

A DINÂMICA PSÍQUICA DA AUTOLESÃO: UM ESTUDO PSICANALÍTICO BASEADO EM FATOS CLÍNICOS¹

Tarcísio Arquimedes Araújo CARNEIRO²

Nathanael de Sousa SILVA³

Fabiano Chagas RABÊLO⁴

Reginaldo Rodrigues DIAS⁵

Resumo

O artigo tem por objetivo investigar comportamentos autolesivos por meio da discussão de fatos clínicos psicanalíticos. Tal iniciativa se justifica pelo aumento após a pandemia de COVID-19 de queixas de autolesão. O material utilizado é oriundo de atendimentos com 3 adultos jovens realizados durante o estágio profissional no Serviço Escola de um curso de graduação em Psicologia de uma universidade pública. Sustenta-se que, no contexto das neuroses de transferência, a autolesão resulta de uma combinação sempre única e singular de tendências psíquicas articuladas ao princípio do prazer e ao processo de constituição do sintoma, mas também a manifestações associadas à pulsão de morte que surgem como tentativa de domínio de uma experiência traumática disruptiva. Abordam-se, por fim, as dificuldades no manejo clínico de vivências de autolesão, indicando uma possível função de proteção contra uma passagem ao ato que elas desempenham.

1

Palavras-chave: Psicanálise; Autolesão; Fatos clínicos; Clínicas públicas; Neurose.

THE PSYCHIC DYNAMICS OF SELF-HARM: A PSYCHOANALYTIC STUDY BASED ON CLINICAL FACTS

Abstract

The research investigates self-harm behaviors through discussing psychoanalytic clinical facts. This initiative is justified by the increase in complaints of self-harm after the COVID-19 pandemic. The material used comes from the care provided to 3 young adults during the professional internship at the School Service of a graduation course in Psychology of a public university. It is argued that, in the context of transference neuroses, self-harm results from a unique and singular combination of psychic tendencies articulated with the pleasure principle and the process of symptom constitution and

¹ Pesquisa subvencionada com bolsa PIBIC-Af/UFDPar.

² Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPar), Parnaíba, PI, Brasil. E-mail: tarcisioufpi@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-1884-4055>

³ Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPar), Parnaíba, PI, Brasil. E-mail: nathanaelsousa82@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3564-6197>

⁴ Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPar), Parnaíba, PI, Brasil. E-mail: fabrabelo@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5026-8396>

⁵ Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPar), Parnaíba, PI, Brasil. E-mail: regydyas@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5026-8396>

manifestations associated with the death drive, which arise as an attempt to master a disruptive traumatic experience. Finally, the difficulties in the clinical management of self-harm experiences are problematized, highlighting a possible protective function against a passage to the act that they perform.

Keywords: *Psychoanalysis; Self-harm; Clinical facts; Public clinics; Neurosis.*

LA DINÁMICA PSÍQUICA DE LA AUTOLESIÓN: UN ESTUDIO PSICOANALÍTICO BASADO EN HECHOS CLÍNICOS

Resumen

El artículo investiga las conductas autolesivas a través de la discusión de hechos clínicos psicoanalíticos. Esta iniciativa se justifica por el aumento de denuncias por autolesiones tras la pandemia de COVID-19. El material utilizado proviene de servicios prestados a 3 jóvenes adultos durante la pasantía profesional en el Servicio Escolar de un curso de graduación en Psicología de una universidad pública. Se sostiene que, en el contexto de las neurosis de transferencia, la autolesión resulta de una combinación única y singular de tendencias psíquicas articuladas a el principio del placer y el proceso de constitución de síntomas, pero también a manifestaciones asociadas con la pulsión de muerte, que surgen como intento de dominar una experiencia traumática disruptiva. Finalmente, se discuten las dificultades en el manejo clínico de experiencias de autolesión, destacando en ellas una posible función protectora frente a un paso al acto.

2

Palabras-clave: *Psicoanálisis; Autolesión; Hechos clínicos; Clínicas públicas; Neurosis.*

INTRODUÇÃO

"Doer, dói sempre. Só não dói depois de morto. Porque a vida toda é um doer"

Rachel de Queiroz (1984, p. 3)

Este artigo investiga comportamentos autolesivos por meio da discussão de fatos clínicos, construídos a partir de atendimentos realizados sob o referencial psicanalítico no contexto do estágio profissional em Psicologia, no SEP (Serviço Escola de Psicologia) de uma Universidade Pública Federal de uma cidade de médio porte do Nordeste brasileiro.

Tal iniciativa se justifica pelo aumento após a pandemia de COVID-19 de queixas de autolesão. Sabe-se que a pandemia teve por consequência a restrição do contato social, afastamento do ambiente escolar, intensificação do uso de recursos telemáticos e o acirramento de conflitos familiares. Pesquisas como as de Schmitz et al. (2022) e Coutinho, Saggese e Cabral (2021) confirmam o impacto psicológico da pandemia, o que favoreceu a intensificação da manifestação de diversas formas de sofrimento psíquico. Os autores

argumentam que as restrições impostas pela pandemia contribuíram para um aumento significativo de queixas de ansiedade, depressão, agressividade, baixa autoestima, solidão, diminuição do desempenho acadêmico, alterações do padrão de sono, além de ideias suicidas e autolesão. Macêdo e Farinha (2022), por sua vez, sublinham que a pandemia impôs a necessidade de ampliação das práticas de escuta clínica em Serviços Escola de Psicologia.

Pierangeli e Okamoto (2023) definem autolesão como um ato intencional de ferir o próprio corpo sem a intenção de tirar a própria vida. Para os autores, tal ato é marcado pela desaprovação social, o que pode acarretar estigmatização e o sentimento de vergonha. Constituem comportamentos autolesivos cortes, queimaduras, arrancar os próprios cabelos e bater em si mesmo. Ainda segundo os autores, tais manifestações são mais frequentes na adolescência, porém podem se estender à fase adulta.

É preciso pôr em destaque também as incompreensões que existem em torno desse fenômeno. O ato de infligir dor a si, embora frequentemente verificado na clínica - não se limitando aos comportamentos autolesivos - é inconcebível para a maioria das pessoas. Decorre daí “a dificuldade de discussão sobre o assunto entre automutiladores e pessoas próximas, como familiares e amigos” (Araújo et al., 2016, p. 504), o que reforça a importância de oferta de uma escuta qualificada.

Do exposto, a partir da relevância das manifestações dos estados de sofrimento subjetivos associados a comportamentos autolesivos, fato constatado na literatura científica e ratificado pela experiência dos atendimentos realizados, decidiu-se investigar a dinâmica psíquica e o manejo terapêutico desses fenômenos clínicos. Optou-se como método de pesquisa a construção de fatos clínicos psicanalíticos (Lourenço & Reis, 2024; Reis, 2022) por preservar o anonimato dos participantes ao mesmo tempo que põe em destaque o fenômeno estudado a partir de recortes clínicos de diferentes atendimentos.

A análise dos casos pesquisados fundamenta-se nos seguintes conceitos: neurose, masoquismo, passagem ao ato e atuação. Argumenta-se que a autolesão se relaciona nas neuroses a uma tendência à repetição que pode estar orientada pelo princípio do prazer como uma formação psíquica articulada ao sintoma, mas também como uma tentativa de domínio de uma experiência traumática disruptiva (Freud, 1914/2010a, 1920/2011, 1924/2011).

Realiza-se a seguir alguns apontamentos acerca do método adotado. São estabelecidos daí alguns aportes teóricos que fundamentam a abordagem do fenômeno da autolesão. São apresentados depois disso os fragmentos casos, que são por fim comentados e discutidos à luz da clínica psicanalítica.

MÉTODO

Esta pesquisa está alicerçada na construção de fatos clínicos psicanalíticos (Reis, 2022). O material utilizado para tanto é oriundo de atendimentos realizados no estágio

profissional na ênfase em clínica de um curso de graduação em Psicologia. Os dados clínicos foram inicialmente apreciados no contexto das supervisões clínico-acadêmicas e, posteriormente, elaborados no âmbito das orientações de pesquisa das disciplinas Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) 1 e 2, de forma que foi possível nesses diferentes momentos problematizar os processos envolvidos no fazer clínico, intercalando estudos de textos com a avaliação individual de situações concretas de atendimento (Pinheiro, 2022).

É importante registrar que os atendimentos foram conduzidos por dois estagiários diferentes, sob supervisão clínica-acadêmica do mesmo professor. A discussão dos casos aconteceu em grupo, contando com a contribuição de ambos. Os atendimentos e os encontros de supervisão e orientação aconteceram em regime presencial, no momento pós-pandemia, nos anos 2023 e 2024.

O público investigado é constituído por adultos, de ambos os sexos com condições clínicas relacionadas a comportamentos autolesivos. Os participantes da pesquisa recorreram espontaneamente ao Serviço Escola de Psicologia (SEP). Todos assinaram um termo de livre consentimento antes do início dos atendimentos. Pontua-se que, mesmo com a coleta das assinaturas de todos os usuários do SEP de modo sistemático no momento da triagem, realizou-se adicionalmente a coleta de assinatura de um termo específico para a utilização dos dados na pesquisa após o término do tratamento com todos os envolvidos⁶.

Freud (1912/2010) defende que o tratamento e a pesquisa em Psicanálise são processos indissociáveis, mas se desenvolvem em momentos distintos. Tal fato exige uma atitude diferenciada do analista, que bascula entre as posições de praticante e pesquisador. Segundo ele, não se deve especular ou teorizar durante os atendimentos. Daí ser recomendável proceder dessa maneira apenas quando o caso estiver encerrado, de modo que as elucubrações teóricas do analista não interfiram na sua escuta, que deve acontecer conforme a modalidade da atenção flutuante. Isto é, não privilegiar previamente nenhum conteúdo, distribuir a atenção de modo uniforme naquilo que se apresenta na superfície psíquica por meio da fala do analisando em associação livre. Pondera-se que essa atitude destoa da ação do pesquisador, que prioriza a organização e a sistematização dos dados clínicos, o diálogo com a teoria e a contribuição de outros autores, além de envidar esforços para atingir uma abstração conceitual que forneça inteligibilidade e clareza aos fenômenos clínicos. Daí a importância de articular esses dois momentos distintos da pesquisa, de modo a potencializar a especificidade de cada etapa no seu momento oportuno.

Optou-se por adotar o procedimento de construção de fatos clínicos psicanalíticos. Entende-se que este método é o mais adequado ao recorte do objeto desta pesquisa, haja vista que ele preserva de modo mais destacado o sigilo dos dados dos participantes ao combinar informações oriundas do tratamento de diferentes pessoas e focar na análise da dinâmica clínica de um fenômeno específico (Lourenço & Reis, 2024; Reis, 2022; Telles,

6 Seguindo os trâmites definidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº. 466/2012 e na Norma Operacional nº. 001/2013, a pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética competente com o CAAE (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética): 82440624.5.0000.0192

2012). Assim, ao invés de retratar os acontecimentos clínicos mais significativos no tratamento de um mesmo caso longitudinalmente, de forma integrativa, abarcando o seu início, o seu desenvolvimento e o seu desfecho, os fatos clínicos exploraram eventos pontuais de diferentes casos a fim de avançar na investigação de um fenômeno específico, a saber, a autolesão. Desse modo, a inclusão ou exclusão de determinados acontecimentos do caso no fato clínico é justificada pela escolha do pesquisador e pelo recorte do fenômeno pesquisado (Minerbo, 2000).

Faz-se necessário notar que os fatos clínicos psicanalíticos diferem do fato clínico comum na medida em que os mesmos não consideram apenas o que ocorre de forma concreta no setting terapêutico. Sua construção prioriza aspectos relacionais e subjetivos que se revelam na relação transferencial entre analista e analisando. Por conseguinte, o fato clínico comum se transforma em fato psicanalítico a partir do momento em que o analista toma por objeto de investigação a realidade psíquica dos participantes mediado pela referência ao Inconsciente (Lourenço & Reis, 2024; Reis, 2022).

Deve-se considerar também que os participantes da pesquisa possuem uma história complexa que se revela de modo intervalar e evanescente (Figueiredo, 2004). Em função disso, a construção deve estar orientada pela busca de um traço singular da pessoa atendida ao invés de se orientar pela busca de um saber universal e objetivo (Marcos, 2018). Considera-se que tal singularidade não é acessível por meio um relato histórico, cronológico e protocolar, mas somente por meio de uma abstração metapsicológica lastreada em fatos clínicos concretos (Figueiredo, 2004).

5

REFERENCIAL TEÓRICO

O problema mais crucial que desponta para o analista praticante no tratamento de sujeitos com queixas de autolesão é a apreciação das tendências masoquistas que subjazem a essas práticas. Vale destacar que a abordagem do problema do masoquismo acompanha a construção da metapsicologia freudiana por quase três décadas. Inicialmente, Freud (1915/2010) pressupõe que todo masoquismo é secundário, haja vista que deriva de uma tendência sádica anterior, que é de natureza ativa e erógena. Dessa perspectiva, mesmo as manifestações masoquistas mais extremas são pensadas nesse momento como integralmente orientadas pelo princípio do prazer: a busca pelo prazer e evitação do desprazer por meio da redução da tensão psíquica. Com isso é atribuída ao ato de se ferir uma justificação libidinal, ainda que a satisfação que o sujeito encontre por essa via desponte como paradoxal.

O caráter de estranheza das tendências masoquistas é explicado por meio da distinção de dois modos de organização da economia pulsional. Assim, enquanto o Inconsciente é regido integralmente pelo princípio do prazer, também denominado processo primário; os sistemas Pré-consciente e Consciente são orientados pelo princípio da realidade ou processo secundário. Este, sublinha Freud (1911/2010), nada mais é do que uma

transformação do princípio do prazer imposta pelas exigências do mundo externo a fim de se atingir uma regulação psíquica mais eficaz e estável. O conflito psíquico é então explicado a partir das tensões entre essas duas tendências psíquicas, mantendo-se o princípio do prazer como hegemônico e fundamental (Freud, 1911/2010).

O desenvolvimento do conceito do narcisismo é crucial para a defesa do caráter secundário do masoquismo em relação ao sadismo, ao mesmo tempo que prepara o abandono definitivo do primeiro dualismo pulsional (Freud, 1914/2010b). Este estabelecia a existência de uma tendência inata à autopreservação, cuja meta é a manutenção da vida no âmbito da ontogênese, isto é, do indivíduo; enquanto a pulsão sexual, a libido, está orientada para perpetuação da vida no âmbito da espécie, da filogênese (Freud, 1905/2010). O estabelecimento do Eu como uma instância psíquica que pode ser investida libidinalmente como os objetos acarreta então o abandono desse pressuposto. Com a introdução do narcisismo, todas as tendências pulsionais, sejam elas eróticas ou agressivas, são passíveis de serem introjetadas contra o próprio Eu (Freud, 1915/2010), mesmo que isso assumia contornos mortíferos. Logo, o funcionamento do Eu é desatrelado da função de autopreservação da vida do indivíduo. Freud verifica ainda a possibilidade de modificação das moções pulsionais no âmbito da fantasia, o que permite transformar tendências afetuosas em agressivas e vice-versa, inclusive mesclando-as.

O início da década de 1920 é marcada pela introdução de um novo dualismo pulsional em consequência de uma exigência clínica, a saber: o desenvolvimento de uma apreciação teórica e terapêutica mais acurada de fenômenos que não se ajustavam a explicação fornecida pelo princípio do prazer. São eles: as neuroses traumáticas, de guerra e de fracasso, os paradoxos da culpa e as reações terapêuticas negativas (o recrudescimento súbito de um sintoma já superado diante da possibilidade de conclusão do tratamento por alta). Em comum a esses fenômenos está a insistência de experiências traumáticas que se repetem a revelia do lastro de um ganho erótico (Freud, 1920/2010).

Se até então Freud (1914/2010a) tratava as repetições exclusivamente como modalidades substitutas de retorno do recalado, como atualizações de fantasias por meio da transferência, doravante ele passa reconhecer uma nova modalidade de repetição que não está subjugada ao princípio do prazer.

No contexto desse debate, surge a proposta de uma segunda modalidade de pulsão além da sexual: a pulsão de morte. Doravante, as vivências que destoam do princípio do prazer são abordadas como uma tentativa de domínio psíquico de uma experiência disruptiva desorganizadora a fim de restabelecer a homeostase abalada (Freud, 1920/2010).

Na condição de energia propulsora dessas repetições traumáticas, Freud (1920/2010) define a pulsão de morte como uma pulsão muda, que não possui representação psíquica. Diferente da pulsão sexual, que tende à complexidade, que busca constituir formações psíquicas mais abrangentes e articuladas, a pulsão de morte age em silêncio e tende à dissolução da vida, ao estado de ausência de tensão: o retorno ao inanimado.

Nesse ponto, chega-se a uma questão chave para apreciação dos comportamentos autolesivos: a única forma que o psiquismo possui para alcançar algum domínio sobre a pulsão de morte é o seu fusionamento com a libido, a pulsão sexual. Com isso, Freud (1924/2011) introduz a existência no psiquismo de um masoquismo primário, mais arcaico e fundamental, que coexiste durante toda a vida ao lado do masoquismo secundário, que possui uma justificação erótica na fantasia.

Outro aspecto relevante das vicissitudes da pulsão de morte no psiquismo é a atualização que promovem de experiências traumáticas que são refratárias à representação e à simbolização. Tais vivências evocam um estado de tensão psíquica que busca sua resolução por meio da fusão das moções das duas qualidades distintas de pulsão. Por conseguinte, por meio da amálgama com a libido, as metas da pulsão de morte são então atreladas aos objetivos do princípio do prazer. Todavia, o inverso também pode ser afirmado. O fusionamento das pulsões acarreta a complexificação das tendências masoquistas (Lacan, 1964/1998).

Assim, ao problematizar a complexidade dos processos psíquicos, Freud reforça que não se pode duvidar que há tanto tensões vivenciadas como prazerosas, assim como situações de relaxamento e descarga de tensão desprazerosas. Por isso, Araújo et al. (2016) escrevem: “Muitos automutiladores inclusive comparam o prazer dessa descarga com o orgasmo obtido por meio da masturbação ou do ato sexual” (p. 505).

No curso do desenvolvimento psíquico, um momento estratégico do processo de intrincamento pulsional acima descrito ocorre com a constituição do Supereu (Freud, 1930/2010; Rudge, 2006). Na condição de derivado do Ideal do Eu e herdeiro do Complexo de Édipo, o Supereu exerce a função crítica de observação do Eu, ao passo que se apresenta como depositário dos valores sociais que devem ser atingidos para que as feridas narcísicas sejam suplantadas. Deve-se salientar ainda que o Supereu não tolera frustrações, uma vez que ele almeja constantemente alcançar um substituto para as satisfações incestuosas edípicas abandonadas do passado nas experiências atuais cotidianas. A formação do Supereu promove então uma introjeção da agressividade contra o próprio Eu, adicionando ao masoquismo um caráter moral.

Assim, a pulsão de morte está ligada psiquicamente ao funcionamento do Supereu, na forma do sentimento de culpa e da busca de punição inconsciente (Borges & Silva, 2018). Daí a afirmação de Freud (1924/2011, p. 174): “o sofrimento que acompanha a neurose é justamente o fator que a torna valiosa para a tendência masoquista”.

Freud (1933/2011) acrescenta: quanto mais o Eu busca se ajustar às exigências superegóicas, mais ele se vê obrigado a recalcar os derivados do Isso (Id). Essa escolha, por sua vez, além de empobrecer o Eu, acarreta o desfusão das pulsões que, por sua vez, incrementa a agressividade do Supereu. O conflito então se escalona, em um ciclo vicioso.

Outro ponto relevante na apreciação da dinâmica psíquica das autolesões é a sua condição de resposta a situações de tensão e desamparo. Passos, Neves e Menezes (2018)

sustentam que o desamparo é uma condição estrutural do humano, que acompanha o sujeito desde o seu nascimento, de forma que ele o revive em momentos críticos de privação, frustração, separação e perda. De acordo com Birman (2020), nas vivências de excesso pulsional, que reeditam situações anteriores de desamparo, resta ao sujeito a “tarefa imperiosa de construir circuitos pulsionais estéticos para dominar satisfatoriamente as intensidades que lhe perpassam, assim como tecer derivações simbólicas para os excessos pulsionais” (p. 47).

A vivências de desamparo e excesso de tensão psíquica estão na origem de duas modalidades de ato com a qual o analista frequentemente se depara na escuta de sujeitos com comportamentos autolesivos: a atuação (*acting-out*) e a passagem ao ato. A primeira possui um lastro na fantasia e, por isso, pode ser interpretada. É uma formação do Inconsciente e, como tal, pressupõe um endereçamento transferencial. Já a passagem ao ato possui um maior radicalidade. Ela implica o apagamento subjetivo em um momento de paroxismo da angústia desencadeado pela irrupção de uma vivência psíquica traumática (Calazans & Bastos, 2010). Muitas vezes, a passagem ao ato culmina na auto ou heteroagressão, criando situações que não podem ser remediadas ou reparadas.

Dessa forma, a autolesão é frequentemente associada ao suicídio, seja como um fator de risco preditor, seja como um recurso psíquico de proteção a um risco iminente de passagem ao ato (Borges & Silva, 2018; Esposito & Castanho, 2024).

Cabe então perguntar qual é o estatuto do ato de se lesionar para cada sujeito em cada momento específico de sua vida. A partir dos apontamentos metapsicológicos esboçados, pode-se afirmar que autolesão pode assumir diferentes funções na dinâmica psíquica, acarretando desdobramentos bastante distintos e exigindo do terapeuta um manejo singular e fundamentado em uma direção de tratamento construída a partir de parâmetros concretos.

Então, é lícito perguntar, em termos da economia psíquica, qual ganho acarreta a transposição do sofrimento do âmbito psíquico para o corporal e como as marcas do ato de se cortar interferem na dinâmica das relações intersubjetivas e no processo de constituição do sintoma para cada sujeito.

RESULTADOS

Fragmento 1

Trata-se de um jovem de um pouco mais de 20 anos que procurou o SEP com queixas relacionadas a cansaço e esgotamento mental. Os atendimentos duraram um pouco mais de um ano, abrangendo quase todo o período do estágio profissional, que são três semestres. Nesse período, percebeu-se a constituição de um vínculo transferencial que permitiu ao sujeito associar livremente e abordar recordações e percepções relacionadas às experiências traumáticas relacionadas aos comportamentos autolesivos.

Logo na primeira entrevista, diz que não consegue parar de pensar, que sempre tem algo a fazer, que não consegue relaxar. Culpa-se a todo momento por isso. Na ocasião, constatou-se no seu antebraço esquerdo algumas cicatrizes produzidas muito provavelmente por autolesão.

Seu pai faleceu quando tinha 12 anos. Sua mãe, depois disso, passou a **se** relacionar com um novo companheiro que ele não aceitava como padrasto. Relata que sofreu abuso sexual aos 6 anos de idade. Culpa a mãe, que segundo ele testemunhou a cena, de não ter intervindo no momento para o proteger. Alega, todavia, que não guarda rancor dela, nutre ao invés disso o sentimento de “pena” (sic).

As lembranças de seu pai biológico são de violência: “lembro dele batendo muito em minha mãe, quebrando tudo dentro de casa e colocando fogo em tudo” (sic). A partir de um sonho, narra algumas fantasias com conteúdos eróticos vinculadas ao pai. Ao associar livremente, recorda um episódio da infância de voyerismo e escopofilia. Nesse momento, relaciona a experiência de abuso da infância a uma orientação homossexual posterior. Reforça que não se sente culpado por isso, mas reconhece uma conexão enigmática entre esses momentos de sua vida.

Em uma sessão foi questionado sobre a origem das cicatrizes. Segundo ele, em sua adolescência, por volta dos 14 anos, diante dos problemas familiares, começou a se autolesionar: “eu simplesmente me cortava” (sic). Destacou que um dia estava no quarto, com muita ansiedade, esgotado, tinha acabado de perder seu pai e falou para sua mãe que queria muito que ela ficasse perto dele. Afirma: “ela simplesmente falou que tudo iria ficar bem, me deu um abraço e saiu” (sic). Recorda que nesse momento foi tomado por um profundo sentimento de abandono.

Destaca na autolesão duas camadas de intenções articuladas e cambiáveis: a punição de si e de pessoas próximas. Percebe-se na sua fala uma comutabilidade no destino da agressividade, que bascula entre si e um outro. Diz que seus professores na universidade e sua chefe no estágio o perseguem. Ao falar sobre ideações suicidas, sublinha o plano de escrever uma carta fúnebre para “punir aqueles que me puniram” (sic).

Outro componente a ser sublinhado nas suas falas é a relação iniciada na adolescência com um grupo religioso que pregava a vinda iminente do apocalipse. Afirma que, mesmo já há muito tempo desvinculado do grupo, não conseguia parar de pensar que algo de ruim está por acontecer, que ele não é merecedor de Deus e que seus pecados não podem ser expiados ou perdoados.

Declara não conseguir olhar para o céu em dias nublados, pois associa ao fogo e ao fim do mundo. Em uma sessão mostra fotos tiradas do céu em um momento de pavor e medo.

Outro tema relatado foi o “fascínio” (sic) pela crucificação de Jesus Cristo e o interesse por documentários sobre esse tema. Refere que aos 14 anos, mesmo período em que começou a se ferir intencionalmente, idealizava morrer entre os 33 e 34 anos. Reforça que essa, além de ser a idade de Cristo ao ser crucificado, é também a idade de falecimento

dos cantores Cazusa e Renato Russo. Esses artistas lhe inspiravam admiração: não só pela inteligência, mas, sobretudo, pela forma como aceitaram a própria morte por HIV.

Alguns recortes de sua fala acenam para uma mescla complexa de prazer e sofrimento: “É como se eu estivesse sempre procurando algo para sofrer” (sic), “Vou deixar de considerar problema aquilo que me dá prazer” (sic) e “Não consigo entender por que procuro coisas que me fazem sofrer” (sic).

Fragmento 2

Trata-se de uma mulher de 33 anos que chega à primeira consulta referindo o diagnóstico psiquiátrico de transtorno de ansiedade generalizado e ansiedade de separação. Relata que vem sendo atendida no SEP já há vários anos, desde antes da pandemia. Narra uma tentativa de suicídio, além de um histórico de comportamentos autolesivos. Associa esses acontecimentos a crises desencadeadas após a separação dos pais, quando a mãe abandona a casa. Durante esse primeiro encontro, observou-se várias cicatrizes em um dos braços, mas o tema da autolesão não foi trazido à baila.

Acerca do laço transferencial, destaca-se que logo nas primeiras sessões a paciente comenta que os atendimentos até então tinham acontecidos exclusivamente com estagiárias mulheres. Diz espantada que aquela é a primeira vez que era atendida por um homem.

Fala de si como “uma criança impulsiva” (sic) que a mãe buscava dominar **em vão**. Agitada na escola, enfatiza nessa época a percepção em si de uma agressividade direcionada a outras crianças. A mãe a punia recorrentemente como forma de coibir comportamentos considerados inadequados. Para estabelecer um contraste, comparava-a à irmã mais velha no que dizia respeito à aparência (cor da pele, peso, textura do cabelo), ao desempenho escolar e ao temperamento. Em alusão às qualidades físicas e comportamentais da irmã, diz que certa vez ouviu a mãe dizer para a tia que essa havia “nascido em berço de ouro” (sic).

Tal lembrança, afirma, fortaleceu a exigência de se aproximar cada vez mais do ideal materno projetado na irmã. Com isso, passou a evitar as brincadeiras na escola. Lembra de permanecer sentada, sozinha e isolada, durante o recreio. Assim, aderiu às dietas para emagrecer, o que levou ao desenvolvimento de anorexia durante a infância e a adolescência. Sobre sua aparência, comenta: “aliso meu cabelo, mas ele é ruim” (sic). Acrescenta que está sempre em busca de se adaptar às exigências que atribui aos outros, que guarda o receio de decepcionar as expectativas que, conforme a sua percepção, lhe são dirigidas.

Conta que quando tinha 14 anos, sua mãe viajou alegando ir encontrar uma irmã. Nesse momento, houve um estreitamento da relação com os irmãos e o pai, ainda que caracterize a dinâmica familiar como “cada um por si” (sic). Quando, por meio de uma ligação telefônica, a mãe anunciou que não voltaria, lembra ter dito a irmã: “para mim, minha mãe morreu” (sic). Recorda de ter descoberto anos mais tarde em anotações da mãe que esta se sentia profundamente insatisfeita. Nesses escritos, descobre que a mãe nunca

amou seu pai e que se arrependia profundamente de ter se casado, segundo ela, para sair da casa dos pais (seus avós).

Ao longo da vida teve poucos relacionamentos amorosos e somente uma única experiência sexual, que aconteceu cerca de 7 anos antes do início dos atendimentos. A relação foi motivada pelo sentimento de pena, por ocasião da morte de um familiar do então noivo. Declara, todavia, ter se sentido usada, reduzida a um objeto. Logo em seguida, descobre uma traição do parceiro com uma pessoa muito mais jovem e termina o relacionamento. Culpa-se pelo ocorrido, pois se sente de alguma forma corresponsável por uma situação que considera um assédio.

No que diz respeito às relações amorosas, mais uma vez se compara a irmã, que se casou, saiu de casa e teve dois filhos com um homem que inicialmente demonstrava interesse por ela. Apesar da inveja, declara que a dinâmica familiar da irmã era cansativa, exploratória e indesejável para ela como mulher. Ao mesmo tempo, fantasia uma relação perfeita com um homem ideal.

Situa na adolescência, na época em que a mãe saiu de casa, o início dos comportamentos autolesivos, que são descritos como uma forma de “amenizar o sofrimento” (sic), uma forma de lidar com o sentimento de culpa pelo fato da mãe ter ido embora. Afirma que buscou refrear essa tendência ao constatar que o irmão mais novo também se lesionava. Passou a nutrir o sentimento de culpa e vergonha. Não obstante, continuou a se autolesionar em segredo com menor frequência. Declara que tais práticas a protegiam do escalonamento da agressividade voltada contra si, afastando ideias suicidas.

Descreve a fascinação por histórias com finais trágicos, envolvendo acidentes e doenças terminais, em especial o câncer. Fantasia que sua morte traria alívio para seus familiares, especialmente ao pai e ao irmão. Diz se sentir um empecilho, um fardo. Vincula essa ideia à dificuldade de concluir um curso de graduação e ao fato de se encontrar desempregada.

Já nos últimos atendimentos, relata que não sentia mais vontade de se autolesionar por não possuir mais energia para isso. Todavia, observa ideias suicidas mais frequentes.

Antes do término dos atendimentos, ela recorda ter comentado recentemente com o irmão, em tom de brincadeira, que ambos poderiam matar a mãe. Segundo ela, a mãe iria encontrá-los nas próximas férias depois de anos sem os visitar. Recorda ter dito antes que para ela a mãe havia morrido quando abandonou a casa na sua adolescência.

A exteriorização da agressividade, antes autodirigida, coincidiu com sua decisão pelo encerramento do tratamento. Poucas semanas antes da conclusão do semestre e do período de estágio, a paciente, que havia sido indagada se gostaria de ser encaminhada para um novo estagiário no início do próximo período letivo, deixa de vir às últimas sessões. Sua fala no último encontro trazia que já tinha passado tempo demais em terapia, que agora queria trabalhar e fazer outras coisas na sua vida. Reforçou-se na ocasião a importância de que os atendimentos continuassem com outro terapeuta,

Fragmento 3

Trata-se de um jovem de 22 anos de idade que chegou aos atendimentos com queixas relacionadas a baixa autoestima e oscilações de humor. Refere que tentou suicídio uma vez na adolescência e que, após esse episódio, foi diagnosticado por um psiquiatra como portador de transtorno de personalidade *borderline*. Foram observadas algumas cicatrizes de lesões no pulso mais profundas e antigas, provavelmente causadas por lâmina, além de vários cortes superficiais mais recentes.

Diz se autolesionar em momentos de estresse, angústia e raiva. Mora sozinho na cidade onde estuda. Possui uma relação distante com a família, em especial com os pais, que descreve como fria e pouco amorosa. Associa esse fato a uma série de traições do pai. Declara que esse possui outros filhos de outros relacionamentos paralelos. Segundo afirma, diferentemente dele e da irmã, seus meio-irmãos cresceram sem a presença paterna. De todo modo, alimenta o medo de ser abandonado. Conta que, quando mais novo, por indicação dos pais, foi morar em outra cidade a fim de frequentar uma escola de melhor qualidade. Na ocasião, acatou a demanda dos pais, mas, subjetivamente, interpretou a indicação de morar em outra cidade como um subterfúgio para se livrar dele.

Mais tarde, já na adolescência, chegou a morar novamente longe dos pais, dessa vez com a irmã. Diz que tinham uma relação conturbada, mas, ainda assim, mais próxima e afetuosa do que a que possuía com os pais. Refere que nessa época a irmã desempenhou a função de mediadora no que diz respeito a questões financeiras junto aos pais. Lembra-se de ter desenvolvido uma agorafobia transitória, evitava sair de casa e o contato com outras pessoas.

Diz possuir dificuldades para se relacionar amorosamente. Teme ficar sozinho, ao mesmo tempo que se sente sufocado quando está em uma relação mais duradoura. Refere vários relacionamentos casuais. Não obstante, tais experiências, que descreve como superficiais, reforçam a frustração e alimentam a autocrítica quanto ao seu valor, aparência e capacidade. Declara: “Por causa da minha aparência não gosto muito de sair de casa.” (sic). “Não me sinto bem com minha aparência” (sic).

Nesse ponto, lembra do abuso que sofreu na infância praticado por um primo. Após esse episódio, recorda que foi enviado para morar com a avó paterna em outra cidade. Depois disso, o primo também se muda. O fato de não ser comunicado diretamente por ele desse fato, mas por terceiros, desencadeou sentimentos de frustração e raiva. Para ele, existia com o primo uma relação amorosa, ainda que marcada por um viés de violência e subjugação. A indiferença deste o fez se sentir abandonado e desamparado. Diz que a mesma sensação é revivida na relação com os parceiros atuais.

Afirma ter descartado todas as lâminas e giletetes. Todavia, recentemente, em um momento de angústia, voltou a procurar tais objetos, uma vez que, para ele, a dor da lesão amenizaria o sofrimento. Segundo ele, a autolesão é uma válvula de escape, um meio de

conter impulsos suicidas. Cortar-se em momentos de crise serve para “evitar fazer algo pior” (sic). Trata-se de uma forma para lidar “com muita emoção, sentimento de culpa e sentimento de inferioridade” (sic).

A dinâmica transferencial foi marcada por uma esquiva característica do paciente, que reproduzia o padrão de relacionamentos do passado. O sujeito mantinha-se numa posição de vulnerabilidade passiva, que o impedia de se implicar com suas escolhas e conflitos, repetindo na relação analítica a dinâmica de abandono e desamparo que trazia da sua história com as figuras parentais e os parceiros de relacionamento.

DISCUSSÃO

Como acentuado no tópico dedicado ao referencial teórico, a dinâmica psíquica que envolve o masoquismo como modalidade primária de defesa contra a dor se entrelaça, no caso da autolesão, com os efeitos de uma inflação da moral superegoica, instância ideal que dá o tom cruel às autoexigências e autoacusações. Quanto mais busca satisfazer esse ideal, mais o sujeito está à mercê do ato suicida, da passagem ao ato, e na melhor das hipóteses, do *acting out*. Este último encontra na autolesão um caminho para a fusão entre o sadismo da pulsão de morte e o prazer libidinal.

Neste sentido, são destacados alguns elementos dos casos que refletem aspectos da teorização do masoquismo. Menciona-se primeiramente o papel da agressividade na constituição das relações objetais, o que posteriormente subsidia o direcionamento dessa agressividade contra o próprio Eu, dessa vez fusionada a tendências eróticas, por meio da autolesão. No fragmento 1, constata-se o complexo de objetos investidos libidinalmente pelo paciente: o pai biológico que morre quando o paciente conta com 12 anos, cujas lembranças são marcadas pela violência, por um padrasto indiferente e ausente e pela mãe, considerada culpada pela conivência diante de uma situação de abuso sofrida pelo sujeito. Verifica-se que a agressividade, mesclada a um componente amoroso e erógeno, encontra nestes objetos sua expressão inicial. Tal agressividade é vinculada a vivências traumáticas: os rompantes de agressividade do pai, o abuso sexual por um menino mais velho e a morte violenta do pai no início da adolescência.

No curso do desenvolvimento, tais tendências passam a habitar lugares diferentes no psiquismo em decorrência ao conflito entre amor e ódio causado pela culpa edípica e superegoica. Como resultado dessas transformações, produz-se o retorno da agressividade sobre o Eu e, ao mesmo tempo, a possibilidade de simbolizar no apelo ao outro um conflito. No caso do sujeito do fragmento 1, tal demanda está atrelada a valores estéticos e religiosos, que conferem ao masoquismo uma justificação moral, ainda que obscura.

É importante considerar como ponto em comum nos casos apresentados que os comportamentos autolesivos constituem um recurso para o enfrentamento das angústias por meio de uma atuação (*acting-out*), um *dar a ver* ou um *apelo ao outro*, uma vez que se

constata nos atendimentos situações ou de exposição intencional dos cortes (ou cicatrizes) ou quase nenhuma preocupação em esconder estas lesões.

Cemim e de Jesus (2024) interpretam as marcas inscritas no próprio corpo por meio da autolesão a uma carta, tomando como referência o comentário que Lacan (1955/1998) faz do conto de E. A. Poe *A carta roubada*. Por conseguinte, as cicatrizes no corpo podem ser entendidas como uma letra/carta cifrada, que se encontra à vista, à deriva, à espera de uma leitura que conjure e transforme os efeitos de gozo e de saber inconsciente que sua mensagem agrega.

Uma das situações bastante significativas relacionadas a atuação (ou um apelo ao outro), referindo-se ao fragmento de caso 1, se deu no relato emocionado do episódio no qual a mãe, nas suas palavras, desdenhou do seu sofrimento diante da perda do pai biológico. Neste dia, segundo o jovem, cortou-se como recurso para enfrentar o sofrimento e a sensação de desamparo. Em seu relato transparece uma tentativa de reviver a situação traumática, dessa vez por meio das palavras. Dessa forma, o dar a ver do ato e suas consequências – a saber, as marcas do corpo – podem ser sob transferência ressignificados, assim como a satisfação masoquista envolvida nesse processo, que havia se desenvolvido em silêncio.

A culpa, a vergonha e a autopunição são expressões psíquicas concretas dessa dimensão moral que o comportamento autolesivo pode assumir. Nessa direção, tais manifestações podem adquirir uma justificação tanto erógena como masoquista (Araújo et al., 2016). No fragmento 1, os pensamentos obsessivos escatológicos em relação ao fim do mundo, castigo de Deus, fascínio pela crucificação de Cristo, romantização da morte e identificação com a figura da mãe que é agredida são elos que indicam um forte lastro na fantasia para essas tendências agressivas introjetadas.

Acerca do fragmento de caso 2, observa-se o destaque dado na infância à figura controladora da mãe que, em um dado momento, abandona a família em decorrência de frustrações conjugais. Sobressai-se também o vínculo com a irmã, que assume a função de ideal de filha e mulher. O sujeito em um primeiro momento se responsabiliza e se culpa pela decisão da mãe de abandonar a casa. Doravante, faz recair sobre si as exigências estéticas e morais introjetadas. Com a intensificação das autoexigências, também cresce a frustração. Nesse contexto, surgem as autolesões, que atualiza, celebra e tenta significar uma vivência de desamparo. É relevante notar que a autolesão, ao satisfazer uma tendência agressiva direcionada contra o próprio Eu, vale-se do sentimento de culpa, intensificando-o e, de certo modo, justificando-o. Tal fato pode ser verificado no receio de que o irmão mais novo percebesse os seus cortes ou a surpreendesse se lesionando. Por conseguinte, além de responsável pela partida da mãe, passa a se recriminar pelos infortúnios do irmão.

A autolesão como resposta à irrupção do sentimento de abandono e desamparo também pode ser encontrada no fragmento 2 quando, por meio de uma ligação telefônica, a mãe comunicou que não voltaria mais. A fala: “para mim minha mãe morreu”, pode ser pensada como um indicativo de um “corte”, ou uma relação interrompida bruscamente, ou

seja, uma tentativa de lidar com uma experiência traumática disruptiva. Diante da impossibilidade de significação de uma experiência subjetiva de desamparo, o corte é então produzido na forma de uma marca concreta no corpo: uma cicatriz psíquica na pele.

Segundo Lourenço e Reis (2024), um dos aspectos relacionados à dinâmica desse processo refere-se à introjeção de uma agressão inicialmente orientada a um objeto de amor, geralmente um dos pais, no contexto de uma relação marcada pela ambivalência. Assim, há uma introjeção de uma tendência agressiva diante de uma situação de conflito traumático, que preserva o objeto amado ao mesmo tempo que se vale das moções agressivas para alimentar o sentimento de culpa e a necessidade de se punir.

Por conseguinte, acentua-se no fragmento 2 um componente moral na autolesão que é adicionado a partir da rivalidade ambivalente com a irmã, que atualiza e perpetua o ideal materno. O corte no corpo celebra uma impossibilidade de se atingir um padrão estético, que, no entanto, não é abandonado, continua a existir na forma de uma satisfação masoquista vicária.

Verificou-se também no fragmento 2 que, ao abandonar o comportamento autolesivo, o sujeito passou a desenvolver com maior frequência ideias suicidas. Os resultados estão em consonância com os argumentos de Lourenço e Reis (2024) que, referindo-se a Barrault, apresentam a autolesão como uma possível forma de defesa do Eu (ego) contra o suicídio. Considerando este aspecto, observa-se no fragmento 2 que, já nos últimos atendimentos, o sujeito afirma não possuir mais interesse em se autolesionar, ao passo que as ideias suicidas se tornaram mais frequentes. A correlação entre autolesão e suicídio implica em um problema crucial em situações de emergência subjetiva e requer um manejo cuidadoso, pois as tendências pertinentes a esses atos tendem a ser repetidas na relação transferencial com o analista.

Do exposto, a autolesão não pode ser condenada como uma prática danosa ao sujeito, pois tal atitude reforçaria o sentimento de culpa. Além disso, na ausência da autolesão, em uma situação de intensa angústia, a passagem ao ato pode restar como única forma de solução possível para o conflito psíquico. Suas consequências, como já salientado, são irremediáveis.

Em relação ao fragmento 3, sublinha-se a relação do paciente com uma mãe distante, um pai moralmente degradado por perpetrar uma série de traições conjugais e, ainda, a paixão por um primo abusador. O conflito se estabelece pelo direcionamento do ódio dos pais para si na forma de baixa autoestima, que se verifica no sentimento de abandono e na tendência a depreciação de sua autoimagem. O olhar do outro passa a ser evitado, o que engendrou uma fase de agorafobia. Os relacionamentos amorosos também são atravessados por esse conflito. Por não se achar digno de ser amado, o sujeito se engaja em uma série de casos que considera vazios e superficiais, como uma tentativa de proteção e distanciamento, ao passo que não consegue sustentar um vínculo afetivo mais duradouro. As vivências anteriores de abandono e desamparo são então atualizadas e reeditadas nas relações atuais e encontram na autolesão uma via de expressão substituta.

Nesse contexto, a autolesão proporciona uma sensação subjetiva de relaxamento e alívio frente a uma situação de sofrimento e tensão psíquica. Promove-se o sacrifício de uma parte do corpo pelo bem do corpo todo (Araújo et al., 2016). Aqui também se verifica que a autolesão constitui uma válvula de escape e uma forma de contenção e redirecionamento de impulsos suicidas. Cortar-se em momentos de crise “é evitar fazer algo pior” (sic), “a dor ameniza o sofrimento” (sic).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema da autolesão remete a desafios de ordem clínica bastante pungentes e palpáveis, ao mesmo tempo que exige do analista um esforço metapsicológico de abstração a fim de tornar inteligíveis situações e experiências que, de outro modo, se apresentariam como dispersas, opacas e obscuras. A abordagem do fenômeno da autolesão exige do terapeuta, de um lado, um manejo delicado e atento de situações clínicas complexas em um contexto muitas vezes de emergência subjetiva; de outro, uma apreciação teórica e técnica constante das intervenções e resultados obtidos.

Nessa tarefa, a formulação de protocolos de condutas se mostra insuficiente, haja vista a função frequentemente única, singular e plástica que o comportamento autolesivo ocupa na dinâmica e na economia psíquica. Ainda que seja possível encontrar alguns padrões fenomênicos descritivos respaldado na avaliação de diferentes casos, isso não basta para o delineamento de uma direção de tratamento que seja efetiva e sustentável.

A partir da análise de três fragmentos de casos, sustentou-se que a autolesão pode ser compreendida como acionamento de mecanismos de defesa primária do masoquismo, e como sintoma de um desejo que originalmente tinha o outro como alvo e que, em decorrência do conflito psíquico, retorna sobre o Eu. Busca-se com a escuta desses sujeitos a possibilidade de a fala abrir vias de investimento no analista, através da transferência, permitindo à agressividade encontrar um encaminhamento pela fala ao invés da ação e, com isso, produzir arranjos pulsionais diferenciados.

Desse modo, salienta-se que o trabalho de escuta é fundamental para se interrogar o sentido da automutilação e a sua função na dinâmica e na economia psíquica. Ao se considerar os comportamentos autolesivos simplesmente a partir da ótica médica, psiquiátrica ou moral corre-se o risco de silenciar o que tais manifestações podem estar tentando comunicar (Araújo et al., 2016).

Assim, ao invés de buscar a supressão desses comportamentos pela via da admoestação ou a crítica, cabe ao analista acolher as suas manifestações, dar-lhes voz, conceder-lhes dignidade, reconhecer a sua dimensão de apelo para daí interrogar as diferentes camadas psíquicas que compõem a autolesão e que a tornam à primeira vista tão paradoxal e estranha.

Trata-se de uma tarefa difícil e delicada, pois as tendências psíquicas e moções pulsionais que subjazem a autolesão tendem a ser reeditadas em ato na relação transferencial com o terapeuta.

REFERÊNCIAS

Araújo, J. F. B. de, Chatelard, D. S., Carvalho, I. S., & Viana, T. de C. (2016). O corpo na dor: automutilação, masoquismo e pulsão. *Estilos da Clínica*, 21(2), 497-515. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282016000200012

Birman, J. (2020). *Mal-estar na atualidade: A psicanálise e as novas formas de subjetivação* (14a ed.). Civilização Brasileira.

Borges, L. M., & Silva, C. J. (2018). Corpo e automutilação: um estudo de caso. *Boletim Entre SIS*, 3(2), 21-29. <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/boletimsis/article/view/18739>

Calazans, R., & Bastos, A. (2010). Passagem ao ato e acting-out: duas respostas subjetivas. *Fractal: Revista de Psicologia*, 22(2), 245-256. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922010000800002>

Cemim, T. M., & de Jesus, D. T. (2024). Automutilação: trauma, angústia e desamparo. *Psicologia em Revista*, 29, 67–90. <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2023v29p67%20-%2090>

Coutinho, L. G., Saggese, E. G., & Cabral, I. E. (2021). Agravamento das vulnerabilidades infanto-juvenis: uma análise sociopolítica do sofrimento psíquico durante a pandemia de COVID-10. *Revista Dedidades: Revista Científica da Infância, Adolescência e Juventude*, 31(9), 70-87. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2318-92822021000300005

Esposito, B., & Castanho, P. (2024). Adolescência, comportamento suicida e automutilação na contemporaneidade: corpo e intersubjetividade. *Estilos da Clínica*, 29(3), 488-504. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v29i3p488-504>

Figueiredo, A. C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, 7(1), 75–86. <https://doi.org/10.1590/1415-47142004001006>

Freud, S. (2016). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In S. Freud, *Obras Completas*. (Vol. 6, pp. 13-172). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1905).

Carneiro, T. A. A., Silva, N. S., Rabêlo, F. C., & Dias, R. R. (2025). A dinâmica psíquica da autolesão: um estudo psicanalítico baseado em fatos clínicos. *PLURAL – Revista de Psicologia UNESP Bauru*, 5, e025006.

Freud, S. (2010). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico. In S. Freud, *Obras Completas*. (Vol. 10, pp. 108-120). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1911).

Freud, S. (2010). Recomendações ao médico que pratica Psicanálise. In S. Freud, *Obras Completas* (Vol. 10, pp. 147-162). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1912).

Freud, S. (2010). O Início do Tratamento. In S. Freud, *Obras Completas* (Vol. 10, pp. 163-192). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1913).

Freud, S. (2010a). Recordar, repetir e elaborar. In S. Freud, *Obras Completas* (Vol. 10, pp. 193-209). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1914)

Freud, S. (2010b). Introdução ao narcisismo. In S. Freud, *Obras Completas* (Vol. 12, pp. 13-50). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1914)

Freud, S. (2010). Os instintos e seus destinos. In S. Freud, *Obras Completas* (Vol. 12, pp. 51-81). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1915).

18

Freud, S. (2010). Além do princípio do prazer. In S. Freud, *Obras Completas*. (Vol. 14, pp. 161-239). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1920)

Freud, S. (2011). O problema econômico do masoquismo. In S. Freud, *Obras Completas*. (Vol. 16, pp. 184-202). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1924)

Freud, S. (2010). Mal-estar na civilização. In S. Freud, *Obras Completas*. (Vol. 13, pp. 3-122). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1930)

Freud, S. (2010). Novas conferências introdutórias, conferência 31: a dissecação da personalidade psíquica. In S. Freud, *Obras Completas* (Vol. 18, pp. 192-223). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1933)

Lacan, J. (1998). O Seminário sobre "A carta roubada". In J. Lacan, *Escritos* (pp. 13-64). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1955)

Lacan, J. (1998). *O seminário - livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1964)

Lourenço, F. W. B., & Reis, M. E. B. T. dos. (2024). *Estudo psicanalítico sobre autolesão em adolescentes*. Juruá.

Marcos, C. (2018). A escrita do caso clínico em psicanálise: uma lógica não-toda. In T. Ferreira, & Â. Vorcaro (Orgs.), *Pesquisa e psicanálise: do campo à escrita* (pp. 97-109). Autêntica.

Macêdo, S., & Gonçalves Farinha, M. (2022). Serviços da Faculdade de Psicologia no Brasil: desafios e possibilidades para práticas clínicas em tempos de pandemia. *Revista Interamericana de Psicologia*, 56(1), 01-15. <https://doi.org/10.30849/ripijp.v56i1.1549>

Minerbo, M. (2000). *Estratégias de investigação em psicanálise: desconstrução e reconstrução do conhecimento*. Casa do Psicólogo.

Pierangeli, H. M. R. Okamoto, M. Y. (2023). Além da dor visível: reflexões psicanalíticas sobre a autolesão na adolescência. *Vínculo - Revista do NESME*, 20(2), 140-148. <https://doi.org/10.32467/issn.1982-1492v20n2a6>

Pinheiro, N. N. B. (2022). Pesquisa em Psicanálise na universidade: uma proposição metodológica. In N. N. B. Pinheiro, R. S. Peres & S. N. Cordeiro (Orgs.), *Pesquisas acadêmicas em Psicanálise: reflexões teóricas e ilustrações práticas* (pp. 13-28). Pedro & João.

19

Queiroz, R. de. (1984). *Dôra, Doralina*. José Olympio.

Reis, M. E. B. T. dos. (2022). Construção de fatos clínicos psicanalíticos. In N. N. B. Pinheiro, R. S. Peres & S. N. Cordeiro (Orgs.), *Pesquisas acadêmicas em Psicanálise: reflexões teóricas e ilustrações práticas*. (pp. 97-110). Pedro & João.

Reis, M. E. B. T. dos. (2023). Da fantasia ao ato: reflexões sobre o complexo de Édipo. In S. N. Cordeiro, F. C. Rabêlo, V. C. M. M. Maia, & M. Winograd (Orgs.), *Presenças e Virtualidades: perspectivas psicanalíticas*. (pp. 209-224). Pedro & João.

Rudge, A. M. (2006). Pulsão de morte como efeito de supereu. *Ágora: Estudos Em Teoria Psicanalítica*, 9(1), 79–89. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982006000100006>

Schmitz, A., Schneider, E., Branco, E., Piontkoski, H., Benetti, J., Pedrosa, A., & Ferreira, A. (2022). Pandemia de covid-19: impacto na saúde mental das crianças e adolescentes. *Anais de Psicologia*, 1(1), 109-118. <https://uceff.edu.br/anais/index.php/psico/article/view/385>.

Telles, S. (2012). *Fragmentos clínicos de Psicanálise*. Casa do Psicólogo.

Carneiro, T. A. A., Silva, N. S., Rabêlo, F. C., & Dias, R. R. (2025). A dinâmica psíquica da autolesão: um estudo psicanalítico baseado em fatos clínicos. *PLURAL – Revista de Psicologia UNESP Bauru*, 5, e025006.

Recebido em: 10/02/2025

Reapresentado em: 17/09/2025

Aprovado em: 22/09/2025

SOBRE OS AUTORES

Tarcísio Arquimedes Araújo Carneiro é graduando em Psicologia pela Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAr), educador físico pela Universidade Federal do Ceará (UFC), sociólogo e Mestre em Políticas Públicas e Sociedade pela Universidade Estadual do Ceará (UECE), professor do Instituto Federal do Piauí (IFPI, câmpus Parnaíba).

Nathanael de Sousa Silva é Bacharel em Ciências Sociais (UESPI), graduando em Psicologia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba, bolsista PIBIC-Af/UFDPAr.

Fabiano Chagas Rabêlo é Psicanalista, Doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Professor Associado II da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAr), Membro do GT da ANPEPP "Psicanálise e Clínica Ampliada", docente permanente do curso de pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), na ênfase Teorias e Práticas da Psicanálise.

20

Reginaldo Rodrigues Dias é Psicanalista, Doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Professor Adjunto do curso de Psicologia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAr).