



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA**

PALOMA PIMENTEL RODRIGUES

**GRITOS SILENCIOSOS: QUANDO AS IMPOSSIBILIDADES DE SIMBOLIZAÇÃO
DE CONFLITOS RETORNAM AO CORPO - AUTOMUTILAÇÃO NA
ADOLESCÊNCIA.**

**BELO HORIZONTE
2018**

PALOMA PIMENTEL RODRIGUES

**GRITOS SILENCIOSOS: QUANDO AS IMPOSSIBILIDADES DE SIMBOLIZAÇÃO
DE CONFLITOS RETORNAM AO CORPO - AUTOMUTILAÇÃO NA
ADOLESCÊNCIA**

Monografia apresentada ao Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde do Adolescente.

Orientadora: Dra. Mônica Assunção Costa Lima

**BELO HORIZONTE
2018**

PALOMA PIMENTEL RODRIGUES

**GRITOS SILENCIOSOS: QUANDO AS IMPOSSIBILIDADES DE SIMBOLIZAÇÃO
DE CONFLITOS RETORNAM AO CORPO - AUTOMUTILAÇÃO NA
ADOLESCÊNCIA**

Monografia apresentada ao Departamento de
Pediatria da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Minas Gerais, como
requisito parcial para obtenção do título de
Especialista em Saúde do Adolescente.
Orientadora: Dra. Mônica Assunção Costa Lima

Aprovado em _____ de _____ de 2018

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Mônica Assunção Costa Lima (Orientadora)

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais

Profa. Dra. Cristiane de Freitas Cunha

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais

Profa. Dra. Ana Maria Costa da Silva Lopes

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me proporcionado chegar até aqui.

Ao meu esposo pela compreensão e paciência nessa caminhada.

Agradeço aos professores que sempre estiveram dispostos a contribuir para um melhor aprendizado, em especial, a minha orientadora Mônica Lima.

Agradeço também a Faculdade de Medicina por ter me dado a chance de chegar hoje ao final desse ciclo de maneira satisfatória.

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

(Le Breton, 2011)

RESUMO

O presente artigo tem o objetivo de fomentar reflexões acerca da prática da automutilação na adolescência. Utilizou-se como metodologia a revisão de literatura, a partir da qual se procurou destacar a relação entre adolescência e automutilação na contemporaneidade, considerando os comportamentos autolesivos que podem estar associados à doença psiquiátrica e o nível de gravidade desse comportamento, que varia de acordo com o quadro psicológico de cada indivíduo. Pretendeu-se com esse trabalho, utilizando como eixo norteador a psicanálise, elucidar as dificuldades de simbolização de conflitos vivenciados pelos adolescentes. Posteriormente, apresentou-se a importância do apoio familiar na vida do adolescente, bem como as medidas de intervenção (tratamento) frente a esse comportamento.

Palavras-chave: Adolescência. Automutilação. Tratamento. Psicanálise.

ABSTRACT

This article aims to foster reflections about the practice of self cutting in adolescence. The literature review was used as a methodology, from which it was sought to highlight the relationship between adolescence and self cutting in contemporaneity, considering the self-injurious behaviors that may be associated with the psychiatric illness and the severity level of this behavior, which varies according to the psychological picture of each individual. It was intended with this work, using psychoanalysis as the guiding axis, to elucidate the difficulties of symbolizing conflicts experienced by adolescents. Subsequently, the importance of family support in the adolescent's life was presented, as well as the intervention measures (treatment) against this behavior.

Keywords: Adolescence. Self cutting. Treatment. Psychoanalysis.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 ADOLESCÊNCIA.....	10
3 MARCAR O CORPO X AUTOMUTILAÇÃO.....	13
4 PULSÃO	18
5 COMPULSÃO À REPETIÇÃO E DOR	20
6 TRATAMENTO E APOIO FAMILIAR	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

*E Clarisse está trancada no banheiro
E faz marcas no seu corpo
Com o seu pequeno canivete
Deitada no canto, seus tornozelos sangram
E a dor é menor do que parece
Quando ela se corta, ela se esquece
Que é impossível ter da vida calma e força
Viver em dor, o que ninguém entende
Tentar ser forte a todo e cada amanhecer...
Como se toda essa dor
Fosse diferente, ou inexistente
Nada existe pra mim, não tente
Você não sabe e não entende...
Um mundo onde a verdade é o avesso
E a alegria já não tem mais endereço...
(Clarice. Legião Urbana. Álbum: Uma outra estação.
1997.)*

A partir dos acompanhamentos psicológicos realizados com adolescentes no Hospital das Clínicas (SAD – Ambulatório Saúde do Adolescente/Janela da Escuta) e demais atendimentos clínicos, foi possível observar que mediante o cenário contemporâneo de construção de subjetividades, o processo de adolecer em jovens tem sido recorrentemente acompanhado de atos de autoagressão infligidos ao próprio corpo.

O presente artigo discute a prática da automutilação através da revisão de literatura, destacando a relação entre adolescência e automutilação na contemporaneidade, considerando os comportamentos autolesivos que podem estar associados à doença psiquiátrica e o nível de gravidade desse comportamento que varia de acordo com o quadro psicológico de cada indivíduo.

Para a execução do artigo, foi utilizado o método de revisão de literatura sistemática através da base de dados *Scielo* e *Google Acadêmico*. Além disso, foram utilizados textos de autores como Davi Le Breton, Freud, Jacques Alain Miller, Isabel Fortes, Drummond & Drummond Filho, dentre outros que também puderam contribuir como base desse trabalho.

Pretendemos, portanto, estudar um pouco mais sobre a relação entre adolescência e a prática da automutilação. Sendo assim, para entender o propósito da pesquisa, organizamos este artigo da seguinte forma: O primeiro capítulo, Adolescência, versa sobre a adolescência e questões acerca da puberdade. Foram exploradas contribuições trazidas pelos autores sobre esse momento de transição e como os adolescentes reagem ante ao processo de construção de sua identidade.

No segundo capítulo, Marcar o corpo x Automutilação, abordamos sobre a definição de automutilação, bem como os critérios diagnósticos de acordo com o DSM V. foram trazidas contribuições de autores acerca do que precede a automutilação e o significado de marcar o corpo na contemporaneidade.

No terceiro capítulo, Pulsão, discorremos sobre a pulsão à luz da psicanálise freudiana. Realizamos uma leitura psicanalítica no intuito de obter uma maior compreensão sobre o funcionamento das pulsões e seu significado.

No capítulo seguinte, Compulsão à repetição e Dor, esclareceremos sobre os fatores que levam à repetição compulsiva, característica da prática da automutilação e o processo da dor.

Adiante, no capítulo Tratamento e Apoio Familiar, discutimos sobre o tratamento psiquiátrico e psicológico, bem como sobre a importância do apoio familiar na vida dos adolescentes que praticam a automutilação.

Como conclusão, discutimos a partir da pesquisa realizada acerca da metamorfose da adolescência e suas implicações, dentre as quais encontramos diversos fatores que podem contribuir com o ato da automutilação. Contudo, consideramos que, além das dificuldades desses jovens em lidar com suas emoções e possíveis diagnósticos de transtornos psiquiátricos, que potencializam este comportamento, o ato de automutilação surge na tentativa do indivíduo de romper com determinado sofrimento e redefinir sua existência.

2 ADOLESCÊNCIA

De acordo com o art. 2º das disposições preliminares do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA – o sujeito considerado adolescente é aquele que se encontra na faixa etária entre doze e dezoito anos de idade. (BRASIL, 1990).

Rappaport (1993), no livro *Adolescência – Abordagem Psicanalista*, traz a ideia de adolescência como um momento de mudança corporal, transformações intensas, sobretudo no corpo. É o período da eclosão da puberdade, momento de transformações físicas e hormonais que marcam o fim da infância.

A autora também salienta a adolescência como um período de transição, um momento marcado pela desconexão do adolescente com os pais, assim como entre seu ser criança e seu ser homem ou mulher, momento dotado de questionamentos e reflexões. Esse período provoca inquietude na família, pois o jovem passa a contestar regras, aprende a desenvolver o senso crítico, torna-se questionador e não se sente aceito e/ou compreendido no lar.

Segundo Drummond & Drummond Filho (1998), a crise surgida na adolescência se faz necessária ao desenvolvimento psicológico dos indivíduos. Uma forma de autoafirmação, momento evolutivo para se definir objetivos e escolhas pessoais, marcado por um processo de organização e estruturação do indivíduo.

Nesse processo de desenvolvimento, os adolescentes vão se desligando dos pais até poderem caminhar por si só, fase de construção da sua identidade. Nessa fase, surgem em sua mente infindáveis perguntas como: Quem sou eu? O que o outro quer de mim? Sou homem ou sou mulher? Qual meu objeto de desejo? Perguntas para as quais tenderão a buscar respostas nessa transição, caracterizando-a como um momento de intenso trabalho psíquico.

Miller (2015), em seu texto “Em direção à adolescência”, considera a adolescência uma construção. E também nos chama a atenção para “uma adolescência em que a socialização do sujeito pode se fazer sob o modo sintomático” (MILLER, 2015), uma adolescência em que os sintomas estão articulados ao laço social, ou seja, alcoolização em grupo, toxicomania, anorexia, bulimia, o suicídio em série e a automutilação.

Como salienta Rappaport (1993), o amadurecimento na adolescência se dá de forma progressiva, é uma travessia, tempo da construção de um sentimento de

identidade mais elaborado, tempo de um marco na existência, pois os adolescentes passam por um processo de construção do saber, que envolve o saber de si próprio, do seu sexo, dos seus desejos, das suas paixões e da sua morte. Oscilam sentimentos, momentos de solidão intensa, agressividade, pensamentos ou falas do tipo: “ninguém me entende”. Ao mesmo tempo, eles têm que lidar com algo considerado como “invasivo”, ou seja, as modificações do seu corpo. São tomados por um sentimento de estranheza em face de sua metamorfose.

Considerando esse momento de tantas mudanças na vida de um adolescente, cabe a pergunta: Mas, o que leva esses adolescentes a se automutilarem? Afinal, nem todos os adolescentes apresentam esse ato.

Nas discussões informais acerca da automutilação na adolescência, muitos acreditam que esse ato é uma forma dos adolescentes chamarem a atenção para si. Contudo, há aspectos inerentes à própria prática da automutilação que contradizem afirmações desse gênero, por exemplo, o fato de que a prática da automutilação se dá através de atos realizados a sós. Além disso, os adolescentes buscam formas de esconder os machucados, utilizando roupas de frio e escolhendo locais no corpo pouco visíveis, ações que buscam a menor exposição possível ao olhar do outro.

Para Araújo, Chatelard, Carvalho e Viana (2016), a automutilação é uma questão clínica que tem aparecido com frequência nos consultórios dos psicólogos e psicanalistas, assim como nas escolas, especialmente entre os adolescentes. É também um tema tratado pela psiquiatria, quando adolescentes que machucam o próprio corpo são encaminhados para tratamento psiquiátrico, frequentemente medicamentoso e configurado como algum tipo de transtorno mental.

Borges (2012), ao fazer análise de autores como Nock (2010), Nock e Chá (2009), Klonsky e Muehlenkamp (2007), levantou hipóteses sobre os possíveis fatores atrelados ao comportamento de automutilação, sendo eles:

- Hipótese de Aprendizagem Social: Trata-se de um comportamento aprendido através da observação dos outros (pais, amigos, irmãos), bem como pela comunicação social, internet, música, filmes, etc. Comportamentos que por mais que sejam divulgados com boas intenções, podem vir a ser mal interpretados por esses adolescentes.
- Hipótese de Autopunição: Comportamento utilizado como meio de regulação afetivo-cognitiva através da autopunição mediante alguma irregularidade compreendida, uma resposta ao ódio que sente de si ou

ao sentimento de desvalorização, podendo estar ligada à autocrítica ou autodepreciação, como uma forma encontrada para lidar com suas falhas.

- Hipótese de anti dissociação: Comportamento adotado de forma a interromper estados dissociativos, estado em que nada sentem. Onde “sentir algo” através da dor física poderá fazer com que esse indivíduo se sinta íntegro.
- Hipótese de anti suicídio: Autolesão como tentativa de resistir ao suicídio.
- Hipótese de Sinalização Social: O indivíduo utiliza esse meio de comunicação quando as estratégias como gritar ou falar, falham. Mediante a um déficit comunicacional ou à falta de clareza do sinal emitido. Tem por objetivo influenciar os outros quando a linguagem está ausente, despertando respostas que não foram alcançadas por outros meios como afeto, amor, criação de vínculo, etc.
- Hipótese pragmática: Comportamento considerado fácil, acessível e rápido para se alcançar o desejável. Um comportamento atrativo aos adolescentes, pois, exige menos força e tempo diante da dificuldade que apresentam em regular suas emoções, uma vez que não têm acesso a álcool e drogas por exemplo.

Diversas hipóteses ou fatores supracitados podem estar relacionados ao ato de automutilação, que tem sido recorrente nos atendimentos clínicos. Há relatos de muitos adolescentes quanto à tentativa de “aliviarem” sua dor emocional e evitar, a princípio, o suicídio. Observa-se uma alta incidência de autoagressões no que se refere ao funcionamento psíquico direcionado ao corpo do sujeito.

Essa sensação de alívio se dá através de reações neuroquímicas que ocorrem no momento da lesão, ou seja, quando há danos físicos, é liberada no sistema nervoso central beta-endorfina (β -endorfina) produzindo bem-estar momentâneo e proporcionando ao indivíduo distração mediante a sua dor emocional. (ARCOVERDE; SOARES, 2012).

Para Le Breton (2011), marcar a pele, de fato, diz de uma relação que o sujeito tem consigo mesmo e com o mundo. É marcar seu lugar no mundo enquanto “baliza identitária” (LE BRETON, 2011). Podemos entender que esse ato de marcar o corpo, a pele, é uma forma de apresentar sua identidade ao olhar dos outros.

3 MARCAR O CORPO X AUTOMUTILAÇÃO

O ato de escarificação não é recente. A partir da metade do século XIX nos Estados Unidos, os primeiros casos de automutilação a serem documentados eram considerados severos, pois, foram causados por pacientes psicóticos com quadros isolados de automutilação extrema, grande parte destes atos provocados por alucinações ou ilusões de fundo religioso. (ARAÚJO; CHATELARD; CARVALHO; VIANA, 2016). Nesta mesma época, até o final do Século XIX, também foram registrados casos de automutilação como furos na própria pele com agulhas em mulheres diagnosticadas como histéricas.

De acordo com Giusti (2013), a automutilação é definida como todo e qualquer comportamento consciente, de agressão contra o próprio corpo sem intenção suicida. As formas mais frequentes de automutilação são: cortes superficiais, arranhões, bater partes do corpo contra a parede, mordidas e queimaduras. As áreas mais comumente atingidas são: braços, pernas, abdômen e áreas do corpo onde o acesso é mais fácil. Na adolescência, geralmente tem seu início entre os 13 e 14 anos de idade.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2014, p. 803-804). A automutilação é definida como um transtorno psiquiátrico a partir dos seguintes critérios:

Critério A: No último ano, o indivíduo se engajou, em cinco ou mais dias, em dano intencional auto infligindo à superfície do seu corpo, provavelmente induzindo sangramento, contusão ou dor (por exemplo: cortar, queimar, fincar, bater, esfregar excessivamente), com a expectativa de que a lesão levasse somente a um dano físico menor ou moderado (por exemplo, não há intenção suicida).

Nota: A ausência de intenção suicida foi declarada pelo indivíduo ou pode ser inferida por seu engajamento repetido em um comportamento que ele sabe, ou aprendeu, que provavelmente não resultará em morte.

Critério B: O indivíduo se engaja em comportamentos de autolesão com uma ou mais das seguintes expectativas:

1. Obter alívio de um estado de sentimento ou de cognição negativos.
2. Resolver uma dificuldade interpessoal.
3. Induzir um estado de sentimento positivo.

Nota: O alívio ou resposta desejada são experimentados durante ou logo

após a autolesão, e o indivíduo pode exibir padrões de comportamento que sugerem uma dependência em repetidamente se envolver neles.

Critério C: A autolesão intencional está associada pelo menos a um dos seguintes casos:

1. Dificuldades interpessoais ou sentimentos ou pensamentos negativos, tais como depressão, ansiedade, tensão, raiva, angústia generalizada ou autocrítica, ocorrendo o período imediatamente anterior ao ato de autolesão.

2. Antes do engajamento no ato, um período de preocupação com o comportamento pretendido, que é difícil de controlar.

3. Pensar na autolesão que ocorre frequentemente, mesmo quando não é praticada.

Critério D: O comportamento não é socialmente aprovado (por exemplo: piercing corporal, tatuagem, parte de um ritual religioso ou cultural) e não está restrito a arrancar casca de feridas ou roer as unhas.

Critério E: O comportamento ou suas consequências causam sofrimento clinicamente significativo ou interferência no funcionamento interpessoal, acadêmico ou em outras áreas importantes da vida.

Critério F: O comportamento não ocorre exclusivamente durante episódios psicóticos, delírio, intoxicação por substâncias ou abstinência de substância. Em indivíduos com um transtorno do neurodesenvolvimento, o comportamento não faz parte de um padrão de estereotípias repetitivas. O comportamento não é mais bem explicado por outro transtorno mental ou condição médica (por exemplo: transtorno psicótico, transtorno do espectro autista, deficiência mental, *síndrome de Lesch-Nyhan, transtorno do movimento estereotipado com autolesão, tricotilomania (transtorno de arrancar cabelo), transtorno de escoriação (skin-picking)).

Além dos critérios mencionados, o DSM V também traz como característica essencial da autolesão não suicida, o comportamento repetido do próprio indivíduo de infligir lesões superficiais, embora dolorosas à superfície do seu corpo e ressalta quanto ao propósito desse ato que é de reduzir emoções negativas, como tensão, ansiedade e autocensura ou de resolver uma dificuldade interpessoal. Em alguns casos, a lesão é concebida pelo indivíduo como uma autopunição merecida.

Podemos considerar que há uma complexidade no fenômeno da automutilação, pois, além de estar associado a comportamentos obsessivos compulsivos, o mesmo ritual pode ser observado em pessoas de personalidade

borderlines, psicóticas ou com neuroses graves.

Giusti (2013) ressalta os motivos mais frequentes que precedem à prática da automutilação na adolescência e aponta sensações como: angústia, tristeza, falta de autoconfiança, sensações de rejeição ou abandono, culpa, sensação de “vazio”, reprovação social sofrida através do *bullying* levando ao isolamento social, raiva de si mesmo e perda de controle. Conforme Dinamarco (2011): “Com a substituição da dor psicológica pela dor física, o corte ganha a dimensão de algo prazeroso!” (DINAMARCO, 2011, p. 31).

Os jovens buscam “alívio temporário” como uma saída mediante suas dificuldades em lidar com essas questões, quadros de depressão e/ou ansiedade também podem estar associados à automutilação. Nesse caso, o psiquiatra tende a avaliar sua gravidade e um possível tratamento medicamentoso.

Segundo Fernandes (2011), o corpo é hoje superinvestido, porém, frequentemente apontado como fonte de frustração e sofrimento, constituindo-se como um instrumento privilegiado de expressão do mal-estar na cultura contemporânea. Mal-estar presente em nossa sociedade onde o simbólico tem sido descartado dando lugar somente ao objeto esvaziado de sentido.

Geralmente adolescentes que buscam acompanhamento psicológico relatam sentir-se envergonhados frente a essa conduta, escondendo os ferimentos de amigos e familiares. Muitas vezes esses jovens participam de comunidades virtuais na internet em que se identificam com outros jovens na mesma situação e compartilham suas experiências e sentimentos anonimamente, uma vez que não teriam coragem de falar abertamente sobre seus problemas numa interação presencial. De acordo com Ferreira (2014): “A internet tem sido um meio pelo qual muitas pessoas expressam suas considerações a cerca do tema e inclusive confessam suas práticas de escarificação”. (FERREIRA, 2014, p.11).

David Le Breton (2010), antropólogo francês, especialista consagrado na área de estudos do corpo, em uma de suas obras, considera tatuagens, piercings, etc. como um fenômeno predominantemente adolescente no mundo ocidental contemporâneo. Fenômenos estes que, para o autor, também estão presentes em diversas culturas e momentos da história da humanidade. O autor considera que o momento tribal, por exemplo, é um marco entre a passagem do mundo infantil para o mundo adulto, bem como demarca o lugar do indivíduo no grupo. Tatuagens com o mesmo desenho em um grupo de adolescentes também podem significar o

sentimento de pertencimento àquele grupo.

É possível perceber um mal-estar vivenciado por jovens que sofrem por se sentirem à margem da sociedade e, conseqüentemente, têm que lidar com a sua solidão e angústia. Eles consideram as regras da sociedade cruéis e apresentam dificuldades em lidar com o mundo externo, muitas vezes visto como segregador. Diante dessas dificuldades e da experiência de passagem vivenciada pelos adolescentes que realizam suas marcas corporais, pode-se entender, segundo Le Breton (2010, p.27), que "O jovem exterioriza alguma coisa de seu caos interior a fim de vê-la mais claramente, ele reproduz em ato uma impossibilidade de dizer as coisas ou de transformá-las".

Pensando sobre qual seria o significado de marcar o corpo para esses jovens, encontramos, ainda em Davi Le Breton, que o corpo fala onde as palavras falham, na tentativa de restaurar uma fronteira coerente com o mundo exterior. A passagem pelo corpo torna-se a única opção quando as palavras se fazem impotentes frente à força dos significados ligados aos eventos: "esses comportamentos são tentativas de controlar um universo interior que ainda escapa e de elaborar uma relação menos confusa entre o eu e o outro em si mesmo". (LE BRETON, 2010, p.27-28)

O autor considera que as tentativas de escarificações sob a pele não são uma tentativa de suicídio, mas, sim, de viver. Uma tentativa de restauração do sentido, onde marcar a pele é o limite para dar conta da vertigem emocional na tentativa de recuperação do controle.

O corte é uma incisão de realidade, ele dá um imediato enraizamento do sujeito na espessura de sua existência. O sujeito em sofrimento se apega à sua pele para não escorregar. Ele procura nela um vestígio de realidade, obtido pelo sangue, pela dor possível. O corte é um freio que serve como contentor, uma cura para não morrer, não desaparecer no colapso de si. Uma vez feita à incisão, o sujeito reencontra uma calma temporária. (LE BRETON, 2010).

Esse corpo-despojo do adolescente é o lugar onde se cristalizam todos os males. Ataques ao corpo são antes de tudo um ataque contra os significados que lhes são inerentes. Como as tentativas de suicídio, em outro nível, que são tentativas de se livrar de uma pele que adere à pele um sentimento insuportável de si mesmo, forma simbólica de destruí-la para adotar uma nova pele e tornar-se diferente de si próprio. (LE BRETON, 2010, p. 27).

Através de uma manipulação dos limites de si mesmo, a lesão se torna

testemunha da tentativa de reconstrução da relação mundo interior exterior. O corpo se torna o equilíbrio da existência, a calma que retorna pós-incisão, contribui novamente para um mundo passível de ser pensado. Conforme Freud (1915): “O corpo é habitado pelas pulsões, sendo um representante psíquico das excitações do sujeito, tendo que produzir um trabalho psíquico, para lidar com as excitações que provem do interior do corpo” (FREUD, 1915 *apud* BIZRI, 2014).

4 PULSÃO

Embora Freud não tenha usado a expressão “automutilação” em suas obras, faz-se necessário realizar essa leitura psicanalítica no intuito de obter maior compreensão quanto ao funcionamento das pulsões e seu significado.

Segundo Roudenesco (1997), a pulsão é um conceito empregado por Sigmund Freud, no ano de 1905, definindo-a como tudo aquilo que impulsiona, que se origina tanto da atividade motora do organismo quanto do funcionamento psíquico inconsciente do homem. A autora traz também a ideia de Freud, baseada no primeiro dualismo pulsional, no qual ele chama a atenção para as pulsões de autoconservação (pulsão do eu), pulsões que estão a serviço do desenvolvimento psíquico determinado pelo princípio de realidade, enquanto as pulsões sexuais encontram-se sob o domínio do princípio de prazer.

Freud (1915) definiu a pulsão como sendo um conceito entre o psíquico e o somático, tratando-se de uma força constante originada no interior do organismo, que tem como finalidade a satisfação, podendo mudar de objeto para alcançá-la, e o próprio corpo ou parte dele poderá servir como objeto dessa satisfação.

O *objeto* da pulsão é "aquilo junto a que, ou através de que, a pulsão pode atingir seu alvo". (FREUD, 1915/1982a, p. 86). Freud destaca que o alvo da pulsão é sua satisfação completa e que jamais será satisfeita, levando em consideração que o máximo que organismo e o psiquismo podem chegar é a uma satisfação parcial da pulsão através de sua descarga por objetos.

Ele percebeu, em alguns pacientes, reações inversas na medida em que os encorajava e dava-lhes alguma esperança. Esses pacientes, em alguns casos, se recusavam a abandonar a punição do sofrimento, por tal sentimento de culpa. Pensa-se, então, na dificuldade que os automutiladores têm de abandonar os cortes na pele. (BIZRI; AZEVEDO, 2014, p. 5).

Para Freud (1915), o eu tanto é objeto quanto sujeito, e nesse contínuo processo de investimento e desinvestimento, a dinâmica psíquica está imersa nas experiências de prazer e desprazer. Nesse sentido, os autores Bizri, Azevedo e Anjos (2015) relatam que muitas são as hipóteses para se explicar a automutilação e salientam sobre a ocorrência do afastamento do outro e da perda de significantes simbólicos coletivos estruturantes, onde o investimento no corpo aparece como uma forma de resposta a esses acontecimentos. O indivíduo busca por uma localização

real de si mesmo. De fato, podemos entender que a conduta autoagressiva é desencadeada devido à dificuldade de simbolização, onde o indivíduo não consegue colocar em palavras o que sente, marcando a própria pele.

Freud (1924) em seu texto “O problema econômico do masoquismo”, admite a existência de um lado masoquista da pulsão. Para o autor, os indivíduos masoquistas estão envolvidos por uma necessidade que é satisfeita pela punição e sofrimento, a consciência de culpa como expressão de uma tensão entre o ego e o superego. Diante disso, entendemos que o ato de agredir a si mesmo faz parte dos destinos possíveis da pulsão, um masoquismo cuja satisfação está associada à dor e ao desprazer.

Segundo Cassimiri (2017), os adolescentes, na clínica, trazem em seus depoimentos, um acúmulo de tensão seguida do relaxamento após a descarga, após cortes na pele, a gratificação da pulsão é dada através dos cortes e traz suas contribuições acerca das pulsões mediante o comportamento de automutilação quando infere:

Portanto, as autoagressões podem ser entendidas como uma questão econômica das pulsões, onde é possível aceitar que algumas pessoas busquem descargas de tensão a partir da dor e que parece mais lógico que não tomemos a automutilação como um transtorno, mas como uma prática – ou uma descarga da pulsão – que, em maior ou menor grau, pode se manifestar na vida psíquica e pulsional dos sujeitos. (CARISSIMI, 2017, p.19).

Ainda segundo Carissimi (2017), o corpo, através dos cortes, é colocado em uma condição de masoquismo primário, erotizado diante do prazer e do sofrimento obtidos por meio da dor e da mutilação. A substituição da dor psicológica pela dor física na busca pelo alívio – alívio da “separação do outro”, da “retirada” desse outro ou até mesmo de vingar-se simbolicamente desse outro.

5 COMPULSÃO À REPETIÇÃO E DOR

Fatores como a compulsão à repetição e a dor estão presentes na prática da automutilação e, para melhor compreendê-los, cabe aqui citarmos algumas definições.

Para Roudenesco (1997), a compulsão à repetição não só provém do campo pulsional como também possui um caráter de insistência conservadora. O vocabulário de psicanálise de Laplanche e Pontalis (2001, p.83), define a compulsão à repetição como: “(...) processo inconsciente pelo qual o sujeito se coloca ativamente em situações penosas, repetindo assim situações antigas sem ter a noção da origem, pelo contrário, a impressão que se tem é viva e trata-se de algo plenamente motivado na atualidade”.

Sendo assim, a prática da automutilação é entendida como uma compulsão quando provocada repetidamente, ocorrendo em momentos nos quais o sujeito se percebe em uma intensa angústia. Essa prática também é abordada por alguns autores como escarificação, tal como em Jatobá (2010):

Na contemporaneidade, uma das formas utilizadas para marcar o corpo é a escarificação. O ato de escarificar é um tipo superficial de automutilação, a qual envolve um ato intencional de um indivíduo que objetiva modificar ou destruir uma parte do tecido do corpo, sem ter a intenção de cometer o suicídio. Frente à frequência de casos de escarificação na adolescência, existe a necessidade de examinar este fenômeno, tomando por base questões subjetivas aí envolvidas. (JATOBÁ, 2010, p. 9).

Essa citação nos faz pensar no corpo como um lugar onde as experiências subjetivas podem ser comunicadas, algo interior, que ao ser exteriorizado, poderá ser visto pelos outros. Segundo Nasio (2007, p.97): “(...) a dor escapa por entre os nossos dedos e foge à razão, e que se situa não só no limite do corpo e da alma, mas também na fronteira entre histeria e psicose”.

Sob essa ótica, podemos entender que há um excesso de excitação não comportada pelo aparelho psíquico, esse excesso vai além da tolerância do sujeito de agenciá-las e dominá-las, ocorrendo um transbordamento pulsional, nesse cenário, o mecanismo de compulsão à repetição pode ser intensificado em um esforço simultâneo de descarga e domínio da excitação não metabolizada. (Damous, Klautau, 2016).

Mas, podemos nos perguntar, a repetição se “instaura” em que ocasião? De acordo com Freud: “Podemos supor que, desde o momento em que uma situação, tendo sido uma vez alcançada, é desfeita, surge um instinto para criá-la novamente e ocasiona fenômenos que podemos descrever como uma compulsão à repetição”. (FREUD, 1933, p.108). Nota-se que na compulsão a repetir, a pessoa é dominada pelo excesso pulsional, em resposta a não capacidade do aparelho psíquico de assimilá-lo.

Autores como Laplanche e Pontalis (2001, p. 83) elucidam, a partir das contribuições Freudianas na obra *Além do Princípio do Prazer*, que se trata de uma manifestação de experiências desagradáveis que ocorrem repetidas vezes, de origem inconsciente, de modo que o sujeito se coloca ativamente em situações penosas. A compulsão à repetição nada mais é do que a perpétua recorrência da mesma coisa – repetição das mesmas experiências e Freud resume da seguinte forma:

O fato novo e digno de nota que nós agora temos que descrever é que a compulsão de repetição também traz de volta aquelas vivências do passado que não contêm nenhuma possibilidade de prazer, que tampouco naquele tempo puderam trazer satisfações, nem mesmo das moções pulsionais desde então reprimidas. (FREUD, 1920/1982, p.230).

Referente à dor física e psíquica (emocional) mencionada neste artigo, o autor Nasio (2007, p.53) em seu livro *A Dor Física*, nos diz que: “(...) A dor seria o vivido emocional correspondente ao superinvestimento da representação mental da região dolorida, no caso da dor corporal ou do objeto amado e perdido, no caso da dor psíquica.” Lidar com a dor torna-se uma experiência única para cada indivíduo, não é possível mensurá-la, por mais que se pareça com a dor de outras pessoas, somente aquele que sente sabe dizer de sua dor.

Ainda sobre a relação entre dor e automutilação, no livro *Que corpo é esse que anda sempre comigo? Corpo, imagem e sofrimento psíquico*, a autora Isabel Fortes (2016), afirma que a automutilação vem em momentos de insuportável tensão interna, com a qual os adolescentes não sabem como lidar, segundo a autora: “(...) uma dor que não encontra expressão por via das palavras, o ato apresenta-se como um recurso aliviador”.

A autora também chama a atenção para um vazio relacionado à inexistência do outro, ausência de um outro que possa acolher a dor e entender esse sofrimento

psíquico que se configura por meio de uma descarga direta na dimensão do corpo. Pontalis (2005) salienta que, por não ser comunicável, por ser “só para si”, a dor só tem possibilidade de se expressar pela alternância entre o silêncio e o grito:

A golpes de pontadas, por vibrações e ondas sucessivas, ela vai progressivamente ocupando todo o terreno até modificar toda a sua geografia e revelar outra desconhecida. *Tenho* angústia, *sou* dor. [...] a dor só pode ser gritada – mas este grito não aplaca em nada – para cair mais adiante no silêncio onde ela se confunde com o ser. O sujeito ele mesmo não se comunica com sua dor: alternância entre o silêncio e o grito (PONTALIS, 2005, p. 271).

Para a autora Isabel Fortes (2016): “a ausência do Outro reforça a impossibilidade de encontrar palavras para a dor”. Uma vez que o sofrimento psíquico é endereçado ao outro, ocorrerá um espaço de ressonância no qual o sujeito poderá legitimar a sua dor. Se a dor não ressoa em ninguém, ela se manterá no próprio sujeito, sendo assim, é redirecionada para o próprio corpo.

6 TRATAMENTO E APOIO FAMILIAR

A automutilação, dependendo do caso, pode ser tratada como doença psiquiátrica ou de cunho emocional. Nas fontes bibliográficas consultadas, o tratamento inclui o uso de medicamentos, quando diagnosticado algum tipo de transtorno psiquiátrico, e o acompanhamento psicológico, no intuito de ajudar o adolescente que se automutila a se expressar. Segundo Betts (2017):

Dar a palavra a alguém implica nomear o sujeito de forma que tenha um lugar de onde seja possível falar, ser ouvido e reconhecido em sua singularidade. É o que uma mãe suficientemente boa faz com seu filho: ela lhe dá um lugar de palavra que lhe permite estabelecer progressivamente uma troca simbólica com as pessoas de seu entorno. A palavra dada implica compromisso num vínculo que ela estabelece com seu destinatário. Através da palavra trocada com alguém significativo, humanizam-se tanto o sofrimento quanto as experiências prazerosas (BETTS, 2017, p.37).

Para Jatobá (2010), mediante ao diagnóstico de transtornos psiquiátricos como: ansiedade, depressão, transtorno de personalidade *borderline* em pacientes que se automutilam, esse mal-estar vivenciado deve ser tratado a partir de uma medicação eficiente. Ressaltando também quanto à importância de considerarmos as estruturas clínicas: neurose, psicose e perversão, para um possível direcionamento do tratamento analítico. Sendo assim, podemos considerar que o tratamento psicanalítico é possível quando se abre um espaço de escuta para o sofrimento do sujeito que se apresenta e não quando o objetivo está voltado apenas para a questão de que o mesmo cesse este comportamento.

Dentro das concepções existentes a respeito do papel da família nesse tratamento, o apoio familiar torna-se crucial nessa fase vivenciada pelos adolescentes. Segundo Romanelli (1997), a família corresponde a um lugar privilegiado de afeto, no qual estão inseridos relacionamentos íntimos, expressão de emoções e de sentimentos. Portanto, pode-se dizer que é no interior da família que o indivíduo mantém seus primeiros relacionamentos interpessoais com pessoas significativas, estabelecendo trocas emocionais que funcionam como um suporte afetivo importante quando os indivíduos atingem a idade adulta.

Romanelli (1997) também menciona que estas trocas emocionais estabelecidas ao longo da vida são essenciais para o desenvolvimento dos

indivíduos e para a aquisição de condições físicas e mentais centrais para cada etapa do desenvolvimento psicológico.

Os pais se apresentam nos atendimentos psicológicos muito angustiados ao saberem da situação dos filhos, pois, geralmente, passam a ter ciência do caso através da escola ou até mesmo de amigos mais próximos do seu filho. Segundo Nasio (2008, p. 56): “Os pais sofrem pela dor dos filhos como se fosse uma dor maior que a própria dor”.

Diante disso, são orientados em determinadas situações a buscarem acompanhamento psicológico para se fortalecerem e ajudá-los a lidar com as dificuldades do filho. Nos casos em que os adolescentes apresentam quadro de depressão, alguns autores chamam a atenção quanto ao papel dos pais:

O papel dos pais no equilíbrio e autoestima alerta para a necessidade de se intervir junto destes, potenciando as características do funcionamento familiar que atuam como fatores protetores, prevenindo em simultâneo a emergência de sintomatologia depressiva. (MESQUITA, RIBEIRO, MENDONÇA E MAIA, 2011, p.107).

O grupo familiar tem um papel fundamental na constituição dos sujeitos, sendo importante na determinação e na organização da personalidade, além de influenciar significativamente no comportamento individual através das ações e medidas educativas tomadas no âmbito familiar. (DRUMMOND & DRUMMOND FILHO, 1998).

Nessa mesma perspectiva vale salientar que é de suma importância que os pais estejam atentos aos filhos, à vida social dos mesmos, a relação com os amigos, se os filhos estão felizes, se possuem desejos e realizações. Segundo Pratta e Santos (2007, p.250), a família exerce um importante papel no desenvolvimento de seus membros, principalmente no período da adolescência, adquirindo no interior da família valores, normas e crenças (introjetadas no interior da família e que permanecem por toda a vida, servindo de base para a tomada de decisão e atitudes apresentadas na fase adulta), modelos e padrões de comportamentos necessários para a sua atuação na sociedade.

Chamamos a atenção para os casos em que os adolescentes relatam não se sentirem confortáveis para falar de suas questões em casa. Muitas vezes não há espaço para o diálogo entre pais e filhos e esse cenário contribui para o surgimento de sensações de incompreensão, culpa, decepção, inutilidade, desamparo e até

mesmo desamor. Nesse contexto, a lesão, acaba sendo uma via encontrada pelo adolescente para pedir ajuda. O diálogo com os membros da família, nessa etapa da vida, é essencial, pois é justamente nesse período que eles mais necessitam da orientação e da compreensão dos pais, sendo que todo o legado que a família transmitiu aos mesmos desde a infância continua sendo relevante. (DRUMMOND & DRUMMOND FILHO, 1998).

Nesse sentido, o tratamento inserindo os membros da família poderá contribuir para que entre eles seja proporcionado um espaço de comunicação, ajudando para que o adolescente que se automutila sintam-se mais seguro, valorizado e confiante. Momento de fortalecimento do vínculo e que deve fazer parte da rotina da família, espaço para que possam partilhar de forma livre e respeitosa suas ideias, preocupações, sentimentos, dúvidas e conquistas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adolescência é considerada como um fenômeno universal, pois, acontece em todos os povos e em todos os lugares. Contudo, apresenta características específicas conforme o cenário sociocultural. A puberdade envolve transformações biológicas inevitáveis e a adolescência refere-se aos componentes psicológicos e sociais. Nesta etapa da vida o indivíduo se confronta com momentos de desequilíbrios e instabilidades extremas. Entretanto, essa crise característica da vivência da adolescência é considerada por alguns autores como uma crise normativa, de fundamental importância para o desenvolvimento psicológico dos indivíduos. (DRUMMOND & DRUMMOND FILHO, 1998).

Além dos adolescentes vivenciarem conflitos relacionados ao adolecer, quando experimentam o fracasso, sentem uma angústia que para eles torna-se insuportável, passando ao ato, seja eles cometendo crimes, violência e/ou agressões ao próprio corpo, como é o caso da automutilação. Estes comportamentos são observados não só nos adolescentes, mas em muitos sujeitos, presente em todos os seguimentos da sociedade, gerando neles um imenso sofrimento psíquico.

Na contemporaneidade, o corpo tem sido configurado como espaço de construções simbólicas e a todo instante passa a ser valorizado e explorado, usado e abusado, tanto pelo mercado quanto pela sociedade. Conforme Sant'Anna: "A cultura contemporânea do corpo é, portanto, uma via de mão dupla, que tanto contribui para liberar o ser humano de coações morais e autoritárias do passado, como para confrontá-lo com a emergência de riscos, problemas e intolerâncias" (SANT'ANNA, 2004, p. 111-112).

A prevalência de transtornos psiquiátricos como ansiedade, depressão, transtornos compulsivos e transtornos de personalidade *borderline*, pode vir a contribuir na impulsividade de atos agressivos como a automutilação. O ato de cortar-se repetidas vezes mediante aos transbordamentos pulsionais no corpo, nos faz entender que a automutilação pode ser considerada como uma descarga da pulsão e de tensão através da dor.

Contudo, a clínica psicanalítica é a clínica da fala, da interrogação e do reposicionamento subjetivo. O sujeito que se apresenta na clínica, adoecido e com sua dor é, antes de tudo, um sujeito em sua singularidade. Dessa forma,

inicialmente, o trabalho é para que ele possa falar, como condição de escuta e remanejamento de efeitos oriundo de seu sofrimento, possibilitando-o a construção de novas saídas, novos caminhos.

A automutilação continua sendo uma área desafiadora, que requer muita investigação e estudos a respeito, em função do crescente número de adolescentes que cortam o próprio corpo na atualidade.

Nesse mesmo sentido, entendemos que a automutilação surge na tentativa do indivíduo de romper determinado sofrimento e redefinir sua existência. O rompimento na pele ocorre como “gritos silenciosos” em que o corpo fala e significa em detrimento do silêncio verbal.

Muitas são as hipóteses acerca da prática da automutilação, é possível que toda automutilação seja uma prática ou uma ferramenta para o sujeito que se corta? Qual o estatuto desse corte que para uns é para ser visto e para outros não? Questionamentos que se fazem necessários quando nos deparamos com diversos tipos de cortes, uns mais superficiais, outros com certa profundidade ocasionando sangramentos, cortes que são expostos e outros não, na tentativa da não exposição ao olhar do outro. Mediante a complexidade da automutilação e por ser singular, cabe a nós profissionais da área da saúde pensarmos a automutilação como estatutos diferentes.

Sendo assim, fazem-se necessários estudos que investiguem ainda mais as causas que contribuem para a escolha desta prática. Também se fazem necessários estudos que contribuam para o levantamento de dados sobre o índice de adolescentes que se automutilam no Brasil, uma vez que esse comportamento tem ocorrido como manifestação de grave sofrimento e/ou patologias, bem como pela necessidade de entendermos como esses seres humanos têm respondido de forma única e particular a diversos fatores estressores e compreendermos as formas utilizadas por estes sujeitos de estabelecer laços sociais na contemporaneidade.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5**: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARAÚJO, Juliana Falcão Barbosa de *et al.* O corpo na dor: automutilação, masoquismo e pulsão. **Estilos da Clínica**. Brasil, v. 21, n. 2, p. 497-515, ago. 2016. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/estic/article/view/131020/127461>>. Acesso em: 16 dez. 2017.

ARCOVERDE, R. L.; SOARES, L. L. C. Funções neurológicas associadas a condutas autolesivas: revisão integrativa de literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 25, n. 2. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v25n2/a11v25n2.pdf>>. Acesso em: 16 dez.2017

BETTS, Jaime. About Getting Better. In: PEREIRA, Robson (Org.). **Sargento Pimenta Forever**. Porto Alegre: Libretos, 2007.

BIZRI, Zaíra Rocha El; AZEVEDO, Marcia Maria dos Anjos. *Self Cutting*: uma visão psicanalítica sobre os transbordamentos pulsionais no corpo. Juiz de Fora: **VIII Congresso de Psicologia da Zona da Mata e Vertentes, Encontro Juizforano de Psicologia**, 2015. Disponível em: < <http://www.ajepsi.com.br/revista/publicacao/self-cutting-uma-visao-psicanalitica-sobre-os-transbordamentos-pulsionais>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

BORGES, C. N. L. O. **A Flor da pele**: algumas reflexões a propósito de um estudo de caso sobre autolesão. Dissertação Mestrado. Lisboa: Instituto Universitário de Psicologia Aplicada, 2012. Disponível em: <<http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2282/1/14892.pdf>>. Acesso em: 16 dez. 2017.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 6. ed. Brasília: Senado Federal, 1990. Disponível em: <<https://www.faneesp.edu.br>>. Acesso em 15 nov. 2017.

CALLIGARIS, Contardo. **A adolescência**. São Paulo: Publifolha, 2000.

CARISSIMI, A. C. **O enigma da adolescência e automutilações na dança da vida**. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Intervenção Psicanalítica na Clínica de Crianças e Adolescentes. Porto Alegre: Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2017. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/168631/001046581.pdf?sequenc e=1>>. Acesso em: 17 dez. 2017.

DAMOUS, Issa; KLAUTAU, Perla. Marcas do infantil na adolescência: automutilação como atualização de traumas precoces. Rio de Janeiro: **Tempo psicanalítico**, v. 48, n. 2, p. 95-113, dez. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382016000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 18 dez. 2017.

Drummond, M. & Drummond Filho, H. **Drogas: a busca de respostas**. São Paulo: Loyola, 1998.

FERREIRA, Josani Campos. **Mensagens sobre Escarificações na Internet: Um Estudo Psicanalítico**. Dissertação Apresentada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia no Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade de Maringá, 2014. Disponível em: <<http://www.ppi.uem.br/arquivos-para-links/teses-e-dissertacoes/2014/josani>>. Acesso em 15 nov. 2017.

FREUD, Sigmund. **Standard Edition das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1969.

_____. Além do Princípio do Prazer [1920]. v.3, p.213-272. Vol. XVIII. In: FREUD, Sigmund. **Standard Edition das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1969.

_____. Ansiedade e Vida Instintual (in Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise, vol. XXII, p. 132. 1932/1933. In: FREUD, Sigmund. **Standard Edition das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1969.

_____. **O Ego e o Id e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GIUSTI, Jackeline Suzie. **Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo**. Tese de doutorado. São Paulo: USP, 2013. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-03102013-113540/fr.php>>. Acesso em 10 dez. 2017.

JATOBÁ, Maria Manoella Verde. **O ato de escarificar o corpo na adolescência: uma abordagem psicanalítica**. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2010.

LE BRETON, D. Escarificações na adolescência: uma abordagem antropológica. In: **Horizontes Antropológicos**. Porto Alegre, ano 16, n.33, pp.25-40, Jan./Jun.2010.

MESQUITA, Cristina. RIBEIRO, Fátima. MENDONÇA, Liliâne. MAIA, Ângela. Relações familiares, humor deprimido e comportamentos autodestrutivos em adolescentes. Lisboa: **Revista de psicologia da criança e do adolescente**. N. 3, p. 97-109, 2011. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11067/115>> . Acesso em 18 dez. 2017.

MILLER, J. A. Em direção à adolescência. **Intervenção de encerramento da 3ª Jornada do Instituto da Criança**, 2015. Disponível em: <<http://minascomlacan.com.br/publicacoes/em-direcao-a-adolescencia/>>. Acesso em 10 nov. 2017.

NASIO, J. D. **A dor física**. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

NOVAES, J. V. A automutilação e a Dimensão da Alteridade In: **Que corpo é esse que anda sempre comigo: corpo, imagem e sofrimento psíquico**. Curitiba: Appris

Editora, 2016, v.1, p. 99-110.

PONTALIS, J. **Entre o sonho e a dor**. São Paulo: Ideias e Letras, 2005.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio dos. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicol. estud. [online]**. 2007, vol.12, n.2, pp.247-256. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722007000200005>>. Acesso em 15 dez. 2017.

RAPPAPORT, Clara Regina. **Adolescência**: abordagem psicanalítica. São Paulo: EPU, 1993.

ROMANELLI, G. **Famílias de classes populares**: socialização e identidade masculina. Cadernos de Pesquisa NEP, 1-2, 25-34, 1997.

ROUDINESCO, Elisabeth. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. Cultos e enigmas do corpo na história. In: STREY, Iene Neves; CABEDA, Sonia T. Lisboa (Orgs.). **Corpos e subjetividades em exercício interdisciplinar**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.