

Comportamentos autoagressivos e sofrimento psíquico: retratos da adolescência contemporânea

Self-aggressive behavior and psychological suffering: portraits of contemporary adolescence

Edson Saggese*¹, Rafael de Oliveira Mendes*², Adriana Dias*³,
Clécia Maria Chaves Basso*⁴, Luiza de Oliveira Samari Silva*⁵,
Marina Vieira Espinoza*⁶, Nina Rodrigues Malm*⁷,
Ana Júlia Guinle de Mello*⁸

As lesões autoprovocadas são investigadas a partir da escuta psicanalítica de 15 adolescentes que chegaram a um ambulatório público. O sofrimento psíquico na adolescência contemporânea apresenta-se com crescente frequência sob a forma desse tipo de problema. A medicalização, que tem sido uma resposta dominante para esses jovens, é avaliada criticamente. Explora-se, com a ajuda do referencial psicanalítico, outros tipos de entendimento da questão, recorrendo-se às teorias freudianas sobre angústia, dor e formação de sintomas. Usando os aportes lacanianos, são destacados, também, os efeitos da palavra e da voz do Outro sobre o sujeito adolescente. Dois jovens transgêneros que apresentavam histórico de autoagressão conduziram a reflexões específicas sobre o tema.

Palavras-chave: Adolescência, autolesão, psicanálise, medicalização

*¹ Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ (Rio de Janeiro, RJ, Brasil).

*^{2, 4, 5, 6, 7, 8} Laboratório de Pesquisa Proadolecer (IPUB/Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ (Rio de Janeiro, RJ, Brasil).

Introdução

2

Assim como as maneiras de expressar o sofrimento psíquico mudam ao longo das épocas (Pessoti, 1994; Fassin & Rechtman, 2007), a adolescência não só é um processo de transformação, mas também os modos pelos quais esse processo ocorre seguem circunstâncias histórico-culturais (Mannoni, 1999; Saggese, 2001, 2021). Na interseção dessas duas questões buscamos respostas sobre a proliferação *epidêmica* das autolesões (especialmente o *cutting*) entre os jovens (Brown & Plener, 2017; Muehlenkamp, Claes, Havertape et al., 2012). Procuramos explicações para o porquê desse fenômeno ouvindo os adolescentes. A nós interessavam os estilos de subjetivação dos jovens na sociedade contemporânea e as relações que esses estilos mantêm com a produção de comportamentos autoagressivos. Optamos por ouvir os jovens no contexto de um processo analítico por considerarmos ser esse o dispositivo mais sutil e apropriado para confrontar os processos de subjetivação com a formação de sintomas. Com isso pretendemos entender a real dimensão do problema e ampliar a capacidade de intervenção terapêutica junto aos adolescentes e jovens em sofrimento psíquico. A equipe de pesquisa contou, além do coordenador, com dois médicos com especialização em psiquiatria da infância e adolescência; quatro psicólogas com especialização em infância e adolescência; uma psicóloga com mestrado em psicologia; uma psicóloga com doutorado em psicologia. Os pesquisadores tinham, em diversos níveis, experiência prévia com o trabalho analítico.

Focados inicialmente na identificação das relações entre a subjetividade do adolescente contemporâneo e as lesões autoprovocadas, fomos surpreendidos com a diversidade de questões surgidas ao longo da pesquisa, a ponto de nos reportarmos às palavras de Lima Barreto (Barreto & Henriques, 1988) ao criticar os esforços para classificar a *loucura*: [...] “é possível que os estudiosos tenham podido reduzi-las em uma classificação, mas ao leigo ela se apresenta como árvores,

arbustos e lianas de uma floresta: é uma porção de cousas diferentes” (p. 148). Em meio a essa floresta de árvores, arbustos e lianas encontramos algumas trilhas que julgamos importante sinalizar. Voltamos a Freud para descrever as relações da dor física com a dor psíquica (a angústia); passamos por Lacan para explorar os efeitos da palavra e da voz do Outro sobre o sujeito, e marcamos o papel muitas vezes contraproducente que a medicalização do sofrimento pode produzir.

De forma incidental, abriu-se um outro campo dentro da pesquisa a partir da escuta de dois adolescentes transgêneros com histórico de autoagressão. Por meio do trabalho analítico com esses jovens surgiram as questões que constituíam o pano de fundo das cenas dramáticas que os trouxeram ao atendimento.

A chegada da pandemia da COVID-19 em meio à realização da pesquisa constituiu um novo obstáculo. Estava implícita uma escolha ética: interromper a escuta dos adolescentes, abandonando-os justamente no momento do possível agravamento do sofrimento psíquico ou prosseguir, adaptando o desenho da pesquisa à nova situação? Resolvemos aceitar os novos desafios de um tempo de pandemia e pandemônio e continuar o trabalho, o que nos levou a ampliar nossa estratégia para a prática psicanalítica *online*.

Tendo em vista a complexidade dos assuntos abordados, resolvemos subdividir os resultados em tópicos, criando uma visão em paralaxe¹ dos diversos aspectos teóricos clínicos que se destacaram no decorrer da pesquisa. Introduzimos em cada tópico vinhetas dos atendimentos realizados que ilustram alguns dos pontos marcantes a serem discutidos.

Considerações sobre ética, o perfil dos pacientes e o trabalho analítico

Os pesquisadores seguiram, durante a elaboração e execução da pesquisa, os preceitos éticos da Declaração de Helsinque e da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A entrada na pesquisa foi precedida do consentimento livre e esclarecido do adolescente e de seu representante legal. Os adolescentes e os responsáveis receberam esclarecimentos sobre a

¹Paralaxe – Deslocamento aparente de um objeto quando se muda o ponto de observação. (Houaiss & Vilar, 2001).

pesquisa, incluindo a informação de que o não consentimento não impediria o atendimento no serviço.

Entre setembro de 2019 e outubro de 2021 foram atendidos 15 adolescentes (12 do gênero feminino, três do gênero masculino, sendo dois desses últimos transgêneros). A idade variou entre 12 e 19 anos (seis entre 12 e 14 anos; nove entre 15 e 19 anos). Um dos adolescentes abandonou o tratamento com menos de três meses e os demais foram atendidos entre 11 e 26 meses.

Constatamos que nossa amostra condiz com os achados da maioria das pesquisas sobre o tema quanto à predominância de adolescentes do gênero feminino no fenômeno das lesões autoprovocadas. Não podemos afastar a hipótese de que, em uma amostra ampliada, mais adolescentes masculinos poderiam aparecer, pois a literatura tem apontado o crescimento do fenômeno nesse segmento. Também é significativa a presença de dois adolescentes transgêneros (homens trans): a literatura assinala o maior risco das lesões autoprovocadas em adolescentes homoafetivos e transgêneros (Honig & Bockting, 2016).

4 A segunda constatação foi a viabilidade de estabelecer uma escuta analítica na adolescência, com laços transferenciais duradouros e um baixo nível de abandono dos atendimentos. Entendemos *escuta* como uma intervenção referenciada à psicanálise, privilegiando o estabelecimento da transferência e a postura de neutralidade que permitem que a palavra do adolescente se dirija a um outro que não faz exigências prévias quanto aos objetivos e conteúdos do que deve ser dito.

Verificamos ser raro que o adolescente procure espontaneamente o atendimento. Em nossa amostra, apenas dois dos 15 casos resultaram da demanda direta do adolescente por tratamento. A família (por decisão própria ou por injunção de uma instituição) conduzia o adolescente ao tratamento, gerando diferentes demandas: a da família (ou de um dos seus componentes) e a do próprio jovem. A demanda familiar por uma cura sintomática rápida, que restituísse o jovem à situação anterior, supostamente saudável, frequentemente não pôde ser respondida pelos terapeutas. É necessário dar suporte à família para que ela possa aceitar as oscilações sintomáticas que ocorrem, sobretudo nos casos mais graves, e descubra novas maneiras de se relacionar com o adolescente.

Na primeira entrevista de L., 12 anos, percebo duas queixas: a primeira está presente na fala da mãe, que decide procurar terapia para a filha quando descobre que L. fazia cortes nos braços; a segunda se refere à adolescente, que não fala dos cortes, mas queixa-se de crises que vivia de forma frequente, nas

quais começava a “chorar de repente” ou de outro momento quando abaixou a cabeça, dormiu e quando acordou teve a “sensação de que ia morrer”. L. relatava uma forte impressão de estar sendo olhada, sentia-se olhada na rua, em casa, no banho, que precisava terminar com rapidez para evitar que a vissem nua. Contava que durante um período não abria as cortinas do seu quarto e deixava tudo trancado até que, segundo ela, seu quarto mofou.

Partindo dos pressupostos citados, optamos por não tomar os motivos da chegada dos jovens à pesquisa (*cuttings* ou eventos suicidas) como fio condutor de nosso trabalho. Verificamos que centrar nosso interesse nesses eventos favorece a consolidação de um discurso que, envolvendo o adolescente, a família e o terapeuta, dificulta o surgimento das questões subjacentes que geraram o comportamento de risco. No entanto, essa abordagem não significa descurar o risco envolvido nas questões; trata-se de uma estratégia de trabalho coerente com a prática analítica.

A importância da criação de um espaço de fala para o adolescente parece ser validada pelo comentário da mãe da paciente da vinheta anterior, vários meses após o início do tratamento analítico:

— Ah! A L. era muito diferente! Ela não falava! Ela ficava triste, calada!

— Está diferente agora?

— Ah! Agora ela conversa. Está muito diferente. Ela aprendeu a falar!

— A senhora acha que aprendeu como?

— Foi aqui. Ela aprendeu a falar depois que começou o tratamento aqui.

Agora ela está mais solta. Fala, ri!

5

O peso da palavra do Outro no desencadear das autoagressões

No contexto polifacetado apresentado pelas lesões autoprovocadas e intentos suicidas dos adolescentes vamos explorar o efeito das palavras do Outro. O que queremos dizer com isso? Principalmente que pretendemos abordar as consequências das palavras dirigidas ao jovem no desencadeamento de ações agressivas voltadas contra ele mesmo. Pinçamos dois exemplos de relatos reproduzidos por adolescentes em análise:

A mãe de C. diz: “Você não presta para nada”. Ela vai imediatamente para o banheiro e corta-se no dedo com uma gilete, provocando um pequeno sangramento.

A mãe de J. a repreende asperamente por alguma falha ao cuidar dos irmãos menores. A adolescente afirma que “o balde transbordou”, essa

é sua explicação para o fato de ter se cortado seriamente, provocando uma hemorragia.

Independentemente da gravidade das consequências, aparecem nas histórias das adolescentes² em análise relatos sobre palavras vindas de alguém significativo e que induziram uma passagem quase imediata a atos violentos contra elas mesmas. Como entender essa relação? Explorando referências psicanalíticas, vamos nos dirigir à ligação entre o supereu e a esfera acústica, primeiro em Freud e, a seguir, em Lacan.

Partindo da “angústia de morte da melancolia” Freud (1923/1986g) aponta para a explicação da radical renúncia à vida que ocorre no *eu* quando da perda do amor: “Com efeito, viver tem para o eu o mesmo significado que ser amado: quer ser amado pelo supereu, que também nisso se apresenta como sub-rogado do isso” (p. 58). Essa estreita relação entre ser amado e a sobrevivência do eu pode ser compreendida ao acompanharmos como Freud (1930/1986j) traça as origens do supereu. Ele segue a trilha do desamparo e dependência da criança até o estabelecimento da instância crítica. Essa trilha passa pela angústia “frente à perda do amor”. Para esse ser desvalido o risco se apresenta como insuperável: “e perde o amor do outro, do qual é dependente, deixa também de ser protegido contra perigos diversos, sobretudo expõe-se ao perigo que esse alguém tão poderoso lhe demonstre a superioridade em forma de castigo” (p. 94).

O caminho torna-se mais tortuoso quando a autoridade desse outro “é internalizada pelo estabelecimento de um supereu” (ibid). Além da internalização desse outro, Freud vai apontar uma peculiaridade da consciência moral que contraria o senso comum: “Quanto mais virtuoso o indivíduo, mais severa e desconfiadamente ela se comporta, de maneira que precisamente os que atingem maior santidade se recriminam da mais triste pecaminosidade” (p. 95).

Podemos compreender duas origens superpostas para o sentimento de culpa: partindo do medo da autoridade chega-se ao medo do supereu. Como instância internalizada, nada pode ser ocultado do supereu, não basta mais a renúncia à satisfação pulsional, pois a tendência ao desfrute continua ativa, sendo registrada como transgressão. Na direção de esmiuçar ainda mais as relações no aparelho psíquico, Freud afirma que o supereu, formado pela

² A referência no feminino reflete o maciço predomínio do gênero feminino na procura de atendimento no âmbito do Proadolescenc.

identificação com a autoridade externa “entra em posse de toda a agressividade que a criança gostaria de exercer contra ela [a autoridade]” (p. 100). Mas essa agressividade da criança está mesclada com o amor, a ambivalência afetiva relacionada ao mítico assassinato do pai, amado e odiado. Na gênese do sentimento de culpa aparece a concomitância do amor e do ódio pelo Outro, permanecendo de forma perene, inserido na vida anímica desde a fundação da vida subjetiva.

Freud (1930/1986j) vai se referir ainda ao “sentimento inconsciente de culpa” (p. 131), que, segundo ele, deveria ser traduzido, para que pudesse ser compreendido pelos pacientes, pela expressão “necessidade inconsciente de castigo” (ibid.). Expressão inconsciente da culpa, essa necessidade de castigo pode exercer um papel importante nos eventos ligados a algumas formas de lesões autoprovocadas na adolescência.

Após esse resumo das concepções freudianas acerca da formação do supereu, nos aproximamos dos aspectos acústicos de seu funcionamento. Essa exploração é importante antes de acedermos diretamente às lições da clínica sobre a autoagressão na adolescência.

Freud (1923/1986g) faz um diagrama do aparelho psíquico em que aparece um “casquete auditivo” (ou placa auditiva) superposta ao eu, registro das relações do sujeito com o mundo exterior. Mais adiante, no mesmo trabalho, as relações entre o supereu e o ouvido tornam-se mais complexas, com o acréscimo das ligações com o inconsciente:

A resposta prudente seria que o supereu não pode desmentir que provém também do ouvido, é sem dúvida uma parte do eu e permanece acessível à consciência desde as representações-palavra (conceitos, abstrações), porém a energia de investimento não é trazida a esses conteúdos do supereu pela percepção auditiva, a instrução, a leitura, senão que são trazidas pelas fontes do isso. (p. 53)

Lacan (1962-63/2005) retoma a função da repetição em Freud, questionando se ela “[é] apenas automática e ligada ao retorno, à carreação necessária da bateria do significante, ou terá ela uma outra dimensão?” (pp. 274-275). Essa interrogação o leva a explorar a dimensão da voz, tratada como uma das apresentações do objeto *a*. Lacan, ainda no contexto do *Seminário 10 – A angústia*, abordará o significado do som de um instrumento sonoro usado em cerimônias judaicas (o chofar), para concluir que se trata de uma referência a Deus, enquanto voz, apelo sonoro que aponta uma dimensão do Outro que vai além de uma referência simbólica. A propósito desse objeto, Lacan (1962-63/2005) acrescenta: “Nós o conhecemos bem, acreditamos

conhecê-lo bem, a pretexto de conhecermos seus dejetos, as folhas mortas, sob a forma das vozes perdidas da psicose, e seu caráter parasitário, sob a forma dos imperativos interrompidos do supereu” (p. 275).

Essa referência ao objeto *a* vem do campo dos fenômenos psicóticos. Não tomamos os exemplos pinçados da relação das adolescentes com suas mães como vindos da experiência psicótica, mas procuramos realçar a possibilidade de reler a ligação entre o que Freud aponta sobre a importância da esfera acústica à luz dos desdobramentos lacanianos quanto ao objeto voz.

Jacques-Alain Miller (2013) esclarece a consequência para as teorias lacanianas da diferença entre o uso do significante “para fazer o Outro responder” e a radical expectativa sobre a voz, “aquela que me dirá o que me espera”. O que está sendo redimensionado é a importância da voz, para além do efeito instrumental da palavra, para completar as amarras do sujeito ao campo do Outro:

8 Foi percebido que existia algo na voz que escapava ao efeito instrumental. É claro, sirvo-me do significante para fazer o Outro responder — toda cadeia é uma invocação — mas, de maneira mais radical, espero a voz do Outro, aquela que me dirá o que me espera, o que será de mim e o que do meu ser, como indizível, já é. É justamente o que me prende ao Outro: o que me prende ao Outro é a voz no campo do Outro. (p. 12)

Se o objeto voz pode fazer o enigma do Outro ganhar características ameaçadoras, o que de particular no adolescente poderia acentuar o impacto do que é escutado como insulto ou reprimenda? Um ângulo a destacar na adolescência é a reformulação da posição do sujeito em relação ao Outro. Essa reformulação apresenta aspectos ambivalentes para o jovem: por um lado, permite que ele questione a autoridade parental ou social e amplie o alcance da sua visão sobre o mundo. Por outro, faz vacilar a segurança infantil que a ilusão sobre a consistência do Outro produzia. A adolescência vai confirmar o vazio do Outro, o vazio de sua falta de garantia.

Pode-se argumentar que a criança não é infantil no sentido de que certa visão as coloca, a de alguém incapaz de sustentar posições subjetivas e críticas e desconfiar das certezas do mundo adulto. Em todo caso, é inegável que há uma ampliação dos horizontes com a chegada da adolescência. Não sem razão, Freud, ao longo de sua obra, coloca que um dos maiores desafios que se apresentam para o sujeito é a ruptura com a autoridade paterna. Freud não emprega o termo adolescência, que, no tempo da produção da sua obra, não era tão usual na literatura médica como nas últimas décadas. Além disso, usar o termo “puberdade” fazia sentido na teoria freudiana, pois se referia

ao impacto da retomada da sexualidade após ao que chamou de “período de latência” da infância. Todavia, ao criador da psicanálise não escapava a importância do dilema entre a submissão e a recusa da palavra tutelar.

Colette Soler (2018) elucida um pouco o assunto das relações entre o adolescente e o Outro, chamando de “vereditos do Outro” as palavras em que se atribui algo ao sujeito. Esses significantes tornam-se injuriosos quando um sujeito se percebe diverso da qualificação que lhe é lançada, mas não sabe em que lugar identitário se colocar. Soler completa:

Assim, a afirmação vinda do Outro, familiar ou social, pode fazer surgir espontaneamente para um sujeito a questão de sua verdadeira identidade. Esse fenômeno se produz eletivamente na adolescência, ainda que não exclusivamente, e se compreende o porquê. É que a adolescência é um tempo no qual o estatuto profissional, familiar, às vezes sexual, que assenta a identidade social de cada um está em suspenso. (p. 18)

Essa vacilação das identificações, própria da adolescência, poderia amplificar a incidência do poder das palavras sobre o jovem. Ou, ainda, faria acentuar a potência dessa voz que o amarra ao Outro, levando-o à submissão ou à recusa em continuar a escutá-la.

9

Sobre angústia e constituição de sintomas

Pouco obtemos ao procurar a origem das lesões autoprovocadas na fala dos adolescentes. Essa fala permanece no nível do “me corto para aliviar a angústia”. Qualquer tentativa de encontrar as questões prévias que teriam originado as ações esbarra no silêncio ou na evasão. O processo de escuta analítica, quando se estabelece a transferência, servirá para a construção das questões daquele(a) jovem. A ausência dessa possibilidade pavimentaria o caminho para a continuação dos cortes como a única possibilidade de se contrapor à invasão da angústia. Quando a fala se estabelece sob transferência, é comum o abandono das autolesões ou a diminuição dessa estratégia de lidar com a angústia. Isso ocorre não pelo desvelamento do conflito psíquico que resultou no ato de cortar-se — não havia conflito e nem o conseqüente sintoma como uma amarração. Havia uma pura descarga da angústia que não encontrava suficiente elaboração psíquica para transformar-se em sintoma.

A jovem J. relata um episódio, no qual quis “pegar a lâmina” não com o intuito de se matar, mas de se machucar para ver se a dor apagava a outra

dor que estava sentindo. Em outra ocasião, J. fez uma tentativa de suicídio, ingerindo alvejante e bebida alcoólica. Sobre isso, a jovem falou não ter pensado em nada e que não tinha controle sobre o que fazia.

Tem sido prática corrente nos artigos sobre as lesões autoprovocadas na adolescência considerá-las sintomas. Na literatura psiquiátrica, essa denominação poderia ser aceitável, ainda que classificá-las como um sinal (que significa manifestação, indício ou vestígio) pudesse ser mais preciso no linguajar médico. Com frequência, os cortes superficiais na pele, em diversas regiões do corpo, são descobertos durante o exame clínico ou seu conhecimento surge de relatos de pessoas próximas ao adolescente (pais, professores ou colegas) e, mais raramente, provêm de queixas do próprio paciente. Porém, estamos interessados em examinar a pertinência da denominação sintoma para tais eventos dentro do campo psicanalítico.

10 Seriam os cortes, do ponto de vista psicanalítico, sintomas? Pensamos que não, por não satisfazerem o requisito básico de expressarem um conflito psíquico inconsciente. Não seriam “[indício] e substituto de uma satisfação pulsional interceptada [...] resultado de processo de recalque” (Freud, 1926/1986i, p. 87). Evidentemente existem conflitos psíquicos inconscientes nos sujeitos que produzem as autolesões que poderiam estar intrincados com a efetivação dos cortes, mas isso não basta para classificar o corte em si como sintoma. O sintoma, em Freud, é uma mensagem cifrada, não reconhecida pelo sujeito e possível de ser desvelada. Essa é a dimensão que Lacan vai consagrar como simbólica, metafórica, ligada à produção de sentido, o sintoma como mensagem endereçada ao Outro. Já Freud (1926/1986i) havia avançado em sua metapsicologia para reconhecer que aparece no sintoma um aspecto incontornável da pulsão de morte, resistente ao trabalho analítico. Lacan dará plenitude às descobertas freudianas, reconhecendo o sintoma como uma tentativa de modular, circunscrever o gozo. Freud também descobre que o sintoma não é algo tão fácil de desfazer, não bastando o levantamento do recalque para fazê-lo desaparecer. Sintomas são fenômenos de longa duração, e a experiência clínica não identifica a presença dessa característica na função que os cortes (*cuttings*) desempenham para o sujeito. São antes atividades fugazes que, em nossa experiência clínica, desaparecem logo no início da escuta psicanalítica.

Vamos procurar desenvolver, seguindo a metapsicologia psicanalítica, os caminhos possíveis que conduzem à produção dos cortes. Não contestamos que a necessidade de lidar com a angústia esteja envolvida no problema. Mas por quais caminhos? As lesões que o sujeito provoca passariam por uma

elaboração, um conflito inconsciente? Seriam a substituição de uma satisfação pulsional interceptada e recalçada? Estariam os cortes sujeitos à decifração analítica como estão os sintomas das neuroses de transferência, denominação usada por Freud para abarcar a histeria e a neurose obsessiva? Voltaremos mais adiante a essa questão.

Acerca da angústia podemos localizar duas principais teorias freudianas: a angústia como excesso pulsional e a angústia como sinal. A última delas acaba ganhando a preferência de Freud, que chega à conclusão de que a angústia provoca o recalque. No entanto, mesmo nas suas obras mais tardias, como em “Inibição, sintoma e angústia”, Freud (1926/1986i) reluta em descartar a primeira teoria do excesso pulsional que se transforma em angústia:

[E] posto que a excitação sexual é a expressão de moções pulsionais libidinais, não parecia ousado supor que a libido transformava-se em angústia pela ingerência dessas perturbações. Contudo, essa observação segue sendo válida hoje; por outra parte, não se pode eliminar que a libido dos processos-isso experimente uma perturbação incitada pela repressão; em consequência, pode continuar sendo correta que à raiz da repressão se forme angústia desde a investidura libidinal das moções pulsionais. Porém, como harmonizar esse resultado com o outro, ou seja, que a angústia das fobias é uma angústia do eu, nasce no eu, não é produzida pela repressão e sim a provoca? Parece uma contradição e solucioná-la não é coisa simples. Não é fácil reduzir essas duas origens da angústia a uma só. (p. 105)

Para indicar que ele não toma uma posição definitiva quanto ao problema, Freud (1926/1986i) usa, ao final do texto, a locução latina “*Non liquet!*” (não está claro). Para a questão que examinamos isso tem importância, pois se seguirmos levando em conta a primeira das teorias freudianas sobre angústia, podemos pensar em um evento que precede o conflito psíquico, precedendo, portanto, o recalque desse conflito.

Como contraponto às neuroses de transferência ou neuroses de defesa, Freud explora em diversos pontos da sua obra o que denomina neuroses atuais (neurose de angústia e neurastenia). Como esclarece Strachey, o uso do adjetivo atual se aplica “a esse grupo de neuroses porque suas causas são exclusivamente contemporâneas e não têm origem, como no caso das psiconeuroses, no passado do paciente” (Freud, 1917/1986e, nota 8, p. 351). Essa separação tem raízes nos artigos freudianos “Sobre a justificativa de separar da neurastenia uma determinada síndrome na qualidade de ‘neurose de angústia’” e “A propósito das críticas à neurose de angústia” (Freud, 1895/1986a), mas não foi renegada posteriormente pelo autor, que

na sua “Apresentação autobiográfica” (1925/1986h) e em “Inibição, sintoma e angústia” (1926/1986), refere-se ao tema. Essa diferença na tipologia das neuroses tem relação com as duas teorias sobre a angústia, como acabamos de fazer referência, na citação do último artigo. Valeria a pena relemburar, também, a defesa que Freud faz, ainda em “Apresentação autobiográfica”, do conceito de neuroses atuais:

Mais tarde não tive nenhuma oportunidade de retornar às indagações sobre as neuroses atuais. Essa parte do meu trabalho também não teve continuação por outros. Se hoje dou uma olhada retrospectiva sobre meus resultados de então, posso discerni-los como esquematizações iniciais e grosseiras de uma relação de coisas provavelmente muito mais complicadas. Porém, em seu conjunto, seguem parecendo-me corretos ainda hoje. De boa vontade haveria de submeter ao exame psicanalítico casos de neurastenia juvenil pura; infelizmente não foi possível. (Freud, 1925/1986h, p. 25)

12 À luz dessa retrospectiva sobre a angústia e as neuroses atuais, vamos retomar nosso tema: as lesões autoprovocadas. A psiquiatria vai buscar uma resposta associando as autolesões a transtornos psiquiátricos, elencando diversos deles, como a depressão e o transtorno *borderline*. Já a psicanálise, em boa parte da literatura que produz, dirige-se à busca das causas inconscientes do ato, à pesquisa do conflito originário que o adolescente expressaria sob a forma de cortar-se. E se retornássemos a Freud para pensar um caminho diverso?

Ainda no contexto da discussão das teorias sobre a angústia, Freud (1925/1986h) está interessado em reafirmar que “[a] angústia é um estado afetivo que, desde logo, só pode ser registrado pelo eu” (p. 133), mas procura compatibilizar essa afirmação com outra, no mesmo parágrafo: “[Em] troca, é frequentíssimo que no isso se preparem ou se consumam processos que deem ao eu ocasião para desenvolver angústia” (Ibid.). Nesse caminho, Freud chega ao objetivo de compatibilizar teorias sobre a angústia que ele articulou em diferentes épocas:

Não é descartável que no caso de abstinência, de perturbação abusiva do decurso da excitação sexual, de desvio desta do seu processamento psíquico, gere-se diretamente angústia a partir da libido, vale dizer, se estabeleça aquele estado de desvalimento do eu frente a uma tensão hipertrófica da necessidade, estado que, como no nascimento, desemboque no desenvolvimento de angústia. (p. 133)

Strachey assinala que a expressão “processamento psíquico” (ou “elaboração psíquica”) já estava presente no primeiro trabalho de Freud sobre

as neuroses de angústia de 1895 (Ibid., nota 11). O resgate desse conceito pode nos colocar na pista que liga os cortes à angústia. Laplanche (1987) reexamina, na obra de Freud, as teorias sobre a angústia e sugere que a primeira teoria (energia sexual transformada em angústia) não é puramente fisiológica, como pensam alguns, mas contém um “elo intermediário”, uma referência ao nível psíquico:

O elo intermediário consiste na ideia de que há uma inadequação entre a excitação sexual ao nível somático e a possibilidade de elaborar essa excitação ao nível psíquico. Já encontramos uma ou duas vezes, de passagem, as palavras “elaboração psíquica”. Essa noção é tão importante que toda teoria fisiológica da angústia é incompreensível sem ela. E o paradoxo a se assinalar desde já consiste em que, nessa época, Freud designa por “libido”, não a excitação física nem o desejo sexual somático, mas justamente o elemento psíquico, ou seja, as fantasias ligadas à atividade sexual. (p. 26)

Interessa a Laplanche apontar, na teoria freudiana sobre a neurose de angústia, que é “[ao] nível de uma ausência de elaboração que se produz a derivação sob a forma de angústia” (Ibid., p. 27). Essa “ausência de elaboração” poderia ser a explicação mais razoável para o transbordamento da angústia no adolescente, refletida no cortar-se. Recorremos à primeira teoria da angústia em Freud e seu conceito de neuroses atuais para encontrar um caminho mais condizente com os fatos clínicos com o quais nos deparamos.

Que exista um desdobramento desses atos de autolesão em sintomas, no sentido que a psicanálise reserva ao termo, não duvidamos. Ainda voltando aos conceitos de neuroses atuais e psiconeuroses (ou neuroses de transferência) elaborados por Freud (1917/1986e) encontramos a maneira como ele se refere à passagem das primeiras para as segundas:

Um notável nexos existente entre os sintomas das neuroses atuais e das psiconeuroses nos brinda ainda uma importante contribuição para o conhecimento da formação de sintomas nestas últimas, a saber: o sintoma da neurose atual costuma ser o núcleo e a etapa prévia do sintoma psiconeurótico. (p. 355)

Sabemos que na adolescência podem se instaurar sintomas neuróticos histéricos, fóbicos e obsessivos. Quanto a eles, podemos falar em deciframento sob transferência. No caso dos cortes talvez seja melhor falar em oportunidade para ciframento, ou seja, para a elaboração, sob transferência, que permite ao adolescente fazer a ligação da sua angústia, antes descarregada de forma livre como nas neuroses atuais. Lacan (1962-63/2005) afirma que “o neurótico recusa a dar sua angústia... [É] por essa razão que uma análise,

como dizia Freud, começa por uma configuração dos sintomas” (p. 62). Seria possível pensar que nos casos dos *cuttings*, como nas neuroses atuais, a angústia se apresenta de início, na ausência de um recobrimento simbólico sobre o Real que permitiria a formação dos verdadeiros sintomas que Freud denomina de psiconeuroses ou de neuroses de transferência.

Da dor física à dor psíquica

14 Outro aspecto a examinar em relação a algumas leituras psicanalíticas sobre os cortes se refere à questão da dor. Muitas vezes essa dor produzida pelo ato de se cortar aparece nessas leituras sob a forma metaforizada como dor psíquica. Novamente somos levados a crer que há um intenso conflito psíquico, que seria expresso através das autolesões. Mas existiria na produção dos cortes alguma mensagem dirigida ao Outro, alguma forma de pedido de endereçamento como parece supor o uso metafórico da dor? Não recusamos completamente essa possibilidade, mas gostaríamos de primeiro examinar, partindo de Freud, outros aspectos econômicos e tópicos do problema. Em dois textos produzidos nos anos 1920, Freud examina a questão da dor corporal e os sistemas psíquicos. Em “Além do princípio do prazer” (1920/1986f), um divisor de águas entre os escritos freudianos, ele aborda o desprazer produzido pela dor:

É provável que o desprazer produzido pela dor corporal se deva a que a proteção antiestímulo foi perfurada em uma área circunscrita. E então, a partir desse lugar da periferia, afluem ao aparato anímico central excitações contínuas como as que geralmente só podiam vir do interior do aparelho. (p. 30)

Freud completa afirmando que se produz um enorme “contrainvestimento em favor do qual se empobrecem todos os outros sistemas psíquicos, de sorte que o resultado é uma extensa paralisia ou rebaixamento de qualquer outra operação psíquica” (Ibid). Interessa para nossa reflexão sobre o cortar-se a questão do “rebaixamento de qualquer outra operação psíquica”. Poderíamos traduzir esse rebaixamento como o impedimento do pensar, como a interrupção do encadeamento significativo que poderia constituir um trilhamento simbólico para o conflito psíquico. O efeito paralisante da dor sobre o aparelho psíquico pode ser o efeito mais imediato do corte. Queremos contrastar esse efeito justamente com outra leitura que vê o cortar-se como uma metáfora do sofrimento psíquico. Não há, a nosso ver, possibilidade

metafórica, pois o efeito da dor do corte é exatamente a paralisia momentânea de qualquer possibilidade de inscrição na linguagem.

Freud (1926/1986i) retoma a problemática da dor corporal, agora incluindo o viés do narcisismo, para rephrasear o que havia afirmado no texto que acabamos de citar: “À raiz da dor corporal gera-se um investimento elevado, que se deve chamar narcisista, do lugar doloroso do corpo; esse investimento aumenta cada vez mais e exerce sobre o eu um efeito de esvaziamento, por assim dizer” (p. 160).

Por que chamar de investimento narcisista esse investimento que se contrapõe à dor? Como compatibilizar narcisismo, esse aspecto estrutural do sujeito, com a ideia de um efeito de esvaziamento do eu? Pode ser que Freud se refira à concepção de narcisismo primário posterior àquela de “Introdução ao narcisismo” (1914/1986c), como a que aparece em “O eu e o isso” (1923/1986g): “[A] princípio toda libido está acumulada no isso, enquanto o eu encontra-se, ainda, em processo de formação ou é débil” (p. 47). Mencionamos essa possibilidade para realçar a questão de a libido poder estar à disposição para a transformação em angústia e não à disposição do eu. De qualquer modo, o efeito da dor produzida pelos cortes é o esvaziamento do eu impedindo o registro da angústia, que, ainda que produzida por um excesso pulsional, deve ser registrada por um eu que, nas palavras de Freud, encontra-se paralisado, com sua possibilidade de operação psíquica rebaixada.

Lapanche (1987) também aborda a questão da dor quando fala da angústia sob o ângulo tópico. Ele vai buscar nos artigos de Freud sobre metapsicologia, mais exatamente em “A repressão” (1915/1986d), a expressão pseudopulsão, utilizada por Freud no seguinte contexto:

Pode ocorrer que um estímulo exterior seja interiorizado, por exemplo se ataca ou destrói um órgão; então se engendra uma nova fonte de excitação continuada e de incremento da tensão. Tal estímulo adquire, assim, notável semelhança com uma pulsão. Segundo sabemos, sentimos esse caso como “dor”. Pois bem, a meta dessa pseudopulsão é só que cesse a alteração do órgão e o desprazer que implica. (p. 141)

Um órgão, a pele, por conta de suas numerosas terminações nervosas, se encaixa bem nesse exemplo da ação da dor sobre o aparelho psíquico. O termo “pseudopulsão” (um hápax na obra de Freud?) realça a importância do efeito da dor, enquanto estímulo externo, para desencadear um estímulo interno sobre o eu, que se concentraria na reação a essa fonte, paralisando sua capacidade de reagir a outros estímulos capazes de gerar angústia.

Essas considerações tópicas, econômicas e psicodinâmicas não se opõem a outras possíveis proposições metapsicológicas que relacionem o ato de se cortar com o fenômeno da dor. No entanto, acreditamos que deva haver uma ligação entre a escuta clínica e formulação de hipóteses teóricas. Por que levantar essa questão? A difusão entre os jovens das lesões autoprovocadas desencadeou uma grande expansão da literatura psicanalítica sobre o assunto, mas nem toda ela baseada no contexto clínico. A questão pode se tornar problemática quando as intervenções nos eventos clínicos derivam de estudos advindos dos campos antropológico ou sociológico.

Tomemos como exemplo os trabalhos do antropólogo Le Breton (2018) que desenvolve metáforas para situar a questão dos cortes na pele. O autor dirige sua pesquisa a diversos fenômenos relativos ao corpo como *piercings* e *tatoos*. Poderiam esses fenômenos ser estudados no mesmo nível teórico das questões que envolvem os cortes? Acreditamos que, no caso dos *piercings* e tatuagens, estão presentes elementos culturais e registros históricos que remetem ao extenso uso de intervenções no corpo como marcas identitárias. Quanto aos cortes, Le Breton (2018) os situa como uma *homeopatia simbólica* (“*symbolic homeopathy*”, p. 37) para adquirir autocontrole e combater a dor (psíquica?). Mais adiante, na mesma página, completa: “Uma parte do corpo deve, algumas vezes, ser sacrificada para salvar parte do *self*”. Ainda utiliza outra metáfora explicativa: “a lesão autoprovocada é precedida por um sentimento de perda do *self* e de toda substância em uma espécie de hemorragia de sofrimento” (p. 37). Le Breton utiliza-se com frequência da literatura psicanalítica, citando autores como Blos, Anzieu e Winnicott. A partir de Winnicott o antropólogo toma a liberdade de utilizar um conhecido conceito como fonte de esclarecimento para os cortes: “A lesão autoprovocada é, indubitavelmente, ligada ao alívio do ‘temor do *breakdown* que já foi experimentado” (p. 37). Foge ao escopo deste artigo fazer uma análise crítica da extensa pesquisa antropológica do autor, que compreendeu numerosas entrevistas semiestruturadas, realizadas nos últimos vinte anos. No entanto, Le Breton usa a literatura analítica na interpretação dos seus achados, e, ao fazê-lo, pode ter provocado uma tendência na clínica psicanalítica de seguir a linha de interpretação que parece entregar ao sujeito adolescente explicações metafóricas que ele, por si mesmo, não produziu. Nesse ponto deparamo-nos com uma situação de risco para a validade da escuta analítica que depende das particularidades de articulação discursiva de cada sujeito. Essa preocupação orientou nossa retomada de algumas considerações metapsicológicas, vindas da obra freudiana, que poderiam contribuir para ressituar parâmetros para a abordagem psicanalítica relacionada aos cortes autoprovocados.

A medicalização da adolescência

A adolescente, 17 anos, está em atendimento psicanalítico, mas sua mãe insiste em uma avaliação psiquiátrica. Marcada a consulta, ela vem acompanhada da mãe e de um irmão. A paciente entra sozinha no consultório, senta-se e, antes que a psiquiatra possa formular qualquer pergunta, ela diz: “estou sem medicação”. Após a entrevista, solicita-se a entrada da mãe no consultório. Ela entra com o filho de sete anos, que, segundo ela, é autista e não pode permanecer sozinho. As duas, mãe e filha, rapidamente caminham para uma discussão que segue com muita irritabilidade de ambas as partes. O menino, que permanecia sentado e em silêncio, ao ouvi-las narrar cenas em que estava envolvido, inicia também o seu discurso, justificando o seu comportamento e protestando diante do caótico quadro familiar. A mãe, rapidamente o interrompe, dizendo: “Fica quieto! A sua hora do psiquiatra vai chegar!”.

O autodiagnóstico dos adolescentes e a pressão familiar para a nomeação de uma entidade psiquiátrica que justifique as lesões autoprovocadas aparecem com grande frequência nos relatos da pesquisa. A vinheta acima aponta para uma pseudosolução das questões subjetivas dos adolescentes: atribuir a eles diagnósticos psiquiátricos, cuja oferta é abundante, tanto nos manuais especializados quanto na mídia e nas redes sociais. Esse movimento é acompanhado do alarmante aumento de prescrições e do uso de psicofármacos como psicoestimulantes, tranquilizantes, antidepressivos e antipsicóticos. O diagnóstico de autismo, por exemplo, cresceu vinte vezes nas últimas duas décadas. O transtorno bipolar foi diagnosticado 40 vezes mais nos últimos dez anos que na década anterior (Frances, 2016). São doenças epidêmicas transmitidas por um microrganismo muito virulento como o coronavírus, ou esse aumento espantoso de transtornos psiquiátricos corresponde apenas ao alargamento injustificável de critérios diagnósticos? O psiquiatra americano Allen Frances (2016) levanta uma hipótese para explicar a crescente medicalização de crianças e adolescentes:

Quando o mercado de adultos pareceu saturado, os fabricantes de remédios expandiram sua demografia de clientes direcionando produtos para as crianças — não por acaso todas as epidemias recentes de transtornos psiquiátricos ocorreram entre os jovens. E crianças são clientes particularmente seletos — conquiste-as cedo e poderá tê-las para sempre. (p. 124)

Note-se que Allen Frances está longe de ser um antipsiquiatra, tendo sido o coordenador da equipe responsável pela elaboração do DSM-IV, o mais

influyente manual diagnóstico de transtornos mentais do mundo, produzido pela Associação Americana de Psiquiatria. Mesmo uma figura de destaque do *mainstream* psiquiátrico parece assustada com a dimensão daquilo que ajudou a criar.

As classificações psiquiátricas alcançam atualmente uma grande importância cultural. A força performativa de suas categorias determina identidades aceitas de bom grado pelos classificados — as pessoas pacificam-se por achar que encontraram num diagnóstico psiquiátrico uma explicação para seus problemas emocionais, que podem ser resolvidos se utilizarem a medicação correta. Safatle (2016) aponta que “estar doente é, a princípio, assumir uma identidade com grande força performativa” (p. 203). Dada a errância identitária presente na adolescência, não é surpreendente que tenhamos identificado uma tendência de condensar a variedade do sofrimento psíquico ligado às lesões autoprovocadas num diagnóstico de transtorno mental.

Sofrimento psíquico, lesões autoprovocadas e transgêneros

18 AOS 12 ANOS, M. FOI ENCAMINHADA PARA ATENDIMENTO APÓS RELATOS DE cortar-se e uma tentativa de enforcamento que deixou marcas em seu pescoço. O pai confirma o episódio como uma tentativa de suicídio. A mãe de M., por outro lado, refere-se às marcas como uma alergia de pele, negando a tentativa de suicídio. M. nunca fez referência aos cortes, que eram relatados somente por seu pai, que, diante do silêncio da filha, contava dos cortes e da tentativa de suicídio, enquanto ela permanecia cabisbaixa. Após várias sessões analíticas houve, a pedido da paciente, uma sessão familiar de revelação. M. já se referia a si como do gênero masculino. Dizia não se sentir pertencente a gêneros binários e que havia, por algum tempo, se considerado gênero fluido. Agora, se assumia como sujeito transgênero masculino. Pedia que se referissem a ele no pronome masculino e que seu novo nome deveria excluir o antigo, que ele mais tarde irá chamar de “nome morto”.

Como em outros casos, os graves eventos de autoagressão não podem ser abordados diretamente. Fazem parte de uma passagem ao ato do qual o sujeito — e às vezes a família — nada quer ou pode falar. O trabalho analítico permite, no entanto, que surjam questões que constituem o pano de fundo das cenas dramáticas que trazem o adolescente ao atendimento. Nesse recorte da clínica, o pano de fundo é o sofrimento ligado à transexualidade. O impacto das questões de gênero sobre o sofrimento psíquico

na adolescência vem sendo demonstrado há mais de uma década, e podemos encontrar relatos na literatura sobre o aumento de lesões autoprovocadas entre a população transexual nesse período etário (Walls et al., 2010; Grossman & D’Augelli, 2007).

J., 16 anos, sexo feminino, que identifica-se como homem transgênero, chegou ao ambulatório com a queixa de ansiedade. Ele conta que com 10 anos começou a se questionar de certas coisas e com 12 anos soube que era transexual, “simplesmente soube”. Relata que quando era criança acreditava que um dia seu pênis iria crescer, “mas isso nunca aconteceu”. Explicou que tinha crises de disforia quando não conseguia olhar para o seu corpo, e alguns rituais para tomar banho como apagar as luzes e colocar uma venda nos olhos, muitas vezes fica se beliscando, afirmando que não é algo que percebe, pois só se dá conta quando alguém chama sua atenção. Afirma que há muitas partes do seu corpo que não gosta, citando os seios, as pernas e as mãos que às vezes acha pequenas e delicadas. Afirma que os seios são os piores, pois é horrível quando eles se encontram com a pele do corpo; para a genitália, nem liga muito. Em outro momento J. conta de seus pensamentos suicidas. Acha que é por causa da disforia.

A ansiedade produzida em J. pelo embaraço com seu corpo e sua sexualidade o leva, em determinadas ocasiões, a provocar lesões na pele beliscando-se e a ter pensamentos suicidas. Ele encontra no diagnóstico psiquiátrico de disforia de gênero um rótulo para o seu sofrimento. Nessa breve vinheta clínica, identificamos tanto as autolesões como uma saída para tramitar a ansiedade quanto o apelo à rotulação medicalizante para definir o sofrimento indizível.

À visão patológica podemos contrapor os estudos de gênero e as teorias psicanalíticas. O adolescente é constringido a definir-se na partilha do sexo, o que pode se chocar com o modelo hegemônico heteronormativo que ainda predomina na sociedade. Na adolescência — e muitas vezes já na infância — algumas pessoas não se encaixam no modelo binário homem/mulher e começam a construir uma identidade de gênero particular. Assim, encontramos atualmente uma variedade crescente de identidades alternativas de gênero — transgêneros, *drag queens*, *queers*, *gays*, *butches and femmes*. No livro *Problemas de gênero*, Butler (1990/2021) afirma que a falta de um significado determinado para o gênero nos leva a sentir que existe um problema. A autora alerta que talvez o que chamamos de problema não precise ter a conotação negativa que damos costumeiramente, pelo contrário: podemos buscar a melhor maneira de criá-los ou de tê-los, já que não vão parar de aparecer. Para Butler (Ibid.) não há uma estrutura binária estável e “natural”

em relação ao gênero, mas sim atos intencionais e performativos que criam a “realidade” de gêneros.

Considerações finais

Como parte importante da nossa proposta de escuta psicanalítica optamos por não tomar os motivos imediatos da chegada dos jovens à pesquisa (*cuttings* ou eventos suicidas) como fio condutor do nosso trabalho. Verificamos que centrar nosso interesse nesses eventos favorece a consolidação de um discurso que, envolvendo o adolescente, a família e o terapeuta, dificulta o surgimento das questões subjacentes que geraram o comportamento de risco.

Vale assinalar que a reflexão crítica sobre o processo de patologização e medicalização da vida, que incide de forma marcante sobre as ditas idades evolutivas (infância e adolescência), foi determinada pela importância e gravidade do tema em relação aos equívocos cometidos na avaliação do sofrimento psíquico dos adolescentes, incluindo a questão das autolesões.

20 Outra observação vai na direção do que Colette Soler (2018) chamou de vereditos do Outro: palavras que atribuem algo ao sujeito e que se tornam injuriosas quando o adolescente se percebe diverso da qualificação que lhe é lançada, mas não sabe em que lugar subjetivo se colocar. No curso das vacilações identitárias próprias da adolescência, o poder das palavras do Outro significativo amplifica-se e, como expusemos, facilita o desencadeamento de atos autolesivos.

Quanto aos aspectos metapsicanalíticos da clínica, verificamos que pouco obtemos ao procurar a origem das lesões autoprovocadas nas associações dos adolescentes. No geral, suas explicações permanecem no nível do “me corto para aliviar a angústia”. As tentativas de encontrar as questões prévias que originaram as ações esbarram no silêncio ou na evasão. O processo de escuta analítica, quando se estabelece a transferência, servirá para a construção das questões daquela ou daquele jovem. Quando se estabelece uma fala sob transferência, verificamos em nossos casos o abandono das autolesões ou a diminuição dessa estratégia de lidar com a angústia. Isso ocorreu não pelo desvelamento do conflito psíquico que teria resultado nos atos de autolesão, pois não havia se estabelecido a inscrição de um conflito sob a forma de sintomas. Havia uma pura descarga da angústia, que não encontrava suficiente elaboração psíquica para transformar-se em sintoma. Nossa posição contrasta com outros autores, cujo modelo teórico segue a obra de Le

Breton que atribui um prévio sentido metafórico ao fenômeno — metáforas não extraídas da escuta clínica.

Ainda no campo metapsicológico, abordamos a questão da dor que, na proposição de Freud (1920/1986f) conduziria ao “rebaixamento de qualquer operação psíquica”. Poderíamos traduzir esse rebaixamento como impedimento do pensar, como interrupção do encadeamento significativo que poderia constituir um trilhamento simbólico para o conflito psíquico. O efeito paralisante da dor sobre o aparelho psíquico pode ser o efeito mais imediato do corte, com a dor física constituindo um sucedâneo da dor psíquica (a angústia). Quisemos contrastar esse efeito justamente com outras leituras, correntes na literatura psicanalítica, que veriam o cortar-se como uma metáfora do sofrimento psíquico. Não há, a nosso ver, possibilidade metafórica, pois o efeito da dor do corte é exatamente a paralisia momentânea de qualquer possibilidade de inscrição na linguagem.

De forma incidental, abriu-se outro campo dentro da pesquisa com a escuta de dois adolescentes transgêneros. Como em outros casos, os graves eventos de autoagressão nesses dois jovens não foram abordados diretamente. Faziam parte de uma passagem ao ato da qual o sujeito — às vezes a família — nada queria ou podia falar. O trabalho analítico permitiu, no entanto, que surgissem as questões que constituíam o pano de fundo das cenas dramáticas que os trouxeram ao atendimento. Nesse recorte da clínica, o pano de fundo foi o sofrimento psíquico ligado à transexualidade, e decidimos mencionar a questão dada a relevância que vem tomando nos últimos anos.

Procuramos oferecer pistas para ampliar o conhecimento sobre as autolesões em adolescentes, pistas originárias da escuta psicanalítica calcada nos referenciais freudiano, laciano e de comentadores das duas obras. Retomamos questões freudianas sobre a dor (como *pseudopulsão*) e suas considerações sobre angústia, oriundas do estudo das neuroses atuais. Como limitação da pesquisa, reconhecemos que não desenvolvemos todos os tópicos abordados no mesmo nível de complexidade que mereciam. No entanto, apontamos outras vias de investigação psicanalítica além daquelas preponderantes na literatura contemporânea, que partem do fenômeno dos cortes como sintomas e nele leem metáforas.

Referências

- Barreto, L., & Henriques, A. (1988). *Diário do hospício. O cemitério dos vivos*. Secretaria Municipal de Cultura, Rio de Janeiro.

- Brown, R. C., & Plener, P. L. (2017). Non-suicidal self-injury in adolescence. *Current psychiatry reports*, 19(3), 20. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0767-9>
- Butler, J. P. (2021). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. 21ª ed. Civilização Brasileira. (Trabalho original publicado em 1990).
- Fassin, D., & Rechtman, R. (2007). *L'empire du traumatisme: enquête sur la condition de victime*. Flammarion.
- Frances, A. (2016). *Voltando ao normal – Como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade e o que pode ser feito para retomarmos o controle*. Versal Editores.
- Freud, S. (1986a). A propósito de las críticas a la “neurosis de angústia”. In *Obras Completas. Sigmund Freud* (Vol. III). Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1895).
- Freud, S. (1986b). Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado Sndrome en calidad de “Neurosis de angustia”. In *Obras Completas. Sigmund Freud* (Vol. III). Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1895).
- Freud, S. (1986c). Introducción del narcisismo. In *Obras Completas. Sigmund Freud*. (Vol. XIV). Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (1986d). La represión. In *Obras Completas. Sigmund Freud*. (Vol. XIV). Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (1986e). Conferencias de introducción al psicoanálisis. In *Obras Completas. Sigmund Freud*. (Vol. XVI). Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1917).
- Freud, S. (1986f). Más allá del principio de placer. In *Obras Completas. Sigmund Freud*. (Vol. XVIII). Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1920).
- Freud, S. (1986g). El yo y el ello. In *Obras Completas. Sigmund Freud*. (Vol. XIX). Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1923).
- Freud, S. (1986h). Presentación Autobiográfica. In *Obras Completas. Sigmund Freud*. (Vol. XX). Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1925).
- Freud, S. (1986i). Inhibición, síntoma y angustia. In *Obras Completas. Sigmund Freud*. (Vol. XX). Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1926).
- Freud, S. (1986j). El malestar en la cultura. In *Obras Completas. Sigmund Freud*. (Vol. XXI). Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1930).
- Freud, S. (1986k). Nuevas Conferencias de Introducción al Psicoanálisis (35ª conferencia. En torno de una cosmovisión). In *Obras Completas. Sigmund Freud*. (Vol. XXII). Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1931-1936).
- Grossman, A. H., & D’Augelli, A.R. (2007). Transgender youth and life-threatening Bbhaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29, 527-537. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.5.527>

- Honig, J., & Bockting, W. (2016). Nonsuicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual and transgender populations: an integrative review. *J Clin Nurs*, 25, 3438-3453. <https://doi.org/10.1111/jocn.13236>
- Houaiss, A., & Vilar, M. (2001). *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Objetiva.
- Lacan, J. (2005). *O seminário. Livro 10. A angústia*. Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller. Tradução de Vera Ribeiro. Versão final de Angelina Harari. Zahar. (Trabalho original publicado em 1962-63).
- Laplanche, J. (1987). *Problemáticas I – A Angústia*. Martins Fontes.
- Le Breton, D. (2018). Understanding skin-cutting in adolescence: Sacrificing a part to save the whole. *Body & Society*, 24(1-2), 33-54. <https://doi.org/10.1177/1357034X18760175>
- Mannoni, M. (1999). *A crise de adolescência*. Cia. de Freud.
- Miller, J-A. (2013). Jacques Lacan e a voz. *Opção Lacaniana online*, 4(11), 1-13. http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_11/voz.pdf
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., & Havertape, L. et al. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 6, 10. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>
- Pessoti, I. (1994). *A loucura e as épocas*. Editora 34.
- Safatle, V. (2016). *O circuito dos afetos: corpos políticos, desamparo e o fim do indivíduo*. Autêntica.
- Saggese, E. (2001). *Adolescência e psicose: transformações sociais e os desafios da clínica*. Cia de Freud.
- Saggese, E. (2021). Uma juventude à flor da pele: o dilema de adoescer ou adoecer. *Educação & Realidade* [online], 46(1). <https://doi.org/10.1590/2175-6236109166>
- Soler, C. (2018). *Rumo à identidade*. (Sônia Magalhães, Trad.). Aller.
- Walls, E., Laser, J., Nickels, S., & Wisneski, J. H. (2010). Correlates of cutting behavior among sexual minority youths and young adults, *Social Work Research*, 34(4), 213-226. <https://doi.org/10.1093/swr/34.4.213>

Resumos

(Self-aggressive behavior and psychological suffering: portraits of contemporary adolescence)

Self-inflicted lesions are examined from the perspective of psychoanalytic listening to fifteen adolescents who sought help at a walk-in clinic. Psychological suffering among contemporary adolescents often presents in the guise of this problem.

Medicalization is critically assessed as the predominant response to such youths. Aided by psychoanalytic references, other modes of understanding the problem are explored, and Freudian theories of anxiety, pain, and symptom formation are deployed. Additionally, Lacanian theory is called upon to highlight the effects of the word and voice of the Other upon the adolescent subject. Two transgender youths presenting with histories of self-aggression lead to specific reflections on the issue.

Keywords: Adolescence, self-injury, psychoanalysis, medicalization

(Comportements auto-agressifs et souffrance psychique: portraits de l'adolescence contemporaine)

Les automutilations sont étudiées à partir de l'écoute psychanalytique de 15 adolescents arrivés en centre ambulatoire. La souffrance psychique de l'adolescence contemporaine se manifeste de plus en plus fréquemment sous cette forme. La médicalisation, qui a été la solution majoritairement adoptée pour ces jeunes, est considérée sous un jour critique. Sont explorées, à l'aide du référentiel psychanalytique, d'autres formes de compréhension de cette problématique, grâce aux théories freudiennes sur l'angoisse, la douleur et la formation des symptômes. Faisant usage des apports lacaniens, sont également mis en relief les effets de la parole et de la voix de l'Autre sur le sujet adolescent. Deux jeunes transgenres présentant un historique d'automutilations ont conduit à des réflexions spécifiques sur le sujet.

Mots-clés: Adolescence, automutilation, psychanalyse, médicalisation

(Comportamientos autoagresivos y sufrimiento psíquico: retratos de la adolescencia contemporánea)

Se investigan las autolesiones a partir de la escucha psicoanalítica de 15 jóvenes que fueron acudidos en ambulatorio público. El sufrimiento psíquico en la adolescencia contemporánea se presenta cada vez con mayor frecuencia en forma de este tipo de problemas. La medicalización, que ha sido una respuesta dominante para estos jóvenes, es evaluada críticamente. Con la ayuda del marco psicoanalítico, se exploran otras maneras de comprensión del problema, utilizando las teorías freudianas sobre la angustia, el dolor y la formación de síntomas. Con los aportes lacanianos, también se destacan los efectos de la palabra y la voz del Otro en el sujeto adolescente. Dos jóvenes transgénero que tenían un historial de autolesiones llevaron a reflexiones específicas sobre el tema.

Palabras clave: Adolescencia, autolesión, psicoanálisis, medicalización

ARTIGOS

Artigo submetido em 16.06.2022

Artigo revisado em 07.04.2023

Artigo aceito em 03.08.2023

edsonsaggese@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-3775-9566>

mendes_med@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-9984-0277>

penedoadriana@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-3521-2241>

cleciabasso@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-4809-3907>

luoliveirasamari@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-1941-2980>

marinapvieira@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-6126-9802>

ninamalm@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-5494-466X>

anajuliagdemello@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-7881-7526>

