, é importante ressaltar que esta noção de divisão e fronteiras do espaço psíquico será, de certa forma, mantida (Villa, 2004).

O conceito de pulsão também é um conceito limite ou fronteiroço pois está definido como na fronteira do psíquico e o somático (Freud, 1905/1996). Para Villa (2004), a concepção de narcisismo também trata de um conceito limites pois coloca em jogo a relação do Eu com o outro e permite a delimitação dos limites corporais. Na segunda tópica, os limites intrapsíquicos estão relacionados às instâncias Eu, Isso e Supereu não devendo esquecer que Freud (1923/1996) deixa claro que estas fronteiras não são nítidas como fronteiras geográficas e apresenta variações em diferentes sujeitos.

Mesmo que se aceite a ideia de que corpo e mente possam não ser a mesma coisa, de um ao outro, “não há barreiras a serem transpostas ou superadas, mas um contínuo” (Winograd, 2011, p. 74). Assim, os limites entre mente e corpo estão dissolvidos. O organismo é um todo, não uma somatória das partes que o compõe. Da mesma forma, corpo e mente devem ser pensados, como um sistema único e não separados.

Dentro do campo da psicopatologia, na compreensão da chamada escola francesa, onde se destacam autores como Green, Bergeret, Chabert, Jeammet, Roussilion, dentre outros, Chagnon (2009), discorrendo sobre o tema, aponta que podem ser encontrados os termos “situações limites”, “estados limites” e “casos limites”. Para estes autores a problemática dos limites não devem ser pensada a partir de uma noção de estruturas clínicas e diagnóstico fixos, mas sim a partir da compreensão do psiquismo com diferentes configurações psicopatológicas ou mesmo em diferentes situações de vida. Desta forma, os termos em questão podem indicar um caráter transitório ou capacidade de estar mais operante em determinado momento de vida ou fase do indivíduo, sem a presença de um padrão fixo e estrutural. Assim, a noção de limite ou fronteira se amplia para além da psicopatologia com alcance no campo da metapsicologia (Villa, 2004).

Em *O mal-estar na civilização* (1930/1996), Freud afirma que, em certas patologias, os limites entre o Eu e o mundo externo não estão tão claros:

Há casos em que partes do próprio corpo de uma pessoa, inclusive partes de sua própria vida mental – suas percepções, pensamentos e sentimentos – lhe parecem estranhas e como não pertencentes ao ego; há outros casos em que a pessoa atribui ao mundo externo coisas que claramente se originam em seu próprio ego e que por este deveriam ser reconhecidas. Assim, até mesmo o sentimento de nosso próprio ego está sujeito a distúrbios, e as fronteiras do ego não são permanentes (Freud, 1929/1996, p. 75).

Para André Green (1988), não é possível pensar em um limite ou uma divisão nítida entre corpo e mente, tampouco pensar em divisões nítidas entre as instâncias psíquicas do aparelho mental – Eu, Isso e Supereu. Nas palavras de Green,

em nenhuma parte realmente existe uma divisão nítida: nos instintos; entre o corpo e a mente; no ego e suas inter-relações com o id, o superego e a realidade; portanto temos de considerar o fronteiroço como uma fronteira móvel e flutuante, tanto na normalidade como na grave doença, e como o conceito mais básico na psicanálise, que não pode ser compreendido em termos (representações) pictóricos, mas tem de ser concebido como processos de transformações de energia e simbolização (força e significado). O caso fronteiroço é menos de uma fronteira que de uma terra de ninguém, todo um campo cujos limites são vagos (1988, p. 80).

Desta forma, a compreensão de limites pode ser pensada de diferentes formas e campos. Em Freud (1923/1996) este limite pode ser pensado a partir da compreensão do aparelho psíquico como traços mnêmicos de satisfação, resultado das relações com objetos os quais o indivíduo teve contato ao longo de sua vida e deixaram um precipitado ou uma marca. Há também a possibilidade de pensar o limite na relação Eu e o outro podendo se referir a esta fronteira onde um começa e o outro termina, como porosa e não fixa. Se a pele pode ser pensada como um limite do Eu corporal, não existiria, portanto este limite do Eu psíquico, aqui também não há muito claramente a separação do dentro e fora, interno e externo, Eu e o outro (Cardoso, 2011).

3.1 O Eu-pele – limite psíquico, do corpo e do Eu

Didier Anzieu (1923–1999) foi um psicanalista professor emérito de psicologia clínica da Universidade de Paris X, vice-presidente da Associação Psicanalítica da França que durante os anos 1970 e 1980 desenvolveu importantes estudos e contribuições acerca da formação do Eu na psicanálise, mas sobretudo com suas contribuições sobre as noções de limite, continente e fronteira. O seu livro publicado originalmente em 1985, na França, trata

de uma síntese de seus estudos e apresenta uma tese detalhada de sua teoria que nomeou como *O Eu-pele*. Para Durski e Safra (2016), as contribuições de Anzieu continuam importantes e fecundas na atualidade uma vez que a clínica é visitada por pessoas com deficiências na constituição de si mesmo.

Anzieu apresenta em seu livro o conceito de Eu-pele, o qual define como uma vasta metáfora para formular uma noção que “respeite a especificidade dos fenômenos psíquicos em relação às realidades orgânicas como também aos fatos sociais” (Anzieu, 1989, p.15). Com isto, procura fazer um modelo de fundamento biológico que acate a especificidade dos fenômenos psíquicos mas também fatos sociais pois parte da compreensão do eu-pele com origem orgânica e ao mesmo tempo imaginária, trata de um sistema de proteção da individualidade, lugar de troca com o outro. Para formular o conceito de Eu-pele, Anzieu se apoia principalmente nas compreensões dos textos freudianos *O Eu e o Isso* (1923) e *O Bloco Mágico* (1925).

Partindo da segunda tópica freudiana Anzieu (1989, p.44), afirma que a “instauração do Eu-pele responde à necessidade de um envelope narcísico e assegura ao aparelho psíquico a certeza e a constância de um bem-estar de base.”

Assim, Anzieu designa o Eu-pele como

uma representação de que serve o Eu da criança durante fases precoces de seu desenvolvimento para se representar a si mesma como Eu que contém os conteúdos psíquicos, a partir de sua experiência da superfície do corpo. Isto corresponde ao momento em que o Eu psíquico se diferencia do Eu corporal no plano operativo e permanece confundido com ele no plano figurativo (Anzieu, 1989, p.44).

Para ele, toda atividade psíquica se estabelece sobre uma função biológica e a pele seria encarregada de três funções: a) função de bolsa que contem e retém em seu interior o

bom e o pleno armazenados com o aleitamento, cuidado e banho de palavras; b) uma interface que marca um limite com o de fora e o mantém no exterior, é a barreira que protege da penetração e agressões vindas dos outros seres ou objetos e; c) meio de comunicação com os outros estabelecimentos de comunicação significativa e superfície de inscrição de traços das relações.

Freud (1923/1996) descreve o aparelho psíquico a partir das instâncias do Eu, Isso e Supereu, Anzieu chama a atenção ao fato que a consciência é descrita como interface¹ pois faz comunicação com o interno e o externo. Aponta que “o Eu, em seu estado originário, corresponde então na obra de Freud ao que propôs chamar de Eu-pele. Um exame mais acurado da experiência corporal sobre a qual o eu se apoia” (Anzieu, 1989, p. 95), lembrando que tudo que é psíquico se desenvolve em referência à experiência corporal, da qual provém, especificamente o Eu, um envelope psíquico que se origina apoiado por um envelope corporal.

3.2 Sentimentos do Eu e flutuação das fronteiras

Anzieu resgata alguns pontos do pensamento de Paul Federn (1871-1952), o qual aponta como o pensador dos limites, para pensar o limite “não como obstáculo, uma barreira, mas condição que permite ao aparelho psíquico estabelecer diferenciações no interior de si mesmo, assim como entre o que é psíquico e o que não o é” (Anzieu, 1989, p.101). Segundo este pensamento, as fronteiras do Eu estão em permanente mudança e são variáveis no decorrer da vida de um indivíduo, sendo um Eu flutuante que pode variar segundo as fases de sua vida. Anzieu (1989) cita Federn ao dizer que as palavras agem relacionando duas fronteiras do Eu que por sua vez produz modificações da economia libidinal, assim,

¹ O termo *interface* é dado para um modo de comunicação entre duas partes distintas que não podem se comunicar diretamente. É comumente usado na computação para descrever a comunicação de uma pessoa com um software de computação, por exemplo.

investimentos móveis podem substituir investimentos pulsionais estáticos. Desta forma, o Eu aparece com maior flexibilidade e dinamismo, com uma flutuação permanente das fronteiras.

O envelope psíquico se origina apoiado por um envelope corporal. O Eu é designado como um envelope psíquico, e desempenha papel ativo de colocar em contato o psíquico com o mundo exterior e transmitir a informação (Anzieu, 1989, p.94), Os humanos tem, de forma inconsciente, um sentimento de fronteira entre o Eu psíquico e o Eu corporal e também o sentimento inconsciente de uma fronteira entre o Eu e o Superego que ficam mais evidentes durante o sono.

3.3 A pele como envoltório psíquico

Partindo da compreensão do Eu-pele, nota-se que a pele adquire um lugar de destaque na obra do Anzieu pois é o palco das sensações e também é o órgão que oferece a noção de um limite entre interior e exterior agindo assim como um envelope corporal, um envoltório. De início é interessante lembrar que todo ser vivo tem pele, casca, envelope, carapaça, membrana, pleura, etc..., ou seja, algo que o recobre e que faz contorno como se envelopasse o organismo. Desta forma, a compreensão da pele como um envelope trata de toda “resposta abrangendo uma superfície protetora, uma membrana, concha ou pele que poderia ser simbolicamente relacionada com as fronteiras da imagem do corpo” (Anzieu, 1989, p. 35).

Sendo o maior órgão do corpo humano, a pele é mais que um órgão, é um conjunto de órgãos com estreita conexão com os outros órgãos dos sentidos (ouvido, olhos, cheiro, gosto, tato). Desta forma, a pele é também um sistema sensível pois é a parte do corpo que está em contato com os objetos externos e faz comunicação com o mundo. A pele é o revestimento externo do corpo humano e também o órgão que faz fronteira e delimita os limites do corpo e também o que é interno e externo. A pele, portanto, serve como um envelope tanto corporal quanto psíquico e é também o que estabelece os limites entre o que está fora e o que está

dentro. Mas a pele também tem outras funções: a pele respira, secreta, elimina, mantém tônus, participa da circulação e da função metabólica. Como escama e penas, a capa da pele como função de paraexcitação a pele protege o equilíbrio de nosso meio interno das perturbações exógenas. É o lugar do bem-estar e também da sedução pois atrai investimentos libidinais e narcísicos (Anzieu, 1989).

Se para Freud o Eu é antes de tudo um Eu corporal e uma “projeção mental da superfície do corpo” (Freud, 1923/1996), para Anzieu (1989), o Eu-pele se constitui como um envelope, uma bolsa, uma capa protetora e corresponde a uma representação psíquica da pele. (Durski & Safra, 2016)

3.4 Constituição do Eu-pele e fantasia de pele comum com a mãe

Para Anzieu, a constituição do Eu-pele é uma das condições para a passagem do narcisismo primário para o narcisismo secundário e masoquismo primário para masoquismo secundário. Haveria assim uma fantasia na qual: 1º) a mesma pele seria compartilhada pela mãe e bebê (momento de simbiose); 2º) esta desfusão, que levaria a autonomia da criança, promove um esfacelamento desta pele comum. O autor faz menção a elementos encontrados com frequências nos casos onde há uma posição masoquista perversa. Estes pacientes apresentavam em sua primeira infância episódios reais de agressão física em sua pele. Esta agressão física realizada na superfície do corpo pode ter acontecido na forma de uma intervenção cirúrgica, dermatose, perda de pelos ou situação onde uma parte da pele tenha sido arrancada. Para estes indivíduos estas agressões à pele tornaram material decisivo em sua organização fantasmática. Outra característica encontrada nestes pacientes é a fantasia mais ou menos conscientes de fusão cutânea com a mãe. Nestes casos, a separação é sentida como o arrancar desta pele (Anzieu, 1989).

A mãe serve para o bebê como uma paraexcitação originária contra agressões exteriores, mas, também, em decorrência da qualidade e intensidade libidinal dos seus cuidados corporais, uma super excitação pulsional de origem interna que também pode se apresentar como desagradável. Certos contatos corporais exercidos pela mãe e o círculo materno sobre o corpo do bebê podem comunicar uma excitação libidinizada e transmitir uma excitação erógena prematura e excessiva em relação ao grau de desenvolvimento psíquico do bebê. Assim, a mãe deve estar atenta às necessidades não apenas corporais mas também psíquicas do bebê, interpretando corretamente suas necessidades. Daí a importância de construção de um envelope de bem-estar, narcisicamente investido, suporte de ilusão, necessário para estabelecer o Eu-pele. Em ambos os casos, encontra-se a fantasia de uma superfície de pele comum entre a criança e a mãe, superfície esta de troca direta de excitações e troca indireta de significações. Quando o Eu-pele se desenvolve sobre uma vertente narcísica, a fantasia originária de uma pele comum se transforma em fantasia secundária de pele reforçada e invulnerável. Quando o Eu-pele se desenvolve no plano masoquista, a pele comum é fantasiada como pele arrancada ou ferida (Anzieu, 1989).

As experiências que o bebê irá vivenciar com a mãe como ser segurado nos braços por ela, ser apertado contra seu corpo e sentir seu calor, sentir seus cheiros e movimentos, ser carregado, manipulado e acariciado por ela geralmente acompanhado por um banho de palavras e de cantarolar da mãe, irão conduzir progressivamente a criança a diferenciar uma superfície que ira comportar a noção de face interna e face externa e permitirá a distinção entre o fora e o dentro (Anzieu, 1989). Isto levará a criança a adquirir a percepção de pele como uma superfície a partir das experiências de contato do seu corpo com o corpo de sua mãe. Assim, a criança desenvolverá a noção de um limite entre o exterior e o interior mas também o sentimento de base que lhe garantirá a integridade de seu envelope corporal. Haverá, assim, uma dupla interiorização: uma interiorização da interface que permitira ao

bebê a constituição de um envoltório psíquico e uma interiorização da representação do mundo materno através de imagens, afetos e sensações. A partir deste ponto acontecerá a separação entre o Eu e o outro (Machado & Winograd, 2007).

Desta forma, “os limites da imagem do corpo (ou a imagem dos limites do corpo) são adquiridos, durante o processo de desfusão da criança em relação a sua mãe e apresentam alguma analogia com as fronteiras do Eu” (Anzieu, 1989, p. 36).

3.5 Funções do Eu-pele

Partindo da compreensão freudiana de que toda função psíquica se desenvolve apoiada em uma função corporal cujo funcionamento ela transpõe para o plano mental, Anzieu (1989) afirma que o desenvolvimento do aparelho psíquico e suas funções psíquicas sobre o corpo se efetua a partir de sucessivas etapas de ruptura de sua base biológica.

Sobre estas funções, em seu primeiro artigo de 1974, o autor assinalava três funções do Eu-pele: função de envelope continente, função de barreira protetora do psiquismo e função de filtro de trocas e inscrição de primeiros traços correspondentes respectivamente às funções e bolsa, tela e peneira. Mais tarde, em seu livro *O Eu-pele*, de 1985, ele propões a ampliação deste número para nove que são: 1) função de manutenção do psiquismo 2) função continente 3) função de paraexcitação 4) função de individuação 5) função de intersetorialidade 6) função de sustentação da excitação sexual 7) função de recarga libidinal 8) função de inscrição de traços sensoriais 9) função de autodestruição ou função tóxica. (Anzieu, 1989).

Explicitando um pouco melhor cada uma destas funções propostas por Anzieu (1989), veremos cada uma destas funções:

1) Na primeira função, assim como a pele faz sustenta os órgãos do corpo, o Eu-pele é quem faz a *manutenção do psiquismo*. O Eu-pele adquire aqui a função de sustentar o psiquismo tendo grande importância neste processo as “pessoa encarregadas de embalar o bebê” (Durski & Safra, 2016). Isto acontece a partir dos cuidados exercidos pela mãe em relação ao bebê. Este cuidado chamado por Winnicott (1945/1982) de *holding* faz menção à maneira como a mãe segura ou sustenta o bebê, as mãos, particularmente, adquirem papel importante no cuidado do bebê e conduzirá a uma unidade do aparelho psíquico. O que está em jogo aqui é a “identificação primária de um objeto-suporte” (Anzieu, 1989, p.113), o qual o bebê mantém junto de si e se vê encostado, moldando-o, abarcando-o e protegendo-o. No bebê este contato acontece junto ao corpo da mãe via amamentação e manifestações de amor como o abraço e outros toques. Há uma sensação como que seu corpo estivesse protegido por uma tela protetora, a paraexcitação originária, que geralmente é um dos pais ou irmãos próximos, alguém com que a criança mantém contato e geralmente divide a cama (Anzieu, 1989).

2) Na função *contínente* os cuidados oferecidos pela mãe despertam, no bebê uma sensação de pele como bolsa ou envelope. O Eu-pele emerge aqui como “representação psíquica dos corpos da mãe e o corpo da criança mas também das respostas da mãe às sensações e emoções do bebê, respostas gestuais e vocais, pois o envelope sonoro redobra então o envelope tátil” (p.115). Assim,

como a pele envolve todo o corpo, o Eu-pele visa envolver todo o aparelho psíquico, pretensão que então se revela abusiva, mas necessária no princípio. O Eu-pele é agora representado como casca, o Id (*Isso*) pulsional como núcleo, cada um dos dois termos tendo necessidade do outro. O Eu-pele só é continente se houver pulsões para serem contidas e localizadas em fontes corporais, mais tarde diferenciadas (Anzieu, 1989. p.115).

A carência desta função gera dois tipos de angústia. Na primeira forma de angústia é presente uma excitação pulsional difusa, não localizável, não identificável, constituindo um psiquismo com núcleo mas sem casca ou envelope, desta forma, a dor física ou a angústia psíquica aparecem para o indivíduo como uma possibilidade de constituir esta casca faltante. Na segunda forma de angústia, existe a casca ou envelope, contudo este é sentido como descontínuo e cheio de buracos, poroso, desta forma, a angústia e agressividade são esvaziados pelos buracos presentes no psiquismo e pele (Anzieu, 1989).

3) A terceira função é de paraexcitações e “refere ao que é permitido entrar ou não, ao que é ou não passível de ser tocado” (Durski e Safra, 2016). A pele adquire aqui uma função de barreira. Assim como a mãe opera para o bebê como uma barreira de proteção em relação ao mundo protegendo-o dos excessos de radiação solar o frio extremo, por exemplo, o Eu-pele funciona aqui como esta barreira psíquica. A angústia neste caso aparece como uma intrusão psíquica de um objeto que não se deixa apagar (Anzieu, 1989).

Nos textos *O Eu e o Isso* (Freud, 1923/1996) e *Uma Nota sobre o Bloco Mágico* (1925), Freud utiliza de duas metáforas para explicar como o aparelho psíquico se protege como estímulos que vêm do exterior (Belo, 2012).

Em *Uma Nota sobre o Bloco Mágico* (1925), Freud faz uma analogia entre um brinquedo homônimo ao texto e o aparelho psíquico. No Brasil, o “bloco mágico” é também popularmente conhecido como “lousa mágica” e trata de um brinquedo composto de uma camada de plástico sobreposta a um papel no qual a criança escreve na parte superior do brinquedo (geralmente um plástico) e depois consegue apagar seu desenho apenas com um movimento de mão tirando a superfície superior do contato com a folha sobreposta. Retomando ao texto, nele, Freud, faz uma comparação ao bloco mágico (ou lousa mágica) ao aparelho perceptual afirmando que no aparelho perceptual da nossa mente é como se houvesse a presença de duas camadas: uma camada trataria de um escudo protetor contra estímulos

externos ou como paraexcitação com finalidade de diminuir a intensidade das excitações externas; outra camada, superfície receptora de estímulos agiria como superfície de inscrição. Haveria, portanto, dois sistemas distintos, um que recebe os estímulos e os retém e outro que recebe os estímulos mas não forma traços permanentes (Freud, 1925/1996).

Conforme Cardoso et al (2016), o Eu faz apelo ao corpo como tentativa de restituição dos limites entre o dentro e fora, mundo externo e interno. Desta forma, a pele é quem faz a função de paraexcitação contra o excesso de sofrimento psíquico que vem de fora e assola o indivíduo.

4) Na função de individuação, assim como a pele delimita o limite do meu corpo em relação ao corpo de outra pessoa, O Eu-pele assegura a diferenciação do indivíduo dos outros objetos trazendo a sensação de ser um ser único. A angústia aqui está relacionada ao enfraquecimento de fronteira e limite entre o indivíduo e o outro num sentimento de “inquietante estranheza” referida a uma despersonalização.

5) A função *intersetorialidade* considera a pele como uma superfície psíquica que liga as diferentes sensações de diferentes formas entre si convergindo-as ao envelope tátil. A falha nesta função do Eu-pele corresponde a um sentimento de fragmentação e ruína do corpo mas também um funcionamento anárquico do corpo, seus órgãos e sentidos.

6) Na função de *sustentação sexual*, vimos que a pele situa o local das sensações prazerosas e agradáveis onde os contatos diretos muitas vezes produzem e sustentam uma excitação sexual. Neste sentido, a pele, enquanto envelope do corpo, é o órgão que capta as excitações sexuais de forma global. Quando há falha nesta função, um indivíduo poderá não sentir suficiente seguro para o envolvimento de uma relação sexual completa. Como consequência terá a representação do Eu-pele perfurado com angústias persecutórias além de perversões sexuais que visam inverter dor em prazer.

7) Na função de *recarga libidinal*, corresponde a uma manutenção da energia interna e sua distribuição entre sistemas psíquicos. A falha desta função produz uma angústia de explosão e sobrecarga de excitação do aparelho psíquico.

8) A função de inscrição de traços sensoriais é desenvolvida a partir de inscrições sociais que são impressas na pele biológica. Temos como exemplo as escarificações tribais, pinturas, tatuagens, maquiagens, etc... A angústia se manifestaria nesta função por inscrições Superegóicas expressas na forma de rubores e eczema, por exemplo.

9) A função de autodestruição ou tóxica representa a função de autodestruição do isso que foram projetadas para as extremidades do Eu, a pele. Desta forma, esta cobertura desta pele imaginária apresenta-se como roupagem envenenada e ardente que asfixia e desagrega o Eu. Esta função é bem perceptível nos fenômenos autoimunes e doenças psicossomáticas.

Anzieu (1989) afirma que, a partir de sua experiência clínica, percebeu que em muitos dos casos que atendeu estava em questão o que chamou de “patologias do envelope”, ou seja, os indivíduos apresentavam sentimentos de indiferenciação entre o Eu e o não-Eu, despersonalização, dúvidas sobre o que é seu ou o que é do outro, sentimento de esvaziamento, fantasias persecutórias de invasão entre outros (Safra & Durski, 2016).

A partir da análise das entrevistas e estudos de casos, uma hipótese possível a ser levantada é que os ataques ao corpo provocados pelas adolescentes em questão objetivam reparar possíveis falhas em algumas funções do Eu-pele.

CAPÍTULO 4 - MÉTODO

O método de pesquisa refere-se ao conjunto de atividades sistemáticas e racionais que permite alcançar um conhecimento válido com emprego de métodos científicos de estudo e pesquisa, que traçam um caminho a ser seguido. Este método permite ao pesquisador detectar erros e tomar decisões sobre o estudo que está sendo realizado (Lakatos & Marconi, 2003).

Seguindo os critérios de uma pesquisa científica, para a realização desta, foi utilizada uma abordagem qualitativa multimetodológica com estudo de casos múltiplos agrupando a análise de entrevistas clínicas semiestruturadas e estudos de casos clínicos. A pesquisa multimetodológica permite explorar a combinação de mais de uma modalidade de método e/ou de técnica de pesquisa levando em conta as potencialidades de cada técnica para o levantamento dos dados. Este arranjo permite estabelecer relações de complementaridade e de convergência entre os métodos e técnicas utilizados complementando-os ou revelando ambiguidades e contradições. Pode-se valer também da sobreposição de uma técnica em relação a outra para construção de um mesmo dado e/ou explorar diferentes angulações de um dado (Boni, 2004).

Para a realização desta pesquisa foi adotada uma abordagem qualitativa onde os estudos são teoricamente orientados, baseados em teoria e com estudos de casos fenomenológicos. Neste modelo de abordagem os investigadores usam a literatura de maneira consistente com as suposições de aprendizado do participante, o pesquisador ouve os participantes da pesquisa e constrói um entendimento baseado na ideia deles (Creswell, 2007).

A pesquisa qualitativa trabalha com os significados, motivos, valores, atitudes, crenças e atitudes dos envolvidos. Esta abordagem tem como característica descrever, compreender e explicar a complexidade de um fenômeno e as trocas simbólicas envolvidas na pesquisa (Minayo, 2001). Com isto, esta pesquisa buscou investigar o fenômeno dos ataques ao corpo

na adolescência, ou mais especificamente, buscou focar os aspectos subjetivos dos envolvidos na pesquisa e os significados que podem ser atribuídos a estes fenômenos.

4.1 Participantes

Participaram da pesquisa cinco adolescentes com idade entre quatorze e dezessete anos, sendo três do sexo feminino e um do sexo masculino. Foram seguidos alguns critérios de escolha dos participantes para a pesquisa: 1) ser adolescente com idade entre 12 (doze) e 17 (dezessete) anos; 2) apresentar algum tipo de ataque ao corpo ou autolesão; 3) estar em acompanhamento psicoterapêutico com psicólogo (a) e, caso necessário, com psiquiatra.

Ao todo esta pesquisa conta com 1 (um) estudo de caso e 4 (quatro) análises de entrevistas. Foi utilizada uma amostragem de conveniência que é aquela que seleciona os participantes “mais acessíveis, colaborativos, ou disponíveis” (Freitag, 2018) para participar da pesquisa.

Todos os casos foram oriundos do Sistema Único de Saúde – SUS. Por apresentarem idade inferior a 18 (dezoito) anos, foi necessária a autorização prévia das adolescentes envolvidas e seus responsáveis legais que assinaram o Termo Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (anexo 1) o qual consta um modelo anexo ao final deste trabalho.

4.1.1 Procedimentos de coleta de dados

Para coletar os dados foram utilizados dois métodos – entrevista clínica semiestruturada e registro de diário de campo dos atendimentos clínicos psicoterapêuticos para posterior estudo do caso. Estes procedimentos são descritos a seguir.

4.1.2 *Entrevista clínica semiestruturada*

A entrevista clínica é uma modalidade de entrevista que busca estudar os fenômenos, motivos e sentimentos dos entrevistados e seguem uma série de perguntas específicas pré-definidas (Lakatos & Marconi, 2003). Pode ser definida, ainda, como um conjunto de técnicas de investigação no qual o entrevistador utiliza conhecimentos psicológicos com o objetivo de descrever e avaliar aspectos pessoais ou relacionais do indivíduo entrevistado. Durante a realização de uma entrevista clínica, o entrevistador busca investigar pontos ou objetivos que considera relevantes. A investigação clínica possibilita alcançar estes objetivos primordiais que são o levantamento de informações e sua descrição e avaliação tornando possível relacionar eventos e experiências, fazer inferências, mas também fazer conclusões e tomar decisões, caso necessário (Tavares, 2003).

A entrevista é um instrumento de investigação e coleta de dados que consiste no encontro entre duas pessoas sendo que uma delas, mediante conversação de cunho profissional, obtém informações acerca de um determinado assunto com finalidade de ajudar em diagnóstico ou tratamento de problema social. Na entrevista clínica há dois papéis distintos: o entrevistador e o entrevistado. O entrevistador trabalha no domínio de uma relação profissional e é dele a responsabilidade da condução da entrevista, conhecimento técnico e aplicação do conhecimento psicológico em benefício das pessoas envolvidas. Já o entrevistado é aquele que presta informações e está em condições de fornecer as informações necessárias ao entrevistador. As entrevistas garantem acesso a informações necessárias de modo padronizado e possibilita confiabilidade e fidedignidade das informações obtidas permitindo criação de um banco de dados que podem ser úteis à pesquisa (Tavares, 2003).

Com finalidade de nortear o conteúdo a ser levantado na entrevista optou-se por uma entrevista semiestruturada uma vez que esta modalidade de entrevistas permite ao entrevistador ter liberdade para conduzir a situação para uma direção que considere mais

adequada e/ou interessante a seu interesse de pesquisa para, assim, explorar mais amplamente um ponto ou uma questão específica. Em geral são utilizadas questões abertas que podem ser respondidas ao pesquisador dentro de uma conversação informal, mas sempre obedecendo o propósito da investigação (Lakatos e Marconi, 2003).

Conforme Gil (2010), a entrevista semiestruturada dá ao entrevistado uma liberdade de se expressar da melhor maneira e ao mesmo tempo permite ao entrevistador que mantenha o foco e conduza a entrevista que esta sendo realizada. A entrevista semiestruturada tem foco sobre um assunto o qual se tem interesse em pesquisar e é a partir deste assunto de interesse que é confeccionado o roteiro com as perguntas que serão realizadas ao entrevistado. Contudo é possível que estas questões sejam completadas com outras perguntas ou questões que durante a realização da entrevista o entrevistador julgue importante e seja inerente ao assunto pesquisado. Isto porque as entrevistas semiestruturadas fazem surgir questões de forma livre uma vez que não padronizadas e condicionadas a determinadas alternativas (Manzini, 1990/1991).

Neste trabalho, as entrevistas realizadas com as adolescentes tinham um roteiro prévio com nove (nove) perguntas que foram conduzidas como entrevistas clínicas. O modelo da entrevista semiestruturada utilizada nesta pesquisa encontra-se anexo a este trabalho (anexo 2). Para a realização dessa entrevista foi seguido alguns passos. Primeiro foi realizado contato via telefone com um responsável legal do adolescente que estava sendo acompanhada por algum profissional de psicologia do Sistema Único de Saúde – SUS e que apresentava ataques ao próprio corpo ou autolesões.

Neste contato o responsável legal foi informado brevemente sobre o conteúdo da pesquisa e sobre o interesse de realizar entrevista com a adolescente em questão. Após autorização verbal do responsável foi realizado contato com a adolescente que aceitou participar da pesquisa. Num outro momento foi realizada a entrevista e informado sobre as

questões éticas que envolvem a pesquisa com humanos e o interesse da pesquisa. O responsável legal e a adolescente assinaram termo de consentimento autorizando usar dados coletados na entrevista. As entrevistas tiveram duração aproximada de sessenta minutos.

4.1.3 Análise dos dados das entrevistas

Após a realização das entrevistas, foi realizada análise do conteúdo a partir do arcabouço teórico da psicanálise. Conforme Iribarry (2003) o pesquisador que trabalha sob a ótica da psicanálise, é tomado por uma experiência de aprendizagem que se transformou em um saber – *Erfahrung*, que decorre do contato do pesquisador com os participantes da pesquisa que foram entrevistados. Com isto, a experiência que se inicia com a investigação de uma questão problema, o pesquisador acaba por ser modificado por esta experiência tornando parte desta experiência de aprendizagem que irá culminar com a construção de um ensaio metapsicológico. A partir do estabelecimento da *Erfahrung*, o pesquisador faz uma leitura dirigida pela escuta no texto transcrito das entrevistas e/ou questionários respondidos pelos sujeitos participantes da pesquisa identificando significantes cujos sentidos possam contribuir para o problema da pesquisa norteando sua investigação (Iribarry, 2003).

4.2 O estudo de caso

O método de estudo de caso trata de uma construção de sentido daquilo que ocorrera na clínica a partir do atendimento clínico de um (a) paciente; primeiramente ocorre o atendimento clínico e posteriormente a construção do caso. Desta forma, o pesquisador sai do registro da experiência clínica particular e entra na experiência compartilhada ao nível de teorização da clínica, com isto, além da descrição do caso, inclui também a sua teorização. Esta escrita do estudo de caso é composta por descrição da história da doença, descrição da

relação transferencial que ocorre entre o analista e o analisando durante o processo, e a interpretação do fenômeno, da relação transferencial bem como a construção teórica em psicanálise que fundamentará o estudo de caso (Guimarães & Bento, 2008). Trata-se de uma estratégia metodológica da pesquisa clínica que resulta na comunicação feita pelo terapeuta de uma experiência decorrente de um atendimento clínico psicanalítico.

No estudo de caso há uma delimitação conceitual que servirá como o objeto de investigação da pesquisa. Este objeto de investigação são os fenômenos que nortearão a pesquisa e que servirão de elementos para a análise posterior. Para isto, o pesquisador poderá fazer uso de um fragmento de um atendimento clínico e, a partir da fala do paciente ou um comportamento explicitado pelo seu corpo, localizar algo da realidade psicológica do paciente fazendo, o pesquisador, abstração destes dados observados (Iribarry, 2003).

Desde o início da psicanálise, Freud realizou estudos dos casos clínicos dos pacientes que atendia para demonstrar sua elaboração teórica e apontar o quanto a psicanálise poderia ser útil na prática com pacientes que sofriam com algum tipo de sofrimento psíquico. Este método de estudos de casos foi largamente difundido pelos precursores da psicanálise e é comumente utilizado como estudo e demonstração da prática psicanalítica. Dentre os casos estudados por Freud podemos citar o caso de Anna O. (1895), O Homem dos Ratos (1909), o caso que ficou conhecido como o Homem dos Lobos (1918), o caso do Presidente Schreber (1911). Há ainda os casos clássicos de autores pós-freudianos como, por exemplo, o caso Dick apresentado por Melanie Klein (1929); o caso Aimée apresentado por Lacan (1932); caso da menina do espelho apresentado por Françoise Dolto; caso Margaret Little apresentado pelo Winnicott; e tantos outros que são discutidos diariamente na transmissão da psicanálise por todo mundo.

Conforme Zanetti e Kupfer (2006), a experiência fornece as bases de uma construção teórica de um caso, ou seja, os desdobramentos de um caso e seu acompanhamento pelo

analista são um instrumento na construção do método de pesquisa em psicanálise. Os autores complementam a ideia afirmando que “é na passagem da experiência psicanalítica para a elaboração teórica que se pode localizar o método do relato de casos clínicos” (idem, p.3) sendo o relato do caso o passo e o fundamental que permitirá o encontro da experiência psicanalítica com a sua elaboração teórica.

4.2.1 *A construção do estudo de caso*

A construção do caso clínico consiste em juntar as narrativas do protagonista, ou seja, o paciente cujo caso está sendo discutido, e encontrar seu ponto cego ou aquilo que eles não viram, cegos pelo seu saber e pelo medo da ignorância. A construção de um caso consiste num movimento dialético onde o paciente é colocado na posição de docente. Contudo, o que o paciente ensina não passa pela sua consciência e trata de algo que ele não consegue dizer diretamente, mas pode ser compreendido pela escuta das coincidências de sua história de vida, pelos enigmas de seus atos falhos, suas recaídas, suas ausências, etc... (Viganò, 2003).

O estudo de caso visa produzir um sentido sobre o que se passou no *setting* analítico na perspectiva analista/analizando, logo, o caso não está dado e pronto antes da relação transferencial. Desta forma, o estudo de caso é uma construção narrativa do pesquisador (no caso o psicanalista) munido da teoria e conceitos, estabelecidos numa relação terapêutica que é a própria experiência clínica (Fédida, 1991).

O caso apresentado, o caso Lavínia, refere-se a uma adolescente que foi atendida no Grupo VIPAS que funciona no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos – CAEP, vinculado ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Para a publicação do caso houve autorização prévia da paciente em questão e de sua responsável que optaram em contribuir para esta pesquisa levando em consideração os preceitos éticos de pesquisa com humanos.

Como suporte para os atendimentos clínicos este pesquisador participou da supervisão clínica oferecida no projeto de Extensão do VIPAS- Violências e Psicopatologias no contexto da Contemporaneidade que oferece atendimento conjunto com o ambulatório de psiquiatria de atendimento ao adolescente do HUB. Deste projeto participam estagiários de psicologia e orientandos de mestrado e doutorado da professora Deise Matos do Amparo, cuja proposta de trabalho é neste capítulo apresentada (Amparo, Arouca, Alves, 2020). Os atendimentos clínicos e as supervisões dos atendimentos eram realizados semanalmente.

A paciente do estudo de caso chegou ao CAEP encaminhada pelo serviço de psiquiatria Hospital Universitário de Brasília - HUB. O HUB é uma instituição pública e federal que funciona desde 1972. Realiza atendimento exclusivamente de forma gratuita, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e de modo integrado à Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Está vinculado à Universidade de Brasília (UnB) e em 2013 passou a ser gerido administrativamente pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (RBSEH). O HUB funciona como um importante campo de prática para estudantes de graduação e de pós-graduação, por meio de estágios e programas de residência médica e multiprofissional e foi certificado como hospital de ensino desde 2005.

Um ponto a ser destacado refere-se ao período posterior ao mês de março do ano de 2020 quando os atendimentos foram realizados na modalidade de atendimentos virtuais, online, mediados por aplicativo de *smartphone* em função da pandemia do COVID-19. Esta modalidade de atendimento é autorizada e regulamentada pelo Conselho Federal de Psicologia – CFP desde o ano de 2018 mas neste ano (2020) foi emitida uma nova resolução, a Resolução CFP nº 04/2020 que orientou esta prática frente ao cenário de pandemia do vírus Covid-19 enfrentado em todo o mundo exigindo isolamento social para contenção da disseminação e contaminação populacional. Dentre outros pontos esta normativa exige o

cadastro prévio do profissional na plataforma e-psi e cadastro atualizado no conselho bem como o cumprimento do código de ética profissional (Conselho Federal de Psicologia, 2020).

4.3 Comitê de ética e pesquisa –CEP

Esta pesquisa está vinculada ao projeto de Extensão do VIPAS Violências e Psicopatologias no contexto da Contemporaneidade e ao projeto de pesquisa *Adolescência e violência: Psicopatologia e psicodinâmica de autores de auto e heteroagressão* com número CAAE 46302214.6.0000.5540, vinculado a Universidade de Brasília e sob coordenação da professora Dra. Deise Matos do Amparo. O projeto desta pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa na área de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, respeitando as recomendações éticas da Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde que aponta que nas pesquisas com seres humanos são possíveis algum tipo de risco (Brasil, 2012).

CAPÍTULO 5 - ANÁLISE DAS ENTREVISTAS CLÍNICAS COM ADOLESCENTES

Neste capítulo serão apresentadas as análises das entrevistas clínicas realizadas com quatro adolescentes. São três adolescentes do sexo feminino e um adolescente do sexo masculino com idades compreendidas entre treze e dezessete anos. Os casos serão apresentados individualmente e contará com uma apresentação inicial do (a) adolescente com breve relato de sua história, análise psicodinâmica dos ataques ao corpo do (a) adolescente e sua relação com Eu-pele e, por fim, considerações sobre o caso.

5.1 O caso Clara

E Clarisse está trancada no banheiro

E faz marcas no seu corpo com seu pequeno canivete

Deitada no canto seus tornozelos sangram

E a dor é menor do que parece

Quando ela se corta ela se esquece

(Clarisse – Legião Urbana)

5.1.1 Breve histórico do caso

Clara é uma adolescente de 14 (quatorze) anos de idade que residia em uma instituição de acolhimento para crianças e adolescentes. Além da entrevista realizada com a adolescente, pude conhecer um pouco de sua história uma vez que eu trabalhei na rede de serviços onde ela era acolhida. Era uma adolescente expansiva que chamava atenção por onde passava em decorrência de sua forma de ser, reluzente. Chama atenção pela sua alta estatura, por falar alto, e sorrir com muita facilidade emitindo uma luz própria de sua

personalidade. Mas todo este brilho da adolescente escondia uma realidade de agressões e violências físicas sofridas no ambiente familiar que motivou seu acolhimento institucional. Ali cometeu um ataque ao corpo, na forma de escarificações no antebraço, numa situação que será descrita a frente.

O acolhimento institucional de Clara foi motivado após ter denunciado o pai por agressões verbais (humilhações e xingamentos) e físicas (socos, chutes e chicotadas) mas, também, por ter cometido abuso sexual contra ela.

No período que antecedeu o acolhimento, a adolescente residia com o pai (recém-saído do sistema prisional), a mãe, que estava grávida, e dois irmãos mais novos. Outros membros da família como tios, tias, primos, etc... também apresentam envolvimento com a criminalidade, fato que inviabilizou a inserção da adolescente em família extensa e a levou ao acolhimento.

Seu pai era uma pessoa envolvida com criminalidade tendo cumprido pena de reclusão e após a denúncia feita por Clara, seu pai retornou à prisão.

No ato do acolhimento da adolescente sua mãe se posicionou em defesa do pai, abusador da filha. Sua mãe disse que ela era uma “*vagabunda*”, “*safada*”, “*mentirosa*” e que ela tinha “*acabado com a família*”. Disse ainda que, caso Clara retornasse ao ambiente familiar, iria pagar pelo que fez com o pai e com a família. A mãe da adolescente também se mostrou invasiva e agressiva ao se posicionar em defesa do pai e atacar a adolescente culpando-a pela “*desgraça da família*”. Percebe-se aqui que a família da adolescente bastante invasiva e violenta com ela, tendo o pai, violado, inclusive os limites físicos do corpo de Clara.

5.1.2 *O ataque ao corpo*

Na instituição de acolhimento, a adolescente disse ter medo do pai “*pular o muro*” para matá-la em cumprimento de promessa que teria feito a ela após a denúncia contra ele. O poder judiciário chegou a emitir uma medida cautelar proibindo que familiares se aproximassem da adolescente e da instituição onde ela se encontrava em decorrência da real periculosidade dos entes da família.

Sobre a função do muro, este é recurso utilizado para delimitar um território, fazer uma barreira de proteção, mas também para evitar uma invasão indesejada. Aqui cabe apontar um detalhe importante da instituição de acolhimento na qual Clara foi abrigada. Como tentativa de diminuir os efeitos da institucionalização das crianças e adolescentes do local, foi adotada uma medida de manter junto às bases de alvenaria do muro, a utilização de *Blindex*. O *Blindex* consiste em um tipo de um vidro temperado, resistente e transparente que permite visualização por ele. As construções modernas tem utilizado este recurso porque o material é resistente, seguro e quando chega a quebrar não corta como o vidro comum. Com a utilização do *Blindex* no muro da instituição, quem está fora do abrigo consegue visualizar o que acontece fora dele e quem está fora do abrigo, consegue visualizar o que acontece no seu interior.

Retomando a situação da adolescente, alguns dias após seu acolhimento, sem aviso prévio, a mãe de Clara compareceu à frente da instituição onde a adolescente se encontrara e foi vista por ela através do *Blindex*. A adolescente ficou com muito medo, correu para o banheiro para se esconder e lá se trancou. Saiu tempos depois com os braços cortados e ensanguentados por gilete. Quando perguntada sobre o ocorrido disse que, ao ver a mãe, “*sentiu muito medo*”, se escondeu no banheiro “*sentindo algo ruim no corpo*” e, “*quando me vi, já tinha me cortado*”. Segundo a adolescente, os cortes serviram para “*aliviar as sensações ruins*” que fora acometida quando viu sua mãe.

Depois deste dia a mãe foi advertida pela justiça e a adolescente não teve mais contato com familiares. O pai continuou preso e a mãe não foi mais vista. A adolescente, em acompanhamento psicológico, retomou as atividades escolares e sociais (fora da instituição) algumas semanas depois.

No caso de Clara, o ataque ao corpo aconteceu imediatamente após contato com sua mãe. Foram ataques pontuais e neste único episódio. A adolescente não tinha histórico de escarificações.

No que tange às escarificações, para Anzieu (1989), estas podem ser consideradas como tentativas exageradas de manutenção dos limites do corpo e do Eu, desta forma, os atos de escarificar o próprio corpo servem para reestabelecer um sentimento de coesão. São tentativas de recuperar o controle sobre o corpo. Assim, a dor provocada pelo ataque ao corpo opera como uma forma de lutar contra as angústias de invasão e abandono. Seguindo esta linha de pensamento do Anzieu é importante destacar alguns pontos que serão discutidos a seguir.

5.1.3 Análise dos ataques a partir das Funções do Eu-pele

No caso de Clara, podem-se relacionar algumas possíveis falhas nas funções do Eu-pele, relação entre o Eu psíquico e o Eu corporal, que serão discutidas a partir das funções de manutenção do psiquismo, função continente e função de paraexcitação.

a) a função manutenção do psiquismo do Eu-pele:

A função de manutenção do psiquismo oferece ao indivíduo o sentimento dos limites internos e externos que são responsáveis pela garantia de segurança dos objetos internalizados. Haveria aqui uma sensação de que o corpo estaria protegido por uma tela ou capa protetora representada pelos pais ou alguém que faz esta proteção à criança. A carência

desta função pode levar o indivíduo a vivenciar sentimentos de angústias de despedaçamento do corpo e do psiquismo (Anzieu, 1989).

No caso desta adolescente, podemos dizer que os pais apresentaram falhas nas funções de cuidado. O *holding*, função descrita por Winnicott (1982) como a função que dá sustentação e permite a unidade do aparelho psíquico pode ter sido precário; a mãe pode não ter sido constituída como um objeto suporte para esta adolescente. É o que se constata quando a adolescente, ao ser agredida e abusada pelo seu pai, após tê-lo denunciado, é hostilizada pela sua mãe que, além de não creditar valor ao discurso da filha ainda coloca nela a culpa pelo ato acontecido e pelo fim de toda a família.

Uma questão que pode ser colocada é se a família, ou mais especificamente a mãe desta adolescente realmente cumpriu as funções maternas de forma suficientemente boa de maneira que possibilitasse a esta adolescente a constituir um psiquismo sem falhas em suas funções de Eu-pele, gerando sentimento de falhas nos limites corporais.

Definitivamente é uma representação de mãe que, ao invés de acolher, proteger, tranquilizar e operar como um objeto suporte e/ou sustentador para a adolescente acaba operando como objeto desagregador para com a filha. Seu pai, mais violento e agressivo que a mãe, viola todos os limites psíquicos e físicos colocados pela filha. Onde deveria haver um escudo protetor formado por uma mãe ou cuidados suficientemente bons (Winnicott, 1975) houve falta desproteção e violência não havendo um “objeto-suporte” (Anzieu, 1989, p.129) para a adolescente.

b) função *continente* do Eu-pele:

Quando há falha desta função, a dor física ou a angústia psíquica aparecem para o indivíduo como uma possibilidade de constituir uma casca ou envelope faltante. Neste caso a casa ou envelope é sentido como poroso e cheio de buracos, a angústia e agressividade são

evacuados pelos buracos da pele e psiquismo. Com isto, tem-se a sensação de um Eu-pele furado ou esburacado que pode produzir e angústias de esvaziamento (Anzieu, 1989).

No caso de Clara o recurso à dor pela via da escarificação pode ser uma tentativa de fazer um limite do corpo. Quando os muros da instituição se mostraram falhos na função de escudo protetor e não foram capazes de conter a presença da mãe foi necessário o estabelecimento de um novo limite, agora do corpo, por via da dor.

A sensação da dor opera então como demarcação do envelope que recobre o corpo – a pele, e instaura o limite entre ela e sua mãe evitando, assim, invasão deste objeto materno.

c) função *paraexcitação* do Eu-pele:

Nesta função a pele adquire uma função de barreira psíquica de proteção contra a intrusão de um objeto. Esta função é primordialmente realizada pela mãe ou representante que serve de paraexcitação auxiliar do bebê até que seu Eu encontre em sua própria pele um apoio suficiente para realizar esta função. Quando esta função apresenta falhas pode acontecer a “angústia paranoide de intrusão psíquica” (Anzieu, 1989, p.117) e como consequência a isto, a paraexcitação pode ser realizada com apoio sobre a pele (Anzieu, 1989).

Para que esta função se desenvolva de forma saudável, a mãe ou representante tem que se apresentar para o bebê como uma mãe suficientemente boa, que é a definição dada por Winnicott (1975) para a mãe que realiza sua função de cuidado em relação ao bebê de maneira equilibrada, sem grandes excessos ou carências. A mãe suficientemente boa não pode ser uma mãe excessivamente ausente tampouco excessivamente presente e invasiva, deve oferecer o espaço e cuidados necessários para o bebê sem ser omissa e sem sufocá-lo com seus exageros. A mãe suficientemente boa é aquela que se adapta às necessidades do seu filho e o ajuda a se adaptar a suas necessidades e à realidade.

Partido da compreensão do que Winnicott (1975) define como mãe suficientemente boa, é importante retomar uma análise descrita por Freud sobre esta relação presença e ausência da mãe em relação ao bebê. Freud no seu texto *Além do princípio do prazer* (1920/1996) descreve a brincadeira, que ficou conhecida como brincadeira do *fort-da*, realizada por um bebê (mais tarde identificado como seu neto) de aproximadamente 18 (dezoito) meses. A brincadeira era realizada assim: um bebê brincava com seu carretel de linha e entoava as palavras, em alemão, *fort* e *da*, que significam respectivamente *longe* e *ali*. Em sua análise, Freud queria demonstrar que a brincadeira do *fort-da* era uma tentativa da criança de simbolizar a dualidade presença-ausência de sua mãe. Assim como a mãe que se fazia presente num determinado momento e ausente em outro, a criança, ao brincar com seu carretel, repetia esta experiência com seu brinquedo. Ao jogá-lo para longe o fazia ausente (*fort*), ao puxá-lo para perto o fazia presente (*da*).

Um ponto destacado por Freud é que, ao repetir esta experiência em brincadeira ou jogo, a criança encontra uma forma de lidar com as presenças e ausências de sua mãe e, quando brinca, sai de uma posição passiva da experiência para uma posição ativa da situação. Vemos isto acontecer com Clara. A adolescente sai de uma posição passiva onde era vítima das violências contra si e contra seu corpo e passa para uma posição ativa quando ela mesma promove o ataque ao seu próprio corpo pela via da escarificação dos antebraços.

Num primeiro momento, a instituição operou, para Clara, como um escudo protetor, uma pele ou casca que fazia limite entre o dentro (interior da instituição) e o fora (a rua) mas também marcava um limite ou fronteira entre Clara e família. Apesar disto, esta segurança se viu ameaçada pela presença da mãe frente à instituição de acolhimento, os muros não foram bastante para conter a mãe e a pele não foi bastante para conter a excitação pulsional sentida pela adolescente levando-a as escarificações.

Há de se ressaltar duas modalidades de agressões distintas neste caso: numa primeira modalidade a adolescente está numa posição passiva pois é vítima das violências provocadas pelos pais na forma de agressões e abuso; numa segunda modalidade de ataque a adolescente é quem ataca o próprio corpo na forma das escarificações. Ou seja, há uma mudança na posição subjetiva em relação aos ataques, tendo a adolescente saindo de uma posição passiva para se colocar em uma posição ativa.

5.1.4 O ataque ao corpo como apagamento do objeto primário

Um auxílio na compreensão do comportamento da adolescente pode ser buscado a partir do que André Green (2010) chamou de trabalho do negativo. Para formular este conceito, Green se orienta a partir do texto *A negativa* de Freud (1925/1996). Neste texto, Freud afirma que via negação de uma proposição, o indivíduo pode expressar seu desejo e conteúdo que está no seu inconsciente. Mas para que isto ocorra, o conteúdo que foi expresso, precisou, antes, passar pelo crivo do intelecto para que, assim, fosse feito pela via de uma negação. Com isto, a partir de uma função de julgamento, substituto intelectual da repressão, o Eu trataria de introjetar o que é bom integrando ao seu Eu e mandaria para o exterior o que considera mau. Freud complementa sua ideia afirmando que isto trata de uma questão referente ao que é externo e interno ao indivíduo e funcionaria da seguinte forma: as representações subjetivas dos objetos estariam relacionadas ao que se pode chamar de interno e os objetos reais comporiam a noção do que é o externo ao indivíduo. Para que o objeto seja percebido como um objeto de satisfação, ele deve estar no mundo externo de modo que ele o indivíduo possa se apossar do objeto quando necessitar, agora enquanto representação subjetiva. Com isto, o pensamento possui a capacidade de tornar o objeto que não mais existe fisicamente presente em sua imaginação sempre que necessite.

Para um melhor entendimento sobre em que se consiste o *trabalho do negativo*, este pode ser pensado a partir do fenômeno da alucinação negativa, conceito que foi criado por Bernheim em 1884 e que foi utilizado por Freud no período em que ainda trabalhava com a utilização do modelo hipnótico-catártico entre 1895 e 1897 (Garcia & Penna, 2010). Sendo o avesso da alucinação positiva onde um indivíduo produz uma imagem mental de um objeto que não está presente ou existe, a alucinação negativa consiste em uma experiência onde o indivíduo elimina da sua consciência a imagem de um objeto tornando-o ausente, como se olhasse para uma pessoa em sua frente mas não a enxergasse ali.

Ou seja, o objeto precisa estar ausente para que possa ser simbolizado e inscrito no lugar do objeto que falta. Este processo de negatizar, apagar ou tornar um objeto ausente no psiquismo do indivíduo Green nomeou de *trabalho do negativo* (Garcia & Penna, 2010).

Há de se levar em conta que, quando este objeto falha em suas funções, “mais barulho faz; quanto mais ele se ausenta em suas funções, quando necessitava estar presente, mais sua presença é ofuscante e perturbadora” (Cintra, 2013). Ou seja, quando o trabalho do negativo fracassa, este objeto primário não pode ser perdido ou negatizado para posteriormente ser reencontrado o que gera uma grande dependência em relação a si ou uma tentativa de sua exclusão já que é percebido como um excesso e consistente.

Neste sentido, pode-se dizer que, no caso de Clara, o ataque ao corpo pode ter operado como um recurso para conter a excitação psíquica causada pela sensação de invasão materna. Se pensado pela via do trabalho do negativo, pode-se dizer que a escarificação é uma tentativa de fazer um negativo ou apagar a mãe invasiva que se apresentou consistente e para Clara. O sangue que sai da pele adquire semblante e materializa o objeto que precisa ser extraído – a mãe. Há de se destacar que, com o ataque ao corpo, Clara passa de uma posição passiva (quando era objeto de agressões do outro) para uma posição ativa (agora é ele mesma que se ataca) passando a ser o agente promotor e controlador das sensações de seu corpo. Conforme

Savietto (2007), as passagens ao ato são uma forma de inverter a posição subjetiva do indivíduo que provoca o ato e é uma forma do Eu dominar o excesso pulsional quando há impossibilidade do trabalho de representação. Desta forma, o ataque ao corpo tem efeito calmante e tranquilizador pois faz contenção na invasão pulsional ao mesmo tempo que apaga e/ou extrai o objeto invasivo que não se deixa fazer ausente.

Depois do ataque ao corpo a medida cautelar emitida pelo poder judiciário proibindo proximidade de sua mãe à instituição assume a função de pele e escudo protetor e permite o afastamento da mãe. O pai continua preso e aos poucos Clara percebe que este espaço/lugar seguro que oferece segurança, proteção e contenção podem ser lentamente ampliados. E assim ela retoma sua rotina de estudos, frequenta semanalmente os atendimentos psicoterápicos e aulas de computação.

5.1.5 Considerações sobre o caso

É possível relacionar o ataque ao corpo de Clara como uma tentativa de retomar o controle das sensações corporais pela via da escarificação passando de uma posição passiva para ativa.

Seus pais que deveriam oferecer proteção a ela agindo como uma barreira de proteção ou um escudo protetor frente aos eventos externos acabaram operando como agentes invasivos, violentos e não cumpriram seu papel de escudo mas fazendo o contrário. Seu pai, com o abuso sexual, invade não só os limites psíquicos mas também os limites do corpo impostos pela adolescente. Há aqui carência e falha na função de proteção promovida pelas figuras de cuidado de Clara, no caso seus pais. Com consequência a isto, houve falha na função de paraexcitação do Eu-pele.

A institucionalização, no momento da denúncia feita contra seu pai, parece ter sido um bom recurso pois os muros do abrigo poderiam permitir à adolescente uma sensação de limite e barreira (paraexcitação) entre ela e a sua família invasiva.

Contudo, quando o muro vacila em sua função, a dor gerada pela escarificação permite à adolescente retomar os limites do seu corpo. É uma tentativa de lidar com a evasão pulsional que é acometida quando se percebe invadida pela presença materna. Ao mesmo tempo em que retoma os limites do corpo pela via da dor, os cortes na pele tentam fazer a extração do objeto materno operando como trabalho do negativo.

Após o episódio da escarificação decorrente da proximidade da mãe de Clara com a instituição onde estava abrigada, a emissão de uma medida cautelar emitida pelo poder judiciário que proibiu que a mãe da adolescente se aproximasse da filha, um novo limite é posto em cena. Com isto há um distanciamento de Clara de seus agressores. Com o acompanhamento psicológico a adolescente busca, aos poucos, avançar cada dia mais seu espaço (seu limite) e retomar a rotina.

5.2 O caso Maki

Análise da entrevista de Maki:

“Já usei faca de cozinha, já usei gilete, aqueles negocinho que a gente faz com apontador (...), até com a gilete também (...) gilete não, prestobarba. Eu peguei e passei assim, no mesmo lugar. Eu ficava pegando o dedo e tentando enfiar assim, oh, pra pegar e ficar apertando a veia para sentir a dor”.

5.2.1 Breve histórico do caso

Maki, na ocasião da entrevista, era uma adolescente que contava dezessete anos e cursava o terceiro ano do ensino médio. Dizia ser “*cabeça dura e teimosa*” apesar de gostar de ajudar as pessoas, gostar de arte e já fez “*algumas loucuras*” como invadir locais públicos ou privados e cabular aula com amigos apenas por diversão. Diz que não gosta “*de estar errada*” e não gosta “*que as pessoas pensem que mandem*” nela, relata. Em alguns momentos a adolescente apresenta um discurso um pouco pueril, especificamente quando relata um episódio onde, na madrugada do dia do seu aniversário, após ter ingerido “um monte de remédio”, foi salva pelo seu cachorro que a “impediu” de fazer uma ingestão ainda maior de medicações entrando em sua frente a impedido de realizar tal ato. Dentre suas atividades preferidas estão o ballet e o canto.

A adolescente morava com a mãe e com uma irmã. No mesmo lote onde se situa sua casa, também se encontra outra casa onde moram avó, avó e um tio. Maki não tem convivência com seu pai que reside em outra cidade. Os contatos entre pai e filha são raros. Seus pais se separaram quando Maki ainda era criança após sua mãe descobrir uma traição. Descreve a convivência familiar com muitos episódios de violência e agressões. Seus pais brigavam muito quando ela era criança e seu pai agredia a mãe fisicamente. Acredita que os pais “*se aguentavam por causa das filhas*”. Sua mãe era vítima de violência causada pelo marido e tinha muitos hematomas pelo corpo decorrentes de agressões sofridas.

Além das dificuldades e violência vividas no ambiente intrafamiliar, a adolescente também vivenciou momentos difíceis na escola. Relata que, ainda quando criança brigava muito porque era vítima de *bullying*. Seus colegas frequentemente a chamavam de “*baleia*” e xingavam a sua mãe. Os colegas, “*com ciúmes*”, “*falavam que era puxa-saco dos professores porque tirava notas muito altas*”. Como consequência a isto, desenvolveu quadro de bulimia além de rituais de compressão corporal que serão explicados melhor à frente. No mesmo período iniciou a se escarificar de forma recorrente e depois dos quinze anos fez várias

tentativas de autoextermínio não sabendo precisar muito bem se foram quatro, cinco ou seis tentativas.

Quando fala sobre si, diz que “*na frente das pessoas finge que está tudo bem, mas quando está sozinha não é bem assim*”. Nunca teve uma amiga de verdade, relata. Maki namorava um adolescente há oito meses mas durante este período de namoro já foi “*traída*” por ele e também já o traiu com “*outra menina*”.

Na data da realização da entrevista a adolescente estava em acompanhamento psicológico há aproximadamente dois anos. Gosta de ballet e gosta de cantar.

5.2.2 *Os ataques ao corpo*

A demanda ou queixa principal que levou a adolescente a procurar pelo atendimento psicológico foram as escarificações. A primeira vez que se cortou foi aos 11 (onze) anos mas não lembra o que o motivou o primeiro corte na pele. Mas remete ao fato de ter uma infância com violência intrafamiliar e ter sofrido *bullying* na escola porque era “*gordinha*”. O *bullying* sofrido na escola, quando criança, parece reverberar até os dias atuais influenciando na percepção de seu corpo e na relação que tem com ele. Sobre seu corpo, diz que “*Gosto muito não. Até hoje eu me vejo gorda*”.

5.2.3 *O bullying como possível evento traumático*

Quando perguntada sobre o início do seu quadro clínico atual, mais especificamente sobre o início das escarificações, Maki relatou que tudo começou quando era criança e desde muito nova quando sofria *bullying* na escola. Maki disse que “*sempre teve esses negócio de bullying na escola e tudo mais*”. “*Por causa dos meninos na escola... ficavam mexendo comigo*”. Os colegas da escola provocavam-na por causa de seu peso e porque “*tirava notas altas*”. O *bullying* trata de uma situação de uma violência ou ataque sofrido e coloca o (a)

adolescente numa posição passiva em relação ao ataque uma vez que ela é apenas o objeto que sofre o ataque violento provocado pelos colegas de escola.

Os ataques de *bullying* sofridas na escola parecem ter sido o evento traumático e desencadeador dos ataques ao corpo da adolescente. Ao ter seu corpo como objeto das agressões dos colegas, na forma de ofensas que fazem menção a um corpo de “*gorda*”, precipitam os ataques posteriores, agora provocados pela própria adolescente. Aqui se percebe um remanejamento na posição dos ataques, antes sofridos por agentes externos, depois promovidos pela própria adolescente.

5.2.4 *Bulimia e rituais de compressão do corpo*

Maki relatou que após os ataques de *bullying* sofridos no ambiente escolar desenvolveu quadro de bulimia e de múltiplas escarificações. Sobre a bulimia Maki relatou: “*Meu pai disse que quando eu era muito novinha ele entrou no banheiro e me viu tentando vomitar, porque eu disse que ‘tava’ gorda*”.

Segundo a Associação de Psiquiatria Americana (APA, 2014) a bulimia nervosa é um quadro onde o indivíduo apresenta uma autoavaliação influenciada pela forma e peso do seu corpo. Este quadro pode ocorrer concomitantemente com anorexia nervosa, ocorrem no mínimo uma vez por semana durante três meses, e podem apresentar episódios recorrentes de compulsão alimentar com ingestão de grande quantidade e sensação de falta de controle sobre a ingestão dos alimentos. São “comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho do peso, como vômitos autoinduzidos, uso indevido de laxantes, diuréticos e outros medicamentos, jejum ou excesso de exercício” (APA, 2014, p. 345). Trata de um quadro com prevalência de 1 a 1,5% dos jovens do sexo feminino e com pico de incidência maior no fim da adolescência e início da idade adulta. A exposição a diferentes

eventos estressores pode ser um fator desencadeante do quadro de bulimia nervosa (APA, 2014).

A bulimia trata de uma defesa contra uma angústia e demonstra um descompasso entre o indivíduo e seu corpo mas também uma tentativa de extrair e/ou separar-se de um objeto no plano psíquico. A adolescente relata sobre seu comportamento: *“Aí, há pouco tempo atrás, eu estava fazendo também, aí eu comecei a ter... acho que é bulimia que fala. Tudo que eu comia eu pegava e vomitava”*. Ao provocar, de forma voluntária, a eliminação da comida ingerida pelos episódios de vômitos, Maki parece tentar resolver duas questões: a primeira, no plano corporal, evitar o ganho de peso pela não digestão do alimento consumido, e a segunda, no plano psíquico, extrair e expurgar seu mundo interno as agressões sofridas, projetando-as para fora. Quadros como bulimia e anorexia são como tentativas de domínio irrisório do corpo através de seu esvaziamento-preenchimento e buscam a elaboração de um Eu-pele bolsa ou uma pele continente (Anzieu, 1989).

No mesmo período em que iniciaram a bulimia e as escarificações, Maki desenvolveu um quadro de compressão do corpo com a utilização de faixas. Segundo a adolescente, o objetivo destes rituais eram perder peso e diminuir as medidas do corpo. Quanto a isto ela relatou: *“Antes de eu começar a me cortar eu ficava me amarrando, eu olhava na internet. Você pega faixa, molha na água morna e vai amarrando... e aí afina. Aí eu fazia isso”*. Ao ser perguntada qual o objetivo destas medidas, ela respondeu: *“Emagrecer, ué!”*. Neste processo quer alcançar o seu ideal que é *“ter a barriga reta e fechar a mão na cintura”*.

Ao explicar sobre a função continente do Eu-pele, Anzieu (1989) aponta que o indivíduo procura algo que funcione como uma casca na existência de pulsões localizadas em fontes corporais que necessitam ser contidas. Neste caso, a pulsão é sentida como uma tensão ou uma excitação de uma região específica do corpo. Na falha da função continente, o indivíduo procura um substituto capaz de conter esta excitação ou tensão sentidas por ele.

Aqui, as faixas utilizadas pela adolescente parecem funcionar como uma segunda pele que recobre toda a superfície do corpo da adolescente, como uma tentativa de contenção mecânica de um corpo que se expandiu, aumentou seu tamanho. Corpo que parece gerar tensões angustiantes, excitações pulsionais que demandam serem contidas por algum meio.

5.2.5 As escarificações

As escarificações também tiveram início aos 11 (onze) anos. Relata não conseguir se controlar frente o desejo do corte. Sobre os locais eleitos para os ataques que faz ao seu corpo, diz que se corta nos braços mas também já se cortou *“na coxa, na barriga, aqui no peito. Já cortei o cabelo também”*. Quando aos instrumentos utiliza para fazer as escarificações responde: *“já usei faca de cozinha, já usei gilete, lâmina de apontador, prestobarba também, ficava passando assim no mesmo lugar, eu ficava pegando o dedo e tentando enfiar assim, oh, pra pegar e ficar apertando a veia para sentir a dor”*. Neste ponto, parece que o instrumento utilizado não tem muita importância. O que aparece em relevo aqui é a necessidade do ato em si. Na ausência de um objeto perfurocortante, a adolescente utiliza as próprias mãos e unhas para provocar e sentir a dor. Dito isto, é possível perceber que a dor provocada pelo corte aparece como um dos objetivos do ato escarificatório, apesar da adolescente não conseguir fazer esta relação. Como já apresentado, a sensação de dor, além de possibilitar a demarcação dos limites do corpo, opera também como função paraexcitação (Durski & Safra, 2016), além de possibilitar a sensação de existir (Le Breton, 2010).

Ao tentar explicar o que ocorre consigo nas práticas autolesivas, a adolescente dá uma resposta ambivalente e parece não entender muito bem o que se passa com ela, se mostra confusa quanto a isto. Ela diz assim:

“Antigamente aliviava hoje em dia não tem nada” (...) *Ao mesmo tempo que dói não sinto nada”(...)* *“É como se eu estivesse*

completamente dormente, como se entrasse em transe, não vejo o que acontece ao redor, fico tipo... desnorteadada, aí quando eu vejo eu falo: como assim?... Aí eu já fiz (...) No outro dia, quando eu acordo é que eu vejo a besteira que eu fiz... agora eu fico arrependida”.

A adolescente complementa a resposta tentando dar sentido para o ataque:

“É como se na cabeça da gente ficasse um turbilhão e ao mesmo tempo não ficasse nada. Não tem a cor branca que é a mistura das cores? É tipo aquilo, só que você não sabe o que está pensando... você está pensando um tanto de coisa só que não sabe o que está pensando, e você não consegue parar porque você não sabe nem o que você está pensando. Aí, para parar é preciso fazer alguma coisa”.

Aqui as escarificações parecem tentar conter uma invasão pulsional que acomete a adolescente por via de sensações desordenadas causando, nela (adolescente), sensações de despersonalização e desrealização. Neste momento a dor do corte aparece como uma tentativa de apaziguar estas sensações, uma paraexcitação (Anzieu, 1989; Durski & Safra, 2016), onde a pele adquire função de barreira contra a excitação a qual a adolescente é acometida. A dor promovida pelo corte é capaz de apaziguar e conter esta efusão psíquica deslocando para o corpo esta sensação. Com isto, a dor provocada pelo ataque ao corpo opera como uma tentativa de retomar o controle das sensações corporais, agora, através de um ato ativo.

5.2.6 Tentativas de autoextermínio

Uma característica que aparece no caso desta adolescente são as recorrentes tentativas de autoextermínio que tiveram início aos quinze anos de idade. A primeira vez que pensou

nisto foi após o aparecimento de seu pai em sua casa, após longo tempo sem dar notícias. Maki se trancou no banheiro, fez a ingestão de remédios e se cortou.

Sobre isso a adolescente disse: “(...) *Aí aconteceu um monte de problema lá na escola comigo e tudo mais. Eu acabei tendo umas tentativas de suicídio (...). É porque... tipo assim, eu era muito difícil na escola. Os meninos mexiam muito comigo. Eu brigava tanto com menino quanto menina que me chamavam de baleia, não sei o que xingava minha mãe tudo, aí eu queria me defender*”.

A adolescente complementa dizendo: “*as pessoas na minha casa achavam que era drama e ficavam jogando na minha cara (...) falavam que era drama e que eu estava querendo aparecer (...) minha avó, minha tia... minha mãe nunca falou não*”.

Mas a adolescente não dá maiores informações sobre este episódio e os demais. Conta apenas “*que as pessoas ficaram sabendo foram só essas quatro, eu acho, mas tem outras duas mas já fazem muito tempo*”.

As tentativas de suicídio descritas por Maki denotam como medidas desesperadas de conter um mal estar o qual é acometida. Parece haver uma pulsão mortífera que busca eliminar de vez o mal estar sentido pela adolescente, com um ataque ao Eu ainda que a um custo alto para ela.

5.2.7 *Análise dos ataques ao corpo a partir das funções do Eu-pele*

Ao analisar a entrevista de Maki, a partir das funções do Eu-pele (Anzieu, 1989), pode-se observar que, com os ataques ao corpo, a adolescente busca reparar falhas nas funções continente e paraexcitação, como vemos a seguir:

- a) função *continente*: aqui os ataques buscariam reparar os limites do corpo e fazer sua contenção. Percebe-se isto nos tanto cortes que Maki faz em sua pele mas também quando envolva seu corpo com faixas fazendo, amarrando-o e fazendo

nele (corpo) uma compressão. Conforme Anzieu, quadros como bulimia e anorexia são como tentativas de domínio irrisório do corpo através de seu esvaziamento-preenchimento e buscam a elaboração de um Eu-pele bolsa ou uma pele continente (Anzieu, 1989). Quanto a isto a adolescente diz: “*Antes de eu começar a me cortar eu ficava me amarrando*”.

- b) função *paraexcitação*: as escarificações provocadas por Maki buscam apaziguar e reparar uma falha nesta função uma vez que ela se via acometida por uma excitação pulsional avassaladora estranha e incômoda pela adolescente. Nas palavras da adolescente, a objetivo dos cortes: “*era mais, mesmo, por causa do alívio que dava*”.
- c) função *individuação*: as falhas desta função estariam relacionadas ao enfraquecimento das fronteiras do Eu e ameaças a individualidade da adolescente. Quando a adolescente relata os rituais de bulimia, parece querer expurgar no plano psíquico a presença do outro que aparece encarnado nos colegas que a humilhavam pela via do *bullying*. Somado a isto, ao retomar os limites do corpo pela dor das escarificações, buscar-se também o estabelecimento de uma barreira a não ser penetrada.

5.2.8 Considerações sobre o caso Maki

Ao ser entrevistada, Maki conta um pouco de sua história e tenta apontar fatores que possam estar ligados aos ataques que faz ao seu próprio corpo.

O *bullying* parece ter sido um evento traumático com forte influência no desencadeamento dos ataques autolesivos de Maki. A adolescente parece ter-se identificado com o significante “*gorda*” e, ao mesmo tempo, ter introjetado a culpa pelas agressões

sofridas (Ferenczi, 1933) na forma de *bullying*. Os ataques de *bullying* confrontam a identidade da adolescente e fragiliza seu narcisismo.

A partir da introjeção da culpa pelos ataques sofridos a adolescente passa a se punir na forma de ataques contra seu corpo “gordo” e contra si. Como os objetos e meio externos se colocando como objetos maus, os investimentos afetivo e pulsional retornam ao Eu da adolescente. Um ponto a ser destacado é que se antes a adolescente estava numa posição passiva, a partir de agora, ao atacar ao próprio corpo, ela passa de uma posição apenas passiva para uma posição ativa e passiva uma vez que ela ataca e é atacada por si mesmo. De acordo com Roussillon (2014), a reversão de posição passivo/ativo está relacionada a uma reação primitiva a agonias primárias e é uma tentativa do indivíduo de se proteger frente *ao medo de um colapso*, termo proposto por Winnicott (2005) para descrever uma experiência primitiva agônica com impacto desorganizador e desagregação do Eu. Neste sentido, essa *defesa paradoxal* (Roussillon, 2014, p.193) é, portanto, uma defesa narcísica contra a experiência de angústia e desamparo onde o indivíduo, para se proteger, “faz-se agente daquilo que não pode subtrair e não quer aceitar”.

Os ataques ao corpo provocados por Maki colocam suas fragilidades narcísica em evidência. As sensações de dor causada pelos ataques tentam cumprir uma necessidade de contenção e de um corpo que parece escoar pelos poros da pele de Maki. Ao mesmo tempo os ataques buscam restaurar e restabelecer seu narcisismo colocando em evidência os limites do seu corpo. Com o restabelecimento das fronteiras psíquicas e corporais há também o restabelecimento da noção de interno e externo e conseqüentemente uma tentativa de evitar a invasão do que outrora se apresentou como invasivo.

Retomando os conceitos apresentados por Anzieu (1989), é possível dizer que a adolescente busque o recurso do ataque ao corpo como uma tentativa de reparação das funções de paraexcitação, continência e individuação do Eu-pele.

Um ponto de destaque neste caso são as recorrentes tentativas de suicídio. Estas se apresentam como soluções radicais às pulsões mortíferas que atravessam a adolescente na tentativa desesperada de se aliviar e erradicar, de vez, as sensações ruins que a perturbam.

5.3 O caso Luna

Análise da entrevista de Luna

“Geralmente eu estava numa crise elevada, com choro, solidão, e só queria me cortar. Não sentia nada, nem dor”

“Me cortei com a lâmina do apontador mas já me cortei com tesoura, caco de vidro, faca e apontador... e com estilete”

5.3.1 Breve histórico do caso

Luna trata-se de uma adolescente de 16 (dezesesseis) anos que frequentava 2º ano do ensino médio quando realizada a entrevista. Estava em atendimento psicológico há aproximadamente um ano. Iniciou os atendimentos logo depois que sua mãe descobriu que se cortava. Descreve-se como *“uma pessoa comunicativa, carinhosa com amigos”*, diz que faz o que os outros fazem com ela (reciprocidade) em relação aos comportamentos; diz que se *“importava muito com opinião dos outros, hoje menos”*. Morava com mãe, padrasto e um irmão de quatro anos de idade. Tem pouco contato com pai que *“atrasa o pagamento da pensão”*, tem boa convivência com avós maternos que *“moram na zona rural”*. O relacionamento com a mãe era bom *“até o nascimento do irmão”*. Após este evento iniciaram as brigas frequentes com ela (mãe) e também as escarificações.

Luna se descreve como uma pessoa *“bem sensível”*, *“sentia que era rejeitada pelas pessoas”* e *“queria sentir que era importante para as pessoas assim como as pessoas eram”*

importantes em sua vida". Sentia que nos últimos anos *"estava ficando agressiva dentro de casa e com muita ansiedade"*. Declarou que para se *"sentir aliviada"* de todo mal-estar que a acometia e para não machucar as pessoas que estavam ao seu redor, passou a se cortar.

O início dos cortes foi aos 12 (doze) anos de idade. O primeiro corte na pele foi com um caco de vidro que encontrou no chão da escola, logo *"após nascimento do irmão"*. O nascimento do irmão trata de um marco temporal associado pela adolescente ao início das escarificações e também toma conotação de promotor e/ou desencadeador dos cortes. Seu primeiro corte foi localizado na perna, mas com o passar do tempo passou a se cortar também nos braços e ombros. Sobre os cortes que faz no corpo relatou que já se cortou com *"a lâmina do apontador mas já me cortei com tesoura, caco de vidro, tesoura, faca e apontador e com estilete"*.

Ainda neste mesmo ano começou a sentir fortes dores abdominais e complicações com a menstruação. Relatou também que apresentou uma *"pré-convulsão na escola"* que a levou a fazer *"uma bateria de exames"* que *"não constataram nada"*, o que aponta para uma possível manifestação conversiva e/ou dissociativa da adolescente.

Luna afirma que após o nascimento do irmão houve mudança radical na sua vida e nas suas relações familiares, principalmente em relação a sua mãe. Relatou que neste período *"sentia muitas dores, cólicas muito fortes, no mesmo período em que o meu irmãozinho nasceu, minha mãe não sabia de quem cuidava; fiquei muito mal"*. Neste ínterim o recurso ao corte apareceu como uma alternativa para lidar com estas sensações.

Diante de tais colocações feitas pela adolescente, observa-se a existência de eventos que se relacionam e são evidenciados pela adolescente como traumáticos: a entrada na adolescência com as primeiras experiências pubertárias e o nascimento de um irmão. Tais eventos parecem ameaçar o narcisismo, aqui fragilizado, da adolescente e os ataques ao

corpo, na forma de cortes na pele (escarificações) aparecem como uma tentativa de reparação narcísica mas também como contenção de uma invasão pulsional.

Como já anunciado no capítulo 2 (dois), a entrada na adolescência implica para o adolescente uma série de mudanças que ele terá que lidar. Há a perda de um corpo infantil e o despertar da puberdade que aparecerá para o adolescente com a genitalização e sexualização de seu corpo (Emmanuelli, 2011). Essas mudanças que são sentidas pelo adolescente como arrombamento psíquico (Marty, 2006) precisarão ser elaboradas por ele. Uma das possibilidades de lidar com esta evasão pulsional é conduzir, junto a seus pares, da melhor forma possível este momento. Somada a esta violenta invasão pulsional o adolescente ainda vivencia uma segunda etapa do Édipo, próprio do pubertário (Gutton, 1991/2003).

5.3.2 *O nascimento do irmão como possível evento traumático*

No seu trabalho *Sobre as teorias sexuais das crianças*, Freud (1908/1996) relata que com a chegada de um irmão a criança pode tê-lo como um rival e apresentar o medo da perda dos carinhos dos pais pois, agora, os pais terão que compartilhar seu amor e seus bens com o recém chegado.

Para Klein (1991), a chegada do segundo filho implica em partilhas, negociações, julgamentos. Isto acontece porque o filho mais velho, que até o nascimento do irmão era filho único, terá que reorganizar seu espaço, mas também dividir a atenção e amor dos pais. Assim, com medo da perda do amor dos pais, a criança pode desenvolver em relação ao irmão recém-chegado um sentimento de inveja.

Com isto o irmão mais velho tende a ter ciúmes e inveja do irmão mais novo que demanda mais atenção, cuidado, e amor dos pais. Está presente o medo de perder o amor materno e paterno (Goldsmid & Féres-Carneiro, 2007).

Quando o nascimento de um irmão acontece no período da adolescência, isto também pode ter consequências. Na adolescência as questões narcísicas tendem a ficar fragilizadas e a chegada de um irmão mais novo pode intensificar os tormentos narcísicos e identitários do adolescente. Isto porque o adolescente luta para deixar de ser criança mas, ao mesmo tempo, necessita da proteção e carinho oferecidos pelos pais.

Para Klein (1991), na adolescência, com uma segunda vivência edípica, e com o nascimento do irmão, este aparece como aquele que tomará para si a mãe, o objeto de amor. Desta forma, os componentes destrutivos da inveja primária do seio são deslocados para o irmão, que é tido como rival, na forma de ciúmes. Com o deslocamento dos sentimentos hostis a figura materna é protegida para evitar, assim, sua destruição. O sentimento de inveja está presente desde o nascimento do bebê e é dirigido ao seio da mãe com intenção de destruí-lo. O ciúme por sua vez está relacionado à presença de um terceiro elemento que até então não estava presente na cena. A entrada deste terceiro elemento que pode ser o pai, irmão, um amigo qualquer outra pessoa que demande atenção e o olhar do objeto que até então era exclusivo de um indivíduo. Esta outra pessoa que entra em cena é tida como um rival pois entra na relação para roubar ou pelo menos dividir o objeto que até então era exclusivo (Klein, 1991). Tendo dito isto, para Luna, o nascimento de seu irmão cria a possibilidade da perda do amor e do seu objeto amado, sua mãe, que a partir de então, deslocará para o seu irmão todo seu amor e atenção. Sobre isto a adolescente relata que tentava conversar com a mãe *“mas a atenção dela era dividida, não era só pra mim, era eu e meu irmão, e eu tinha que conciliar (...) Minha mãe era minha melhor amiga, todos os assuntos eu conversava com minha mãe”*. Percebe-se aqui, que a entrada de um terceiro elemento na relação existente entre Luna e sua mãe configura, para Luna, uma situação conflitante.

Como efeito disto, somada a evasão pubertária, Luna recorre aos ataques ao corpo a fim de amenizar os afetos e sensações que não consegue lidar.

5.3.3 Análise dos ataques ao corpo a partir das Funções do Eu-pele

A partir dos trechos do discurso de Luna e das funções do Eu-pele propostas por Anzieu (1989), observa-se que os ataques ao corpo da adolescente operam tentando reestabelecer falhas nas funções de:

- a) função *manutenção do psiquismo*: onde estariam ligadas as angústias de sentir-se sozinho, perdido e sem referência.

“Geralmente eu estava no meio de uma crise bem mais elevada. Então era choro mais choro, solidão ali sozinha. Eu só queria cada vez mais me cortar. Não sentia nada, nem dor.”

- b) função continente: angústia ligada a sensação de esvaziamento e incontinência física:

“eu não aguentei segurar tudo pra mim e descontei em mim mesma”

- c) função paraexcitação: angústia ligada a sensações de intrusões psíquicas como vemos nos trechos abaixo:

“Ai eu queria me cortar, (...) só que estava tão extremo que, minha vontade... eu estava ficando muita agressiva dentro de casa e minha mãe sempre reclamando e tudo... a crise de ansiedade tudo”

“do nada vem o pensamento ruim, querendo ou não, que pra ‘mim’ não machucar outras pessoas preferia fazer comigo mesma, e aquilo começava me aliviar”

“eu fazia aquilo pra aliviar a dor que eu estava sentindo”

5.3.4 *Namoro e amigos – possibilidade de investimentos em outros objetos externos*

Luna relata considerar que tem “*bom relacionamento com amigos*”. Quando os amigos descobriram que se cortava, “*colocavam fotos no status dando apoio e pedindo para não fazer isto*”. Namorava há oito meses e, no relacionamento, “*são muito abertos um com o outro*” e conversam muito, neste ponto, o “*namorado é um parceiro*”.

Para Kehl (2000), no entanto, a adolescência é também um momento de formações fraternas pautado em laços de amizade. Ao sair da infância o adolescente poderá investir seus afetos e dirigir seus interesses aos pares que estão fora do ciclo familiar – amigos, namorado (a). Neste período é possível observar que os grupos funcionarão como aval das identificações para este adolescente que se encontra frágil suas questões identitárias e narcísicas.

Este ponto é positivo e sinaliza uma possibilidade de Luna fazer investimentos de sua libido e seus afetos em objetos externos, como os amigos e o namorado como uma alternativa de investir seus afetos na forma de autoagressões à sua pele e si mesma ou como sinaliza Cardoso (2001), para realizar o trabalho de luto é necessário o investimento em outros objetos e colocar-se em efetiva abertura à alteridade.

5.3.5 *Considerações sobre o caso Luna*

Para Kernier e Cupa (2012) o recurso ao ato pode sinalizar o traumatismo e uma carência de simbolização, com isto, o tratamento psicoterapêutico deve proporcionar continentes a esta pele furada mas também dar sentido ao arrebatamento pulsional própria da revivência edipiana. Neste sentido, a partir da análise das informações coletadas na entrevista de Luna observa-se uma relação existente entre o início das escarificações ter-se dado a partir do nascimento de um irmão e também entrada no processo pubertário. Estes dois últimos fatores parecem ter sido vivenciados pela adolescente como experiências excessivas,

traumáticas, frente a sua capacidade de simbolização. O recurso ao corte no corpo apareceu, então, como uma tentativa de reparação de funções de manutenção do psiquismo, continente e paraexcitação do Eu-pele. Contudo, a possibilidade de investimento em outros objetos externos como amigos e namorado, aparece como uma tentativa de lidar com as pulsões de uma forma menos lesiva a si mesma.

5.4 O caso Domênico

Análise da entrevista de Domênico:

“Só que chegou num ponto que eu só sentia raiva e os cortes acalmavam”

“Eu estava em crise, sentia muita agonia, muita, e ter um estímulo, dor ou qualquer coisa aliviava”

“Doeu mas não foi tanto, senti alívio. Senti como se estivesse vivo.”

5.4.1 Breve histórico do caso

Domênico é um adolescente de 14 anos, do sexo masculino e que mora com a mãe (34 anos) e três irmãos de quatro, dois e um anos. Sobre a convivência com os familiares, relata que *“não curto interagir com eles, eles me stressam (...) gritam muito, fazem muito barulho”*. Descreve-se como uma *“pessoa reservada, meio antissocial”*, não gosta de ter contato físico pois isto o *“deixa desconfortável, independente da pessoa”*. Ao ser entrevistado, foi bastante pontual nas respostas, utilizando frases curtas e bem objetivas.

O adolescente é acompanhado por serviços de psicologia e psiquiatria desde os oito anos de idade em decorrência de comportamentos hétero e autoagressivos, comportamentos

autolesivos, dificuldade de socialização, uso de drogas, agressividade e impulsividade e dificuldade de relacionamento na escola apesar de apresentar notas altas. Tem histórico de internação em “clínica de reabilitação” após um episódio autolesivo.

Seus pais são separados e Domênico tem pouco contato com seu pai. Em relação a sua mãe, relata que *“durante muitos anos ela brigava comigo, me batia muito e eu me afastei dela, fiquei distante dela. Ai eu entrei em depressão e me afastei mais ainda”*. Acrescenta que sua mãe vivia *“forçando intimidade”* mas ele não conseguia sentir nada por ela. Sente apenas uma cobrança de responsabilidade que, segundo relata, não cabe a ele. Refere-se aqui ao cuidado dos irmãos mais novos. Segundo Domênico, sua mãe *“exige que cuide das crianças”*, coisa que ele *“não gosta”* por não ser sua *“responsabilidade”*.

Sobre os amigos relata que tem poucas amizades, *“amigos mesmo, apenas um”*, são poucas pessoas que não o deixa *“desconfortável”*. Relata que *“não sente bem com outras pessoas, é esquisito”*. Acrescenta dizendo: *“sabe aquela sensação de quando está tendo uma crise? Sensação de formigamento e agonia? Eu tenho quando estou perto de pouca gente ou muita gente”*.

Em relação às atividades escolares relata que não está *“conseguindo acompanhar as aulas”* remotas - modalidade de ensino adotada durante a pandemia da Covid-19 onde os alunos assistem às aulas de casa, pelo aparelho celular, com intuito de evitar aglomerações. Parou de fazer as atividades *“porque estava muito difícil e não estava conseguindo acompanhar, estava só copiando sem aprender nada”*. Estava aproximadamente de seis meses sem ir à escola e sem contato com outros adolescentes e *“tentava passar o tempo dormindo”*. Tentou aprender tocar violão apesar de *“não ter conseguido ainda”*.

5.4.2 Os ataques ao corpo

Os ataques ao corpo que o adolescente faz são na modalidade de escarificações ou cortes em sua pele. Já se cortou “*nos braços e pernas*”. Não informou quando iniciou os cortes na pele mas disse que: “*quando eu estava em crise sentia muita agonia, muita... e ter um estímulo, dor ou qualquer coisa, aliviava*” estas sensações.

Sobre o início dos cortes, conta que certo dia “*estava em casa deitado*” e ao se levantar bateu o “*dedão (do pé) na cama (...) doeu mas não foi tanto, senti alívio. Senti como se estivesse vivo (...)* Quando eu entrei em depressão não era como se eu sentisse tristeza, eu não sentia nada, não sentia tristeza, não sentia alegria, não sentia absolutamente nada”. Contudo depois do incidente a dor causada pela colisão do pé na cama o fez “*sentir raiva*” mas também “*alívio*”. Posteriormente, estas sensações foram buscadas pela via dos cortes em sua pele. Assim, a dor dos cortes proporcionava a Domênico a sensação de existir, estar vivo.

Os momentos que precediam os ataques que Domênico dirigia a seu corpo eram acompanhados por “*formigamento, tremedeira, dificuldade para respirar, coração disparado*”. Os cortes na pele foi o recurso utilizado pelo adolescente para lidar com estas sensações do corpo. Para realização de tal ato já utilizou “*caco de vidro, faca, canivete, garfo e até um lápis se tivesse muito apontado*”.

5.4.3 Análise dos ataques a partir das funções do Eu-pele

Ao retomar as funções do Eu-pele descritas por Anzieu (1989), pode-se verificar que os ataques ao corpo realizados por Domênico operam como:

a) na função *continente*: os cortes também possibilitam uma “*contenção de uma excitação pulsional difusa, não localizável, não identificável*” (Anzieu, 1989) ao mesmo tempo em que opera fazendo um envelopamento do corpo do adolescente e retoma os limites do seu corpo. Aqui a dimensão masoquista do ataque ao corpo que possibilita sua calma ao mesmo tempo em que reestabelece seus limites.

Observa-se isto nos trechos: “*Sentia formigamento, tremedeira, dificuldade para respirar, coração disparado*” e “*quando eu estava em crise sentia muita agonia, muita e ter um estímulo, dor ou qualquer coisa, aliviava*”.

b) na função *intersetorialidade*: os cortes também funcionavam como uma tentativa de conter as pulsões anárquicas que o acometia. Observa-se isto no trecho:

- “*sabe aquela sensação de quando está tendo uma crise? Sensação de formigamento e agonia? Eu tenho quando estou perto de pouca gente ou muita gente*”.

Assim, ao mesmo tempo em que reestabelece os limites do corpo, busca a remissão da invasão pulsional que o acomete.

c) a função de *sustentação da excitação sexual* é responsável pela sensação de prazer e excitação ao tato. A pele é como lugar onde se localiza as sensações prazerosas e agradáveis onde os contatos diretos muitas vezes produzem e sustentam a excitação sexual. A angústia característica da falha desta função tende a inverter dor em prazer.

O adolescente relata que se cortou:

“*para se sentir vivo, porque eu não sentia nada (...) chegou num ponto que eu só sentia raiva e os cortes acalmavam*”

“*bati o dedão (do pé) na cama (...) doeu mas não foi tanto, senti alívio. Senti como se estivesse vivo*”.

Aqui também se percebe a dimensão masoquista da dor que resgata no adolescente a sensação de estar vivo a partir da dor promovida pelo corte em sua pele.

5.4.4 Considerações sobre o caso Domênico

Diante da entrevista concedida pelo adolescente observa-se que os ataques que faz ao próprio corpo na forma de escarificações, operam como tentativas de reparação de falhas das

funções continente, intersetorialidade, e sustentação da excitação sexual do Eu-pele. A dor promovida pelos cortes feitos pelo adolescente se apresenta como uma tentativa demarcação dos limites do corpo ao mesmo tempo que o proporciona a sensação de estar vivo.

CAPÍTULO 6 - ESTUDO DE CASO CLÍNICO

5.5 O caso Lavínia²

“Tem horas que eu sinto uma coisa tão ruim que a única coisa que faz passar estas sensações são os cortes”

“Quando me corto é como se eu estivesse sendo purificada, como se me limpasse”

5.5.1 Breve histórico do caso

Lavínia é uma adolescente que procura atendimento psiquiátrico no Hospital Universitário de Brasília aos 16 anos com a queixa de baixo humor comportamentos autolesivos - escarificações que faz em sua pele. Ali foi avaliada pelo psiquiatra que prescreveu a medicação escitalopram, um medicamento com propriedades antidepressivas da classe dos inibidores seletivos de recaptção de serotonina usado evitar os sintomas de baixo humor, ansiedade e auxiliar na contenção das escarificações. Após a avaliação da paciente, o psiquiatra a encaminhou para que pudesse ser atendida pelo projeto Violências e Psicopatologias na Contemporaneidade: diagnóstico e intervenção clínica – VIPAS em tratamento psicológico. Foi desta forma que a paciente chegou até a mim, enquanto participante do VIPAS. A psicoterapia de Lavínia ocorria semanalmente e teve a duração de aproximadamente dois anos.

Lavínia é uma adolescente que reside fora do Distrito Federal e comparece à Brasília quando necessário para os tratamentos que realiza com médico psiquiatra e psicoterapêutico. Seus pais são migrantes de outra região do país. Com frequência, durante os atendimentos,

² O nome Lavínia significa “a que purifica” ou “a que banha”. Nome fictício para manter o sigilo e preservar a privacidade da adolescente

faz menção a diferenças culturais de seus pais em relação às pessoas da região onde mora, dizendo que eles (os pais) “*são turrões, cabeças-duras e sistemáticos*” querendo dizer que os seus pais tem valores rígidos e conservadores, são “*peessoas antiquadas*”. Os pais haviam se separado pouco tempo antes de iniciar os atendimentos. Esta separação se deu num rompante onde ela e a mãe saíram de casa no momento em que o pai estava fora de casa, trabalhando. Levaram consigo apenas algumas roupas e objetos pessoais.

O início do tratamento de Lavínia se inicia pouco após a saída da adolescente e de sua mãe da casa onde moravam.

No primeiro atendimento Lavínia chega com a sua mãe. Sinalizaram a preferência para que eu fizesse a primeira escuta das duas juntas, “*não temos segredos*” – indaga. De início, chama a atenção tamanha proximidade e intimidade entre a mãe e filha adolescente, geralmente os adolescentes gostam de ter seu espaço e buscam independência. Mas em seguida Lavínia completa que está “*doida para completar 18 anos e ser maior de idade*” pois, assim, será “*independente*”.

Justificam a procura pela psicoterapia a prática autolesiva de Lavínia na forma de cortes que faz em seus braços – as escarificações. Relatam que as autolesões se iniciaram por volta dos 12 anos de idade mas antes disto fora acometida por vitiligo. Ainda na primeira sessão, mãe e filha, associam o aparecimento de tais fenômenos como consequência de um abuso sexual sofrido pela paciente quando tinha nove anos de idade. Este abuso teria sido provocado por um homem muito próximo da família. A mãe relata que foi surpreendida pela ocorrência do fato. Contudo, diz que, para que “*uma desgraça maior não ocorresse na família*”, preferiu não fazer a denúncia à polícia nem informar ao pai da adolescente sobre o abuso que ela sofrera. Justifica também afirmando que, caso fizesse a denúncia, “*as pessoas não iriam acreditar nela nem na filha*” e isto acabaria deixando uma imagem ruim de si, além

disto, caso o marido tivesse ciência do fato, seria capaz de por fim à vida do abusador gerando um mal-estar ainda maior na família.

A partir da primeira sessão a adolescente comparece aos atendimentos sozinha. Aparece sempre bem maquiada, o que foi revelado no decorrer do tempo dos atendimentos que este era um recurso para esconder manchas na pele, causadas por vitiligo. Costuma chegar adiantada às sessões e ser frequente.

Lavínia e sua família congregam uma religião onde os valores são rígidos: *“não podemos usar determinadas peças de roupas que mostram o corpo, deve-se evitar as más companhias das pessoas homossexuais e as mulheres são tratadas como dotadas de menos direitos e numa posição inferior que os homens”*, relata.

Seu pai é descrito por ela como um *“psicopata”*, *“bipolar”* e *“cafajeste”*. Explica que quando está fora de casa, em ambiente social, seu pai age com educação, trata bem as pessoas, é gentil e prestativo. Já no ambiente familiar, mostra-se outra pessoa, é machista, agressivo, e violento tendo agredido fisicamente por várias vezes o filho mais velho e a própria Lavínia. Quando ainda era criança, seu pai a *“levava para passear e comprava doces enquanto se encontrava com mulheres”*, traindo sua mãe. O pai demonstra ciúme e sentimento de posse em relação à mãe da adolescente. Não a deixava sair de casa nem frequentar a escola. Quando Lavínia e sua mãe precisavam sair de casa, o pai da adolescente fazia ameaças à mãe dizendo que a mataria caso a visse com outro homem.

Apesar das escarificações terem aparecido como queixa central para a demanda de tratamento, reconstituindo a história de vida da paciente ao longo dos atendimentos, há vários outros pontos que devem ser considerados.

Os ataques ao corpo iniciaram aos nove anos de idade, após Lavínia ter sofrido o abuso sexual. Nesta idade ela desenvolveu um quadro de anorexia, sendo necessário ser

hospitalizada em decorrência se sua perda de peso, tempos depois foram os rituais de limpeza seguidos por aparecimento de vitiligo e as escarificações.

5.5.2 *A cena traumática – o abuso como possível evento disparador dos ataques*

Há um evento na história da vida de Lavínia que parece ter tido um peso importante no aparecimento de seu quadro. Trata de um abuso sexual que sofreu aos nove anos por um ente próximo a sua família. A própria adolescente associa que “(...) *tudo começou com o abuso. Antes minha vida era como as histórias que eu assistia nos filmes de princesa, brincava, mas, depois, estragou tudo*”. No caso de Lavínia, o abuso sexual sofrido aos nove anos de idade parece ter sido o evento traumático que desencadeou os ataques ao corpo da adolescente. Há casos em que os acontecimentos traumáticos vividos na infância apoiam-se no arrombamento pubertário, o adolescente é empurrado em atuações violentas. Nesses casos o pubertário “repete o traumatismo infantil e a adolescência não constitui um tempo de elaboração desse trauma” (Marty, 2006).

Em seu texto *Confusão de língua entre os adultos e as crianças – a linguagem da ternura e da paixão*, Ferenczi (1933) faz pontuações importantes sobre quando há existência de uma situação de abuso sexual que envolve um adulto e uma criança. Para este autor, nesta situação poderia haver, no adulto, uma confusão em relação às brincadeiras infantis com tendências a práticas sexuais próprios de quem já alcançou a maturidade sexual. Já do lado da criança, num primeiro momento, esta poderia até oferecer resistência, recusa e desenvolver certa repugnância frente a esta situação mas, diante da força e autoridade do adulto e por ter uma personalidade ainda frágil, a criança tende a ser silenciada pelo agressor a ponto de perder a consciência e submeter-se à vontade deste (Ferenczi, 1933).

Para Anzieu (1989), nossa cultura ensina aos indivíduos, desde muito cedo, algumas práticas que interditam o tocar com o intuito de proteção de sua integridade ou por valores

vigentes na sociedade. São tabus que visam a contenção da excitação sexual e os contatos físicos. As primeiras interdições estão a serviço da proteção e tem intuito de manter a integridade física do indivíduo. Esta modalidade de interdição aparece em frases como “*não ponha a mão aí senão você pode se machucar*”. Mas há também um interdito edípiano que é estabelecido na primeira infância, no Édipo. Esta modalidade de interdito visa proteger a criança das intensas invasões das pulsões e, com isto, delimita suas origens corporais e reorganiza seus objetos e também os seus alvos. Estas interdições acontecem pela via das falas dos adultos com quem as crianças convivem como nas expressões “*não toque no seu corpo*”, *nosso corpo é um templo sagrado*, “*para de ficar pegando aí*”, “*não se pode ficar pegando no corpo dos outros*”, etc... Esta modalidade de interdição visa fazer continência e proteger a criança de sua sexualidade e dos outros a protegendo (criança) da violência pulsional e dos excessos da excitação da qual ainda não tem capacidade para compreender e satisfazer. O autor complementa afirmando que “o interdito do tocar contribui para o estabelecimento de uma fronteira, de uma interface entre o Eu e o Id. O interdito edípiano completa o estabelecimento de uma fronteira, de uma interface entre o Eu e o Superego” (Anzieu, 1989, p. 184). Contudo, quando acontece um abuso sexual, principalmente quando envolve uma criança, há um rompimento da lei que interdita o ato do tocar fazendo vacilar o estabelecimento destas fronteiras psíquicas (Anzieu, 1989) e os limites entre Eu e o outro.

Neste ponto é preciso retomar um trecho do discurso de Lavínia sobre o dia do abuso e algumas mudanças que ocorreram em sua rotina. Lavínia conta que usava um “*vestido de laço, me lembro bem (...) depois deste dia passei a usar roupas largas, blusa de frio e roupas do meu irmão mais velho*”. Aqui as roupas de frio parecem ter dupla função. Esconder um corpo de uma menina e proteger, contra uma possível repetição da violência sofrida.

5.5.3 Os ataques ao corpo

Durante as primeiras sessões Lavínia parecia tatear o ambiente. Falava pouco, costumava falar sobre alguma dificuldade escolar que apresentava no ambiente de estudo. Contudo, passados alguns atendimentos, Lavínia dizia “*sentir bem em poder falar*” apesar de falar de coisas “*que não eram tão boas assim*”. A “*possibilidade de alguém realmente escutar*” o que ela estava sentindo e “*não culpá-la por nada*” era “*boa*”. Um certo dia, após alguns meses de atendimento, a adolescente que costumava ser retraída comparece a sessão mais agressiva e diz que “*queria que a dor passasse logo, mas não passa*”. Neste dia, ao ser perguntada sobre o que havia ocorrido, relatou que após discussão com sua mãe fora acometida por lembranças do período do abuso e dos anos seguintes. Lavínia contou que além das escarificações que fazia em seu corpo, já apresentara outras formas de mal estar, dentre elas quadro de anorexia, rituais de limpeza, vitiligo e mais recentemente os cortes.

Pensando em uma linha do tempo levando em consideração a idade de Lavínia e os diferentes ataques ao corpo relatados por ela, tem-se algo aproximado com a linha abaixo:

❖ A Anorexia

O primeiro ataque ao corpo de Lavínia deu na forma de uma anorexia. Neste quadro são comuns a perda induzida por baixa ingestão de calorias (alimentos) mas também pode haver medo intenso de ganhar peso. Pode haver ainda a possibilidade de o indivíduo apresentar métodos purgativos (vômitos autoinduzidos, uso indevido de laxantes ou diuréticos) ou conseguir a perda de peso por via de restrição alimentar, dieta, jejum ou exercícios físicos excessivos para queima de calorias. O início deste quadro costuma estar associado a um evento de vida estressante e/ou traumático (APA, 2014).

A anorexia é a expressão de um mal estar que se manifesta com a modificação do corpo. No seu texto *Rascunho G*, Freud (1895/199) propõe um paralelo entre o quadro

anoréxico e a melancolia ao dizer que a anorexia nervosa das jovens moças seria um luto pela perda da libido e estaria relacionada a uma “sexualidade que não se desenvolveu”.

Ladeira e Coppus (2016) relatam que o sintoma anoréxico trata de uma resposta singular do indivíduo que poderia evidenciar o conflito do sujeito e a dificuldade da adolescente anoréxica frente à feminilidade e ao corpo sexual; a dificuldade em se tornar mulher. Desta forma, o sintoma anoréxico desenvolvido pela adolescente pode ter sido um caminho para neutralizar e/ou evitar a erotização e genitalização do seu corpo. Ao mesmo tempo evidencia a existência de um conflito e dá contorno a angustia do sujeito. A partir do evento traumático do abuso, Lavínia foi empurrada para um despertar sexual sem que estivesse preparada para isto, antes da adolescência. Como defesa, desenvolveu o quadro anoréxico parando de se alimentar.

Com isto, nesta modalidade de ataque ao corpo, Lavínia parece buscar a diminuição e o aniquilamento do corpo já franzino de uma menina de nove anos, como se este corpo precisasse quase desaparecer, de forma a não chamar atenção dos olhares de quem pudesse lhe fazer mal. Apesar de Lavínia não saber relatar a que peso chegou nesta ocasião, conclui-se que para se justificar uma internação hospitalar é preciso que tenha sido uma condição minimamente grave. Apesar de ser notoriamente bem magra, Lavínia ainda acha que tem que perder alguns quilos porque acredita que está acima do peso, o que reflete sua má aceitação do corpo, ou como ela mesma disse: “*não gosto de nada em meu corpo*”.

❖ Rituais de limpeza do corpo

Algum tempo depois do quadro anorético desenvolvido por Lavínia apareceu a segunda modalidade de ataque ao corpo. Desta vez o ataque apareceu na forma de rituais de limpeza. A adolescente chegava a tomar quatro ou mais banhos por dia e chegou a se esfregar

com uma bucha de lavar roupa com a intenção de limpar seu corpo e evitar a sensação que estava suja. Neste ponto ela faz a seguinte associação:

“Sentia suja e não gostava de nada em meu corpo. Acho que foi depois do abuso”

“Após o abuso eu tomava quatro banhos por dia porque me sentia suja, chegava a me ferir com a bucha, depois veio vitiligo e depois os cortes”

Para Ferenczi (1933/1992), por serem física e moralmente indefesas, as crianças acabam sendo silenciadas contra a força e autoridade esmagadora do adulto. Desta forma, nos casos onde há abusos sexuais, a criança acaba por introjetar, no plano intrapsíquico, tanto o agressor quanto o sentimento de culpa que deveria estar presente no adulto. Com isto, a criança passaria a se comportar como se fosse merecedora de punição. Isto parece possível de evidenciar no caso de Lavínia. Ao ter sofrido o abuso sexual, além de ter sentindo-se maculada pelo ocorrido, a criança ainda sofreu o peso da condenação dos adultos que estavam em volta sentindo como se ela fosse a culpada por tudo.

Sobre o sentimento de culpa Lavínia relata: *“Quando me corto é como se eu estivesse sendo purificada, como se me limpasse, como eu me senti quando ocorreu o abuso, me sinto suja e culpada pelo ocorrido”*. Com o peso da culpa introjetada a partir da violência sofrida os rituais de limpeza parecem operar como forma de purificação de seu corpo “*sujo*” e de sua culpa.

❖ Vitiligo

O terceiro ataque ao corpo foi na forma do vitiligo e apareceu quando Lavínia tinha 11 (onze) anos. O vitiligo é considerada uma doença autoimune que provoca a despigmentação ou o branqueamento da pele em decorrência da diminuição ou falta de produção da melanina, pigmento responsável pela coloração da camada externa da pele. A paciente tem a pele parda

decorrente de traços familiares ligados a ancestrais indígenas. Segundo a Sociedade Brasileira de Dermatologia (2019), o Vitiligo é uma doença que acomete cerca de 1% da população mundial e 0,5% da população brasileira. Trata de uma doença não contagiosa e que se caracteriza pela perda da coloração da pele em decorrência da destruição do melanócitos, que são as células que formam a melanina que por sua vez é o pigmento que dá cor à pele. As causas da doença ainda não são totalmente conhecidas, mas fatores como genética, exposição solar ou química, alterações autoimunes, e também condições emocionais como stress e traumas psicológicos podem desencadear o surgimento do vitiligo e/ou agravar o quadro de quem tem a doença em curso. (Steiner et al, 2004; SBD, 2009). Para Kanabus (2005), uma “descompensação somática” não manifesta em um organismo por acaso e se dirige a um alvo “escolhido” além de indicar a falência das possibilidades representativas e simbólicas e poderia estar relacionado a um transbordamento da capacidade intrapsíquicas de ligação ou uma falha no recurso de paraexcitação.

A Sociedade Brasileira de Dermatologia relata que, além das manchas brancas que aparecem no corpo de quem é acometido pela doença, sintomas como transtornos psicológicos, baixa autoestima, baixa qualidade de vida e retração social podem também estar presentes no cotidiano de quem sofre a doença. Neste sentido, para tratamento da doença, além da psicoterapia, é indicado tratamento com fototerapia com radiação ultravioleta B banda estreita (UVB-nb), fototerapia com ultravioleta A (PUVA), tratamento a laser, e também técnicas cirúrgicas de transplante de melanócitos em alguns casos (SBD, 2019). Lavínia faz acompanhamento com médico dermatologista para auxiliar na contenção das manchas da pele.

Por conta do vitiligo, numa certa ocasião, em um clube da cidade onde mora, Lavínia foi impedida de entrar na piscina em decorrência das manchas da pele. Chama muito atenção o aparecimento do vitiligo ter ocorrido quase que imediatamente após Lavínia ter sofrido o

abuso sexual. Sobre isto a adolescente disse: *“é como se me limpasse, sinto como se eu estivesse sendo limpa (...) sinto como se eu fosse suja, como se meu corpo fosse sujo... acho que foi depois do abuso”*. Nesta modalidade de ataque ao corpo tem-se a impressão que a perda da cor da pele tem uma função de fazer o apagamento do corpo adolescente como se complementasse os ataques anteriores nas formas de anorexia e rituais de limpeza.

Retomando a função tóxica do Eu-pele descrita por Anzieu (1989), o vitiligo mas também outras doenças autoimunes podem ser pensadas como ataques inconscientes ao continente psíquico onde a pele se torna objeto de ataque do Eu. Neste caso, a pele que tem os propósitos de proteção e preservação do indivíduo invertidos para um propósito autodestrutivo da camada periférica do Eu num jogo que envolve pulsões mortíferas. No caso de Lavínia é como se o vitiligo possibilitasse, ainda que de forma desagregadora, a formação de uma nova roupagem com a descoloração da pele.

❖ Escarificações

Depois do vitiligo iniciou o quadro com as escarificações. Lavínia conta que esta prática teve início quando ela tinha aproximadamente 12 (doze) anos de idade.

Não sabe precisar muito bem como chegou ao recurso dos cortes na pele mas explica que estes foram provocados para *“aliviar”* uma dor, uma tensão, algo que não consegue controlar. Nas suas palavras, diz:

“Tem horas que eu sinto uma coisa tão ruim que a única coisa que faz passar estas sensações são os cortes”

Ela se corta porque a dor provocada pelo corte a alivia mas também gosta de ver o sangue escorrer pela sua pele. Quanto a isto Lavínia diz: *“Quando me corto é como se eu estivesse sendo purificada, como se me limpasse, como eu me senti quando ocorreu o abuso, me sinto suja e culpada pelo ocorrido”*.

5.5.4 Dimensão masoquista das escarificações - a dor como reestabelecimento do limite do corpo

Para Anzieu (1989), a pele é um órgão que tem a característica ambivalente e paradoxal que permite oferecer mesma quantidade de dor e prazer. Os relatos de Lavínia deixam isto bem aparente. Sobre os ataques que ela faz ao corpo, disse: *“Quando me corto é como se eu estivesse sendo purificada, como se me limpasse, como eu me senti quando ocorreu o abuso, me sinto suja e culpada pelo ocorrido”*.

A partir dos atendimentos de Lavínia, consideramos que a dor promovida pelo ato de se cortar na pele poderia conseguir apaziguar uma sensação ruim que a adolescente vivenciava em determinado momento. Sobre isto Lavínia disse: *“A dor que sinto quando corto meu corpo me faz esquecer a dor dos meus sentimentos”*. Retomando a noção de masoquismo em Freud (1924) podemos relacionar a função do corte – a dor gerada pelo corte na pele é sentida como uma satisfação pulsional ao localizar as sensações ruins, reestabelecendo assim, seu invólucro corporal (Le Breton, 2018).

Há de se ressaltar aqui, também a dimensão masoquista do Supereu (Freud, 1924/1996) que fica evidente em um atendimento realizado após uma discussão com uma colega na escola confidenciou por Lavínia no relato: *“Senti muito mal, como se eu não valesse nada. Senti que precisava me machucar, me punir, senti uma coisa muito estranha e só passou quando me cortei. Fiz sete cortes no braço mas minha intenção não era me matar, apenas acabar com o que eu estava sentindo, apenas que a dor passasse.”* Conforme Anzieu (2020), as fantasias de arrancar a pele completam os ataques sadomasoquistas do superego buscando a apropriação de um continente corporal e psíquico (Anzieu, 2002).

Ainda nas palavras de Anzieu (1989, p. 34) as mutilações da pele são *“tentativas dramáticas de manter os limites do corpo e do Eu, de restabelecer o sentimento de estar intacto e coeso”*.

Assim, podemos hipotetizar que a dor gerada pelo corte na pele buscava reestabelecer os limites e fazer continência do corpo invadido por um arrebatamento pulsional localizando num ponto específico do corpo essa efusão pulsional amortizando sua tensão. É um recurso de busca da dor para evitar o sofrimento (Le Breton, 2012).

5.5.5 *Bullying*

Lavínia conta também que foi vítima de mais uma ataque contra si, não provocado por ela, mas por colegas de escola, desta vez as agressões sofridas foram na forma de *bullying*. O *bullying* é um conjunto de agressões que podem ser verbal, física ou psicológica. É uma prática repetitiva e intencional que se expressa na forma de atos violentos (bater, zombar, humilhar, ridicularizar, agredir, perseguições, agressões) contra uma pessoa que geralmente se encontra numa posição indefesa em relação ao agressor. O *bullying* pode causar danos psicológicos e/ou físicos às vítimas.

Nas escolas onde estudou sentia que era excluída e sofreu ataques de *bullying* por parte de colegas que a chamavam de “*cabelo chapado*” (apesar do cabelo ser liso naturalmente), “*menina da maquiagem*” ou “*menina da manchinha*” em menção ao vitiligo.

A adolescente relata um episódio onde se cortou após um desentendimento com uma menina de escola depois de uma “*brincadeira entre colegas*”. Durante o evento que deveria se desenrolar como uma brincadeira adolescente, uma colega a chamou de “*cabelo chapado*” na presença de outros colegas com intuito de intimidá-la. A adolescente diz ter ficado “*sem reação no momento*”, mas ao chegar em casa se cortou.

Um ponto importante a ser ressaltado aqui é que há uma repetição de agressões sofridas que desencadeia em Lavínia um ataque ao seu corpo, passando de uma posição passiva para uma posição ativa nas agressões contra si. Num primeiro momento a agressão na

forma de abuso sexual desencadeou os ataques de Lavínia dirigidos ao seu corpo, aqui o que desencadeou os ataques foram as agressões na forma de *bullying*.

5.5.6 Mãe

A mãe de Lavínia é uma pessoa que aparece em seu discurso como “uma guerreira”. Sempre trabalhou para manter-se financeiramente, comprar suas coisas e manter os filhos. Lavínia, quando criança gostava de ajudar a mãe nestas atividades que exercia em seu trabalho. Um ponto que merece ressaltar é que, durante os atendimentos que foram realizados com Lavínia, quando ela ia se queixar sobre os comportamentos agressivos e traições do pai, frequentemente utilizava termos que faziam menção a ela e sua mãe, juntas, utilizando expressões como “*ele nos traiu*”, “*ele era muito agressivo com a gente*”, “*a gente queria sair de casa*”.

Outro ponto chama atenção é o fato de que, na ocasião do abuso sexual sofrido por Lavínia, sua mãe “*achou melhor não contar para ninguém porque as pessoas não iriam acreditar*” nela (Lavínia). Outra justificativa dada por sua mãe foi que o seu pai poderia “*fazer uma besteira*”. A adolescente disse ainda que, segundo sua mãe, “*em ambos os casos, isto acabaria com a família e eu ainda ficaria com toda a culpa*”.

Conforme Anzieu:

em alguns pacientes, haveria a fantasia de inconsciente, de união simbiótica com a mãe que é representada como se houvesse uma união entre a superfície dos corpos da mãe e da criança e a separação desta mãe é representada pelo arrancar desta pele comum. Na maioria dos casos em que se observou fixação masoquista, há uma fantasia pré-consciente de fusão simbiótica com a mãe, um pensamento arcaico por

uma imagem tátil entre os dois corpos como uma superfície comum. Nestes casos, a separação da mãe é representada pelo arrancar desta pele comum (Anzieu, 1989, p.47).

Ao retomar Winnicott (1993), diz que a mãe suficientemente boa é aquela capaz de se adaptar às exigências do bebê. Neste sentido, a mãe suficientemente boa não pode ser aquela que desprotege tampouco aquela que sufoca seu filho com sua superproteção. Através dos cuidados bons exercidos pela mãe, como se fosse um escudo protetor, *holding* (Winnicott, 1960), o bebê desenvolve o sentimento que está dentro do próprio corpo. Estar dentro do corpo remete a existência de uma fronteira do corpo, algo que demarca um limite.

Diante destes pontos, parece possível dizer que, apesar da mãe de Lavínia ser apresentada nos atendimentos como boa mãe, ou nas palavras da adolescente, “mulher guerreira, trabalhadora”, ainda que sem sua intenção, ela (mãe) acabou colaborando com a introjeção da culpa pela filha diante do abuso. Novamente é preciso ressaltar que não se trata aqui de culpar a mãe por isto, mas apontar este evento que somado a sequencia de eventos anteriores corroboraram para o sentimento de culpa de Lavínia. Isto fica mais claro quando Lavínia diz que *“as pessoas falaram que a culpa foi minha porque eu estava usando um vestido”*. As pessoas a quem Lavínia se refere aqui são sua mãe e uma tia que foram as pessoas que ficaram sabendo do abuso na época em que ele aconteceu e preferiram não fazer a denúncia do abusador à justiça. A adolescente diz que, além de culpada sentiu-se impotente.

Mas há de se observar pontos importantes em relação o investimento que Lavínia faz em outros objetos senão ela mesma e familiares. Durante o período de atendimento ela inicia um namoro com um adolescente e confidencia: *“Sai o fim de semana com meu namorado, foi muito bom. Percebo que tenho ficado um tempo longe de minha mãe, sinto isto na pele”*. Buscado utilizar palavras que remetam as sensações do corpo, pergunto usando uma metáfora se ela sente *“como se estivessem desgrudando uma da outra?”*. Ela responde que - *“Sim,*

deste jeito.”. Respondo que *“parece que este é um caminho natural”*. Lavínia responde: *“É! Quero sair de casa aos 18 anos, ter minhas coisas, ser independente”*.

A adolescência é um momento que permite as formações de laços fraternos e poderá investir seus afetos e dirigir seus interesses a objetos fora do ciclo familiar (Kehl, 2000). Se antes algumas colegas da escola agiram com agressividade via *bullying*, agora o namorado se apresenta como uma possibilidade Lavínia de investir em outros objetos agora bons. Desta forma, ao mesmo tempo em que se afasta da relação adesiva com a mãe, ao investir em outros objetos tem a possibilidade de ressignificar a relação com estes, agora bons.

5.5.7 Sobre o desenvolvimento da psicoterapia e a posição do analista – Analista sensível

Nesses casos de adolescentes multitraumatizados, a terapia deve operar como uma experiência de integração para os indivíduos. É uma prática que deve propiciar um sentido à existência, fazer sentido em oposição aos excessos, às falhas e faltas traumáticas mas também “estabelecer ligações, dar forma, sequencia e inteligibilidade aos acontecimentos” (Figueiredo, 2007, p.15).

A prática terapêutica implica um lugar de cuidado onde o analista é o representante, ou pode ocupar, o lugar do agente do cuidado que outrora foi exercido pelas figuras da mãe, pai, professores, amigos e outros. Este fenômeno refere-se ao que Freud chamou de transferência. Por transferência entende-se um fenômeno que acontece na clínica onde o paciente reedita e reproduz durante o processo de análise conteúdos de sua fantasia repetindo isto na pessoa do terapeuta ou analista. Trata da situação onde o paciente revive e repete, agora com a figura do analista, conteúdos inconscientes e experiências psíquicas subjetivas que vivera outrora (Freud, 1905/1996). A transferência trata de uma condição para a condução de um tratamento possível, seja ela na dimensão positiva, que se expressa pela via do amor ou

ternura, ou pela dimensão negativa, que se manifesta pela via da hostilidade e agressividade (Freud, 1912/1996).

Em *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*, Freud (1912/1996), faz menção ao ato do analista voltar seu próprio inconsciente em direção ao inconsciente do analisando ajustando-se e reconstruindo o inconsciente determinado pela associação livre do paciente.

O analista deve estar atento também ao ato de acolhimento e cuidado em relação ao paciente. Este cuidado acontece nos atos como acolher, alimentar, agasalhar, e remete ao que Winnicott (1956) chamou de *holding*, ou sustentação. Neste sentido, esta parece ser uma das funções as quais o analista é convocado pelo paciente/analisando, a de auxiliar na sustentação e continência referente ao seu mal estar (Figueiredo, 2007).

Mas é preciso estar atento ao cuidado prestado. Se por um lado a falta do cuidado pode deixar marcas ou falhas na constituição psíquica do indivíduo, o cuidado em excesso também pode ser prejudicial e patológico (Winnicott, 1982). Quanto a isto o analista deve estar atento para não sufocar o paciente com a sua presença excessiva. Este cuidado deve ser redobrado nos casos em que os limites psíquicos entre o Eu e o outro não estão tão claros assim e o indivíduo pode sentir como invadido pela presença maciça do analista, ou engolfamento pelo objeto. Nestes casos, cabe ao analista que está na posição de cuidador manter uma *presença implicada e presença reservada* (Figueiredo, 2007), como a dinâmica do porco espinho que, no frio precisa estar perto o bastante de outro porco espinho para se esquentar mas, ao mesmo tempo, distante o bastante para não ser espetado por ele. Aqui, o terapeuta ou analista que está na função de cuidador, deve operar como análogo à *mãe suficientemente boa* (Winnicott, 1960) que não pode se ausentar demais tampouco ser presente demais.

Tomando a analogia da função materna, para Winnicott, no início da vida do bebê, o cuidado suficientemente bom tem a capacidade de neutralizar a sensação de perseguição que

provém do mundo externo e previne os sentimentos de desintegração e a perda de contato entre soma e psique, algo que ainda não existe para ele. Como consequência deste cuidado a oferta de uma membrana limitadora é criada e funcionaria como um limitador entre o mundo interno e externo que do ponto de vista do bebê ainda não existe (Winnicott, 1956/2000). Desta forma, o analista ou terapeuta deve oferecer um ambiente suficiente bom para o analisando de forma que ele se sinta protegido e confortável naquele lugar sem se sentir invadido por uma presença do analista mas também sem que o analista seja percebido ou sentido como distante pelo paciente.

Nos casos onde os pacientes já apresentam questões de ordem narcísica ou de autoimagem, o distanciamento do analista pode ser sentido como nocivo. Cabe ao analista oferecer ao objeto do cuidado, ou paciente, um espaço vital desobstruído por sua presença. Com isto, o terapeuta ou analista deve desenvolver no paciente as capacidades cuidadoras a partir da introjeção das funções cuidadoras (Figueiredo, 2007).

Para Kupermann (2010), o analista deverá atuar pela via do sensível. Para isto o autor retoma Ferenczi (1926) que ao propor a *técnica ativa*, promovia em certos pacientes uma transferência adesiva o que o leva a formalizar a *técnica elástica* (Ferenczi, 1928) que consiste na adoção de uma postura empática do analista que deve se adequar às necessidades regressivas de cada paciente promovendo um *setting* suficientemente adequado a cada um. A presença sensível do analista deve ser usada como “suporte dos movimentos afetivos – muitas vezes disruptivos ou violentos – do analisando em sua tentativa de se livrar dos objetos que assombram sua existência” (Kupermann, 2010, p.42). O autor continua seu pensamento afirmando que é preciso que o analista afirme sua presença num encontro afetivo de acolhimento e contenção do paciente para que, assim, seja possível a promoção de um “trabalho necessário de si” (Kupermann, 2010, p.42).

No caso que apresentamos, na história de vida de Lavínia as figuras masculinas com quem conviveu muitas vezes agiram de forma violenta em relação a ela. Basta retomarmos a cena traumática do abuso sexual sofrido e as agressões físicas e psicológicas promovidas pelo pai, conforme relatos da própria adolescente. Quanto a isto, inicialmente, foi adotada uma postura discreta e minimamente invasiva, mas, ao mesmo tempo, acolhedora. No início eram evitados os toques físicos como aperto de mão e abraço, por exemplo, na tentativa do analista não se apresentar como invasivo.

No que tange ao cuidado em relação às palavras utilizadas durante a psicoterapia com casos que o contato físico demande atenção, Anzieu profere que analista deve “encontrar palavras que sejam equivalente simbólicos do tocar e que exerçam a funções do Eu corporal e do Eu psíquico que não receberam no passado as estimulações suficientes a seus desenvolvimentos” (Anzieu, 1989, p. 139). Pensando nesta perspectiva, buscando utilizar as palavras que toquem o paciente, lancei mão de algumas expressões como “*quando você fala parece que algo dói*” “*sua pele também precisa descansar*” “*seu corpo não teve culpa, você era apenas uma criança*”, “*como você se sente?*” – expressões que remetem às sensações do corpo mas também sensações/sentimentos. Mas foi preciso cuidado para que as palavras utilizadas não fossem invasivas mas palavras utilizadas que pudessem ser sentidas como protetivas.

Durante o período dos atendimentos houve a eclosão da pandemia da COVID-19 que exigiu de toda a população brasileira que se mantivesse em isolamento social para tentativa de contenção da doença. Com isto foi necessário que os atendimentos fossem realizados por aplicativo de celular. Lavínia demonstrou-se bastante aberta quanto a esta modalidade de atendimento. Neste ponto houve também uma preocupação no que tange a manter o enquadre na mudança do setting terapêutico de forma a não configurar prejuízos a adolescente. Outra questão que se deu neste momento foi em relação a presença do corpo do analista – haveria

perda ou ganhos com a situação? O que pôde se observar foi que, apesar de algumas dificuldades iniciais ligadas a conexão de internet, e espaço residencial reservado para o atendimento, foi possível manter o enquadre mantendo fixos o dia e horário dos atendimentos.

Com o tempo foi possível observar alguns endereçamentos a mim, enquanto analista que forma importantes no tratamento. Lavínia relatou interesse em cursar, além de outro curso, a graduação em psicologia, disse que a profissão “*ajuda as pessoas*”. Quando os atendimentos passaram a ser realizados na modalidade online, em decorrência da pandemia da COVID-19, Lavínia passou a comparecer as vídeo-chamadas sem o uso da maquiagem e disse que já estava pronta para ser vista sem ela. Neste ponto há uma hipótese de que a tela do celular poderia funcionar como um anteparo e/ou um envelope de proteção possibilitando à adolescente se apresentar sem a maquiagem, com o rosto “limpo” e com a dupla pele.

Se a transferência pode ser pensada como um fenômeno onde a paciente revive e reencena com o analista suas experiências pregressas (Freud, 1905/1996; Freud, 1912/1996) estes pontos demonstram que a relação terapêutica estabelecida pôde possibilitar à adolescente uma experiência com alguém do sexo masculino que não fosse da ordem da invasão e agressão mas, agora, do cuidado. O desejo do analista é que a paciente pudesse ressignificar as relações com outros objetos a partir da experiência da psicoterapia.

Lavínia continua realizando acompanhamento psicoterapêutico, psiquiátrico e dermatológico. A adolescente conseguiu um emprego na condição de *jovem aprendiz* o que possibilitou a ela certa independência financeira em relação aos pais e possibilidade de investimento em outros objetos senão família e ambiente escolar.

5.5.8 Considerações sobre o caso Lavínia

Antes de qualquer coisa, é preciso lembrar que cada indivíduo é singular e mesmo que duas ou mais pessoas possam apresentar fenômenos e sintomas parecidos (como quadro

de anorexia ou quadro com escarificações, por exemplo), estes fenômenos podem ter motivações e significações diferentes para cada pessoa. Sempre devem ser considerados pontos como fatores genéticos e orgânicos, questões sociais e história de vida mas também a condição psíquica de cada indivíduo. Os pontos apresentados neste caso puderam ser formulados a partir dos atendimentos realizados com a paciente em questão através de uma relação terapêutica estabelecida entre psicólogo e paciente durante um período aproximado de dois anos. Tendo lembrado isto, segue algumas questões referentes à Lavínia.

Um ponto que chama atenção neste caso diz respeito à *metamorfose dos sintomas* de Lavínia que passaram de uma anorexia para o vitiligo, do vitiligo para os rituais de limpeza do corpo e posteriormente as escarificações. Estas mudanças podem estar relacionadas a uma tentativa de reparação e de elaboração de seu mal estar psíquico uma vez que a anorexia que trata de uma patologia com um percentual com maior índice de mortalidade (APA, 2014) em relação a outras psicopatologias dá lugar aos rituais de limpeza, seguidos por vitiligo e escarificações.

Neste caso é possível dizer que o abuso sexual aos 9 (nove) anos de idade teve um efeito devastador na vida da adolescente. O agressor parece ter sido introjetado no plano intrapsíquico da adolescente juntamente com a culpa pelo abuso sofrido. Com a culpa introjetada, Lavínia passou a utilizar dos ataques ao corpo como uma forma de punição Superegóica contra o Eu. Este parece ter sido o principal evento traumático vivenciado pela adolescente e possível desencadeador dos ataques ao corpo.

Estes ataques ao corpo se deram de diferentes formas como quadro de anorexia, rituais de limpeza e escarificações. Ao analisar o discurso adolescente verifica-se que a adolescente associa os ataques como uma tentativa de limpeza e ou purificação do seu corpo que teria ficado sujo após terem sido rompidos os limites físicos do corpo mas também psíquicos com o abuso sofrido.

Com a entrada na adolescência, Lavínia tem suas questões narcísicas colocadas à prova. Neste período surgem diversas formas de ataques contra seu corpo. Estes ataques podem ser pensados como tentativas de reparação de falhas narcísicas. Falhas adquiridas em consequências de violências sofridas ainda quando criança. Estas vivências, traumáticas, operaram como desagregadoras do Eu de Lavínia e a confrontaram reivindicando dela recursos para contenção das sensações às quais é invadida.

Quando a adolescente se vê acometida por uma invasão de sensações (invasão pulsional) que não consegue controlar e tampouco lidar (angústia), o apelo ao corpo se torna uma alternativa. O corpo aparece como palco de expressão de seu mal-estar e ao mesmo tempo objeto de ataque. Estes ataques acontecem em duas modalidades diferentes – de forma passiva e de forma ativa. Esta reversão de posições ativo/passivo operam como tentativas de Lavínia dominar o excesso pulsional (Savietto, 2007). Na modalidade passiva aparece na forma do vitiligo e na modalidade ativa aparece na forma de uma anorexia, rituais de limpeza do corpo e escarificações.

Assim, as sensações e demais expressões provocadas e manifestadas na pele (descoloração pelo vitiligo ou dor causada pelos arranhões feitos pela bucha ou pelos cortes) buscam retomar os limites do corpo e reparar falhas narcísicas e podem apresentar diferentes funções do Eu-pele (Anzieu, 1989) como função *paraexcitação* por via da tentativa de contenção à invasão pulsional; como *continente* recuperando a noção de um limite entre Eu e o outro; como *manutenção do psiquismo* fornecendo à Lavínia a sensação de estar protegida; mas também uma função tóxica, pela via do vitiligo.

Uma questão se coloca: esta metamorfose dos sintomas estaria relacionada às tentativas de elaborações de defesas do Eu para lidar com os traumas primários e/ou se estariam relacionadas a uma tentativa de simbolização ou, talvez, as duas possibilidades?

CAPÍTULO 7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Do visível ao invisível – Ataques ao corpo e possibilidades de historicização das experiências traumáticas

Lasch (1983) nos aponta que cada cultura apresentará um mal-estar típico de seu tempo. No contemporâneo é notório o aumento dos casos de autolesão entre adolescentes seja na clínica, no ambiente escolar, abrigos, nas famílias como um todo.

Sendo a adolescência é um período complexo do desenvolvimento humano e com características próprias, algumas questões merecem destaque como a reorganização narcísica, revivência do Édipo e arrombamento pubertário típicos desta fase. Com a invasão pulsional própria do processo pubertário que acomete o adolescente, cada indivíduo deverá inventar uma solução para lidar com este violento processo (Marty, 2008). O adolescente terá que lidar, então, com os conflitos internos, mas, também, lidar com conflitos gerados a partir de demandas do mundo externo (Brasil *et al*, 2015). Neste contexto, o corpo, enquanto lugar das sensações e de identificação do Eu se coloca como uma possibilidade de investimento de ataques que podem operar como “freio identitário” reparação narcísica, recurso de simbolização, construção identitária, estabelecimento de laço social, efeito de contágio, recurso para aplacar a angústia, etc... (Le Breton, 2010; Le Breton, 2012; Drieu et al, 2011).

Nunca é demais lembrar que a psicanálise é uma clínica do caso a caso onde cada sujeito é entendido como único e singular. Desta forma, entende-se o indivíduo como uma construção que leva em consideração fatores biológicos, fatores sócio-históricos e ambientais como fatores que se relacionam e, juntos, construindo sua subjetividade. Neste sentido, quando se fala em ataque ao corpo na adolescência, não é possível fazer generalização de qualquer ordem. É preciso entender no caso a caso qual o sentido, qual função e motivadores dos ataques ao corpo provocados por cada adolescente. Na adolescência, com o limite e o

narcisismo sendo colocados à prova, o adolescente, uma situação traumática, poderá lançar mão de recursos que reafirmem estes pontos, como os ataques ao corpo, por exemplo.

Partindo desta compreensão, no que tange as entrevistas realizadas foi possível verificar fatores importantes relacionados ao aparecimento dos ataques ao corpo dos adolescentes envolvidos. Neste processo de “arrombamento pubertário” (Marty, 2008), os adolescentes participantes desta pesquisa revelam que os ataques ao corpo realizados por eles operam como tentativas de reparação narcísica e reestabelecimento dos limites do corpo. É possível falar da presença de uma dimensão masoquista dos indivíduos uma vez que a dor provocada pelos ataques (mais especificamente nos casos onde há riscos, cortes, escarificações da pele) permite localizar num ponto específico do corpo um mal-estar psíquico ao mesmo tempo em que permite delinear os limites do corpo e conter evasão pulsional (Anzieu, 2012).

Pode-se dizer que os ataques ao corpo podem operar como tentativas de reparação de falhas de diferentes funções do Eu-pele (Anzieu, 1989), como sustentação do psiquismo, função de paraexcitação, função de individuação, função de contenção e até mesmo função tóxica. Neste sentido, os ataques são tentativas de reparação narcísicas e identitárias (Le Breton, 2010, Le Breton, 2012) mas também de tentativas de separação entre o Eu e outro, interno e externo, uma tentativa de contenção a uma excitação desorganizadora (Cardoso, 2001).

Reportando à questão dos limites, Winnicott (1960) aponta para a importância de um ambiente suficientemente bom que seja capaz de se adaptar às necessidades da criança tranquilizando-a e possibilitando a integração de seu psiquismo e seu corpo, neste caso, a figura materna (ou seu representante) deve ser capaz de operar como uma função de continente. É a qualidade destes laços que a criança estabelecerá com os objetos que irão permitir (ou não) que o indivíduo faça a introjeção dos limites e diferenciação entre o mundo

interno e mundo externo a partir de seu narcisismo e a partir do plano edípico (Kernier e Cupa, 2012). Quando o indivíduo vivencia as relações objetais como próximas ou ausentes demais, este objeto é percebido como violento e invasivo ou como objeto passível de ser perdido. Com isto, a angústia pode ser decorrente do medo de perda ou da impossibilidade da perda do objeto (Cardoso, 2010). Nas entrevistas e nos estudos de casos apresentados, sugerem que houve falhas ambientais e nas funções de cuidado, *holding* (Winnicott, 1960) que podem ter propiciado falhas nas constituições narcísicas destes indivíduos.

Os ataques ao corpo são, neste sentido, uma parte visível do mal estar ou um sofrimento psíquico que o adolescente apresenta mas que carrega na história de vida dos indivíduos entrevistados experiências de violências sofridas, abandonos sentidos, negligências ou excessivos cuidados parentais. Com os ataques ao corpo, os indivíduos buscam a inversão de posições passando de uma posição passiva para uma posição ativa para se apropriar do ato, sendo, os ataques ao corpo, tentativas do indivíduo se proteger de uma evasão pulsional e frente a um *medo do colapso* (Winnicott, 2005; Roussilon, 2014; Savietto, 2007).

Um fator importante dos atendimentos clínicos da paciente Lavínia diz respeito a uma posição sensível ou uma *presença implicada e presença reservada* (Figueiredo, 2007) do analista. Partindo do pressuposto que o analista deve operar análogo a uma *mãe suficientemente boa* (Winnicott, 1960), ou seja, não podendo se ausentar demais tampouco ser invasivo com sua presença, buscou-se ofertar um ambiente suficientemente bom e sensível que possibilitasse à adolescente realizar a historicização de suas experiências traumáticas e a reconstrução de suas memórias. Ao falar suas experiências e ter o analista como testemunha (Chiantaretto, 2017) deste processo, Lavínia pode recuperar sua voz e expressar em palavras os acontecimentos do passado que pela via das sensações estavam presentes no corpo.

Espera-se, com este trabalho, colocar em cena e contribuir com a discussão sobre o fenômeno das autolesões entre os adolescentes mas, também, levantar a importância da

promoção e acesso a ações e serviços dentro das políticas públicas que possibilitem assistência a este público adolescente.

REFERÊNCIAS

- Aberastury, A., & Knobel, M. (1981). *Adolescência normal – Um enfoque psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Almeida-Prado, Maria do Carmo Cintra de, & Féres-Carneiro, Terezinha. (2005). Abuso sexual e traumatismo psíquico. *Interações*, 10(20), 11-34. Recuperado em 22 de fevereiro de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-29072005000200002&lng=pt&tlng=pt.
- Amparo, D. M., Morais, R. A. O., & Alves, A. C. O. (2020). Adolescentes nos limites e a clínica do sensível como dispositivo psicoterapêutico (páginas 15 a 30). In. *Adolescência: psicoterapias e mediações terapêuticas na clínica dos extremos*. DF: Technopolitik. 536 p.
- Anzieu, D. (1989). *O Eu-Pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Anzieu, D. (2002). *O Pensar - Do Eu-Pele ao Eu-Pensante*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- APA - Associação Americana de psiquiatria (2014). *DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Bauer, M., & Gaskell, G. (2002). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático*. Petrópolis: Vozes.
- Belo, F. (2009). Transferência: Reabertura da situação originária. Disponível em <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEWjUzs7sxv7uAhXIIbkGHSYoAmMQFjAAegQIARAD&url=http%3A%2F%2Fwww.fabiobelo.com.br%2Ftransfertsg.pdf&usq=AOvVaw1ZGyZSGwrPB3_FCJ2iO3HY>. Acesso em 10/10/2020.
- Birman, J. (1991). *Freud e a interpretação psicanalítica*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Birman, J. (1999). *Cartografias do feminino*. São Paulo: Ed. 34, 224 p.
- Birman, J. (2006). *Tatuando o desamparo*. (pp. 25-43). São Paulo: Escuta.
- Bokanowski, T. (2005). Variações do conceito de traumatismo: traumatismo, traumático, trauma. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 39 (1), 27-38.
- Bolsson, J.Z., & Benetti, S.P.C. (2011). Angústia infantil: um estudo de caso clínico. *Aletheia*, (34), 61-80. Recuperado em 23 de dezembro, 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942011000100006&lng=pt&tlng=pt.

- Boni, J. A. (2004). *Estratégia multimetodológica de captação de dados em pesquisa de recepção: a experiência da investigação Telenovela, identidade étnica e cotidiano familiar*. Rastros: Joinville, p. 6-18.
- Brasil, K.C. T. R., Almeida, S. F. C., Amparo, D. M., & Pereira, A.M. R. (2015). Adolescência, violência e objetos culturais: uma intervenção entre o educativo e o terapêutico no espaço escolar. *Estilos da Clínica*, 20(2), 205-225.
- Brasil. (1990). *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Diário Oficial da União.
- Brasil/Ministério da Saúde. (2012). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466/2012 sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*.
- Brasil. (2019). *Lei nº 13.968 de 26 de dezembro de 2019*. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para modificar o crime de incitação ao suicídio e incluir as condutas de induzir ou instigar a automutilação, bem como a de prestar auxílio a quem a pratique. Diário Oficial da União, Brasília.
- Campos, C.J.G., Alves, V.L.P., & Turato, E.R. (2015). Conceitos e fundamentos do método clínico-qualitativo in *Investigação qualitativa em saúde. Investigación Cualitativa en Salud*, 1. Recuperado em 23 de dezembro, 2019, de <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/93/89>.
- Cardoso, M. R. (Org.) (2001). *“Adolescência e violência: uma questão de fronteiras?”*. Adolescência: reflexões psicanalíticas, Rio de Janeiro: Nau/Faperj, p.41-53.
- Cardoso, M. R.(2010). Violência, domínio e transgressão In: Cardoso, M. R.; Garcia, C. A. (Orgs.). *Entre o eu e o outro: espaços fronteiriços*. Curitiba: Juruá, P. 103-111.
- Cardoso, M. R., & Garcia, C. A. (2011). *Limites da Clínica – Clínica dos Limites*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 212 p.
- Cardoso, M.R., Demantova, A.G., & Maia, G.D.C.S. (2016). Corpo e dor nas condutas escarificatórias na adolescência. *Estudos de Psicanálise*, (46), 115-123. Recuperado em 12 de março, 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372016000200012&lng=pt&tlng=pt.
- Carreteiro, T.C. (2005). Corpo e contemporaneidade. *Psicologia em Revista*, 11(17), 62-76. Recuperado em 24 de janeiro, 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682005000100005&lng=pt&tlng=pt.
- Carvalho, S. N. de (2012). O afeto é um movimento em busca de uma forma andré green, 1927-2012. *Notícias do Campo Psicanalítico - Boletim Online Jornal Digital do membros, alunos e ex-alunos*. (21).

- Castro, A. L. (2007). *Culto ao corpo e sociedade: mídia, estilos de vida e cultura de consumo*. São Paulo: Annablume – FAPESP.
- Chagnon, J. Y. (2009). Os estados-limite nos trabalhos psicanalíticos franceses. *Psicol. USP [online]*, 20(2), 173-192.
- Chiantaretto, Jean-François (2017). O testemunho interno: escritura de si, trauma e psicopatologia dos limites. Em Amparo, Deise Matos; Lazzarini, Eliana Rigotto; Silva, Isabela Machado; Polejack, Larissa (Orgs) *Psicologia Clínica e Cultura Contemporânea* Vol. 3. Brasília: Technopolitik.
- Cintra, E. M. U. (2013). André Green e o trabalho do negativo. *Revista Percurso* 49/50. Ano XXV, 216. Recuperado em 24 de janeiro, 2020, de http://revistapercurso.uol.com.br/index.php?apg=artigo_view&ida=1010&ori=edicao&id_edicao=49> Acesso em 20/12/2019.
- Conselho Federal de Psicologia (2020). *Resolução nº 4, de 26 de março de 2020*. Dispõe sobre a regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia de Informação e da Comunicação durante a pandemia do Covid-19. Diário oficial da União, 2020.
- Creswell, J. W. (2007). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Dantas, J. B. (2011). Um ensaio sobre o culto ao corpo na contemporaneidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 11(3), 898-912. Recuperado em 22 de janeiro, 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812011000300010&lng=pt&tlng=pt.
- Dejours, C. (2019). *Primeiro o corpo - Corpo biológico, corpo erótico e senso moral*. Porto Alegre: Dublinense.
- Drieu, D., Proia-Lelouey, N., & Zanello, F. (2011). Ataques ao corpo e traumatofilia na adolescência. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 14(1), 09-20.
- Durski, L. M., & Safra, G.. (2016). O Eu-pele: contribuições de Didier Anzieu para a clínica da psicanálise. *Reverso*, 38(71), 107-113. Recuperado em 04 de janeiro, 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952016000100012&lng=pt&tlng=pt.
- Eisenstein, E. (2005). Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolescência & Saúde*, 2(2): 6-7
- Emmanuelli, M. (2011). As Saídas para o trabalho psíquico da adolescência. *Psicologia em Estudo*, 16(1), 51-60.

- Fédida, P. (1991). *Nome, figura e memória: a linguagem na situação psicanalítica*. São Paulo, Escuta, 236 p.
- Ferenczi, S. A. (1926). Contra-indicações da técnica ativa. In: Ferenczi, S.A. *Obras Completas*. São Paulo :Martins Fontes.
- Ferenczi, S. A. (1928/1992). Elasticidade da técnica psicanalítica. In Ferenczi, S. A. *Obras Completas*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora.
- Ferenczi, S. A. (1933/1992). Confusão de línguas entre os adultos e a criança. In Ferenczi, S. A. *Obras Completas*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora.
- Fernandes, M. H. (2011a). As relações entre o psíquico e o somático: o corpo na clínica psicanalítica In Garcia, C. A., & Cardoso, M. R. (orgs). *Limites da clínica. Clínica dos limites*. Rio de Janeiro: Cia de Freud: FAPERJ. p. 47 a 62.
- Fernandes, M. H. (2011b). O corpo e os ideais na clinica contemporânea. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 45(4).
- Fernandes, M. H. (2011c). *Corpo*. 4. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo®. (Coleção clínica psicanalítica / dirigida por Flávio Carvalho Ferraz)
- Figueiredo, L. C. (2000). Os casos-limite e as sabotagens do prazer. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 3(2), 61-87.
- Figueiredo, L. C. (2007). A metapsicologia do cuidado. *Psychê*, ano XI, 21, 13-30.
- Figueiredo, L.C. (2003). *Psicanálise: Elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta.
- Fortes, I. (2013). A dor como sinal da presença do corpo. *Tempo psicanalítico*, 45(2), 287-301. Recuperado em 18 de outubro, 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382013000200004&lng=pt&tlng=pt.
- Freitag, R. M. K. (2018). Amostras sociolinguísticas: probabilísticas ou por conveniência? *Revista de Estudos da Linguagem*, 26(2), 667-686.
- Freud, S. (1985/1996). Rascunho G. Melancolia. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895).
- Freud . S. (1895/1927). *O futuro de uma ilusão*. In. S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud Vol. VII. (Trabalho original publicado em 1895). Rio de Janeiro: Imago.

- Freud, S. (1888/1996). Histeria. In S. Freud. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1905[1901]). *Fragmento da análise de um caso de histeria*. In S. Freud. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1912a). A dinâmica da transferência. In S. Freud. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1912b). *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*. In S. Freud. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1921). Psicologia das massas e análise do ego. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1922/1989). *Alguns mecanismos neuróticos no ciúme, na paranóia e no homossexualismo*. *Obras Completas*. Rio de Janeiro, RJ: Imago. v. 18.
- Freud, S. (1926). Inibição, sintoma e angústia. In S. Freud. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1917/1996). Luto e melancolia. In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud Vol. XIV*. (Trabalho original publicado em 1917). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1923/1996). O Ego e o Id. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud Vol. VII*. (Trabalho original publicado em 1923). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1915/1996). O instinto e suas vicissitudes. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud Vol. XIV*. (Trabalho original publicado em 1915). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1923/1996). O problema econômico do masoquismo. Em S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud Vol. VII*. (Trabalho original publicado em 1923). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1895/1996). Projeto para uma psicologia científica. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud Vol. VII*. (Trabalho original publicado em 1895). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1914/1996). Sobre o narcisismo. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud Vol. XIV*. (Trabalho original publicado em 1914). Rio de Janeiro: Imago.

- Freud, S. (1905/1996). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. Em S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud Vol. VII. (Trabalho original publicado em 1905). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1919/1996). Uma criança é espancada. In. S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud Vol. XVII.* (Trabalho original publicado em 1919). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1915/2004). Pulsões e destinos da pulsão. (L.A. Hanns, Trad.). In. *Obras Psicológicas de Freud.* (Vol. I, pp. 133-173) Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1915)
- Garcia, C. A., & Cardoso, M. R. (2010). *Entre o eu e o outro: espaços fronteirios.* Curitiba: Juruá.
- Garcia, C.A., & Penna, C.M.O.A. (2010). O trabalho do negativo e a transmissão psíquica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 62(3), 68-79. Recuperado em 13 de fevereiro, 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672010000300009&lng=pt&tlng=pt.
- Garcia-Roza, L. A. (1993). *Introdução à metapsicologia freudiana 2: artigos de metapsicologia.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.
- Garcia-Roza, L. A. (1995). *Narcisismo.* Introdução à metapsicologia freudiana 3: artigos de metapsicologia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Garcia-Roza, L. A. (2008) *Introdução à Metapsicologia Freudiana: Artigos de metapsicologia.* 7 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Gil, A. C. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa.* 5. ed. São Paulo: Atlas.
- Goethe. J. W. (2017). Os sofrimentos do jovem Werther. Ed. L&PM, 208 pág. Original escrito em 1774.
- Goldsmid, R., & Féres-Carneiro, T. (2007). A função fraterna e as vicissitudes de ter e ser um irmão. *Psicologia em Revista*, 13(2), 293-308.
- Green, A. (1988). O conceito de fronteirio. In A. Green. *Sobre a loucura pessoal.* Rio de Janeiro: Imago.
- Green, A. (2008). *Orientações para uma psicanálise contemporânea.* Rio de Janeiro: Imago.
- Green, A. (2010). *O trabalho do negativo.* Porto Alegre: Artmed.

- Guerreiro, D.F., & Sampaio, D. Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Rev. Port. saúde pública.*, 31(2), 213–222.
- Guimarães, R. M., & Bento, V. E. S. (2008). O método de “estudo de caso” em psicanálise. *Psico*, 39(1), 91-99.
- Gutton, P. (1991). *Lo Puberal*. Le pubertaire. Paris: PUF, 1991.
- Iribarry, I.N. (2003). O que é pesquisa psicanalítica?. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 6(1), 115-138.
- Kanabus, B. (2015). Christophe Dejours - O corpo inacabado entre a fenomenologia e a psicanálise: entrevista. *Psicologia Usp*. v.26, n.3., p.328-339.
- Kehl, M. R. (2000). Introdução. Existe a função fraterna? In: Kehl, M. R. *Função fraterna*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Kernier, Nathalie de, & Cupa, Dominique. (2012). Adolescência: muda psíquica à procura de continentes. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 15(spe), 453-467. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982012000300007>
- Klein, M.(1991). *Inveja e gratidão: e outros trabalhos 1946-1963*. Coleção Psicologia Analítica. Rio de Janeiro: Imago.
- Kupermann, D. (2010). A via sensível da elaboração. In *Cad. Psicanálise*, ano 32, (23): 31-45.
- Lacan, J. (1932). *Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade*, Rio de Janeiro, Forense-Universitária.
- Lacan, J. (1998). Estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência analítica (original publicado 1948). In. J. Lacan, *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Ladeira, T.F., & Coppus, A.N.S (2016). Anorexia e adolescência: uma articulação à luz da psicanálise. *Reverso*, 38(71), 75-81. Recuperado em 25 de fevereiro de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952016000100008&lng=pt&tlng=pt.
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. 5. ed. São Paulo: Atlas.
- Laplanche, J. (1992). "La pulsion de mort dans la théorie sexuelle". *La révolution copernicienns inachevée*. Paris: Aubier.

- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1996). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lasch, C. (1983). *A cultura do narcisismo: a vida americana numa era de esperanças em Declínio*. Rio de Janeiro: Imago.
- Lazzarini, E. R., & Viana, T. C. (2006). O corpo em psicanálise. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(2): 241-250
- Le Breton, D. (2007). *A sociologia do corpo*. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Le Breton, D. (2010). Escarificações na adolescência: uma abordagem antropológica. *Horizontes Antropológicos*, 16(33), 25-40.
- Le Breton, D. (2012). O risco deliberado: Sobre o sofrimento dos adolescentes. *Revista de ciências sociais - política & trabalho*, 2(37).
- Le Breton, D. (2018). Da construção do corpo aos significados da dor: antropologia do “risco”, do silêncio e da palavra: uma entrevista com David Le Breton. *Revista Café com Sociologia*, 7(2): 88-98.
- Lindenmeyer, C. (2012). Qual o estatuto do corpo na psicanálise? In *Revista tempo psicanalítico*, Rio de Janeiro, v. 44.2, p. 341-359.
- Machado, R. N., & Winograd, M. (2007). A importância das experiências táteis na organização psíquica. *Estudos e Pesquisas em Psicologia (UERJ)*, 7 (93): 462-475.
- Manzini, E. J. (1990/1991). A entrevista na pesquisa social. *Didática*, São Paulo, 26/27, 149-158.
- Marty, F. (2006). Adolescência, violência e sociedade. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 9(1), 119-131. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982006000100009>
- Marty, F. (2008). O genital, impasses e acesso. In C. Rezende, & F. Marty (Orgs.), *Destinos da adolescência* (pp. 55-68). Rio de Janeiro, RJ: 7 Letras.
- Masson, J. M. (1986). *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess (1887-1904)*. Rio de Janeiro: Imago.
- Mayer, H. (2001) Passagem ao ato, clínica psicanalítica e contemporaneidade. In: Cardoso, M. R. (Org.). *Adolescência: reflexões psicanalíticas*. Rio de Janeiro: NAU/FAPERJ.
- Minayo, M. C. S. (Org.). (2001). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.

- Moretto, M. L. T., Kupermann, D., & Hoffmann, C. (2007). Sobre os casos e os limites das práticas de cuidado em psicanálise. *Rev. Latino americana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, 20(1), 97-112.
- Morgan, C., Webb, R.T., Carr, M.J., Green, J., Chew-Graham, C.A., Kapur, N., & Aschroff, D.M. (2017). Incidence, clinical management, and mortality risk following self harm among children and adolescents: cohort study in primary care. *BMJ*, v.359, p.j4351. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/359/bmj.j4351>>. Acesso em 10 Nov. 2018.
- Romaro, R. (2017). *A autoagressão na infância e na adolescência*. Trabalho apresentado no X Encontro de Saúde Mental e Educação: o espaço do professor – Na mesa redonda: Autoagressão: significados e sua presença na escola. Evento organizado pelo Laboratório de Saúde Mental Coletiva – LASAMEC, Faculdade de Saúde Pública, USP.
- Roussillon, R. (1991). *Paradoxos e situações limites da psicanálise*. São Leopoldo: Unisinos,.
- Roussillon, R., & Berliner, C. (2014). O trauma narcísico-identitário e sua transferência. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 48(3), 187-205. Recuperado em 14 de fevereiro, 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2014000300016&lng=pt&tlng=pt.
- Santos, L. C. S., & Faro, A. (2018). Aspectos conceituais da conduta autolesiva: Uma revisão teórica. *Psicologia em Pesquisa*, 12(1), 5-14.
- Savietto, B. B. (2007). Passagem ao ato e adolescência contemporânea: pais “desmapeados”, filhos desamparados. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, n. 10, p. 438-453.
- Sociedade Brasileira de Dermatologia. (2019). *Sociedade Brasileira de Dermatologia adere ao Dia Mundial do Vitiligo para conscientizar a população sobre a doença*. Recuperado em 23 de dezembro, 2019, de <https://www.sbd.org.br/noticias/sociedade-brasileira-de-dermatologia-adere-ao-dia-mundial-do-vitiligo-para-conscientizar-a-populacao-sobre-a-doenca/>.
- Silva A.C., & Botti, N.C.L.(2017). Comportamento autolesivo ao longo do ciclo vital: revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 18(1), 68.
- Chatelard, D.S. (2021). *Pesquisas*. Recuperado em 23 de dezembro, 2019, de <http://www.psicc.unb.br/pt-br/sobre-o-programa/pesquisas>.
- Steiner, D., Bedin, V., Moraes, M.B., Villas, R.T., & Steiner, T. (2004). Vitiligo. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 79(3), 335-351.
- Stevens, A. (2004). *Adolescência, sintoma da puberdade in Curinga: clínica do contemporâneo*. Belo Horizonte: EBP-MG. Nov., n. 20.

- Tavares, M. (2003). *A entrevista clínica in Psicodiagnóstico*. Porto Alegre: Artmed.
- Vieira, C.A.L. (2008). Anorexia: uma tentativa de separação entre o Sujeito e o Outro. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 8(3), 645-660. Recuperado em 25 de fevereiro, 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482008000300004&lng=pt&tlng=pt.
- Viganò, C. (2003). A construção do caso. *Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental*. Belo Horizonte: IPSMMG, p.47-53.
- Villa, F. C. (2004). *Violência e alteridade: a questão das fronteiras nos "estados limites"*. Rio de Janeiro: UFRJ/IP.
- Winnicott (1978). Preocupação materna primária. In *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1956.)
- Winnicott, D. W. (1956/2000). A preocupação materna primária. In: Winnicott, D. W. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas* (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar & a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1982). Desenvolvimento emocional primitivo. In D. W. Winnicott. *Textos selecionados da pediatria à psicanálise* (pp. 247-268). Rio de Janeiro: Francisco Alves (Trabalho original publicado em 1945).
- Winnicott, D. W. (1993). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (pp. 389-408). Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Winnicott, D. W. (2005). O medo do colapso. *Explorações psicanalíticas* (2ª ed). Porto Alegre: Artmed.
- Winograd, M. (2011). Limites entre a psique e o soma? In Garcia, C. A; Cardoso, M. R. (orgs). *Limites da clínica. Clínica dos limites*. Rio de Janeiro: Cia de Freud: FAPERJ. p. 63 a 76.
- Zanetti, S.A.S, & Kupfer, M.C.M. (2006). O relato de casos clínicos em psicanálise: um estudo comparativo. *Estilos da Clínica*, 11(21), 170-185. Recuperado em 23 de dezembro, 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282006000200011&lng=pt&tlng=pt.
- Zimerman, D. (2008). *Vocabulário contemporâneo de psicanálise*. Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS**Anexo I - Roteiro para entrevista (modelo)**

Identificação (iniciais do nome): _____

Idade: _____

Sexo: _____

Série: _____

Local do nascimento: _____

- 1) Fale-me um pouco sobre você. Quem é você, como você se descreve?
- 2) Você mora com quem? Fale-me um pouco sobre sua família?
- 3) Como é a sua relação com seus amigos (identificação coletiva)?
- 4) Como é sua relação com seu corpo?
- 5) Me fale um pouco sobre suas autolesões?
- 6) Você se lembra quando se iniciaram as lesões?
- 7) O que você sente quando se lesiona?
- 8) Você consegue dizer por que você faz isto (as lesões)? Acontece em grupo ou sozinho?
- 9) Você tem algum namorado ou namorada? Pode me falar um pouco do relacionamento de vocês?

Anexo II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **“ADOLESCÊNCIA E VIOLÊNCIA: PSICOPATOLOGIA E PSICODINÂMICA DE AUTORES DE AUTO E HETERO AGRESSÃO”**, de responsabilidade dos pesquisadores Olívio Israel Costa, Ana Clara de Oliveira Alves, Bruno Cavaignac Campos Cardoso, Thaywane do Nascimento Gomes, Paula Stein de Melo e Souza, Rowena Carraca Neves, Fernando Márcio de Sousa Ferreira, Camila Taunay, e Mayara Kamille Lopes Azevedo, estudantes de graduação, mestrado e doutorado da Universidade de Brasília, sob orientação da Profa. Dra. Deise Matos Amparo. O objetivo desta pesquisa é compreender como se dá o processo de auto e hétero agressão em adolescentes e, caso couber, com os familiares. Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como entrevistas, ficarão sob a guarda dos pesquisadores responsáveis pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio das informações adquiridas durante os atendimentos, assim como, pelo conteúdo discutido durante as supervisões do caso e as gravações dos atendimentos. A duração dessa pesquisa será do tempo de atendimento do adolescente (ou familiar) em questão, podendo durar, no máximo, dois anos.

O risco decorrente da participação nesta pesquisa é o de haver algum tipo de desconforto para o participante pelos temas a serem abordados. Caso ocorra, o participante em questão será devidamente acolhido pelos pesquisadores, que estarão inteiramente à disposição durante a realização da pesquisa e mesmo posteriormente. Em contrapartida, espera-se poder contribuir para futuras pesquisas desse gênero, para o conhecimento e o manejo de casos de auto e hétero agressão, e construir um embasamento de caráter preventivo e interventivo que possa auxiliar profissionais da Área da Saúde.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar o seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefonar no telefone (38)9.8817-3332 disponível inclusive para ligação a cobrar. Ou no e-mail, fernandomarfer@yahoo.com.br ou para deise.amaparo.matos@gmail.com.

A equipe da pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos pela Universidade de Brasília (UnB) podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica. Essa devolução está prevista para dois anos após o começo da pesquisa, ou seja, em 2021. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília. As informações com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos por meio do e-mail do CEP/CHS: cep_chs@unb.br. Telefone: 61 3107-1592.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o/a pesquisador/a responsável pela pesquisa e a outra com você.

Brasília, __ de _____ de _____.

Nome / assinatura do participante ou responsável legal pelo participante

Fernando Márcio de Souza Ferreira
Pesquisador responsável

Deise Matos Amparo
Orientadora Responsável