

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
Curso de Especialização em Saúde do Adolescente

**BULIMIA E DEVASTAÇÃO:
UMA CLÍNICA DO FEMININO**

Maria Bernadete Reis Campolina

Belo Horizonte
2014

Maria Bernadete Reis Campolina

**BULIMIA E DEVASTAÇÃO:
UMA CLÍNICA DO FEMININO**

Monografia apresentada a Faculdade de
Medicina – UFMG, como requisito parcial
para a obtenção do título de especialista em
Saúde da Criança e do Adolescente

Orientador: Prof. Dr. Roberto Assis Ferreira

FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA SAÚDE

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Professor Jaime Arturo Ramires

Vice Reitora: Professora Sandra Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Professor Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

Pró-Reitor de Pesquisa: Professora Adelina Martha dos Reis

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor da Faculdade de Medicina: Professor Francisco José Penna

Vice-Diretor Faculdade de Medicina: Professor Tarcizo Afonso Nunes

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha

Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação: Profa. Teresa Cristina de Abreu Ferrari

Chefe do Departamento de Pediatria: Professora Benigna Maria de Oliveira

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - SAÚDE DA
CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

Coordenadora: Professora Ana Cristina Simões e Silva

Subcoordenador: Professor Eduardo Araújo Oliveira

COLEGIADO

Ana Cristina Simões e Silva - Titular

Benigna Maria de Oliveira - Suplente

Eduardo Araújo de Oliveira - Titular

Sérgio Veloso Brant Pinheiro - Suplente

Alexandre Rodrigues Ferreira - Titular

Débora Marques de Miranda - Suplente

Jorge Andrade Pinto - Titular

Helena Maria Gonçalves Becker - Suplente

Ivani Novato Silva - Titular

Juliana Gurgel - Suplente

Marcos José Burle de Aguiar - Titular

Roberta Maia de Castro Romanelli - Suplente

Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana - Titular

Cláudia Regina Lindgren - Suplente



ATA DA DEFESA DA MONOGRAFIA DA ALUNA MARIA BERNADETE REIS CAMPOLINA

Realizou-se, no dia 14 de março de 2014, às 16:30 horas, Auditório Amilcar Vianna, Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de monografia, intitulada *Bulimia e Devastação: uma clínica do feminino*, apresentada por MARIA BERNADETE REIS CAMPOLINA, número de registro 2012664770, graduada no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do certificado de Especialista em SAÚDE DO ADOLESCENTE, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Roberto Assis Ferreira - Orientador (UFMG), Prof(a). Henrique Oswaldo da Gama Torres (UFMG), Prof(a). Lilany Vieira Pacheco (EBP).

A Comissão considerou a monografia:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 14 de março de 2014.

Prof(a). Roberto Assis Ferreira (Doutor)

Prof(a). Henrique Oswaldo da Gama Torres (Doutor)

Prof(a). Lilany Vieira Pacheco (Doutora)

Para Lorenzo com carinho

AGRADECIMENTOS

Agradeço:

- a todos os professores e colegas com quem dividi o período de estudos nessa especialização, em particular, a meu orientador o Prof. Dr. Roberto Assis Ferreira, pela sua dedicação e apoio constante e à Profa. Dra. Cristiane de Freitas Cunha, por ter me acolhido com atenção e carinho.
- a Lilany Vieira Pacheco pelas sessões de supervisão e pela leitura de versões anteriores deste trabalho.
- a Mônica Froes Schettino Motta por ter colocado à minha disposição muitos dos textos sobre o meu tema de pesquisa.
- a Solange de Mello Miranda que me mostrou muitos caminhos no trabalho com grupos de adolescentes.

RESUMO

Por meio da teoria psicanalítica, sobretudo os textos de Freud (1969[1915], (1969[1919], 1969[1925], 1969[1931],1969[1932]; Lacan (2003[2001], 2008[1975]; Miller (1998), esta monografia analisa um caso clínico de uma paciente, de 27 anos, atendida em consultório, com sintomas bulímicos. Através de fragmentos do caso, mostramos que os sintomas bulímicos fazem parte de um conjunto mais amplo de sintomas que se associa ao fenômeno da devastação, inerente à mulher, mas que, no caso analisado, faz com que a paciente se apegue aos sintomas bulímicos de maneira a encobrir o fato de a metáfora paterna não ter sido inserida.

Palavras-chave: bulimia, devastação, teoria psicanalítica, psicose, sexualidade feminilidade.

ABSTRACT

Through the psychoanalytical theory, especially Freud's texts (1969[1915], (1969[1919], 1969[1925], 1969 [1931] 1969[1932]; Lacan (2003[2001], 2008[1975]; Miller (1998), this monograph analyses the clinical case of a 27 year-old patient, attended to at an office with bulimic symptoms. Through fragments of the case we will demonstrate that these bulimic symptoms are part of a larger set of symptoms which are associated to the devastation phenomenon inherent to women. In the mentioned case, it makes the patient be attached to the bulimic symptoms so as to cover the fact of the fatherly metaphor not having been inserted.

Keywords: bulimia, devastation, psychoanalytical theory, psychosis, feminine sexuality.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. HIPÓTESE	9
3. OBJETIVOS	10
4. METODOLOGIA: O QUADRO TEÓRICO	10
4.1. A definição de bulimia e a contribuição de Freud	10
4.2. Sexualidade Feminina e Devastação	15
5. FRAGMENTOS DO CASO CLÍNICO	18
6. COMENTÁRIOS DO CASO CLÍNICO DE ACORDO COM A TEORIA EXPOSTA	25
7. COMENTÁRIOS FINAIS	30
8. REFERÊNCIAS	30

1. INTRODUÇÃO

Pretende-se, nesta monografia, propor uma análise psicanalítica de uma paciente de 27 anos que apresenta sintomas bulímicos e é atendida por mim em consultório. Ela é nomeada ficticiamente de Ana. Com essa análise, visamos a explicitar o papel da devastação que supomos estar subjacente aos sintomas bulímicos detectados na clínica das adolescentes e jovens adultas.

Essa monografia se justifica devido ao desejo e a necessidade de ampliar nosso conhecimento para um tratamento mais efetivo dos casos de bulimia com os quais me deparo com frequência na prática clínica. Além disso, gostaríamos de refletir sobre as possibilidades e limites da psicanálise em relação aos casos de bulimia.

A hipótese que exploramos nesta monografia está apresentada na seção 2 e na seção 3, aparecem os objetivos deste trabalho. Na seção 4, discorreremos sobre o quadro teórico que utilizaremos neste trabalho, ou seja, trata-se da teoria psicanalítica de acordo com as seguintes referências principais: Freud (1969[1915], (1969 [1919], 1969 [1925], 1969 [1931],1969 [1932]; Lacan (1999[1998], (2003 [2001], 2008 [1975]; Miller (1998); Ferreira (2011) , (2013); Alvarenga (2002) e Kaufmanner (1999). São apresentados, na seção 5, fragmentos colhidos nos atendimentos da paciente. A partir desse relato, formularemos a questão central do caso clínico que merecerá nossa análise na seção 6. Como se verá, basearemos nossa abordagem no conceito de *devastação*. Por fim, apresentamos nossos comentários finais na seção 7.

2. HIPÓTESE

Por meio da análise de um caso clínico, da paciente Ana, pretendo discutir a hipótese da centralidade da devastação na determinação da formação psíquica da paciente, tendo como uma das consequências os sintomas bulímicos.

seja, após um período de restrição alimentar; o que faz pensar numa relação entre as duas patologias como detalhamos a seguir.

Segundo Ferreira (2011, p. 4), tentando “fazer uma tipologia, as anoréxicas são obstinadas, organizadas, estudiosas, falam muito pouco e são orgulhosas de seu sintoma. Já as bulímicas são desorganizadas, queixosas, fazem transgressões sociais com frequência, envergonham-se e ocultam seus sintomas, sobretudo os vômitos e os episódios de compulsão alimentar”. É comum a bulimia se iniciar após um período de anorexia, o que sugere a idéia de que a bulímica é uma anoréxica mal sucedida, isto é, a anorexia e a bulimia são as duas faces da mesma moeda; a anorexia representa o ideal e a bulimia o fracasso desse ideal. A bulímica idealiza e preferiria ser anoréxica. Assim como a anoréxica, a bulímica é marcada pelo excesso de preocupação com o corpo e comida; geralmente perderam a noção de percepção de imagem corporal e buscam emagrecer incessantemente, sentindo um medo enorme de engordar.

A descrição do quadro bulimico é antiga, datando da antiguidade grega. De acordo com Ferreira *et alii* (2013, p. 3), “nos anos 1980 e 1990, há o reconhecimento da bulimia pelo DSM IV, com predomínio das práticas purgativas, com ampla difusão sócio-econômica e geográfica”.

Constata-se que a bulimia vem se ampliando a cada dia em nossa sociedade contemporânea devido a uma demanda exagerada que visa ao culto desenfreado do corpo e a obsessão pela magreza, no qual o corpo é transformado em um dos mais belos objetos de consumo. Por outro lado, a bulimia é mais frequente nas mulheres que nos homens. Segundo Ferreira *et alii* (2013, p. 4), a proporção entre homens e mulheres é de 1:15 a 1:20.

No que se refere às conseqüências físicas e clínicas das práticas bulímicas, devido, sobretudo, às práticas de auto-indução dos vômitos, é, às vezes, possível observar: hipertrofia das parótidas, erosão do esmalte dentário e calosidade no dorso das mãos. Algumas alterações de sódio, cálcio, potássio, alcalose metabólica e elevação da amilase sérica podem também ser conectadas por meio de exames

laboratoriais, devido ao uso de laxantes, diuréticos e da intensidade das práticas de vômitos.

É de crucial importância diferenciar um diagnóstico de bulimia/anorexia, de uma doença orgânica (obesidades, diabetes, doenças endócrinas, etc.), como também de um quadro psiquiátrico, como, por exemplo, de uma paranóia ou de uma esquizofrenia.

De acordo com Ferreira (2011, p. 5),

no NIAB, serviço especializado para tratar de bulimia e anorexia no Hospital das Clínicas de Belo Horizonte, que nos serve de guia, usa-se uma máxima como diretriz do tratamento: *não se trata disso!* Não se trata de anorexia e não se trata de bulimia. Cuida-se de pacientes com quadros de anorexia e bulimia, mas considerando-se a sua singularidade de caso a caso.

Geralmente, esses pacientes não se consideram doentes e acreditam que os médicos querem engordá-los e quem normalmente os levam para tratar são os familiares. Uma paciente com um quadro de bulimia e anorexia dificilmente procurará tratamento. Portanto, é de suma importância que o profissional, ao atender esse paciente, o implique com o seu sintoma. É fundamental o paciente construir uma relação de confiança com seu psicoterapeuta e com os médicos que o tratam. A família necessita de participar do tratamento e compreender que a questão principal não é o transtorno alimentar e sim que a doença é psíquica. O tratamento psicoterápico deve assim ser estabelecido desde o início, mesmo sendo necessário acompanhamento clínico e psiquiátrico.

No que concerne à interpretação teórica da patologia, vejamos o que propõe Freud a respeito do nosso tema. Ao descrever a ansiedade associada com a bulimia, Freud (1969, p. 96) afirma que, “embora fique latente a maior parte do tempo no que concerne à consciência, está constantemente à espreita e tem outros meios de se expressar”, podendo ser representada por queixas como, por exemplo, “espasmos do coração”, “dificuldade de respirar”, “inundações de suor”, “fome devoradora”, etc. Além disso, em sua descrição, o sentimento de angústia frequentemente recua para o segundo plano ou é mencionado de modo bastante irreconhecível como um “sentir mal”, “não estar á vontade”, e assim por diante.

Freud (1969, p. 97-100), aborda ainda os "acessos de fome devoradora", acompanhados frequentemente de vertigens, que estão entre os sintomas da neurose de angústia. Para ele, alguns outros sintomas da neurose de angústia tais como, a inclinação ao vômito, a náusea juntamente com fome devoradora e congestões, podem provocar um ataque de angústia chamado de rudimentar.

Investigando o desenvolvimento infantil e as causas desses sintomas, Freud (1969, p. 171) discorre da seguinte maneira:

Quem já viu uma criança saciada recuar do peito e cair no sono, com as faces coradas e um sorriso beatífico, há de dizer a si mesmo que essa imagem persiste também como norma da expressão da satisfação sexual em épocas posteriores da vida. A necessidade de repetir a satisfação sexual dissocia-se então da necessidade de absorção de alimento – uma separação que se torna inevitável quando aparecem os dentes e o alimento já não é exclusivamente ingerido por sucção, mas é também mastigado.

Freud estabelece assim quais são as zonas auto-erógenas e como a criança vai se dando conta delas em seu desenvolvimento. É importante destacar que logo após o nascimento dos dentes, a criança descobre os lábios, o que a levará, mais tarde, a buscar, em outra pessoa, essa mesma parte do corpo, ou seja, os lábios.

Continuando a acompanhar Freud (1969, p. 172), este garante que

persistindo essa significação, tais crianças, uma vez adultas, serão ávidas apreciadoras do beijo, tenderão a beijos perversos ou se forem homens, terão um poderoso motivo para beber e fumar. Caso sobrevenha o recalçamento, porém, sentirão nojo da comida e produzirão vômitos histéricos. Por força da dupla finalidade da zona labial, o recalçamento se estende à pulsão de nutrição. Muitas de minhas pacientes com distúrbios alimentares, globus hystericus, constrição na garganta e vômitos foram na infância, firmes adeptas do chuchar ou sugar.

Como se vê, Freud explicita como as crianças podem agir diante da percepção de seus lábios e o que pode vir acontecer com essas crianças caso surja um recalçamento de forma que a pulsão fique fixada somente à questão da nutrição. Caso isso ocorra, essas crianças, quando adultas, poderão desenvolver distúrbios alimentares, subjacentes a sintomas histéricos.

Amorim e Sant'Anna (2005, p. 82) estão de acordo com Freud ao dizer que

a passagem da comida pela boca foi aos poucos erotizando esse órgão e trazendo como consequência a transformação da função alimentar da comida. Como podemos ver, a inibição não surge de um momento para o outro, ela vai se instalando aos poucos, podendo chegar a um ponto de gravidade extrema em que o sujeito já não consegue mais separar-se da comida, pois a erotização da boca vai corrompendo cada vez mais essa função alimentar, numa exigência de satisfação. Do nosso ponto de vista, talvez esteja aí o fundamento da voracidade no que essa satisfação está a serviço da pulsão de morte.

Freud (1969, p. 92) propõe ainda que

a função da nutrição é com a maior frequência, perturbada por uma falta de inclinação para comer, acarretada por uma retirada da libido. Um aumento do desejo de comer também não constitui coisa incomum. A compulsão para comer é atribuída ao medo de morrer de fome, mas isto é um assunto pouco estudado. O sintoma dos vômitos é conhecido por nós como uma defesa histérica contra o comer. A recusa de comer devido à ansiedade é concomitante de estados psicóticos (delírios de ser envenenado).

A compulsão para comer, portanto, vem dizer que não há só prazer; ela mostra um mais além, ou seja, mostra também o desprazer. Freud vem em nosso apoio ao sustentar que em toda situação de perigo há um estado de excitação concomitante que não pode ser descarregado e é sentida como desprazer, o que ele nomeia de momento “traumático”. Essa situação de perigo, esse momento “traumático”, carregado de angústia neurótica ou de angústia realística, é o que Lacan mais tarde nomeia como real. A tensão que há na compulsão parece ser, portanto, uma defesa contra a angústia.

Para autores contemporâneos, como Brusset *et alii* (2003, p. 8), a “bulimia aparece como a busca de um gozo impossível, um sofrimento, um tormento, uma conduta repetida, fonte de angústia e causa de alienação; o sujeito sente-se obrigado a atos que o tiram de si mesmo”. É a clínica do excesso que mostra que a busca do gozo é diferente e mesmo oposta à da felicidade e mesmo do prazer. É um comer compulsivo no mal-estar, na dor, constituindo-se uma sintomatologia depressiva. Já Couvreur (2003, p. 17), que faz referência a Lasègue (1873), afirma que os “falsos apetites exigentes” são considerados expressão da angústia. A autora descreve os

fatores históricos e contemporâneos da bulimia e afirma-a como uma patologia essencial da adolescência feminina, ao fazer um paralelo entre frigidez e ninfomania.

Por sua vez, Jeammet (2003, p. 112) afirma que “a bulimia reflete as dificuldades que as adolescentes tiveram em suas ligações infantis com os objetos parentais.” O autor classifica a bulimia como “apetência objetal” tida como uma busca incessante do objeto. Nessa eterna busca do objeto, o sujeito tenta assegurar a manutenção de seus limites e de seu poder sobre o objeto. A passagem ao Édipo com conflitos pode gerar falhas narcísicas e dependência objetal que reforçam o movimento de desligamento pulsional e de regressão, apontando a incompletude do sujeito e o eterno desejo de ser cuidado por um pai ideal, totalmente disponível e com poder mágico.

Acrescentamos enfim que a compulsão para comer e a recusa do comer que ocorrem, como se viu, devido à ansiedade e às angústias, estão também associadas ao mal estar social contemporâneo, que nos exige um corpo magro dentro de um padrão estético globalizado no qual o corpo, como dissemos, é transformado em um dos mais belos objetos de consumo. Observamos, ainda, que a anorexia e a bulimia são sintomas que surgem dessa “fraqueza psíquica”, que existe, como vimos, desde a antiguidade e que desafia o discurso da ciência.

Para levar a termo a análise do nosso caso clínico, necessitamos ainda complementar o nosso quadro teórico a partir do conceito lacaniano de devastação, o que será desenvolvido a seguir.

4.2. Sexualidade Feminina e Devastação

Para compreendermos melhor como podem surgir os sintomas bulímicos, e a bulimia em si, é preciso refletir sobre a sexualidade feminina e a devastação. Sobre a questão nomeada de perigo, Freud (1969, p. 86) propõe que “o perigo da castração com seus efeitos devastadores constitui sem dúvida o mais familiar de todos esses perigos”, pois subjacente a esse perigo da castração estão a perda da

mãe como um objeto, a perda do pênis, a perda do amor do objeto. Freud afirma ainda que o perigo de “perder o amor do objeto amado” está relacionado com as características centrais da sexualidade feminina. Vejamos esse tema mais de perto.

Em seus artigos “Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos” (1925), “Sexualidade Feminina” (1931) e “Feminilidade” (1932), Freud sustenta, ao descrever as implicações de uma fase pré-edípica na mulher, que amor e ódio marcam a relação da menina para com a figura materna. Nessa fase, a menina tem a sua mãe como objeto de amor e revela uma sexualidade de caráter inicialmente masculino. Ao perceber que sua mãe é castrada, que ela não possui o falo e que não pode lhe oferecer esse falo, afasta-se da mãe com ressentimento porque o amor dirigido a ela era enquanto um ser fálico. Logo, na premissa freudiana, o processo da feminilidade ocorre através da mãe e é devido ao destino do falo na menina que a menina responsabiliza sua mãe pela falta de pênis e não lhe perdoa por essa desvantagem. Por fim, a ligação afetiva da menina com sua mãe termina em ódio.

Freud propõe, além disso, que a sexualidade feminina deriva da inveja do pênis e que, devido a essa inveja, é possível observar algumas consequências psíquicas: 1) a chamada “catástrofe”, nomeada, na terminologia lacaniana, de “devastação”, que situa a mãe como responsável pela falta da filha e esta vai, a partir daí, gozar disso; 2) “a cicatriz”, isto é, um sentimento de inferioridade por não possuir o pênis, que se torna marca do narcisismo feminino; 3) “o ciúme”, que é considerado a marca de fábrica da fantasia. Em “A criança é espancada” (1919), Freud considera essa fantasia como resíduo da fase fálica. Nessa fase, o sujeito faz uma passagem da relação com a mãe para o pai, como objeto de amor; e 4) “a proibição”, ou seja, a reação contra a masturbação, que abre a via para a sexualidade feminina, devido a metonímia dos objetos femininos.

O tema da feminilidade é também o tema de Lacan no seminário 20. Ele afirma que a mulher está inscrita na lógica fálica, mas que não está totalmente inserida nessa lógica. Partindo dessa questão, Lacan introduz a noção de um gozo não-todo ilimitado, que não está excluído da referência fálica, e explicita que a

mulher não possui um significante que fundamente seu ser, como podemos encontrar do lado do homem, o que impõe uma série de dificuldades para a ascensão à posição feminina.

A base da proposta lacaniana está na visão de Freud (1969, p. 284) quando ele afirma que

o reconhecimento da menina da distinção anatômica entre os sexos força-a a afastar-se da masculinidade e da masturbação masculina, para novas linhas que conduzem ao desenvolvimento da feminilidade. A menina abandona seu desejo de um pênis e coloca em seu lugar o desejo de um filho; com esse fim em vista, toma o seu pai como objeto de amor (a dissolução do complexo de Édipo). A mãe se torna o objeto de seu ciúme.

Freud observa que essa ligação da filha com a mãe está relacionada à etiologia da histeria, ao germe da paranóia pelo temor de ser morta ou devorada pela mãe. Freud (1969, p. 234) sustenta ainda que “a devastação está relacionada ao destino do falo na menina e observa que, na verdade, um certo número de mulheres permanecem detidas em sua ligação original à mãe e nunca alcançam uma verdadeira mudança em direção aos homens”.

Para Lacan (2003, p. 538), a devastação na mulher a leva ao desejo sem limite, o que ela deseja é um amor ilimitado, uma insistência de amor, a um deslumbramento. A mulher concede tudo ao “homem amado”: seu corpo, sua alma, seus bens sem medir nenhuma consequência de seus desejos e atos. Como dissemos, Lacan propõe ainda que o gozo da mulher não está totalmente referido a lógica fálica contrariamente ao gozo do homem que é fálico e limitado. Dando continuidade a essa reflexão, Miller (1998, p. 114) afirma que “em função da estrutura do Não Todo, da relação com o Outro como marcado pela falta, o parceiro-sintoma da mulher torna-se o parceiro da devastação”. Miller (1998, p. 115) adianta ainda que ser devastado é “quando há uma pilhagem que se estende a tudo, que não termina, que não conhece limites, é uma depredação, e é em função dessa estrutura que um homem pode ser o parceiro-devastação de uma mulher para o melhor e para o pior”. Como é isto para o melhor e para o pior? É que a palavra francesa *ravage* (devastação=depredação, ruína) tem a mesma raiz (de *ravir*) da

palavra *ravissement* (arrebatamento). *Ravir* é arrebatado, raptado, transportado por uma força, e é também um termo místico, que conduz a um estado de felicidade extrema; tem, por isso, um valor erotômico. Logo, no horizonte da erotomania pode ocorrer o arrebatamento no melhor dos casos, no pior a devastação. Alvarenga (2003, p. 47) diz que: “tanto o arrebatamento quanto a devastação provêm da falta de um significante para nomear algo para uma mulher”; pois a mulher não possui um significante que fundamente seu ser como podemos encontrar do lado do homem, o que nos leva a pensar, então, que há uma tendência estrutural, nas mulheres para a devastação e/ou arrebatamento. Miller (1998, p. 118) complementa, enfim, a teoria acerca do tema ao propor que “a respeito da posição feminina de amar, pode dizer uma mulher “que ele não me bata não é o que conta, o que conta é que eu seja seu objeto, que eu seja seu parceiro sintoma, se isto me devasta, tanto melhor””. Podemos concluir que uma mulher se dirige ao Outro marcada pela falta; Outro do desejo com uma demanda, insistência infinita de amor tanto na neurose como na psicose.

Vejamos a seguir os fragmentos do caso clínico que serão analisados de acordo com a teoria proposta acima.

5. FRAGMENTOS DO CASO CLÍNICO

Trata-se de uma jovem com 27 anos, que é compulsiva com dinheiro, comida, refrigerantes, doces, malhação, esportes, anfetaminas (sibutramina, ritalina), glifage e suplemento alimentar.

Ela foi ao consultório pela primeira vez com 23 anos, acompanhada de sua mãe. Relatou que foi ao consultório por demanda de sua família, especialmente de sua mãe. Acrescentou que não estava doente, que apenas queria continuar magra, se possível magérrima, que “tem horror de engordar uma grama”. A jovem disse que sua mãe “a incomoda muito, porque a controla o tempo todo... vigia seu corpo” desde sua infância. Comentou que sua mãe lhe fala que ela “sempre foi um elástico

ou melhor uma sanfona, que em uns momentos está só engordando e em outros instantes está emagrecendo demais.”

Em encontros posteriores, a paciente expôs que sua mãe controla todos os banheiros de sua residência, que já retirou os trincos desses, para que possa assim vigiá-la o tempo todo. A razão dessa atitude é que sua mãe “cismou” que ela está sempre vomitando tudo o que come. A jovem informa que “eu sou o que minha mãe quer... ela me domina e me controla o tempo todo... eu sou ela sem por e tirar nada... minha mãe exige que eu faça o que ela deseja... é assim que minha mãe faz com todas as pessoas.” Em seguida, Ana comentou que seu pai “é coronel mas que por incrível que pareça sua mãe é quem parece ser um forte e poderoso coronel”. Expôs que seu pai pouco fala com ela e com suas irmãs devido ao ciúme que sua mãe sente dele. Acrescentou que seu pai não dá ordens, porque sua mãe não acredita que ele seja capaz de colocar limites em suas filhas. Mencionou ainda que seu pai cumpre todas ordens e demandas da mãe: “meu pai é um brinquedinho... bichinho de pelúcia de minha mãe... ela coloca ele onde quer... meu pai vive para os mimos de minha mãe”.

Durante um determinado período de sua análise, Ana mudou da casa dos pais; foi morar sozinha porque não suportou morar com sua mãe. Segundo a paciente, o relacionamento entre elas estava insuportável: “entre tapas, beijos, beliscões e muita baixaria...” Acrescentou que, durante toda a sua vida, as duas se relacionam “entre abandono e grude” porque às vezes sente ódio de sua mãe e se afasta dela, mas que há momentos em que “precisa demais do colo dela”, e que até mesmo fica “enlouquecida de carente”, de “necessidade de mãe como uma criancinha recém-nascida”. Ana fala, em diversas sessões, que também cuida de sua mãe, que é ela quem escolhe a roupa mais adequada para ela “desfilar” em todas as festas que vai e que antes disso acontecer, ou seja, antes dela vestir sua mãe, ela a massageia para que sua mãe possa ficar sempre com a melhor aparência de descansada possível e que sem dúvida sua mãe sempre é a mais bonita de todas mulheres na sociedade.

Ao mudar da casa dos pais, a paciente disse que só iria dar continuidade ao seu processo analítico com sessões de quinze em quinze dias porque estava “cismada” e com certeza de que a analista tem o desejo de controlá-la “como sua mãe sempre fez”. Expôs que, nessa “nova” residência, pretendia permanecer mais tempo em casa para estudar para um dos concursos públicos mais concorridos no Brasil e que é um cargo muito semelhante ao que sua mãe ocupa há mais de vinte anos. Ana comentou, em várias sessões, que não consegue passar nesse concurso, no qual está tentando ser aprovada há anos, e que não se considera bem sucedida em sua profissão e muito menos em sua vida amorosa. Sua profissão, segundo ela, não lhe garante um salário suficiente para bancar seu alto padrão de vida e que o dinheiro vai lhe dar muito poder e prestígio assim como sua mãe cujo poder lhe permite “mandar e conduzir as pessoas a fazerem tudo que ela quer”. Ana fala que sente muita inveja de sua mãe, porque “além de ser uma mulher muito poderosa, ela consome muito e manipula as pessoas por meio de dinheiro”. Para Ana, sua mãe é “perfeita, completa, ganha um salário altíssimo... é também uma artista poderosa pois todas as obras de arte que faz são logo muito bem vendidas.” Em outra sessão, a jovem garante que pôde observar “o sucesso” de sua mãe quando nadava com ela e suas irmãs em uma cachoeira; pois todas as pessoas olhavam para ela devido à sua beleza facial e corporal e que sua pele é “um veludo perfeito”. Confidencia que fica “chocada, perplexa, tonta, transtornada, paralisada com a linda imagem” de sua mãe; é como se ela “tivesse conseguido uma grande parte da beleza do universo”. No entanto, conclui que também sente “muito ódio disso tudo que sinto pela minha mãe e que não consigo parar de pensar... penso nisso todos os dias”. Acrescentou que aos 07 anos uma senhora lhe disse em uma praia: “puxa vida garota, você é uma menina moça! Você tem corpo de moça, tem até peitinhos e que bundinha arrebitada, corpo de moça feita, vai deixar os homens loucos”. Comenta que passou a se ver no espelho como uma moça gigante, tamanho de uma baleia e que quase sempre pensa nisso e nessa senhora que lhe disse isso. Fala que sente ódio dessa mulher, que nem sabe seu nome e que nem sabe em qual estado do Brasil mora. Ana acrescenta que quando se olha no espelho, se afasta imediatamente. Comenta

que se vê como uma baleia e que se lembra dessa mulher que a chamou de menina moça. Explicita enfim que se vê como uma bunda enorme: “meu corpo é uma bunda enorme.”

Em outro momento, a paciente relatou que não consegue ficar sem namorado ou amante e que todos os homens que teve são comprometidos ou casados, que a tratam de maneira parecida como sua mãe a trata; que são pessoas frias, que não declaram que a amam. Expôs que gasta muito dinheiro com o amante atual, que compra presente caríssimos para ele, que dá passagens para o exterior para ele poder viajar com ela, que banca todas as contas de viagem, bares, restaurantes e hotéis. Esclareceu que faz muitas dívidas por causa desse relacionamento e que já fez inúmeras outras dívidas em banco por causa de outros amantes. Considera-se “doente por homem”, que “não suporta viver sem um homem para amar e ser amada”; que “não consegue andar, trabalhar e existir sem uma história de amor.” Expõe que “quando não tem um namorado, come loucamente” e que já tentou se suicidar porque estava só, “sem um homem para olhar, telefonar, falar e transar com ela.” Nesse momento, acrescentou que só acredita “na existência de Deus quando estou ao lado de um homem na cama para ele me devorar”. Para ela, seu amante atual é “um crápula, casado, com muitos filhos” e que a leva a “delírios de loucura quando ele não consegue sair da casa em que mora com a esposa e filhos para encontrar com ela”. Ana afirmou ainda que “quando meu amante está distante de mim ou quando ele está atrasado para encontrar comigo, sinto tão insegura, como estivesse deixando de existir... sinto completamente devorada pela solidão, carência e aí como tudo que vejo pela frente até mesmo as frutas, pães, panetones estragados, cheios de carunchos, bichinhos que estão em cima da geladeira esquecidos por muitos meses”. “Numa certa noite, comi uma baratinha que andava por perto de mim... acreditei que ela era a minha maior rival... a esposa do meu atual amante.”

Atualmente, Ana voltou a morar com os pais porque segundo ela, não estava “suportando a falta do colo” de sua mãe; que, em um instante, “esse colo é repleto de flores calmantes e em outro instante esse colo fica repleto de espinhos”.

Comentou que morar só, sem a presença de sua mãe por perto a estava enlouquecendo. Segundo ela, mudou muito enquanto morou só e que acredita que seu relacionamento com sua mãe vai ser um pouco melhor, que está mais confiante e que “não vai permitir que ela guie sua vida”; que agora utilizará estratégias como ficar o mais calada possível quando estiver ao lado de sua mãe e que vai ter todas suas gavetas e armários com muitas trancas para que sua mãe não veja seus medicamentos, comidas como caixas de biscoitos, chocolates, goiabada e objetos pessoais adquiridas em lojas “sex-shoppings”, utilizadas para realizar suas relações sexuais, ou seja, “objetos para devorar e ser devorada pelo meu amante”. Informou ainda que seu amante estranhou sua volta para casa dos pais porque eles não têm mais um lugar seguro para se encontrarem. Mas os dois continuam se encontrando na casa dos pais aos finais de semana quando eles vão para a fazenda da família. Reconheceu que está se arriscando demais com a decisão de se encontrar com o amante na casa dos pais, mas, segundo ela, “quanto mais a vida me leva a contrariar os valores de minha mãe, mais eu gosto de vivê-los e vivê-los intensamente”.

Recentemente, Ana expôs que sua mãe “só cuida” de sua irmã mais velha que é “psicótica grave”; “fica por conta dela o tempo todo... levando-a ao psiquiatra, psicanalista, terapia ocupacional, fisioterapia, aula de piano... só ela que existe lá em casa para a minha mãe”. “Minha irmã caçula é bem sucedida, está casada, fez mestrado e passou em concursos, a vejo muito pouco porque ela é muito careta... prefiro não falar dela... ela é muito folgada... tem uma vida boa, mas não pede nada para minha mãe... ela é livre é o que parece... sinto invejas e ciúmes demais dela...mas ela é muito chata, caretona... quero dizer só sinto invejas demais dela... ciúmes nunca sinto por qualquer pessoa... nem dos meus amantes que me devoram e eu também os devoro”.

No momento, a paciente está obesa e ingerindo goiabada em demasia. A goiabada, para ela, “tampa um mal que está instalado em sua vida”. Acrescenta que, quando devora goiabada, se sente “aliviada e protegida de algo devorador dentro dela”; que ela não sabe explicar “que demônio é esse”, que “a devora quase sempre”; que é “muito maior que minhas forças e que por isso chego a comer até

mais de um quilo de goiabada de uma vez só”. Para a paciente, “a goiabada é minha cocaína... meu crack...,minha vermelhinha Cica,...marca Cica é minha marca;minha doçura, que é minha companheira desde quando eu ainda era uma *criancinha* ; que me dá sossego até eu chegar ao banheiro e pô-la para fora... mas é isso que me dá alívio para o meu tormento, o mal que me devora... que devora meu intestino... minha cuca... meu sono... minha carência”.

Atualmente, Ana está usando suplementos alimentares que a “ajudam a conseguir energia para praticar corridas e estudar para o concurso público”. Segundo ela, está trabalhando cerca de quatro horas por dia. Pediu, pela primeira vez, para aumentar seu número de sessões de sua análise,o que a fez ir ao consultório três vezes por mês. Garante que está um pouco mais envolvida com seu processo analítico: “quando venho aqui me sinto mais confiante em meus estudos... algo aqui em seu consultório... não sei pode ser as coisas que te falo, me aliviam para que eu consiga estudar”. E continua: “Ah... já vou até prestar outros concursos... não vou ficar só tentando passar no tal concurso que dá muito prestígio e grana como o cargo que a minha mãe ocupa”. “Por outro lado, estou devorando todos alimentos que vejo pela frente; não consigo controlar a minha fome devoradora... como sem parar... depois dou um jeito nisso”.

Na condução do tratamento, é importante mencionar que a paciente, na maior parte do tempo, só ia ao consultório de quinze em quinze dias e sempre repetia “só dou conta de vir aqui assim... não dou conta de ter uma relação muita estreita com psicólogos e analistas... é muito difícil estar falando do meu vazio, da minha vida”.

Havia o temor, segundo Ana, de que a analista pudesse controlá-la como sua mãe sempre fez. Às vezes, trata a analista com falta de limites, noutro momento a trata com respeito exagerado. Quase sempre usa o vaso sanitário do consultório e não dá descarga, deixando urina, fezes como faz na casa de sua mãe. Além disso, procura sujar um pouco o consultório, arrancando cabelos e jogando perto de seu assento; noutros momentos joga restinhos, farelos de biscoitos que estão guardados em seus bolsos no chão. Em momentos como esse, a paciente fixa fortemente o

olhar para a analista e dá gargalhadas, perguntando: “você não se importa quando sujo seu consultório?... me desculpa, mas quase sempre esqueço de dar descarga em seu banheiro... me perdoa isso... é um vício que tenho... me dá uma certa alegria em deixar meu cheirinho e meu rastro por onde vou e permaneço alguns instantes. Isso é meu e ninguém me tira...”

Recentemente, a paciente prestou dois concursos: um deles, menos concorrido, que, segundo ela, não é o seu preferido, e outro, extremamente concorrido, que é o que ela almeja. Ana foi aprovada nos dois concursos, mas foi reprovada nas provas de psicotécnico o que a desclassificou. Comentou com a analista que daqui para frente vai continuar prestando o concurso que almeja, dizendo: “sou capaz de vencer essa empreitada... eu gosto é de ser poderosa... vou vencer... vou ficar famosa no Brasil”. Em seguida, disse: “quando fui reprovada pela primeira vez nesse concurso, saí de Belo Horizonte para uma caminhada ecológica de 150 km. Desta vez, vou sair para caminhar fora do Brasil; vou andar 320 km então vamos nos encontrar somente daqui há dois meses, no final desse ano”. Comenta: “quando faço essas caminhadas, me sinto muito forte, renovada, bonita, alegre, gostosa, algo me diz que eu posso em tudo naquilo que creio... nessas caminhadas sempre encontro alguém para amar e trepar.”

Em seguida, numa aparente alteração de estado de ânimo, a paciente diz que não está suportando essa situação de não passar em concurso e que está quase desmanchando de tão triste e fraca. Acrescenta que tudo em sua vida está péssimo e que os encontros com o amante estão ruins, que este a tem tratado com muita indiferença e descaso. Ana relata ainda que sua mãe não a criticou pelo resultado do concurso, que apenas lhe disse que está muito triste. Comenta que seu pai chorou demais e que sua irmã, que, segundo a paciente, é uma psicótica grave, disse-lhe ironicamente: “pois é... eu, que sou a doidona dessa casa, consegui passar em concurso público, exerci a profissão por dez anos e, agora, estou aposentada por invalidez, com um salário ótimo e garantido todo mês e você está aí nessa pobreza, estudando sem parar, mas não consegue ser aprovada em nada e mesmo assim não abaixa o topete, sua pretensiosa, porca, desorganizada”. Ana sempre falou em suas

sessões de análise que não tolera ficar perto de sua irmã, porque teme ficar doente como ela é e que as duas nunca deram certo para relacionar. Acrescenta que sua irmã quase não se alimenta, toma muito café, ingere muitas bebidas alcoólicas durante o dia e que fuma em demasia. Diz que sua irmã é organizada com seus objetos e com sua higiene e que ela, Ana, sente muita raiva disso tudo porque, além de ser muito desorganizada, às vezes, se sente muito desmotivada em ter cuidados pessoais, o que a leva a usar “quase meio frasco de perfume” quando sai de casa. Acrescenta que tem procurado um perfume com a essência “Cica”, *goiabada Cica*.

O breve relato acima nos permitiu ter uma ideia dos principais momentos dos atendimentos da paciente bem como da história de vida da paciente. Vejamos a seguir o que nos é possível dizer do ponto de vista teórico sobre nosso caso.

6. COMENTÁRIOS DO CASO CLÍNICO DE ACORDO COM A TEORIA EXPOSTA

Tendo como referência o caso clínico resumido acima, propomo-nos agora a fazer alguns comentários de acordo com a teoria da psicanálise exposta anteriormente.

Como pudemos perceber na fala dessa jovem, a comida tem a função de diminuir a dor de existir e de preencher o que podemos nomear de um vazio real, concreto, impossível de recobrir. O episódio de “devoração” de goiabada, exercida de forma compulsiva, ilustra-o muito bem. A doença psíquica da paciente pode assim ser explorada, com muito proveito, a partir desse tipo de episódio. Vejamos mais em detalhes como construir o caso Ana.

Está claro que a relação da paciente com a sua mãe é muito difícil e conturbada. Podemos dizer que sua mãe deve ser vista numa relação devastadora com sua filha. Vejamos a partir do que expomos, como percebemos essa relação no caso descrito.

Para Freud, a relação mãe e filha contém aspectos difíceis de serem decifrados, que resistem à nomeação pela linguagem. São conteúdos presentes em

culturas antigas que dizem respeito à história edipiana, à qual nós não temos acesso por meio da memória, e que determinam, para o sujeito feminino, sua ligação com a mãe. Segundo o autor, (1969,p. 234), “tudo na esfera dessa primeira ligação com a mãe me parecia tão difícil de apreender nas análises – tão esmaecido pelo tempo e tão obscuro e impossível de revivificar – que era como se houvesse sucumbido a um recalque especialmente inexorável”. O conceito utilizado por Freud, com vistas a explicitar o que se passa entre a mãe e a filha, é o de *devastação*. Freud,(1969,p.234), cita que:” a devastação está relacionada ao destino do falo na menina: “[...] na verdade, um certo número de mulheres permanecem detidas em sua ligação original à mãe e nunca alcançam uma verdadeira mudança em direção aos homens”. A descrição que ela faz do passeio à cachoeira com a mãe e as irmãs serve para ilustrar o que Freud propõe, ou seja, como se viu, a paciente idealiza a figura materna a ponto de considerar que ela conseguiu “uma grande parte da beleza do universo”. O fato de a paciente valorizar ao extremo as capacidades profissionais, artísticas e interpessoais de sua mãe também comprova o que acabamos de mostrar. Assim, tudo indica que a paciente está alienada à imagem do corpo da mãe e por consequência alienada ao corpo do(s) amante(s) de sua vida, isto é, há entre ela e a mãe um forte vínculo de sujeição ou alienação e desse mesmo modo, ela se vincula com seu(s) namorado(s). A idealização e a demanda de um amor infinito são componentes esperados nesse processo.

Por outro lado, como se pode ver, a jovem apresenta momentos de profundos sentimentos de afeição e outros instantes de arraigados sentimentos de hostilidade pela sua mãe (“amódio”). A intensidade da relação é também sinal de que mãe e filha estão simbiotizadas. O relato que a paciente faz do papel do pai na família mostra que ele não conseguiu se interpor na relação mãe/filha, resultando a não castração da filha e, conseqüentemente, não houve sexuação; o que quer dizer, que a paciente não teve os meios para se definir em relação a uma escolha objetal distinta. As identificações objetais são todas imaginárias e todo mundo, para ela, é a sua mãe, o que leva Ana a sempre buscar relações devastadoras equivalentes à que tem com a mãe. As relações que ela mantém com os homens mostra o que

acabamos de afirmar de maneira evidente, ou seja, ela sempre se oferece para a devoração.

Ainda que a devastação possa estar presente também na neurose, parece-me que se trata de psicose no nosso caso se levarmos em conta o que nos ensina Lacan,(1999,178) ou seja, a devastação é um dos nomes que ele dá ao fracasso da metáfora paterna. Como ficou claro, a metáfora paterna não foi inserida, não havendo, portanto, a castração. O fato, segundo a paciente, de que seu pai é um homem que não dá ordens atesta, como dissemos, que a função paterna não operou, ou seja, o pai aceita ser cúmplice impotente do gozo da mãe. A isso se deve enfim a não castração da filha que não permite inscrever a diferença dos sexos, isto é, a pulsão não é relançada no circuito fálico, não havendo sexualização.

A fixação oral da paciente chama também a nossa atenção; ela se coloca como coisa a ser devorada, ocupando assim o lugar de objeto. Ela procura um homem para “ser devorada por ele”; como vimos, a devoração tem o poder de localizá-la, permitindo-lhe dispor de um certo tipo de subjetividade, ainda que precária e própria de sua estrutura. Esse estado de fatos é compatível com o que propõe Lacan ao afirmar que a devastação leva a mulher a uma demanda de amor infinito e a uma insistência infinita de amor; trata-se de características feminina porque o gozo do feminino é não todo, ilimitado, isto é, não está totalmente vinculado à lógica fálica. As concessões que ela faz aos seus amantes ilustram bastante bem o que Lacan menciona no texto “Televisão”, sobre a devastação. Segundo esse autor(Lacan,2003,p.538),” a mulher faz concessões completamente sem limites a um homem: de seu corpo, de sua alma, de seus bens”.

Como foi visto na seção anterior, Ana não apenas faz muitas das despesas dos seus amantes, inclusive assumindo dívidas bancárias, como o verbaliza com certa frequência, o que de novo é compatível com o que prevê a teoria. Inclui-se nesse caso também a entrega incondicional de seu corpo – que, aliás, é recíproco – aos seus amantes.

Também Miller, em o “Osso de uma análise” (Miller,1998,p.115) está de acordo em dizer que ser devastado é “quando há uma pilhagem que se estende a

tudo, que não termina, que não conhece limites, e é em função dessa estrutura que um homem pode ser o parceiro-devastação de uma mulher, para o melhor dos casos (arrebatamento), para o pior (devastação)”.

Vem igualmente apoiar nossa análise o fato de a jovem falar que não consegue viver sem um amor, mesmo que seja “um homem sujo, um crápula, um porra louca, um homem casado”. Essa fala da paciente aponta que sua escolha é pelos dejetos, mas pode ser dessa forma que a paciente se salva; seu parceiro pode ser um sintoma suportável para ela, um namorado-sintoma que atenua o impossível de suportar, que é impossível de dizer e nomear.

Trata-se nessa situação de refletir um pouco sobre a questão do manejo da transferência. Utilizando os termos propostos, é relevante considerar que o lugar da analista não é devorar, nem tão pouco permitir ser devorada, o que promove alguns desafios e dificuldades para a paciente e também para a analista. Está claro que a paciente busca uma relação para ser devorada, pois essa posição a localiza, ou seja, seu gozo é ser devorada e devorar, surgindo daí a erotomania mortífera. O lugar da analista deve contrariar a posição da paciente, que é a posição de um gozo infinito. Nas ocasiões em que a paciente joga seus cabelos e restos de biscoitos no chão, a analista pede para ajudá-la a limpar o consultório no final das sessões. Em outro momento, a analista coloca uma placa na porta do banheiro que o interdita.

Por outro lado, observa-se que as identificações da paciente são todas imaginárias e todo mundo é como sua mãe, com quem, como vimos, mantém uma relação de devastação. Logo, sua salvação é pelos dejetos e não pela sublimação. Ana é “devoração”; é “coisa”; está no real. Seu ser não se prende à palavra, e sim a um gozo explícito; um ato; devorar ou ser devorada. Nas palavras de Miller (1996, p. 141), “é importante reconhecer no psicótico um ser de sujeito”; logo a paciente Ana mostra que sua subjetividade se situa na relação dela com o significante *devoração* e suas variações: *devorar* e *ser devorada*. São esses significantes que nos falam da paciente; são seus estatutos. Para Kaufmann (1999:116), “não se deve esquecer que, diante da psicose, o analista se encontra desprovido do instrumento da interpretação, visto que a mesma somente faz sentido diante de um gozo

reprimido”. Então qual é o lugar do analista? Como podemos operar com os psicóticos como nesse caso Ana? Qual(is) perspectiva(s) temos com a análise dos psicóticos? Sabe-se que na transferência na neurose, o Outro (analista) é colocado como SSS (sujeito-suposto-saber) para o analisando; na psicose, o Outro (analista) deve-se colocar como um objeto útil, secretariando o paciente. Por meio de uma atitude silenciosa, com uma escuta ativa, o analista pode favorecer o analisando a nomear e localizar o seu gozo. Essas posturas, juntamente com uma escuta afinada, podem fazer com que a transferência seja construída. Como o analisando não tem acesso à lei que regula o gozo, cabe ao analista impor suas regras e dizer não ao gozo da devoração; não se oferecendo como mais um objeto desse circuito pulsional. Essa atitude do analista se sustenta em Soler (1991: 146).

“a autora propõe um tipo de intervenção que procede do que ela chama ‘orientação do gozo’. Isto significa, por um lado, introduzir um limite ao gozo quando este se faz invasivo e destrutivo, e, por outro lado, sustentar o gozo quando este se abre no sentido de uma realização efetiva do sujeito”.

É importante ainda estarmos atentos ao significante *devoração* que define a paciente. Cabe considerar que, nesse caso, *devorar* é uma resposta que surge no real, uma vez que a paciente nunca se pergunta quem é; que mulher é; a imposição desse significante onipresente parece, portanto, impedir a paciente de se perguntar acerca de si mesma; de tentar saber de si. Ao analista resta se posicionar apenas como testemunha; aquele que não sabe; não compreende e que não goza com o objeto de gozo da paciente.

Diante dessa posição do analista, espera-se que o analisando por meio de sua análise consiga com que sua pulsão ganhe outros destinos, não devorando, comendo tudo, não permitindo ser devastado como antes, fechando assim esse circuito pulsional para que possa escolher algo, objetos mais específicos e dizer não a qualquer coisa; não aceitando qualquer coisa. Observa-se que, atualmente, a paciente tem tido momentos menos conflituosos com sua mãe e tem investido parte de seu tempo com estudo e afirma que vai continuar prestando concursos até conseguir passar e poder ocupar um cargo de prestígio.

Talvez seja esse um caminho pelo qual a paciente consiga reduzir seu gozo mortífero, construindo um eu por meio de um cargo a ocupar, que lhe vai dar amparo e uma condição psíquica menos frágil, o que pode reduzir a aflição de sua situação de vazio, carência e devoração. Esse cargo pode ser uma possibilidade de um “Nome do Pai”, ainda que precário, para Ana conseguir se organizar, criando assim novos destinos às suas pulsões.

7. COMENTÁRIOS FINAIS

Como vimos, a história de vida da paciente informa que seu vínculo com a mãe oferece uma condição de desamparo estrutural, o que colabora para que Ana não consiga se separar dos pais da infância, em particular, da mãe. Pudemos observar também que seu pai se submete ao gozo da mãe e que, diante disso, ele não conseguiu exercer com propriedade a função paterna na relação mãe\filha, resultando daí a não castração de Ana e, conseqüentemente, a impossibilidade de haver sexuação. A paciente se apega ao gozo de maneira a encobrir aquilo que ela não dá conta de simbolizar e também para suprir sua fragilidade psíquica.

Diante da posição do analista, que é apenas testemunha; que não sabe; que não compreende e não goza com o objeto de gozo da paciente, esperamos que a analisanda consiga fazer com que sua pulsão ganhe outros destinos, retificando assim o seu Eu.

8. REFERÊNCIAS

ALVARENGA, E. Devastação na psicose. *Revista dos Institutos Brasileiros de Psicanálise do Campo Freudiano. O sexo e seus furos*, Belo Horizonte, n. 1, p. 44-49, abr. 2002.

ANDRÉ, S. *O que quer uma mulher?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

AMORIM, L.; SANT'ANNA, M. A. M. A passagem ao ato com fracasso das defesas contra a angústia na obesidade. In: *O objeto da angústia*. Rio de Janeiro: Editora 7 Letras, 2005.

- BROUSSE, M-H. Uma dificuldade na análise das mulheres: a devastação da relação com a mãe. In: Miller, J-A. *Ornicar?: De Jacques Lacan a Lewis Carroll*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 203-218, 2004.
- BRUSSET, B.; COUVREUR, C.; FINE, A. (Org.). *A bulimia*. São Paulo: Editora Escuta, 2003.
- BRUSSET, B., COUVREUR, C.; FINE, A. (Org.). *Anorexia e bulimia*. São Paulo: Editora Escuta, 1999.
- BRUNO, C. A. N. B. *Distúrbios alimentares: uma contribuição da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2010.
- COUVREUR, C. Fontes históricas e perspectivas contemporâneas. In: BRUSSET, B.; COUVREUR, C.; FINE, A. (Org.). *A bulimia*. São Paulo: Ed. Escuta, 2003.
- De CLERCQ, F. *Todo o pão do mundo*. Belo Horizonte: Sciptum, 2012.
- DRUMMOND, C. Devastação. In: *Opção Lacaniana on line nova série*, Ano 2, n.6, p.1-14, 2011.
- DUPIM, G.; BESSET, V. L. Devastação: um nome dor de amor. *Opção Lacaniana*, Ano 2, n. 6, , p.1-6, 2011.
- FERREIRA, R. A.; CUNHA, C. de F.; TORRES, H. O. G. Anorexia e bulimia na adolescência. In: LEÃO, E. (Org.). *Pediatria ambulatorial*, 2013. p.475-482.
- FERREIRA, R. A. Anorexia nervosa e bulimia nervosa. Não se trata disso. Comunicação proferida na V Enapol, Rio de Janeiro, 2011.
- FREUD, S. (1969/1895/1894). Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “Neurose de angústia”. In: *Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud*, v. III. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1969a.
- FREUD, S. (1969/1905). Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, v. VII. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1969b.
- FREUD, S. (1969/1915). Conferências Introdutórias sobre Psicanálise. In: *Edição Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, v. XVI. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1969c.
- FREUD, S. (1969/1919). Uma criança é espancada. Uma contribuição ao estudo da origem das perversões sexuais. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, v. XVII. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1969d.
- FREUD, S. (1969/1925). Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, v. XIX. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1969e.
- FREUD, S. (1969/1926). Inibições, sintomas e ansiedade. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, v. XX. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1969f.

- FREUD, S. (1969/1929/1930). O mal-estar na civilização. In: *Edição Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, v. XXI. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1969g.
- FREUD, S. (1969/1931). Sexualidade feminina. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. v. XXI. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1969h.
- FREUD, S. (1969/1916/1917). Feminilidade (Conf. XXXIII). In: Conferências introdutórias sobre psicanálise. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, v. XXII. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1969i.
- GAMA, V. C. da; BASTOS, A. A feminização na psicose: empuxo-à-mulher e erotomania. *Psicologia Clínica*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p.141-156, 2010.
- JEAMMET, Philippe. Desregulações narcísicas e objetais na bulimia. In: BRUSSET, B.; COUVREUR, C.; FINE, A. (Org.). *Anorexia e bulimia*. São Paulo: Editora Escuta, 1999.
- KAUFMANNER, H. A transferência na psicose. *Revista Curinga – Psicanálise e Saúde Mental*. Escola Brasileira de Psicanálise, Belo Horizonte, n. 13, p. 112-117, 1999.
- LACAN, J. *O Seminário, livro 5, as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.
- LACAN, J. *O Seminário, livro 20 mais, ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.
- LACAN, J. Televisão. In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 2003.
- LASÈGUE, Ch. (1873). De l'anorexie hystérique. *Arch. Gén. de Méd.*, 21, 385-403. In: COUVREUR, C. Fontes históricas e perspectivas contemporâneas. In: BRUSSET, B.; COUVREUR, C.; FINE, A. *A bulimia*. São Paulo: Escuta, 2003.
- MEZÊNCIO, M. S. *Clínica psicanalítica das psicoses: o impasse da transferência*. Belo Horizonte: Coopmed, 2011.
- MILLER, J. A. *Matemas I*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.
- MILLER, J. A. O osso de uma análise. Salvador: Biblioteca-Agente, *Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*, 1998.
- MILLER, J. A. Seminário sobre os caminhos da formação dos sintomas. *Opção Lacaniana*, n. 60, p.11-37, 2011.
- MILLER, J. A. *A psicose ordinária*. Belo Horizonte: Scriptum, 2012.
- SOLER, C. *Artigos clínicos*. Salvador: Fator Ed. 1991.