

Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG  
Departamento de Psicologia – FAFICH  
Especialização em Teoria Psicanalítica

Ana Cláudia Ribeiro Miguel

**ANOREXIA NERVOSA**  
Da Apresentação Clínica à Busca de Elucidação pela Psicanálise

Belo Horizonte – MG  
2014

ANA CLÁUDIA RIBEIRO MIGUEL

## **ANOREXIA NERVOSA**

Da Apresentação Clínica à Busca de Elucidação pela Psicanálise

Monografia apresentada no *Curso de Especialização em Teoria Psicanalítica* – CETEP – da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Riva Satovschi Schwartzman

Belo Horizonte – MG  
2014

Dedico esta monografia à paciente S.N., que me colocou a trabalho. À Denyse Flecha, coordenadora da Saúde Mental de Nova Lima e à Rogéria Abalen, gerente do CAPS II, pelo apoio e incentivo. À Riva, pela orientação. Aos professores da Especialização pela sabedoria e inspiração a fazer uma clínica do cuidado. À minha família, que me permite seguir, sem nunca perder meu referencial. Aos meus amigos, que caminham ao meu lado.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>4</b>
<b>1 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>4</b>
<b>2 OBJETIVO.....</b>	<b>5</b>
<b>3 ANOREXIA NERVOSA: ABORDAGEM INICIAL</b>	
3.1 Apresentação Clínica e o Mundo Magro.....	5
3.2 A Imagem Corporal e a Cultura.....	8
3.3 Epidemiologia.....	11
<b>4 ANOREXIA NERVOSA: LEITURAS PSICANALÍTICAS</b>	
4.1 Ecos da Escuta da Anorexia no Texto Freudiano.....	12
4.2 A Relação Mãe – Bebê: Prenúncio de um Possível Desajuste.....	19
4.3 Uma Hipótese Laplancheana: Assimetria na Relação Mãe – Bebê.....	22
4.4 Uma Hipótese de Orientação Lacaniana: Do Nada Comer ao Comer o Nada.....	28
<b>5 ANOREXIA NERVOSA: REFLEXÕES CLÍNICAS</b>	
5.1 Sobre a Transferência e Manejo Clínico.....	33
<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>42</b>

## **INTRODUÇÃO**

A apresentação dos quadros de anorexia no cenário contemporâneo induz à crença de ser uma nova doença que tem no fator cultural sua principal causa, atribuída ao imperativo estético cultuado pelos meios de comunicação. Uma abordagem psicanalítica dessas manifestações sugere que se questione o imediatismo dessas conclusões. Considerando-se que, de fato, atualmente se percebe o aumento da demanda de tratamento de pacientes com sintomas anoréxicos e bulímicos nos mais variados grupos socioeconômicos, em serviços públicos e privados de saúde do Brasil e, também, a crescente presença do assunto na mídia, tornam-se emergenciais a discussão quanto às estratégias de tratamento e o manejo e condução clínica desses casos. (COSTA VAL, 2012).

A gravidade e o sofrimento característicos da anorexia tornam imprescindível o entendimento mais ampliado e sistematizado acerca das suas formas de adoecimento, dos fatores etiológicos – os quais se pressupõem múltiplos – e das possibilidades de intervenção. Convoca, portanto, diversos campos do saber a darem suas contribuições para uma melhor compreensão desses fenômenos, sendo necessário recorrer a uma visão interdisciplinar. Torna-se fundamental entender que, além dos eventos biológicos, estão envolvidos a subjetividade, o meio social e as crenças de cada paciente.

Cada paciente é único naquilo que pretende expressar por meio da manifestação da doença, e é importante, assim, eleger a clínica como ponto de articulação entre estes diversos saberes.

### **1 JUSTIFICATIVA**

Para o presente trabalho, deter-me-ei exclusivamente no estudo da anorexia nervosa, instigada pela vivência clínica no atendimento de uma paciente no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II – do município de Nova Lima. Não terei a pretensão de esgotar o tema proposto, o que, de toda forma, seria inviável devido à extensão de publicações, artigos e teses que versam a respeito do mesmo. Farei a seleção, dentre os achados da pesquisa, daquilo que mais interessa para o estudo em Psicanálise.

## **2 OBJETIVO**

Este trabalho se propõe, portanto, a apresentar e discutir contribuições psicanalíticas que desenvolvem a compreensão da Anorexia Nervosa, enfatizando a importância dos aspectos subjetivos na etiologia e manutenção da doença, além de descrever o fenômeno em seus aspectos clínicos, a relação com a cultura e abordar a história de sua delimitação como síndrome. Uma breve discussão do manejo clínico, fundamentada em uma das teorias estudadas, foi também um dos objetivos do trabalho.

Por sua prevalência de manifestação entre mulheres, este será o grupo central de enfoque aqui. Convoco a Psicanálise a dar suas preciosas contribuições, por acreditar que esse campo do saber tem algo a nos revelar e muito a contribuir na condução clínica desses pacientes. As evidências da psicopatologia da alimentação cotidiana constataam que o comportamento alimentar – originário e essencial desde o nascimento – remete o sujeito à complexidade da relação com o próprio corpo: marca indelével dos efeitos da alteridade (FERNANDES, 2012). Trata-se, portanto, de estudar de que forma tais considerações vão contribuir para os distúrbios do comportamento alimentar.

Não me limitarei a apenas uma corrente teórica, por entender que o tema é fecundo e abre possibilidades de diálogo com várias vertentes – Freud, Laplanche e Lacan.

## **3 ANOREXIA NERVOSA: ABORDAGEM INICIAL**

### **3.1 Apresentação Clínica e o Mundo Magro**

Atualmente, a Anorexia Nervosa é uma síndrome psiquiátrica estabelecida no Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais IV Revisado (DSM IV-TR), no grupo dos Transtornos Alimentares (TA). De acordo com esse manual, tanto a anorexia quanto a bulimia compartilham uma distorção grosseira da imagem e o desconforto com a forma e o peso corporal. A busca obstinada por uma magreza

idealizada e inatingível leva tais pacientes a adotarem comportamentos alimentares inadequados e, frequentemente bizarros no intuito de perder peso (JORGE, 2002). A Classificação Internacional de Doenças (CID-10) define esse quadro como sendo um transtorno alimentar, pertencente ao grupo das “síndromes comportamentais associadas a distúrbios fisiológicos e fatores físicos” (CID 10: F50 – F59).

A anorexia nervosa é caracterizada pela busca obstinada por manter um peso corporal mínimo, um medo intenso de engordar, distorção da imagem corporal - por haver uma discrepância entre o corpo que se vê diante do espelho e aquele que de fato se apresenta - e alteração no ciclo menstrual, conhecida por amenorreia. A suspensão de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos é exigida para o diagnóstico nas mulheres pós-menarca (JORGE, 2002), tornando, assim, a amenorreia um importante indicador da disfunção fisiológica da anorexia nervosa.

O DSM IV-TR especifica dois subtipos clínicos de anorexia nervosa: o purgativo, em que há episódios de compulsão alimentar e/ou práticas purgativas, e o restritivo, em que esses comportamentos não estão presentes. O subgrupo purgativo, não raro, apresenta histórico pessoal ou familiar de obesidade. Clinicamente, os sintomas da Anorexia Nervosa incluem mialgia, fraqueza, câimbras, letargia ou hiperatividade, intolerância ao frio, dor abdominal e alterações nos padrões dos hábitos intestinais (diarreia ou constipação) e urinários (poliúria ou diminuição da diurese). Ao exame, percebe-se emagrecimento, hálito cetônico, hipotermia, ressecamento de pele e fâneros, lanugo, bradicardia, hipotensão arterial e edema nos membros inferiores. Os vômitos, quando presentes, podem ocasionar hipertrofia das parótidas, erosão do esmalte dentário, escaras e calosidades no dorso da mão. As alterações nos exames complementares habitualmente decorrem da desnutrição, das alterações hormonais e das práticas purgativas. Entre elas incluem-se anemia normocítica, normocrômica, diminuição da função renal, arritmias cardíacas, prolongamento do intervalo QT, desequilíbrios hidroeletrólíticos, redução da triiodotironina (T3) e osteoporose (FERREIRA; CUNHA; TORRES, 2013).

É comum a ocorrência de sintomas depressivos, tais como rebaixamento do humor, isolamento social, irritabilidade e diminuição da libido. Os pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos relacionados aos alimentos, peso e formato

do corpo também podem estar presentes. Vale ressaltar que o diagnóstico de comorbidades psiquiátricas deve ser realizado com cautela para se evitar o excesso de sobreposição de diagnósticos, uma vez que o quadro de Anorexia Nervosa por si só é marcado por relevantes alterações psíquicas (COSTA VAL, 2012).

A preocupação com o peso e formato corporais, nem sempre assumidos pelos pacientes, pode impulsionar diversos rituais de verificação do corpo, os quais incluem pesagens diárias e repetidas em locais diferentes (Farmácias, Postos de Saúde, Clínicas e Hospitais), medições frequentes de determinadas regiões, comparação de sua imagem com terceiros e exposições constantes ao espelho. Tais comportamentos geram autoavaliações e críticas severas a respeito dos resultados encontrados.

O desconforto com a imagem varia de tal forma que alguns se sentem globalmente gordos e outros se mantêm preocupados com determinadas partes do corpo, particularmente abdômen, nádegas e coxas. Apesar de indicações e afirmações em contrário, esses pacientes manifestam a distorção da imagem corporal, sentindo-se e percebendo-se acima do peso que realmente está demonstrado pela balança.

Habitualmente, a perda de peso decorre de uma dieta rígida e restritiva. Não é rara a associação de práticas excessivas de exercícios físicos – hiperatividade – com comportamentos purgativos como autoindução de vômitos, abuso de laxantes, diuréticos, anorexígenos e hormônios tireoidianos.

O medo de engordar domina a vida desses pacientes e, ao invés de ser atenuado com a conquista da perda ponderal, geralmente piora, com imposição de números cada vez mais baixos àqueles encontrados nas balanças. Na medida em que o quadro evolui, evidencia-se certo empobrecimento da vida psíquica, que pode ser verificado tanto pela ausência de repertório não relacionado ao corpo e à nutrição quanto pela perda da espontaneidade social. O pensamento pode se tornar, com a passagem do tempo, mais rígido e inflexível, marcado pela exclusividade e entendimento dados às questões relativas à alimentação, que se reflete inclusive no excesso de conhecimento de assuntos nutricionais, conforme bem colocado por Mônica F. S. Motta (2004, p.7) para designar a anorexia: “Obesa de informação, mas faminta de sentido”.

A circulação desses pacientes fica restrita a determinados ambientes, onde não

se observa tanto o olhar punitivo, tais como academias de ginástica e grupos virtuais. Com o agravamento da doença, percebe-se aumento do isolamento social, promovido pela dificuldade de manter ou estabelecer novos laços afetivos, restringindo a convivência somente a poucos grupos familiares. Em compensação, evidencia-se, hoje, o aumento da permanência em computadores, internet e afins, onde, inclusive, existe uma rede de apoio e incentivo às adolescentes anoréxicas, com a descrição de dietas e regimes e relatos de experiências. Não raro se evidencia também queixas sobre estar sendo vítima de *bullying*, tamanha diferenciação física dos pares escolares.

Pode-se pensar, com isso, que, para além do corpo magro, há uma construção de mundo também magro, no qual as relações sociais ficam cada vez mais restritas e limitadas. De certa forma, conforme o interesse esteja voltado tão somente para as questões relativas à alimentação e imagem corporal, percebe-se, em muitos casos, a falta de perspectiva e planejamento de vida, com aceitação e realização de projetos e desejos vindos do outro, geralmente da mãe.

Apesar de haver a descrição dos sintomas específicos à Anorexia Nervosa, pode-se observar que a clínica mostra que os critérios para diagnóstico não esgotam as diversas características e particularidades presentes nesses quadros. É necessária a escuta desses pacientes naquilo que existe de singular em suas trajetórias de vida, enfatizando seus sofrimentos e o modo muito peculiar de se relacionar com o próprio corpo.

### **3.2 A Imagem Corporal e a Cultura**

A cena midiática, sustentada pela opinião pública, é dominada pelos modelos femininos identificados ao ideal de perfeição, cuja imagem corporal está centralizada no corpo magro. Apresenta-se, assim, como um fator predisponente para o desenvolvimento dos sintomas da anorexia. De acordo com Maria Helena Fernandes (2012, p.58), os achados epidemiológicos apontam a direção de uma concepção dos transtornos alimentares como “síndromes ligadas à cultura”, particularmente à ocidental. Com isso, há o entendimento de que a pressão cultural para emagrecer, conjuntamente com fatores biológicos e psicológicos, seria fundamental para a etiologia

da anorexia.

Ainda segundo essa autora, a homogeneização da cultura promovida pelo processo de ocidentalização do mundo por meio da globalização, dada particularmente por meio do acesso fácil aos meios de comunicação, evidencia aquilo que os transtornos alimentares vêm denunciar: o mal-estar.

No entanto, a afirmação de que as causas da anorexia estão relacionadas predominantemente – ou até com exclusividade – a fatores culturais deve ser relativizada. Seria relevante salientar que esse aspecto é mais importante como mantenedor da doença. Isso se justifica, principalmente, pela ocorrência de casos de anorexia nervosa em outras culturas e épocas anteriores que não evidenciavam o medo de engordar, ou seja, a magreza nem sempre foi um ideal almejado como acontece atualmente na cultura ocidental a partir da década de 1960 (FERNANDES, 2012).

Para corroborar essa afirmação, na literatura teológica dos séculos V ao XVI aparece a descrição das jovens jejuadoras que mantinham severas restrições alimentares encorajadas pela Igreja como forma de contato com o Sublime e comunhão com Deus – a conhecida Anorexia Santa. De acordo com essa autora

Particularmente entre os anos 1200 e 1500 muitas mulheres que praticavam jejuns prolongados eram consideradas santas ou milagrosas por conseguirem sobreviver apesar do estado de inanição que se encontravam após esses jejuns (p. 70).

Conforme exposto, na Idade Média, o jejum era interpretado como motivação religiosa, por meio do qual se objetivava alcançar elevação espiritual. Porém, após a Inquisição – período em que a autonomia religiosa das mulheres passou a ser encarada como heresia –, o jejum foi considerado uma forma de possessão demoníaca, ocorrendo, com isso, o declínio dos casos de Anorexia Santa. Entre vários casos ocorridos à época, dois se tornaram emblemáticos na história da Igreja: Clara de Assis e Catarina de Siena.

Clara de Assis nasceu na Itália, em 1193 e faleceu em 1253. Pertencia a uma nobre família, contra a qual enfrentou forte oposição ao recusar um casamento

arranjado por seu pai. Abandonou o lar aos dezoito anos para seguir Jesus radicalmente. Por influência de São Francisco de Assis, viveu na prática da mais estrita pobreza. Nessa lógica de despojamento dos bens materiais, Clara de Assis também se despojou do corpo ao jejuar para entrar em comunhão com Jesus.

O jejum também tinha um importante papel social como reação às estruturas patriarcais dominantes no mundo medieval e às imposições da época. Catarina de Siena também nasceu na Itália, em 1347, e faleceu em 1380. Aos 7 anos, consagrou sua virgindade à Virgem Maria, após uma visão de Jesus. Havia a pretensão dos pais, burgueses comerciantes, de casá-la com o marido da irmã, vítima de complicações no parto. Ao recusar tal predestinação, sofreu rigorosos castigos impostos pela mãe. Anos mais tarde, teria recebido outra visão em que Cristo teria solicitado o trabalho pela paz e demonstração a todos de que uma mulher fraca pode envergonhar o orgulho dos fortes, reforçando a prática do jejum.

As questões relacionadas à cultura ocupam, de fato, lugar crucial no desencadeamento e favorecimento dos transtornos alimentares, assim como em suas evoluções. Pode-se afirmar, então, que existe uma correlação entre o aumento do número de casos de anorexia atrelado à cultura – fato que pode ser evidenciado pelo número de casos no Ocidente. Porém, essa doença não mantém exclusividade com a contemporaneidade.

Na literatura médica atual, predomina a ideia de que os transtornos alimentares apresentam etiologia multifatorial, ou seja, são determinados por diversos fatores que interagem de forma complexa em um determinado sujeito. Existem muitas variáveis e fatores de risco que determinam o aparecimento da doença. Envolve predisposições biológicas, psicológicas e familiares.

Nem sempre a anorexia teve esse entendimento global sobre sua etiologia. Houve uma evolução histórica e um longo percurso no entendimento da sintomatologia e dos fatores descritivos e etiológicos. Segundo Maria Helena Fernandes (2012), é somente em 1669, com J. Reynolds, que a anorexia começa a ganhar contornos clínicos. Em 1694, Richard Morton descreve uma síndrome de atrofia nervosa baseada

na perda do apetite, amenorreia e emagrecimento importante. Já Naudeau, em 1789, menciona como principal traço da doença uma intensa repulsa pelos alimentos. Na Inglaterra, em 1868, e na França, em 1873, surgem as relevantes considerações clínicas e psicológicas feitas por Willian Gull e Lasègue, respectivamente. Este último instaura um marco decisivo na história do conhecimento psicopatológico da anorexia, ao descrevê-la com fina precisão em termos clínicos e manejo do tratamento, aos quais vigoram até os dias atuais. Pinel, em 1813, já discute os sintomas da anorexia como expressão social e cultural, situando sua prática no contexto de uma época, agrupando-os sob o nome de neuroses das funções nutritivas (FUCKS; CAMPOS, 2010). Pierre Janet, em 1908, ao descrever um caso clínico, coloca a problemática da sexualidade como desejo de erradicar o sexo por meio da aniquilação do corpo. Assim como Lasègue, Jean-Martin Charcot estava convicto de ser a anorexia um sintoma histérico, inaugurando o método de isolamento terapêutico dessas jovens sob os cuidados de religiosas, já acostumadas com as restrições alimentares, conforme visto anteriormente.

Freud também contribuiu para o estudo da anorexia. Sua contribuição será discutida em capítulo abaixo. Cabe ressaltar, aqui, que somente a partir da década de 50, o interesse dos psicanalistas voltou-se para as vicissitudes da relação mãe-bebê e sua possível relação com as perturbações da imagem corporal como prováveis causas para o desencadeamento da anorexia.

Não obstante, não podemos esquecer que, além do discurso social, existe um sujeito responsável por essa escolha sintomática, o que torna relevante a investigação das particularidades do caso e tudo que o envolve, especialmente a sexualidade feminina. Nesse sentido, a clínica da anorexia é fecunda pelos desafios que impõe, não apenas ao saber, mas, sobretudo, ao fazer psicanalítico.

### **3.3 Epidemiologia**

O quadro típico da anorexia acomete jovens saudáveis, com prevalência geralmente no sexo feminino, de raça branca e pertencentes às camadas mais favorecidas da sociedade ocidental (FERNANDES, 2012). Embora a anorexia possa ter início bastante precoce, entre 7 e 12 anos, em geral ela aparece entre os 12 e 25

anos. A anorexia também acomete meninos, em período pré-pubertário, em torno dos 10 ou 12 anos. Essa afirmação é corroborada por Roberto Assis Ferreira (2003), ao apontar que a anorexia acomete mais frequentemente o sexo feminino, sendo raras – 10 a 20 vezes menos frequente – as manifestações no sexo oposto. Ocorre, frequentemente, nos primeiros anos da puberdade.

Em geral, podem-se identificar algumas características comuns de personalidade manifestadas pelas anoréxicas. “[...] são obstinadas, organizadas, falam muito pouco, costumam se orgulhar do seu sintoma” (FERREIRA, 2003, p. 58). Outros autores colocam também a questão do perfeccionismo e da expectativa de corresponder às idealizações parentais. De acordo com Marilena Chaves Garcia (1991, p.102) “[...] são adolescentes bastante inteligentes, bem comportadas, alunas aplicadas e que estabelecem para si elevados padrões de perfeição”.

As estatísticas sobre a prevalência de transtornos alimentares não são precisas, mas há evidências na clínica do aumento de sua incidência no Brasil. Ainda segundo Roberto Assis Ferreira (2003), a anorexia é rara na Ásia, nos países árabes e na África, onde o culto ao corpo magro parece ser menor. Nos Estados Unidos e na Europa, houve um aumento dos casos em 10 vezes, na década de 1950 a 1980. Apresenta-se na proporção de 1% em jovens de classe média e 4% em bailarinas e modelos profissionais.

Outros textos médicos relacionam algumas das possíveis causas e fatores aos quais se atribuem o aumento dessa incidência dos casos de anorexia, sendo os principais: contexto sociocultural e familiar, características individuais, predisposição genética e ocorrência de um evento traumático.

As estatísticas de cronificação e óbitos são muito variáveis, a depender de múltiplos fatores, como assistência clínica, estado nutricional, apoio familiar, nível de entendimento e aceitação da doença. “[...] chega-se a falar em 2 a 20% de óbitos e 30% de cronificação” (FERREIRA, 2003, p. 59).

## **4 ANOREXIA NERVOSA: LEITURAS PSICANALÍTICAS**

### **4.1 Ecos da Escuta da Anorexia no Texto Freudiano**

Apesar de não ter se dedicado à escrita de um caso clínico específico sobre a anorexia, Freud registrou em alguns relatos de caso a sintomatologia característica ou fez referência a esta doença. Pode-se observar que a escuta de Freud, desde os primeiros casos de Histeria, já detectava a importância de certas variações do comportamento alimentar nas expressões do sofrimento psíquico, conforme veremos pelos casos elucidados pela teoria traumática das neuroses. Também, ao longo de sua obra, algumas hipóteses metapsicológicas foram trabalhadas no caminho de esclarecer esse sofrimento, como a associação das manifestações anoréxicas à melancolia e a formação de compromisso entre a realização de desejo e os agentes recaladores na determinação de vômitos histéricos. Ainda, tendo como base as contribuições de Freud, cabe discutir as marcas da pulsão de morte na expressão clínica da anorexia.

O primeiro texto freudiano em que algo relativo a um transtorno alimentar aparece é em “Um caso de cura pelo hipnotismo” (FREUD, [1892-93]), Nele, é relatada a história clínica de uma mulher que apresentava episódios de anorexia após o parto do primeiro filho e dos dois outros posteriores. Somada às dificuldades de amamentação houve a existência de episódios bulímicos e recusa alimentar. Freud teria diagnosticado o caso como sendo uma “Histeria ocasional” (Idem, p. 165), ao relatar que se tratava de um mecanismo agudo característico da histeria. Coloca, ainda, que a amamentação no seio foi impedida por influências neuróticas. O caso teve um desfecho favorável pela intervenção da hipnose.

Ainda nesse texto, Freud menciona o caso de Frau Emmy von N., o qual será resgatado em outro momento da sua obra. Emmy teria procurado tratamento para curar-se de um tique – estalo feito com a língua – iniciado muito tempo antes do encontro com Freud e, sob hipnose, foi revelado que dois episódios marcantes tiveram influência para o seu surgimento. Freud nos dá a explicação ao colocar a ideia antitética como uma “contravontade” (Idem, p.164). Sendo um dos mecanismos característicos da histeria, quando Emmy estaria compelida a executar uma intenção volitiva consciente, ocorreria a invasão de outra ideia – antitética e aflitiva, inibida pelo processo de recalçamento – que conseguiria se atualizar e, mediante a inervação somática, encontraria saída. Esse processo resultaria em verdadeira “perversão da

vontade” (Idem, p.165). Dessa forma, Freud encontraria a explicação para toda a sorte de comportamentos inadequados, que, manifestados pelos pacientes histéricos, são contrários às suas pretensões conscientes.

São os grupos de ideias recalçadas – laboriosamente recalçadas – que entram em ação nesses casos, pela operação de uma espécie de contravontade, quando a pessoa cai vítima de exaustão histérica. (FREUD, 1892-93, p.168)

O relato do caso de Emmy Von N. reaparece em maio de 1889, com uma descrição pormenorizada dos detalhes da doença. O texto foi publicado sob o título “Caso 2” nos Estudos Sobre a Histeria (FREUD, [1893-95]). O tratamento foi realizado por meio de instruções dadas por Freud à paciente em estado hipnótico, no intuito de que os sintomas cessassem. Para a pesquisa da anorexia, cabe observar a descrição de Freud do que entende ter sido um sintoma característico da doença, embora seja pontual em meio aos demais sintomas apresentados por essa paciente. “Após a morte do marido, perdera inteiramente o apetite por muito tempo e havia comido apenas por um sentimento de obrigação [...]” (FREUD, 1893, p.96). Mediante a sugestão hipnótica para alimentar-se, a paciente, após ter cumprido a orientação, afirma “[...] estraguei minha digestão, como sempre acontece quando como mais ou bebo água, e agora terei de morrer de fome por cinco dias a uma semana antes que possa tolerar qualquer coisa” (Idem, p.111).

Freud nos coloca que a “anorexia” (Idem, p.118) da paciente oferece um exemplo de abulia ocasionada pela vinculação de lembranças de repulsa ao ato de comer e ingerir água, a partir de vivências pessoais repugnantes testemunhadas em sua história de vida. Seriam associações carregadas de afeto, não resolvidas, que se opõem à vinculação com outras associações ou representações. “[...] uma representação cujo afeto não foi decomposto envolve sempre uma certa dose de inacessibilidade associativa e de incompatibilidade com novas catexias” (Idem, p.119). Parece se tratar de um trauma psíquico cuja lembrança recalçada retornava sob a forma de recusa da comida.

Em outro relato, datado de 1880, Freud identifica a recusa alimentar como efeito do sintoma histérico. Encontra-se na descrição do Caso Clínico de Anna O., cujo co-autor é J. Breuer, no mesmo Estudos Sobre a Histeria (FREUD, [1893-95]). Entre os vários sintomas históricos manifestados pela paciente, incluindo as *absences* alucinatórias diurnas (ou *condition seconde* – estado secundário alienado surgido por auto-hipnose), paralisias e contraturas, graves perturbações da visão, fala e audição, alteração importante do humor e excitação, está presente a aversão aos alimentos, o que a fazia permanecer sem comer durante vários dias. Freud conseguiu estabelecer – através do *talking cure* (ou cura pela fala) – a determinação do evento traumático que deu origem a cada um desses sintomas, levando à melhora significativa do quadro. O comportamento de evitar a ingestão de água foi associado a uma visão, em um momento anterior ao aparecimento da doença, do cachorro de sua babá bebendo água em um copo. Neste momento, Anna O. não reagiu, com o intuito de não desapontar a babá. Já a recusa alimentar, Freud associou-a à grande mobilização do afeto de angústia no decurso da doença.

Ainda dentro do estudo dos fenômenos históricos, o autor relata outro caso, intitulado “Fragmento da análise de um caso de Histeria” (FREUD, 1905 [1901]). Durante a análise de uma jovem, a quem chamou Dora, declara, sem hesitar, que a histérica é toda pessoa em quem uma ocasião de excitação sexual provocaria, sobretudo ou exclusivamente, repulsa ou sentimentos desprazerosos. Dessa forma, quando o Sr. K. beijou-lhe a boca de forma inesperada, Dora experimentou uma “violenta repugnância” (Idem, p.26), o que teria acarretado uma aversão aos alimentos – o sintoma somático.

Aqui não se pode deixar de reconhecer a anorexia como componente da manifestação histérica e forma de adoecimento psíquico que encontra expressão no e por meio do corpo. Charles Lasègue, em 1873, foi um dos primeiros a descrever a anorexia como histérica. Assim como as históricas à época de Freud tiveram um papel não negligenciável de denúncia e escândalo na expressão de suas subjetividades, poderíamos conceber a anorexia como uma forma moderna e contemporânea de relançar o enigma sobre o corpo, a feminilidade e a sexualidade. Em ambas, conserva-se o objeto de espanto e subversão. De acordo com Maria Helena Fernandes (2012,

p.64)

[...] a prevalência feminina nestes quadros clínicos não nos deixa esquecer que, ao longo dos séculos, as mulheres recorreram aos seus corpos, não apenas para expressar o enigma de sua subjetividade e as contradições do “ser” mulher que cada época lhes propõe, mas também como porta-vozes das mazelas da dimensão subjetiva de seu tempo.

Ainda no volume I de sua obra, FREUD (1895) publica o “Rascunho G”. Nele, correlaciona a anorexia à melancolia como forma de uma neurose: “uma melancolia em que a sexualidade não se desenvolveu” (Idem, p.247). A melancolia por ele entendida como uma perda na vida pulsional; e a anorexia, representada pela perda de apetite, estaria ligada, em termos sexuais, à perda da libido. Cabe ressaltar que Freud não chega a classificá-la como uma psicose, e sim como uma neurose nutricional.

Já na Carta 105, também contida no volume I, datada de fevereiro de 1899, FREUD (1895) afirma que, assim como o sonho, o sintoma seria uma realização de desejo. Ao se perguntar sobre a determinação de vômitos histéricos, Freud diz que “o sentido do sintoma é um par contraditório de realizações de desejos” (Idem, p.330), tratando da expressão do conflito intenso entre duas representações contrastantes: imaginar-se grávida, mediante a fantasia de ter um filho com o amante imaginário, e, simultaneamente, vomitar para não perder a beleza e continuar magra – atrativo para este homem.

Além dessas referências citadas acima, vale mencionar que, em Totem e Tabu, FREUD (1913 [1912-13]) descreve um banquete totêmico como forma de expressão do laço social, reforçando o lugar que a refeição encontra na base da formação cultural e psíquica do homem.

No relato do caso clínico de um rapaz, conhecido por Homem dos Lobos, contido no Livro “Uma Neurose Infantil e outros trabalhos” (FREUD, [1917-18]), o autor se refere com mais clareza ao distúrbio do apetite, como uma das manifestações dessa neurose, em estreita ligação com a “fase oral da vida sexual” (Idem, p.113) e com o feminino – desejos homossexuais em relação ao pai. Durante a fase oral predominaria, assim, a ligação original entre a excitação sexual e o instinto nutritivo. Sobre a anorexia, Freud coloca que “É sabido que existe uma neurose nas meninas que ocorre numa idade muito posterior, na época da puberdade ou pouco depois, e que exprime a

aversão à sexualidade por meio da anorexia” (Idem, p. 113). Freud teoriza, ainda, sobre o propósito erótico da organização oral, revelando marcas permanentes no uso da linguagem, como associações de pessoas a doces e apelidos “apetitosos” (Idem, p. 113), geralmente, destinados aos amantes.

Nesse ponto recorro à autora Marilena Chaves Garcia (1991) para ampliar essa discussão, pois ela afirma que a comida está carregada de significações sexuais proibidas e que o ato de comer tornou-se, para além da necessidade e prazer, algo perigoso no plano pulsional. A comida perderia sua função própria de autoconservação e passaria a ser erotizada, permanecendo apenas com o simbolismo sexual. Para a autora, na anorexia não se trata apenas de recusa do alimento, mas da satisfação dessa recusa e dos ganhos secundários, como a cena da sedução e manipulação dos familiares.

O conceito da pulsão de morte é mais uma construção da metapsicologia psicanalítica que se torna imprescindível para o entendimento da expressão clínica da anorexia. No texto “Além do Princípio de Prazer” (FREUD, 1920), o autor apresenta uma visão dualista da vida instintual, ou seja, a oposição entre os instintos de vida (Eros) e os instintos que conduzem, em razão de sua função, à morte ou retorno ao estado inorgânico (Tânatos). Essa dualidade entre as pulsões representa o conjunto de forças que, em última análise, enfrentam-se no conflito psíquico.

A noção de pulsão de morte introduzida nesse texto contrapõe-se, portanto, à pulsão de vida, pois possuiria a tendência para a redução completa das tensões. A pulsão de morte está voltada inicialmente para o interior do organismo, tendendo à autodestruição, e, secundariamente, dirigida para o exterior, sob a forma de agressão ou destruição. Freud a considera como a pulsão por excelência, na medida em que nela se realiza o caráter repetitivo da pulsão (compulsão à repetição). Aqui, Freud propõe que o princípio de prazer parece estar, de fato, a serviço das pulsões de morte. Posteriormente em sua obra, em 1924, quando escreveu “O problema econômico do Masoquismo”, ele distinguiu o princípio de prazer do princípio de Nirvana, este último tido como o princípio econômico da redução das tensões a zero e que estaria,

apropriadamente, a serviço das pulsões de morte. Ao princípio de prazer, portanto, delegou a exigência de libido. Resume, apresentando os princípios como se tolerando mutuamente:

O princípio de *Nirvana* expressa a tendência do instinto de morte; o princípio de *prazer* representa as exigências da libido, e a modificação do último princípio, o princípio de *realidade*, representa a influência do mundo externo. (FREUD, 1924, p. 178)

Este último, o princípio de realidade, se daria pelo adiamento da descarga do estímulo e pela aquiescência temporária do desprazer devido à tensão.

A pulsão de morte introduz, então, uma concepção nova no pensamento freudiano, fazendo da tendência para a destruição, tal como se revela, por exemplo, no sadomasoquismo, um dado irredutível. Configura-se pela expressão privilegiada do princípio mais radical do funcionamento psíquico e, por fim, liga, indissolivelmente, uma vez que é o que há de mais pulsional, qualquer desejo, agressivo ou sexual, ao desejo de morte.

Diante disso, podemos relacionar a anorexia a essa teorização sobre os instintos, no sentido da sua aproximação à pulsão de morte – à autodestruição, ou mais especificamente, ao masoquismo. Freud afirma que existiriam três formas de masoquismo – erógeno, feminino e moral –, sendo que a primeira, revelada pelo prazer no sofrimento, estaria na base das outras duas. Não se pode deixar de perceber que a anorexia possui um componente importante de masoquismo, infligindo ao corpo a tendência à autodestruição, por meio de maus tratos e dores, o que, em contrapartida, carrega em si, certa cota de prazer. Conforme Freud bem colocou no texto “Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade” (1905, p. 210), “bem pode acontecer que nada de considerável importância ocorra no organismo sem contribuir com algum componente para a excitação do instinto sexual”. Diante disso, a excitação do sofrimento e desprazer estaria fadada a ter também o mesmo resultado. “[...] ele [instinto de destruição] tem a significação de um componente erótico, a própria destruição de si mesmo pelo indivíduo não pode se realizar sem uma satisfação

libidinal.” (FREUD, 1924, p. 188)

#### 4.2 A Relação Mãe – Bebê: Prenúncio de um Possível Desajuste

É fundamental o estudo do comportamento alimentar naquilo que revela de significações, funções e lugares no funcionamento psíquico do sujeito. Freud nos aponta a importância da fase oral na constituição psíquica da criança, mostrando-a, para além da função primeira de autoconservação, como zona erógena. No “Esboço de Psicanálise” (FREUD, 1940), afirma que

O primeiro órgão a surgir como zona erógena e a fazer exigências libidinais à mente é, da época do nascimento em diante, a boca. Inicialmente, toda a atividade psíquica se concentra em fornecer satisfação às necessidades dessa zona. Primariamente, é natural, essa satisfação está a serviço da autopreservação, mediante a nutrição; mas a fisiologia não deve ser confundida com a psicologia. A obstinada persistência do bebê em sugar dá prova, em estágio precoce, de uma necessidade de satisfação que, embora se origine da ingestão da nutrição e seja por ela instigada, esforça-se todavia por obter prazer independente da nutrição e, por essa razão, pode e deve ser denominada de sexual. (FREUD, 1940 [1938], p.166)

Nos “Três Ensaios sobre a teoria da Sexualidade” (FREUD, 1905), o autor afirma que a criança vivencia o prazer da primeira experiência de satisfação e se esforça por repeti-lo, mediante o auto-erotismo

No caso mais simples, portanto, a satisfação é encontrada mediante a sucção rítmica de alguma parte da pele ou mucosa. É fácil adivinhar também em que ocasiões a criança teve as primeiras experiências desse prazer que agora se esforça por renovar. A primeira e mais vital das atividades da criança – mamar no seio materno (ou em seus substitutos) – há de tê-la familiarizado com esse prazer. Diríamos que os lábios da criança comportaram-se como uma *zona erógena*, e a estimulação pelo fluxo cálido de leite foi sem dúvida a origem da sensação prazerosa. A princípio, a satisfação da zona erógena deve ter-se associado com a necessidade de alimento. A atividade sexual apóia-se primeiramente numa das funções que servem à preservação da vida, e só depois torna-se independente delas. (FREUD, 1905, p. 171)

Pode-se observar, então, que a sucção, tomada como modelo da sexualidade oral, demonstra a existência de três características da sexualidade infantil: desenvolve-se se apoiando numa função corporal essencial à vida, é autoerótica e é determinada pela atividade de uma zona erógena. Esses três caracteres serão encontrados na maior parte das manifestações eróticas da infância e irão marcar, definitivamente, toda a sexualidade humana. (Laplanche, 1970).

Mais tarde, em 1914, Freud retoma no texto “À guisa de introdução ao Narcisismo” as primeiras satisfações sexuais autoeróticas vividas em conexão com as funções vitais, as quais servem ao propósito da autoconservação. Pondera que, a partir da primeira experiência de satisfação vivida no aleitamento no seio materno, surge o protótipo do pensamento em forma de alucinação, como tentativa de repeti-la.

Ainda no texto anterior, “Formulações sobre os dois princípios do acontecer psíquico” (FREUD, 1911), o autor afirma que o lactente alucina que está satisfazendo suas necessidades internas, contudo, consegue apenas a elevação da quantidade de estímulos internos, geradores de desprazer. Diante da não ocorrência da satisfação esperada – ou frustração dessa experiência primeira –, a tentativa de satisfação pela via alucinatória (imaginativa) é abandonada. O bebê manifesta esse desprazer pela via motora, na tentativa de remover os estímulos acumulados, vivenciando por meio desta ação a satisfação, antes alucinada. O aparelho psíquico do bebê então necessitou operar uma mudança real no mundo externo.

Laplanche (1992) coloca essa questão como sendo a forma de comunicação, no nível adaptativo, do bebê com a mãe, com o intuito de restaurar a homeostase, ou seja, a manutenção ou o retorno aos equilíbrios. Afirma ele

Como o primeiro aparelho psíquico, como essa pequena máquina humana, chama a ajuda do “estranho”? Unicamente porque a excitação que vem de dentro transborda, por assim dizer. Por si mesmo, ele é incapaz de ativar os mecanismos que convergem para o restabelecimento de equilíbrios. [...] São gritos, movimentos, uma agitação desordenada que rapidamente a mãe aprende a reconhecer como pedido de ajuda. (LAPLANCHE, 1992, p. 104)

Este é o momento em que a realidade exterior adquire maior importância ao conseguir captar, além dos estímulos de prazer e desprazer, qualidades sensoriais. Surge, com isso, o registro de memória desses eventos, capaz de imprimir o desejo, o qual nunca será plenamente satisfeito.

Cabe aqui diferenciar a necessidade do desejo. A fome enquanto necessidade deve ser satisfeita com objeto específico, o alimento; o desejo não poderá ser, portanto, totalmente satisfeito, por conter em si a noção de falta. Diante da não satisfação da demanda e do conseqüente surgimento do vazio, aparece o desejo. Nenhum alimento jamais irá satisfazer a pulsão oral, que sempre contornará esse objeto faltante.

A literatura pós-Freudiana aborda com frequência a relação mãe-bebê como fonte primeira do sofrimento na anorexia, ressaltando a importância desse vínculo na alimentação. De acordo com Célia Salles (1999) na anorexia o outro materno confunde demanda com necessidade e, ao não permitir que haja o tempo de frustração, não permite também que surja o desejo.

Ratifica-se esta ideia ao constatar que na maioria dos casos relatados em artigos observa-se que mãe e filha formam uma dupla especular, fonte de amor e ódio. Há uma aposta que a relação da criança com a mãe e desta com a criança poderá nos esclarecer algo da anorexia: o que uma mãe totalitária, invasiva, porém cuidadosa nos diz sobre os excessos (e aqui nos interessa especificamente o alimento imposto à criança sem esperar que ela possa, de fato, desejá-lo)? Nesse campo, confundindo a demanda de amor com a necessidade, produz-se o estrago. A anoréxica estaria, portanto, impelida a introduzir o vazio no corpo, já que onde deveria tê-lo sancionado tamponou-se com a comida (NAPOLI, 2003).

Diante dessas considerações, iria querer a anoréxica voltar a um período tão precoce, no qual não houvesse necessidade tampouco desejo, tendo sua sobrevivência e satisfação garantidas? Marilena Chaves Garcia (1991, p.104) nos coloca bem essa questão: “Estará regredindo à oralidade, à fase em que, segundo Freud, a criança come, põe para dentro seus objetos de amor, na tentativa de identificar-se com eles?” Sabe-se que nesse registro oral, da alimentação e da incorporação, receber o alimento é uma forma de retribuir os cuidados recebidos.

Dando continuidade a esse trabalho, apresento duas hipóteses da teoria psicanalítica, com o intuito de enriquecer a discussão sobre a anorexia, a saber, uma baseada nos fundamentos da teoria de Jean Laplanche e outra de orientação Lacaniana.

### **4.3 Uma hipótese Laplancheana: Assimetria na Relação Mãe – Bebê**

Freud manifestou, em vários pontos de sua obra, particular interesse pela cena da sedução, à qual não escaparia nenhum ser humano: a sedução dos cuidados maternos, os quais estariam impregnados de sexualidade<sup>1</sup>.

Em 1920, no texto “Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade”, Freud coloca a sedução como sendo a intromissão, no universo da criança, de certas significações do mundo adulto e veiculada pelos gestos cotidianos e necessários ao cuidado do bebê. A sedução é, portanto, veiculada pelos cuidados corporais dispensados pela mãe ao bebê, despertando sensações de prazer. Diz ele

O trato da criança com a pessoa que a assiste é, para ela, uma fonte incessante de excitação e satisfação sexuais vindas das zonas erógenas, ainda mais que essa pessoa – usualmente a mãe – contempla a criança com os sentimentos derivados de sua própria vida sexual: ela a acaricia, beija e embala, e é perfeitamente claro que a trata como o substituto de um objeto sexual plenamente legítimo. (FREUD, 1905, p. 210).

Laplanche observa que é a partir da excitação provocada pelos cuidados maternos que se pode imaginar o que seria originariamente a sedução para Freud

---

<sup>1</sup> Não me refiro aqui à sedução nas recordações históricas, em que um adulto faria insinuações sexuais de forma consciente à criança, conforme descrita em alguns relatos das primeiras terapias realizadas por Freud e Breuer, encontrados nos Estudos sobre a Histeria (1895). A sedução, aqui, teria o caráter patológico e perverso daquele a quem Freud chama de “pai da histérica” (LAPLANCHE, 1992, p. 116) e assinalaria a relação de passividade da criança em relação ao adulto. No decorrer do desenvolvimento da teoria, o pai perverso cederá lugar à mãe, essencialmente na relação pré-edipiana.

[...] independente das cenas da sedução pelo pai e da sedução de natureza claramente genital, é à sedução dos cuidados maternos que ele [Freud] se refere como a um *primeiro modelo*. Tais cuidados, polarizando-se em certas regiões corporais contribuem para defini-las como *zonas erógenas*, zonas de trocas que pedem e provocam a excitação, para em seguida reproduzi-la, de maneira autônoma, pelo estímulo interno (LAPLANCHE, 1970, p. 50)

Para ampliar a discussão destas questões recorro à Teoria da Sedução Generalizada, proposta por Jean Laplanche, em que afirma a existência de uma relação assimétrica entre o bebê e seu principal cuidador, a mãe. Essa seria uma das premissas dessa teoria – a situação antropológica fundamental ou originária – com a universalização de alguns elementos no momento inaugural da constituição do aparelho psíquico. A assimetria se dá pela constatação de que nessa interação adulto-criança há algo sendo veiculado de forma autônoma, no sentido preciso de que o adulto, já tendo seu psiquismo constituído, possui um inconsciente que, por sua vez, está repleto de resíduos infantis (CARVALHO, 2012).

Laplanche (1970, p. 51) nos afirma que “[...] as significações implícitas no menor gesto dos pais são portadoras das fantasias dos mesmos [...] eles têm também seus complexos, seus desejos marcados de historicidade [...]”. Pode-se observar que há também nessa relação uma identificação do adulto com a criança, na medida em que tal adulto já vivenciou o universo infantil e poderá, com isso, projetar seus desejos e anseios na criança. O autor afirma que

Ainda é preciso acrescentar a nuance de que, permanecendo a criança presente no adulto, o adulto diante da criança será particularmente desviante, levado à operação falha, até o sintoma, nessa relação com esse outro ele mesmo, esse outro que ele mesmo foi. A criança diante dele faz apelo ao infantil nele. A relação originária se estabelece, devido a isto, num duplo registro: uma relação vital, aberta, recíproca, [...] interativa, e uma relação onde está implicado o sexual, onde a interação não ocorre mais, pois a balança é desigual. (LAPLANCHE, 1992, p. 111)

Na situação originária, portanto, o infante é alvo sexual dos adultos cuidadores – tal qual a formulação em Freud, porém, possui maior alcance, não se restringindo à

excitação das zonas erógenas – por meio de excitações e mensagens verbais e não verbais, ditas enigmáticas, tanto para a criança quanto para o adulto, por estarem comprometidas com o inconsciente deste último.

O bebê, que ainda não possui um inconsciente constituído, receberá tais mensagens, não de forma passiva, porém ativa, uma vez que tentará traduzi-las. O mesmo adulto, sedutor que emite tais mensagens ou – mais precisamente de acordo com a teoria – implanta-as na criança, será o “assistente de tradução” (CARVALHO, 2012, p. 7), a que ela recorrerá como suporte à sua precária tentativa de tradução. Dessa forma, os conteúdos sexuais inconscientes irão parasitar a interação do adulto com a criança ao cuidar e interagir com ela. De acordo com Laplanche (1992, p.134)

Por meio da *sedução originária* qualificamos, portanto, essa situação fundamental em que o adulto propõe à criança significantes não verbais assim como verbais, inclusive comportamentais, impregnados de significações sexuais inconscientes – os *significantes enigmáticos*.

Ainda segundo Maria Teresa de Melo Carvalho (2012), as mensagens enigmáticas possuem uma realidade efetiva e tem, portanto, o poder de interpelar a criança, sendo-lhes implantadas e impelindo-as a respondê-las mediante as construções de sentido. Essa tentativa de tradução realizada pela criança leva ao fracasso inevitável, pois a criança não dispõe de recursos suficientes para a elaboração e simbolização desses conteúdos. O adulto, sendo o emissor da mensagem e desconhecedor de seus conteúdos inconscientes, não poderá servir de assistente de tradução adequado.

Depreende-se disso que a tentativa de tradução empreendida pela criança não é integralmente bem sucedida. Há sempre restos que escapam à operação simbólica, os quais irão constituir os objetos-fonte da pulsão, que fundarão o inconsciente. Os restos da tradução, aquilo que foi implantado e que continua sem ser metabolizado, paralelamente às excitações internas, começam a atacar essa fronteira em formação: o Eu. É também contra esses estímulos internos que o Eu resiste, fazendo com que o bebê comunique à mãe algo na tentativa de que ela lhe traga a significação necessária

para o apaziguamento de suas excitações. Cabe ressaltar que essa tradução imperfeita, esse fracasso parcial é um processo esperado para situar a criança no universo neurótico, isto é, ela é a base para que ocorra posteriormente a operação do recalçamento. Trata-se, portanto, do princípio do processo de constituição do inconsciente.

Neste momento, cabe aliar as contribuições trazidas por essa teoria às considerações do investimento libidinal dos pais na criança, com o intuito de se aproximar ao entendimento daquilo que toca especificamente a anorexia.

Sabe-se que o bebê humano tem o instinto de autopreservação muito precário e deficitário, necessitando tanto da proteção dos adultos para evitar exposição aos perigos, quanto de cuidados constantes, no sentido da função de autoconservação, conforme vimos anteriormente. Laplanche afirma que

A criança, mesmo possuindo certas montagens e aptidões adaptativas [...] precisa necessariamente ser substituída por alguém, tanto para a satisfação de suas necessidades quanto para a prevenção de perigos, e até para a aprendizagem do medo, que nela é deficitário. O medo se aprende e não essencialmente pela experiência, ele é ensinado [...]. (LAPLANCHE, 1992, p. 108)

Contudo, torna-se imprescindível diferenciar algo que vai além da manutenção da sobrevivência, qual seja, o investimento libidinal dos pais na criança. É necessário que o bebê coma para sobreviver, mas é preciso também que os pais desejem que ele coma. Exemplo clássico é quando os cuidadores insistem em brincadeiras lúdicas à mesa, como o brincar de aviãozinho com a colher, com o intuito de que a criança possa abrir a boca para ingerir o alimento. A respeito disso, Maria Tereza de Melo Carvalho (2012) afirma que a ordem vital, de modo geral, é sustentada em bebês humanos pelo narcisismo, por meio de mensagens libidinais direcionadas a eles pelos adultos que circundam este universo infantil.

Em linhas gerais, segundo a autora, a criança somente se percebe como

portadora de um Eu quando o outro – um adulto – assim a nomear e tomá-la por seu objeto de investimento amoroso, prefigurando, então, a constituição do Narcisismo. Afirma que

[...] podemos dizer que o narcisismo significa investimento libidinal do próprio Eu, amor a si mesmo, ou seja, amor a uma imagem de si mesmo. Todavia, essa imagem de si não é aquela refletida pelo espelho-d'água, como no mito [Narciso], e sim aquela refletida pelo olhar e pelo desejo do semelhante. Isto quer dizer que uma criança só irá se perceber como um Eu, passível de ser amado, se o adulto assim a nomear, tomando-a, ao mesmo tempo, como um objeto de seu investimento amoroso. Em síntese, o amor de si, o narcisismo, depende do amor do outro [...] (CARVALHO, 2012, p. 2)

Portanto, essa constituição do Eu como uma instância do aparelho psíquico que representa e que proporciona a percepção de Unidade e Identidade com aquela imagem que lhe foi projetada pelo outro, somente é possível com base no investimento narcísico dos seus pais ou responsáveis (CARVALHO, 2012). Freud ressaltou o valor libidinal atado à constituição do Eu, apontando para o investimento narcísico, por meio do qual se dá a aquisição da imagem corporal pelo sujeito (FUCKS; CAMPO, 2010).

Ainda, conforme apropriadamente colocado por Maria Tereza Carvalho (2012), os cuidados direcionados à criança não dizem respeito somente à dimensão amorosa para que se constitua o Narcisismo. Outras mensagens que vão ao encontro das interdições, proibições e recusas são fundamentais, uma vez que garantem a preservação e a proteção da criança em determinadas situações, como a exposição de riscos à vida. Há um direcionamento do adulto para que a criança consiga domar suas excitações pulsionais. Tais proibições constroem a base para aquilo que mais tarde se constituirá na Interdição Edipiana, inaugurando a noção de limite entre o Eu e o outro, entre aquilo do que se pode apropriar e aquilo a que se deve renunciar. Aqui, vale mencionar a relação que a autora Célia Salles (1999, p.37) constrói sobre a função paterna, no Complexo de Édipo, e a anorexia

É uma forma de aceder ao desejo ao qual ela [anoréxica] não pode chegar pelas vias de um recalque bem sucedido, pois a função paterna foi insuficiente, não barrou a autoridade da mãe. Com o seu comportamento, a anorética reclama a função paterna.

Isso exposto, convém afirmar que o amor do outro, enquanto toma a criança como objeto de seu investimento libidinal, sustenta o seu apetite, como também esse mesmo amor do outro a ensina a fazer renúncias, tão fundamental para o convívio em sociedade.

Conforme visto na teoria Laplancheana, a dualidade presente na relação da mãe com o bebê que, por um lado desperta e implanta a pulsão e, por outro se coloca como a principal tradutora das mensagens enigmáticas, pode trazer o risco do desequilíbrio causador de um fracasso. A mãe, aqui, serve como auxiliar, continente das excitações do bebê e espelho, devendo contrabalançar estes aspectos e, conseqüentemente, evitar excessos e faltas.

Essa discussão nos abre campo para pensar no que possui de enigma para a criança nos excessos ofertados pela mãe em seus cuidados e, por conseguinte, também na alimentação. A recusa obstinada ao alimento, na anorexia, é entendida como a forma, estranha e perigosa, de desvencilhar-se do outro enquanto invasor. O que a anoréxica recusa, desse modo, é a intrusão em seu corpo, representado pelo alimento introduzido pela mãe (GARCIA 1991). Já Sérgio P. R. Campos (1998, p.39), ao teorizar sobre os impasses da clínica da anorexia, afirma que a “obesidade imaginária” pode ser consequência de “uma falta de investimentos libidinais em sua imagem corporal”.

Logo, torna-se importante pensar a anorexia, expressão máxima da recusa, como uma tentativa de reparar, ainda que de forma disfuncional, uma desordem no processo da constituição psíquica do sujeito desde os seus primórdios – a relação mãe-bebê. Conforme exposto, a assimetria nessa relação é esperada e fundamental para as bases do funcionamento psíquico; no entanto, haveria algo que escapa ou vai além, determinado pelo excesso ou pela falta, tão bem representado pela alimentação – o primeiro contato do bebê com o mundo.

#### **4.4 Uma Hipótese de Orientação Lacaniana: Do Nada Comer ao Comer o Nada**

No percurso deste trabalho, com o intuito de elucidar a anorexia nervosa a partir das teorizações psicanalíticas e aprofundar nossa compreensão sobre o tema, foram eleitos alguns conceitos próprios da metapsicologia lacaniana. Para o melhor entendimento, tendo em vista a extensão e complexidade dessa vertente, tais conceitos serão apresentados de forma sucinta de modo a esclarecer apenas a parte que interessa a essa pesquisa.

De acordo com Coutinho Jorge e Nadiá Ferreira (2005), Lacan parte da evidência de que a linguagem – a cadeia simbólica – determina o homem antes do nascimento e depois da morte. O bebê é inserido no discurso, no qual se inscrevem a fantasia dos pais, a cultura, a classe social, a língua, a época, entre tantos outros aspectos. Podemos dizer que tudo isso compõe o campo do Outro, lugar onde se constitui o sujeito. Lacan insiste não somente na exterioridade do simbólico como também na sujeição do homem ao discurso. Desenvolve a lógica do significante para demonstrar a relação entre o inconsciente e a linguagem. Dessa forma, o significante é a unidade mínima do simbólico e tem a característica de jamais comparecer isolado, mas sempre articulado com outros significantes, constituindo uma cadeia no processo de significação ou criação de sentido.

Lacan atribui igual importância a outros dois registros: real e imaginário, os quais se entrelaçam ao registro simbólico de acordo com o desenho de um nó borromeano. A interligação entre os três registros é estabelecida pela função do Nome-do-Pai, a Lei. O sintoma advém do efeito do registro simbólico no real. Este último, sob a forma de buraco e representado pelo nada que antecede a vida, é recalçado – recalque originário – para que haja a inscrição do significante. Tal mecanismo dá origem ao sintoma, pois o material que foi recalçado retorna no real sob a forma de uma falta que não cessa de se inscrever.

O recalque originário ainda se articula com o real por meio de um furo no imaginário. No princípio não existia nada e, no lugar desse nada primordial, foi colocada alguma coisa, mais precisamente a Lei, o Nome-do-Pai, o Não à satisfação de determinada moção pulsional. Seria o Não dado pela unidade do eu (imagem unificada

do próprio corpo) ao corpo despedaçado e, conseqüentemente, à fragmentação pulsional.

Diante disso, podemos dizer que o real, apesar de resistir a qualquer simbolização e justamente por isso apaga toda a construção de sentido, comparece no simbólico sob a forma de falta de um significante. O real é precisamente aquilo que não pode ser representado nem por palavras nem por imagens: ao real falta representação psíquica, portanto, ele é impossível de ser simbolizado.

O imaginário é tudo aquilo que diz respeito à imagem do corpo sem a mediação da palavra, reduzindo as relações humanas à especularidade, o que faz com que sejam anulados os limites e as diferenças entre o sujeito e o outro como semelhante. No imaginário reina a lei do transitivismo, na qual o eu se torna sinônimo do outro (minúsculo). O caráter de univocidade do imaginário elimina a ambigüidade, a polissemia e o equívoco, marcas indelévels do simbólico. Portanto, “o real é da ordem do não-sentido, o simbólico é duplo-sentido e o imaginário é sentido-unívoco” (JORGE; FERREIRA, 2005, p.36).

Lacan considera o conceito *objeto a* – objeto causa do desejo – como uma retomada das formulações freudianas em torno do objeto pulsional, uma vez que este seria definido como um instrumento por meio do qual uma pulsão alcançaria sua finalidade, a satisfação, podendo ser variável e modificado. A parcialidade, como marca do objeto pulsional, faz com que Lacan afirme que o conceito de pulsão seja marcado pela falta do objeto. Este objeto faltoso, que tem como função acionar o desejo, é designado *objeto a*. Articulado ao conceito de objeto perdido, a psicanálise concebe o sujeito estruturado a partir de um furo. Uma vez perdido para sempre o objeto que poderia satisfazer o sujeito, torna o desejo para sempre insatisfeito. A estrutura do desejo implica essencialmente na inacessibilidade do objeto e é precisamente isso que o torna indestrutível. O desejo se realiza nos objetos, mas o que os objetos assinalam é sempre uma falta.

Isto exposto brevemente, passemos à articulação desses conceitos com a teorização sobre a anorexia. Segundo Massimo Recalcati (2001, p. 26), há dois “nadas”

que a definem: um situado na dimensão neurótica e outro, mais grave, apontado para a psicose. No primeiro, não se trata de que a anoréxica não coma, mas de que ela coma o nada, configurado como objeto. Já no segundo, não se trata de que a anoréxica não tenha apetite, ao contrário, o “apetite é de morte” (FERREIRA, 2003, p. 61) por meio do apagamento e mortificação do corpo. Recalcati (2001, p. 27) assume a posição de que uma clínica estrutural da anorexia deve poder escapar do alarme de uma nova estrutura, enfatizando a existência de “anorexias” – neurótica, perversa e psicótica.

O nada – o comer nada – aparece como objeto separador, dentro da manobra da anoréxica por conseguir, efetivamente, uma separação do Outro. Designa o ato que expressa a necessidade de que algo faça falta e reduza a onipotência do Outro ou negue sua dependência simbólica, abrindo-lhe um furo, um buraco ou hiância. O Outro aparece aqui como aquele que opera a alienação significativa.

A anoréxica come o nada e se oferece, pela via da identificação, ela mesma a ser esse vazio presentificado no corpo. Por meio da recusa ao imperativo de comer, estabelece uma virada radical na relação de força: da impotência fundamental relacionada à Onipotência do Outro quando criança ao lançamento do Outro à impotência angustiante no momento da adolescência, mediante o ponto-chave de recusa: o Não! (RECALCATI, 2001). Conquista, assim, a supremacia imaginária no confronto com o Outro.

A autora Mônica F. S. Motta (2004) corrobora essa hipótese ao nos apontar a prevalência do campo imaginário sobre o simbólico para a compreensão da anorexia. Por meio da proliferação de imagens produzidas e expostas incessantemente como imperativo estético contemporâneo, há um vislumbre da satisfação, não somente oral nesses casos, como também escópica. Chama atenção a precariedade simbólica que torna tais fenômenos dominantes e atuantes.

O nada aparece como escudo à demanda do Outro – o nada como objeto separador entre o desejo e o Outro, abrindo-lhe, portanto, um buraco – e suporte do desejo, ou seja, eleger o nada constitui uma defesa subjetiva que salvaguarda o desejo. “É o nada como o que preserva essa diferença estrutural entre o desejo e a dimensão necessária, biológica, natural da necessidade” (RECALCATI, 2001, p. 28). O nada aqui colocado como recusa que sustenta a causa do desejo como irreduzível àquela da

satisfação da necessidade.

Esse tipo de recusa é dialética, uma vez que não é definida pela pura exclusão do Outro, mas é, antes, uma recusa que marca um apelo dirigido ao Outro, uma forma negativizada de demanda ou exigência de amor do Outro. Esse nada está em relação ao desejo do Outro. Vale lembrar que esse tipo de anorexia situa-se no campo neurótico, aproximando-se da Histeria. “Nada satisfaz a não ser o mesmo desejo de insatisfação perpétua” (RECALCATI, 2001, p. 30). Dessa forma, esse nada que funciona como defesa subjetiva do desejo só pode operar uma pseudosseparação do Outro, uma vez que tal separação se consuma como uma oposição unilateral ao Outro.

Segundo esse autor nos aponta apropriadamente, a dimensão histórica da recusa do corpo, por meio da tentativa de aniquilamento, expressa a necessidade de anestesiá-lo um corpo sensual, promovendo, dessa forma, a sua dessexualização. Diante disso, podemos problematizar como se dá a relação entre a recusa de alimentação evidenciada na anorexia e a necessidade de supressão da erotização do corpo, afluída na adolescência.

É com a seguinte afirmação – “[...] na adolescência que ocorrem dois terços das anorexias nervosas” (GARCIA, 1991, p.105) – que será pertinente aqui explicitar os motivos que contribuem para a prevalência dos sintomas anoréxicos nessa faixa etária do desenvolvimento, época em que o corpo se prepara para se oferecer ao olhar do Outro. Trata-se menos da transformação que acontece no corpo, mas da irrupção na subjetividade de algo novo e para o qual o sujeito não apresenta recurso simbólico para se defrontar e sobre o qual possa fazer frente ao outro sexo. Resta, então, a cada um inventar a própria resposta.

A adolescência é marcada pela intensificação dos conflitos entre os apegos infantis e a necessidade de autonomia adulta e, concomitantemente, evidencia-se o afloramento das pulsões sexuais. Em geral, a menina precisa identificar-se ao ideal feminino representado pela mãe e aquilo que advém como obstáculo a esse processo pode contribuir para a gênese da anorexia. Marilena Chaves Garcia (1991) coloca em termos precisos: uma recusa de se tornar mulher pela impossibilidade de assumir a

sexualidade genital. É justo nesse período em que os objetos edípicos entram em cena novamente que a adolescente adoce: ao se deparar com um corpo como o da mãe, capaz de engravidar e sentir prazer. A mãe, contudo, não conseguiria se oferecer como uma identificação feminina sólida, ao contrário, conforme expõe a autora

É ainda devido à falha identificatória e à intensidade da pulsão sexual neste momento da vida, que o corpo sexuado não pode ser integrado ao Eu – o Eu como que se distancia de seu próprio corpo, tratando-o com todo o descaso possível. (GARCIA, 1991, p. 105)

Evidencia-se, com isso, a tentativa de apagar esse corpo, agora potente. Não é sem razão que uma das principais características da anorexia é revelada por consenso entre os autores é a amenorreia: expressão máxima do não ser mulher. O corpo sexual, simbolizado pelo sangue da menstruação, é negado a todo custo. Para tanto, as adolescentes anoréxicas se mostram desprovidas de vaidade ou atrativos sexuais, tentando anular as curvas ao expor um corpo longilíneo.

É sabido que o corpo da anoréxica causa estranhamento e chama a atenção do olhar do Outro, como tentativa de evitar que esse corpo seja o alimento a ser devorado. Dessa forma, ela tenta destruir no corpo qualquer sinal de que possa se tornar apetitosa, evitando a aproximação do outro no sentido sexual. O corpo se converte, então, em barreira frente ao risco de ser engolida. Conforme não teria recusado o alimento imposto pela mãe quando criança, agora marca no corpo essa recusa de ser o alimento – erotizado. A anoréxica encontra dificuldade de se colocar diante do enigma do desejo do Outro ou, ainda, como objeto do desejo para o outro – homem. Conforme Cristiana Pittella de Mattos (2004, p. 81), “cena que colocaria em jogo o desejo do Outro e na qual a questão histórica do que é ser mulher para o desejo de um homem poderia se colocar”.

Ao retomar a teorização sobre os nada da anorexia, faltar-se-ia mencionar o outro nada, que, conforme nos alerta Massimo Recalcati (2001), caracteriza-se pela

dimensão psicótica dos casos considerados graves. Um nada que, ao contrário do primeiro, que está em relação ao desejo do Outro, exprime uma recusa radical do Outro. “Em primeiro plano, não está o desejo do nada, mas a redução do desejo a nada” (RECALCATI, 2001, p. 32). Trata-se de um nada congelado, imperturbável, impossível de dialetizar, e que expressa, justamente, uma recusa à alteridade do Outro. Para o autor, enquanto o nada na neurose é uma tentativa de afirmação do desejo, o segundo nada está referido a uma modalidade de gozo que exclui o Outro, assexuada, sem relação com o registro simbólico (falo) e a castração. “[...] o corpo magro não é falicizado, mas se reduz a uma barreira relacionada ao risco de uma destruição percebida como real” (Idem, pag. 33).

Segundo Célia Salles (1999, p. 37), nos casos de neurose evidencia-se o “fantasiar a morte para ser amado” em contraposição à anorexia, em que se pode de fato morrer como forma de se separar do Outro. A inclinação à passagem ao ato, nesses casos mais graves, requer muita cautela do analista, que, dispondo-se a atendê-los, presencia, muitas vezes, uma possível vitória da pulsão de morte sobre a pulsão de vida. O apetite, nesses casos, é de morte, um empuxo do corpo à sua destruição.

## **5 ANOREXIA NERVOSA: REFLEXÕES CLÍNICAS**

### **5.1 Sobre a Transferência e Manejo Clínico**

As reflexões sobre o manejo clínico e a transferência, que virão a seguir, são fundamentadas exclusivamente na teorização de orientação lacaniana. Esta delimitação se deu tanto pela profusão de textos referentes ao estudo da anorexia nesta vertente quanto por meu interesse em descobrir suas potencialidades como instrumentos na tarefa clínica.

Como deu uma moça, no Barreiro-Novo, essa desistiu um dia de comer e só bebendo por dia três gotas de água de pia, benta, em redor dela começaram milagres. Mas o delegado regional chegou, trouxe os praças, determinou o desbando do povo, baldearam a moça para o hospício de doidos, na capital, diz-se que lá ela foi cativa de comer, por armagem de sonda. Tinham o direito? Estava certo? Guimarães Rosa (2001, p.75)

Os casos de anorexia geralmente chegam aos consultórios dos analistas após fazerem o percurso, pela clínica médica, um tanto insatisfatório no quesito sucesso do tratamento. Pode-se perceber um discurso já desgastado e desacreditado, tanto pela paciente quanto por seus familiares. Para os médicos, a anorexia é um quadro incompreensível, que se choca com a lógica comum e o impulso pela vida (FERREIRA, 2003). Isto se dá em função da anorexia não ser fundamentalmente um transtorno alimentar, mas construções sintomáticas em resposta a conflitos psíquicos, formas de defesa do sujeito frente a situações subjetivas insuportáveis.

A Psicanálise aborda o sujeito naquilo que tem de singular nessa construção do sintoma, em oposição à Medicina, que busca considerar a sua universalidade. Conforme Freud certa vez resumiu o método da psicanálise ao dizer: “Preocupo-me com o fato isolado e espero que dele jorre, por si mesmo, o universal” (JORGE; FERREIRA apud FREUD, 2005).

De acordo com Roberto Assis Ferreira (2003), na atualidade a Psicanálise tem entendido a anorexia como novas formas de apresentação dos sintomas, ou novos sintomas, os quais fogem do enquadramento clássico neurose-psicose-perversão. Para esse autor, por meio do sintoma caracterizado por essas estruturas, é possível, mediante o enigma, elaborar um saber endereçado ao analista. Dessa forma, afirma que, para que um comportamento passe ao sintoma analítico, é preciso que ele possa se fazer objeto de uma queixa, sendo endereçado ao outro suposto saber o sentido que o torna imperfeito ao sujeito. Ao contrário, os novos sintomas que se proliferam na contemporaneidade não se constituem em enigma para o sujeito, não havendo, portanto, demanda de análise. “O comportamento anoréxico faz sintoma para a medicina, mas não para o próprio sujeito” (FERREIRA, 2003, p.63). Já Massimo Recalcati (2001, p.27) nos indica que “Não há nenhum enigma na sua posição e, mas, até de preferência, um excesso de evidência”.

A abordagem terapêutica, à luz da teoria psicanalítica, contribui para o

entendimento e melhora nos prognósticos da anorexia, possibilitada pelo manejo transferencial. Diante das novas formas de sintomas, a pergunta se coloca: o que resta ao analista? Indagar como a psicanálise cura e evidenciar que é do encontro com cada sujeito, que carrega em seu corpo a sua mais preciosa solução – o sintoma – que se abre campo para algo do possível em relação ao tratamento. Diante dos impasses que os casos de anorexia anunciam, cabe-nos perguntar “qual a posição do analista diante daquele que não traz o seu sintoma como sofrimento, mas pelo contrário, o faz sofrimento para o Outro?” (MOTTA, 2004, p. 9)

Na análise, o fazer falar produz efeitos terapêuticos, uma vez que seja direcionado ao analista, podendo ser construído, a partir daí, uma demanda ou apelo ao Outro. Isso permite que o sujeito se desvencilhe do *pathos* de seu padecimento. Dito de outra forma, é necessário fazer o sujeito se perguntar sobre sua participação na produção do sintoma do qual se queixa, atribuindo-lhe sentido por meio da suposição de um saber. Segundo Maurício Tarrab (2004, p. 98)

Falar ao Outro é correlativo da suposição de que, no Outro, há um saber que poderia resolver o sintoma, e isso já é fazer o sintoma entrar numa dimensão precisa que é a do saber. Perguntar-se pelo sentido do que se padece é supor que o sintoma quer dizer algo, e essa suposição, essa crença abre o campo do inconsciente.

Isso demonstra o lugar que tem a análise como referência e destinatária do discurso do paciente, ainda que possa parecer, em alguns casos, que ele mesmo seja imune aos efeitos da palavra, com base na adoção de uma postura indiferente e alheia ao que se passa no *setting* analítico. A anorexia se oferece como espetáculo: um corpo cadavérico que anuncia a morte de forma real, porém não é condizente ou não encontra ressonância naquilo que o paciente apresenta em forma de discurso ou vislumbre de seu adoecimento. Como nos aponta Cristiane S. B. Napoli (2003, p. 59) “A presença do corpo esquelético exerce um poder sobre o Outro, estabelecendo uma relação de exigência de amor: que o Outro dê o que não tem”. Dessa forma, o analista, posto como anteparo a essa enunciação, buscar-se-ia subtrair a esse teatro da

degradação, para não satisfazer o prazer obtido pelo paciente por meio da oferta da cena histórica. Isso configura, portanto, um labirinto interminável, no qual existe o risco de o analista se perder.

Nos casos de anorexia, o dilema ético está colocado. Como encontrar o equilíbrio, na análise, entre o bem-estar promovido pela saúde clínica e a reivindicação da paciente pelo direito de encontrar satisfação da forma que mais lhe apetece, ainda que seja de forma mortífera conseguida pela aniquilação do corpo? Maurício Tarrab (2004) coloca o termo 'patologia da ética' para ilustrar que, por meio da transferência, ainda que tênue, é possível que algo se desloque dessa apresentação do corpo – o mais-além do corpo – e da alimentação, preservando, até certo ponto, a escolha por não engordar. Seria uma aposta de que “há, mais-além do corpo e da alimentação, outra coisa” (TARRAB, p. 99). É necessário, portanto, esvaziar os significantes que aparecerem referentes ao universo da anorexia – “dessubstanciá-los” (TARRAB, p. 103) – para que possam se inscrever de outro modo, promovendo esse deslocamento.

Roberto Assis Ferreira (2003) coloca que a anoréxica, assim como a histérica, sempre leva ao fracasso aquele que espera algo dela. Nessa lógica, o analista, ao incorporar a posição de mestre que contém um saber, levará a que a anoréxica não só não se implique como também suscitará a demonstração de descaso por tudo que envolve seu tratamento. É necessário que o analista saia dessa posição, tomando a si mesmo como enigma para o outro, com o intuito de que a anoréxica possa se interrogar sobre o que quer dela aquele que não quer apenas curá-la. A partir disso, é possível que se estabeleça um encontro possível.

Ainda, para que haja alguma forma de endereçamento de demanda ao analista, é preciso que este, na tentativa de se desvencilhar da suposição de um saber sobre a paciente, não encarne também a posição da mãe-totalitária: o outro-materno que responde às necessidades do outro-filho sem deixar margem para o desejo – tomando, mais uma vez, a demanda pela necessidade. Diante disso, a lógica se inverte por meio do acesso a um espaço para que a anoréxica possa esvaziar-se, e não empanturrá-la com respostas, soluções e tarefas, como geralmente o fazem os terapeutas do comportamento.

Acolhimento e escuta são imprescindíveis. É preciso escutar – por meio do

estabelecimento da transferência – que a anorexia pode, inclusive, ser uma forma de defesa contra a morte, dada pela invasão do Outro, conforme visto anteriormente. A transferência, ao permear o fazer clínico na anorexia, é apropriadamente tomada por Maurício Tarrab (2004, p. 104) como “pequenos fios, esses fiapos, e, com isso, construir uma trama significativa [...]”.

O trabalho multidisciplinar em casos extremos torna-se uma indicação necessária (FUCKS; CAMPOS, 2010), com o intuito de se realizar um tratamento realmente eficaz, uma vez que proporcione, portanto, além da dimensão da necessidade, um espaço para o desejo. Como bem nos coloca Cristiane S. B. Napoli (2003, p. 62), a partir de sua experiência clínica após escutar seu paciente: “[...] temos um longo caminho a percorrer, juntos. Somando-se a isto, um suave e breve toque nos ombros e a disponibilidade. Série crucial ao tratamento que encontrou, no dispositivo analítico, via para construir uma solução particular”.

## CONCLUSÕES

No que tange à anorexia, as perguntas são mais generosas que as respostas. Há algo de estranho na cultura contemporânea, que guarda relação com a sociedade de consumo e o culto ao corpo, o que explicaria – em parte – o aumento da frequência desses quadros.

Evidencia-se, no mundo globalizado e frenético, uma mudança nos padrões de relação com o alimento, em que não há mais tempo para a família que se reúne em torno da mesa no momento das refeições. Segundo Sérgio P. R. Campos (1998, p.40)

A dimensão simbólica do alimento é a parte mais rica e é justamente ela que assegura o desejo, o conforto, a segurança, a dádiva do oferecimento (...), o degustar do prato predileto no paladar que se pode ser rememorado e comemorado com a família em torno da mesa. A dimensão simbólica e sexual do alimento é um agente de grande poder transformador naquele que come e naquele que oferece o alimento (...). O alimento se torna veículo de dimensão simbólica como nos contos de fadas que ora contém o veneno, ora contém a semente do encantamento, do poder e da libertação.

Essa transformação, de forma mais ampliada, tem profundas implicações no modo como as pessoas apreendem o mundo e seus objetos. Nos tempos atuais, o excesso e a abundância imperam na forma de consumo desenfreado, a partir do desenvolvimento maciço do capitalismo. Observa-se uma tentativa de “tamponar a falta” (MOTTA, 2004, p. 6) e o vazio constituintes do sujeito com objetos supérfluos e, paradoxalmente, investidos de valor para a sociedade. Acedeu-se à política da satisfação a qualquer preço, em que os objetos de consumo aludem à promessa de bem-estar e completude. Pode-se, inclusive, fazer uma correlação ao dizer que a cultura contemporânea tentaria tamponar essa falta ao se fazer valer da mesma posição que a mãe da anoréxica ocupa no seu desejo (MOTTA, 2004).

A Psicanálise, por seu lado, entende que a forma de escolha do sintoma não é alheia ao contexto sociocultural, embora enfatize a relação da anorexia com as questões subjetivas: a constituição do Eu desde os primórdios da relação com a mãe, os atributos de ser mulher, o feminino, ser desejante e, também, objeto de desejo.

O percurso teórico deste trabalho se deu com a eleição das contribuições de Freud e de dois autores pós-freudianos, escolhidas para enriquecerem o entendimento da anorexia. As construções teóricas convidam-nos a pensar nas vicissitudes da relação mãe-bebê e sua possível relação com as perturbações da imagem corporal e também provável causa para o desencadeamento desta doença.

Freud, além das muitas referências às variações do comportamento alimentar como expressão de sofrimento psíquico nos fenômenos histéricos, permite a construção da relação da pulsão de morte – a qual se tornou uma das maiores contribuições de sua obra – com a expressão clínica da anorexia. Esse autor nos aponta ainda para a relevância da fase oral na constituição psíquica da criança e expõe sua teorização sobre a primeira experiência de satisfação, ressaltando a importância do vínculo mãe-bebê na alimentação. Aqui chama atenção a indistinção entre necessidade e desejo e suas consequências para o surgimento da anorexia.

Laplanche nos convoca a pensar na assimetria da relação mãe-bebê, em que este último é alvo sexual da mãe, a principal cuidadora, por meio de excitações e da veiculação de mensagens enigmáticas verbais e não verbais. Esse autor propõe uma ampliação do entendimento da teoria freudiana sobre a sedução dos cuidados maternos, os quais estariam impregnados de sexualidade e restritos às zonas erógenas. Foram discutidas também as marcas do investimento libidinal e narcísico dos pais ou responsáveis nas crianças para a constituição do Eu e a relação com o desenvolvimento da anorexia, como provável tentativa de reparar uma possível desordem neste processo.

Já a hipótese de orientação lacaniana assinala para a existência, na anorexia, do nada – simbolizado pelo comer nada – como objeto separador do Outro, enquanto situada na dimensão neurótica. Na psicose, o nada exprimiria a recusa radical do Outro, por meio da aniquilação do corpo. Tornou-se imprescindível, nessa parte, conhecer os motivos da prevalência da anorexia na adolescência, período em que o corpo se prepara – mediante a emergência das pulsões sexuais e das questões relativas ao feminino – para se oferecer como objeto de desejo ao outro. Por último, coube discutir sobre o manejo clínico desses casos em análise, sob a transferência.

Não foi observado um consenso entre os autores pesquisados sobre o

diagnóstico, em Psicanálise, da anorexia. Segundo Mônica F. S. Motta (2004, p. 6) “não estamos diante de uma neurose clássica e sim diante de uma nova forma de sintoma [...] trans-estrutural [...]”. Essa ideia também é compartilhada por Roberto Assis Ferreira (2003), quando situa a anorexia ao lado dos novos sintomas, pois não se constituem em enigma para o sujeito. Já Cristiane S. B. Napoli (2003) afirma que a anorexia não se constitui no sintoma-alvo, mas em uma maneira de o sujeito estar no mundo e, por isso, tal como os sintomas psicossomáticos, deve ser abordada como sintoma em suspenso. Augustin Ménard afirma que a anorexia é, em primeiro lugar, um comportamento, antes de ser um sintoma. Massimo Recalcati (2001, p.27) propõe um enquadramento clássico para esses quadros, conforme a existência de “anorexias” – neurótica, perversa e psicótica. É, portanto, na particularidade de cada caso que se podem encontrar possíveis respostas ao problema clínico conceitual da anorexia (BARBOSA, 2006).

A anorexia é um tema instigante e as anoréxicas vêm nos convocar a fazer uma clínica única – como se faz único cada sujeito – e sem conclusões *a priori*. Faz-se necessário promover um genuíno encontro, promovido pela entrada em análise. Trata-se de um terreno árido, quase impermeável, porém, há uma aposta que, na maioria dos casos, só pode ser feita por uma parte: a do analista. É preciso vencer a angústia frente ao discurso de morte e aniquilação – algo a mais daquilo tão bem manifestado pelo corpo esquelético. Cabe, contudo, questionar, nesses quadros, a aparente fragilidade, de fato. Conforme colocou de forma apropriada uma paciente atendida por Alain Merlet (2008, p. 39) “Barrando meus excessos, sou excessiva”.

As perdas são inumeráveis. Perde-se, além da vitalidade e saúde do corpo, a inspiração e o laço com a vida. Trata-se da ruptura com um mundo invasor, insuportável e, para tanto, ergue-se a barreira com o que resta: o corpo – frente de batalha. O analista deve extrair do monocratismo dos fenômenos típicos (amenorreia, perda ponderal, hiperatividade e recusa ao alimento) o traço cromático desse sujeito e suscitar a demanda de análise, ou seja, o desejo da anoréxica de saber qual a sua parte na desordem da qual se queixa.

Não se trata da disfunção do comportamento alimentar, somente. Isso diminuiria as questões envolvidas na manifestação da anorexia, as quais são bastante complexas. Há um sofrimento imenso por trás desse quadro que se apresenta tão

gelidamente e que se torna incabível em literaturas, em teses, em receituários, em diagnósticos. Percebe-se que existe uma profusão de teorias, mas nenhuma com a pretensão de ser única e infalível.

Não se pode deixar de enfatizar que, paradoxalmente ao apelo da sociedade de consumo, a anoréxica coloca em questionamento o ideal da pós-modernidade. Com seu discurso da recusa deliberada, sustenta uma forma privilegiada, por meio do corpo engajado, de denúncia a essa falácia da completude e perfeição veiculada na contemporaneidade.

A discussão da cultura como fator predisponente é válida, porém tem suas limitações. Ver a anoréxica como escrava da moda, do mundo *fashion*, dos padrões de beleza impostos pelos meios midiáticos é reduzi-la à sua aceitação do olhar que o Outro lança sobre ela. Essa doença se faz, inclusive, como uma forma de se desviar desse olhar, causando horror e barrando os efeitos de um mundo invasivo.

Portanto, pode-se dizer que a anorexia diz respeito aos efeitos da cultura contemporânea, mas em franca oposição a ela, na tentativa ainda de dignificar o desejo desse sujeito em sofrimento. Não seria, então, outra clínica da subversão, tal qual a Histeria à época de Freud, em que a sua eleição vem demonstrar o modo de uma expressão subjetiva; um grito contra todo esse sistema sustentado pelo olhar de muitos? O protesto é outro, ainda que preservada a questão sexual e marcado pelo NÃO a todo o mal-estar gerado pelos imperativos: da mãe, da sociedade de consumo, da cultura de massa. Seria um discurso que desvelaria certa paixão pela liberdade?

Pensemos.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, Denise. **IX Jornada de Cartéis da Escola Brasileira de Psicanálise – EBPMG**. Belo Horizonte, março de 2006

CAMPOS, Sérgio Passos Ribeiro. **Anorexia: A parceria com o nada**. In: Curinga – A Clínica Psicanalítica no mundo globalizado. Revista da Escola Brasileira de Psicanálise. N. 12. Belo Horizonte, setembro de 1998

CARVALHO, Maria Tereza M. **Responsabilidade e resposta no crime de abuso sexual**. In: Marraccini, E.M.& amp; alli (orgs.) Limites de Eros, Primavera Editorial, São Paulo, 2012

COSTA VAL, A. **Em defesa da Clínica: a construção do caso aplicada à clínica da anorexia e bulimia**. Dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina. UFMG. Belo Horizonte, 2012.

FERNANDES, Maria Helena. **Transtornos Alimentares: Bulimia e Anorexia**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2012

FERREIRA, R. A.; CUNHA, C. F.; TORRES, H. O. G. **Anorexia e Bulimia na Adolescência**. In: LEÃO, E. et al. Pediatria ambulatorial. Belo Horizonte: COOPMED, 2013

FERREIRA, Roberto Assis. **Anorexia e bulimia: a condução do tratamento**. In: Reverso: Revista de Psicanálise. V.50, ano 25. Belo Horizonte, setembro de 2003

FERREIRA, Roberto Assis. **O Caso AJ**. In: Curinga – Clínica do Contemporâneo. Revista da Escola Brasileira de Psicanálise. V.1, n.20. Belo Horizonte: Seção Minas Gerais, novembro de 2004

FREUD, Sigmund. **À guisa de introdução ao narcisismo (1914)**. In Obras psicológicas de Sigmund Freud – Escritos sobre a psicologia do inconsciente, Vol. 1. Rio de Janeiro, Imago, 2004

FREUD, Sigmund. **Além do Princípio do Prazer (1920)**. In Edição *Standard* Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XVIII. Rio de Janeiro, Imago, 2006.

FREUD, Sigmund. **Carta 105 (1899)**. In Edição *Standard* Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. I. Rio de Janeiro, Imago, 2006.

FREUD, Sigmund. **Casos Clínicos (1893-95)**. In Edição *Standard* Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. II. Rio de Janeiro, Imago, 2006.

FREUD, Sigmund. **Esboço de Psicanálise (1940)**. In Edição *Standard* Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XXIII. Rio de Janeiro, Imago, 2006.

FREUD, Sigmund. **Fragmento da análise de um caso de Histeria (1905)**. In Edição *Standard* Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. VII. Rio de Janeiro, Imago, 2006.

FREUD, Sigmund. **Formulações sobre os dois princípios do Acontecer Psíquico (1911)**. In Obras psicológicas de Sigmund Freud – Escritos sobre a psicologia do inconsciente, Vol. 1, Rio de Janeiro, Imago, 2004

FREUD, Sigmund. **História de uma neurose infantil (1918)**. In Edição *Standard* Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XVII. Rio de Janeiro, Imago, 2006.

FREUD, Sigmund. **O problema econômico do masoquismo (1924)**. In Edição *Standard* Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XIX. Rio de Janeiro, Imago, 2006.

FREUD, Sigmund. **Rascunho G (1985)**. In Edição *Standard* Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. I. Rio de Janeiro, Imago, 2006.

FREUD, Sigmund. **Totem e Tabu (1913)**. In Edição *Standard* Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XIII. Rio de Janeiro, Imago, 2006.

FREUD, Sigmund. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905)**. In Edição *Standard* Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. VII. Rio de Janeiro, Imago, 2006

FREUD, Sigmund. **Um caso de cura pelo hipnotismo (1892-93)**. In Edição *Standard* Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. I. Rio de Janeiro, Imago, 2006

FUKS, B.B. & CAMPOS, T.S.P. **Anorexia: da urgência de uma nova prática clínica**. Tempo psicanalítico. V.42. N.1. Rio de Janeiro, junho de 2010

GARCIA, Marilena Chaves. **A Balança da Anoréxica: Comida x Desejo**. In: Estrutura em Psicanálise. Ano XIII, V.7. Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro, 1991

JORGE, Marco Antônio Coutinho & FERREIRA, Nadiá P. **Lacan, o grande Freudiano**. Ed. Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 2005

JORGE, M. R. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4ª ed. Porto Alegre: APA, ArtMed, 2002

LAPLANCHE, Jean. **Novos fundamentos para a Psicanálise**. Martins Fontes, São Paulo, 1992

LAPLANCHE, Jean. **Vida e morte em psicanálise**. Artes médicas, Porto Alegre, 1970

MATTOS, Cristiana Pittella. **Anorexia e Bulimia em “Pollyana moça”**. In: Curinga – Clínica do Contemporâneo. Revista da Escola Brasileira de Psicanálise. V.1, n.20. Belo Horizonte: Seção Minas Gerais, novembro de 2004

MÉNARD, Augustin. **O objeto na anorexia**. In: Agente – Revista de Psicanálise. Ano VII. V13. Bahia, novembro de 2000

MERLET, Alain. **O pão dos anjos**. In: Revista Curinga. Revista da Escola Brasileira de Psicanálise. V.1. N.26. Belo Horizonte: Seção Minas, junho de 2008

MOTTA, Mônica Fróes Schettino. **Anorexia/Bulimia: impasses da clínica**. In: Tese de conclusão do curso de Formação em Psicanálise. Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais – IPSM, maio de 2004

NAPOLI, Cristiane Saude Barreto. **O desejo do analista e o desejo de curar**. In: Curinga – Como a Psicanálise cura. Revista da Escola Brasileira de Psicanálise. V.19. Belo Horizonte: Seção Minas Gerais, novembro de 2003

RECALCATI, Massimo. **Os dois “nada da anorexia”**. In: Correio – mais forte que eu. O real, a letra e o novo amor. Revista da Escola Brasileira de Psicanálise. V. 32. Belo Horizonte, abril de 2001

ROSA, João Guimarães. **Grande sertão: veredas**. 19ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001

SALLES, Célia. **A boca e o olho – um caso de anorexia**. In: Agente – Revista de Psicanálise. Ano VI, N.11. Bahia, abril de 1999

SANTIAGO, Ana Lydia. **Anorexia mental e função fálica**. In: Curinga – a clínica psicanalítica no mundo globalizado. Escola Brasileira de Psicanálise. N.12. Belo Horizonte, setembro de 1998

TARRAB, Maurício. **Comentário do Caso AJ**. In: Curinga – Clínica do Contemporâneo. Revista da Escola Brasileira de Psicanálise. V.1, n.20. Belo Horizonte: Seção Minas Gerais, novembro de 2004

Wikipédia. Enciclopédia Livre. [http://pt.wikipedia.org/wiki/Clara\\_de\\_Assis](http://pt.wikipedia.org/wiki/Clara_de_Assis)

Wikipédia. Enciclopédia Livre. [http://pt.wikipedia.org/wiki/Catarina\\_de\\_Siena](http://pt.wikipedia.org/wiki/Catarina_de_Siena)