UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

VIVIANA SENRA VENOSA

**O “Ato de Cortar-se”: uma investigação psicanalítica a partir
do caso Amanda e do caso Catarina**

São Paulo

2015

VIVIANA SENRA VENOSA

**O “Ato de Cortar-se”: uma investigação psicanalítica a partir
do caso Amanda e do caso Catarina**

(versão original)

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São
Paulo, como parte dos requisitos para
obtenção do título de Mestre em
Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Social

Orientador: Prof. Dr. Nelson da Silva Jr.

São Paulo

2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Venosa, Viviana Senra.

O “Ato de Cortar-se”: uma investigação psicanalítica a partir do caso Amanda e do caso Catarina / Viviana Senra Venosa; orientador Nelson da Silva Júnior. -- São Paulo, 2015.

138 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Social e do Trabalho) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Psicanálise 2. Escarificação 3. Angústia 4. *Acting-out* 5. Passagem ao ato I. Título.

RC504

Nome: Venosa, Viviana Senra

Título: O “Ato de Cortar-se”: uma investigação psicanalítica a partir do caso Amanda e do caso Catarina.

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Mestre em Psicologia

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Para todos aqueles que se dispõem à escuta
psicanalítica: “pra que rimar amor e dor?”

AGRADECIMENTOS

O momento de agradecer é como o ponto final do momento de concluir. Assim: lanço-me no *après-coup* da memória e recupero afetuosa e vertiginosamente os tantos tempos diferentes. Instantes e/ou permanências da presença de todos aqueles teceram uma rede de apoio, marcando-me, assim, das mais variadas formas, texturas, sons, cores, odores e sabores para que esta escrita fosse realizada.

Ao querido Prof. Dr. Nelson da Silva Jr., por me fornecer bússola ao longo dos descaminhos deste mestrado. E por ter-me alertado, mais de uma vez, sobre o horizonte ser mesmo muito bonito, porém, inalcançável. Por ter-me ajudado a vislumbrar os sentidos do meu texto, muito antes de mim mesma. E, muito além de orientador, por me resguardar com carinho nos momentos em que tudo desmoronava e, assim, tornar-se um querido amigo.

À querida Maria Helena Fernandes, que – mais de perto ou mais de longe – sempre esteve presente me ajudando a prosseguir com a pesquisa clínica. Mais que isso, foi também quem primeiro me chamou a atenção para o fato de que eu utilizava “ato de cortar-se” como um termo, antes mesmo que eu me desse conta disto; fato que, depois, me levou a escrever um dos capítulos desta dissertação.

Aos meus pais, Cleide e Roberto, que com todos os apesares e tropeços da filha, jamais deixaram de apostar. E por, sempre sempre, me encorajarem a fazer minhas próprias escolhas.

À minha avozinha Juju, por me deixar como herança a marca da bruxa, tanto no amor por delinear olhos quanto no trato do preparo de caldeirões. Espero fazer jus à sua memória: na cozinha e na psicanálise.

À Heloisa por sustentar, em transferência, o meu amor. Por me honrar com a sua escuta e, com isso, abrir a minha escuta para o desejo...

Ao Tom Bojarczuk por me fazer rir, por me levar pra dançar, andar de bici e pixar muro; por me marcar com amor intenso e lúdico. E, mais ainda, por me lançar esse azul admirado que me faz tão colorida. Daora! Tá ligado?

Aos professores da banca: Profa Dra. Maria Livia Tourinho Moretto e Prof. Dr. Mário Eduardo da Costa Pereira, por aceitarem o convite desde a qualificação, e pela escuta cuidadosa na leitura das minhas letras.

Aos coordenadores Prof. Dr. Christian Dunker, Prof. Dr. Vladimir Safatle e Prof. Dr. Nelson da Silva Jr. (novamente) e aos colegas filósofos e sociólogos do Latesfip – Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise da USP, pelas parcerias de trabalho e trânsito nas áreas de fronteiras epistemológicas. Em especial à Marília Pisani e Ronaldo Manzi, com quem pude compartilhar “altas viagens” entre territórios.

À Profa. Dra. Ana Maria Loffredo com quem, desde a graduação, pude entender que trafegar pelo mapa conceitual da obra freudiana é deparar com uma paisagem topográfica de acidentes e montanhas, e com a fluidez e fúria de rios, mares e tempestades.

À Siglia e à Thathai tanto tempo ainda é pouco, por aguentarem minhas intermitências ao longo de tantos anos de amizade.

Aos caros amigos pela leitura do meu texto e pela ajuda na costura da escrita: Tati Assadi, pela bonequinha *abayomi*; Karen Alves, por me ajudar a não “frangalhar”; Dani “sabiá” Sanches, pelos auxílios visionários; Marcos Brunhari, por ter-me encorajado a tratar da angústia no espectro do texto; e Pedro Ambra, também pelos pontapés de levinho e sopros que me fizeram seguir, e pela guarda da senha.

À Marcela Gea, Camille Gavioli, Gláucia Faria, Pati Porchat, Ludu Moreira, Julia Catani e Maria Sílvia Bolguese que, nos bastidores das reuniões de orientação e dos congressos, e também nos “bastidores da vida”, me ajudaram a enfrentar alguns trancos e barrancos.

À Luciana Salum, Beto Propheta, Dani Smid, Hugo Lana, Anna Turriani, Gabi Villas, Natalie Mas e Jota Pê pelo acontecimento dos bons e singulares encontros, os tais respiros e intervalos de suma importância para aguentar a loucura nossa de cada dia.

Às bem-vindas em terras paulistanas: Aline Martins, Lívia Santiago, Letícia Reis e Ingrid de Figueiredo: pelo fundamental contrabando de cultura alimentar mineira e paraense. Com vocês, meus horizontes de sabores se ampliaram.

Ao Carlos Dória, Adriana “feijão” Salay, Marcelo Bastos, Carol Nina Bastos, Fê Valdivia, Helena Rizzo, Antônia Sato, Richard Ildevert, Talitha Barros, Tatiana Lunardelli e Kina por me alimentarem em diversos momentos com comidas e bebidas da melhor estirpe, sempre aquecidas no ponto preciso do afeto.

À Clau Simionato, pela precisa curadoria na revisão do meu texto e por compartilhar do encanto com a psicanálise.

Aos amigos Lucas Bulamah, Rafael “Nego” e Paulo Beer, que me prestigiaram em momentos pontuais com seu excelente bom-humor.

À Cecília Orsini pela transmissão, pela confiança e pela amizade.

À Bruna Britto, por ter-me proporcionado abrigo nas terras *Unheimlich*, tanto nas cenas da vida, quanto nos campos da psicanálise lacaniana.

Aos meus colegas e mestres do Departamento de Psicanálise do Instituto *Sedes Sapientiae*. Em especial à Alê Sapoznik, por me abrir portas e me mostrar generosamente o caminho das pedras. À Elaine Armênio, por fazer circular os meus textos. E à Silvia Nogueira, pela “super” escuta: de analista para analista.

Aos amigos das trocas clínicas: Tiago Matheus, Solange Emílio, Teresa Carvalho, Natália Gola, Roberto Villaboim e Roberta Khedy, pela confiança mútua, pela transferência de trabalho e pelas reuniões gostosas. E também pela compreensão nos momentos em que precisei me afastar.

Ao Ricardo Goldenberg e todos os colegas do grupo *La Bande de la Jouissance*, por me mostrarem que estudar Lacan pode ser bem divertido e, não por isso, menos sério. Desde já, sou grata ao que tem por vir.

Aos ex-alunos do grupo de estudos “Antes Freud do que nunca”: Daniele Caetano, Isabel Cavalcanti, Juliana Gonzales, Luísa Zandoná e Miguel Fausto, que me honraram em permitir que eu transmitisse o saber psicanalítico sobre o inconsciente e o sonhar. E, também, por abrirem espaço para criar laços de amizade.

Ao Alfredo, com quem pude concluir um ciclo e construir as bases com as quais pude seguir e que, hoje, são minha fundação no terreno pantanoso da psicanálise.

Ao Sidnei Goldberg e todas as colegas do grupo de leitura sobre o Seminário X, que me ampararam nas minhas questões sobre o tema.

À Prof. Dra. Angélica Claudino e aos colegas do Proata-Unifesp/EPM, pela oportunidade de trabalho em equipe com confiança e respeito.

À Fernanda, Celso e Adelle, amigos e parceiros de docência do curso “Corpo: esse estranho desconhecido”, com os quais trabalhar, comer e beber é sempre bem-vindo.

À Marcela Monteiro, por me abrir para a possibilidade de ensinar e orientar; e aos alunos do Colégio “Oswald de Andrade”, aqueles com quem tive a oportunidade de acompanhar a

elaboração escrita de seus trabalhos, e com os quais pude redescobrir a dor e a delícia do adolescer.

Ao Marcelo, pela amizade que permanece.

Às senhoritas: Carmen Picos, Janaina Stuccato e Rosana Martineli, por promoverem um espaço acolhedor e continente para os transbordamentos.

À Débora Grama Ungaretti, que, com sua amizade, me revigora no básculo da juventude.

À Elisa Touchon Fingermann que, além de ter traduzido impecavelmente um texto meu para o francês – referente a este trabalho – por ocasião de uma mesa redonda em um congresso em Rennes (Fr), também me conduz nesta ponte sobre o abismo entre o estranho e o familiar, para mim, na linguagem francesa.

À Nalva e a toda secretaria do PST-IP-USP pelo suporte e apoio para lidar com as burocracias.

*

A Capes, pelo apoio financeiro concedido.

“A angústia é o afeto que não engana”

Jacques Lacan

“Não acredito em nada que não tenha angústia.”

Arrigo Barnabé

RESUMO

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

Deparar com um sujeito que se corta pode ser, para quem inicia o percurso clínico, muito mobilizador. Uma convocação ao olhar acontece de maneira extremamente pungente. A pergunta que orienta esta pesquisa é: de que modo o dispositivo analítico pode operar nessa tríade: olhar/palavra/elaboração?

Para buscar responder, o recorte deste trabalho se estabeleceu a partir do material clínico de que dispúnhamos. Mais precisamente, abordamos o ato de cortar-se na sua apresentação em sujeitos neuróticos, mas outras investigações se fazem necessárias, por exemplo, quanto ao ato de cortar-se na psicose e na perversão. Até o presente momento, existe pouca bibliografia específica sobre o ato de cortar-se em Psicanálise. Sendo assim, fizemos um breve apanhado sobre o tema na Psiquiatria, na Antropologia e na Sociologia. Também apresentamos o ato de cortar-se no seu contexto midiático, uma vez que a internet e as redes sociais são um dos meios pelos quais as pessoas que se cortam publicizam anonimamente seu sofrimento psíquico.

Lançando mão da teoria freudiana, mostramos a importância de cunhar o termo “ato de cortar-se” do ponto de vista metapsicológico. E, depois, apresentamos dois casos clínicos, onde os conceitos de: angústia, *acting-out* e passagem ao ato, vistos por Freud e Lacan, se fizeram fundamentais para conduzir as análises dos casos. Com isso, esperamos contribuir para a ampliação de um campo de estudo sobre o tema.

Palavras-Chave: Psicanálise; Escarificação; Angústia; *Acting-out*; Passagem ao ato

ABSTRACT

VENOSA, V. S. (2015). *The “Act of Self-Cutting”: a psychoanalytical investigation based on the Amanda and Catarina clinical cases*. Master’s Dissertation, Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo.

For those who are just starting clinical practice, coming across a subject who self-cuts can be very disturbing. The gaze is summoned very poignantly. The question that guides this research is: in what way can the analytical device operate in the gaze/speech/psychic elaboration triad?

To answer this, the focus of this work is based on the clinical material at our disposal. More precisely, we approached the “act of self-cutting” as it presents itself in neurotic subjects. As this act also appears in psychosis and perversion, further investigations are necessary. In Psychoanalysis, there is scant literature on this specific act to date, so we did a brief survey on the topic in Psychiatry, Anthropology, and Sociology. We also present the “act of self-cutting” in the context of media, as self-cutters use the internet and social networks as a means to anonymously bring to public notice their psychological distress.

Using Freudian theory, we show the importance of coining the term "act of self-cutting" from a metapsychological point of view. Afterwards, we present two clinical cases where the concepts of anguish, acting-out and passage to the act, as seen by Freud and Lacan, became fundamental in conducting the analyzes of these clinical cases. With this, we hope to contribute to the expansion of the field of study on the subject.

Keywords: Psychoanalysis, Scarification, Anguish, Acting-Out, Passage to the act.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	14
2. <i>Non-suicidal self-injury</i> : o fenômeno da escarificação na literatura psiquiátrica.	21
3. O fenômeno do <i>cutting</i> na mídia: internet, redes sociais e grande imprensa.	30
4. Um breve diálogo da Antropologia e da Sociologia com a Psicanálise: marcas corporais (tatuagens, <i>piercings</i> etc) e <i>cutting</i>	38
5. Sobre terminologia: a proposta de cunhar o termo “ <i>ato de cortar-se</i> ”	46
6. Compulsão à repetição, angústia, <i>acting-out</i> e passagem ao ato.....	70
7. Casos Clínicos.	96
7.1. Relato do Caso Amanda.	98
7.2. Análise do Caso Amanda.	108
7.3. Relato do Caso Catarina.	113
7.4. Análise do Caso Catarina.	121
8. Considerações finais.....	113
BIBLIOGRAFIA	131

1. Introdução.

Michele¹ já fora internada, pelo menos duas vezes, por conta de graves infecções decorrentes de atos provocados por ela em seu próprio corpo. Em uma das vezes, machucou-se muito ao cutucar, com objetos pontiagudos, os pontos do corte da cesariana recente. Outra vez feriu-se gravemente com um ato que ela chamou de “auto lipoaspiração” (sic), ou seja, cortou sua coxa: epiderme, derme até a camada de gordura, para então enfiar um canudo e tentar sugar a própria gordura.

*Michele (...) tenta trilhar um caminho desesperado para evitar seus binges, ou seja, para evitar uma compulsão alimentar, ela se corta nos braços, nas pernas e barriga, e, para evitar se cortar, ela entra em **qualquer** tattoo shop e faz **qualquer** tatuagem – escolhe o desenho na hora e não se importa muito com o significado do desenho. A urgência é fazer uma marca, não importa qual seja. (Venosa e Gea, 2010)*

A urgência de fazer uma marca enquanto inscrição na carne do próprio corpo é o tema desta dissertação. Pretendemos investigar tendo como eixo a metapsicologia psicanalítica, portanto, trata-se de um trabalho teórico-clínico.

Entendemos que deparar com um sujeito que se corta, tanto no consultório particular quanto em um serviço de saúde mental, pode ser, para quem inicia o percurso clínico, muito mobilizador. Uma convocação ao olhar acontece de maneira extremamente pungente. Um dos problemas, também, é que existe parca bibliografia específica sobre o tema. Sendo assim, consideramos que o leitor deste texto pode ser um estudante de psicologia em seus primeiros estágios, um psicólogo recém-formado ou

¹ Todos os nomes próprios, referentes aos casos clínicos que acompanhamos e que foram utilizados nessa dissertação são fictícios.

um profissional ainda com pouca prática clínica. As perguntas que surgem são: de que forma solicitar a uma pessoa que efetua o ato de cortar-se, como modo de funcionamento psíquico, que ela associe livremente? Ou ainda, devemos – nós analistas – nos esquivarmos desta convocação ao olhar? Se sim, quando? Se não, de que modo o dispositivo analítico pode operar nessa tríade: olhar/palavra/elaboração?

A proposta deste trabalho é, portanto, modesta: uma tentativa de demonstração, a partir do relato e da discussão de dois casos clínicos, do modo como determinados conceitos da teoria psicanalítica podem auxiliar na escuta deste fenômeno, que se apresenta enquanto uma das manifestações do sofrimento psíquico de um sujeito.

É fundamental salientar que a escuta analítica privilegia os aspectos singulares do sujeito, além disso, a metapsicologia procura, a partir de uma teoria sobre o inconsciente, o sujeito e o desejo, lançar luz aos aspectos mais gerais do seu funcionamento. É nesta tensão entre a metapsicologia e o singular que trabalha a escuta analítica.

Tratar do tema aqui chamado como “ato de cortar-se” não é, de modo algum, falar de um fenômeno homogêneo de manifestação do sofrimento humano. O ato de cortar-se é, portanto, um fenômeno transnosográfico. Consideramos isto do ponto de vista da própria Psicanálise, por compreendermos que, segundo o diagnóstico diferencial em Psicanálise, cada estrutura diagnóstica tem seu próprio modo de comunicação com o Outro. Isto quer dizer que, um psicótico se cortar, em termos gerais, é bastante diferente de um neurótico que se corta. Por isso, também para a Psicanálise, não se costuma agrupar os sujeitos em categorias psicopatológicas a partir da descrição de comportamentos que *devem*, no sentido *moral* do termo “dever”, ser eliminados.

Este mestrado surge também do encontro entre dois momentos: a pesquisa sobre “Estudo comparativo internacional das marcas corporais auto-infligidas à luz do laço social contemporâneo. Funções das tatuagens e escarificações na economia psíquica de jovens adultos: gênese, relação aos corpos, solução subjetiva.”, resultado do convênio CAPES/COFECUB, e a experiência clínica com alguns casos de pessoas que se cortam. Ao longo do percurso da pesquisa, no entanto, vimos que fazer uma aproximação entre o fenômeno das marcas corporais (tatuagens, *piercings* etc) na contemporaneidade e o sofrimento mostrado e falado na clínica através do ato de cortar-

se poderia resultar em algo apressado e leviano, ao menos neste momento. Imperou a necessidade de concentrar-se e debruçar-se sobre o estudo dos dois casos escolhidos, nos quais o ato de cortar-se se manifesta.

O desejo de escrever um mestrado sobre os casos atendidos nasce do amor de transferência com a Psicanálise. Com isso, advém o “fazer trabalhar” os casos que já haviam sido atendidos, recolhendo o material clínico já adquirido na experiência como um resto que abre portas para causar interrogações e prosseguir nestes caminhos. Assim, pretendemos aprofundar a investigação e as indagações metapsicológicas que surgiram *a partir* dos casos clínicos. Um retorno à teoria, portanto, a fim de supor um saber, não completo e pronto, mas efetuar com isso uma costura de fragmentos que sustente algo simbólico desde o sujeito e seus modos de sofrimento no ato de cortar-se.

Um aspecto que não podemos nos furtar de fazer menção é que, no início do mestrado, a pesquisadora tem como via régia de seus estudos o fundador da Psicanálise: Sigmund Freud. Os outros autores, mesmo considerada a sua importância, eram tomados como pós-freudianos, no sentido de compreendê-los como auxiliares na leitura da obra de Freud. É no seio e mesmo durante a realização deste trabalho com os casos clínicos que a pesquisadora se depara com Lacan, não mais como um pós-freudiano, mas como alguém que também construiu todo um aparato metapsicológico de verdadeira propriedade, melhor dizendo: com estilo de autoria – autor que auxilia na compreensão de Freud e vai além. Porém, não bastam poucos anos de mestrado para compreender e digerir a complexidade deste autor, quanto menos metabolizá-la em escrita. Sendo assim, este mestrado também se localiza como parte da formação permanente da autora enquanto psicanalista. Se, antes, Lacan era considerado por ela como um leitor de Freud, agora, dado o final deste trabalho, podemos dizer que resta o amor por estes dois gigantes: Freud e Lacan, enquanto transmissores sobre o inconsciente e o desejo. Se, por um lado, o mestrado se encerra com a escrita deste trabalho, por outro lado, este resto em forma de amor não é pouco. E causa a fome de “quero mais” enquanto porvir do que ainda não se escreveu, mas uma vez já inscrito, anuncia um além que, se bem trabalhado, apresenta-se fundamental para enlaçar o sentido da vida.

Antes de tudo, no entanto, apresentamos três capítulos que fazem um passeio sobre o tema, em áreas tangenciais: Psiquiatria, mídia (internet e grande

imprensa) e Antropologia e Sociologia, a fim de indicar os outros discursos sobre o tema, que aparecem nestas outras áreas do conhecimento. O propósito é, dessa forma, evidenciar a especificidade e importância da leitura psicanalítica para abordar esse tema.

Acrescentamos que foram utilizados os termos “indivíduo” ou “pessoa”, principalmente, nos capítulos que tratam da literatura psiquiátrica, antropológica e sociológica, ou quando nos referimos a um comportamento. E optamos pela predominância do termo “sujeito” nos capítulos e contextos que envolvem metapsicologia. Esta escolha se deve ao fato de compreendermos que o termo “sujeito” é um conceito para a Psicanálise e, portanto, de não utilizar a palavra em seu sentido banal ou ordinário.

Dado o conhecimento de tamanhas problemáticas que uma tradução pode efetivar, optamos também por não traduzir livremente as citações que foram empregadas em inglês, espanhol e francês, aqui neste texto, desde sua utilização nas edições, textos e artigos consultados. Isto para evitar o jogo de traição que uma tradução pode acarretar, ou seja, para fins de levar muito a sério uma brincadeira conhecida na língua italiana como: *traduttore traditore*.

Sobre as problemáticas – e também instigantes – questões relativas às traduções da obra de Freud e seus termos correlatos, nos poupamos de aprofundamento por aqui. Cremos que há vasta bibliografia atualmente e de fácil acesso para aqueles que quiserem pesquisar mais a fundo. No entanto, infelizmente, não possuímos o domínio mínimo da língua alemã para ler Freud no original. Sendo assim, contamos com as leituras de seus textos nas mais diversas traduções para o português, das quais dispomos até o presente momento no Brasil. Porém, para efeitos de citação, escolhemos utilizar a Edição *Standard* Brasileira das Obras Psicológicas de Sigmund Freud, publicada pela Editora Imago – na edição do ano de 1995. Foram feitas as devidas contemporizações com as outras traduções sempre que houve a possibilidade, considerando a disponibilidade destas no mercado editorial – presentes no Brasil pelas editoras: Cia das Letras, L&PM, Cosac Naif, Autêntica e uma segunda tradução da Imago, feita diretamente do alemão². A partir destas contemporizações entre traduções e da consulta

² A Edição *Standard* Brasileira publicada pela Editora Imago é uma tradução da tradução das obras de Freud, ou seja, uma tradução para o português a partir da tradução do alemão para o inglês. O segundo projeto editorial da tradução das obras de Freud, feita pela mesma editora e intitulado *Escritos sobre a*

de bibliografia sobre o tema das traduções brasileiras de Freud, bem como da consulta dos vocabulários e dicionários de Psicanálise, apenas frisaremos as deliberações tomadas sobre a troca de alguns termos. Portanto, em lugar de chamarmos os conceitos de *Ich*, *Es* e *Überich* por seus equivalentes em latim (Ego, Id, Superego), escolhemos usar a tradução para o português coloquial, isto é, Eu, Isso e Supereu. Optou-se, assim, por uma quebra na tradição de nomeação dos termos, mas levou-se em conta tanto a fluidez do texto de Freud no original, quanto o fato de que – entre outras coisas – o conceito de sujeito, no francês de Lacan, implica um Eu que se divide entre *Je* e *Moi*, o que traz decorrências metapsicológicas importantes. Também optamos por usar o termo em português “pulsão” (em vez de “instinto”) para designar o termo alemão *Trieb*; por utilizar o termo “recalque” (no lugar de “repressão”) para corresponder ao *Verdrängung* freudiano; e o termo “angústia” foi escolhido para a tradução do alemão *Angst* (em substituição ao termo “ansiedade”). Assim, quando for encontrado o sinal * depois das palavras “pulsão”, “recalque” ou “angústia” significa que tomamos a liberdade de efetuar estas modificações nas citações sem, no entanto, deixar de indicá-las.

No capítulo sobre Psiquiatria, discutimos as questões diagnósticas envolvidas, ou seja, se o fenômeno é um sintoma dentre muitos que, em conjunto, caracterizam um transtorno psiquiátrico, ou se é em si mesmo um transtorno e quais seriam suas causas e sintomas. A relação causa-consequência, para a Psiquiatria, é mais direta (se compararmos com a compreensão psicanalítica dos sintomas, por exemplo, cujo conceito já é, em si, completamente diferente), além disso, é uma relação temporal cronológica: por causa disso, se faz aquilo. Completamente diverso da Psicanálise, onde o *à posteriori* faz parte, inclusive, do método de tratamento. Um dos aspectos importantes neste capítulo é que pudemos recolher alguns dados, mesmo que não definitivos, sobre epidemiologia: ao que tudo indica, os índices de incidência do fenômeno de cortar-se, entre jovens, é alto. Outro ponto brevemente abordado no capítulo da Psiquiatria foram questões relativas à prevenção. Muitos autores acreditam que a promoção de fóruns de debate ou a veiculação de informações na mídia pode provocar efeito de contágio, aumentando o número da epidemiologia, enquanto há outros autores que pensam o contrário, isto é, que é necessário criar espaços pertinentes de diálogo, como modo de prevenção.

Acreditamos ter sido importante a inclusão do capítulo sobre mídias, por esta interface, principalmente na sua vertente *redes sociais*, ser bastante presente na vida das pessoas que se cortam – em contraposição ao parco comparecimento de notícias a respeito na grande mídia (jornais, revistas etc.), seja na sua versão impressa seja *online*. Neste sentido, consideramos que o “ato de cortar-se” já circula com veemência no discurso social. Demonstramos isso com os altos índices numéricos que resultam das buscas no *Google*, *Youtube*, *Instagram* e pelas buscas por meio de *hashtags* pertinentes ao tema.

Consideramos também que o ato ou efeito de produzir mudanças permanentes no corpo faz parte da história da humanidade. Sendo assim, um breve passeio pelos terrenos da Antropologia e da Sociologia, e a tessitura de um diálogo com a Psicanálise, mostrou-se importante para apresentar as bordas estressadas do recorte deste trabalho. Isto é, o ponto estudado aqui enquanto ato de cortar-se possui intersecção e faz fronteira próxima com outros fenômenos ou momentos da história humana, como as marcas corporais (tatuagens, *piercings* etc.), principalmente no seu contexto ancestral e na contemporaneidade. Brevemente, também foi abordada a sua presença na arte.

No capítulo sobre terminologia, um arco de raciocínio foi percorrido, a fim de efetuar uma proposição: a denominação do fenômeno aqui estudado enquanto “ato de cortar-se”. Esse arco de raciocínio tem na obra de Freud seu principal fundamento. Buscamos articular as questões sobre o falar e o agir, demonstrando, na psicanálise, que há uma hierarquia entre estes dois modos de apresentação humanos. A proposta foi de nomeação do ato de cortar-se, além de levar em conta que a linguagem tem um estatuto diferenciado e *princeps* para a Psicanálise; justificá-la, portanto, por meio de um percurso metapsicológico, que levasse em conta os aspetos tópicos, econômicos e dinâmicos implicados.

No capítulo 6, fizemos uma introdução à análise dos casos, de tal forma que a metapsicologia apresentada do capítulo 5 fosse completada com os conceitos clínicos: angústia, *acting-out* e passagem ao ato, entre outros. Para fins acadêmicos, escolhemos, dentre toda a obra de Lacan, utilizar o Seminário, Livro 10 – A Angústia, no qual o autor trata da articulação entre estes conceitos. Menos do que utilizar um recurso *Deus ex-machina*, consideramos que, no capítulo 5, a metapsicologia foi utilizada para a

visada da proposição de um termo que diferenciase a apreensão psicanalítica do fenômeno. Contudo, para trabalhar na análise dos casos clínicos, foi necessário lançar mão de outros conceitos já existentes na teoria psicanalítica, e o capítulo 6 somado a outras articulações conceituais se fez útil. Apresentando os conceitos posteriormente ao relato dos casos, procuramos mostrar como a economia psíquica se expressa também qualitativamente no jogo de forças entre as instâncias psíquicas, auxiliando na compreensão dos casos clínicos no contexto da metapsicologia psicanalítica.

Em seguida, apresentamos o relato de dois casos clínicos e, nos capítulos subsequentes, as respectivas análises dos casos. Trata-se do caso Amanda e do caso Catarina, ambas jovens adultas que realizavam o “ato de cortar-se”. Ambas foram recebidas pela pesquisadora para tratamento psicanalítico, antes do ingresso formal da pesquisadora no programa de mestrado deste Instituto. Neste capítulo, também deliberamos que a escrita faria mais sentido e a narrativa se tornaria mais fluida sendo feita em primeira pessoa, sendo assim, rompemos um pouco com os protocolos de um texto acadêmico.

Por fim, nossas conclusões atestam o que já sabemos com a Psicanálise, isto é, que o trabalho de análise é um trabalho de vida e que, evidentemente, não se encerra no escopo deste mestrado. Neste sentido, as conclusões são “inconclusões”, são apenas cortes que visam marcar um momento de concluir. Momento este a partir do qual podemos continuar nossa empreitada, porém desde um novo lugar: um para além, que faz ao mesmo tempo um rodopio à posteriori, em direção ao horizonte de um saber, mesmo que nunca o alcancemos plenamente.

2. *Non-suicidal self-injury*: o fenômeno da escarificação na literatura psiquiátrica.

Entender o discurso psiquiátrico contemporâneo sobre determinado comportamento tomado como patológico (pelos mesmos) se faz importante para o diálogo, mas também para a discriminação dos modos de compreensão e de posicionamento sobre o tratamento. Neste capítulo, veremos como a Psiquiatria categoriza o ato de cortar-se, quais os dilemas atuais enfrentados na área e apontaremos os pontos de divergência com a proposta psicanalítica de escuta do sofrimento. Nos capítulos subsequentes, a teoria psicanalítica – ou metapsicologia, como propôs Freud – será a tônica desta dissertação.

Anteriormente chamado de *self-mutilation* ou *self-harm*, o termo *non-suicidal self-injury* (NSSI) é a denominação psiquiátrica para o fenômeno que, em português, é traduzido como “automutilação”³. Neste termo estão incluídos os comportamentos de *cutting* (cortar-se), *scratching* (arranhar-se), *bruising* ou *hitting* (bater-se) e *burning* (queimar-se) intencional e deliberadamente, sem – é claro – a intenção de se matar (Favazza, 2012; Toste e Heath, 2010; Claes et al, 2010). Favazza (2012) é um dos pesquisadores que inclui no espectro do *non-suicidal self-injury* comportamentos tidos como os mais extremos, tais quais o de furar os olhos e a amputação de partes do corpo. No entanto, o *cutting* é apontado, em todos os artigos psiquiátricos consultados, como o mais frequente entre os tipos de *non-suicidal self-injury*.

Talvez pelo motivo de o comportamento de automutilação encontrar-se sob o manto de outro transtorno mental – até o DSM-IV, automutilação estava entre os critérios para o diagnóstico de transtornos de personalidade *borderline* –, o comportamento tenha sido mais difícil de ser mensurado e estudado isoladamente até o momento, nos critérios de pesquisa em medicina, do que outros diagnósticos psiquiátricos já estabelecidos. Já no DSM 5, o *non-suicidal self-injury* está indicado no anexo como um fenômeno a ser mais estudado, com a eventual possibilidade de vir a

³ Encontramos também, porém escassamente, o termo “lesões autoprovocadas”, como tradução para o português.

tornar-se um novo diagnóstico futuramente. Algumas pesquisas passaram a sugerir que o *non-suicidal self-injury* pode ser considerado como uma condição mental distinta e independente do transtorno de personalidade *borderline*. (Stelka e Correll, 2013; Klonsky, 2011).

Os critérios diagnósticos sugeridos para os futuros estudos em *non-suicidal self-injury* no DSM-5 são: ter havido, por cinco ou mais dias, episódios de automutilação intencional, sem intenção suicida, ocorridos no último ano. Pessoas podem se engajar neste comportamento com, ao menos, uma das seguintes expectativas: seja de procurar alívio de um sentimento negativo ou estado cognitivo, seja de resolver uma dificuldade interpessoal, ou para induzir/levar a um estado positivo. O comportamento deve ser associado a um dos seguintes critérios: dificuldade interpessoal ou sentimentos e pensamentos negativos (por exemplo: depressão, ansiedade), premeditação e/ou ruminação sobre automutilação. E comportamentos socialmente aceitos, como tatuagens e *piercings*, não qualificam o diagnóstico, tampouco cutucar casquinhas de feridas ou roer unhas. É importante ressaltar que pessoas que expressam comportamento suicida por 24 meses, mas não qualificam nenhum outro transtorno psiquiátrico, hoje, encontram-se categorizadas como *suicidal behavior* (Stelka e Correll, 2013).

Anteriormente, Favazza (2012) subdividiu o *non-suicidal self-injury* em duas categorias: patológica e não patológica, sendo que, na segunda categoria, ele inclui as chamadas *body modifications*, tais como tatuagens, *piercings*, escarificações⁴, implantes subcutâneos etc. Mas parece haver atualmente um consenso, na Psiquiatria, de que estas marcas corporais citadas acima não são levadas em conta como sendo *non-suicidal self-injury*. Trataremos brevemente da diferença entre essas duas categorias, sob outro ponto de vista epistemológico, no capítulo sobre Antropologia e Sociologia.

De todo modo, nas ocasiões em que é estudada, geralmente a automutilação vem associada com outros dados, tais como intenção suicida ou presença desse tipo de conduta comportamental em um determinado diagnóstico psiquiátrico, por exemplo. Aliás, o fato de este comportamento encontrar-se presente e sobreposto também com

⁴ O termo escarificação também é utilizado aqui para designar uma modificação corporal em que o objetivo é resultar num desenho, realizado a partir de cicatrizes feitas com bisturis por um profissional. Semelhante à tatuagem, sem a utilização de tintas, mas com o aproveitamento da reação de cicatrização, chamada quelóide, para formar os traços do desenho.

outros diagnósticos, tais como transtornos alimentares, transtornos de ansiedade, entre outros, independentemente do diagnóstico de transtornos de personalidade *borderline*, é uma das justificativas para que seja mais estudado no campo da Psiquiatria.

Até o presente momento, encontramos somente alguns poucos estudos de incidência e/ou prevalência especificamente sobre o *non-suicidal self-injury* na literatura psiquiátrica internacional. Segundo Klonsky (2011): “(...) data on NSSI in the United States adult population are lacking.”, no entanto, os trabalhos sobre *non-suicidal self-injury*, independentemente de sua nacionalidade, trazem altos índices do comportamento, sobretudo entre os adolescentes e jovens adultos estadunidenses. Porém, não são apresentados dados epidêmicos relacionados à população geral mundial, e o campo ainda carece de mais estudos para indicar precisamente isso.

Peterson et al (2008) mencionam que: de um terço a metade dos adolescentes americanos já se engajaram em episódios de *non-suicidal self-injury*. Já Toste e Heath (2010) falam em “nova epidemia entre jovens” e “alarmante número de adolescentes” que reportam o fato de terem feito em si mesmos a automutilação. E acrescentam que, na América do Norte⁵, os dados sobre a prevalência do *non-suicidal self-injury* em estudantes das séries que aqui correspondem ao ensino fundamental dois e o ensino médio são altos: 15% a 20%, sendo que alguns estudos indicam até 39%.

De acordo com Wilkinson et al. (2011), em um estudo sobre comportamentos suicidas e de automutilação sem intenção suicida, realizado em adolescentes com depressão, o “Non-suicidal self-injury, often in the form of cutting, is much less studied than suicide. Individuals self-injure for a multitude of reasons, such as to relieve distressing affect, to punish the self, and to gain attention.” (grifo nosso). Em primeiro lugar, vale ressaltar, como já dissemos anteriormente, que o *cutting* é o mais frequente comportamento entre aqueles compreendidos entre os *non-suicidal self-injury*. E, além de referir o fato de que o *non-suicidal self-injury* é menos estudado do que o suicídio, o que nos chama atenção neste trecho são as três razões apontadas como mote para o comportamento: alívio enquanto descarga afetiva, autopunição ou comportamento “para chamar a atenção”; o curioso é que estas inferências não são nem discutidas nem há apontamento de bibliografia para estas explicações.

⁵ Principalmente Estados Unidos e Canadá.

No mesmo estudo, consta que outras pesquisas não distinguiram o comportamento não suicida de tentativas de suicídio deliberadas. E este estudo, em suas conclusões clínicas, aponta para os fatos de que:

Non-suicidal self-injury predicts subsequent suicide attempts in depressed adolescents nearly as strongly as previous suicide attempts themselves. Non-suicidal self-injury is predicted by hopelessness, anxiety disorder, and being younger and female, but not by poor family function. (...) Because non-suicidal self-injury occurs more frequently in younger patients than suicidal behavior itself, it should be seen as a sentinel, but potentially treatable event for later suicide risk. (Wilkinson et al., 2011)

Ou seja, de acordo com este autor, a automutilação indica, tão fortemente quanto tentativas anteriores de suicídio deliberadas, a possibilidade de tentativas de suicídio no futuro em adolescentes deprimidos. A automutilação também tem como motes o desespero, transtornos de ansiedade, ser jovem e mulher, porém, não há relações com o funcionamento familiar. Por fim, dizem eles que o comportamento de automutilação não suicida em jovens pacientes é um indicador para riscos de suicídio posterior. Neste sentido, podemos compreender que a importância de oferecer tratamento para aqueles que apresentam comportamento de automutilação pode ajudar como prevenção, nestes casos.

Podemos perceber que as questões diagnósticas que a Psiquiatria enfrenta transitam na decisão sobre se o *non-suicidal self-injury* seria um sintoma ou uma síndrome (Gicquel e Corcos, 2011). Ou seja: se poderia ser encarado apenas como um comportamento desviante da norma (sintoma), ou se caracterizaria uma síndrome, melhor dizendo: um transtorno definido por um conjunto de sintomas. A nós, no entanto, saltam algumas outras questões: o modo de apreensão psiquiátrico sobre o humano é compreender os sintomas como comportamentos que denotam patologias em si e categorizá-los em grupos diagnósticos. Mesmo quando se referem ao fato de determinado diagnóstico ser multifatorial, dão ênfase à ideia de que o comportamento patológico deve ser extirpado, de forma a normatizar a pessoa em um comportamento comum, previsto como “regular”. Diferentemente, na Psicanálise – teoria que será utilizada aqui na análise dos casos clínicos apresentados –, a ênfase é em *escutar* o sofrimento, dentro de um determinado *método*, muito diferente de *observar* um

comportamento. Nós psicanalistas, compreendemos que os sintomas psíquicos, portanto, são efeitos de grupos causais que interagem, tais como linguagem, desejo, recalçamento entre outros, e que colocam o sujeito em conflito e/ou em angústia. Como os atos falhos e sonhos, os sintomas são – como disse Freud – a via de acesso ao inconsciente e seu funcionamento, e suas formações estão diretamente ligadas ao singular do sujeito. De acordo com Fuks (2003):

O enquadramento médico exclusivamente objetivista, quantificador e pragmatista, centrado na normalização do comportamento, tende a obturar toda problemática em que a subjetividade se faça presente. (...) Toda suposição relativa à sexualidade ou a algum registro da paixão tende a ser evitada. A significação e o sentido de sintomas e comportamentos - seja algo a ser decifrado, seguindo a chave da conversão histérica, seja algo a ser reconstruído ou construído tendo como referência as falhas narcísicas precoces ou traumáticas – ficam de lado. (p.150)

Dessa forma, com base no referencial psicanalítico, a escuta do sofrimento de uma pessoa que efetua com relativa frequência o comportamento de cortar-se parte não somente de outra posição epistemológica, como também de outro lugar, de uma posição profissional distinta da proposta pela Psiquiatria com o DSM. Veremos adiante, na análise dos casos clínicos, como a escuta analítica opera no tratamento destes casos.

Em outro estudo (Claes et al., 2010), sobre a função de regulação de afeto que teria o comportamento de *non-suicidal self-injury* para pacientes com transtornos alimentares, encontramos que: em um número de 177 pacientes com transtornos alimentares em regime de internação, 45% deles apresentaram pelo menos um episódio de automutilação no período de um ano, sendo o *cutting* e o *scratching* os mais frequentes.

De maneira geral, os resultados do estudo indicam que, antes dos episódios de automutilação, os pacientes relatavam estados afetivos de alta excitação. E depois dos episódios, os estados afetivos apresentavam baixa excitação. Para melhor compreender, isto significa especificamente que, de acordo com Claes (2010), 69,2% dos pacientes relataram que se sentiam melhor imediatamente depois dos episódios de automutilação. Porém, algumas horas depois de se machucarem, apenas um terço se sentia melhor, e um terço se sentia pior. O artigo não especifica, mas podemos concluir

que a função de regulação de afeto é efetiva em longo prazo (horas depois) apenas para um terço deles, sendo que, para o restante – dois terços dos indivíduos que se automutilam –, ou não muda nada ou sentem-se pior.

Este estudo investiga e cataloga um inventário de motivos para automutilação: 1. *to feel some pleasure*, (2) *to avoid or suppress negative feelings*, (3) *to avoid or suppress negative images*, (4) *to get into a twilight or numb state*, (5) *chamar to get attention from others*, (6) *to escape from a numb state*, (7) *to punish myself*, (8) *to make myself unattractive*, (9) *to avoid or suppress suicidal thoughts*, (10) *to show myself how strong I am*, (11) *to show others how strong I am* (Claes, 2010).

Era solicitado aos pacientes que eles apontassem, numa escala de 1 (*not at all*) a 5 (*very often*), a frequência em que experimentavam sentimentos de: felicidade, alívio, nervosismo, tédio, raiva de si, raiva dos outros, ansiedade, tristeza e culpa; pouco tempo antes e depois dos episódios de *non-suicidal self-injury*. E também para indicar, numa escala de 1 (*not at all*) a 5 (*very often*), cada um dos 11 motivos – listados anteriormente – que estariam relacionados ao episódio de automutilação (Claes, 2010).

O aspecto mais interessante deste artigo é o fato de considerarem que os episódios de automutilação estão necessariamente vinculados à regulação de afeto. Em suma: sua função, de acordo com os autores, é a de evitar alta excitação – como diria Freud – ou altos níveis de afetos negativos e buscar estados de humor que condigam com bem-estar. Discutiremos mais adiante a hipótese da função do modelo de para-excitação proposta por Freud, de todo modo, os autores concluem que o tratamento indicado deve ser realizado com medicação reguladora de neurotransmissores e terapias psicoeducacionais que visam mostrar aos pacientes como funciona seu comportamento. Basicamente, este tipo de terapêutica – ou seja, a psicoeducacional – toma o paciente como inconsciente de seus atos. Entendemos aqui o termo inconsciente como um adjetivo. E parte do princípio que bastaria que estes indivíduos “soubessem” que realizam automutilação para “lidar” com sentimentos considerados difíceis (raiva, ansiedade, depressão entre outros) para, a partir de então, serem *educados* a utilizar estratégias melhores e mais adaptados. Mas, perguntamo-nos, será que se trata apenas de regulação de neuroquímicos cerebrais e “educação” comportamental? De acordo com a Psicanálise: não. Veremos, nos capítulos seguintes, como isto que a Psiquiatria chama de regulação de afetos vários pode muito bem ser tratado com base na teoria da

angústia, principal afeto que nos interessa em Psicanálise, de acordo com Freud e Lacan.

Voltemos, por ora, à Psiquiatria: para ações de atenção primária, Toste e Heath (2010) propõem um protocolo de prevenção e intervenção para ser aplicados em escolas, especificamente sobre os casos de automutilação. No artigo aqui utilizado, encontramos os seguintes dados:

Non-suicidal self-injury (NSSI) has been referred to as a new epidemic among youth, with an alarming number of adolescents reporting that they have intentionally cut, scratched, hit, or burned their skin. NSSI is defined as the deliberate self-inflicted damage to body tissue without conscious suicidal intent, and does not include culturally sanctioned or socially normative practices, such as body piercing or tattoos (Favazza, 1996). Current prevalence estimates of NSSI [non-suicidal self-injury] among middle and high schools students range from 15% to 20%, and some studies report rate up to 39%. Through retrospectives reports, we have a clear indication that the typical age of onset for self-injury occurs during middle school, roughly age 12 to 15 (Nixon e Heath, 2009; Nock, 2009).

De todo modo, partindo dos dados apresentados, Toste e Heath (2010) sugerem enfaticamente que exista um protocolo de intervenção e prevenção em escolas para os casos de *non-suicidal self-injury*. Este protocolo envolve desde a orientação de professores e funcionários das instituições escolares sobre como identificar e lidar com alunos que possam vir a apresentar automutilação, até mesmo fóruns de discussão, sobre o tema, ministrados em sala de aula junto com os alunos.

Observamos que, no campo da prevenção, as autoras sugerem que o assunto seja abordado primeiro de maneira geral, o que seria: falar de como é difícil lidar com as questões impostas com a chegada da adolescência e, posteriormente, falar sobre os comportamentos “não adaptados”, tais como abuso de substâncias psicoativas (álcool e drogas) e comportamentos de automutilação. O que nos chama a atenção é a ênfase dada pelas autoras de que, mesmo levando em conta o alto grau de contágio que o comportamento de automutilação possui, falar disto em fóruns e workshops com os alunos é melhor do que não tocar no assunto. A medida seria o contrário de protocolos de prevenção, por exemplo, sobre transtornos alimentares, em que se sugere – por causa

do fator contágio – que a abordagem em ambientes escolares deve ter como foco muito mais uma discussão sobre a pluralidade das formas corporais do que sobre as patologias em si. No caso das automutilações, Toste e Heath (2010) afirmam que:

(...) it is becoming increasingly clear that adolescents do not maintain this reticence; many are discussing NSSI with their friends, there are hundreds of Internet sites, and thousands of vídeos on the topic “self-injury” on YouTube (some with over 200.000 views). [...] If contagion occurs with exposure to the behavior, we are not solving the issue by reducing discussions because youth are being regularly exposed to information about NSSI.

Como veremos no próximo capítulo, é sabido que as informações circulam em número significativo na mídia, nas redes sociais e nos vídeos na internet. As autoras enfatizam que o fato de falar francamente ainda possibilita a criação de um canal de abertura para conversar sobre o tema, com um adulto que seja da sua confiança. E, por este motivo, acreditam em um *staff* escolar que seja bem informado e bem orientado, a fim de evitar reações de surpresa, decepção, horror, ojeriza, repulsa, entre outras, que são muito comuns em pessoas que não sabem como tratar o assunto. E, acrescentamos aqui, que estes tipos de reações também podem ser apresentados por profissionais de saúde mental. Ainda sobre este ponto, pensamos que a escolha epistemológica da Psiquiatria diante de uma patologia (seja sintoma, seja síndrome, de acordo com eles mesmos), pode acabar resultando em uma ansiedade do profissional em fazer cessar o comportamento desviante e indesejado; então, mesmo que não apresentem as reações supracitadas, haverá uma tendência de buscar fazer que a pessoa que se corta pare de repetir este comportamento. Mais uma vez, insistimos que, para a Psicanálise, o comportamento observado em si quer dizer muito pouco sobre a subjetividade e organização psíquica do sujeito, se for compreendido como alienado de sua história e não for escutada a narrativa singular e o sentido, no campo da linguagem, que o próprio sujeito dá ao comportamento.

O denominador comum encontrado nos textos de Toste e Heath (2010) e Wilkinson et al. (2011) é a recorrência da ideia de que o *non-suicidal self-injury* trata-se de um modo não adaptado socialmente de lidar com as tormentas mentais. Sendo assim, menos do que escutar o sofrimento, estes autores propõem que sejam oferecidas

técnicas e formas melhores, por via de terapias diretivas de comportamento. Seria precipitado dizer que simplesmente não consideram que os indivíduos que realizam automutilação não sofrem, mas, queremos dizer que, antes de escutá-los, estes profissionais estão mais preocupados em estancar o tal comportamento. Vale dizer, mais uma vez, isto difere em metodologia, como veremos adiante neste trabalho, da proposta de escuta psicanalítica, que visa colocar como protagonista o sujeito e seu sofrimento psíquico. No fundo, isto significa dizer que as pessoas que se cortam e veem nisso uma boa saída não vão parar de ser cortar simplesmente porque alguém mandou, ou porque é um comportamento mal-adaptado, basta assistir a qualquer vídeo no *Youtube*, para perceber isto. Sob outro ângulo: o sujeito permanecerá sentindo-se incompreendido pelos outros e seguro de que seu saber sobre si o faz resolver suas questões da melhor maneira que encontrou. Então, enquanto o sujeito não se angustiar, ou minimamente se questionar sobre seu sofrimento, nada ou muito pouco poderá ser feito. Entre os motes que podem levar uma pessoa à análise, um deles, por exemplo, é a emergência do afeto de angústia.

3. O fenômeno do *cutting* na mídia: internet, redes sociais e grande imprensa.

La douleur nous rappelle qu'on est toujours en vie, meme si on a l'impression du contraire.

(frase do Instagram de uma jovem que se corta)

Efetuar no próprio corpo uma ação que implica machucá-lo: bater até deixar hematomas, queimar ou – mais frequentemente – perfurá-lo com objeto cortante é, na grande maioria dos casos, uma realização solitária e escondida. Paradoxalmente, não é raro encontrar relatos em *blogs* e *tumblrs*, ou vídeos na internet sobre este fenômeno. Em geral, são adolescentes e mulheres, e muitos dos relatos estão associados a um ódio à forma do corpo ou excesso de peso (Ferreira, 2014). Em sua dissertação sobre o fenômeno da escarificação⁶ enquanto *cutting*, na internet, Ferreira (2014) afirma que:

Ao mesmo tempo em que este ato ocorre de forma solitária e silenciosa, e as cicatrizes costumam ser escondidas através do uso de pulseiras ou de blusas de mangas compridas, observou-se no ciberespaço um número crescente de postagens contando sobre a realização deste ato. Assim, o ambiente virtual, de circulação pública e extremamente ampla no tempo e no espaço, tem sido o meio pelo qual muitas pessoas buscam informações sobre este fenômeno da escarificação (...), bem como compartilham entre si suas histórias particulares sobre este ato de cortar-se. (p.8)

Este paradoxo é bastante interessante, mas não será analisado aqui diretamente, pois não cabe no escopo deste trabalho nem aparece significativamente nos relatos dos casos analisados. De todo modo, vale dizer que este traço de esconde/mostra que aparece nos casos de escarificação na internet é analisado por Ferreira (2014, p. 68) como um paralelo ao jogo simbólico do *fort-da*, descrito por Freud em seu texto *Além do Princípio do Prazer* (1920/1995), no qual ele observa uma criança de 3 anos (seu próprio neto) criar um jogo particular brincando com um carretel e linha, jogando-o para

⁶ O termo escarificação é utilizado neste capítulo como sinônimo de *cutting*. Embora ambos os termos tenham sido citados como conceitos diferentes no capítulo anterior, optamos por respeitar a nomenclatura, por enquanto, de acordo com a bibliografia consultada. Mais adiante haverá um capítulo que discutirá as questões e problemáticas de como nomear o fenômeno do ato de cortar-se.

longe e puxando-o para perto novamente, acompanhado das palavras *fort* (foi) e *da* (voltou), simulando o ir e vir da sua mãe. A aproximação que a autora propõe entre ambos os casos é que há um jogo de esconde/mostra. A diferença entre o jogo infantil observado por Freud e o fenômeno de escarificação na internet está, segundo Ferreira, no aspecto simbólico de elaboração de uma separação no primeiro caso, enquanto, nos fenômenos de escarificação, incide sobre a concretude do corpo. A Psicanálise lacaniana propõe que o sujeito é constituído pelo enlaçamento de três registros: Simbólico, Imaginário e Real. Sumariamente: o simbólico é constituído pela linguagem, a linguagem enquanto um sistema composto por códigos de comunicação verbal; pode-se dizer que é o “mar” no qual está imerso o sujeito antes mesmo de nascer. É todo o sistema cultural e também tudo aquilo que vai referenciar suas diretrizes subjetivas e, no final das contas, é um Grande Outro com o qual o sujeito estará sempre “em relação à”. Já o Imaginário é o registro da visão e carrega um grau de ilusão de integridade da imagem do eu; tem a ver com a construção de histórias sobre si mesmo: “eu sou assim”, e com as fantasias que colorem essas histórias. O Real não pode ser confundido com a ideia de realidade, o Real é o impossível, aquilo que não se simboliza nunca e que é indizível. Portanto, o Real é vivido como uma experiência de excesso (ou excesso de falta) que provoca angústia. Sendo assim, segundo Ferreira, na ação de machucar seu próprio corpo, haveria uma falta de palavra, portanto de simbólico.

Entretanto, o que mais nos interessa neste trabalho, quando pensamos o *fort-da*, o jogo simbólico do neto de Freud, é que com ele podemos compreender que a importância se situa também na elaboração ativa das questões da separação da criança com a mãe. É a criança que cria este jogo, tornando-se autora da brincadeira, e pode viver esse trabalho de elaboração da separação de forma ativa. A criança é, portanto, o sujeito da ação, e não mais objeto do ir e vir do Outro (neste caso, representado por sua mãe)⁷. Veremos, neste trabalho, que a passagem da posição de quem sofre uma ação para a posição de quem a realiza é de suma importância nos fenômenos de escarificação.

De qualquer forma, devido ao paradoxal fator de ser um evento que ocorre às escondidas e, mesmo assim, haver grande número de publicações on-line com relatos sobre, Ferreira não teve dificuldade de colher material para a sua pesquisa. Isso nos

⁷ É claro para nós que a referência ao Outro permanece. O sujeito está sempre “em relação” ao Outro.

despertou uma curiosidade numérica e, em consequência, fizemos um levantamento geral sobre os indicadores de ocorrência do tema na web.

Nos sites de busca como o Google, ao procurarmos, em março de 2014, pelo termo “automutilação”, nós encontramos o indicativo de 320.000 referências e, um ano depois, 348.000 referências. Entre elas: sites de profissionais de saúde mental (psiquiatras e psicólogos), visando disponibilizar informação, algumas matérias em veículos de informação como jornais ou revistas, *blogs* e *tumblrs*, as quais tanto enaltecem a prática quanto enunciam o sofrimento.

No site de vídeos *YouTube* encontramos 159.000 publicações a partir da busca pelo termo “*self-injury*”, em março de 2015 – alguns deles com mais de cento e cinquenta mil visualizações. A maioria é vídeo de depoimentos. Com imagens de braços e coxas cortadas, ora sangrando, ora as cicatrizes. Estes vídeos contêm tanto relatos de pessoas que adulam o comportamento quando histórias de superação ou de pessoas que se engajaram em tratamentos. Poucos vídeos são de profissionais que buscam, de acordo com suas respectivas especialidades, esclarecer ou indicar que o comportamento pode ter tratamento. Na busca que fizemos, em março de 2015, notamos também que, em média, um em cada sete vídeos – em torno de 14% – é de profissionais, enquanto os outros são de depoimentos.

Já no aplicativo para celulares conhecido como *Instagram*, ao procurarmos pelo *hashtag*⁸ “*cutting*”, encontramos 1.792.103 publicações em março de 2014, e 4.332.392 publicações de fotos em março do ano seguinte. Enquanto o termo em francês “*mutilation*” indicava, na mesma data, 6.723; e, um ano depois, 21.240 publicações. O termo “mutilação” em português, quando procurado em sua *hashtag*, indicou 43 publicações, em março de 2014; ao passo que, um ano depois, o índice havia aumentado para 282 publicações. Se considerarmos que o aplicativo funciona como uma rede de publicação de imagens na qual o usuário tem liberdade para marcá-las como quiser, nem todas as ocorrências se referem ao fenômeno que investigamos aqui como ato de cortar-se. No entanto, a maioria das fotos mostra, sim, cortes em pulsos, braços e pernas. Outra consideração é sobre a diferença dos números indicativos

⁸ *Hashtag* é uma denominação da internet. Trata-se de uma ferramenta que implica adicionar o sinal #, “jogo-da-velha”, antes de palavras, termos ou frases, de forma que, em uma busca online, as fotos ou postagens possam ser encontradas e vistas por outros.

resultantes das buscas em inglês e português respectivamente, isto é, o fato da *hashtag* estar em inglês não significa que a publicação é necessariamente de outro país. Sabemos que em qualquer lugar do mundo, independente da nacionalidade, as pessoas marcam suas publicações com várias *hashtags*, tanto em sua língua de origem quanto em inglês, quando querem ter mais visibilidade.

Os termos “automutilação” e “*self-harm*” constam na Wikipédia, sendo que a primeira versão de cada um dos verbetes foi criada, respectivamente, em dezembro de 2007 e novembro de 2002. Considerando que a plataforma Wikipédia começou no início dos anos 2000, nota-se que o verbete na língua inglesa foi lá colocado apenas dois anos depois. No entanto, se, por um lado, os dados da internet não nos permitem afirmar ou inferir assertivamente nada de muito conclusivo, por outro lado, autores como Heath (2010) afirmam que o comportamento pode ser considerado o “transtorno alimentar do novo milênio”⁹.

Encontramos apenas poucas reportagens sobre o assunto na mídia oficial nacional, não mais que uma dezena delas. Destacamos algumas, sob os critérios de serem encontradas em veículos de grande circulação no país, mas também por serem matérias datadas e por indicarem assinatura do jornalista. Estes critérios foram escolhidos por compreendermos que, por terem saído em veículos de grande circulação, isso pode indicar que a equipe editorial considerou que se tratava de uma pauta de interesse maior ou amplo e caracterizou como reportagem. Isto difere de ser um informativo, uma nota ou notícia, que poderia significar um evento pontual, particular e específico de uma história individual. Entendemos que, no campo do jornalismo, uma reportagem exige minimamente investigação e pesquisa por parte do repórter. Também, o fato de os artigos possuírem data nos permitiu uma pequena comparação de conteúdo ao longo da última década.

Yuri (2005), Genestreti (2011) e Versolato (2011) publicaram reportagem no veículo Folha de São Paulo enfatizando a ideia de que os adolescentes procuram como “solução” as escarificações para fazer parar de doer algo que seria da ordem de uma dor psíquica, ou seja, de uma dor da alma. A reportagem de Yuri intitula-se

⁹ Seria deveras interessante que pesquisadores inclinados às metodologias quantitativas pudessem estudar, por meio de dados comparativos, os fluxogramas e gráficos temporais de como o fenômeno de se autoinfligir cortes aparece na internet. Acreditamos que tão somente este recorte poderia configurar um mestrado inteiro.

“Pedidos de Socorro”, mas, mesmo assim, consta no texto que a maioria dos jovens que realiza escarificações deste tipo o faz de forma a escondê-las dos familiares e colegas; portanto, podemos entender que o título já se configura como uma interpretação (selvagem) do fenômeno da escarificação, por parte da linha editorial do jornal. Além disso, no texto a repórter menciona pesquisas que indicam o recente aumento desta prática nos jovens adolescentes. Genestreti (2011) menciona que o *cutting* não se confunde com a *body art* (tatuagens, *piercings* etc.), pois esta segunda forma de transformação permanente do corpo estaria ligada mais a uma questão estética e a uma finalidade de exibição. Isto é, na *body art* busca-se deixar como marca um desenho que será mostrado como belo e, no *cutting*, o que se busca, de acordo com a reportagem, é o alívio de um desconforto.

Nas reportagens de Genestreti (2011), Versolato (2011), Abbud (2011) e Grillo (2012), a maioria dos profissionais consultados associa as escarificações ao diagnóstico de transtorno de personalidade *borderline*, assim como a tendência dos praticantes a apresentar personalidade impulsiva. Acreditamos que o diagnóstico de *borderline* consta nas reportagens devido ao fato de a discussão psiquiátrica sobre se o *cutting* seria indicativo desse transtorno ou se se trataria de um diagnóstico independente ainda não estar suficientemente sólida e difundida na comunidade psiquiátrica. Por outro lado, Grillo (2012), desde o título de sua reportagem, dá mais ênfase ao vocábulo “depressão” como uma das possibilidades diagnósticas do comportamento de escarificar-se, mesmo citando que “A automutilação é um distúrbio de comportamento que pode ter várias causas...” e mencionando também o transtorno de personalidade *borderline*¹⁰.

De todo modo, parece-nos curioso que apareça com tanta veemência esse furor diagnóstico na mídia oficial. Visa atender a quê, ou a quem? Em geral, os rótulos diagnósticos servem aos indivíduos ou aos seus familiares e amigos para aplacar um não saber sobre o que se passa. Uma tentativa de resposta à pergunta: por que fulano faz isso de se cortar, que parece tão agressivo e violento consigo mesmo? De fato, o sofrimento psíquico humano provoca indagações, ou é tomado como frescura e “falta de vergonha na cara”; nesses segundos casos, em uma espécie de negação, para evitar o mal-estar suscitado. A ideia do sofrimento psíquico como “mentira” ou fingimento é exatamente

¹⁰ Esta questão sobre os diagnósticos psiquiátricos foi tratada com mais detalhes no capítulo anterior do presente trabalho.

aquela que Freud desmontou com a Psicanálise, ao tirar a histeria do lugar de intratável, para propor um tratamento possível da neurose, dando-lhe um lugar de sofrimento psíquico, portanto, um estatuto de verdade. Verdade esta, longe de ser absoluta, mas de um sujeito singular que merece ser escutado, caso demande. Sabemos, enquanto psicanalistas, que o furor por obter um diagnóstico psiquiátrico é uma resposta, porém não encerra a questão.

Sabemos, também, enquanto pesquisadores, que a divulgação na mídia oficial sobre escarificações pode ter sido evitada por dois motivos: (1) falta de relevância, pois mesmo sendo um fenômeno crescente segundo pesquisadores da área, ainda não tem um alto índice; (2) evitar a abordagem na mídia oficial, a fim de não provocar o fenômeno de contágio, isto é, pelo fato de chamar muita atenção sobre o assunto, acabar vindo a provocar mais incidência do que informar. Realmente, as reportagens citadas não indicam, por exemplo, os telefones dos ambulatórios públicos que poderiam ser procurados no caso de alguém buscar tratamento. Apenas indicam os nomes de alguns profissionais e, nem sempre, seus serviços de referência, nem as cidades nas quais atuam. Neste sentido, as reportagens acabam sendo inócuas e ineficazes, caso aportem a intenção de prevenção. Configuram-se muito mais como relatos sobre um fenômeno que desperta indagação e curiosidade.

No entanto, uma reportagem recente (Neto, 2014) fala de uma comunidade criada na rede social *Facebook* sobre o tema. Administrada por uma garota que outrora se cortava, a página busca, ao contrário de incentivar a prática, oferecer acolhimento e grupos de ajuda mútua pelo aplicativo de celulares *Whatsapp*. De fato, uma busca sobre o tema na rede social mostra que algumas páginas podem ser encontradas, e todas com a intenção de não incentivarem escarificações. Mas a maioria é administrada por pessoas que se cortam e também não tem nenhuma indicação de serviço público ou de pessoas que possam oferecer ajuda profissional. Assim, desfilam pela *timeline* da rede um discurso ambivalente em que, ao mesmo tempo, aparecem frases que falam em “lutar contra” e mostra fotos de braços escarificados, por exemplo. Segundo outra reportagem recente (Marins, 2015), a maioria das páginas no *Facebook* exibe mensagens de pedidos de ajuda, e os comentários não encorajam a prática. Porém, acreditamos que a eficácia destas páginas é bem pequena, especialmente quando se trata de casos mais graves.

Mais recentemente ainda, precisamente em março de 2015, houve um *boom* na internet da veiculação de fotos de autoescarificações, mobilizadas pelos fãs de um cantor de uma banda pop juvenil, quando o mesmo anunciou sua saída da composição da banda. Várias reportagens sobre o assunto podem ser encontradas com uma rápida busca na internet. Sob a *hashtag* #cut4zyan, que significa literalmente “corte por Zyan” – mencionando o nome do cantor –, os fãs da banda exibiram nas redes sociais fotos de escarificações, como apelo para que o cantor voltasse atrás de sua decisão. O cantor alegou que, após vários escândalos nos quais ele esteve envolvido, e que implicavam uso de drogas e uma possível traição à sua noiva, aos 22 anos ele pretendia viver uma vida mais “normal”, que entendemos como anônima, em oposição à vida de uma celebridade. Até onde pudemos alcançar, o artista não cedeu aos apelos. De todo modo, o que chama a nossa atenção é o modo escolhido pelos fãs para ganharem visibilidade em seus apelos. Não podemos precisar o número exato de pessoas que se cortou naquele momento, mas uma busca da *hashtag* #cut4zyan no *Google* apontou mais de 100.000 resultados em junho de 2015 – sendo que alguns deles já eram sobre a ridicularização deste comportamento dos fãs. Isto é, ao que parece, houve uma contrarreação, na internet mesmo, que veiculou sob a forma de piada um julgamento sobre o ocorrido. Não nos cabe aqui julgar se a saída de um cantor é ou não um pretexto suficientemente cabível para justificar que um jovem venha a se cortar. Mas podemos inferir que, se um jovem vem a fazer isso, seja lá pelo pretexto que for, há uma dor em jogo com a qual ele não consegue lidar de maneira a evitar o ato. Digamos que pegar uma lâmina e fazer um corte em seu próprio corpo não é algo banal e simples, portanto, uma convocatória tal qual a proposta pela *hashtag* da qual falamos não será necessariamente a causa única de uma epidemia. É claro que, para nós, alguns jovens psiquicamente mais vulneráveis, que estejam passando por um momento mais delicado emocionalmente, podem não apenas começar a se escarificar, bem como reforçar uma prática que porventura já realizavam. A convocatória pela internet pode gerar um sentimento de pertencimento a um grupo e de pertinência do ato, dentro de um contexto comum.

A reportagem de Neto (2014) também faz referência às escolas que optaram em tratar das escarificações – *cuttings* – em palestras e fóruns de discussão dentro das próprias instituições. O argumento é o mesmo das pesquisadoras Toste e Heath (2010), ou seja, de que uma vez que o fenômeno já circula amplamente e em larga escala nas redes sociais e internet, é importante que outros espaços possam abrir a possibilidade de

diálogo, com a finalidade de criar canais de comunicação para a busca de ajuda. Em uma das escolas citadas na reportagem de Neto (2014), a palestra ministrada por psicólogas, para alunos do sétimo ano do ensino fundamental, fez parte de uma programação de eventos cujos temas foram propostos pelos próprios alunos.

Por fim, o que chamou a nossa atenção foi o número alto de recorrência do fenômeno na internet. “A internet tem sido um meio pelo qual muitas pessoas expressam suas considerações acerca do tema e inclusive confessam ali suas práticas de escarificação.” (Ferreira, 2014, p.11). Isso aponta para nós o modo como este fenômeno de comportamento aparece no laço social já com alta circulação, ainda que pouco apareça em artigos da mídia oficial. Ou seja: fala-se disto no laço social, mas também, **mostra-se** isso com imagens, vídeos, fotos etc. Daí a pertinência da existência de pesquisas que possam contribuir com um saber, não sobre, mas *a partir* deste fenômeno, de forma a ajudar profissionais de saúde a lidar melhor com os casos que apresentem esta demanda.

4. Um breve diálogo da Antropologia e da Sociologia com a Psicanálise: marcas corporais (tatuagens, *piercings* etc) e *cutting*.

O mais profundo é a pele

(Paul Valéry)

David Le Breton é um autor do campo da Antropologia que se debruçou sobre o tema das marcas corporais, tendo publicado diversos livros e artigos sobre o assunto. Na maior parte de sua obra, o autor estuda o fenômeno das tatuagens, *piercings* etc. no mundo ocidental contemporâneo. Diz ser um fenômeno predominantemente adolescente. Mas, antes de seguir na questão de se é adolescente, vamos recuar um pouco: o mesmo autor menciona que os fenômenos de marcas corporais estão presentes em diversas culturas e diferentes momentos da história da humanidade. No contexto tribal, serve geralmente para designar o lugar do indivíduo no grupo, seu status social e/ou sua função, isto é, diferencia os humanos dos animais e estabelece hierarquias dentro da própria cultura. Também é bastante comum que marque a passagem do mundo infantil para o mundo adulto. Assim, biologicamente o corpo exibe suas “marcas” (pelos pubianos, aumento de determinadas regiões ou órgãos corporais, início da menarca etc.), mas isso não é suficiente: é como se o ser humano sentisse a necessidade de marcar – não tão somente metaforicamente – o corpo com insígnias que o inserem na cultura à qual pertence. São marcas não tão somente metaforicamente, pois se trata de um para além da metáfora, por envolver dor e ferimentos, e evidentemente também resultam em um símbolo que representa um código dentro de cada cultura. Ou seja: o ato carrega dor, implica um teor de sacrifício e sofrimento em ferimentos que deixam marcas permanentes na pele e, ao mesmo tempo, quer dizer algo no âmbito da experiência ritual de passagem como indicar um lugar hierárquico na tribo, bem como carregar os valores estéticos da mesma. Segundo Reisfeld (2005), “[a tatuagem] Nos revela, además, un rasgo esencial del ser humano, a saber, la necesidad de procesar y significar sus vivencias y experiencias, y de darles alguna forma de expresión.” (p. 22).

Existe a possibilidade de essas marcas serem feitas dentro de um âmbito grupal, por exemplo, as tatuagens de presidiários, que têm todo um código de significações, a depender do crime, da facção à qual pertencem ou mesmo do lugar hierárquico em determinada facção. Ou então, um grupo de adolescentes pode ter a intenção de fazer tatuagens com o mesmo desenho, como forma de reconhecimento e pertencimento. Porém, a dessemelhança entre as marcas corporais que designam um pertencimento a um grupo dentro de uma determinada sociedade e as marcas corporais efetuadas em um contexto tribal é que, no primeiro caso, a intenção é de diferenciar o grupo, com suas marcas, dos outros, enquanto, no contexto ancestral tribal, as marcas visam a diluição do individual dentro do coletivo. Ou seja, se no primeiro caso há uma marca: “nós” versus “eles” dentro de um mesmo contexto cultural, no segundo caso, as marcas hierárquicas só fazem sentido dentro do todo tribal, de forma a diluir o “uno” personalizado e coletivizar a tribo (Le Breton 2007, 2009; Faria SILVA, 2012). É fácil entender isto se pensarmos que, nas tradições ancestrais, as marcas estão inseridas dentro de contextos ritualizados já estabelecidos, ou seja, não se escolhe um desenho, nem a forma nem quando se dará este ritual, isto tudo já está contado nos temas míticos que regem a tribo.

É importante ressaltar que, historicamente, as marcas corporais tais quais conhecemos hoje foram migrando dos lugares mais marginais da sociedade e escaparam para as tribos urbanas (Le Breton 2007, 2009). Segundo Le Breton (2007, 2009), Canevacci (2008) e outros, as práticas das marcas corporais passam a interessar aos jovens da contracultura dos anos 60, sendo que, a partir dos anos 90, absorvem também outras estratificações sociais, etárias e culturais.

Acrescentamos ainda, apenas a título de curiosidade, que as práticas de modificação corporal definitivas não estão circunscritas somente às marcas corporais, mas também às cirurgias plásticas. Assim com também há interseção com as artes plásticas. Sabemos que há artistas reconhecidos, tais como Orlan¹¹, Stelarc¹² e Priscilla

¹¹ Orlan tem uma obra na qual efetuou uma série de cirurgias plásticas principalmente em seu rosto, incluindo implantes subcutâneos. Essas cirurgias foram filmadas enquanto performances e, enquanto ainda não agia o efeito da anestesia, a artista lia um texto próprio sobre sua bio-arte com conteúdos feministas.

¹² Stelarc realizou uma série de suspensões corporais, bem como performances que incluíam seu corpo em vestimentas ciborgue. Em 2007, causou polêmica ao cultivar um implante de orelha no seu braço esquerdo.

Davanzo¹³ que se utilizam de modificações corporais permanentes em seus próprios corpos para realizar suas obras. Acreditamos que é um erro crasso tomar estes artistas como perturbados psicopatologicamente por realizarem suas obras desta maneira. Isso seria deitar o artista no divã através da sua obra, o que, em nada ajuda ou configura a análise do artista. Se os artistas, quaisquer que forem, fazem seus percursos psicanalíticos, pois bem, este é um campo de sua vida privada. As obras, por outro lado, podem ser tomadas como mais um discurso sobre sua época, ou seja, enquanto *Zeitgeist*. E, assim, o ferramental psicanalítico pode abordar as obras e contribuir para a compreensão do mal-estar vigente em um determinado tempo histórico. Destarte, o campo é vasto e não trataremos de todos estes objetos de estudo aqui.

As tatuagens, os *piercings* etc., ou seja, as marcas corporais que têm a intenção de modificar o corpo de maneira a obter um resultado visual e permanente, feitas por indivíduos na sociedade ocidental contemporânea, antes eram mais presentes no contexto das grandes metrópoles, porém hoje em dia também podemos observar a incidência em regiões geográficas mais interioranas. Estas marcas não são necessariamente feitas de modo a significar a mesma coisa. Geralmente as pessoas não utilizam os mesmos desenhos e símbolos, e podem ou não designar pertencimento a um grupo. Isto é, não há um ritual único de marca corporal, por exemplo, brasileiro, pelo qual os adolescentes atravessam e posteriormente passam a carregar um desenho permanente na pele, por meio do qual são adultos reconhecidos. Essas fronteiras, como a da maioridade, por exemplo, nos contextos não tribais, são definidas pela lei e pela Constituição de cada país, enquanto a intenção de marcar o corpo com um desenho tatuado ou um *piercing* perfurando a pele pode ser exclusivamente individual, carregar uma história particular e um desenho que a pessoa sinta que “customizou” a sua própria pele.

A hipótese de Le Breton é que, diante dos conflitos que o adolescente vive ao ter que lidar com as mudanças corporais desta etapa da vida, a pele tem importância fundamental. Em francês, *être bien dans sa peau* é uma expressão idiomática que significa literalmente “estar bem na sua pele”, isto é, designa estar bem consigo mesmo.

¹³ Priscilla Davanzo é uma brasileira, conhecida como *mulher vaca* por “avacalhar” seu próprio corpo (palavra da própria artista). Também com conteúdo feminista, sua arte implica mimetizar, por meio de tatuagens, manchas de vaca holandesa e realizar queimaduras (como as marcas dos bichos) em seu corpo. Sua obra faz chiste com o xingamento depreciativo de mulheres.

Mais que uma metáfora, em relação ao fenômeno tratado aqui, refere-se a uma situação concreta: a pele define dentro e fora, eu e não-eu, enfim, a relação que o indivíduo tem consigo mesmo e com o mundo. Marcar a pele é marcar seu lugar no mundo, enquanto “baliza identitária” (Le Breton, 2011). Neste sentido, podemos entender que a pele mantém uma tensão eu-mundo, pois é uma forma de apresentar sua identidade ao olhar dos outros.

Para a Sociologia, de acordo com Canevacci (2008):

O ritual unifica todos aqueles que normalmente estão divididos, por isso é coletivo, na medida em que une aquelas faixas etárias determinadas, sob as regras geradas pelos adultos. O atual *ritual*, ao contrário, pertence à experiência de pessoas singulares que decidem, com base em motivações absolutamente privadas (um amor que nasce ou acaba, um presente, a superação de um exame ou doença), realizar um **ato de mutação**, pela configuração do próprio corpo, em rompimento explícito com os valores e tradições do mundo adulto. (p.77-78. grifo nosso.)

Apesar de o autor não desenvolver o que quer dizer especificamente com “ato de mutação”, pareceu-nos extremamente importante o uso deste vocabulário. Incluir o termo “ato” nas práticas de modificações implica uma ação que a pessoa realiza em seu corpo (nestes casos) que visa comunicar algo, mas pela via do olhar e não da palavra. Evidentemente uma série de atos humanos pode visar à comunicação ou à transmissão de algo; o radical nestes casos é que se trata de uma mudança definitiva e permanente no corpo. Traçando um paralelo, em Psicanálise também temos o ato falho, uma ação na linguagem que modifica o sentido do que a pessoa supostamente “queria” ter dito; aponta a divisão entre consciente/inconsciente, indicando a presença do sujeito do inconsciente. A diferença entre o ato de mutação do corpo e o ato falho, nós podemos dizer aqui, é que o ato de mutação do corpo que é resultante das marcas corporais é vivido, geralmente, como uma escolha consciente e autônoma própria pessoa, enquanto o ato falho é experimentado como “exterior” ao eu (consciência). Além disso, o ato falho só tem efeito de escuta para a própria pessoa em um contexto de análise, pois, fora deste contexto, geralmente provoca embaraço e é seguido da retificação do discurso com a frase “mas o que eu quis dizer não foi isso”. Quando a pessoa está em análise e passa a se escutar, pode, então, implicar-se em seu próprio discurso e o ato falho produzir uma série de cadeia associativa. Desenvolveremos mais

adiante, neste trabalho, as questões do agir (movimento e ação do e no corpo) e do falar, em análise.

Retomando a Sociologia, a contradição daquilo que se comunica nas marcas corporais, segundo Canevacci (2008), está na falácia da intenção de tornar-se “especial”, por parte da pessoa que as realiza. Contradição porque reproduz a reificação contemporânea, na medida em que uma espécie de fábrica de “imagens são oferecidas pelo *book* que toda empresa de estética oferece aos clientes” (Canevacci, 2008, p 78).

Por outro lado, Le Breton (2011) enfatiza o caráter de experiência de passagem vivido pelos adolescentes que realizam suas marcas corporais: “O jovem exterioriza alguma coisa de seu caos interior a fim de vê-la mais claramente, ele reproduz em ato uma impossibilidade de dizer as coisas ou de transformá-las.”. Mais uma vez, podemos observar, estamos no campo do ato *versus* palavra. E é exatamente com relação aos fenômenos de se autoinfligir machucados que Le Breton faz a sua Antropologia dialogar com a Psicanálise.

Diz ele que esses atos têm uma intenção, com maior ou menor grau de consciência, porém precisa: inscrever na pele um limite, para dar conta da vertigem emocional que o jovem vive neste período de transição.

Para salvar a sua pele, entra-se em uma nova pele. Daí também a importância das lesões corporais intencionais (cortes, cicatrizes, etc.), nas pistas, dessa vez, da aflição. Frente à avalanche de emoções que experimentam, alguns adolescentes batem sua cabeça contra uma parede, quebram a mão contra uma porta, queimam-se com um cigarro, se ferem para conter um sofrimento que leva tudo em seu caminho. Ou, em segredo, fazem inscrições cutâneas com um compasso, com vidro, com uma navalha, com uma faca... Chocando-se contra o mundo, de maneira a se machucar, recuperam o controle de uma emoção poderosa e destrutiva, eles procuram uma contenção e encontram então a dor ou os ferimentos. Conjuração de impotência por um desvio simbólico que os permite ter controle sobre uma situação que lhes escapa. (Le Breton, 2011).

A ideia é que o jovem se torna protagonista da sua ação; por meio da visão, ele controla os sentimentos – provoca uma dor para livrar-se de outra. Além disso, os cortes não são feitos em lugares aleatórios. Mesmo que impulsionados por atos de rompantes, há algo de uma “vontade” de materialização do sofrimento, para dar-lhe

outro lugar. O antropólogo pensa estes atos como formas de elaboração onde a palavra faltou, ou é insuficiente para dar conta do excesso. Mesmo que paradoxal, provoca um alívio temporário.

Se um evento abriu um abismo na existência, ou se um sofrimento difuso impede o pensamento, o corpo, especialmente a pele, é o refúgio para se agarrar à realidade e não afundar. A utilização do corpo em situação de sofrimento se impõe, para não morrer. Aquele que está em carne viva, no plano dos sentimentos, esfolia sua pele como em uma espécie de homeopatia. Para recuperar o controle, ele tenta se machucar, mas para ter menos dor. (Le Breton, 2011)

Sendo assim, a ênfase que o autor dá se encontra menos nos aspectos psicopatológicos ou em diagnósticos psiquiátricos, e mais na ideia de que a “conduta de risco” é um modo de a pessoa tentar salvar-se, ou ainda, que seja, de comunicar algo. Esta forma de compreender o fenômeno de *cutting* coincide com a Psicanálise, no sentido de que um sintoma ou forma de sofrimento que se apresenta no sujeito não deve ser extirpado, evitado ou combatido; deve, por outro lado, ser escutado dentro da lógica singular do mesmo, e ser *tratado*. Dito resumidamente: em Psicanálise, trata-se sempre de um sofrimento singular.

Le Breton (2011), então, ao discorrer sobre as condutas de risco nas escarificações, afirma que elas são, na maior parte das vezes, interpretadas como passagens ao ato. Ele, porém, discorda e diz que são ações que transitam entre o *acting-out* e o que ele nomeia de ato de passagem. Aqui, ele dialoga diretamente com a Psicanálise, sobretudo lacaniana, e faz sua proposição conceitual. Para Lacan, segundo Le Breton, o *acting-out* é um modo de comunicação que comporta um paradoxo, pois, em vez de utilizar a fala, a pessoa age com o objetivo de chamar a atenção dos outros, mesmo que de forma inconsciente. E enfatiza que este tipo de conduta exige cuidado, apela por compaixão e amor. Propõe que há uma (antropo)lógica¹⁴ do ato, tal seja, que o ato de passagem é realizado de forma deliberada pela pessoa, em busca de um apaziguamento. O conceito de ato de passagem nos parece uma solução bem-humorada do autor para se contrapor ao conceito de passagem ao ato, que, segundo ele, é algo de uma ordem mais disruptiva, destrutiva e que implica uma catástrofe de sentido.

¹⁴ Esta brincadeira com a palavra Antropologia, ao falar de uma (antropo)lógica, é criação também do próprio Le Breton (2006, 2011).

Entendemos que a proposição do autor, com o conceito (antropo)lógico de ato de passagem, visa tirar os adolescentes que se escarificam necessariamente do lugar de “desviantes”, pois, para muitas pessoas, este tipo de ação dos adolescentes que se cortam parece incoerente e descabida. Sobre reações de horror diante do que a Psicanálise compreende como masoquismo inerente, fundamental e fundante do sujeito, Moretto (2002), coloca:

E foi por verificar que o sujeito humano é dividido, que ele trabalha contra si próprio e que ele não é uma entidade homogênea (a autopunição é um exemplo elementar para mostrar isso), que Freud nos demonstrou e de certa forma nos alertou para o fato de que não há nenhuma razão para que o sujeito queira seu próprio bem. Acreditar que o ser humano quer seu próprio bem é um preconceito filosófico e médico que, muitas vezes, leva os profissionais da saúde a quererem o bem do doente em seu lugar, por ele. E, se é assim, por que não nos questionarmos o que nos faz quereremos “terapeutizar” as pessoas que não pediram isso por iniciativa própria e se com isso não estamos querendo impor-lhes o nosso próprio desejo? (p.74)

Ora, com um aparentemente simples equívoco de linguagem chamado ato falho, como citamos mais acima, é possível compreender a partir da metapsicologia psicanalítica que há uma divisão subjetiva: um sujeito do inconsciente que “fala” pela mesma boca do eu-consciente algo que aparentemente não era o que “se queria dizer”, provocando, no mínimo, embaraço. Se, com isso, já podemos inferir que o sujeito do qual a Psicanálise fala e trata não é uma esfera coerente de sentido, então aqui há uma parcial coincidência com as propostas de Le Breton. Entendemos que Le Breton procura, por meio de uma conceituação antropológica, suspender o preconceito que poderiam sofrer os jovens que se escarificam, trazendo à luz que há implicações e sentido no ato de cortar-se.

Porém, os conceitos antropológicos se mostram insuficientes para a clínica psicanalítica. Veremos nos capítulos a seguir que não é possível tratar um sujeito que nos procura para falar de seu sofrimento, sem levar em conta a ideia de transferência. De todo modo, nós não nos adiantaremos. Buscamos apenas mostrar como a Antropologia e Sociologia podem dialogar com a Psicanálise, neste caso, evidenciando que os atos de marcar e modificar o corpo são humanos e estão presentes – mesmo que de diferentes formas e em contextos diferenciados – ao longo da história humana, não

constituindo necessariamente um desvio de conduta. Também nos interessa frisar que de nada adianta receber, em tratamento, um jovem que se escarifica com a ansiedade e o objetivo primeiro de fazer que ele cesse este comportamento. E, ao contrário, é preciso abrir a escuta para a lógica de seu sofrimento. Somente assim, de fato, um tratamento psicanalítico será possível.

5. Sobre terminologia: a proposta de cunhar o termo “*ato de cortar-se*”.

The first cut is the deepest

(Cat Stevens)

Relembramos que, no capítulo 2 deste trabalho, foi utilizada a terminologia psiquiátrica em inglês *non-suicidal self injury* (Favazza, 2012; Toste e Heath, 2010; Claes et al, 2010) para nomear o comportamento patológico de pessoas que se autoprovocam lesões corporais, seja queimar-se, bater-se, arranhar-se ou cortar-se, sem intenção suicida deliberada. A tradução para o termo, em português, pode ser “autolesão sem intenção suicida”, no entanto, a mais comum é automutilação. Ocorre que automutilação é um termo que adquiriu conotação pejorativa, ou ainda, pode confundir-se, a despeito do esforço dos psiquiatras em discriminá-lo, com um fenômeno – também recente – que é o de pessoas que intencionam *amputar* seus membros sadios, por exemplo, seus pés, mãos, pernas ou braços.

“Do latim *Escarificatio*, o termo refere-se à incisão superficial da pele, produzindo cicatrizes mais ou menos pronunciadas (Dicionário Priberam, 2012). Nas línguas inglesa e francesa, o termo *scar* significa cicatriz.”, diz Ferreira (2014, p. 13). As duas autoras e psicanalistas: Jatobá (2010) e Ferreira (2014), que escreveram suas dissertações de mestrado sobre o tema, optaram em seus trabalhos pela escolha do termo escarificação para designar a ação de um sujeito que realiza um dano físico sobre seu próprio corpo, cortando-o. Ferreira (2014, p.13) ainda justificou a escolha da terminologia escarificação por considerar que é a tradução mais comum, na literatura científica, do termo inglês *cutting* para o português, mesmo levando em conta e deixando bastante claro que o fenômeno que foi objeto de seu estudo não se confunde com as práticas de *body-art*, que podem ter no termo escarificação uma de suas modalidades.

No Dicionário do Corpo (Marzano, 2012, p. 393), o mesmo fenômeno – do *cutting* – está apresentado no verbete “escarificação”. Porém, apesar de não constar

neste mesmo dicionário, a palavra “escarificação” denomina tanto as práticas tribais, como marcações de rituais de passagem, quanto as práticas de tribos urbanas contemporâneas, fazendo referência a um tipo de tatuagem. Esta marca não é feita com tintas, tampouco pelo próprio sujeito escarificado, mas (em geral) por outra pessoa: nas práticas ancestrais por alguém já iniciado, e nas tribos urbanas por um profissional aparentado com o tatuador. A prática da escarificação está inserida dentro da *body-art*, na contemporaneidade. E visa, com estiletes e bisturis esterilizados, utilizados para traçar riscos precisos na pele, deixar um desenho bem-feito, bem delineado e permanente sob a forma de cicatriz no corpo. Além disso, é possível empregar a palavra escarificação também em: (1) seu uso médico, pois algumas vacinas são feitas por este método de raspar a pele em alguns pontos e depois pingar o líquido; e (2) para referir a práticas humanas na natureza, como, por exemplo, escarificar uma seringueira para obtenção de borracha ou, na agricultura, escarificar um solo. Portanto, a homonímia da palavra faz que seu sentido seja depreendido do contexto em que é utilizado.

Há homografia entre corte e corte: corte \ó\ como ato ou efeito de cortar-se; e corte \ô\ como a nobreza que frequenta o séquito de um soberano. Só nos demos conta disso quando fomos procurar o verbete “corte” no Dicionário do Corpo (Marzano, 2012), e o interessante vem no próprio verbete, ao abrir com uma citação de Montaigne: “Não passamos de um cerimonial.”; e mais adiante: “O processo de ‘curialização’¹⁵ se confunde com um exercício de disciplina para regular os desejos e as pulsões”. O que nos impressionou foi a enunciação contida nesta citação. Isto é, por menor o rigor acadêmico que haveria em aproximar tais termos, em seu sentido poético o equívoco provocado pela homografia e os dois períodos citados no verbete é curioso e engraçado. Vejamos, a ideia de cortar-se tendo como finalidade a “regulação de desejos ou pulsões” está presente tanto na compreensão psiquiátrica (ver capítulo 2), quanto na compreensão antropológica (ver capítulo 4). Claro, não exatamente com os conceitos de desejo ou pulção, conforme os tomamos em psicanálise, mas o cortar-se como regulador de emoções ruins (psiquiatria) ou emoções que a pessoa não consegue expressar verbalmente (antropologia).

Bem, quando escolhemos chamar de “ato de cortar-se” em primeiro lugar, supomos um sujeito que se corta, que realiza uma ação em seu próprio corpo. E, nestes

¹⁵ Termo de Norbert Elias que designa a extensão das práticas da corte à sociedade em geral.

casos, o que estava em jogo era o fazer um corte na pele, mais ou menos superficial, com objetos pontiagudos sem que houvesse intenção deliberada de suicídio. Descritivamente é tudo muito parecido. Na maioria das vezes, os cortes são feitos em momentos agudos de angústia, provocando uma hemorragia que parece promover, sim, um alívio de tensão/angústia – ao menos, este caráter mais descritivo do ato de cortar-se é uma constante e pode ser intuído até pelos leigos e não profissionais de saúde. Para além desses aspetos descritivos, ao supormos um sujeito, de acordo com a psicanálise, estamos falando de um conceito: referimo-nos a um sujeito dividido, clivado (ver também capítulo 4). Um *ato*, realizado por um *sujeito*, portanto. Mais ainda, um ato realizado por um sujeito falante – que não falou, mas agiu. E esta ação implica em toda uma economia psíquica relacionada, ou seja, não é apenas uma descrição de qualidades afetivas e emocionais.

É preciso entender que, para a psicanálise, a fala e a linguagem têm um *status* deveras importante, e o ato estaria em detrimento da fala. Há, portanto, de pronto, uma hierarquia de valores entre o falar e o agir¹⁶. Mas de que forma essa hierarquia se impõe?

Vejamos com Freud: em um primeiro momento da elaboração de sua obra, há uma proposição de um aparelho de linguagem (Freud, 1891/2013). Em seu último trabalho, “Esboço de Psicanálise” (1940 [1938]/1995)¹⁷, Freud, logo no início do primeiro capítulo, diz:

Presumimos que a vida mental é função de um aparelho ao qual atribuímos as características de ser extenso no espaço e de ser constituído por diversas partes – ou seja, que imaginamos como semelhante a um telescópio, microscópio, ou algo desse gênero. Não obstante algumas tentativas anteriores no mesmo sentido, a elaboração sistemática de uma concepção como esta constitui uma novidade científica. (p. 169).

¹⁶ Ressaltaremos aqui que esta afirmação sobre a hierarquia entre fala e ato nos servirá para este trabalho, mas não encerra a questão. Sabemos que as pesquisas sobre “ato” em psicanálise são mais amplas e seguem numa tradição lacaniana, por exemplo, na conceituação de ato analítico. Não nos coube, no recorte deste trabalho, abordar este conceito.

¹⁷ Em algumas traduções, encontramos “Compêndio de Psicanálise”, como título do derradeiro trabalho escrito por Freud.

Interessa-nos aqui frisar que, desde seus textos pré-psicanalíticos – publicados antes de 1900 – até o seu último trabalho (não terminado), Freud sustenta a concepção de um aparelho psíquico que, como no modelo das máquinas, tem sua lógica própria de funcionamento. “O aparelho, portanto, representa o que não conhecemos para nos permitir conhecê-lo, ou pelo menos imaginá-lo e construí-lo” (Kaufmann, 1996, p. 45).

O aparelho de linguagem (*Sprachapparat* – termo original em alemão) apresentado por Freud em seu trabalho sobre as afasias (1891) contrapunha os trabalhos dos autores da neurologia em sua época, colocando-se claramente numa batalha dentro do campo da neurologia. Basicamente, os autores da época diziam que a linguagem não teria um sistema único, mas se encontraria fragmentada em outros setores do córtex, constituído por centros distintos. Freud, ao contrário, elabora um aparelho complexo no qual a linguagem possuiria um sistema próprio de funcionamento. (Kaufmann 1996, p. 47. Garcia-Roza, 2001p. 16-18).

Este texto de Freud foi absolutamente rejeitado pelos seus mestres e pares, permanecendo por muito tempo esquecido ou sequer traduzido, por ser considerado de importância menor (mesmo posteriormente na comunidade psicanalítica). Portanto, “temos nas disputas de Freud com as autoridades médicas de sua época uma ruptura fundamental que posteriormente se vincula ao surgimento da Psicanálise” (Tavares 2013, p 8).

Nós, psicanalistas, temos acordado que o surgimento oficial da psicanálise, em respeito ao desejo de Freud, se dá em 1900 – o ano da primeira publicação de “A Interpretação dos Sonhos”. E é neste livro que ele elabora o primeiro modelo tópico de aparelho psíquico. O que isto quer dizer? Primeiramente: que ele amplia a ideia de inconsciente, pois a palavra passa da categoria de adjetivo para a categoria de substantivo. Ou seja, dizer que algo “é inconsciente” não significa somente atribuir uma qualidade, mas afirmar que está localizado (modelo tópico) em pontos determinados deste aparelho, lugares que chamamos de instâncias (psíquicas). Freud, portanto, funda um *conceito*. Mais ainda, ele propõe todo um sistema com operações próprias, que se trata precisamente do aparelho psíquico ou aparelho anímico (da alma). O mais surpreendente (e belo!) é que Freud faz isso a partir do estudo do funcionamento dos sonhos.

Infelizmente, não nos caberá aqui desenvolver passo a passo o percurso de Freud desde suas indagações sobre o sonhar até a construção do aparelho psíquico, pois isto tornaria o nosso trabalho deveras extenso, correndo também o risco de nos perdermos. Lamentamos, por considerar que “A Interpretação dos Sonhos” (1900/1995) não só propõe um modelo para o funcionamento psíquico comum – todo ser humano sonha – como também pelo fato de que (no mínimo) uma boa leitura do texto envolve tanto a criação de um método quanto abre a possibilidade de o leitor se identificar com Freud, de modo a fazer operar a transmissão de um saber sobre o Inconsciente: a própria leitura pode implicar o método de transferência. Recomendamos veementemente que as pessoas que se iniciem no campo da psicanálise lancem-se, então, nesta aventura com o autor que a funda. Por conseguinte, prosseguiremos o nosso raciocínio com Freud (1900/1995), apresentando o modelo do aparelho psíquico da primeira tópica¹⁸. Este modelo¹⁹, portanto, opera da seguinte forma:

Modelo do Aparelho Psíquico (op. cit. 1900/1995, p.495)

A extremidade da esquerda corresponde ao sistema Percepção/Consciência (*Pcpt*). Os sistemas se dispõem segundo uma série determinada, compostos ao modo das lentes de um telescópio. Ocorrem, então, algumas excitações no sistema Percepção/Consciência (*Pcpt*) e, a partir dessas excitações, há uma primeira inscrição –

¹⁸ Há um segundo modelo do aparelho psíquico, chamado de “segunda tópica”, que é apresentado por Freud em seu texto “O Ego e o Id” (1923/1995).

¹⁹ Tal modelo para o aparelho psíquico vem sendo pensado por Freud desde o seu estudo sobre as afasias (1891/1995), passando pelo “Projeto para uma Psicologia Científica” (1895/1995), pela carta 52 a Fliess (1896/1995), e é formalizado para vir a público, finalmente, no livro sobre os sonhos (1900 [1900]/1995), enquanto resultado de quase uma década de pesquisas.

traço de memória ou traço mnêmico (*Mnem*, *Mnem'* etc.) – fora do campo da consciência.

Por meio de uma rede que se forma entre os traços mnêmicos, uma inscrição posterior, chamada representação-coisa, acontece no sistema Inconsciente (*Unc*), também inacessível à consciência. E a terceira inscrição, quase uma espécie de “tradução” da representação-coisa, ocorre no sistema Pré-consciente/Consciente (*Pcs*), esta é chamada de representação-palavra, e claro, aqui já acessível ao consciente.

Dito de outra forma: há uma orientação espacial, na qual os sistemas são dispostos e, portanto, também uma orientação temporal, por haver um caminho percorrido desde a excitação provocada no sistema *Pcpt*, que deixa traços de memória numa camada posterior. Esses traços marcarão o sistema *Unc* com representações-coisa, as quais são posteriormente “traduzidas” para o sistema *Pcs*, como representação-palavra, e cuja extremidade é *motora*. Isto quer dizer que o sistema tende à *descarga*.

Sim, vamos nos deter um pouco para compreender melhor tudo isso e ressaltar os pontos que poderão nos auxiliar aqui. Entendemos que há todo um sistema sensorial, denominado Percepção/Consciência, e é por meio deste que toda a sorte de excitações é recebida. É preciso que este sistema esteja sempre “aberto”, ou seja, que não retenha informações, do contrário ele esgotaria sua capacidade com o armazenamento de excitações já recebidas e não poderia receber novas informações. Portanto, o que é percebido deixa traços de memória numa camada mais profunda, liberando o sistema para novas recepções perceptivas. A retenção de informações acontece por meio de uma rede de traços que se fixará no aparelho, mas que necessita de um sistema que se mantenha aberto para receber novas informações, é por este motivo que dizemos que a memória e a consciência são excludentes, em psicanálise.

Memória, então, são *traços*. Melhor dizendo: são *marcas* no psiquismo, tais como cicatrizes, que vão deixando trilhas (psíquicas). Ora, as excitações que provocam o sistema Percepção/Consciência fazem aumentar a quantidade de energia que circula no aparelho, energia esta que Freud chamou de libido. Quando há aumento de energia libidinal no aparelho psíquico, este faz um trabalho para conduzir o excesso à *descarga*, por meio do caminho deixado pela trilha de marcas (traços mnêmicos). Fica claro aqui que, para a psicanálise, a marca enquanto traço que delineia o sujeito tem uma

importância desde o início da teoria. Não obstante, as marcas no psiquismo não se equivalem exatamente às marcas corporais, como foram abordadas nos capítulos anteriores. Voltemos uns passos para a questão da linguagem. Isto irá nos permitir fazer a articulação das semelhanças e das diferenças entre a marca psíquica e as *marcações*²⁰ corporais, bem como retomar a questão da hierarquia entre fala e ato, que é nossa intenção neste capítulo, a fim de sustentar a proposta de cunhar o termo “ato de cortar-se”.

Dissemos, acompanhando Freud (1900/1995), que uma rede é formada pelos traços (marcas) mnêmicos, aqueles que são consequência da quantidade de excitações provenientes da instância Percepção/Consciência. Essa rede é constituída por associações simultâneas, isto é, é por simultaneidade de impressões perceptivas que se forma um traço na memória. O traço mnêmico vai dar lugar, por associação de causalidade, à representação-coisa no Inconsciente, que, por sua vez, terá um representante-palavra no sistema Pré-Consciente/Consciente. É a representação-palavra que, no aparelho psíquico, está mais próxima do advento da fala. E é esta articulação entre memória e linguagem que permite que alguns autores, entre eles Lacan, afirme que o aparelho psíquico é um aparelho simbólico.

Afirmar que o aparelho psíquico concebido por Freud é um aparelho simbólico significa afirmar que o simbólico é o que funda esse aparelho e não o que resulta do funcionamento do aparelho; significa também que não é o estatuto psicológico das representações o que faz desse aparelho um aparelho, mas sim sua natureza simbólica. (Garcia-Roza, 2002, p. 156)

Sendo a linguagem o simbólico que funda o modo de funcionamento do aparelho psíquico, a fala é – na orientação espaço-temporal de sua concepção – uma das descargas finais, mas também sua origem *à posteriori*. Em outras palavras, as ligações libidinais dessas cadeias associativas constituem a fala de um sujeito, mas é a linguagem, enquanto campo de inserção simbólica, que funda este aparelho. Assim, é simbolicamente que toda qualidade de percepção deste aparelho será organizada. De acordo com Pereira (2002):

²⁰ A brincadeira com a palavra *marcação* - *marca/ação* - que se refere às marcas corporais nos serve para, no campo da linguagem, esclarecer que há estatutos diferentes entre *marca* enquanto traço mnêmico e *marca* enquanto ato de cortar-se.

Nessa perspectiva, o afeto só se constitui em relação à rede significante [de representações], sendo ela quem lhe oferece possibilidade de significação subjetiva. É apenas em relação à determinada constelação significante [de representações] que, por exemplo, um toque corporal qualquer pode ser interpretado subjetivamente como carinho ou como violência. (p. 109-110.)

É importante termos claro, no entanto, que tudo isto, de acordo com Freud (que era, sob certo aspecto, um desenvolvimentista), acontece nos primeiros anos de vida do sujeito. E que, mesmo enquanto adultos falantes, nós não temos acesso direto e consciente às primeiras marcas que nos constituíram enquanto sujeitos, mas apenas por meio das representações, que se organizam sob o signo de fantasias e desejos. Isto pois também há uma operação chamada *recalque*²¹ em jogo.

Sem a operação do recalque, este modelo proposto por Freud poderia assemelhar-se a um modelo cognitivo de aquisição de memória, pelo qual as experiências psíquicas de afeto deixariam seus registros em “traduções” diferentes do aparelho psíquico. Mas, se assim o fosse, nós nos lembraríamos de todas as nossas experiências de vida, tanto as da vida em vigília, incluindo os primeiros anos da infância, quanto dos sonhos, por exemplo. E a ideia de que algo como a instância do Inconsciente existisse poderia vir a perder todo o sentido.

Expliquemos brevemente o recalque: as impressões perceptivas excitam o aparelho psíquico; com isso, são formados os traços que definem caminhos associativos para que a energia libidinal que circula efetue ligações. Estas excitações estão no campo do sexual²², ou, podemos dizer, no campo da *pulsão*²³. A pulsão visa a alcançar suas metas de satisfação, mas a realidade frustra e, com isso, os níveis de energia libidinal do

²¹ Optamos pela tradução da palavra alemã *Verdrängung* como *recalque*, em português. Diferentemente de outras traduções, nas quais consta a palavra *repressão*.

²² Sexualidade, para a psicanálise, tem um sentido amplo. Não se refere ao ato sexual em si, nem tão somente às escolhas sexuais. Segundo o verbete *sexualidade*, do Vocabulário de Psicanálise de Laplanche e Pontalis (1992): “não designa apenas as atividades e o prazer que dependem do funcionamento do aparelho genital, mas toda uma série de excitações e de atividade presentes desde a infância que proporcionam um prazer irreduzível à satisfação de uma necessidade fisiológica fundamental (respiração, fome, função de excreção, etc.), e que se encontra a título de componentes na chamada forma normal do amor sexual”.

²³ Optamos pela tradução da palavra alemã *Trieb* como *pulsão*, em português. Diferentemente de outras traduções, nas quais consta a palavra *instinto*.

aparelho psíquico aumentam, provocando desprazer. E as metas originais da pulsão devem ser desviadas para que a tendência à constância seja preservada no aparelho.

Posteriormente, ocorre que determinadas excitações que estão ligadas libidinalmente às representações que provocam prazer para uma instância, passam a provocar desprazer para outra. Com isso sofrem uma operação de desligamento, de forma a manter as representações no Inconsciente, desconectadas do Consciente. Citando Freud: “Condição necessária para que [o recalque] ocorra deve ser, sem dúvida, que a consecução, pela pulsão*, de sua finalidade produza desprazer em vez de prazer” (1915b/1995, p. 169). Esta pulsão que faz circular libido desligada acaba por investir em outro lugar. Isto se dá, pois o que foi outrora sentido como prazeroso, em um segundo tempo, é vivido como desprazer. Em um segundo tempo, ou, dito de outro modo, em outra instância também. Isso ocorre porque, dados que os conteúdos das representações implicam em fantasias e desejos infantis (incesto, por exemplo), se estes forem realizados completamente, seriam da ordem do horror e do insuportável, portanto: não podem ser realizados. A operação do recalque serve, assim, para constituir o sujeito psíquico e para fazer funcionar, através de desvios, o princípio de prazer²⁴ coadunado com o princípio de realidade. As metas de satisfação do aparelho psíquico são atingidas de forma disfarçada, alterada, deslocada, etc. Ou seja, tanto temporal quanto espacialmente: se a marca originalmente deixada havia sido provocada por uma qualidade afetiva de prazer e se, ao alcançar num segundo tempo a instância da Consciência, vier a provocar um afeto de desprazer, a ligação libidinal entre as representações e o afeto é desconectada. A energia libidinal pulsional fica, então, livre para conectar-se em outra representação, de modo a manter a via do prazer. Nas palavras de Freud (1915b/1995):

Aprendemos então que a satisfação de uma pulsão* que se acha sob recalque* seria bastante possível, e, além disso, que tal satisfação seria invariavelmente agradável em si mesma, embora irreconciliável com outras

²⁴ O Princípio de Prazer é um dos reguladores do aparelho psíquico. Freud vai dizer que este princípio atua, “pulsando” ritmicamente, sempre tendo como visada o prazer (manutenção da energia libidinal em níveis constantes), este se coaduna com o Princípio de Realidade. A realidade é uma das fontes de frustração: é aquilo que faz com que a pulsão não atinja suas metas de satisfação visadas pelo Princípio de Prazer. Depois de 1920, estes dois princípios vão se articular com outro ainda: o Princípio de Nirvana. Trata-se de uma força que atua no psiquismo de modo a fazer com que este tenda a zero, em outras palavras, de modo a fazer com que o aparelho psíquico tenda a parar de “pulsar”. A partir deste momento, a metapsicologia freudiana passa a operar de acordo com o segundo dualismo pulsional, ou seja: pulsão de vida X pulsão de morte.

reivindicações e intenções. Ela causaria, por conseguinte, prazer num lugar e desprazer em outro. Em consequência disso, torna-se condição para o recalque* que a força motora do desprazer adquira mais vigor do que o prazer obtido da satisfação. Ademais, a observação psicanalítica das neuroses de transferência leva-nos a concluir que o recalque* não é um mecanismo defensivo que esteja presente desde o início; que ele só poderá surgir quando tiver ocorrido uma cisão marcante entre a atividade mental consciente e a inconsciente; e que a essência do recalque* consiste simplesmente em afastar determinada coisa do consciente mantendo-a a distância. (p.170)

Sendo assim, aquilo que foi *marcado na memória* do sujeito permanece no Inconsciente por força de recalque, e o que se tem acesso no Consciente é, ao sujeito, completamente desconectado da memória original que provocaria desprazer na instância do Eu-consciência, e reconectado a outra representação, por meio de desvios. Estas reconexões desviantes se referem à meta original de satisfação, portanto, os desvios podem ser vividos pelo Eu-consciência como desagradáveis do ponto de vista qualitativo (por exemplo, nas formações de compromisso sintomáticas), mas a manutenção de níveis constantes de energia dentro do aparelho é preservada, garantindo que não haja excessos. Assim, podemos reafirmar que o prazer e o desprazer estão intrinsecamente relacionados aos níveis quantidades de energia circulante do aparelho e não aos efeitos qualitativos dos sentimentos que podem evocar.

É então, quando o recalque “falha”, que estes conteúdos inconscientes (fantasias e desejos, sob a forma de representantes) vêm à tona para consciência: por meio do ato-falho, lapsos, ou – em uma operação mais complexa e de forma bastante mais disfarçada e distorcida – por meio de sonhos ou sintomas. O jogo de forças, entre a pulsão e a instância do recalque, opera em oposição, em conflito. Enquanto o conteúdo das representações recalçadas “pulsa” ao consciente, há um *recalcar* que força para que o conteúdo continue inconsciente. Quando falha, isso faz com que as redes associativas tomem caminhos via condensação ou deslocamento (desvios), para trazer os conteúdos inconscientes à tona da consciência de forma disfarçada. Isto é, o recalque pode falhar, mas o jogo de forças é constante e movido pela tendência do aparelho psíquico para a busca contínua de satisfação. Mesmo que qualitativamente esta satisfação possa ser experimentada como desagradável, como nos sintomas, por exemplo. A isto, chamamos

de primeiro dualismo pulsional, onde estão em cena as pulsões sexuais e as pulsões do eu, que atuam em oposição, ensejando que o recalque aconteça. Mais adiante, ainda sobre o recalque, no mesmo texto, Freud (1915b/1995) prossegue:

O processo de recalçamento* não deve ser encarado como um fato que acontece *uma vez*, produzindo resultados permanentes, tal como, por exemplo, se mata um ser vivo que, a partir de então, está morto; o recalque* exige um dispêndio persistente de força, e se esta viesse a cessar, o êxito do recalque* correria perigo, tornando necessário um novo ato de recalque*. Podemos supor que o recalcado* exerce uma pressão contínua em direção ao consciente, de forma que essa pressão pode ser equilibrada por uma contrapressão incessante. (op cit., p. 174-175)

Até aqui, temos que as marcas que constituem o sujeito são por ele inacessíveis à fala consciente. E podemos ter notícias das representações inconscientes quando o recalque falha, sendo o aparelho psíquico um aparelho de linguagem que opera segundo a lógica do princípio de prazer/desprazer, como já dissemos anteriormente. Importante fazer notar também que, na atividade do modelo tópico, há um regulamento quantitativo da libido. Isto é, não apenas estão em jogo os sítios enquanto instâncias no aparelho, como há todo um jogo de forças conflituosas que implica uma economia de aumento ou diminuição de quantidades de energia, as quais são investidas ou desinvestidas, articulando ligações ou efetuando desligamentos, em um ritmo próprio e de funcionamento constante, ou melhor: pulsante! Não é um sistema que apresenta uma rigidez monolítica. Freud reflete:

O fator quantitativo torna-se *decisivo* para este conflito: tão logo a ideia basicamente detestável ultrapassa certo grau de força, o conflito se torna real, e é precisamente essa ativação que leva ao recalque*. Assim, no tocante ao recalque*, um aumento de catexia energética atua no mesmo sentido que uma abordagem ao inconsciente, ao passo que uma diminuição dessa catexia atua no mesmo sentido que o caráter remoto do inconsciente ou da distorção. (op cit., p. 175, grifo nosso.).

Como já dissemos, a fala do sujeito é algo privilegiado no tratamento analítico. É quando o sujeito fala – e por causa desta divisão resultante do recalque (também chamada clivagem) que opera esta separação (desligamento) – que duas

dimensões saltam à escuta analítica: a dimensão do dito (enunciado) e a dimensão do que se quis dizer (enunciação). Na dimensão simbólica da linguagem, ato falho é, portanto, um ato *na* fala-ação²⁵, que pode resultar em lapsos de memória (perdas ou esquecimentos) e falhas no dizer, as quais normalmente e cotidianamente são realizadas com facilidade pelo sujeito, mas cujo tropeço ele atribui ao acaso ou à distração. O ato falho pode ser considerado, visto de outro ângulo, como “um ato bem sucedido: o desejo inconsciente realiza-se nele, muitas vezes, de uma forma bastante clara” (Laplanche e Pontalis, 1992).

Conforme sabemos com Freud, dois outros modos com que os conteúdos inconscientes podem vir a se apresentar são: o sintoma e a transferência. Nos sintomas, ocorre que a energia que se desconectou das representações inconscientes se ligará a outras representações. Na histeria de conversão, o afeto descarrega no corpo seu investimento (o que permite que digamos, em psicanálise, que se trata do corpo representado) e na neurose obsessiva, o afeto se vincula a outras representações. Entretanto, vamos nos concentrar na transferência. É em seu texto “Recordar, Repetir, Elaborar- Novas Recomendações sobre a Técnica da Psicanálise II” (1914a/1995), que Freud utiliza o verbo alemão *agieren*, a fim de designar a manifestação em *ato* das fantasias e dos desejos inconscientes, ou seja, dos conteúdos das representações que ficaram recalçados. O verbo foi traduzido por Strachey²⁶ como *acting-out* e o termo passou a designar aquilo que, em transferência, é atuado pelo paciente em lugar de ser recordado. Ora, na recordação, a questão da memória se reapresenta; no mesmo texto, Freud ressalta que:

Ele [o psicanalista] está preparado para uma luta perpétua com o paciente, para manter na esfera psíquica todos os impulsos que este último gostaria de dirigir para a esfera *motora*; e comemorar como um triunfo para o tratamento o fato de poder ocasionar que algo que o paciente deseja

²⁵ Outra brincadeira, aqui no jogo de palavras entre fala e ação. A ideia é tanto aproximar fala e ato, quanto – contraintuitivamente – discriminá-los.

²⁶ J. Strachey foi um psicanalista britânico que se tornou deveras conhecido por primeiro organizar os textos de Freud em obras completas e traduzi-los para o inglês. Apesar das muitas controvérsias sobre esta tradução, suas notas e prefácios em cada texto de Freud são um legado precioso para o campo da psicanálise. Entre os problemas de tradução, um dos mais conhecidos é o termo *Trieb* traduzido como *instinc*. Em português algumas traduções utilizam *instinto*, em vez de *pulsão*, conforme optamos por adotar aqui.

descarregar em *ação* seja utilizado através do trabalho de recordar. (p. 200, grifos nossos).

De acordo com a introdução de J. B. Strachey, na edição Standard das Obras Completas de Freud, é neste texto de Freud que aparece pela primeira vez o termo “compulsão à repetição”. Posteriormente, esta noção estará no centro das investigações freudianas em seu ensaio “Além do Princípio de Prazer” (1920/1995).

Mais uma vez, vamos prosseguir vagarosamente a fim de explicar esta gama de conceitos complexos. Logo no início deste artigo sobre a técnica (1914a/1995), Freud retoma as alterações que o método psicanalítico sofreu, até firmar-se como o que passamos a conhecer posteriormente:

Recordar e ab-reagir, com o auxílio, era a que, àquela época, se visava. A seguir, quando a hipnose foi abandonada, a tarefa transformou-se em descobrir, a partir das associações livres do paciente, o que ele deixava de recordar. A resistência deveria ser contornada pelo trabalho da interpretação e por dar a conhecer os resultados desta ao paciente. (*op. cit.*, p. 193).

O que Freud faz, neste trecho e em boa parte do início deste artigo, é um breve resumo da história da criação do método psicanalítico. Pudemos ver aqui, mais acima, que as representações formam cadeias por associação; nesse sentido, não é qualquer “fala” que interessa no tratamento psicanalítico, mas o falar em associação livre. Trata-se da “regra fundamental”, que deve ser anunciada ao paciente, tão logo do início de sua análise: “Fale tudo o que lhe vier, sem selecionar assuntos ou definir importâncias” – regra esta, convenhamos, das mais difíceis de cumprir. Porém “fundamental”, tanto no sentido de importância, quanto também por referir aos fundamentos: associar livremente nada mais é do que (buscar) falar de modo a fazer funcionar a rede associativa traçada no aparelho psíquico e, assim, acessar (ainda que pela tangente) as representações inconscientes, tendo alguma notícia dos conteúdos da memória, das fantasias e dos desejos sexuais infantis, mesmo que parcialmente.

Ora, então não é simplesmente falar que basta para se dar um processo analítico. Não é qualquer fala que interessa, mas, ao mesmo tempo, não há fala ou assunto proibido, muito pelo contrário: é importante que o analisante tente não censurar-

se. Melhor dizendo, não são os conteúdos comportamentais ou descritivos do cotidiano do paciente que interessam à escuta analítica, mas o modo como se dão as articulações das associações do sujeito enquanto fala. O trabalho de interpretação a que Freud faz referência na citação acima é a escuta do analista. Seu trabalho consiste em – sob o modo de atenção flutuante – escutar a enunciação e devolver ao analisante seu dizer, proporcionando que o sujeito se escute na dupla dimensão: enunciado/enunciação. E, assim, a elaboração dos conflitos psíquicos pode acontecer.

A relação de fala e escuta, analisante e analista, se dá sob transferência, entretantes, o trabalho de recalque continua (evidentemente) operando no psiquismo do sujeito. É por este motivo que Freud diz que, ao mesmo tempo, a transferência é motor e impedimento do trabalho analítico. As recordações das marcas das experiências sexuais infantis são verbalizadas em transferência, é claro que não de forma direta e escancarada, contudo, desde que em tratamento, para viabilizar a elaboração psíquica. Mas não é apenas verbalmente que o analisante se expressa. O sujeito também se *põe* em transferência, ou seja, se *localiza* numa *posição* determinada por essas marcas mnemônicas infantis. Vejamos o que Freud diz: “(...) o paciente não *recorda* coisa alguma do que esqueceu e reprimiu, mas expressa-o pela atuação ou *atua-o (acts it out)*. Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; *repete-o*, sem, naturalmente, saber que o está repetindo.” (*op. cit.*, p. 196, grifos do autor). E, mais adiante, continua:

(...) o paciente *começará* seu tratamento por uma repetição deste tipo. (...) Enquanto o paciente se acha em tratamento, não pode fugir a esta compulsão à repetição; e, no final, compreendemos que esta é a sua maneira de recordar. [...] O que nos interessa, acima de tudo, é, naturalmente, a relação desta compulsão à repetição com a transferência e com a resistência. (...) Quanto maior a resistência, mais extensivamente a atuação (*acting-out*) (repetição) substituirá o recordar (...). (*op. cit.*; p.196-197).

Ora, vejam só: o que Freud parece estar dizendo é que há uma outra espécie de comunicação, que acontece em análise, e que não é realizada por meio da verbalização. Algo dos conteúdos sexuais infantis, ou ainda, das memórias infantis que marcaram o sujeito com determinadas satisfações pulsionais, se repete em transferência com o analista, na forma de uma atuação. Essa repetição, articulada com a resistência, é

uma memória que não é experimentada pelo sujeito como lembrança, mas é vivida no atual da relação analítica. Além disso, Freud ressalta que não basta rememorar, pela via da associação livre, aquilo que estaria marcado no inconsciente como “causa” de seu sofrimento, pois a pessoa continua *agindo* de forma a qualitativamente repetir padrões. Portanto, isto torna mais difícil o acesso aos conteúdos recalcados, pois os pacientes *resistem* (por meio do jogo de forças estabelecido no aparelho psíquico) a mudar.

Então, como fica a questão da hierarquia entre fala e ato, que afirmamos no início deste capítulo? Se a atuação (*acting-out*) dos conteúdos inconscientes acontece e é também importante para o tratamento, como sustentar que o ato está em detrimento da fala, para a psicanálise? É Freud, ele mesmo, que procura responder: “Todavia, o instrumento principal para reprimir a *compulsão* do paciente *à repetição* [em ato] e transformá-la num motivo para recordar reside no *manejo* da transferência” (*op. cit.*, p. 201, grifos nossos). Freud afirma, ainda neste artigo, que é preciso que o analista trabalhe para que a resistência seja contornada e que – por via da associação livre – o analisante possa falar destes conteúdos. E, neste momento da obra, é nisso que consiste o manejo da transferência. Portanto, evidentemente, a hierarquia entre fala e ato se mantém, conforme colocamos anteriormente.

Tudo isso é bastante interessante, porém, não encerra nosso problema. Há um resto deixado por Freud nesse artigo, que consiste no termo “compulsão à repetição”. Se, de acordo com o fundador da psicanálise, os conteúdos inconscientes são mantidos nesta instância exatamente por provocarem afetos de desprazer na consciência, a pergunta é: o que levaria um sujeito a repetir compulsivamente em ato aquilo que, supostamente, lhe provoca desprazer? Se, mesmo depois de, durante uma análise pelo trabalho da associação livre, a pessoa chega aos conteúdos inconscientes que são mote da formação de seu sintoma, por que este não desaparece? Se o aparelho psíquico tem o vetor de buscar a manutenção de um equilíbrio estável de suas forças, de modo a evitar o desprazer descarregando-o, e procurar vias de prazer, como será então que um ato como a compulsão à repetição faz repetir, exatamente, o desprazer?

Bem, são precisamente estas perguntas que Freud se faz, para tratar do tema, em seu artigo posterior chamado “Além do Princípio de Prazer” (1920/1995)²⁷. O assunto é tão espinhoso que este artigo é considerado um dos mais enigmáticos e desafiadores de Freud. Apesar de ser tentador, não iremos acompanhar o desenvolvimento do artigo passo a passo, pois – igualmente como dissemos em relação ao livro “A Interpretação dos Sonhos” (1900/1995) – empreender esta tarefa tornaria nosso trabalho aqui, para além de exaustivo, dificultoso no sentido de abrir para o percurso em estradas secundárias da teoria, correndo o risco de nos perdermos no caminho deste mestrado. Contudo e com tudo, para “além” do trabalho acadêmico aqui escrito, a leitura deste artigo de Freud de 1920 é desconcertante e vertiginosa, e exatamente por isso é altamente indicado que seja feita inúmeras vezes. Não apenas pelas questões que ele procura responder, mas por causa do caminho que o autor deixa em aberto.

Posto isto, o que nos interessa em “Além do Princípio de Prazer” (1920/1995) é como Freud dá uma atenção especial à economia psíquica. A tessitura do artigo se faz por meio dos fios conceituais das quantidades de energia circulantes no aparelho psíquico, tanto da energia libidinal livre, quanto da energia libidinal ligada. Estas ligações, conforme vimos anteriormente neste mesmo capítulo, efetuam-se a partir da rede associativa formada entre as representações. Entretanto, o que seria isso que Freud chama de energia livre?

Para responder a esta pergunta, vale retomar o modo como variam as quantidades de energia que circulam no psiquismo. Dissemos, acompanhando Freud, que o aparelho é marcado por estímulos. Isso significa dizer que um estímulo deve ter magnitude suficiente para deixar uma marca na memória psíquica. Estas marcas mnêmicas produzem qualidade de prazer para a instância do Inconsciente, porém, qualidade de desprazer se sentidas no nível do Consciente. Para que o equilíbrio de manutenção da constância de dê, operações como o recalque entram em cena, de forma a evitar que altos investimentos de energia libidinal venham a romper suas ligações e vir à tona. O problema é que nem sempre o recalque funciona perfeitamente; quando vem a falhar, o sujeito realiza as fantasias e os desejos inconscientes de forma distorcida, ao

²⁷ Na realidade, não é apenas em “Além do Princípio de Prazer” (1920/1995) que Freud se debate com esta questão, mas é *a partir* deste texto que o autor vai, até o fim da sua obra, de certa forma, enfrentar as questões – sobretudo – relativas à enigmática pulsão de morte.

modo dos atos falhos, lapsos, sintomas e sonhos. Ou, ainda, *atua* sem se dar conta, repetindo compulsivamente em transferência. Até aqui: mais do mesmo. (Freud, 1920/1995; Figueiredo, 1999b)

Contudo, não é somente em transferência que acontecem as compulsões à repetição. Freud dá dois outros exemplos: as neuroses traumáticas e a brincadeira das crianças (Freud, 1920/1995, p. 23-29). É, no mínimo, curioso que o autor ponha no mesmo balaio tanto a neurose que faz referência ao trauma, quanto as lúdicas brincadeiras das crianças. Ora, o que aproxima estas duas experiências é seu caráter de *repetição*. Há, porém, diferença entre: (1) a repetição dos funcionamentos do sujeito, que é possível notar em transferência, e dos seus padrões de comportamento que foram marcados pelos traços de memória; e (2) a *repetição compulsiva* à qual ele se refere nas neuroses traumáticas e nas brincadeiras das crianças. Esta diferença se encontra no caráter *compulsivo* da segunda.²⁸

A compulsividade está nos aumentos de quantidade de energia libidinal, vividos com qualidade de desprazer pelo Eu-consciente: a tensão aumenta produzindo afeto de *angústia* para o sujeito. Para dar conta desta angústia, algo urge ser feito, ou melhor: há um ímpeto à *ação*. Contudo, não se trata de qualquer ação, do ponto de vista econômico, mas de uma ação que se repete compulsivamente. Muita calma nesta hora! Encontramo-nos no terreno do trauma e da angústia.

No capítulo IV deste artigo (Freud, 1920/1995), é retomado o modelo de aparelho psíquico da “Interpretação dos Sonhos” (1900/1995). Porém, em lugar da analogia com o modelo mecânico (telescópio) de 1900, em 1920 a analogia se faz com um modelo, digamos, orgânico²⁹. Trata-se de uma espécie de vesícula indiferenciada

²⁸ Parece-nos quase incrível que alguns autores em psicanálise se furtem de fazer uma distinção conceitual, mais ou menos clara, entre *repetição* e *compulsão à repetição*. Para nós, entendemos que é de extrema importância efetuar o exercício de discriminá-los, ainda que algumas fronteiras possam permanecer tênues. É evidente que compreendemos que a obra de Freud tem uma arquitetura muito bem construída em forma de... labirinto. Acreditamos que isto se deve ao próprio campo da psicanálise e não às questões puramente epistemológicas. Sendo assim, alguns caminhos levam a ruas sem saída ou impasses, enquanto outros nos conduzem por longos percursos até, finalmente, chegarmos perto do lugar de onde partimos. De todo modo, pensamos que é exatamente assim que procede a formação teórica e clínica em psicanálise: às vezes tateando às cegas, às vezes com um pouco mais de clareza e SEMPRE levando em conta o tripé da experiência clínica como analista, como analisante e o estudo da metapsicologia.

²⁹ Lembremo-nos da inclinação de Freud para a biologia, afinal, originalmente ele era neurologista e também – enquanto homem de seu tempo – foi marcado pelas teorias de Darwin. Assim, o recurso à

cuja superfície externa está sujeita a sofrer estímulos de fora. O autor mantém a ideia de que é necessário que esta superfície (ainda indiscriminada do resto do aparelho) permaneça aberta para recepção de novos estímulos, e que a faculdade da memória lhe é excludente. A novidade está em supor que é preciso que esta vesícula forme um escudo protetor contra o excesso de estímulos que sofre. É exatamente nesta discriminação que se forma a Consciência, isto é, “a consciência surge *em vez de* um traço de memória” (Freud, 1920, p. 41, grifo do autor). Neste sentido, compreendemos que o Eu surge, em psicanálise, como uma discriminação do restante do aparelho, de forma que a identidade é – paradoxalmente – aquilo que não é idêntico. Mais que isso, lembramo-nos da conhecida máxima freudiana, na qual o autor afirma que o “Eu é antes de tudo um Eu corporal” (Freud, 1923/1995). Corpo e psiquismo, então, articulam-se nos princípios da fundação do Eu-consciência, sendo este último uma espécie de proteção, de defesa do psiquismo.

Continuando nosso raciocínio conduzido pelo funcionamento econômico do aparelho, acompanhamos Freud (1920/1995):

Descrevemos como “traumáticas” quaisquer excitações provindas de fora que sejam suficientemente poderosas para atravessar o escudo protetor. Parece-me que o conceito de trauma implica necessariamente numa conexão deste tipo com uma ruptura numa barreira sob outros aspectos eficaz contra os estímulos. Um acontecimento como um trauma externo está destinado a provocar um distúrbio em grande escala no funcionamento da energia do organismo e a colocar em movimento todas as medidas defensivas possíveis. Ao mesmo tempo, o princípio de prazer é momentaneamente posto fora de ação. Não há mais possibilidade de impedir que o aparelho seja inundado com grandes quantidades de estímulos; em vez disso, outro problema surge, o problema de dominar as quantidades de estímulos que irromperam, e de vinculá-las, no sentido psíquico, a fim de que delas se possa então desvencilhar. (*op. cit.*, p. 45)

analogia com o “orgânico” pode dar um tom biologizante. Contudo, sabemos que o conceito de corpo, para a psicanálise – desde Freud – implica a articulação do “orgânico” com o “anímico”, do “somático” com o “psíquico”. O corpo na metapsicologia não equivale ao corpo organismo na medicina, mas está imbricado por toda a rede de fantasias e desejos, que “pulsam” e que compõem o aparelho psíquico, mental ou anímico, portanto trata-se de um corpo representado, ou seja, simbólico. Para Lacan, o corpo em psicanálise é o corpo do gozo (*la jouissance*), onde “gozo” é um conceito – que não significa “orgasmo” – e que, aqui, deixaremos apenas indicado com esta afirmação, sem maiores desenvolvimentos.

Destaquemos o que nos interessa aqui: Freud fala de um aparelho que é invadido por excessos quantitativos de estímulos, e que estes excessos acabam por efetuar uma ruptura no escudo protetor do psiquismo. Isto, por sua vez, faz aumentar a tensão interna no aparelho, e a ruptura produz uma espécie de “jorro” de quantidades de energia livre (desligada); este “jorro” pressiona o aparelho para que novas ligações sejam realizadas. Se, até aqui, a energia libidinal só existia enquanto fluxo corrente de uma série de ligações entre as representações, por associação, agora temos um novo elemento: há quantidade de energia desligada no aparelho psíquico que flui livre e pressiona em direção à *descarga*³⁰. Diferentemente do modelo anterior, aqui, a descarga não segue a trilha deixada pelas marcas psíquicas que se ligaram por associação, mas se trata de uma energia que flui de forma mais “enlouquecida”, ou seja, sem marcas que façam continência. De acordo com Freud (1920/1995), quanto mais o aparelho psíquico apresenta ligações (catexias) libidinais, mais condições terá de efetuar outras e novas ligações com o excedente de energia desligada que porventura vier:

(...) inferimos que um sistema que é altamente catexizado, é capaz de receber um influxo adicional de energia nova e de convertê-la em catexia quiescente, isto é, de vinculá-la psiquicamente. Quanto mais alta a própria catexia quiescente do sistema, maior parece ser a sua força vinculadora; inversamente, entretanto, quanto mais baixa a catexia, menos capacidade terá para receber o influxo de energia e mais violentas serão as consequências de tal ruptura no escudo protetor contra estímulos. (*op. cit.* p. 46)

Mais adiante, Freud acrescenta que há dois tipos de catexias (investimentos) libidinais nos sistemas psíquicos: “uma catexia que flui livremente e pressiona no sentido da descarga e uma catexia quiescente.” (*op. cit.*, p. 47). Dito de outro modo: é com a energia livre, ou ainda, é porque há energia livre que é possível fazer novas

³⁰ No modelo da primeira tópica (Freud, 1900/1995), a descarga é um modo de livrar-se do excesso, que segue a via das ligações associativas entre as representações. Neste momento, Freud ainda não supunha uma quantidade de libido livre (desligada) circulando nos sistemas. Do ponto de vista do afeto, a qualidade do afeto de angústia, sentida pelo sujeito, é resultado de alguma falha no recalque; portanto de um rompimento, sim, mas o desprazer (angústia) é provocado pelo virem à tona, para a consciência, as ligações associativas originais entre os conteúdos (fantasias e desejos) inconscientes e conscientes. Na segunda tópica, cujo início das elaborações se encontra no “Além do Princípio de Prazer” (1920/1995), a energia libidinal ligada permanece quiescente. É pela via do escoamento da energia libidinal livre que a angústia se faz sentir, e a partir deste escoamento – descarga – que uma nova operação de recalque poderá ser produzida. Resumidamente, aqui nesta nota, procuramos fazer uma brevíssima explanação sobre a primeira e a segunda teoria da angústia em Freud.

ligações. A energia libidinal livre é aquela que economicamente vai garantir que os investimentos qualitativos ao longo da vida do sujeito possam se realizar. Ou seja, se, por um lado, há padrões nos modos de investimento libidinal (amoroso) de um sujeito, que são repetidos na transferência, por outro lado, é a energia livre que auxilia para que outros investimentos sejam feitos, pulsando para colocar a vida em movimento. Mais que isto ou, *além* disso: é tão somente porque um aparelho anímico possui uma vasta gama de energia libidinal quiescente (ligada) que, então, pode dispor e fazer trabalhar a descarga da energia livre para fazer novas ligações, quando o aparelho é invadido por excessos desprazerosos a fim de *cicatriz*ar uma ruptura deixada pela invasão do alto *quantum* de estímulos.

Há outro aspecto, para o qual Freud (1920/1995) chama atenção, e que não podemos nos furtar de acrescentar aqui: os estímulos, que o aparelho psíquico sofre, provêm tanto do exterior quanto do interior do próprio aparelho. Ou seja, há um aumento de tensão que pode ser provocado externa ou internamente. Dito de maneira simplista, com relação aos estímulos externos, o sujeito poderia se defender por meio da evitação ou da fuga, mas como se defender de um aumento de tensão interna? Pois é exatamente fazendo uso deste remanescente de energia libidinal livre. A partir de uma ruptura (trauma³¹) que faz “jorrar” a energia, todo o aparelho se concentra então na tarefa de cicatrizar essa ruptura, tarefa esta que não é vivida qualitativamente como prazerosa pelo sujeito, mas que é essencial para que o escudo protetor seja recomposto.

Após este longo arco de raciocínio, procuraremos fazer uma costura entre os elementos conceituais apresentados e a proposição do termo “ato de cortar-se”. O aparelho psíquico é um aparelho de linguagem, marcado pelo simbólico, e, em um primeiro momento, o que vale são as associações entre os traços (marcas), representações-coisa e representações-palavra. São essas associações que constituirão o sujeito enquanto sujeito falante. Contudo, a linguagem está topograficamente localizada em níveis de instâncias psíquicas, separadas pela ação da força do recalque. Sendo assim, quando o sujeito fala, não é apenas uma comunicação cognitiva que se dá: “algo mais” fala. A articulação da linguagem se dá em um sistema próprio com uma lógica de

³¹ Não estamos usando aqui a palavra “trauma” precisamente enquanto conceito psicanalítico. Mas em sentido amplo: tanto aquilo que provoca dor, quanto no que se refere à ruptura ou quebra (por exemplo: trauma ósseo), e também no sentido leigo: aquilo que a pessoa procura evitar, por ser desagradável. Empreender a tarefa de desfiar o conceito de trauma na metapsicologia pode ser outro modo de fazer a ligação entre o “ato de cortar-se” e a teoria, contudo, não foi o caminho escolhido por nós neste trabalho.

funcionamento, lógica esta que opera na clivagem entre o Eu-consciência e o Inconsciente: quando o Eu fala, na lógica da cadeia associativa, as marcas históricas que o estabelecem, enquanto sujeito assujeitado à linguagem, se apresentam na sua própria singularidade. É na falha da ação do recalque que, por exemplo, um ato é emitido: o ato falho. Ato de linguagem, ato *na* linguagem que denuncia que coexiste um Outro falante.

A memória não é um acúmulo de informações adquiridas, como um arquivo organizado ao modo de uma biblioteca e de que a pessoa faz uso, para – por vontade própria e autônoma – poder falar. A memória é o conjunto dessas marcas e a suas trilhas articuladas historicamente: tanto ao longo de sua vida, sendo os primeiros anos fundamentais para esta constituição, quanto no contexto cultural no qual o sujeito se encontra.

Estas marcas também se agrupam em um conjunto de operações que evidenciam seus modos de investimento libidinal – pulsional – amoroso. Isto cria um padrão de repetição que define as escolhas qualitativas de amor da pessoa, assim como também a forma pela qual se manifestam. Entre outras coisas, quando a força do recalque falha, para dar conta desta falha, as formações inconscientes resultam em um sofrimento psíquico, sintomas por exemplo. Mais especificamente, os sintomas surgem como formações de compromisso, para tentar aplacar o conflito entre as instâncias; no entanto, o preço a pagar pela falha do recalque é vivido na Consciência como sofrimento. E são por estes motivos, ou seja, por estar sofrendo psiquicamente, que uma pessoa busca análise.

No processo analítico, ou seja, na relação transferencial entre analisante e analista, os padrões de repetição se dão no modelo formal de investimento amoroso do sujeito. Mas este não lembra e age sob a égide de seu modelo, pois memória e consciência são excludentes. É esta ação que o analista deve contornar, ou melhor, manejar para que o sujeito em análise deixe de agir na transferência e passe a falar. Somente assim é que as associações que compõem a sua rede mnemônica poderão ser escutadas pelo próprio sujeito, com o auxílio da interpretação do analista. Até aqui, ficou claro que falar é hierarquicamente mais valioso que agir, para a psicanálise.

No entanto, se – segundo Freud – o primeiro modelo de aparelho psíquico é organizado para buscar prazer, por que uma pessoa se sujeitaria a repetir, então,

aspectos desagradáveis? Ocorre que o Eu-consciência se constitui como um invólucro, uma borda, um escudo protetor do aparelho psíquico; quando altas quantidades de energia o atravessam, este escudo se rompe, e há um corte que produz uma descarga – metaforicamente hemorrágica, ou melhor, uma *-(r)rhagia*³² – do excesso de energia. O aparelho, então, se prepara para *cicatriz*ar este rompimento. Isso é feito lançando mão das quantidades de energia livre de que o aparelho dispõe, sendo tudo isso realizado no nível psíquico. Ou seja: um excesso faz romper algo que outrora estava constituído; quanto mais energia quiescente o aparelho possui, mais condições de fazer novas ligações, reestabelecendo o equilíbrio constante que produz a qualidade de prazer, e mais condições a pessoa terá para enfrentar adversidades. Se este aparelho se organizou de forma parca, precária, ou seja, se o recalque operou de modo a formar um sintoma³³, ou ainda, se algo de uma ordem de excitação extremamente alta o invade, isso será vivido como sofrimento pela pessoa. Aqui, está em jogo o segundo dualismo pulsional, onde se opõe pulsão de vida e pulsão de morte; sendo que a primeira atende ao funcionamento do princípio de prazer/desprazer coadunado com o princípio de realidade. Por conseguinte da pulsão de morte temos notícia apenas parcialmente, quando o aparelho psíquico é abalado de tal forma que a tendência a manter o fluxo de energia em nível constante se exacerba regida pelo princípio de nirvana, de modo que mobiliza todo o aparelho a buscar a tendência à zero, com a pulsão de morte. Quando tudo funciona no aparelho psíquico de acordo com o princípio de prazer/desprazer, a pulsão de morte se encontra “silenciosa”. Seus ruídos somente se fazem escutar quando o aparelho psíquico foi abalado em tal grau que surgiu isto que chamamos de – *(r)rhagia*, então, como que para voltar ao início quando não havia matéria diferenciada do escudo protetor, a pulsão de morte é fortemente “convocada” pelo princípio de nirvana, a fim de restaurar esta rachadura no escudo.

Todo este funcionamento não é meramente descritivo, pelo contrário, é um aparato conceitual no qual operam sistemas tópicos, econômicos e dinâmicos. O “ato de corta-se” é, então, pensado desta forma aqui neste trabalho. Se – como dissemos anteriormente, citando Freud – “o Eu é, antes de tudo, um Eu corporal”, e o Eu é compreendido aqui enquanto instância psíquica, é este Eu – sujeito clivado – que age efetuando um corte, a fim de promover uma *-(r)rhagia*, por meio da qual novas

³² *-(r)rhagia* é o sufixo grego que significa o fluir de uma descarga não usual ou excessiva.

³³ Aqui, o recalque está sendo descrito ao modo freudiano de sua acepção, na primeira tópica, e não como uma operação estruturante da neurose, tal qual apreende Lacan.

ligações surgem para dar conta dos excessos libidinais que – paradoxalmente – o invadem. Paradoxalmente, pois isto pode ocorrer desde o interior do aparelho psíquico. O “ato de cortar-se” é um ato *no* corpo do sujeito, que visa a dar conta de um aumento de tensão desde o interior deste aparelho. Uma ação do Eu-clivado que provoca uma hemorragia, na realidade do corpo, para tentar conter outra *-(r)rhagia*, da ordem da economia psíquica. Não se trata, necessariamente de um sintoma, onde as ligações do afeto foram estabelecidas, mas de um *mais além*, quando há descarga sem ligamento. Por esse motivo, falamos em *-(r)rhagia psíquica*. Não é o princípio do prazer operando para permitir o estabelecimento da constância dentro do aparelho, ao contrário, é quase uma busca pelo excesso como tentativa de forjar uma defesa psíquica. É ir mais além, para poder voltar.

Em vias de finalização deste capítulo, acrescentamos ainda que, para a psicanálise, portanto, não interessam as perguntas que os psiquiatras se fazem (e a partir das quais montam seus estudos). As perguntas da psiquiatria, comumente e conforme pudemos ver no capítulo 2 deste trabalho, circulam em torno da busca de um “por que” a pessoa se corta. Na psicanálise, a investigação metodológica com a metapsicologia busca responder a um “para que” o sujeito se corta, ou seja: como funciona esta ação, *a partir* do modelo do funcionamento psíquico. Acreditamos que será somente na constituição de um saber sobre o “para que”, que os “porquês” singulares poderão ser respondidos pelo próprio sujeito em análise, *através* da escuta de suas associações *discursivas* sobre os “atos de corta-se” que realiza. E é aqui, na elaboração mesma do método de investigação psicanalítico, que *ato* e *fala* se encontram na metapsicologia do “ato de cortar-se”.

Após esta explanação, esperamos que tenha ficado mais clara a nossa proposta aqui de não utilizar termos descritivos como *non-suicidal self injury*, automutilação, autolesão ou escarificação e optamos pela proposição do termo “ato de cortar-se”, por compreendermos que uma série de conceitos da psicanálise está, neste termo, implicada. Menos que uma categoria descritiva, trata-se de uma compreensão metapsicológica de tudo que está envolvido na investigação do tema. Isto é, nem descrição nem explicação do ato de cortar-se, a intenção foi de criar uma discriminação nominal, a partir dos pontos de vista: tópico, econômico e dinâmico, os quais constituem a metapsicologia. Além disso, dada a importância da linguagem para a

psicanálise, a proposta de uma nomeação de um fenômeno se impõe *a partir* do modelo de funcionamento do psiquismo; modelo este que também implica a criação de um *método* investigativo que permite o *tratamento* do sofrimento psíquico humano.

A seguir, como de costume em psicanálise, veremos com os casos clínicos se tudo isso se sustenta ou se será necessária a formulação de outras indagações. Acima de tudo, buscaremos apresentar de que modo o dispositivo psicanalítico opera, a fim de oferecer possibilidades para que haja um deslocamento do agir em direção à fala de associação livre, permitindo a elaboração. Elaboração esta que não se dá, enquanto o sujeito continua repetindo o ato, sem se fazer questão sobre o mesmo. Neste sentido, uma última colocação cabe neste capítulo: se, descritivamente, o modo de funcionamento do aparelho psíquico se assemelha ao ato de cortar-se, do ponto de vista metapsicológico, enquanto o ato de cortar-se continua repetidamente sendo um recurso da pessoa para tentar dar conta do seu sofrimento, isto significa que este ato não efetivou uma *marca-cicatriz* a fim de promover novas ligações psíquicas. Ou seja, não há *elaboração*, e algo falha neste ato, algo que não é do mesmo lugar, por exemplo, da falha na fala (ato falho).

6. Compulsão à repetição, angústia, *acting-out* e passagem ao ato.

O mesmo se dá para a psicanálise e para a arte do bom cozinheiro, que sabe cortar bem o animal, destacar a articulação com a menor resistência. [...] Temos de nos aperceber que não é com a faca que dissecamos, mas com conceitos.

(Lacan)

No capítulo 5 deste trabalho, mostramos como a ideia de propor o termo “ato de cortar-se” nos pareceu pertinente do ponto de vista metapsicológico. Entretanto, naquele capítulo, buscamos dar uma ênfase maior aos aspectos tópicos e econômicos do funcionamento psíquico. No presente capítulo, enfatizaremos os aspectos dinâmicos do funcionamento do “ato de cortar-se”. Para tanto, pretendemos lançar mão de conceitos que nos auxiliaram clinicamente na análise dos casos, são eles: angústia, *acting-out* e passagem ao ato. Temos claro que essas ênfases têm mais um caráter didático, uma vez que uma abordagem psicanalítica de casos clínicos se dá na tessitura entre economia, dinâmica e tópica, e que a cisão absoluta entre estes três articuladores, se é que é possível, não leva a uma demonstração sólida da metapsicologia.

Antes de tudo, no entanto, iremos retomar aqui o conceito que também foi abordado no capítulo 5 do presente trabalho: *compulsão à repetição*, tratado a partir da segunda tópica (Freud, 1920/1995). Relembremos: a compulsão à repetição é um modo de funcionamento do aparelho psíquico, do qual se lança mão quando há uma invasão de cargas excessivas de excitação, no mesmo. Os níveis altos de excitação, ao atingirem graus elevados, podem acabar por romper o escudo protetor. A ruptura do escudo protetor provoca um escoamento, um vazamento. A ação psíquica que advém é a de convocar a reserva de energia livre para a promoção de novos ligamentos, portanto, para conter a ruptura que se fez no escudo protetor. Esses novos ligamentos resultarão em novas marcas psíquicas. Em alguns trabalhos, podemos encontrar o termo para-excitação, para descrever esta ação psíquica. Segundo Freud (1920/1995), quanto mais

energia ligada o aparelho psíquico possuir, mais facilmente poderá fazer uso, por meio desta compulsão à repetição, da energia livre para conter este escoamento.

Contudo, as explicações do capítulo 5 desta dissertação não encerraram o nosso problema. Admitindo que a obra freudiana não é como um conjunto de explicações límpidas e claras, e que percorrer sua topografia é, muitas vezes, deparar com “acidentes conceituais”, pensamos que a discussão do termo “compulsão à repetição” não é simples e fluida. No parágrafo anterior, resumimos brevemente o funcionamento da compulsão à repetição tal qual sua apresentação em 1920. Contudo, não nos furtaremos de enfrentar aqui mais alguns impasses sobre o tema. Isto pois Freud (1914a/1995) utiliza o mesmo termo também para nomear as repetições compulsivas sintomáticas que se apresentam na neurose obsessiva.

No debate sobre compulsão e impulsividade, autores como Laplanche e Pontalis (1992), Fernandes (2006), Bidaud (2010) entre outros, argumentam – utilizando categorias clínicas como exemplo – que o ato bulímico é um ato impulsivo, que não é vivido como completamente absurdo pelos sujeitos, ao contrário da neurose obsessiva em que os rituais assumem um caráter bizarro para o próprio sujeito, dissociado.

O termo *compulsão* é definido clinicamente por J. Laplanche e J.-B. Pontalis como “tipo de conduta que o sujeito é levado a realizar por uma coação interna. Um pensamento (obsessão), uma *ação*, uma operação defensiva, mesmo uma seqüência complexa de comportamentos são qualificados de compulsivos quando a sua não-realização é sentida como devendo acarretar um aumento de angústia”. O termo *impulsão*, por sua vez, não aparece no *Vocabulaire de la Psychanalyse* desses autores, embora eles não deixem de assinalar que o termo *compulsão* “se inscreve em francês numa série, ao lado de pulsão e de impulsão. Entre compulsão e pulsão, este parentesco etimológico corresponde bem à noção freudiana do *Zwang*. Entre compulsão e impulsão, o uso estabelece diferenças sensíveis. Impulsão designa o aparecimento súbito, sentido como urgente, de *uma tendência para realizar tal ou tal ato*, que se efetua fora de qualquer controle e geralmente sob o império da emoção; não se encontra aí nem a luta nem a complexidade da compulsão obsessiva, nem o caráter organizado segundo um certo cenário fantasmático da compulsão à repetição.” Portanto, a meu

ver, o termo *impulsão* parece mais apropriado para caracterizar o comportamento alimentar das jovens bulímicas, por referir-se prioritariamente às ações e não necessariamente aos pensamentos, como ocorre na neurose obsessiva. (Fernandes, 2006, p.72)

Embora ambos os casos clínicos tratados nesta dissertação apresentem patologias alimentares e, também, embora esta longa citação faça referência ao ciclo bulímico de repetição, o que nos interessa aqui é colocar em primeiro plano o ato de cortar-se, deixando as questões dos transtornos alimentares como pano de fundo. Para tanto, a diferenciação entre compulsão à repetição e impulsividade se faz imprescindível. Se o recalque, na neurose obsessiva, opera de modo a efetuar um desligamento da libido das representações inconscientes – evitando que estas venham à tona do consciente –, o afeto se liga, portanto, na consciência, a uma outra representação. O ato obsessivo de “repetição compulsiva” está enodado dentro de um complexo programa de formação de compromisso neurótico.

Trata-se de argumentar, por sua vez, que o ato de cortar-se incide sobre o corpo. Nestes casos, há a demonstração de outro tipo de funcionamento psicopatológico. O ato obsessivo visa evitar que a representação sexual (recalcada) venha à consciência, ainda que fracasse sistematicamente nisso, ou seja, a compulsão não é sinônimo da neurose obsessiva, mas uma modalidade sintomática de apresentação do seu conflito. No caso dos fenômenos do ato de cortar-se, tanto o sangue quanto a dor são fundamentais, dispondo de uma relação paradoxal com o corpo: tornando-o real por meio escópico (Freud, 1915a/1995). Muitas pessoas que se cortam relatam que têm a sensação de sentirem a vida pulsar, ao ver o sangue, ou seja, de viver o corpo como um objeto manipulável, passível de controle por meio da experiência da dor; e é isto que se “repete compulsivamente” nestes casos.

Acreditamos, então, que é preciso fazer um estabelecimento e um acordo sobre os termos para precisar conceitualmente aquilo que Freud não deixou completamente evidente como herança. Acontece que Freud utiliza o termo “compulsão à repetição” para falar da repetição sintomática dos atos na neurose obsessiva, em seu texto “Recordar, Repetir e Elaborar” (1914a/1995), e usa a mesma nomenclatura em seu texto “Além do Princípio de Prazer” (1920/1995) para designar a repetição compulsiva que não está a serviço de um conflito. É preciso fazê-lo não tão somente por

preciosismo linguístico ou epistemológico. Muito mais além, é preciso fazer este acordo sobre nomeação e distinção dos termos por se referirem a conceitos que remetem diretamente à metapsicologia de fenômenos observáveis na clínica. Fenômenos estes que, a “olho nu”, poderiam assemelhar-se, mas que, ao passar por um exame metapsicológico, podem revelar atividades heterogêneas. Ao menos, em cada trabalho psicanalítico onde estes conceitos se impõem como uma das ferramentas, cremos que explicitar do quê e de onde se fala, quando se trata da compulsão à repetição, é essencial para auxiliar na compreensão clínica. Sem falar em impulsividade, mas também apresentando claramente os problemas terminológico-conceituais, do qual estamos falando aqui, referidos à compulsão à repetição, Gondar (2001) diz:

(...) a compulsão tem em Freud um outro sentido importante: *Zwang* alude também ao que há de mais radical na pulsão, isto é, sua irrefreável repetição. Mas, diferentemente dos atos compulsivos do neurótico obsessivo, a compulsão à repetição (*Wiederholungszwang*) não poderia ser encarada como o resultado de um conflito, motivo pelo qual não é necessariamente experienciada, por quem a sofre, como expressão de uma luta íntima. Trata-se, na verdade, de uma característica fundamental da própria pulsão, logicamente anterior ao estabelecimento de um conflito pulsional, ainda que essa anterioridade a torne o motor de todo conflito e de toda formação psíquica. Grosso modo, poderíamos caracterizar a compulsão à repetição como um impulso avassalador ao qual sucumbe o sujeito, que passa então a justificá-lo por contingências da atualidade: é como se ele tentasse organizar o impulso cego segundo os ditames de uma “cena”, buscando conteúdos capazes de preencher uma forma vazia, autônoma, e, em última instância, irredutível aos seus próprios conflitos.

Ora, se acompanhamos corretamente as discussões dos autores citados acima, parece mesmo que existem dois tipos de fenômenos no que tange à questão: a repetição – em ato – que pertence ao modo de funcionamento neurótico enquanto fenômeno resultante da ação do recalque; e a impulsividade avassaladora, que parece ser um fenômeno transnosográfico e que se manifesta *além* das forças do recalque e do regimento do princípio de prazer. Levando em conta que nosso trabalho aqui é sobre o ato de corta-se, optamos por utilizar o termo compulsão à repetição na sua acepção relativa ao *além* do princípio de prazer, portanto, enquanto um fenômeno transnosográfico, que independe da estrutura psíquica do sujeito para ocorrer. Isso quer

dizer também que pode até parecer um mesmo fenômeno, se ficarmos apenas no plano superficial descritivo, mas que, de maneira nenhuma, se o investigarmos em cada estrutura, será tomado como a mesma coisa: o ato de cortar-se na neurose, na psicose e na perversão são fenômenos diferentes. E dizemos isso sem, tampouco, deixar de levar em conta que, em Psicanálise, mesmo quando falamos de sintoma, ainda que tratando disso, por exemplo, no mesmo campo da neurose, este jamais *significa* a mesma coisa, pois cada sintoma se enlaça de maneira *significante* na singularização de cada sujeito.

O recorte deste trabalho se estabeleceu a partir do material clínico de que dispusemos. Sendo assim, abordamos o termo “compulsão à repetição”, articulado com ato de cortar-se, na sua apresentação em sujeitos neuróticos. Outras investigações, que não nos couberam aqui, serão necessárias para aprofundar este assunto, por exemplo, em suas manifestações na psicose ou perversão. Lembramos também que Freud constituiu uma obra para tratamento das neuroses, e foi necessária contribuição posterior de outros autores, tais como Lacan, por exemplo, para ampliar e oferecer conceitos metapsicológicos para tratar das psicoses.

Feitas todas estas discriminações até aqui, prosseguiremos sob o seguinte acordo de nomenclatura: *repetição* para designar a compulsão na neurose obsessiva, ou seja, o processo pelo qual o sujeito se coloca de modo a repetir sintomaticamente seus comportamentos bizarros, e *compulsão à repetição*, para qualificar as *ações impulsivas*. Não discordamos, em absoluto, das colocações de Fernandes (2006), no recorte da citação do início deste capítulo, apenas escolhemos nomear de outro modo, privilegiando o termo “compulsão à repetição” como um além do princípio de prazer. Mas, sem dúvida, estamos de acordo com as observações da autora. O importante, cremos, no caso destas denominações é, sobretudo, deixar claro para o leitor de qual fenômeno clínico e metapsicológico está-se falando; e isto a autora faz com exímia destreza. Portanto, não há debate nem tamanhas contradições quando é evidente o quê está sendo nomeado, levando em conta a confusão que é herdeira, como nós já dissemos, da própria aceção dos termos nos textos de Freud.

No entanto, resta uma pergunta: como se articulam conceitualmente os termos repetição, compulsão à repetição e o agir (*acting-out*) na atualidade da relação transferencial, modelos de comportamento do passado, em vez de recordá-los? Uma vez que Freud expõe, em “Recordar, Repetir e Elaborar” (1914a/1995), também no mesmo

termo compulsão à repetição, aquilo que ele chama de *acting-out*? Começaremos a responder considerando que o primeiro termo, *repetição*, está articulado com colocar em *ato* aquilo que não pode ser recordado, isto é, manter sob o recalque os traços de memória que compõem a vida inconsciente do sujeito. Lembremos – conforme dissemos no capítulo 5 – que Freud (1914a/1995) escolhe o termo *agieren* (verbo agir, em alemão) para falar desta atuação que acontece em transferência, da qual o sujeito faz uso a fim de evitar recordar-se. “*Agieren*, termo de origem latina, não é corrente na língua alemã. (...). *Agieren* é quase sempre acoplado com *erinnern* (recordar-se), pois os dois termos opõem-se como duas formas de fazer retornar o passado no presente” (Laplanche e Pontalis, 1992, p. 45). O termo *agieren* ficou mais conhecido no arcabouço conceitual da Psicanálise como *acting-out* – por ter sido esta a opção de tradução, do alemão para o inglês, feita por Strachey.

Pois bem, é Lacan (1962-63/2005), em seu Seminário, Livro 10 - A Angústia, que proporá uma articulação com os conceitos clínicos *acting-out* e passagem ao ato. Com isto, esperamos responder à pergunta do parágrafo acima. Não obstante, para fazê-lo, um arco de raciocínio deverá ser efetuado. Deter-nos-emos aqui para chamar a atenção para o título do seminário: A Angústia – o que pode quase parecer óbvio à primeira vista, mas que, se nos detivermos em um momento seguinte, não deixa de ter um quê instigante.

Não nos parece ser à toa que Lacan, exatamente na abordagem do afeto de angústia, vai-se ocupar destes conceitos³⁴. Mas antes de seguir com Lacan, voltemos brevemente a Freud.

A angústia é um afeto, por conseguinte, uma qualidade da pulsão. Uma maneira pela qual a pulsão se expressa e é vivida pelas pessoas como uma experiência desagradável. Metapsicologicamente, a angústia é uma das expressões qualitativas da pulsão quando o aparelho psíquico é invadido por excessos. Isso quer dizer que, quando há um desligamento entre as vias que associam as representações, a libido ligada a elas fica “solta”, buscando religar-se. Enquanto isso não acontece, esse excesso, essa carga

³⁴ Acrescentamos aqui, ainda que em nota de rodapé, não menos importante, que Lacan, em seu Seminário Livro 10 – A Angústia (1962-1963, 2005), vai muito mais além do que propor conceitos clínicos tais como *acting-out* e passagem ao ato. É neste seminário que ele estabelece o conceito de *objeto a*, enquanto objeto *causa* de desejo. Bem, assim como em Freud (ou talvez mais ainda), cada conceito estabelecido na obra lacaniana deve ser referido em seu contexto e história, dentro da construção de seu pensamento.

libidinal que corre solta no psiquismo, enquanto afeto, qualitativamente, é experimentado como desagradável.

É bastante fácil concordar, até mesmo no *latu sensu*, com o fato de que sentir angústia é um sentimento vivido como “não bom”, “não agradável”. Segundo André (2009), a angústia se descreve e define como:

Le souffle est coupé, le coeur se serre ou palpite, la sueur est froide, le visage blêmit... le corps signale à sa manière l'attaque d'angoisse. Rien dans la réalité extérieure ne justifie une telle brutalité, l'angoisse n'est pas une peur, L'ennemi est à l'intérieur, réalité psychique et non matérielle, d'autant plus impossible à fuir, d'autant plus angoissant, Quelque chose de l'inconscient vient d'émerger, bousculant les lignes de défense, débordant les capacités d'élaboration du moi. L'intensité de l'angoisse varie d'un extrême à l'autre, ici simple signal appelant à circonscrire le danger, là violence térébrante qui va jusqu'à rendre insupportable la vie elle-même. (p.10-11).

Sendo assim, de acordo com André (2009), a angústia é um afeto que é vivido não somente como desagradável, mas também, e muito mais, como um atravessamento no corpo, que evidencia um curto-circuito. Não se trata de um medo intencional, ou seja, medo *de* alguma coisa, mas de um sentimento difuso, difícil de se localizar o objeto que a motiva – sua origem é “desconhecida”. A angústia, portanto, abre para o inconsciente. Neste sentido, ela é menos um problema na clínica psicanalítica, do que um aliado no tratamento, exatamente por esta abertura ao desconhecido do inconsciente que ela proporciona. (André, 2009).

Entretanto, vamos avançar com calma. Freud (1926/1995) diz que a angústia não tem objeto, firmando assim, nas palavras do próprio autor, a posição de que a angústia tem uma “qualidade de *indefinição e falta de objeto*” (*op. cit.*, p. 189-190.). Esta afirmação faz todo o sentido no campo da língua alemã, língua mãe da psicanálise, pois o termo *Angst* significa medo. Podendo variar na escala desde “receio” ou “temor” até “pânico” ou “pavor”, referindo tanto a ameaças específicas quanto ao impreciso, vasto ou abstrato. Sendo assim, Freud opta por utilizar a palavra *Angst* para descrever este afeto difuso que invade o corpo através do psiquismo, e o termo *Furcht*

quando ele pretende se referir a um medo específico, direcionado a um objeto real do mundo (Hanns, 1996, p. 62)³⁵.

Em artigo sobre o tema do conceito de angústia, Loffredo (2012) propõe que o caminho metapsicológico para investigação deste afeto, na obra freudiana, seja pensado em três tempos. Ou seja, a autora não compartilha da mais tradicional divisão em primeira e segunda teoria, sem deixar, no entanto, de levar em conta as mudanças mais radicais entre as duas tópicas, e acrescenta dentro mesmo dos caminhos clínico-conceituais a imbricação da temporalidade psíquica com e no afeto da angústia, uma vez que a autora propõe um “modelo único que englobaria as várias etapas da produção de angústia” (Loffredo, 2012, p. 110).

Assim, segue breve e esquematicamente, os três tempos da angústia, tal qual o modelo proposto pela autora, acompanhado dos anos que fazem referência ao tratamento do tema na obra freudiana: (1) Primeiro tempo da angústia (Freud, 1895): nas neuroses de angústia, a angústia é uma descarga somática, sem participação do psiquismo. Dá-se quando uma quantidade acumulada de excitação (sexual) é descarregada sob a forma do afeto angústia. (2) Segundo tempo da angústia (Freud, 1909): a histeria de angústia é compreendida com um processo patológico independente, sendo, a angústia, a partir do efeito de recalque, um dos possíveis destinos do afeto enquanto libido transformada. (3) Terceiro tempo da angústia (Freud, 1926): o eu é sede (morada) da angústia, afeto liberado como defesa, diante de um sinal de perigo (ameaça traumática de castração), que visa por em andamento os processos defensivos. (Loffredo, 2012, p. 106).

Uma das questões enfrentadas por Freud é, afinal, como explicar o processo de transformação do afeto da energia libidinal de prazeroso no Inconsciente e, posteriormente, para desprazeroso no Eu-Consciência. Que as representações no Inconsciente são experimentadas enquanto pensamentos desprazerosos no Eu, isto pode ser explicado (deveras *en passant*) a partir da incompatibilidade dos desejos e das

³⁵ As questões e entraves, na Psicanálise, tanto de nomeação em alemão do afeto angústia, quanto nas traduções da obra de Freud são mais complicadas do que o exposto neste parágrafo. Para maior aprofundamento no tema, recomendamos a consulta do verbete “Angústia, Ansiedade, Medo: *Angst*” do Dicionário Comentado do Alemão de Freud (Hanns, 1996, p. 62-79) e do capítulo “*Angst/ anxiety/ angoisse*”, do livro As Palavras de Freud (Souza, 2010). Assim como a leitura dos verbetes referentes ao termo angústia, em outros dicionários e vocabulários de Psicanálise, cujas referências podem ser encontradas na Bibliografia deste trabalho.

fantasias sexuais infantis, presentes no Inconsciente, com a vida consciente humana que – para fins de “civilidade” – constrange recalcar o modo de funcionamento sexual *primevo*, da ordem do mundo da Natureza. No entanto, como Freud explicaria a transformação do afeto: de prazer em angústia?

Outro aspecto que Loffredo (2012), entre outros autores, salienta é que Freud enfrenta, portanto, a questão sobre qual seria a origem da angústia: se puramente somática, como uma descarga de excitação sexual; se como resultado do desligamento entre representações e seu afeto correspondente, implicando uma transformação qualitativa deste; ou, ainda, se enquanto sinal (de perigo endógeno), que seria o promotor do recalque, ou seja, do desligamento do investimento na representação que causaria desprazer ao Eu-Consciência e, por este motivo, tem sua localização – fonte original – nesta mesma instância. Nas palavras de Freud em “Inibição, Sintoma e Ansiedade” (1926/1995):

No caso do perigo externo, o organismo recorre a tentativas de fuga. (...) O Ego [Eu] retira sua catexia (pré-consciente) do representante pulsional* que deve ser reprimido e utiliza essa catexia para a finalidade de liberar o desprazer (angústia*). O problema de como surge a angústia* em relação com o recalque* pode não ser simples, mas podemos legitimamente apegar-nos com firmeza à ideia de que o ego [Eu] é a sede real da angústia*, e abandonar o nosso ponto de vista anterior de que a energia catexial da pulsão* recalçada* é automaticamente transformada em angústia*. Se eu me expressasse antes no segundo sentido, estaria dando uma descrição fenomenológica e não um relato metapsicológico do que ocorria. (p.114)

Assim, a partir do momento da obra em que Freud localiza como sede da angústia o próprio Eu, ele também resolve o problema da transformação da libido. Isto é, dado que não existe um reservatório de energia libidinal no Inconsciente, que seria transformado no seu caminho entre instâncias, por causa do desligamento da representação, é a partir do Eu-consciência que surge a angústia, ou seja, é desde esta instância que a angústia se origina. Esta nova consideração freudiana sobre a angústia permite dizer que o que é recalcado são as representações, e não o afeto. Lacan (1962-63/2005) retoma Freud, com relação aos investimentos psíquicos recalcados e o afeto, afirmando que:

(...) o que eu lhe disse sobre o afeto [angústia] foi que ele não é recalcado. Isso, Freud diz como eu. Ele se desprende, fica à deriva. Podemos encontrá-lo deslocado, enlouquecido, invertido, metabolizado, mas ele não é recalcado. O que é recalcado são os significantes que o amarram. (p.23)

Isso quer dizer que as amarrações que sustentavam as vias de ligação entre as representações se desprende, por algum motivo provocado pelo aumento de tensão no psiquismo. Ou seja: angústia é o afeto à deriva. Mas também que o recalque apenas opera sobre as representações, e não sobre o afeto. Aqui, vamos apenas chamar a atenção para o fato de que representações e significantes, nesta citação, podem ser tomados como equivalentes. No entanto, na teoria lacaniana, o conceito de *significante* é mais complexo do que comporta esta mera equivalência.

Ora, podemos inferir que nos casos que envolvem o ato de cortar-se (e outros que podem funcionar de modo semelhante), está em jogo – na transferência – toda uma cena de *mostração*. Isto é, o olhar do analista é convocado com pungência a ver o corpo do analisante. É claro, para nós analistas, que é por meio da escuta que fazemos nosso trabalho. A questão seria, então, de como evitar o ensurdecimento da escuta diante desses casos em que, no lugar de uma fala por livre associação, cujos atos falhos, lapsos, sonhos, sintomas e a própria cadeia associativa nos conduzem ao singular do sujeito, em lugar disto, acontece uma *-(r)rhagia* desprendida e atuada no corpo. Ou seja: de como manejar a transferência nestes tratamentos.

Uma breve digressão se faz necessária neste momento. Antes de prosseguirmos, examinaremos a questão do objeto, no que diz respeito ao tratamento do luto e da melancolia, por Freud (1917/1995). Neste seu texto, Freud diz que o trabalho do luto se assemelha ao adoecimento na melancolia: ambos têm como disparador a perda de um objeto amado (investido libidinalmente). Uma das diferenças entre eles é que, no luto, não são observados os sentimentos de autorrecriminação que se manifestam na melancolia. Isto se deve ao fato de que, na melancolia, o Eu passa – a partir de uma identificação com o objeto perdido – a se autodepreciar. Segundo Rivera (2012):

Um ano após introduzir o conceito de narcisismo, que localiza o eu como *objeto* de amor para si mesmo e o delineia como reservatório do qual a libido pode ser enviada — e retirada — aos demais objetos, Freud nos

mostra, com a melancolia, a face noturna desse jogo entre sujeito e objeto que pode chegar ao suicídio. Com isso, não se trata apenas de explicar o fenômeno do luto e o quadro clínico da melancolia e da depressão, mas de romper definitivamente com qualquer postulação empírica do indivíduo como idêntico a si mesmo e distinto do objeto (com o qual ele entreteria uma relação de complementaridade). O eu só se constitui ao preço de sua divisão: ele deve fazer-se objeto para si mesmo. E deve *se amar*, ou seja, a libido deverá tomá-lo como objeto. (p.234.)

Isto quer dizer que, no aparelho psíquico, para que a substância indiferenciada se resguarde das invasões de excesso que sofre, um escudo protetor deve se formar, diferenciando-se do resto da substância (ver capítulo 5). Em “Sobre o Narcisismo: Uma Introdução” (1914b/1995), Freud diz que são os investimentos libidinais a partir das imagens parentais que permitem que se constitua o narcisismo primário e, então, o narcisismo secundário é a retirada de investimentos da libido nos objetos de amor e retorno da mesma, de forma a efetuar a constituição do Eu. Isto é, nas palavras de Freud (1914b/1995):

O desenvolvimento do ego [Eu] consiste num afastamento do narcisismo primário e dá margem a uma vigorosa tentativa de recuperação desse estado. Esse afastamento é ocasionado pelo deslocamento da libido em direção a um ideal do ego [Eu] imposto de fora, sendo a satisfação provocada pela realização desse ideal. [...] Ao mesmo tempo, o ego [Eu] emite as catexias objetais libidinais. Torna-se empobrecido em benefício dessas catexias, do mesmo modo que o faz em benefício do ideal do ego [Eu], e se enriquece mais uma vez a partir de suas satisfações no tocante ao objeto, do mesmo modo que o faz, realizando seu ideal. (p.117-118).

O narcisismo envolve um complexo movimento de investimentos e retiradas de investimentos de libido com a finalidade do estabelecimento do Eu – instância que coincide (em parte) com a consciência –, no entanto, por meio de uma diferenciação do resto do aparelho psíquico. O narcisismo é, portanto, para Freud, uma etapa que faz parte do desenvolvimento do sujeito. Não como um modo de expressão de uma patologia, conforme se compreendia antes de Freud; ou como ainda se apreende no senso comum: uma espécie de traço de caráter de uma pessoa egoísta.

Entendemos que mediante este movimento, o Eu se constitui enquanto “identidade psicológica” – ou, podemos dizer, enquanto *ilusão* de unidade. Contudo, também é fragmentado enquanto *instância* não idêntica: uma parte da autoestima está ligada ao Eu-Ideal – de cunho mais narcísico e primário, outra parte advém da realização do Ideal-do-Eu e uma terceira parte é reservada às satisfações objetais, que decorrem dos investimentos libidinais nos objetos de amor (Freud, 1914b/1995).

Como dissemos anteriormente, na melancolia há um empobrecimento do Eu, cuja expressão se manifesta por meio da verbalização de autorrecriações e autodepreciações frequentes. Isto acontece, pois a melancolia é um processo psicopatológico, assim como o são também, para Freud, as neuroses de transferência (histeria e neurose obsessiva)³⁶. E, em todos estes, há uma *inibição* de ações motoras.

(...) a análise demonstra que ele [neurótico] de modo algum corta suas relações eróticas com as pessoas e as coisas. Ainda as retém na fantasia, isto é, ele substitui, por um lado, os objetos imaginários de sua memória por objetos reais, ou mistura os primeiros com os segundos, e, por outro, *renuncia à iniciação das atividades motoras* para a obtenção de seus objetivos relacionados àqueles objetos (Freud, 1914b/1995, p. 90, grifo nosso).

Reafirmando, então: também no luto e na melancolia ocorre uma *inibição* do Eu, no entanto, para o primeiro, isto é previsto para que o trabalho de luto se dê: “essa inibição e circunscrição do ego [Eu] é a expressão de uma exclusiva devoção ao luto” (Freud, 1917/1995 p.276). Na melancolia algo mais excêntrico acontece, como dissemos anteriormente: a autocomiseração que se manifesta num queixume moroso de indignidade e desvalorização, sem que, contudo, haja o sentimento de vergonha, comum àqueles que se arrependem. Ao contrário, na melancolia, a expressão da autodepreciação da pessoa parece emitir sinais de satisfação.

Vemos como nele [melancólico] uma parte do ego [Eu] se coloca contra a outra, julga-a criticamente, e, por assim dizer, toma-a como seu objeto. Nossa desconfiança de que o agente crítico, que aqui se separa do

³⁶ Para Lacan, as neuroses não são exatamente uma patologia discriminada do funcionamento psíquico comum, mas estruturas subjetivas, ou seja, modos de constituição do sujeito e de enodamento do sintoma – ou *sinthoma*, como podem preferir os lacanianos, ao referirem-se ao quarto elo que mantém unidos Real, Simbólico e Imaginário (Dunker, s/d)

ego [Eu], talvez também revele sua independência em outras circunstâncias será confirmada ao longo de toda a observação ulterior. Realmente, encontraremos fundamento para distinguir esse agente do restante do ego [Eu]. Aqui, estamos-nos familiarizando com o agente comumente denominado ‘consciência’; vamos incluí-lo juntamente com a censura da consciência e do teste de realidade, entre as principais instituições do ego [Eu], e poderemos provar que ela pode ficar doente por sua causa. (Freud, 1917/1995, p. 280).

Esta instância crítica se trata daquilo que Freud nomeará, na segunda tópica, como Supereu – um dos derivados da cisão do próprio Eu, sendo o Ideal-de-Eu sua vertente mais propiciadora de realização de satisfações, e o Supereu a parte crítica e punitiva, que servirá para inibir as pulsantes buscas de satisfação imediata, por parte do Isso. O Eu, juntamente com seus ideais, será a instância mediadora entre o Isso e o Supereu, de forma a buscar a realização de desejo de acordo com as provas da realidade, ou seja, do Princípio de Realidade (que se opõe ao Princípio de Prazer – ver capítulo 5).

Algo ainda urge ser dito sobre a diferença entre o luto e a melancolia: no luto, o objeto perdido é conhecido. No entanto, na melancolia, ou a perda do objeto ou ainda o quê se perdeu com o objeto são desconhecidos. Os melancólicos, tendo seu Eu identificado com este objeto perdido desconhecido, começam a se autorrecriminar como se o mundo fosse injusto com eles mesmos, mas, sobretudo, como quem se queixa do objeto de amor libidinal perdido. A tradução de Carone³⁷ para “Luto e Melancolia” de Freud é magistral, quando ela opta pela frase: “queixar-se é dar queixa” (Rivera, 2012; Bazzo, 2013), mantendo assim o jogo de palavras do alemão e trazendo para o português o sentido de acusação. E é neste contexto, também, que podemos compreender a célebre e tão citada frase de Freud: “a sombra do objeto caiu sobre o ego [Eu]” (1917/1995, p. 281), e este só pode, então, entrar nesse movimento de autopunição e destrutividade, a partir de suas relações de hostilidade com o objeto de identificação.

Voltemos à afirmação freudiana que apresentamos há alguns parágrafos, neste mesmo capítulo: a angústia tem uma qualidade de indefinição e falta de objeto.

³⁷ Esta tradução consta em nossa bibliografia como a edição de Luto e Melancolia, de Freud, pela editora Cosac Naify, em 2011 (p. 59).

Mais do que isso, é a iminência da perda do objeto que, segundo Freud, põe em ação o afeto angústia, a partir da sua morada: o Eu. Assim, a melancolia poderia ser pensada como uma resposta entre outras, diante da angústia que afeta o sujeito, mediante estas operações complexas de identificação com o (objeto) desconhecido.

Arriscamos dizer aqui que este movimento de introversão da libido objetal para a libido do Eu, que acontece tanto na melancolia quanto no luto, fortuitamente implica uma inibição das funções do Eu. No trabalho de luto, permitem que os desligamentos se façam pouco a pouco e este se conclua. Na melancolia, de tal sorte que pode impedir que o sentimento de angústia venha a arrebatá-lo o sujeito, de forma a precipitar um ato suicida (Brunhari, 2014). Neste sentido, medicar excessivamente³⁸ com antidepressivos uma pessoa que está em pleno estado melancólico pode ser lhe dar forças – desinibindo o Eu – para que este realize o ato final de matar o objeto. Não o fará desligando-se do objeto pouco a pouco como no trabalho do luto, mas, completamente identificado e movido pela hostilidade direcionada a ele, o sujeito pode vir a cometer um autoassassinato.

Aproveitaremos a articulação, implícita no parágrafo acima, entre inibição e ação (por exemplo: suicídio) para introduzir, finalmente, a proposta lacaniana mencionada anteriormente. Buscaremos compreender melhor as questões do ato (e do agir) que foram apresentadas no início deste capítulo, por meio dos conceitos de repetição e “compulsão à repetição”, incluindo o contraponto com os conceitos de *acting-out* e passagem ao ato, de acordo com o Seminário – livro 10 (1962-63/2005), de Lacan.

Considerando-se a angústia não um problema, mas aquilo que pode dar pistas ao analista no tratamento, Coelho dos Santos (2002) diz: “(...) a angústia é o afeto que funciona como uma bússola para o analista, na direção da cura analítica” (p.38). De

³⁸ É de grande valia que os psiquiatras e neurologistas procurados por pessoas neste estado de profunda melancolia façam uso destes conhecimentos que Freud nos legou. Sabemos que bons médicos buscam ser precisos quanto à dosagem medicamentosa. E insistimos que o diálogo entre a medicina e a psicanálise – neste campo – possa ser mais frequente, de modo a evitar, portanto, o excesso de medicação ou a apreensão do paciente enquanto apenas um conjunto orgânico de neurotransmissores. Além disso, a tristeza profunda, ou a depressão, pode ser efeito de um trabalho importante que está em andamento no psiquismo da pessoa (Rivera, 2012). Tentar desinibir o Eu para que este retome logo suas atividades cotidianas – respondendo assim a uma lógica do capital, de produtividade – pode obturar este trabalho em andamento, deixando como herança *maldita* uma precariedade psíquica que, certamente, reaparecerá se a pessoa for interpelada por alguma adversidade em sua vida, que ative novamente a angústia e os sentimentos de perda.

acordo com Lacan (1962-63/2005): “(...) a verdadeira substância da angústia, é o *aquilo que não engana*, o que está fora de dúvida.” (p. 88). O que engana são os significantes, as representações que *representam*, mas não *são* o representado ele mesmo. A angústia, de outra maneira, se *presentifica*. “Porque o que se trata de evitar é aquilo que, na angústia, assemelha-se à certeza assustadora.” (*op. cit.*, p. 88). O que Lacan quer dizer aqui é que: considerando que a linguagem está – por estrutura – fadada ao equívoco, a sua construção é um encadeamento de ideias, paradoxalmente apoiadas no fracasso incessante, pois se trata do campo da incerteza. Neste sentido, a construção de um saber, em Psicanálise, remete à construção de um saber suposto sobre o próprio desejo.

Se a construção de um saber se dá, em psicanálise, pela linguagem que é fadada ao equívoco, a ação, ou melhor, o agir que não acontece por meio da linguagem está relacionado à angústia e sua certeza. Nas palavras de Lacan (1962-63/2005): “Agir é arrancar da angústia a própria certeza. Agir é efetuar uma transferência de angústia.” (p.88). E é neste momento do seminário que Lacan apresenta o quadro da angústia completo:

Quadro da Angústia (Lacan 1962-63/2005, p. 89)

Deteremo-nos, no que tange a acompanhar as proposições de Lacan, apenas no eixo diagonal: Inibição, Sintoma, Angústia; e no quadrante: Sintoma, Angústia, *Acting-out* e Passagem ao Ato.

Primeiramente, é fácil perceber que a inibição se encontra no menor nível no eixo das coordenadas: movimento (agir) e dificuldade (arrebatar), em oposição diretamente diagonal à angústia.

No discurso de *Inibição, sintoma e angústia*, fala-se de tudo, graças a Deus, exceto da angústia. Será que isso quer dizer que não se pode falar dela? Trabalhar sem rede de proteção faz lembrar o equilibrista. Tomo como corda apenas o título, *Inibição, sintoma e angústia*. Salta ao entendimento, por assim dizer, que esses três termos não são do mesmo nível. Isso é heteróclito, e foi por essa razão que os escrevi em três linhas, e desnivelados. (Lacan, *op. cit.*, p.18)

Lacan (1962-63/2005) prossegue dizendo que Freud, ao falar da inibição, não pode fazer senão dar exemplos de locomoção, ou seja, estar inibido é estar paralisado: “Ser inibido é um sintoma posto no museu” (*op.cit.*, p. 19), é à dimensão do movimento que se refere. É interessante observar que, de pronto, a inibição se opõe à angústia, na sua localização nas coordenadas de movimento e dificuldade. Assim, a angústia se localiza no maior grau, tanto do agir, quanto do arrebatar. Isto corrobora o que vínhamos afirmando sobre os processos de inibição do Eu na melancolia, ou seja, de que esta – articulada metapsicologicamente com o narcisismo e a formação do Eu (Brunhari, 2014) – pode ser considerada, arriscamos dizer, como uma espécie de *defesa* (ou pseudodefesa) ao arrebatamento na *agudeza* da certeza assustadora da angústia.

A angústia, exatamente por ser o único afeto desarrimado e que corre à deriva, é o afeto que interessa a Lacan (1962-63/2005). E, logo nas primeiras lições deste seminário, ele anuncia a importância da angústia como único afeto que interessa à psicanálise:

(...) a angústia não parece ser o que sufoca vocês, como psicanalistas, quero dizer. No entanto, não é demais dizer que deveria fazê-lo. Na verdade, isso está na lógica das coisas, ou seja, da relação que vocês têm com seus pacientes. Sentir o que o sujeito pode suportar de angústia os põe à prova a todo instante. (*op. cit.*, p.13)

Repetimos: “sentir o que o sujeito pode suportar de angústia”, ora, e não é disso que se trata o manejo da angústia numa análise? Bem, se uma análise, ao menos

considerando a análise de sujeitos neuróticos, tem a ambição da construção de um saber suposto sobre o próprio desejo do sujeito e que seu manejo implica também o manejo da angústia, afirmaremos antecipadamente que a agudeza da angústia remete ao desejo. Diferentemente dos atos falhos, lapsos, sonhos e formações de compromisso, que dão notícia sobre o desejo, isto é, o representam por meio de uma cadeia de associações que o disfarça, para que – exatamente – não seja “visto a olho nu”. Ver o desejo sem estes anteparos do trabalho psíquico joga o sujeito diante da angústia. Lacan (1962-63/2005) retoma um exemplo que havia dado no seu seminário anterior – A Identificação: propõe que uma pessoa seja revestida de uma máscara de um animal, sem que saiba qual. Desta forma, seria exposta à presença de uma fêmea louva-deus gigante, em cujos globos oculares enigmáticos não é possível ver sua imagem refletida. O inquietante surge da possibilidade de que a máscara seja a de um louva-deus macho e que a fêmea poderia tomar a pessoa como um parceiro. Uma vez que a fêmea louva-deus devora o macho após o ritual sexual³⁹, fica bastante claro que o sujeito tenha todos os motivos para se angustiar diante da possibilidade de desassomar (*op. cit.*, p. 14).

O que pudemos compreender é que Lacan (1962-63/2005), através deste exemplo, introduz, nas suas investigações e explanações sobre a angústia, a articulação desta com o processo de subjetivação que ele descreve no grafo do desejo. A angústia está, portanto, diretamente articulada com o desejo, mas de uma forma diferente das amarrações nas cadeias de significantes, tais quais aparecem nos atos falhos, lapsos, inibições, sintomas e sonhos. Trata-se de pensar a angústia do sujeito diante do desejo do Outro⁴⁰. Pereira (2002) afirma que:

Em seu comentário sobre o seminário “A Angústia”, de Lacan, R. Harari (1997) lembra que no pensamento do psicanalista francês todas as imagens nirvânicas de retorno ao ventre materno devem ser situadas antes de tudo como o correspondente, no nível do sujeito, da aspiração fundamental do Outro materno arcaico: a reintegração, no próprio ventre, de seu produto. [...] Ora, o neurótico faz de sua castração a garantia da continuidade do

³⁹ Remetemos o leitor, neste ponto, ao fato de que também está implicado na metáfora o impossível da relação sexual, conhecido pelo aforisma lacaniano: “Il n’y a pas de rapport sexuel”. Porém, não trataremos disso aqui neste trabalho.

⁴⁰ Segundo Dunker (s/d), em seu *Pequeno Glossário Lacaniano*: “**Outro (ou grande Outro)** [se insere] no interior do registro simbólico, opondo-se tanto ao pequeno outro quanto ao objeto a, é o campo que determina o sujeito”.

funcionamento do Outro enquanto instância legislativa. Não é tanto a nostalgia do ventre materno que engendra a angústia, mas tudo aquilo que anuncia a possibilidade – e mesmo a iminência – desse retorno. (p. 110)

Pois bem, a castração (simbólica), na citação acima, é tomada como equivalente do recalque que funda o sujeito neurótico, de maneira a permitir que a linguagem (com suas leis) habite o sujeito numa espécie de vestimenta, não sem falhas na costura. São as falhas e os equívocos que dão notícia do desejo do sujeito no nível do inconsciente, porém, de forma disfarçada. A castração opera de maneira a barrar o horror do desassomar absoluto do sujeito diante do desejo do Outro, este quando apercebido como sendo a iminência do retorno ao ventre materno.

Ao mesmo tempo, é também a partir da *demanda* – “*Che Vuoi?*”⁴¹ – sobre o desejo do Outro, que o sujeito se funda. O desejo do sujeito nasce da indagação sobre o que quer o Outro, portanto, da indagação sobre o desejo do Outro. Lembremos que, em francês, o verbo *demander* significa, mais explicitamente, tanto perguntar quanto solicitar (enquanto pedido). Em uma trama de olhares e reflexos entre o sujeito e o Outro, surgem duas imagens: a imagem real, aquela que o Outro vê; e a imagem virtual que o sujeito vê refletida no olhar do Outro, a imagem virtual é a imagem da imagem. Isto, se é que podemos colocar deste modo tão palpável – vamos lembrar que estamos nos referindo à constituição psíquica –, tudo isto se dá no plano Simbólico da linguagem, enlaçado com o visual do Imaginário⁴². A angústia advém quando algo de indizível, da ordem do Real, ameaça romper a barreira que separa o sujeito do Outro primordial. Barreira esta que divide o sujeito, garantindo assim que não ocorra o retorno à situação nirvânica de um, isto é, que o sujeito não venha a desassomar. Esta barreira, marca primeira do surgimento do Eu, instaura o desejo no sujeito enquanto desejo do Outro, pois seu desejo não é “seu mesmo” do ponto de vista da identidade, do idêntico, e sim do ponto de vista da identificação, que podemos dizer resumidamente que se trata de “nos conformes de...” – porquanto nasce da pergunta sobre o que quer o Outro de “mim”. E, ao mesmo tempo, estabelece um Eu que se orienta nas cenas em relação aos pares, sob a lógica da linguagem.

⁴¹ A proposta de Lacan de processo de subjetivação, bem como a construção do grafo do desejo podem ser encontradas em seu texto “Subversão do Sujeito e Dialética do Desejo no Inconsciente Freudiano”, presente na edição dos seus Escritos (Rio de Janeiro: Zahar, 1998).

⁴² Sobre Simbólico, Imaginário e Real, ver o capítulo 5, em que fazemos uma enxuta explicação sobre estes três registros, segundo Lacan.

Se, em termos freudianos, a metapsicologia da melancolia pode lançar luz para a compreensão no sentido da observação clínica dos processos de formação do Eu – narcisismo primário e secundário, acreditamos que o estudo do afeto angústia pode auxiliar na apreensão da *subversão do sujeito na dialética do desejo*, isto é, a angústia é um dos indicadores clínicos que pode dar notícias sobre a constituição do sujeito para Lacan.

Prosseguimos: é desta operação de divisão (ou barra) – que falávamos no penúltimo parágrafo acima – que sobra um resto.

Em relação ao Outro, o sujeito dependente desse Outro inscreve-se como cociente. É marcado pelo traço unário do significante no campo do Outro. Não é por isso, se assim posso dizer, que ele corta o Outro em rodela. Há, no sentido da divisão, um resto, um resíduo. Esse resto, esse Outro derradeiro, esse irracional, essa prova e garantia única, afinal, da alteridade do Outro, é o *a*. (Lacan, *op. cit.*, p. 36)

O objeto *a* é, portanto, o resto que sobra da divisão do sujeito. Por um lado, tem a ver com a instituição da marca (traço unário ou traços mnêmico a que Freud se refere) que tributa a ilusão imaginária de inteireza do Eu; por outro lado, é ele mesmo que delimita o campo vazio que diz respeito ao vetor e à possibilidade do desejo. Da unidade primordial para a divisão subjetiva que inaugura o sujeito, resta um objeto – não um objeto específico de desejo, mas o objeto *causa* do desejo. Isto significa dizer que advém de uma falta, uma falta constitutiva.

Para fixar nossa meta, direi que o objeto *a* não deve ser situado em coisa alguma que seja análoga à intencionalidade de uma noese. Na intencionalidade do desejo, que deve ser distinguida dele, esse objeto deve ser concebido como a causa do desejo. (...) o objeto está *atrás* do desejo. (Lacan, *op. cit.*, p. 114-115)

A explanação do conceito de objeto *a* não é, sobremaneira, algo simples. Vamos considerar, por exemplo, que Lacan dedicou todo um seminário (e mais um tanto) para fazê-la. Nosso esforço, aqui, será o de expor a trajetória da construção conceitual, de forma clara, porém não exaustiva. O recorte que escolhemos para falar do objeto *a* é aquele que pôde nos servir na clínica, para a compreensão metapsicológica

dos casos. Em primeiro lugar, o objeto *a*, enquanto tributário da angústia primordial, é, assim como ela – se acompanhamos a citação acima –, desprovido de uma intencionalidade fenomenológica (*noese*)⁴³. Em segundo lugar, podemos pensar que é esta operação de divisão do sujeito, da qual sobra enquanto resto o objeto *a*, que permite que Lacan formule seu famoso aforismo: “a angústia não é sem objeto” (Lacan, *op. cit.*, p. 101). Aforismo que coincide paradoxalmente com Freud, na medida em que contrasta com a ideia de que a angústia não possuiria objeto, mas também mantém o status de indefinição do objeto da angústia. Antes de prosseguir, mais uma detenção: a citação termina dizendo que “o objeto está *atrás* do desejo” – este *atrás* nos chamou atenção. Fomos consultar a versão original em francês e suas possíveis derivações de significados: *atrás* tem, em francês, o mesmo sentido que em português, ou seja, tanto de uma localização quanto de uma intenção. No contexto da citação, compreendemos que o desejo tem intencionalidade, mas para que seu vetor intencional pulse, é preciso que o objeto *a* esteja localizado *atrás* deste, causando-o.

É exatamente pelo de fato de desejo e objeto *a* não estarem no mesmo plano do querer consciente que falamos em divisão, ou cisão, do sujeito. Assim, podemos arriscar dizer que o objeto perdido que é desconhecido na melancolia tangencia as proximidades do objeto *a*. Não se equivalem, mas se a melancolia for uma espécie de resposta psíquica enquanto sinal de angústia diante da iminência da perda do objeto, e se considerarmos que seu funcionamento se avizinha aos modos de constituição do Eu propostos por Freud na sua teoria sobre o narcisismo, no mínimo, como analogia, isto pode vir a valer. Contudo, os riscos desta aproximação apressada se apresentam em outros termos: a questão da iminência da perda. A diferença entre Freud e Lacan nas formulações sobre a angústia ser um sinal da iminência da perda se coloca. O que se “perde”, para Freud, não é exatamente o mesmo que se “perde” para Lacan. Para Freud, a angústia é um sinal de perigo diante da ameaça de castração, portanto da iminência da perda do bem mais valioso para o sujeito: o falo. Já para Lacan, a angústia é a falta da falta (*op. cit.*, p. 52).

Para entender o que significa a afirmação de que a angústia se apresenta quando a falta vem a faltar, é preciso compreender outros dois elementos. Em primeiro lugar, que esta imagem virtual que sustenta a ilusão de um Eu completo é

⁴³ Na fenomenologia de Husserl, a *noese* é a consciência intencional, ou seja, ela o é uma vez que assim se faz sendo sempre *de alguma coisa*. O oposto é do que se trata tanto a angústia quanto o objeto *a*.

simbolicamente castrada. Isso quer dizer que, se no plano da imagem, esta faz a ilusão de um todo, de completude, no plano simbólico há uma falta – a falta que é tributária da castração. É uma espécie de “negativo”, um branco, o falo como um *a menos*, cortado da imagem especular, desprovido de reflexo e que “deverá entrar em ação para a satisfação do desejo” (*op.cit.*, p. 51). Em outras palavras: é justamente por que o falo remete à castração, que há falta no sujeito e que o sujeito pode desejar. O objeto *a* é aquilo que faz o contorno da falta, delimitando o vazio do desejo, sustentando-o e *causando-o*. É justamente aquilo que, junto com a castração simbólica, permite que o desejo busque objetos que podem ser encontrados nas cenas da vida do sujeito, para servirem enquanto satisfação (parcial) do desejo. Se o desejo for completamente satisfeito, não há mais como desejar.

A angústia é quando a falta no Outro falta, ou melhor, a iminência da falta vir a faltar. Ou ainda: “a falta de apoio dada pela falta” (*op. cit.*, p. 64) Pois, se a falta do Outro vier a faltar, significa que o sujeito se tornou objeto do desejo do Outro, foi tomado não mais enquanto sujeito, mas enquanto objeto. É a fêmea louva-deus que devora o seu parceiro depois do coito⁴⁴. É o desassomar do sujeito diante de sua própria origem: o Outro. Esta origem é o retorno (mítico) ao ventre materno, quando a díade mãe-bebê na gestação faz *um*. Portanto, após a operação da castração, da barra simbólica que instaura o sujeito, a angústia se lhe presentifica como o mais *estranho* e o mais *familiar* ao *mesmo tempo*⁴⁵. A sua qualidade de arrebatamento do sujeito vem do seu aspecto de indizível e inimaginável, portanto, de não simbolizável. A angústia, quando arrebatava o sujeito num átimo, lança-o diante de um “fazer algo”. É quando aparece alguma coisa, ou melhor, *uma coisa qualquer* (Lacan, *op. cit.*, p. 51), no lugar deste *a menos*, preenchendo a imagem, totalizando-a, e lançando o sujeito à completude do um – enquanto desejo do Outro. Deixemos em suspenso esta última afirmação, para prosseguir.

⁴⁴ Lacan se utiliza de outra metáfora para falar desta sustentação do desejo do desejo do Outro, por meio da castração operante, que pode ser encontrada no Seminário Livro 17 – O Averso da Psicanálise: “Um grande *crocodilo* em cuja *boca* vocês estão – a *mãe* é isso.”. A figura da imago materna aparece nesta metáfora por ser, exatamente, quem encarna – enquanto função – o papel do Outro para o infante. O Outro é encarnado pela mãe enquanto atravessamento simbólico. E é a barra colocada dentro da boca deste crocodilo metafórico, a barra da castração, que impede que sua boca feche, engolindo o sujeito.

⁴⁵ Referimo-nos diretamente ao texto *Unheimlich* de Freud (1919), que é traduzido como o inquietante ou o estranho-familiar. O termo é retomado por Lacan no Seminário, Livro 10, a fim de demonstrar que é deste inquietante que se presentifica como estranho e familiar que se trata a angústia.

Voltemos, agora, às problemáticas apresentadas no início do capítulo, sobre repetição e compulsão à repetição. Mas, agora, abordaremos o problema a partir do quadro da angústia (que pode ser encontrado algumas páginas atrás, neste mesmo capítulo). Como dissemos, nosso interesse no quadro se concentrou primeiramente no eixo diagonal: *inibição, sintoma, angústia*. Uma vez que inibição e angústia já foram explorados, neste momento, vamos tratar da tríade: *sintoma, acting-out e passagem ao ato*.

No capítulo 5 deste trabalho, abordamos – aqui e ali – o assunto da formação de compromisso como sintoma. Não nos detivemos, pois a tônica do capítulo era propor o “ato de cortar-se” enquanto termo, nomeando não um comportamento descritivo, mas sim um funcionamento psíquico econômico, tendo como ponto de partida os dois modelos de aparelho psíquico formulados por Freud. Novamente, não vamos nos deter em longas explicações sobre o sintoma em psicanálise. Por vários motivos, entre eles: há vasta bibliografia, que pode ser consultada na medida do interesse do leitor por maior verticalidade no assunto; adentrar nos meandros e mínimos detalhes sobre o sintoma tornaria este trabalho – além de extenuante ao leitor – deveras extenso, nos guiaria por caminhos sinuosos, podendo incorrer no risco de o texto tornar-se cíclico; e também levamos em conta que Lacan alarga a conceituação freudiana de sintoma, o que nos provocaria a tentação de mergulhar nestas diferenças e, de fato, isto faria que nos perdêssemos no objetivo aqui traçado. Por ora, portanto, bastou-nos que anunciássemos estes motivos e, para prosseguir, proporemos um atalho e faremos um lesto apanhado sobre o conceito de sintoma em Freud.

O sintoma é uma formação de compromisso, que visa atender a duas instâncias psíquicas em conflito; a saber, o Isso e o Supereu. É o Eu que “equilibra” e tenta advogar para ambos os lados – o que, em si imaginá-lo, já é uma complicação. Sabemos que:

Desde Freud, o sintoma é entendido como uma formação do inconsciente, sendo o seu sentido apreendido dentro da história de cada sujeito. No sintoma, ao mesmo tempo em que existe um sofrimento, há uma satisfação pulsional. (Jatobá, 2010, p.19)

Dito de outro modo: ao atender a duas instâncias, não é possível que tudo corra bem e na santa paz da idealização de uma “integração”. Enquanto resultado do recalque de uma representação inconsciente, a libido ligada a esta representação se desprende. Como o aparelho psíquico visa à descarga do afeto, este é desviado para outra representação. Se tudo corre bem, para outra representação-palavra. E o acesso à representação recalçada toma vias tortuosas que, para alcançá-la, faz um trajeto longo. Então, este “se tudo corre bem” é quase uma suposição abstrata. Afinal, uma das formas mais contundentes de evidência do recalque é o sintoma. Na histeria de conversão, o afeto se liga a uma parte do corpo, enquanto representação, já que o corpo é simbólico. Na neurose obsessiva, o afeto se liga a uma ideia, mas, para afastar os pensamentos, o neurótico obsessivo passa a realizar uma série de ações bizarras (ver início deste capítulo). No sintoma fóbico, há uma fixação num objeto que torna possível que este seja evitado. Em todos estes, a intenção básica é – além de evitar a angústia do aumento de tensão no aparelho psíquico, que decorre de não se encontrar uma via de descarga da pulsão – satisfazer os caminhos pulsionais de realização, mas por vias deslocadas, fazendo que estes deslocamentos sejam vividos como desagradáveis. Um sintoma, portanto, satisfaz uma instância, mas também suscita e expressa um sofrimento. Acrescentamos ainda que a relação do sintoma com a angústia é que o primeiro “(...) desde que consiga levar a cabo o compromisso de satisfação esperado entre a satisfação pulsional e a organização do Eu, contribui para ligar toda a energia libidinal, tornando assim inútil a manifestação da angústia.” (Kaufmann, 1996, p. 40). Do ponto de vista clínico, esta relação é mais claramente demonstrável nos casos das fobias.

Posto isto, como se articulam os conceitos de *acting-out* e a passagem ao ato? Dentro da proposição de Lacan em seu Seminário – Livro 10 (1962-63/2005), quanto, em trabalho anterior, dissemos que:

(...) sobre quadros clínicos que apresentam a necessidade de recorrer ao que ele chama de sangramento provocado, Bidaud (2010) propõe a diferença entre as dimensões do “agir” e do “ato”. O agir seria uma busca do sujeito por uma “saída”. Saída do seu sofrimento através de um fazer que porta um componente de certeza do rompimento com o Outro (Bidaud, 2010). Provavelmente esta certeza tem uma forte dimensão imaginária engatada na fantasia do sujeito. Já o ato desempenha o contrário: trata-se de incidir uma relação, de fundar o sujeito (Lacan *apud* Bidaud, 2010.). [...] No

caso da passagem ao ato, trata-se de um “deixar cair” (Lacan, 1962-63), uma defesa contra a angústia que não opera pelo simbólico (Venosa e Gea, 2010, p. 473-474).

Para fins de desdobrar o que já havíamos escrito de forma condensada, iremos retomar os conceitos freudianos expostos no início deste capítulo, dentro no nosso acordo nominativo: se propusemos chamar a *repetição* como algo da ordem do sintoma – amarração significativa, rede de ligações entre representações –, e a *compulsão à repetição* como algo da ordem do agir, da ordem do *acting-out*, podemos nos perguntar, então, do que se trata a passagem ao ato?

A possível resposta está em Lacan (1962-63/2005), no seu seminário livro 10 – A Angústia. É neste seminário, comumente conhecido entre os lacanianos por ser um dos mais clínicos, que o autor empresta novamente um termo da psiquiatria: passagem ao ato. Lacan já havia feito uso do termo em sua tese de doutorado: “Da Psicose Paranoica em suas relações com a personalidade”, publicada integralmente pela editora *Les François* em 1932. Contudo, é no seminário sobre a Angústia que o conceito de passagem ao ato é articulado com o conceito de objeto *a*. Neste ponto, para compreendermos melhor esta articulação, é necessário que seja explicitada também a conceituação de *acting-out* para Lacan (1963-64/2005).

Neste último, Lacan não difere muito de Freud em sua definição, pelo que pudemos compreender. Contudo, estende sua explicação. Retomemos nossa citação: se o agir (*acting-out*) é uma busca por uma saída do sofrimento, em que raias isso se dá? Bem, primeiramente, lembremo-nos do quadro da angústia: o *acting-out*, assim como a passagem ao ato, são respostas que – desde o vetor do movimento – visam a dar conta, por meio de uma ação, da angústia que arrebatava.

A conjuntura do *acting-out* é bastante específica. Se Freud diz que é aquilo que, em transferência, é atuado em lugar de rememorado, Lacan (1963-64/2005) grifa a definição de Freud, afirmando que :

O *acting-out* é, em essência, a mostração, a mostragem, velada, sem dúvida, mas não velada em si. Ela só é velada para nós, como sujeito do *acting-out*, na medida em que isso fala, na medida em que poderia ser

verdade. Ao contrário, ela é, antes, visível ao máximo e é justamente por isso que, num certo registro, é invisível, mostrando sua causa. (p. 138-139).

A questão é que o sintoma também é uma montagem que implica um deciframento. Contudo, o *acting-out* clama por interpretação, ao contrário do sintoma. Ou seja: o sintoma acontece independentemente da transferência, enquanto o *acting-out* “é o começo da transferência. É a transferência selvagem. Não é preciso que haja análise (...) para que haja transferência. Mas a transferência sem análise é o *acting-out*. O *acting-out* sem análise é a transferência.” (op. cit., p. 140). Isso quer dizer que – muito além de buscar uma satisfação, como faz a formação de compromisso sintomática – trata-se de uma mensagem com destinatário. Mensagem esta que está endereçada ao Outro, na medida em que pretende, diante da angústia de desassomar, restituir a barra e recuperar o estatuto de sujeito desejante.

Se o ato de cortar-se acontece enquanto *acting-out*, é preciso compreendê-lo como um agir para cortar a iminência de fusão com o Outro, de tornar-se objeto do desejo do Outro. Lembremos que a angústia é um afeto à deriva e o objeto *a*, produto, enquanto resto, da divisão subjetiva: portanto, o *acting-out* é uma ação do sujeito para reassegurar seu lugar de faltante. Considerando que o objeto *a* faz borda à falta, à castração, o ato de cortar-se, enquanto *acting-out*, pode ser considerado como uma forma de rebordar este contorno, no nível do corpo.

A passagem ao ato é algo mais radical. Trata-se, sumariamente, da identificação total do sujeito com o objeto *a*. É quando uma identificação deste porte acontece que o sujeito melancólico pode vir a se suicidar, por exemplo. É o momento da defenestração do sujeito – se é que podemos colocar nesses termos. O sujeito se precipita (*laisser tomber*) da cena para o mundo.

Ora, a dimensão da cena, em sua separação do local – mundano ou não, cósmico ou não – em que está o espectador, está aí para ilustrar a nossos olhos a distinção radical entre o mundo, vêm a se dizer. Todas as coisas do mundo vêm colocar-se na cena segundo as leis do significante, leis que de modo algum podemos tomar de imediato como homogêneas as do mundo. (op. cit. p. 42-43)

A cena (*scène*, em francês quer dizer tanto cena quanto palco) são as histórias enlaçadas na cadeia de significantes (representações); é o lugar onde se pode falar das coisas do mundo, pois sob a égide das leis da linguagem. O mundo é o fora da cena, é este lugar que simplesmente existe: “de um lado, o mundo onde o real se comprime, e, do outro lado, a cena do Outro, onde o homem (...) tem de assumir um lugar como portador da fala, (...) numa estrutura que (...) é de ficção” (*op.cit.* p. 130). Na passagem ao ato, não há operação simbólica nem mensagem a ser decifrada. O sujeito é completamente apagado da barra que o funda, na medida em que se identifica com o objeto *a*. A própria estrutura do objeto *a* é imprópria para a subjetivação.

Acreditamos que é mais raramente que um ato de cortar-se se efetiva enquanto passagem ao ato. Ainda assim, quando se efetiva enquanto tal: trata-se de algo mais radical, de um processo psíquico que implica um recurso drástico, do ponto de vista da posição do sujeito, para lidar com a angústia que o arrebatou.

Se o ato de cortar-se se apresenta enquanto *acting-out* ou passagem ao ato, só podemos verificar em transferência, portanto, a partir de casos clínicos. No entanto, antes de prosseguir, pensamos que a confusão dos termos deixada como herança freudiana pode, agora, ser tomada como nossa, na seguinte proposição: havíamos optado por separar os termos enquanto repetição e compulsão à repetição – agora, com as contribuições de Lacan (1963-64/2005), podemos arriscar afirmar que: (1) o sintoma se apresenta apenas como repetição, na medida em que resolve o problema da angústia para o sujeito; (2) a compulsão obsessiva, dado seu enlace com o sintoma, tem sua faceta repetitiva, mas também compulsiva, no sentido que a pessoa não consegue abandonar os comportamentos, mesmo que lhe pareçam bizarros, isto é, “não pode se impedir” (Lacan, *op. cit.*, p 374); (3) o *acting-out* apresenta-se em transferência, como algo que se repete no agir, uma vez que articulado com uma mensagem cifrada – mas também possui certo grau de impulsividade tributário da iminência da angústia, e assim o pensamos dentro do espectro da compulsão à repetição; (4) a passagem ao ato seria, a nosso ver, o ato de impulsividade máxima, a compulsão à repetição no seu sentido mais absoluto: uma tentativa de salto “no escuro”, que paradoxalmente implica salvar a subjetividade, identificando-se com o objeto que não se presta para isto.

7. Casos Clínicos.

*Si tu as mal là où t'as peur
Tu n'as pas mal là où je pense!*

(Camille)

Tratar do “ato de cortar-se” não é, de modo algum, falar de um fenômeno homogêneo. Não interessa a descrição do fenômeno, a nós psicanalistas. Cortar-se, longe de ser uma manifestação única e querer comunicar a mesma coisa por parte de todos aqueles que se cortam, pode adquirir vários contextos e várias leituras, a depender de cada sujeito. Pode, inclusive, não significar nada em termos de comunicação de uma mensagem cifrada e endereçada. De modo geral, somente como exemplo, um psicótico que se corta é muito diferente de um neurótico que se corta.

Sobre os dois casos aqui relatados: trata-se de duas pacientes que foram atendidas por mim, no contexto ambulatorial de um serviço psiquiátrico de atenção aos transtornos alimentares. Considero que ambas são estruturalmente neuróticas, ainda que o diagnóstico estrutural não seja o tema deste trabalho, mas seria leviano da minha parte se eu não localizasse o leitor a este respeito.

É importante circunscrever que ambas receberam, por parte da psiquiatria, o diagnóstico de transtorno alimentar. No entanto, as questões alimentares não são o foco deste trabalho, e decidi usar como centro de investigação nas análises dos casos a questão do “ato de cortar-se” que aparece em ambos. Essa decisão foi tomada por dois motivos: um deles é que, dada a extensa bibliografia e produção de saber encontrada na psicanálise sobre as patologias alimentares⁴⁶, pensei que contribuir para um campo menos estudado e com menos publicações na área poderia ser mais interessante. O segundo motivo – talvez primeiro em importância *après-coup* – foi a minha inclinação na direção da curiosidade metapsicológica sobre o ato de cortar-se e como isto se havia

⁴⁶ Aos interessados em pesquisar mais sobre as psicopatologias da alimentação recomendo o livro de Maria Helena Fernandes: “Transtornos Alimentares”, que faz parte da Coleção Clínica Psicanalítica, editada pela Casa do Psicólogo.

processado nesses atendimentos. Portanto, o vetor que me moveu foi aquele que move os sujeitos: o singular do desejo.

Sendo assim, considere que tendo sido eu a analista que acompanhou estes casos e que o interesse na investigação metapsicologia deles parte do meu desejo singular de analista, não havia outra saída a não ser romper um pouco com o protocolo da escrita acadêmica e passar a escrever em primeira pessoa, ao menos nos capítulos correspondentes aos relatos. Já na análise dos casos, como ao modo de uma “supervisão”, retomo a primeira pessoa do plural a fim de estabelecer um distanciamento necessário. Posto isso, proponho seguir com os relatos e análise dos casos, respectivamente Amanda e Catarina.

7.1. Relato do Caso Amanda⁴⁷.

*Mamãe, mamãe, não chore
Não chore nunca mais, não adianta
Eu tenho um beijo preso na garganta*

(Caetano Veloso)

Uma moça miúda, muito emagrecida, encontrava-se sentada num banco do jardim do pátio de um serviço ambulatorial de saúde mental. A perna esquerda tremulava e ela soltava curtas risadas enquanto verificava insistente o relógio de seu celular.

A psiquiatra a viu e foi ao seu encontro.

- Oi, Amanda. Como vai?

- Tudo bem, Dra. Felipa. Você vai me atender hoje, né? (risada curta).

- Não, Amanda. Hoje não é dia de consulta. E você faltou na última, então, deve marcar a próxima.

- Mas eu preciso falar com você, Dra.

- Vá à secretaria e marque a próxima consulta, que eu te receberei.

- Mas...

A psiquiatra chamou outra moça, igualmente ou tão emagrecida quanto, e se encaminhou para a sala de atendimento.

Amanda, na época com 20 anos, sentou-se novamente no banco e, enquanto tremiam suas mãos, ela ria intermitentemente e procurava algo em sua bolsa. Achou um apontador, quebrou, tirou a lâmina e efetuou um corte em seu antebraço. Assim que

⁴⁷ Este capítulo consiste em uma versão modificada do trabalho: *O Corte do Corpo na Bulimia*, que foi apresentado por nós no V Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e XI Congresso de Psicopatologia Fundamental: “Dietética, Corpo e Pathos”, realizado em Fortaleza, em setembro de 2012.

medrou o sangue, ela abriu um caderno numa página em branco e começou a esfregar seu braço nele.

Imediatamente outros profissionais da equipe a viram e correram para acudi-la. Ela foi levada a uma enfermaria para tratar do ferimento e a psiquiatra de Amanda foi chamada. Quando a psiquiatra chegou, Amanda ofereceu-lhe o diário aberto na página com garranchos borrados com seu sangue e mostrou: “Olha o que eu fiz!” - rindo nervosamente.

A partir disso, a equipe compreendeu que poderia haver ali, no ato do corte de Amanda, uma passível demanda por uma escuta analítica. Esse “prólogo” do início da análise de Amanda me foi contado, quando ela foi encaminhada. Na época, disseram que ela queria “chamar a atenção”. Assim, Amanda chegou para o tratamento analítico comigo: com um diagnóstico de transtorno alimentar e com um pré-julgamento sobre seu ato de cortar-se.

Apresentou-se nos primeiros encontros comigo com seu corpo e discurso franzinos, um riso dissociado que irrompia sua fala com frequência e foi contando, de trás pra frente, suas histórias de abandono. Ela contou que “teve outra psicóloga” antes de inscrever-se para o tratamento no serviço ambulatorial para transtornos alimentares. Mas esta psicóloga anterior a “abandonou”, assim como havia “sido abandonada” também por uma ex-colega de trabalho que igualmente “tinha anorexia”.

Era casada com um homem que ela descrevia como gentil e amoroso. O modo como ele tentava ajudá-la, vistoriando seu comportamento purgativo, lhe parecia ora uma vigilância crítica, ora gestos de carinho. Por isso, ela também reclamava dele como uma criança, que faz muxoxo: “ele não deixa”. Contudo, não era comum que ela ocupasse as sessões para falar dele.

Amanda trabalhava como servente numa padaria nobre da região central de uma grande capital. Segundo me contou, era lá que ela comia e “descomia” alimentos, vomitando as ingestões de forma grotesca. Atos descomedidos que a fizeram, evidentemente, perder o emprego. Amanda já estava desempregada quando começou a análise comigo.

Um dia, Amanda contou um sonho: “uma moça de cabelos escuros, presos num rabo de cavalo”. Quando verbalizou o sonho, exclamou imediatamente, enquanto olhava para mim: “Não é você!” – em negação, porém já denunciando o estabelecimento de sua transferência. Amanda me concedia, portanto, a honra de escutá-la. Sem me esquivar, lhe pergunto: “Quem é ‘você’?” – ela ri e começa a supor que talvez fosse sua amiga que também havia sido diagnosticada com anorexia, ou quem sabe, a outra analista: duas pessoas que ela ligava ao fato de a terem abandonado.

Amanda ocupava as sessões com a repetição do discurso em uma espécie de mantra que me soava monótono: emagrecer, emagrecer, emagrecer... E fazia contas, conta das medidas, dos quilos perdidos, dos quilos que ela imaginava haver ganhado. Quantidades que, em uma lógica implacável, se atuavam e atualizavam em: comer excessivamente, depois vomitar e, não raramente, cortar-se. Atos incisivos no corpo. Nas sessões, as falas de Amanda sobre seus cortes contavam, por associação livre, que as incisões no seu corpo, movidas por “ataques de angústia”, tinham um destinatário: ora a psiquiatra, ora eu (a analista), ora outros profissionais da equipe, entre outros personagens de sua vida psíquica.

Era comum, por exemplo, que ela abrisse uma sessão contando que se cortou, contextualizando o momento do corte, isto é: qual objeto havia usado, qual local do corpo o ato de cortar-se havia incidido etc. Em seguida começava a falar de um episódio que ocorrera com alguém, e assim ela mesma ia, durante a sessão, se dando conta de que se sentira *angustada* no episódio vivido e isto havia a mobilizado a cortar-se. Ela começava a fazer ligações entre os atos de cortar-se e os episódios de sua vida. Ligação esta que, antes, não era evidente para ela. E, aqui, ficava mais evidente que os atos de cortar-se de Amanda eram sempre uma espécie de mensagem bizarra com destinatário. Como se fossem recados: “alguém fez algo que me *angustiou*, por isso vou me cortar e, portanto, foi alguém que provocou isso em mim, esse corte, essa dor” – o dano causado deveria ser *visível*. Mesmo que ela escondesse os cortes com mangas longas ou outros trajes, a ação não era bem-sucedida, e, assim, o que parecia estar em jogo era a possibilidade de *mostrar* o corte.

Amanda vinha às sessões intermitentemente, com muitas faltas que eram raramente avisadas. Do mesmo modo que as quantidades de alimentos que ela ingeria oscilavam: às vezes era quase nada, às vezes era uma quantidade monstruosa, pelo que

ela contava. Quando vinha, vinha muito temerosa. Acreditava, na sua fantasia, que perderia o direito a ser atendida. E se desculpava massivamente das *faltas*, contando dos seus *excessos*: havia comido demais, vomitado muitas vezes e, angustiada, se cortado um tanto. Em uma das vezes, cortara-se com um dente do garfo plástico, utilizado durante os almoços servidos na instituição. Sentiu-se mais gorda que as outras meninas e disse, na sessão comigo, sobre o episódio no refeitório: “Eu não queria *crescer*”.

Depois de duas faltas seguidas somadas com um feriado, que acabavam por resultar em três semanas sem vir, ela vem à sessão seguinte e conta que se cortou fundo. Este corte ela fez na parte interna de uma das coxas. Conta detalhadamente que começou fazendo um pequeno talho com um estilete e, quando se deu conta da lâmina precisa do instrumento, começou a desenhar letras na sua carne. Terminou por escrever “ANNA”, com dois enes.

Do ato literal, ou seja, escrever em seu corpo, ela falou na mesma sessão que “ANNA” é sua única amiga e companheira. Queixava-se de que não tinha mais ninguém. Não podia contar com mais ninguém, nem mesmo com o marido que vigiava sua alimentação, seus movimentos ao banheiro e seu corpo – vasculhando novos cortes – pois ela temia que ele a deixasse. Não poderia contar com a equipe de tratamento, pois pensava que qualquer um poderia mandá-la embora a qualquer momento. Não poderia contar com a analista, pois já havia sido abandonada pela desistência da anterior. A qualquer momento, todos poderiam se “encher” dela e abandoná-la.

“Te vomitar?” eu pergunto. Neste momento, Amanda se põe a chorar e uma história enfim surgiu:

De uma família pobre do centro do país, quando contava com cerca de seis anos, seu pai migra para a capital paulista. Sua mãe não aguenta a ausência do marido e parte, logo em seguida para encontrá-lo, deixando Amanda e seu irmão mais novo aos cuidados de uma tia.

Sua mãe a abandonara: todos poderiam fazer o mesmo.

A cena daquilo que Amanda viveu como abandono ocorreu perto do horário do almoço. A mãe reúne os filhos e diz que vai sair e voltar em breve. As crianças deveriam esperá-la na casa da tia, assim como deveriam, também, obediência a ela,

“como se fosse sua mãe”. A tia, por sua vez, contada como uma personagem de caráter irritadiço e com pouquíssima paciência, a cada vez que seu juízo acusava desobediência das crianças, ameaçava-as com um facão: “Eu vou cortar você inteira!”. Amanda relembra aterrorizada e se pergunta, afinal, por que a mãe os deixou com pessoa tão má?

No dia da primeira partida da mãe, mesa foi posta, na hora do almoço, e Amanda se recusou a comer, dizendo que esperaria pela mãe. E mesmo diante das ameaças da tia, conta que nunca chorou. Espera infinita, fome infinita.

Durante seu relato nesta sessão, Amanda percebe os significantes que marcam simbolicamente sua história: almoço, comida, abandono, cheio, vazio e faca. Algo se processa entre seu discurso e suas memórias: sua mãe vai e vem da capital, ora levando um filho, ora outro. A inconstância confunde a pequena menina, e ela conta que vivia as separações como cortes, como abandono.

Amanda, como já foi dito no início deste relato, possuía vários diários. Já em transferência comigo, ela pedia para trazer seus diários nas sessões, e lia estes relatos que pouco se diferenciavam de seu mantra enfadonho: “emagrecer, emagrecer, emagrecer...”. Para alguém, ela utilizava o diário para contar: fazer contas de calorias ingeridas, quilogramas antes e depois de cada refeição. Quilogramas depois de acessos de compulsão alimentar. Usava fio-dental para circundar braços e coxas e os acomodava em meticulosos rolinhos, grudados com fita adesiva, na página do dia correspondente. Assim, dizia ela, saberia exatamente se tinha perdido o volume desejado.

“Qual era o peso?” – perguntei. Ela respondeu, imediatamente: “O peso da falta de minha mãe, na infância. Acho que tudo tem relação com ela. Com suas idas e vindas. Com a minha espera, quando ela foi embora pela primeira vez e me deixou na casa da tia horrorosa.”.

Lembro aqui o que já contei no início do relato: que ela já havia usado o diário para esfregar o sangue que verteu de um corte que havia feito, e mostrar para a psiquiatra. Como se fizesse, com seu próprio sangue, uma pseudo-escrita de uma mensagem criptografada. E, embora ela nunca tenha ameaçado se cortar na minha frente, ela continuou a mesma ação: se cortava e borrava o diário com seu sangue. Havia vezes em que Amanda mostrava seu diário nas sessões, outras vezes

simplesmente contava o que havia feito. E quando se tratava dos episódios de atos de corta-se, o que se apresentava nas páginas eram sempre as *marcas* de sangue, isto é, não havia nada literalmente escrito em palavras.

Aos poucos, conforme o prosseguir do trabalho analítico, Amanda começou também a trazer narrativas escritas em seu diário, e selecionava trechos para ler nas sessões. As cifras numéricas e os borrões de sangue eram substituídos por histórias sobre seus afetos. Amanda escrevia sobre seus anseios, sobre sua amizade com a “ANNA” e sobre seus medos. Sobretudo, ela narrava o lugar aprisionado em que se encontrava: em seu saber, ela dizia que queria ser mais que “uma anoréxica”, mas temia “perder esse lugar”.

Ocorreu que, num dado momento do tratamento de Amanda, eu tiraria longas férias, por conta de uma viagem ao exterior que implicaria estudos e estágio. Três longos meses nos separariam. E Amanda teria que, neste período, ficar sem análise e sem a analista.

Delicadeza e precisão no manejo eram o mínimo necessário. Mesmo sabendo que Amanda poderia contar com os outros membros da equipe, mesmo assim, eu supunha que uma separação poderia ser vivida de maneira muito ruim, na mesma série “corte-abandono” na qual se inseria a mãe de Amanda.

Optei, por razão das faltas, em avisar Amanda cerca de três meses antes da partida e começar a trabalhar o assunto com ela, durante as sessões de análise.

Logo quando do primeiro comunicado sobre o que viria a acontecer, Amanda chorou como dissera que não chorara a primeira partida de sua mãe. Eu me vi diante da menina faminta, de seis anos de idade, desamparada e desentendida. Nenhuma palavra cabia, nenhuma palavra podia dar conta de tamanha dor condensada naquele momento. Era uma questão de presença/ausência, cheio/vazio. Em presença na transferência, Amanda comia e vomitava: ela vinha e faltava, e dizia que faltava pois preferia me deixar só, a ser abandonada.

Na antepenúltima sessão, antes das famigeradas férias, Amanda pergunta com ódio: “O que eu vou fazer sem você? Como eu vou fazer sem você?”. Eu, desajeitadamente, pergunto por seu diário e digo: “Você pode escrever no seu diário”.

Neste momento, não sei exatamente o que me deu. Apenas, ofereci que ela usasse o recurso que tinha. O mesmo que a fez chegar à análise, o mesmo que ela usava para *atuar*. Ela me olha de soslaio. Não diz nada, mas esboça raiva.

Na penúltima sessão, também antes das férias, ela traz seu diário, abre numa página em branco e pergunta raivosa: “O que eu faço com isso?”. Naquele átimo, eu pego gentilmente seu diário aberto, espalmo minha mão esquerda na folha em branco e estendo uma caneta à Amanda. Naquele momento eu não pensei no que fazia, apenas fiz uma aposta *arriscada*. Imediatamente, Amanda pega a caneta e *risca* o perímetro da minha mão. Sorri. Depois, com o caderno aberto junto a ela, procura o estojo em sua bolsa, pega algumas canetinhas coloridas e usa-as para preencher as unhas e desenhar o anel que eu usava.

Amanda olha o desenho finalizado e diz: “uma mãe... quer dizer: uma mão!” – “uma mãe quer dizer uma mão?” Eu pergunto. Ela ri, denotando que pôde escutar seu ato falho e me pergunta: “E se eu precisar de uma mão?”. Eu respondo: “Tem aí” – Sim, talvez não a forma perfeita, na exata medida de peso-presencial, mas a aposta era de que algo do trabalho analítico já havia deixado *marcas*.

Na última sessão, Amanda telefona, pela primeira vez, no intuito de avisar que não viria. Diz que não queria se despedir.

Na primeira sessão marcada após os três meses, Amanda comparece. Ela ria, nervosa, e dizia que tinha uma coisa para me mostrar. Pega o diário em sua bolsa e começa a folhear buscando algo específico. Quando acha, abre e mostra para mim: tratava-se da mesma mão outrora desenhada, com o contorno de outra mão por cima (provavelmente a mão da própria Amanda) e ambas *riscadas* e *rabiscadas* em lápis de cor vermelho.

Ela exclamou, sorrindo: “Eu não me cortei mais! Eu fiquei com muita raiva, e risquei tudo de vermelho... o desenho das mãos... mas eu não me cortei!”. De fato, doravante, Amanda nunca mais relatara a necessidade de recorrer aos cortes nos seus picos de angústia. Naquela aposta, algo havia operado: do vermelho sangue ao vermelho lápis-de-cor, do corpo-dor aos signos, mais próximos da linguagem simbólica.

Nas sessões que se seguem após esta, Amanda contou também que “sabe que não está gorda” e que “não vê mais seu corpo como gordo”. Porém, ela se assustava, pois ao mesmo tempo dizia que não conseguia acreditar nisso! Olhava fotos recentes e reconhecia que estava magra. Não magra como quando “estava anoréxica”, porém, magra. Dizia que não era possível, com o registro daquele número na balança ou na fita métrica, ela não estar gorda. Havia um conflito, que se expressava na contradição entre o que via no espelho e o número que os instrumentos de medida apontavam. Então, ela propõe uma divertida solução de compromisso para dar conta deste conflito: “Eu acho que vou sair correndo!... É! Assim eu posso melhorar, posso voltar a comer, não vomitar nunca mais e não engordar”.

Era claro para mim que havia outros riscos nesta fala: desde atuar um “sair correndo do tratamento”, até um deslocamento dos cortes e vômitos para uma prática excessiva e extenuante de exercícios.

Sigo ainda mais um pouco no relato do caso, a fim de acompanhar quais os caminhos da análise de Amanda. Se eu considero a hipótese de que há um giro, uma mudança na análise de Amanda, a partir da sessão em que ela me mostrou o que havia feito com os desenhos das mãos no diário, vale contar o que se seguiu.

Em um dado momento, ela veio à sessão muito irritada com a psiquiatra, que havia dito que “ela melhorara.”. Amanda dizia ter escutado a fala da psiquiatra como: “você está gorda!”, porém, quando a indago sobre o que parecia tê-la irritado tanto, ela disse como quem se confessa: “Eu não quero ter alta! Se eu não for mais anoréxica ou bulímica, se eu não tiver mais transtorno alimentar, eu vou ser o quê?”. Boa pergunta, Amanda! Abriu-se um repertório de possibilidades, então, diante da pergunta que lhe faço: “E você gostaria de ser o quê”.

Contou que seu marido queria ter filhos, formar uma família. Mas ela dizia sentir-se muito ambivalente, não tinha tanta certeza – queria e não queria. Tinha medo de engordar na gravidez e controlava seu ciclo pela tabelinha, evitando as aproximações do marido nos períodos de fertilidade.

Um salto faz-se necessário pelos limites da proposta deste trabalho. Após pouco mais de um ano, Amanda vem à sessão e diz que está grávida. Nenhuma grande

surpresa, pois já havia algumas sessões em ela anunciava que não estava mais tão rigorosa com seu controle de natalidade e que vinha cogitando, sim, ter um filho.

No início da gestação, houve ainda algumas *atuações*: caiu da escada por duas vezes e carregava peso excessivo, sem necessidade, nos afazeres de seu trabalho. Amanda tinha dúvidas, na sua verdade, em relação à maternidade. Ela podia verdadeiramente, ser mãe? Ela podia *querer* ser mãe? Questões sobre sua própria mãe e sua capacidade para a maternidade eram a tônica de seu discurso, enquanto sua barriga crescia e seus seios inchavam. E, quanto mais ela colocava e trabalhava essas questões na análise, mais ela se apaixonava pelo seu novo universo-umbigo, na companhia de seu marido.

Ela fazia questão de incluí-lo nas idas aos exames de pré-natalidade e sentia-se bem acompanhada para esta nova empreitada em sua vida, na gestação de outra vida. Preocupava-se com o peso ganho não mais que outras grávidas.

Nos meados da gestação, ela anunciou que uma separação estava por vir. Finalmente, quando estava com cerca de cinco meses, disse para mim: “Acho que eu vou sempre me preocupar com pesos e medidas, para o resto da vida. Mas não sinto que preciso mais vomitar.”. Ela sabia que ali, naquele trabalho, um ciclo estava por se fechar.

Aos sete meses de gestação, ela coloca a dúvida sobre a necessidade da continuidade de seu tratamento, diz que gostaria de continuar vindo até o bebê nascer, mas que, depois, gostaria de se concentrar no nascimento desta nova família. Acrescenta ainda que gostaria de, em um outro momento, retomar o trabalho analítico. E pergunta se eu a receberia no meu consultório particular, fora dos limites da instituição de tratamento para transtornos alimentares, pois, ela diz: “não seria mais de transtorno alimentar que gostaria de falar.”.

No final da gestação, Amanda vem mais raramente. E, finalmente, quando o bebê nasce, ela comparece a uma última sessão, trazendo o filho. Conta como estava se sentindo bem e como o marido ajudava nos cuidados com o bebê.

Ao fim da sessão, ela pergunta se havia um local para trocar a fralda do filho. Eu indico um banheiro que tem um apoio que poderia ser utilizado para tal feito.

Observo o caminhar daquela moça, ainda miúda, e penso: havia nascido uma mãe em Amanda. Uma mãe capaz de amar.

Neste dia, ao se despedir, Amanda ainda me diz: “obrigada por não me abandonar”.

7.2. Análise do Caso Amanda.

Podemos iniciar com uma brincadeira⁴⁸, dizendo que “a chegada de Amanda foi com luzes e holofotes”. Havia se cortado no próprio serviço de psiquiatria, esfregado seu braço com o corte nas páginas de um diário e, depois, mostrado esta página ensanguentada à psiquiatria. E foi este episódio que fez que a equipe encaminhasse Amanda para análise. Na época, foi dito que a moça queria “chamar a atenção”. É curioso como a expressão “chamar a atenção” pode remeter ao comportamento das crianças, mas não é disto mesmo que também se trata em análise? Também do infantil – ou melhor: dos conteúdos sexuais infantis do inconsciente. Ou, em outros termos: da posição do sujeito dada a castração. Bem, buscamos pensar este episódio como um *acting-out*, se o *acting-out* é uma “transferência selvagem”, ou seja, uma transferência sem análise. Compreendemos que nesse gesto de Amanda, havia uma demanda enlouquecida, fora de lugar, atuada de forma desajeitada e não rememorada.

Duas coisas são importantes de enfatizar sobre o sonho “da moça de cabelos castanhos, presos num rabo de cavalo” relatado: (1) Amanda, após o relato do sonho, diz “Não é você!”, o que nos faz pensar em toda a relação de amor *versus* hostilidade que ela poderia ter em transferência. Ela nega que possa ter associado a figura de seu sonho com a figura da analista. Ao negar, ela o confirma. Se, em sua fantasia, contar que sonhou com alguém é satisfazê-lo, podemos dizer que ela não desejava satisfazer o outro. O que, no caso de Amanda, dada sua reação associativa ao sonho, isto – de não desejar satisfazer o outro – poderá ser compreendido, à posteriori, como uma defesa. (2) Os episódios com ato de cortar-se, como dissemos, continuavam com frequência mais que semanal, portanto, mesmo com o laço transferencial, ela continuava atuando. Agindo, segundo Freud (1914a/1995), em lugar de rememorar.

Vamos nos deter para fazer algumas observações sobre o manejo clínico. Trata-se da escuta do que há de verdade na enunciação “Não é você!”, isto é, mesmo que tenha sido uma negação da analisante, em verdade não se trata “do analista” enquanto pessoa, e, sim, do lugar transferencial em que ele é colocado. Portanto, é isto

⁴⁸ Às vezes, é preciso um pouco de bom humor; pois tratar da análise de pacientes muito atuadores “não é brincadeira”!

que um analista, *grosso modo* e na maioria das vezes, deve ter em mente com relação aos sonhos: “Não é você!”. Dito de outro modo: “quem é ‘você?’”, tendo claro, também, que “você” podem ser vários. Desde Freud (1900/1995), sabemos que as personagens que aparecem nos sonhos dos analisantes não correspondem às figuras reais da vida cotidiana do mesmo, mas às imagos parentais. É por meio da associação livre a partir do sonho que um analista pode escutar quais são as posições ocupadas por estas imagos, nas fantasias dos sujeitos. No caso de Amanda, ela associa a figura de seu sonho com a amiga que também havia sido diagnosticada com anorexia, e depois com a outra analista. Ambas estavam ligadas pela mesma associação: ambas a abandonaram. Assim, se por um lado, conforme a hipótese acima, a negação talvez comporte em uma negação de satisfação ao que ela supõe que satisfaria a analista, por outro lado, podemos pensar como um pedido de não ser abandonada. O fato é que a transferência havia sido estabelecida.

Mesmo com a transferência estabelecida, os episódios de ato de cortar-se continuavam. Então, sobre o ato de cortar-se em Amanda, cabe uma primeira tentativa de suposição: era no ato de cortar-se que ela buscava arrefecer sua angústia. Não havia a possibilidade da palavra, seu corpo servia de suporte material para a expressão da sua linguagem.

A questão é: qual a posição de Amanda em relação ao Outro e ao objeto a, quando ela realiza o ato de cortar-se? Ora, dissemos no relato que os atos de cortar-se de Amanda pareciam se configurar como mensagens. Isso, pois quando ela passa a associar os atos de cortar-se com episódios que tinha lhe provocado angústia, parecia que se configuravam reações atuadas ao que se passara com alguém imediatamente antes. Novamente aqui, compreendemos que este modo de agir pode ser compreendido como *acting-out*.

Vejamos o que pode ter se passado no episódio do ato de cortar-se em que ela escreve ANNA no interior de sua coxa. Este ato de cortar-se que resulta na escrita de “ANNA” nos parece possível ser pensado como um *acting-out*, que visa inscrever uma mensagem. Podemos supor que, neste episódio, ela escreve um significante na sua pele. Aquilo que chamamos de *-(r)rhagia*, nos capítulos 5 e 6, e que atuada no real da hemorragia do corpo de Amanda, põe em ação o psiquismo para defender-se dos excessos que provocam angústia. Amanda diz que o fez para evitar o abandono, pois

ANNA, enquanto cicatriz na sua pele, jamais a abandonaria. Contudo “ANNA” também se refere à anorexia, que significa “sem fome”⁴⁹.

É, então, que surge na análise a “história da mãe que a abandona”. Se ficarmos, enquanto analistas, deveras siderados pela “queixa que abandono” da analisante, podemos correr o risco de ensurdecer, tomando-a como uma pobre coitada. Queremos dizer com isso que ela se referia, sim, a um sofrimento, mas de qual sofrimento ela falava?

A “história da mãe de abandona” coaduna outro elemento: a tia. Vamos supor, então, que a mãe não a abandona, mas a deixa diante de uma metáfora: “como se fosse sua mãe”. Esta tia aparece então enquanto presença totalizante, que emite falas na direção de: “faça o que eu desejo”. Assim, não é tanto uma caricata ameaça de castração, na fala da tia-mãe: “eu vou cortar você inteira”, que parece estar em jogo na cena. Ao contrário, é a falta da castração. “ANNA”, portanto, se referia à memória da postura anoréxica de Amanda, quando menina, diante da tia.

As faltas de Amanda, nas sessões de análise, também pareciam modos de lidar com a falta da falta, ou seja, de lidar com a angústia. Faltando, ela garantia a continuidade da análise. Assim, diante do significante “abandono”, é Amanda que joga na presença-ausência, atuando seu *fort-da*. Conforme abordamos brevemente no capítulo 3, o *fort-da* é o jogo que Freud (1920/1995) observa uma criança (seu neto) criar; com um barbante ligado a um carretel, a criança faz ir e vir repetidas vezes este último, acompanhando o movimento com as palavras *fort* (foi embora) – ao jogá-lo longe – e *dá* (está aqui) – ao alcança-lo perto novamente. Esta brincadeira da criança está dentro do escopo metapsicológico da compulsão à repetição (ver capítulo 6). Ou seja, de acordo com Freud, é uma brincadeira que tem de inédito a repetição da perda realizada pela própria criança que se põe como atora do ir e vir da mãe. E acrescenta que este jogo “(...) se relacionava com a grande realização cultural da criança, a renúncia pulsional* (isto é, a renúncia à satisfação pulsional*) que efetuara ao deixar a mãe ir embora sem protestar” (Freud, 1920/1995, p. 27). Contudo, Lacan (1962-63/2005, p.76) diz que “há sempre um certo vazio a preservar”, é da saturação total, da

⁴⁹ Anorexia é um termo que vem do grego: a junção do prefixo *a* (*an*) “não” ou “privado de”, com *orexis* – “apetite” ou “desejo”. Muitos trabalhos sobre transtornos alimentares, em particular a anorexia nervosa, investigam essa questão do desejo na anorexia.

falta de vazio, que advém a angústia. Portanto, não se trata de uma conquista civilizatória, antes disso, é uma compulsão à repetição que visa colocar o sujeito em sua posição de barrado diante do desejo do Outro. No caso de Amanda, ela fazia do seu corpo o objeto-carretel, de modo que suas faltas pudessem garantir a falta constitutiva, assim como seus excessos de ingestão alimentar seguidos de vômitos e os atos de cortar-se.

Iremos agora investigar o que pode ter se passado no episódio do desenho da mão no diário. Amanda, muito queixosa pela contingência das férias de três meses da analista, pergunta o que fazer. A analista porõe que ela escreva no seu diário. Ora, o “aconselha-la” a escrever no seu diário poderia ter sido tomado por Amanda como uma autorização para continuar escrevendo com o sangue dos atos de cortar-se. O interessante é que Amanda responde à analista com raiva, tanto em seu olhar no primeiro momento, quanto na sessão seguinte quando mostra as folhas em branco do diário.

Sabemos, por causa destes efeitos na sessão seguinte, quando Amanda pergunta com raiva: “O que eu faço com isso?” – que a hostilidade da moça, pela primeira vez, é falada em uma sessão. O desenho da mão da analista é feito e algo se processa nesta cena, dentro do palco da relação transferencial. Buscamos pensar que o que houve foi que, ali, analista e analisante jogaram uma versão singular do *fort-da*. A analista empresta seu corpo (mão)⁵⁰, no atual da sessão, para que seja circundando um objeto simbólico, em um jogo *lúdico*. Junto com o ato falho de Amanda com “mão-mãe”, isso talvez possa ter simbolicamente *marcado* o diário da moça com a díade presença-ausência. Pelo que pudemos acompanhar depois, na volta da analista, podemos inferir que se efetivou uma marca psíquica. Tomando seu diário como extensão do corpo de Amanda, na medida em que era nele que o sangue dos cortes deixava sua marca, podemos dizer que a experiência do real do corpo pode ganhar um estatuto simbólico. Uma representação, ainda que em forma de desenho, mas articulada com as palavras “mão-mãe”, na fala de Amanda.

⁵⁰ Freud diz que não importa se o garoto do *fort-da* iniciou seu jogo imitando uma brincadeira que possa ter visto outra criança realizar. O importante é que o garoto se apropria da brincadeira como sua. (Freud, 1920/1995, p. 25-29)

Sabemos, após o término do tal período de ausência da analista, que Amanda pode fazer algo com isso que foi construído. Não apenas em utilizar o lápis-de-cor vermelho para (talvez) designar o sangue ou sua hostilidade, mas tomar o desenho como objeto e não mais seu corpo. De fato, até onde pudemos acompanhar (e esta análise ainda prosseguiu por certo tempo), ela nunca mais realizou o ato de cortar-se.

Para finalizar, podemos dizer que a gravidez talvez possa ter sido um modo de Amanda elaborar o lugar de “mãe”, em sua análise. Mesmo no início da gestação, quando ela se pôs em risco de perder o bebê. Ao passo que ela mesma pode trabalhar isso, relatando suas fantasias e implicando-se com suas ambivalências. Ou seja, se no início da gestação algo lhe interpelava com certa angústia, ao incluir seu marido enquanto pai de seu filho, este terceiro (pai), possibilita a operação de separação na unidade mãe-bebê.

Consideramos que Amanda entrou e saiu desta análise, em lugares psíquicos diferentes. Se antes ela é Amanda “a queixosa abandonada”, durante a análise ela passa a poder fantasiar sobre seu ventre vazio ser passível de gestar um filho. Além disso, a relação amorosa com seu marido foi fortuita para que ela o incluísse no processo, efetuando uma triangulação. Na saída da análise, ela é quem se retira. Retira-se do lugar de abandonada. E pode construir um novo lugar para o significante “mãe”.

7.3. Relato do Caso Catarina.

Ismália

*Quando Ismália enlouqueceu
 Pôs-se na torre a sonhar
 Viu uma lua no céu
 Viu outra lua no mar
 No sonho em que se perdeu
 Banhou-se toda em luar
 Queria subir ao céu
 Queria descer ao mar
 E num desvario seu
 Na torre pôs-se a cantar
 Estava perto do céu
 Estava longe do mar
 E como um anjo pendeu
 As asas para voar
 Queria a lua do céu
 Queria a lua do mar
 As asas que Deus lhe deu
 Ruflaram de par em par
 Sua alma subiu ao céu
 Seu corpo desceu ao mar.*

(Alphonsus de Guimarães).

Catarina chegou, ao ambulatório, com 17 anos e bastante emagrecida. Se continuasse a perder peso no ritmo que sua família relatara que vinha acontecendo nos últimos meses, teria que ser internada. Catarina chega, portanto, no limite mínimo de peso, de acordo com a avaliação médica.

A jovem é indicada para fazer uma avaliação psicológica com uma aprimoranda do programa de psiquiatria do Hospital. Esta avaliação incluiu alguns questionários para transtornos alimentares e a avaliação com desenho-estória. Os desenhos que ela fez para esta avaliação eram praticamente caricaturas: pessoas com “corpo-palito” e, no lugar das cabeças, uma boca enorme abertas, em formato de olho.

A psicóloga que faz a avaliação indica para atendimento individual, dizendo: “Há algo que parece falso nela” (sic). Acredito que Catarina, cujo senso de humor e inteligência eu vim a conhecer depois, pois sempre se fizeram presentes nas

sessões comigo, foi bastante irônica quando desta avaliação. Ou seja, ela parecia ter desenhado o óbvio: corpos magros e bocas abertas.

No entanto, quando Catarina foi encaminhada para ser atendida por mim, um aspecto em seus desenhos me intrigou: a boca em formato de olho. Olhos dentro de bocas: olho no olho, boca a boca, a quem se fala? No desenho de si mesma: o rosto rabiscado e um ponto de interrogação no lugar do corpo.

Ainda que não seja o ponto central de investigação deste trabalho, é interessante observar este percurso de chegada: avaliações médicas, psiquiátricas e psicológicas até que ela fosse encaminhada para análise. Não à toa, a moça veio para suas primeiras sessões com uma postura um tanto *blasé*. Num momento posterior de seu percurso analítico comigo, ela disse que chegou ao ambulatório pensando que diria o que quiséssemos ouvir, mas que não conseguiríamos fazê-la “engordar”.

Enfim, Catarina inicia suas sessões de análise. Nos primeiros encontros comigo, mal ela chegava e já se empoleirava na cadeira com os joelhos dobrados e os pés no acento. Nessa posição, meio de cócoras sobre a cadeira, ela ia falando e girando o corpo, para um lado e para outro. Ou ficava brincando com um *piercing* em forma de ferradura que ela tinha no septo nasal: escondia e mostrava, para dentro e para fora de suas narinas.

Quando falava, ela não apresentava um espectro de modulações na intensidade da sua voz. Parecia mais comunicar com os movimentos corporais uma agitação que não combinava com a voz. Um corpo que não parava quieto, como se ela não achasse um lugar dentro de si mesma... Algo não cabia, ou não combinava: era como uma série de descargas sem passagem pela palavra. Ela falava de um jeito manso e mostrava-se agitada.

Contava que tudo ia bem, tudo ia sempre bem. E pouco falava do transtorno alimentar. Relatava fatos da vida e acontecimentos com a mesma intensidade emocional modorrenta. A mesma voz mansa e um sorriso levemente desafiador. “Encontrei a galera...”, “Fui no bar...”, “Ah! Normal...”, “Ah! Tudo tranquilo, tudo beleza...”.

Depois de muitos meses, ainda no primeiro ano de sua análise, de repente em uma sessão que parecia igual e modorrenta como as anteriores, algo aconteceu.

Enquanto ela contava sobre seus assuntos, do mesmo jeito *blasé*, ela tomava goles de um refrigerante zero calorias, que – naquele dia – ela havia trazido. Não mais que de repente, Catarina abre a bolsa, pega a cartela de uma medicação e destaca um comprimido. Imediatamente eu a interpelo: “Pera lá! O que é isso?”, ao que ela responde com mesmo tom *blasé* costumeiro: “Efedrina...”. Neste momento, eu afirmo com calma e firmeza: “Aqui: não!”.

Aqui não. E fora? Podia? Eu sabia, evidentemente, que não poderia atuar controlando a ingestão de medicamentos anfetamínicos que Catarina utilizava com regularidade durante este início de tratamento. Mas não era possível não olhar. A cena se impôs e me convocou, através do olhar, a fazer esta intervenção.

Minha intervenção fez com que o olhar de Catarina mudasse, ela começou a gaguejar, enrubescer, riu sem graça. E disse: “tá bom!”, *obediente*.

A partir de então, seu discurso muda. Menos modorrento, ela passou a explicar, nas sessões seguintes, como fazia e quais estratégias usava para a manutenção de seu peso em limiar muito baixo. Explicava-me, com requintes de detalhes, as formas que escolhia para manter-se magra. “O corpo é meu, faço o que EU quero com ele!”. Conta também de seus anseios por “liberdade” – acreditava que “liberdade” era fazer o que quisesse, quando quisesse.

Essa postura de Catarina a punha em um embate com sua mãe que, volta e meia, me ligava desesperada, dizendo que não conseguia “fazer com que ela comesse”.

Filha única, Catarina morava com seus pais. A relação com eles parecia ser, ao mesmo tempo, muito frouxa e muito amarrada. Isto é, pais amorosos, de classe média baixa, sempre procuraram prover o melhor que podiam para sua filha. Assim como não queriam tolhê-la em suas escolhas. Catarina falava que sua mãe tinha um “discurso liberal e feminista”, mas que, desde que deixara de trabalhar, tornando-se dona de casa, passava os dias reclamando das tarefas domésticas. E a jovem ainda contava que, diante das queixa da mãe, ela se sentia demandada a ajudar: “Ao mesmo tempo, me dá pena e preguiça” – ela contava. Em alguns momentos, contava que ficava extremamente preocupada com o pai: em relação ao baixo ganho salarial dele, que era o único provedor da casa, e acrescentava que o fato de a mãe não trabalhar mais lhe causava

raiva, pois ela sentia que isso tudo “ficava pesado” para o pai. “Você se preocupa com o peso?” – eu indago, e ela diz que sim, que se via gorda, e que – por isso – fazia uso de todos aqueles estratagemas para emagrecer. Nesta sessão, fica evidente para mim que ela ainda não tinha conseguido se escutar.

É somente depois de um tempo de análise que tive notícias de que Catarina efetuava o ato de cortar-se. Foi primeiramente⁵¹ na análise que a moça começou contar sobre isso. Quando Catarina passava a noite em baladas, seus pais ficavam muito preocupados, ligando insistentemente em seu celular. Isto provocava brigas, nas quais eles gritavam com ela e ela respondia “muda”, encarando-os. Logo depois das brigas, Catarina se trancava em seu quarto por muitas horas. Nas sessões, ao falar disso, Catarina se queixava novamente da falta de liberdade. “Quero ser livre!”, ela dizia. Em uma das sessões, lhe pergunto: “quer livrar-se de quê?” – ela responde: “Sei lá...” e acrescenta: “do peso, do peso que eu sinto que sou para os meus pais”.

Ela dizia que gostaria de fugir, de sair, de mudar de país. Mudar de país ou de pais? – lhe indago. Ela se diverte e me responde: “De país eu posso mudar, de pais, acho que é mais difícil, né?” e ri.

Aos poucos, no processo de análise, Catarina começa a se referir a um medo difuso. Ela dizia ter medo de “não conseguir...”. “Não conseguir o quê, Catarina?” – eu perguntava, mas ela permanecia muda e o silêncio era a sua resposta.

Depois das brigas mais intensas com a mãe, Catarina – sempre *muda*, sempre *igual* – dirigia-se a um objeto cortante (faca, canivete, pedaço de vidro quebrado etc.) que guardava em seu quarto e efetuava um corte em seu antebraço. Começou, então, a falar disso em análise, mas sempre relatava levantando seu braço e mostrando: “daí eu fiz ISSO, ó...”. Jamais ela dizia: me cortei, por exemplo. Ela simplesmente *mostrava*. Após presenciar esta fala e esta cena repetidas vezes, e após notar que os cortes eram sempre no mesmo braço, eu perguntei ingenuamente: “Sempre no braço do lado...” e acompanhei a minha fala com um gesto no qual eu balancei os dois braços e perguntei: “... direito ou esquerdo?”. Ela sorriu e disse prontamente: “Esquerdo! Sempre

⁵¹ Posteriormente ela passa a relatar estes episódios também nas consultas psiquiátricas, que são compreendidos como ações de Catarina para provocar um “choque” na equipe. Portanto, não se deveria “dar muita bola” para o fato.

no braço esquerdo!... Do lado do coração!”. Catarina respondeu-me como quem responde a uma criança: “esquerdo é o lado do coração”.

Nas sessões seguintes, Catarina passou a falar mais das brigas e de sua relação com a mãe. Do quanto ela sentia-se ligada à mãe e, portanto, presa a essa ligação de corresponsabilidade. Ela começou a tratar dos cortes, em sua narrativa, como algo que vinha em resposta à angústia diante da voz – gritada – da mãe. De uma postura *blasé* e aparentemente indiferente, ela passa a falar da sua relação com a mãe. E, ao mesmo tempo que ela se dá conta que faz os cortes em seu corpo para agredir a mãe, ela também diz que isso não parece exatamente uma novidade. “Sabe?” – ela diz – “É como se eu já soubesse e não soubesse ao mesmo tempo, entende?”.

E eu escuto Catarina contar uma história lembrada, que surge por associação. Conta de sua avó materna, a figura na família de “quem mais gostava”. Uma avó descrita como muito carinhosa com Catarina e pouco, ou nada, com os primos meninos. Ela diz que a avó não fazia questão de esconder a predileção pela única neta. No colo, “do lado do coração da avó”, era o lugar de Catarina, disse ela. No entanto, esta vem a falecer quando Catarina conta com aproximadamente 13 anos, de um ataque cardíaco fulminante. Com o coração cortado, é nesta fase que a menina Catarina começa a fazer dietas excessivamente restritivas: come somente meia fatia de pão integral e tomar uma água de coco por dia. “Desde então, eu queria ser magra, queria sumir.”. Outro aspecto que a garota relata sobre sua avó é que era ela que “punha a mãe no seu devido lugar”.

A jovem menina conta que segue os anos seguintes de sua vida mantendo seu peso sempre muito baixo. Segue também *blogs* pró-ana e pró-mia⁵². Acredita que, assim, poderia controlar a sua vida inteira, que passa a restringir-se em perder peso, ora por baixa ingestão de alimentos, ora por provocação de vômitos.

Ao passo que sua análise vai adensando e ela abandona um tanto o seu ar *blasé*, conta que vive angustiada, que seus pensamentos a confundem. Às vezes come um pacote de bolachas, em um “ataque de angústia” e, arrependida por comer, vomita. Daí, arrependida por vomitar, se corta.

⁵² Trata-se de *blogs*, na internet, que promovem anorexia e bulimia como “estilos de vida” e “escolha própria”.

É falando sobre esses ataques de angústia que ela conta, como se contasse um segredo, que tem uma espécie de ímpeto, de empuxo, que a faz querer se atirar. Pela janela do quarto, pela janela do carro, nos trilhos do metrô, no meio do corredor de ônibus. Ela diz que isso a assusta. “Eu tenho medo de mim mesma.”. Catarina não faz ameaças suicidas, ela conta com temor e tremor que se sente *impelida a*. Não sabe o que a sustenta, nem o que a impede. Também não sabe o que a empuxa. Catarina indaga-se sobre si e – nessas indagações – ela se considera “muito louca”.

Em uma noite, a moça Catarina vai para uma balada e volta para a sua casa já de manhã, ao nascer do Sol. Completamente bêbada, mal conseguia andar. Sai da estação de metrô e se perde no caminho para voltar para casa. Quando chega, vê que seus pais a esperam preocupados na porta. Uma cena de muita gritaria e ameaças de castigos acontece. Ela vai ao seu quarto, pega uma lâmina de gilete e efetua no braço esquerdo um dos cortes mais profundos e extensos que já havia feito até então. Um tempo depois deste episódio, quando a linha do corte começa a cicatrizar, ela menciona um incômodo com as suas cicatrizes. Assim, decide fazer uma tatuagem. Conta que quer fazer um punhal, pois é o “símbolo da justiça”.

Nada parecia justo na vida de Catarina: roupas largas, a morte súbita da avó, a vida com seus pais. Queria ela fazer justiça com suas mãos? Com um punhal em punho? Quando pergunto o que ela cortaria com esse punhal, ela responde: “Não sei! Na verdade, é um desenho. Um desenho feito a partir do corte da tatuagem. Um corte desenhado para esconder os meus cortes”.

Um jogo de mostrar e esconder, que Catarina sempre efetuava em transferência: a fala vazia, os gestos abundantes; o *piercing* ora dentro ora fora do nariz; as roupas largas sempre caindo e deixando um ombro à mostra. Convocar o olhar para o que se quer esconder. Mostrar o corpo subsumido. Uma tatuagem com dedicatória indiretamente escrita.

Catarina, jovem, dizia que queria a propriedade de sua vida/corpo. Para isso, destinava mensagens, fantasiando sua liberdade, customizando seu corpo. O lado esquerdo, seu sinistro, havia sido super investido. Porém, muito ainda era realizado em ato. Mesmo que ela tenha parado de cortar-se, neste período da análise, ela ainda

precisou fazer uma tatuagem. Ainda precisou tomar seu corpo como objeto para inscrever um desenho.

Uma sessão, em especial, muda o rumo da análise de Catarina. Em uma manhã bem cedo, eu recebo um telefonema de Catarina, no qual ela pedia ajuda. Ela me liga, chorando, e diz que havia se cortado inteira, o corpo todo: “Eu não sei o que aconteceu! Eu me cortei inteira! O corpo todo!” – ela consegue falar entre os soluços. Eu lhe digo, sem titubear e imperativamente: “venha hoje, *tal* hora.”. Catarina gagueja. Eu repito no mesmo tom: “venha hoje, *tal* hora”.

A jovem moça chega muito pálida, mortificada. No início da sessão, ela chora muito e não consegue falar. Chora e esconde seu rosto. Seu choro é de dor, mas não a dor dos cortes, uma dor angustiada. Aos poucos ela começa a conseguir falar e conta que, na noite anterior, havia ido a uma balada, bebeu muito, ficou com dois ou três garotos, chegou em sua casa e olhou-se no espelho. A partir daí: “não sei o que vi” – ela diz e, não sabe bem, nem se lembra direito como, ela pega uma lâmina de gilete e começa a se cortar. Corta-se no rosto, pescoço, ventre, braços e pernas. Alcançava e lançava a lâmina. Recortou-se inteira.

Chorando, diz que quando “acordou”, seu lençol estava todo sujo, o banheiro todo sujo – de sangue. E, então, sentia muita, mas muita dor. Dor nos cortes, dor no corpo, dor na alma. Foi quando telefonou para mim. Catarina, jovem moça, chora muito e se pergunta: “E agora? E agora?”. Mostra em desespero seu corpo para mim. Chora e desespera. Não entende.

Somente quando acordou, não sabia mais o que tinha se passado. Não lembra direito. Diz que lembra e não lembra. Chora muito. Reconhece que era ela mesma, mas desconhece-se. Chega a formular, balbuciando, que ela viu “algo no espelho”: algo muito sinistro, um mais profundo inquietante, a captura de um instante de sua imagem – um átimo. O que havia visto? O resto de tudo que tinha sido a sua vida. O resto do que seria. O resto de nada. Toda a sua fome de nada, que sustentava seu corpo anorético. Catarina viu nada. E ela nada começou a cortar. Desenhando em seu corpo uma forma, jogos, tramas, laços de sangue. Ela mostra seus cortes para mim, na sessão, e eu posso ver que ela teceu uma teia no corpo: os cortes se sobrepõem em trilhas, em rede.

Em qualidade de presença, eu acolho seu choro e sua dor. Contudo, sem uma postura piedosa com a jovem. Ela havia me ligado logo ao nascer do Sol e, algumas horas depois, nós estávamos ali, eu e ela, analista e analisante, na relação assimétrica que se faz em transferência. Catarina aos poucos diminui os seus arrombos de choro e começa a se perguntar: “O que foi que eu fiz?”. E fala de toda a sua dor. Era pura dor. O que tinha se passado, não era resposta simples e imediata. Digo-lhe apenas que: “a dor era inevitável, mas que agora, era hora de cuidar de seus cortes e machucados” – e acrescento: “vamos tratar disso: um saber fazer com essa dor, apesar dessa dor”. Ela se acalma, diz que vai sair da sessão e passar, então, numa farmácia para comprar medicamentos para cuidar dos cortes. Antes de ir embora, ela me pede mais uma sessão no dia seguinte. Naquela semana, cheguei a escutar Catarina por quatro sessões. Em uma das sessões ela diz que viu, no espelho: “Minha mãe como mim mesma...”.

Depois deste episódio, Catarina passa a alimentar-se normalmente, não se corta mais. Para mim, num primeiro momento, pareceu uma mudança surpreendente. Uma mudança de posição que, ao final de sete ou oito meses, permite que ela pergunte para mim sobre sua alta no serviço ambulatorial. Nós, eu e o resto da equipe que se ocupava do seu tratamento, já havíamos cogitado a questão, por considerar que a moça já não precisava mais estar em um ambulatório para tratamento de transtornos alimentares. Passamos a tratar, portanto, eu e Catarina, da sua despedida do serviço de saúde mental.

Cinco meses depois da sua saída do tratamento no ambulatório, Catarina liga para mim e, segura e firme, diz: “Eu quero continuar a minha análise. Você me receberia no seu consultório?” – e eu respondo: “Sim!”.

7.4. Análise do Caso Catarina.

Catarina chega à análise completamente atravessada pelos ruídos institucionais. Isso quer dizer: ela vem ao ambulatório de transtornos alimentares trazida pelos pais, depois é submetida a uma série de avaliações médicas e psicológicas. Para, somente após este trajeto, ser encaminhada para análise.

O que chamamos de jeito *blasé* no relato do caso se referiu um tanto a isso: acreditamos que o fato de ela não fazer nenhuma demanda de análise (diferentemente, por exemplo, de Amanda), somado aos tantos preâmbulos que a interpelaram antes mesmo das primeiras entrevistas, tornou boa parte do trabalho analítico bastante difícil no que diz respeito ao manejo da transferência.

O jeito *blasé* parecia ser tanto uma arrogância, quanto uma encenação – sentido de encenação teatral – e, supomos, que talvez seja este jeito que levou a psicóloga que fez a avaliação de Catarina referir que “Há algo que parece falso nela”. Pensamos que o juízo de valor emitido pela aprimorada indicava que Catarina tinha consigo certezas sobre “o que dizer” aos profissionais de um ambulatório de tratamento de transtornos alimentares. Conforme já anunciamos no relato do caso de fato, quase no fim de seu percurso analítico no ambulatório, ela disse que chegou com intenção de dizer o que ela supunha que quiséssemos ouvir, mas determinada a não engordar, qualquer que fosse o tratamento.

No entanto, quando chegou para análise, ela não tinha mais o que dizer, tudo girava em torno de “Ah! Normal...”, “Ah! Tudo tranquilo, tudo beleza...”. Nenhuma queixa. Ela estava ali porque seus pais “mandaram”. Mesmo em análises de crianças, quando perguntamos se elas sabem por que estão ali, geralmente os sujeitos esboçam alguma teoria. No caso de Catarina, a impressão primeira era de que ainda estava num momento anterior a uma demanda de análise *ipsis litteris*⁵³, ou sequer esboçar uma queixa.

⁵³ Se bem que este paciente “ideal” que chega ao consultório com uma queixa facilmente transformável em demanda, podemos perguntar se realmente existe. Quantas pessoas não vêm “a mando” dos seus cônjuges? Ou ainda, quantas pessoas não passam um bom tempo do percurso analítico a queixar-se de

De fato, no início da análise, ela tentava esconder, com roupas largas, seu corpo esquelético; com a modulação da voz que soava tranquila, o seu corpo que não parava quieto. Ou até mesmo o constante movimento de esconder e mostrar seu *piercing* no septo nasal. E era por observar seus movimentos corporais, onde visivelmente os excessos transbordavam, que apostamos na continuidade do tratamento da moça.

A primeira vez que Catarina parece abandonar um tanto essa modulação *blasé* na forma de falar ocorre quando ela quase toma efedrina durante a sessão. Aqui, podemos buscar inferir que o gesto de Catarina era um *acting-out*. Se, até então, não havíamos feito muita coisa além de notar os gestos corporais que mostravam o transbordamento dos excessos de Catarina, no episódio da efedrina, ela vai além: ela comunica em ato – clamando por interpretação –, como condiz a um *acting-out*, que há conteúdos não analisados que a analista estava deixando passar. O sufixo “*out*” pode, muitas vezes, confundir a compreensão do *acting-out*, dando a entender que ele ocorre apenas fora da sessão de análise. No entanto, ele é dirigido ao Outro, e quando se está em análise: ao analista (Lacan, 1962-63/2005).

A questão é que, quando da intervenção: “Aqui, não!”, a analista inclui a cena de *mostração* no enquadre de seu olhar. Sublinhou que Catarina estava sendo vista, no seu jogo de mostra/esconde. E convoca a moça a sair de uma *mostração*, pois o que estava sendo ofertado era a possibilidade da palavra, na transferência. De todo modo, era uma encruzilhada: responsabilizar o sujeito pelas suas escolhas, ignorando o que se passou diante do olhar da analista? Ou fazer uma intervenção interpretativa que visava à tentativa de dizer a Catarina que, ali, era um lugar para a palavra?

O que vem a seguir: Catarina passa a *contar* em análise tudo o que fazia – fora das sessões – para manter seu peso baixo. Ela passa a relatar sobre o que fazia e qual era a sua relação com seu corpo anoréxico.

A moça estava ainda às voltas com sua passagem adolescente. E os pais pareciam ser muito desajeitados com Catarina neste quesito. Quando dissemos que eles

como o mundo é ruim e injusto? Ou (pior?): e os pacientes “*psis*” que já chegam cheios de teorias prontas sobre si mesmos, fazendo uma série de autointerpretações selvagens? Enfim: acreditamos que não existe tal coisa que possa se assemelhar a um “paciente ideal”. E que um analista, este sim, tem como trabalho sustentar a transferência que se lhe apresenta, tal como vem, e ser capaz de trabalhar com isso.

mantinham uma relação ao mesmo tempo muito frouxa e muito amarrada com a jovem, podemos pensar aqui que se tratava de um pai que, na assunção da sua função paterna, não conseguia cumprir a separação necessária entre ela e o Outro-mãe. E a garota oscilava entre tornar-se um duplo da mãe, ocupando-se daquilo que a mãe se ocupava (tarefas domésticas). Ou tentar forjar essa separação dizendo e agindo de acordo com “Eu quero fazer o que eu quiser!” – mas, essas tentativas eram compulsões à repetição, configurando uma série de *acting-out* por meio de ato de cortar-se.

Catarina mostra o braço sempre cortado no mesmo lugar, e diz à analista: “esquerdo é do lado do coração”. Neste momento da análise, Catarina começa a associar os atos de cortar-se com a relação com a mãe. Um novo elemento surge e forma a cadeia: coração-mãe-avó. No entanto, é a figura da sua avó que, segundo ela mesma, “punha a mãe no seu devido lugar”. A mãe de quem? Ora, tanto a mãe de Catarina, quanto ela mesma – a avó – ocupava o lugar de mãe devidamente (ao menos na fantasia da moça). Com a morte da avó, Catarina fica à mercê se sua própria mãe, que não parece ocupar o seu devido lugar. Dito de outro modo, de alguma forma, para Catarina, na sua relação com o Outro-mãe, a falta poderia vir a faltar. Será que ela buscava – pela via dos cortes – efetuar uma borda que fizesse o contorno do objeto *a*?

É interessante lembrar que, após a tatuagem, Catarina interrompe por um período o ato de cortar-se. Ali, uma borda em seu corpo é escarificada. Talvez, não enquanto “justiça”, mas enquanto lei que – mesmo titubeante no quesito simbólico da linguagem verbal – ficava no meio do caminho entre o ato e a fala. Afinal, era um desenho tatuado no corpo e não mais um corte.

Catarina sentia, se é que podemos colocar nestes termos, que poderia passar ao ato a qualquer momento. Ela relatava que havia momentos em que a iminência de sair da cena familiar que a angustiava a tomava. Não sabemos o que evitou Catarina de passar ao ato, até o momento em que realmente o fez. Apenas podemos buscar compreender o que ocorreu após o episódio em que “se corta inteira”.

Acreditamos que este episódio realmente se configurou como uma passagem ao ato. Ela, completamente siderada pelo horror da sua imagem “minha mãe como eu” – põe-se a cortar-se inteira. A moça parece mesmo ter reagido à angústia de desassomar diante da possibilidade de tornar-se um duplo da mãe.

Ao contrário do *acting-out*, que diz respeito diretamente à transferência, ou seja, implica o analista necessariamente, a passagem ao ato pode acometer qualquer sujeito que seja colocado diante do horror que a angústia sinaliza. Ainda assim, conforme disse Freud (1920/1995), quanto maior a malha de investimentos libidinais no aparelho psíquico, mais o sujeito tem condições de se defender dos excessos (ver capítulo 5).

O primeiro ato é cortar o corpo, é a passagem ao ato propriamente dita. Se, na configuração da sua anorexia, ela põe o seu corpo enquanto “o nada”, quando ela corta “o nada”, ela vê que “o nada” é carne. Assim, ela telefona e demanda a analista, que suporta. Reconhece que ela retalhou o corpo e que o corpo precisa ser cuidado, abre o caminho para a possibilidade da reconstituição de uma imagem corporal. O episódio também muda o olhar da analista que olha para o corpo retalhado de Catarina, e não mais para o corpo magro. Sai do campo da anorexia, para entrar no campo de um corpo-carne que sente e dói e tem sexualidade.

Catarina chega na sessão literalmente e completamente retalhada. Precisou cortar o corpo e fazer doer, para que ela fizesse uma demanda de análise.

8. Considerações finais.

*Si le viol, le poison, le poignard, l'incendie,
N'ont pas encor brodé de leurs plaisants dessins
Le canevas banal de nos piteux destins,
C'est que notre âme, hélas! n'est pas assez hardie.*

(Charles Baudelaire)

Chegando aos “finalmentes” deste texto, gostaríamos ainda de acrescentar algumas coisas.

Passamos pelo balaio repleto de emaranhados descritivos, na Psiquiatria, onde pudemos ver o quanto uma tentativa de esboçar uma teoria sobre as razões e os porquês do ato de cortar-se, usando de recursos puramente descritivos, joga os psiquiatras em tal emaranhado que só lhes resta lidar com isso através de medicações e terapias comportamentais. É neste sentido que, à psicanálise, outros afetos que não a angústia são secundários. Como pudemos ver tanto na teoria quanto na clínica, a angústia é o afeto que permite ao analista localizar o sujeito em sua posição subjetiva em relação ao Outro.

O capítulo que aborda as modalidades de apresentação do fenômeno, na internet, anuncia que o ato de cortar-se é um fenômeno social. O que é quase uma redundância, se considerarmos que todo sujeito é um sujeito *no* e *do* social. De todo modo, há uma circulação maior do ato de cortar-se nos veículos midiáticos, tais como redes sociais, canais independentes no *Youtube*, entre outros, do que na grande imprensa. Isso permite pensar, de acordo com Ferreira (2014), que há uma implicação da díade público/privado, dado que os sujeitos que publicam sobre suas experiências com o ato de cortar-se, na sua maioria, fazem-no sob o anonimato.

O sobrevoio sobre a Antropologia e a Sociologia proporcionou um rapidíssimo diálogo com a Psicanálise. Le Breton (2010) propõe o conceito de ato de passagem, ao se referir ao ato de cortar-se em adolescentes. No entanto, o conceito parece tomar o fenômeno a partir do paradoxo: ritual privado. Isso significa dizer que,

na medida em que o adolescente realiza este ritual privado, sua passagem para o mundo adulto se dá. Contudo, se nos aprofundamos nas análises dos casos clínicos, esta abordagem antropológica quase não serve à psicanálise, se pensarmos o ato de passagem como um conceito que parece visar a uma espécie de integração. O sujeito, para a psicanálise, sempre será um sujeito dividido, portanto, não se trata de integração. Ainda que concordemos com o fato de que se trata, sim, de uma passagem: mas de uma passagem de posição subjetiva do sujeito em relação à montagem de sua fantasia. Neste sentido, acrescentamos aqui que, algumas vezes, o ato de cortar-se pode comportar – enquanto defesa contra a angústia – uma dimensão de reunificação imaginária. Não esqueçamos que o registro do imaginário está enlaçado com o simbólico – que, enquanto organizado pelas leis da linguagem, implica equívocos, lapsos etc – e ambos (imaginário e simbólico) enlaçados com o registro do real – aquilo que é indizível, que não se inscreve enquanto marca. Ou seja, o enlace destes três registros não leva a uma compreensão de integração, mas a uma modalidade de subjetivação, considerando o quarto registro que, segundo Lacan, chama-se *sinthoma*.

Ora, a tentação de incluir num trabalho psicanalítico toda a metapsicologia de que dispomos é sempre enorme. Não ceder a esta tentação faz parte do trabalho de recorte, para que o texto possa ficar claro e não enveredar por meandros labirínticos que, além de correr o risco de deixar o leitor desorientado com tanta informação, também pode levar o escritor do texto a se perder nas suas trilhas de transmissão. Entretanto, deixamos para este capítulo, a indicação de dois assuntos deveras importantes na metapsicologia: a formação dos sonhos e a pulsão de morte.

Tratar de apresentar este conceito implicaria – a nosso ver – abarcar também os diferentes modos como Freud pensa o dualismo pulsional ao longo de sua obra. Em suma: primeiramente como uma oposição entre pulsão do eu (autoconservação) e pulsões sexuais; em um segundo momento, após 1920, como uma oposição que opera na tensão entre pulsões de vida e pulsão de morte. Sabemos que falar desta maneira, extremamente esquemática e reducionista, não permite que o leitor acompanhe aqui o desenvolvimento dos impasses e atravessamentos desses impasses que Freud enfrentou ao longo das modificações teóricas. Sendo assim, convidamos o leitor interessado a pesquisar mais sobre este percurso freudiano. Acreditamos que identificar-se com a postura extremamente ética de Freud, de não recuar diante dos impasses que ele

encontrava na clínica (e, é claro, no social), é tratar a metapsicologia com rigor e manter vivo o método psicanalítico que – entre outras coisas – implica contemporizar o abrangente da teoria com o singular dos casos clínicos. E isto é exclusivo da psicanálise.

Já dissemos na introdução que receber pacientes que realizam o ato de cortar-se pode ser, para quem inicia sua prática clínica, muito mobilizador. Isso significa dizer que o analista pode deparar com um impasse, ao solicitar que seu analisante associe livremente sobre o ato de cortar-se. Por implicar a dimensão da angústia, portanto, daquilo que arrebatava o sujeito, pois as bordas de equilíbrio diante do buraco do objeto *a* se tornam esfaceladas, o ato de cortar-se – geralmente – faz referência ao indizível. Como solicitar, então, que o sujeito fale, se ele não tem dimensão simbólica para falar do ato de cortar-se? Segundo Gondar (2001):

Se trazemos as expressões pulsionais para o primeiro plano, considerando-as virtualidades desejantes, a escuta e as intervenções do analista precisarão expandir-se, mostrando-se distintas da mera escuta de palavras ou da produção de interpretações que inflam o supereu. Tornam-se extremamente importantes a esfera do olhar e da voz, agindo mais diretamente no campo pulsional. Da mesma maneira, é preciso que o analista esteja atento às modalidades expressivas do paciente, aos brilhos e sombras do olhar, às suas modulações de voz ou gestuais. Não para fornecer a elas uma interpretação, mas para discriminar através delas os momentos em que pequenas inflexões de desejo são capazes de se colocar em jogo. (p. 33)

Falar de uma marca/ação que faz sangrar no Real do corpo é falar de fenômenos clínicos contemporâneos, com os quais qualquer analista pode vir a deparar. Se, no lugar da linguagem, se apresentam na clínica sujeitos que fazem uso de uma fala/ação, ou de um ato que não recorre ao simbólico, o analista não pode nem deve paralisar a sua escuta. Buscamos ter em mente que a marca deixada enquanto cicatriz, no ato de cortar-se, não se equivale às marcas do psiquismo (capítulo 5) e que, se a pessoa realiza o ato de cortar-se diversas vezes, isso indica que os níveis de tensão e arrebatamentos angustiantes continuam a assolar e invadir o psiquismo da pessoa.

O Seminário, Livro 10 – A Angústia, de Lacan (1962-63/2005), nos foi muito útil neste primeiro trabalho de compreensão metapsicológica do ato de cortar-se. Não tão somente por causa do significante “angústia”, que muitas vezes acompanha o

ato de cortar-se, mas – e principalmente – por nos fazer entender que este afeto diz respeito à constituição do sujeito e sua posição fantasmática na transferência. Segundo Lacan, a concepção de sujeito está diretamente ligada ao conceito de significante:

Nossa definição do significante (não existe outra) é: um significante é aquilo que representa o sujeito para outro significante. Esse significante, portanto, será aquele para o qual todos os outros significantes representam o sujeito: ou seja, na falta desse significante, todos os demais não representaria nada. Já que nada é representado senão para algo. (Lacan, 1960/1998, p.833)

Assim esta conclusão – que mais pretende abrir outras portas do que fechá-las – dizendo que o primeiro significante S1 é como que um traço unário, a partir dele se instala a marca primordial do sujeito (se tudo correr conforme a montagem da estrutura neurótica), e se organiza toda a cadeia de significantes a seguir. Portanto, o estudo do seminário A Identificação – anterior a este que utilizamos – nos parece ser um próximo passo possível na direção de avultar as fronteiras do recorte aqui escolhido.

Nota-se que, nesta conclusão, estamos buscando mostrar outros fios condutores conceituais possíveis para se pensar uma metapsicologia do ato de cortar-se. Resta “segurar as pontas” e mergulhar em nova pesquisa metapsicológica para melhorar e ampliar a apreensão do ato de cortar-se.

No revés do percurso, podemos dizer que a metapsicologia apresentada aqui a partir de Freud e Lacan, nos capítulos 5 e 6, buscou explanar os conceitos escolhidos para falar do ato de cortar-se. Dissemos “no revés do percurso”, pois os conceitos foram estudados, explanados e utilizados a partir da experiência clínica, e não o contrário. Para fins didáticos de montagem do esqueleto deste mestrado, são apresentados antes dos capítulos sobre os casos clínicos, mas buscamos não perder de vista aquilo que, nos casos, nos levou à pesquisa metapsicológica.

Sobre os dois casos clínicos aqui apresentados, temos a acrescentar que não é somente com interpretações bem-sucedidas que nos formamos enquanto analistas. Ter a condição de analisar um caso clínico é também se render ao que não funcionou. O manejo da transferência não é algo que se assemelha a uma técnica a ser aplicada, mas a um método investigativo sobre o inconsciente e o desejo. Foi a questão da angústia

vinculada ao ato de cortar-se, como dissemos, que nos mobilizou nestes estudos. Contudo, as leituras – tanto de Freud quanto de Lacan – nos indicaram estes conceitos com os quais passamos a trabalhar: compulsão à repetição, *acting-out* e passagem ao ato. Pudemos demonstrar que o conceito de compulsão à repetição não é único nem mesmo na obra de Freud, mas que sua acepção a partir de 1920 muito nos ajudou a pensar estes dois outros: passagem ao ato e *acting-out*.

Ora, na análise dos casos, esperamos ter mostrado a importância de distinguir ambos. “Tudo que é *acting-out* é o oposto da passagem ao ato”, diz Lacan (1962-63/2005, p. 136). Esta oposição diz respeito ao posicionamento do sujeito em relação ao objeto. “Se o que é visto no espelho é angustiante, é por não passar pelo reconhecimento do Outro.” – isso quer dizer que o status do objeto a é impróprio para identificação (*op. cit.*, p. 134), o que resulta, caso isso aconteça, na passagem ao ato. Já no *acting-out*, trata-se do sujeito clamando por um reconhecimento do Outro: algo se passa com ele, que – causado por angústia – não lhe permite pôr em palavras (*op. cit.*, p. 137-138). O que diferencia, basicamente, o *acting-out* do sintoma neurótico é que este segundo já se configura como uma formação de compromisso onde a angústia teria sido dissipada por conta do recalque.

Além da distinção entre estes dois conceitos, buscamos relatar como, nos casos em que se apresenta o ato de cortar-se, algumas vezes o olhar do analista é convocado de modo que este não possa “tirar o corpo fora”. No caso de Amanda, mais diretamente com o episódio da mão contornada em desenho no diário. Deixar uma marca desenhada que pudesse remeter à ausência e, com isso, sustentar a presença à posteriori, na contingência da sessão, se mostrou importante. Com Catarina, foi por meio do olhar da analista, após ela retalhar seu corpo inteiro, que pôde haver uma mudança de configuração do seu corpo: de anorético para corpo-carne, e então ela faz uma demanda de análise.

Escolhemos utilizar, nesta dissertação, estes conceitos para abordar o ato de cortar-se em sujeitos neuróticos. Mas acreditamos que em outro momento e/ou com outros casos clínicos, sejam nossos sejam da literatura, será possível utilizar outros conceitos para tratar do fenômeno – incluindo sua manifestação em outras estruturas. Cremos também que, prosseguindo nosso percurso de formação permanente na

psicanálise, estes mesmos casos apresentados aqui podem ter, posteriormente, outras leituras.

Aos leitores que nos acompanharam até aqui, aguardamos que este percurso tenha sido proveitoso, apesar do terreno árido e inóspito em que o ato de cortar-se pode se encontrar, e também do fato de a metapsicologia ser uma *bruxa* de apreensão nada simples. Obviamente, longe de pretender encerrar as questões sobre o ato de cortar-se, temos a intenção de que este trabalho possa contribuir com a ampliação deste campo de investigação clínica, abrindo diálogos sobre o tema.

Sem mais por aqui, deixamos apenas esta citação de Lacan (1962-63/2005):

Não tomei o caminho dogmático de fazer com que uma teoria geral dos afetos precedesse o que tenho a lhes dizer da angústia. Por quê? Porque aqui não somos psicólogos, somos psicanalistas. [...] Não lhes desenvolvo uma *psico-logia*, um discurso sobre a realidade irreal a que chamamos psique, mas sobre uma práxis que merece um nome: *erotologia*. Trata-se do desejo. E o afeto através do qual somos solicitados, talvez, a fazer surgir tudo o que esse discurso comporta como consequência para a teoria dos afetos, consequência não geral, mas universal, é a angústia. (p. 24)

BIBLIOGRAFIA

- ABBUD, Bruno. A Frágil Fronteira da Razão. Portal online da Veja, Sessão Saúde, 31 de julho de 2011. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/noticia/saude/a-fragil-fronteira-da-razao/>. Acesso em 10 de out. 2015.
- ANDRÉ, Jacques. Les 100 Mots de la Psychanalyse. Paris: PUF, 2010.
- BAZZO, Renata. Luto e Melancolia: o marco de uma tradução. Cadernos de Filosofia Alemã, nº 22, pp. 155-161, jul.-dez.2013.
- BIDAUD, E. Reflexions sur la Clinique des Saignements Provoques. In: GONZAGA, A. P., WEINBERG, C. (orgs.) Psicanálise de Transtornos Alimentares. São Paulo: Primavera Editorial, 2010.
- BRUNHARI, Marcos Vinícius; CREMASCO, Maria Virgínia F. Da Angústia ao Suicídio. In: Revista Mal-Estar e Subjetividade, Fortaleza, vol. IX, n. 3, p.785-814, set/2003.
- BRUNHARI, Marcos Vinícius; DARRIBA, Vinícius Anciães. Não te Matarás: suicídio, prevenção e psicanálise. In: Estudos de Psicanálise, Aracaju, n. 34, dez. 2010.
- BRUNHARI, Marcos Vinícius; MORETTO, Maria Livia Tourinho. O Ato Suicida e o Hospital: uma clínica possível? In: A Peste – Revista de Psicanálise, Sociedade e Filosofia – Psicanálise e Saúde Pública, vol. 5, n. 1 e 2, jan/jun e jul/dez. 2013.
- BRUNHARI, Marcos Vinícius; DARRIBA, Vinícius Anciães. O Suicídio como Questão: Melancolia e Passagem ao Ato. In: Psicologia Clínica, Rio de Janeiro, vol. 26, n. I, p. 197-213, 2014.
- CANEVACCI, M. Fetichismos Visuais – Corpos Eróticos e Metrópole Comunicacional, SP: Ateliê Editorial, 2008.
- CLAES, Laurence; KLONSKY, E. David; MUELEHNKAMP, Jennifer; KUPPENS, Peter; VANDEREYKYEN, Walter. The Affect-regulation Function of Non-suicidal Self-injury in Eating-disordered Patients: which affect states are regulated? In: Comprehensive Psychiatry, 2010, n. 51, p. 386-392.
- COELHO DOS SANTOS, Tânia. Um estudo comparativo da angústia na neurose obsessiva e na histeria. In: BESSET, V. L. (org.) Angústia. São Paulo: Editora Escuta, 2002.
- COSTA, Ana. Apagando Marcas: registro e endereço adolescente. In: Revista Da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, n. 23, dez. 2002.
- COSTA, Ana. Tatuagens e marcas corporais: atualizações do sagrado (Coleção Clínica Psicanalítica, dirigida por FERRAZ, F.). Ana Costa. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- DUNKER, Christian Ingo Lenz. Pequeno Glossário Lacaniano. In: Portal Online da Revista Cult, ed. 125 (s/d). Disponível em:

<http://revistacult.uol.com.br/home/2010/03/pequeno-glossario-lacaniano/> Acesso em: jul. 2015.

- FARIA SILVA, Gláucia. Um Estudo sobre as funções da Tatuagem e da Identificação à luz da Psicanálise Freudiana. Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Psicologia Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2012.
- FAVAZZA, Armando R. Nonsuicidal self-injury: how categorization guides treatment. In: *Current Psychiatry*, março de 2012. Vol 11, n 3, p 21-25.
- FERNANDES, Maria Helena. *Corpo* (Coleção Clínica Psicanalítica, dirigida por FERRAZ, F.). SP: Casa do Psicólogo, 2003.
- _____. *Transtornos Alimentares* (Coleção Clínica Psicanalítica, dirigida por FERRAZ, F.). SP: Casa do Psicólogo, 2006.
- FERREIRA, Josani Campos. Mensagens sobre Escarificações na Internet: Um Estudo Psicanalítico. Dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade de Maringá, 2014.
- FIGUEIREDO, Luís Cláudio. *Palavras Cruzadas entre Freud e Ferenczi*. São Paulo: Editora Escuta, 1999.
- FREUD, S.; BREUER, J. (1895) Estudos sobre histeria. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição *Standard* Brasileira. RJ: Imago, 1995.
- FREUD, S. (1891) Sobre a Conceção das Afasias: um estudo crítico (trad. Emiliano de Brito Rossi). Obras Incompletas de Sigmund Freud, v. 1. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.
- _____. (1897) Rascunho G. Melancolia. ESB. RJ: Imago, 1995.
- _____. (1900 [1899]) A Interpretação dos Sonhos. ESB. RJ: Imago, 1995.
- _____. (1900 [1899]) A Interpretação dos Sonhos. Porto Alegre: LP&M, 2013.
- _____. (1914a) Recordar, Repetir e Elaborar. ESB. RJ: Imago, 1995.
- _____. (1914a) Recordar, Repetir e Elaborar. Obras Completas. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- _____. (1914b) Sobre o Narcisismo, uma Introdução. ESB. RJ: Imago, 1995.
- _____. (1914b) À Guisa de Introdução ao Narcisismo. Escritos Sobre a Psicologia do Inconsciente. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2004.
- _____. (1914b) Introdução ao Narcisismo. Obras Completas. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- _____. (1915a) O Instinto e suas Vicissitudes. ESB. RJ: Imago, 1995.

- _____ (1915a) Pulsão e Destinos da Pulsão. Escritos Sobre a Psicologia do Inconsciente. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2004.
- _____ (1915a) O Instinto e seus Destinos. Obras Completas. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- _____ (1915a) As Pulsões e seus Destinos: edição bilíngue. Obras Incompletas de Sigmund Freud, v. 2. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.
- _____ (1915b) Repressão. ESB. RJ: Imago, 1995.
- _____ (1915b) O Recalque. Escritos Sobre a Psicologia do Inconsciente. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2004.
- _____ (1915b) A Repressão. Obras Completas. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- _____ (1915c) O Inconsciente. ESB. RJ: Imago, 1995.
- _____ (1915c) O Inconsciente. Escritos Sobre a Psicologia do Inconsciente. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.
- _____ (1915c) O Inconsciente. Obras Completas. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- _____ (1917) Luto e Melancolia. ESB. RJ: Imago, 1995.
- _____ (1917) Luto e Melancolia. Escritos Sobre a Psicologia do Inconsciente. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.
- _____ (1917) Luto e Melancolia. São Paulo: Cosac Naif, 2011.
- _____ (1920) Além do Princípio de Prazer. ESB. RJ: Imago, 1995.
- _____ (1920) Além do Princípio de Prazer. Escritos Sobre a Psicologia do Inconsciente. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.
- _____ (1920) Além do Princípio do Prazer. Obras Completas. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- _____ (1921) Psicologia de Grupo e Análise do *Ego*. ESB. RJ: Imago, 1995.
- _____ (1921) Psicologia das Massas e Análise do Eu. Obras Completas. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.
- _____ (1921) Psicologia de Grupo e Análise do Eu. Porto Alegre: LP&M, 2013.
- _____ (1923) O *Ego* e o *Id*. ESB. RJ: Imago, 1995.
- _____ (1923) O Eu e o *Id*. Escritos Sobre a Psicologia do Inconsciente. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2007.
- _____ (1923) O Eu e o *Id*. Obras Completas. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.
- _____ (1924) O Problema Econômico do Masoquismo. ESB. RJ: Imago, 1995.

- _____. (1924) O Problema Econômico do Masoquismo. Escritos Sobre a Psicologia do Inconsciente. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2007.
- _____. (1924) O Problema Econômico do Masoquismo. Obras Completas. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.
- _____. (1926 [1925]) Inibições, Sintomas e Ansiedade. ESB. RJ: Imago, 1995.
- _____. (1926 [1925]) Inibições, Sintomas e Angústia. Obras Completas. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.
- _____. (1930 [1929]) Mal-Estar na Civilização, ESB. RJ: Imago, 1995.
- _____. (1930 [1929]) Mal-Estar na Civilização. Obras Completas. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- _____. (1930 [1929]) Mal-Estar na Cultura. Porto Alegre: LP&M, 2010.
- _____. (1940 [1938]) Esboço de Psicanálise. ESB. RJ: Imago, 1995.
- _____. (1940 [1938]) Compêndio de psicanálise e outros escritos inacabados: edição bilíngue. Obras Incompletas de Sigmund Freud, v. 3. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2014.
- FUKS, M. O Mínimo é o Máximo: uma aproximação da anorexia. In: VOLICH, R.M.; FERRAZ, F.C.; RANÑA, W. (orgs.) Psicossoma III: Interfaces da Psicossomática, SP: Casa do Psicólogo, 2003.
- GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. Introdução à Metapsicologia Freudiana. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002, v. 1.
- _____. Introdução à Metapsicologia Freudiana. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002, v. 2.
- _____. Introdução à Metapsicologia Freudiana. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002, v. 3.
- GENESTRETI, Guilherme. Automutilação. Jornal Folha de São Paulo, Caderno Saúde, 27 de fevereiro de 2011. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/saude/sd2702201101.htm> Acesso em 10 de mai. 2015.
- GONDAR, J. Sobre as Compulsões e o Dispositivo Psicanalítico. In: Ágora, v. IV n. 2, jul/dez 2001, p 25-35.
- GRILLO, Fabiana. Depressão em Adolescentes pode levar à Automutilação. Portal R7 Notícias, Sessão Saúde, 16 de outubro de 2011. Disponível em: <http://noticias.r7.com/saude/depressao-em-adolescentes-pode-levar-a-automutilacao-16102012> Acesso em 10 de mai. 2015.
- JATOBÁ, Maria Manoella Verde. O Ato de Escarificar o Corpo na Adolescência: Uma Abordagem Psicanalítica. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia, 2010.

- KAUFMANN, Pierre. Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: o legado de Freud e Lacan. RJ: Jorge Zahar Ed., 1996.
- LACAN, J. Le Séminaire, livre X: l'angoisse (1962-1963). Paris: Éditions du Seuil, 2004.
- _____. O Seminário, livro 10 – a angústia (1962-1963). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.
- LAPLANCHE, J. E.; PONTALIS, J. B. Vocabulário da Psicanálise. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- LE BRETON, D. Adeus ao corpo: Antropologia e sociedade. Campinas, SP: Papirus, 2003.
- LE BRETON, D. A Sociologia do Corpo. RJ: Vozes, 2007.
- LE BRETON, D. Les scarifications comme actes de passage. In: L'information Psychiatrique. 82: 475-480, 2006.
- LE BRETON, D. Escarificações na Adolescência: uma abordagem antropológica. In: Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 16, n. 33, p. 25-40, jan./jun. 2010.
- LINS, Tatiana; RUDGE, Ana Maria. Ingresso do conceito de passagem ao ato na teoria psicanalítica. Trivum, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, dez. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-48912012000200003&lng=pt&nrm=iso Acesso em 18 set. 2013.
- LOFFREDO, Ana Maria. “Anotações sobre a leitura freudiana da angústia”. In: Revista Tempo Psicanalítico, Rio de Janeiro, v. 44.i, p. 105-130, 2012.
- MARINS, Lucas Gabriel. Adolescentes usam *Facebook* para Compartilhar Relatos de Automutilação. Portal UOL de Notícias, Sessão Saúde, 10 de julho de 2015. Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2015/07/10/adolescentes-usam-facebook-para-falar-sobre-automutilacao.htm> Acesso em 14 de mai. 2015.
- MARZANO, Michela (org.). Dicionário do Corpo. SP: Edições Loyola, Centro Universitário São Camilo, 2012.
- METZGER, Clarissa. Contornos e fragmentação do eu na psicose: reflexão a partir do acompanhamento terapêutico de uma adolescente. In: Psychê, Ano X, nº 18, São Paulo, set/2006, p. 41-52.
- MORAES, Maria Rita Salzano. Freud e o Aparelho de Linguagem. In: Revista Cult Online. Disponível em: <http://revistacult.uol.com.br/home/2014/04/freud-e-o-aparelho-de-linguagem/> Acesso em 10 de jun. 2015.
- MORETTO, Maria Livia Tourinho. O que pode um psicanalista no hospital? SP: Casa do Psicólogo, 2002.
- NETO, Lauro. Prática de Automutilação entre Adolescentes se Dissemina na Internet e Preocupa Pais e Escolas. Jornal O Globo, Sessão Saúde, 26 de setembro de 2014. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/sociedade/saude/pratica-de-automutilacao->

[entre-adolescentes-se-dissemina-na-internet-preocupa-pais-escolas-14050535](#)

Acesso em 15 de mai. 2015.

- PEREIRA, Mario Eduardo da Costa. Sim ou Não: a angústia e a voz do Outro. In: BESSET, V. L. (org.) Angústia. São Paulo: Editora Escuta, 2002.
- PETERSON, John; FREEDENTHAL, Stacey; SHELDON, Christopher; ANDERSEN, Randy. Nonsuicidal Self Injury in Adolescents. In: Psychiatry (Edgemont), 2008. 5 (11), p 20-16.
- RAMIREZ, H. H. A. & DUNKER, C. I. L.. O corte e o corpo: lesões de órgão e intervenções corporais. In: RAMIREZ, H. H. A; ASSADI, T. C.; DUNKER, C. I. L. (orgs) A Pele como Litoral: fenômeno psicossomático e psicanálise (Coleção Ato Psicanalítico, dirigida por DUNKER, C. I. L.). São Paulo: Annablume, 2011.
- REISFELD, Silvia. Tatuajes: una mirada psicoanalítica. Buenos Aires: Paidós, 2005.
- RIVERA, Tania. Luto e melancolia: entre dor e deleite. Novos estud. - CEBRAP, São Paulo, n. 94, p. 231-237, Nov. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-33002012000300016&script=sci_arttext Acesso em 18 de jun. 2015.
- ROUDINESCO, E.; PLON, M. Dicionário de Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.
- SANCHES, Daniele. Da Narrativa ao Nó Borromeano: versões da noção de falha simbólica na clínica da psicossomática. In: RAMIREZ, H. H. A; ASSADI, T. C.; DUNKER, C. I. L. (orgs) A Pele como Litoral: fenômeno psicossomático e psicanálise (Coleção Ato Psicanalítico, dirigida por DUNKER, C. I. L.). São Paulo: Annablume, 2011, p. 145-160.
- SANCHES, Daniele. Da Pergunta Etiológica à Direção do Tratamento: o que não se dá a ler. In: RAMIREZ, H. H. A; ASSADI, T. C.; DUNKER, C. I. L. (orgs) A Pele como Litoral: fenômeno psicossomático e psicanálise (Coleção Ato Psicanalítico, dirigida por DUNKER, C. I. L.). São Paulo: Annablume, 2011, p.161-176.
- SAPOZNIK, A. Marcas Corporais e Formas de Subjetivação: da tatuagem à experiência da dor. In: ALONSO, S. L., BREYTON, D. M., ALBUQUERQUE, H. M. F. M. (org.) Interlocuções sobre o feminino na clínica, na teoria, na cultura. São Paulo: Escuta/Instituto Sedes Sapientiae, 2008.
- SILVA JUNIOR, Nelson da. A sublimação na contemporaneidade. O imperialismo da imagem e os novos destinos pulsionais. In: FUKS, L. B., FERRAZ, F. C. (org.). Desafios para a Psicanálise Contemporânea. São Paulo: Escuta, 2003.
- SILVA JUNIOR, Nelson da. Linguagens e Pensamento: a lógica da razão e da desrazão. (Coleção Clínica Psicanalítica, dirigida por FERRAZ, F.). SP: Casa do Psicólogo, 2007.
- SILVA JUNIOR, N.; DOUCET, C.; GASPARD, J.-L.; CARVALHO, S. M.; GOMES, L.G.N. A Narrativa do Destino e a Função Identitária do Corpo na Modernidade. A Peste: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia, SP, v. 1, n. 1, jan./jun. 2009.

- SILVA JUNIOR, Nelson da; VENOSA, Viviana Senra. Pour être bien dans sa peau - Para estar bem em sua pele. Boletim Online, São Paulo: Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, n. 17, jun/2011. Disponível em: http://www.sedes.org.br/Departamentos/Psicanalise/boletim/edicao17/noticias_cam_po2.html. Acesso em 10 de out. 2012.
- STELKA, Bret S.; CORRELL, Christoph U.; A Guide to DSM-5. In: Medscape Psychiatry, 21 de maio de 2013. Disponível em: http://www.medscape.com/viewarticle/803884_15 Acesso em 19 de fev. 2015.
- TAVARES, Pedro Heliodoro. O Estudo sobre as Afasias: o Grande “Apócrifo” de Freud. In: Sobre a Conceção das Afasias: um estudo crítico. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.
- TORRES, Ronaldo Silva. Dimensões do Ato em Psicanálise (Coleção Ato Psicanalítico, dirigida por DUNKER, C. I. L.). São Paulo: Annablume, 2010.
- TOSTE, Jessica R.; HEATH, Nancy. School Response to Non-suicidal Self-injury. The Prevention Researcher, 2010, v. 17 (1).
- VENOSA, Viviana Senra; GEA, Marcela Rezende. Cicatrizes Famintas: transtornos alimentares em carne viva. In: A Peste – Revista de Psicanálise, Sociedade e Filosofia – Corpo e Discurso, jul/dez 2010. Vol. 2, n. 2.
- VENOSA, Viviana Senra; SILVA JR, Nelson da. Patologias Alimentares, o Ato de Cortar-se e as Marcas Corporais: possibilidades para pensar o estatuto do corpo na contemporaneidade. Trabalho apresentado no IV Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e X Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental: “O Amor e seus Transtornos”, Curitiba (PA) set. de 2010.
- VENOSA, Viviana Senra; SILVA JR, Nelson da. *Pour Être Bien Dans Sa Peau – Para Estar Bem em Sua Pele*. In: Boletim Online do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, n. 17, junho de 2011. Disponível em: http://www.sedes.org.br/Departamentos/Psicanalise/boletim/edicao17/noticias_cam_po2.html Acesso em 18 de mai. 2015.
- VENOSA, Viviana Senra; SILVA JR, Nelson da. A Carne é Fraca: considerações sobre Transtornos Alimentares e Marcas Corporais. Trabalho Apresentado no VII Simpósio do Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da UERJ e I Congresso Latino-americano de Psicanálise na Universidade – CONLAPSA: “A Clínica do Mal-Estar”, Rio de Janeiro (RJ), 2011.
- VENOSA, Viviana Senra; SILVA JR, Nelson da. Chair à Vif: considérations sur les troubles alimentaires et les marques corporelles. Trabalho apresentado no Colóquio Internacional: “La Souffrance de l’être: ses formes modernes, ses traitements”. Universidade de Rennes, França, nov. de 2011.
- VENOSA, Viviana Senra; SILVA JR, Nelson da. O corte do corpo na Bulimia. Trabalho apresentado no V Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e XI Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental: “Dietética, Corpo e Pathos”, Fortaleza (CE), set. de 2012(a).
- VENOSA, Viviana Senra; SILVA JR, Nelson da. A Metapsicologia do Ato em Sujeitos que Realizam o Ato de Cortar-se. Trabalho apresentado no V Congresso Internacional

de Psicopatologia Fundamental e XI Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental: “Dietética, Corpo e Pathos”, Fortaleza (CE), set. de 2012(b).

VENOSA, Viviana Senra; SILVA JR, Nelson da. Sobre o Corte no Corpo Próprio: questões sobre *acting-out*, passagem ao ato e a teoria do reconhecimento. Trabalho apresentado no V Encontro da Sociedade Internacional de Psicanálise e Filosofia, Santiago, Chile, nov. de 2012.

VERSOLATO, Mariana. Automutilação é praticada por um em 12 adolescentes. Jornal Folha de São Paulo, Caderno Saúde, 24 de novembro de 2011. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/saude/10745-automutilacao-e-praticada-por-um-em-12-adolescentes.shtml> Acesso em 10 de mai. 2015.

WILKINSON, Paul; KEVIN, Raphael; ROBETS, Chris et al. Clinical and Psychosocial Predictor of Suicide Attempts and Non-suicidal Self-Injury in the Adolescent Depression Antidepressant and Psychotherapy Trial (ADAPT). In: Am J Psychiatry, 2011; n. 168: 495-501.

YURI, Debora. Pedidos de Socorro. Revista da Folha, Revista da Folha de São Paulo, 19 de junho de 2005. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/revista/rf1906200503.htm> Acesso em 19 de mar. 2014.