

Universidade Federal de Minas Gerais

Evaristo Nunes de Magalhães

A CLÍNICA LACANIANA DA ANOREXIA

Belo Horizonte
2014

Evaristo Nunes de Magalhães

A CLÍNICA LACANIANA DA ANOREXIA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutorado.

Professor Orientador: Roberto Assis Ferreira

Belo Horizonte
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Prof. Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitora: Profa. Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Prof. Ricardo Santiago Gomez

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof. Renato de Lima dos Santos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Francisco José Penna

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. 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: Profa. Benigna Maria de Oliveira

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

Coordenadora: Profa. Ana Cristina Simões e Silva

Subcoordenador: Prof. Eduardo Araújo Oliveira

Colegiado:

Alexandre Rodrigues Ferreira – Titular

Ana Cristina Simões e Silva - Titular

Benigna Maria de Oliveira - Suplente

Cláudia Regina Lindgren - Suplente

Débora Márques de Miranda - Suplente

Eduardo Araújo de Oliveira - Titular

Helena Maria Gonçalves Becker - Suplente

Ivani Novato Silva – Titular

Izabel Vasconcelos Barros Poggiali – Discente Suplente

Jorge Andrade Pinto – Titular

Juliana Gurgel - Suplente

Marcos José Burle de Aguiar – Titular

Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana – Titular

Roberta Maia de Castro Romanelli - Suplente

Sérgio Veloso Brant Pinheiro - Suplente

Suelen Rosa de Oliveira – Discente Titular

AGRADECIMENTOS

À Francisco Gonçalves Magalhães (saúde... muita saúde).

À Efigênia, Ivanete, Maria de Fátima, Wilson, José Francisco, Ana, Álvaro e Kátia.

À Karine, Bernardo e Isadora.

Ao Othon, Ângela, Ulisses e Ana Luíza.

Ao Roberto Assis (uma das pessoas mais generosas que eu já conheci).

Ao Jeferson Machado Pinto.

Ao Reginaldo (em especial), Telma, Marcelo e Mário.

À Renata (a melhor revisora que eu já conheci).

Aos meus entrevistados.

Aos meus amigos do Centro Universitário de Belo Horizonte, da Faculdade de Ciências Jurídicas Prof. Alberto Deodato e da Faculdade de Minas Gerais.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo discutir a clínica lacaniana da anorexia. Para tanto, foi utilizada como parâmetro de pesquisa a metodologia qualitativa, que contou com uma pesquisa bibliográfica e com uma pesquisa de campo. Foram consultados os principais autores que discutem a anorexia e que têm como referência a teoria lacaniana. Foram entrevistados nove profissionais que atuam nessa clínica. Ao longo do trabalho, buscou-se estabelecer uma interconexão campo/literatura. O trabalho foi dividido em quatro capítulos. O primeiro discute a chegada da anoréxica na clínica. Essas meninas, em geral, não procuram os psicanalistas por vontade própria. Quase sempre, elas chegam a um hospital carregadas pelos pais, mais especificamente, pela mãe. Não há uma demanda clara. A demanda supõe um sujeito que busca um saber sobre si, o que não ocorre na anorexia, uma vez que a recusa não é colocada como um problema. O que essas meninas não demandam? Do que elas não querem saber? O que, na verdade, elas estão recusando? Comer **nada**, na anorexia, significa anestesiá-la mãe que sufoca com a papinha, a distorção estrutural da imagem corporal, do sexo e da feminilidade com todas as suas implicações. O segundo e terceiro capítulos discutem como se dá rompimento deste circuito de demanda, quase nula, nesses sujeitos. O circuito mortífero anoréxico só encontra um limite quando a vida é colocada em risco. Neste momento, também, ainda não é possível falar de uma demanda no sentido psicanalítico. Há, sim, um pedido de socorro. O psicanalista não pode ficar avesso a esse pedido. Faz-se necessário, via transferência, provocar uma torção nesse pedido de ajuda, implicando a anoréxica em seu sintoma. Essa retificação subjetiva só é possível porque está embasada nos seguintes pressupostos clínicos: a construção do caso clínico, a interpretação da recusa, o desejo do psicanalista e o ato analítico. Posto isto, foram discutidas duas experiências de tratamento psicanalítico com casos graves na Itália. O quarto capítulo, por sua vez, discute a clínica lacaniana contemporânea da anorexia. Propõe-se um outro olhar sobre a clínica da anorexia. O olhar não é mais sobre a interpretação do sintoma - a anorexia é vista como um enlace possível de ser feito frente ao real do corpo. Trata-se de casos em que o sintoma não cede à interpretação. Há uma permanência do sintoma. O papel do analista é o de suportá-lo a fim de evitar que ele transborde e coloque a vida desses sujeitos em risco. No apêndice final, foi disponibilizada a transcrição das entrevistas.

Palavras-chave: Clínica Lacaniana, Anorexia, Contemporaneidade.

ABSTRACT

This paper aims to discuss the Lacanian clinic of anorexia. Therefore, a qualitative methodology that included a literature review and a field survey was used. We consulted the main authors who study anorexia and refer to the Lacanian theory. Nine professionals working in this area were interviewed. Throughout the work, we sought to interconnect field/literature. The work was divided into four chapters. The first one discusses the arrival of the anorexic patient to the clinic. In general, Anorexic girls do not seek psychoanalysts by themselves. Most of the times, they are led to the clinic by their parents, more specifically, by their mothers. There is no clear demand. Demand usually comes from a person seeking knowledge about himself. Such fact does not occur in anorexia since food refusal is not seen as a problem. What don't these girls demand? What do they not want to know? What, in fact, are they refusing? Eating nothing in anorexia means anesthetizing the suffocating mother who suffocates through porridge the structural distortion of body image, sex and femininity in all its implications. Second and third chapters discuss the interruption of this demand circle, almost inexistent for these people. The deadly anorexic circle only finds limit when life is at risk. At this time also, it is not possible to talk of demand in the psychoanalytic sense. There is, rather, a call for help. The psychoanalyst can not neglect such request. It is necessary, through transfer, to twist this call in order to imply the patient in her symptom. This subjective rectification is only possible because it is grounded in the following clinical assumptions: the construction of the clinical case, the interpretation of the refusal, the desire of the analyst and the analytic act. Having said that, we studied two experiences of psychoanalytic treatment in severe cases in Italy. The fourth chapter discusses anorexia contemporary Lacanian clinic. We propose a different view of the anorexia understanding and treatment. The view is not about the interpretation of the symptom any longer. Anorexia is seen as a possible link to be built from the real body image. This is where the symptom does not dive into the interpretation. There is a permanence of the symptom. The analyst's role is to bear all that in order to prevent it from overflowing and endangering individuals lives. The interviews transcripts were enclosed in the annexes.

Key-Words: Lacanian Clinic, Anorexia, Contemporaneity.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	18
DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS	23
1. A AUSÊNCIA DE DEMANDA DE TRATAMENTO ANALÍTICO NA ANOREXIA	28
1.1 A RELAÇÃO ENTRE O OUTRO MATERNO E A AUSÊNCIA DE DEMANDA DE ANÁLISE NA ANOREXIA	32
1.2 IMAGEM CORPORAL E AUSÊNCIA DE DEMANDA DE ANÁLISE NA ANOREXIA	38
1.3 SEXUALIDADE E AUSÊNCIA DE DEMANDA DE ANÁLISE NA ANOREXIA	44
1.4 A RELAÇÃO ENTRE O FEMININO E A AUSÊNCIA DE DEMANDA ANALÍTICA NA ANOREXIA	50
2. O PROCESSO DE ENTRADA DA ANORÉXICA EM ANÁLISE	58
2.1 QUANDO O SINTOMA FRAQUEJA.....	59
2.2 BULIMIZAR A ANOREXIA OU O FRACASSO DO SINTOMA ANORÉXICO.....	65
2.3 UM PEDIDO DE SOCORRO.....	69
2.4 RETIFICAR A OFERTA	73
3. O LUGAR DO ANALISTA NA CLÍNICA DA ANOREXIA	83
3.1 A CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO ANORÉXICO.....	83
3.2 O ACOLHIMENTO ANALÍTICO NA CLÍNICA DA ANOREXIA	93
3.3 O SENTIDO DA RECUSA NA CLÍNICA DA ANOREXIA.....	101
3.4 A FUNÇÃO DO DESEJO DO ANALISTA NA CLÍNICA DA ANOREXIA	106
3.5 O ATO ANALÍTICO NA CLÍNICA DA ANOREXIA.....	113
3.6 O ATO ANALÍTICO NA EXPERIÊNCIA DE TRATAMENTO DA ANOREXIA NA COMUNIDADE ITALIANA LA VELA.....	124
4. A CLÍNICA LACANIANA CONTEMPORÂNEA DA ANOREXIA	134
4.1 A CLÍNICA DA ANOREXIA COMO RESPOSTA AO OUTRO	138
4.2 A ANOREXIA COMO GOZO	142
4.3 A CLÍNICA DA ANOREXIA COMO GOZO	155
CONSIDERAÇÕES FINAIS	166
REFERÊNCIAS	170
APÊNDICE	182

INTRODUÇÃO

Neste trabalho busquei discutir a importância da clínica lacaniana para a anorexia. Procurei mostrar a clínica desde a primeira abordagem da anoréxica, suas dificuldades, o manejo dessas pelo analista e as possíveis saídas para esse transtorno.

Como eixo metodológico para o trabalho de campo foi utilizada a entrevista semiestruturada. Procurei por profissionais que trabalham, quase que especificamente, com anorexia. Foram entrevistados nove psicanalistas, alguns médicos e psicanalistas. Para analisar o conteúdo das entrevistas, utilizei a técnica de análise do discurso em que interpretei os dados buscando as categorias chaves mais representativas presentes nas falas dos entrevistados. Entendo que o problema psicopatológico da anorexia não se restringe a um problema de comportamento alimentar.

Ao abordar a anorexia como sintoma, sob a ótica psicanalítica, procurei resgatar a possibilidade de se pensar o que há de mais importante no humano: o seu desejo, que se constitui nos modos de relação com o objeto.

Compreendo a anorexia da mesma forma que Máximo Recalcati quando diz:

(...) anorexia e bulimia não são simples alternativas em antagonismo, mas duas caras de uma mesma moeda, onde a anorexia indica a realização do ideal do sujeito, a bulimia representa seu naufrágio associado à irrupção do real da pulsão na cena do ideal. Em outros termos, a anorexia realiza uma apropriação através de uma identificação idealizante e uma prática de privação, já a bulimia manifesta a queda deste mesmo sistema que cede através de golpes de uma compulsão à repetição desenfreada. Neste caso, a bulímica virtualiza o objeto da angústia anoréxica, em contrapartida, a anoréxica edifica o ideal da bulímica (...). (RECALCATI, 2004b, p. 34). (tradução nossa).

Qual seria a necessidade e a justificativa de uma discussão em relação a uma clínica específica da anorexia?

No meu entendimento, existem elementos comuns e importantes nessa clínica que implicam em especificidades no estabelecimento da transferência que justificam a necessidade do trabalho. Há na anorexia uma dinâmica pela recusa e um funcionamento específico na relação com o Outro que põem algumas consequências para o começo do tratamento analítico, de onde, mais tarde, poderá surgir o diagnóstico estrutural. Foram, portanto, estes traços comuns que me motivaram a pensar na clínica psicanalítica da anorexia.

Meu referencial teórico foi o pensamento de Lacan sobre a anorexia e sobre o tratamento psicanalítico. Lanço mão de inúmeros textos de Freud, porém, dando a esses uma abordagem a partir do pensamento de Lacan.

A anorexia foi definida por Lacan como comer-nada. Este significante, nada, caracteriza bem as anoréxicas, podendo ser reportado ao campo do desejo. O objeto nada da anoréxica encontra-se também presente na sua relação com o psicanalista: não há demanda de tratamento. Essas meninas, quase sempre, não querem se tratar. Elas estão satisfeitas com sua condição. Para elas, estarem anoréxicas é visto como um troféu, haja vista muitas exibirem a sua condição como uma vitória. Quem se angústia com sua condição, em geral, é a família, e, principalmente, o genitor.

Para este trabalho, recorri às principais referências teóricas sobre o tema: Domenico Cosenza e Máximo Recalcati. Busquei as mais importantes discussões de Freud, Lacan, Miller, dentre outros, procurando trazer formulações sobre outras questões para tentar entender melhor a anorexia.

No capítulo 1, a demanda anoréxica foi apresentada como um problema, pois a anoréxica vive num circuito fechado e quase totalmente avessa ao que acontece em seu ambiente externo.

A demanda surge na criança quando a mãe tem clareza da diferença entre o que é da

ordem da necessidade e o que é da ordem do amor. A demanda, cabe lembrar, diz respeito a este último. O ser humano, mesmo depois de ter conquistado certo amadurecimento biológico e certa autonomia física, continua sendo impactado por questões que independem de sua estrutura orgânica. Quando há demanda, na verdade, isso ocorre porque o sujeito está sendo impactado por questões de ordem emocional. Deste modo, a demanda diz respeito àquilo que falta ao sujeito e que o coloca como um ser de busca contínua. Posto isto, procurei investigar as raízes da ausência de demanda na anorexia. Todas estas raízes foram encontradas nas entrevistas e na literatura consultada.

A primeira raiz encontra-se na relação mãe/filho. A não-demanda da anoréxica está intimamente relacionada com a mãe que também não demanda. Não há questão, não há desejo. São mães narcisistas que foram desprovidas do desejo de estabelecer relações objetais. Não há desejo porque é insuportável admitir a falta. Não há intervalo. É esse intervalo que cria a demanda.

Lacan (1969-70/1992) se refere também às mães das anoréxicas como mães-crocodilos, em cuja bocarra as crianças se encontram. Uma mãe-crocodilo representa bem o componente simbiótico típico da relação mãe/filha anoréxica.

A segunda raiz encontra-se na relação da anoréxica com sua imagem. Na anorexia existe um corpo à parte, perfeito, ideal, puro, ascético. É um corpo que não demanda porque não pode ser quebrado, mexido ou questionado: a anoréxica não quer criar um saber sobre o seu corpo porque ele já está dado. O ego ideal é o corpo do desejo avesso à passagem do tempo. O olhar da anoréxica está completamente marcado pelo ego ideal.

No *Estádio do Espelho* de Lacan (1949/1998) ocorre o momento de júbilo quando a criança descobre sua própria imagem refletida. A anoréxica permaneceu no tempo do júbilo com a própria imagem.

A terceira raiz encontra-se na relação da anoréxica com a sexualidade. A anoréxica não suporta os impasses colocados pelo real sexual. Ela cria um estado nirvânico, sem dor e sem contradições. Comer **nada** pode tornar-se a forma constante para zerar o sofrimento, fazendo com que a anoréxica viva de devorar o vácuo.

A quarta raiz tem a ver com a relação entre anorexia e feminilidade. Diante da castração, a posição masculina tende a uma melhor elaboração devido à promessa paterna do falo pela via da identificação. O menino segue porque a mulher de seu desejo não existe. É essa realidade que cria a demanda, o desejo, suas implicações e responsabilizações.

Já a menina espera o falo da mãe. Esta, contudo, não o pode lhe dar porque não o possui. A menina, então, se volta para o pai e lhe implora algo que lhe foi retirado. Afinal, só lhe resta esperar que o pai supra a sua castração. A ausência de demanda na anorexia pode ser uma resposta à ausência do falo na mulher, à devastação, à pulsão de morte.

No capítulo 2 foi feita uma investigação sobre o processo de entrada da anoréxica em análise.

A bulimia é o derramamento da anorexia. É o intervalo, próprio da bulímica, que pode propiciar os primeiros movimentos da anoréxica em busca de análise, quando a anorexia deixa de ser um recurso para separar-se do Outro e se transforma na encarnação do espectro angustiante da morte. Recalcati (2004b) fala de bulimização da anorexia. Para ele, a bulimia é o naufrágio da anorexia. É a bulimia que determina a desagregação da identificação idealizada da anorexia.

No entanto, ainda não se trata de uma entrada da anoréxica em análise. A literatura fala de um pedido de socorro. É quando a anoréxica se volta para o analista e tentar repetir, com ele, a mesma relação que possuía com o Outro materno através de um pedido de ajuda.

Pedir ajuda significa esboçar uma expectativa de encontrar um Outro especialista na

cura da anorexia. As pacientes quase sempre se dirigem ao analista com a expectativa de encontrar um especialista em transtornos alimentares. Colocam o analista na posição do Outro do saber. A entrada da anoréxica só vai ocorrer após o que Lacan (1958/1998) chama de retificação subjetiva.

Na retificação subjetiva, há a urgência de promover uma perda de gozo para que o sujeito possa emergir ao simbólico e desvencilhar-se das agruras de sua situação fantasmática. Sugere-se que de início se escute e se acolham reclamações que o paciente faz em relação ao Outro. A direção é a de esgotar as queixas até que a consistência do Outro – mantida por essa configuração sintomática – seja questionada. O primeiro objetivo do tratamento preliminar é dar a volta no aspecto imaginário da demanda de modo tal que o sujeito possa reconhecer sua implicação naquilo que ele se queixa. Um indivíduo capaz de fazer uma construção simbólica dessa envergadura já apresenta uma demanda retificada. Trabalhar a demanda é superar a ilusão de que o analista é um especialista em transtornos alimentares.

Retificar a oferta é a condição preliminar para que se articule uma demanda, que já não é apenas uma demanda de cura da ausência de apetite, mas que deve trazer consigo um enigma. É deixar a demanda insatisfeita para que possa começar a articular dialeticamente a transferência. Em Lacan (1958/1998), a retificação subjetiva significa colocar no centro o real do sujeito como irreduzível à realidade: qual a parte que você tem na produção de seu sofrimento? Esta é a questão nodal da retificação subjetiva.

Para Cosenza (2013), a via direta do tratamento na anorexia é, estrategicamente, a da histericização. É fazer aparecer, na fala do sujeito, a palavra encurralada na sua recusa, levando-o a reconhecê-la e a assumi-la como própria.

No capítulo 3 foi realizada uma discussão sobre o lugar do analista na clínica da anorexia. Para tanto, trabalhamos os seguintes tópicos: a construção do caso clínico anoréxico, o

acolhimento analítico na anorexia, o sentido da recusa na clínica psicanalítica da anorexia, a função do desejo do analista na clínica da anorexia e o ato analítico na clínica da anorexia.

A Construção do Caso anoréxico questiona o modo como o DSM IV compreende o diagnóstico e o tratamento da anorexia.

Construir o caso anoréxico visa buscar o ponto cego das narrativas nos momentos em que esse sintoma vacila em sua capacidade de sustentar a fantasmática do sujeito. O que importa são as produções do sujeito: qual a sua posição no discurso, qual gozo singular que seu sintoma circunscreve. É a partir desse ponto único que é possível ao analista lançar seu ato, sobre o qual somente a anoréxica poderá dar testemunho. O ponto nodal da Construção do Caso é o testemunho do encontro com o inusitado e com o indizível do gozo anoréxico.

No acolhimento analítico na clínica da anorexia, Recalcati (2003) indica a maternagem com a finalidade de estruturar um ambiente bom, capaz de oferecer estabilidade e uma resposta do Outro.

Como estratégia transferencial, o analista precisa assumir uma posição “contra-transferencial”: é ele que reconhece o analisante como “suposto saber” e não o contrário.

Nesse contexto, cabe ao analista lidar com uma posição menos distanciada para uma posição mais humanística de acolhimento. Ele precisa abster-se de toda perspectiva teórica e técnica. Qualquer movimentação por parte do analista pode ser devastadora e provocar a interrupção das idas às sessões.

O analista precisa atentar para momentos que venham apresentar intervalos mínimos de gozo que possibilitem a introdução de algo capaz de enlaçar a angústia a efeitos criativos. O modelo é o de Zoe em *Gradiva*. (FREUD, 1907/1974). Ao longo de toda a viagem do arqueólogo à Pompéia, ela acompanha o arqueólogo Norberto Hanold sem jamais confrontá-lo, sem jamais forçá-lo a acordar do delírio. Entretanto, Zoe não se funde com Norberto em seu imaginário. Fala

a ele em linguagem dúbia: a um só tempo manifesta a compreensão do delírio de Norberto e indica que não desposa este delírio.

Na clínica psicanalítica da anorexia, a recusa não pode ser tratada a partir da negação. O analista precisa se abrir para compreender qual amarração ela está sustentando. Ela possui um componente paradoxal de negação e afirmação do desejo. A recusa do alimento mostra uma tentativa de sustentação do desejo próprio, indicando como o indivíduo busca alguma afirmação de si.

O ato que diz “eu não quero mais comida” quer dizer o “eu quero” do desejo que busca um caminho para se fazer surgir. Em certos casos clínicos, pode-se dizer que a resistência seria a afirmação do próprio desejo de ser escutado. A luta contra a melhora seria, então, uma reação afirmativa da luta interior promovida pelo sujeito para não se submeter ao Outro.

A expressão desejo-do-psicanalista é o desejo como função. É estar aberto em sua crença de que há algo que possa ser feito ainda que a realidade se apresente quase totalmente obturada pelo sujeito. Isto é, sustentar a análise com o próprio desejo. O analista é a presença viva de que é possível um gozo mediado pelo simbólico. O analista está ali representando o universo da linguagem, da fantasia, das invenções e das amarrações criativas.

A função do desejo do analista é presentificar algo para além do corpo. Máximo Recalcati (2003) desenvolveu uma técnica de atendimento com grupos monossintomáticos de anoréxicas em que o desejo do analista é de fundamental importância para um prognóstico positivo no trabalho com esses sujeitos. Recalcati (2003) pergunta: como introduzir nesses grupos o princípio da divisão subjetiva, com o fim de produzir a transformação do idêntico na contingência do equívoco? É o desejo do analista que irá enxertar o equívoco, a não-coincidência entre enunciado e enunciação. É a função do analista que esvazia a identificação. O desejo do analista confere maior valor à não-coincidência que à coincidência; ao diferente, com o objetivo

de promover a singularidade.

O ato analítico na clínica psicanalítica da anorexia parte da ideia de Lacan (1967-68/s.d) de que se pode intervir no Real. A dimensão fundamental da psicanálise já não é da simples ressimbolização, mas a de que algo de fato acontece. O ato analítico precipita uma clareza antecipada advinda do real. Faz tomar uma posição pessoal. Algo de único e novo se constrói.

O ato quebra, por isso é pura contingência e não está situado no plano do necessário e da repetição. Ele funda e permanece fundando. Ele interroga o que falha na cadeia significante. Tem a ver com a verdade.

No capítulo 4 foi feita uma discussão sobre a clínica psicanalítica da anorexia no contexto da sociedade contemporânea. Este capítulo foi subdividido em três tópicos: a clínica da anorexia como resposta ao Outro, a anorexia como gozo e a clínica psicanalítica da anorexia como gozo.

A clínica psicanalítica da anorexia como resposta ao outro é herdeira da clínica psicanalítica clássica onde se tratava de decifrar o sintoma anoréxico na transferência. Nesta clínica, o sujeito anoréxico recebe do Outro sua própria mensagem sob forma invertida. O sintoma passa pelo Outro implicando o sujeito em sua mensagem.

Nesta mesma vertente, Lacan (1957/1998), ao deslocar a fala para a linguagem, caminha na direção da determinação significante do sintoma anoréxico. O resultado de significação depende da troca de um significante por outro.

No entanto, a aposta psicanalítica na elaboração do sintoma anoréxico por meio da decifração encontrou impasses. O significante do sintoma cobre não um significado, mas outro significante, o que supõe, quanto à busca de sentido, uma remissão infinita. Para Lacan (1957/1998), o sintoma, por natureza, é gozo e ele se basta. É o objeto *a* como uma sobra

pulsional inapreensível pela articulação significativa na estruturação do sujeito. Para além do desejo, resta o gozo que é compreendido pela angústia e está envolvido no sintoma. O objeto *a*, posteriormente, será visto como objeto mais-de-gozar, e já anuncia a crescente valorização da ideia de gozo em detrimento ao Nome-do-Pai na sequência da teorização lacaniana.

A clínica psicanalítica da anorexia como gozo é herdeira do sintoma que não se curva à interpretação. Ou seja, do sintoma anoréxico que persiste. Há um real que resiste, que é incurável. Por isso, a anoréxica mostra apego ao que lhe faz sofrer como se estivesse habitado por um gozo.

Compreender o sintoma anoréxico pela via do gozo, como tratamento do real que não se cura e como suplência ao declínio da mediação simbólica – e não tanto como questões passíveis de decifração –, são caminhos que apresentam a anorexia muito mais como uma solução do que como um problema. A anorexia se apresenta como funcionamento, estruturando um aparato singular que propicia ao sujeito se organizar. O valor de solução que ele possui levamos a deduzir que a análise não adotará a direção de sua evacuação.

Qual seria a proposta da psicanálise de orientação lacaniana para a anorexia no contexto da sociedade contemporânea?

A prática precisa ser inventada, o que nos indica que a prática é única em cada caso, estando alicerçada na transferência. Tal invenção se orientaria pelo que rastreia. O rastrear considera a relação com o impossível, uma vez que a falha de sentido no real se impõe ao ser-falante. A lógica leva em conta a contingência.

Trata-se de uma clínica em que não há lei no real. É um real fora do saber e além do sentido. É o nó. É o saber-fazer, no qual o saber se junta ao fazer e que não se constitui como lei. É um saber-fazer com o sintoma. É o que a anoréxica deu conta de produzir para sustentar sua angústia e para fazê-lo sobreviver.

Na clínica da anorexia como gozo, o *sinthome* anoréxico é o modo de enlace subjetivo, enodando os registros real, simbólico e imaginário. Ele dá um corpo ao sujeito ao conectá-lo com seu próprio gozo. É a poesia como campo da criação. É a clínica do tom de voz, do olhar, do gesto imprevisto em que o significante se materializa no corpo: o incorpóreo incorporado.

Se o discurso do contemporâneo busca cada vez mais gozo, oferecemos Um gozo, aquele que é próprio ao sujeito e através do qual ele goza do inconsciente. O *sinthome* aparece como solução nos moldes de uma suplementação à inconsistência do Outro. O *sinthome* faz o não-todo tomar corpo. A anorexia é um estilo, um modo de ser e de gozar.

Trata-se de uma singularidade que faça laço, não que o destrua. Na clínica contemporânea da anorexia, localizar o gozo, fixar os elementos do discurso, coordenar a pulsão com o simbólico são operações que podem definir o fazer analítico da anorexia.

Que lugar o analista deverá ocupar para dar conta disto? Como operar tendo em vista a lógica do não-todo? O analista poderá se decair para um analista como causa de sintoma, fazendo-se de parceiro da anoréxica. Trata-se de fazê-la suportar a inconsistência do Outro, sua ausência de garantia. Essas indicações favorecem uma clínica da suplência na anorexia. Isso será o início de um trabalho que poderá, ou não, se desenvolver para uma demanda de saber, mas já será muito se o sujeito consentir em fazê-lo.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Para o desenvolvimento desta pesquisa, escolhi a metodologia qualitativa por entendê-la como o meio mais adequado para responder às questões propostas: meu objetivo foi fazer uma investigação teórico/prática da relação entre a psicanálise e a anorexia, tendo como recorte principal a clínica.

Para tanto, fiz ampla pesquisa bibliográfica acompanhada de análise esquemática sobre o assunto. Paralelo a isso, foram realizadas nove entrevistas com profissionais que atuam com psicanálise e anorexia - o intuito foi compreender suas condutas clínicas.

Procurei, ao longo da pesquisa, compreender os significados, as motivações, os valores e as crenças que estão submetidos ao fenômeno teórico/clínico anoréxico.

Para a pesquisa bibliográfica, realizei consulta nos principais trabalhos científicos sobre o tema e que são importantes por serem capazes de fornecer dados atuais e relevantes. Utilizei livros, artigos, entrevistas, dissertações e teses.

Nas entrevistas, procurei estabelecer interação com os entrevistados, tentando obter o máximo possível de informações sobre o assunto. Pondero que a entrevista como coleta de dados sobre um determinado tema científico é a técnica mais utilizada no processo de trabalho de campo. Por meio dela podemos obter informações coletando dados objetivos e subjetivos. O que me interessava, entretanto, eram os dados subjetivos, uma vez que eles se relacionam aos valores, às atitudes e às opiniões dos sujeitos entrevistados.

Propus com muito cuidado as entrevistas. Elaborei um plano detalhado, tendo em vista os objetivos a serem alcançados: escolhi os entrevistados a partir do critério de vivência com o tema pesquisado. Marquei com antecedência as entrevistas. Delimitei todas as condições

favoráveis que pudessem garantir aos entrevistados o sigilo de suas confidências e de suas identidades. Por fim, preparei e organizei um roteiro básico com os eixos das entrevistas.

Quanto à formulação dos eixos das entrevistas, tive muito cuidado para não elaborar perguntas absurdas, arbitrárias, ambíguas, deslocadas ou tendenciosas. Os temas foram pensados levando em conta a sequência do pensamento do pesquisado. Procurei dar continuidade na conversação, conduzindo a entrevista com certo sentido lógico para o entrevistado.

Visando ainda o máximo de naturalidade durante o processo, comuniquei a questão de forma direta, propiciando ao pesquisado rememorar os dados de sua vivência. Durante a entrevista, procurei, na medida do possível, ir suscitando a memória do pesquisado.

As formas de entrevistas mais utilizadas são a entrevista estruturada, a semiestruturada, a aberta, com grupos focais, a história de vida e também a entrevista projetiva. Nesta pesquisa trabalhei com as entrevistas semiestruturadas.

Nas entrevistas semiestruturadas, o informante tem a possibilidade de discorrer mais à vontade sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de eixos previamente definidos em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal.

O entrevistador deve permanecer atento para conduzir, no momento que achar importante, a discussão para o assunto que o interessa, fazendo intervenções adicionais para esclarecer questões que permaneceram obscuras ou ajudar a recompor o sentido da entrevista, caso o informante tenha ultrapassado o tema ou tenha alguma questão com ele. Esse tipo de entrevista é muito importante quando se busca especificar o volume das informações, obtendo assim maior direção para o tema, intervindo para que os objetivos sejam alcançados.

A principal vantagem da entrevista semiestruturada é que ela atinge índice de respostas bem mais abrangente, uma vez que é mais comum as pessoas aceitarem falar sobre determinados assuntos. (SELLTIZ *et al.*, 1987).

As técnicas de entrevista semiestruturada também têm como vantagem a sua maleabilidade quanto à duração, propiciando cobertura mais aprofundada sobre assuntos específicos. Além disso, a relação entre o entrevistador e o entrevistado propicia respostas espontâneas. Referidas técnicas também são facilitadoras de abertura e aproximação maior entre entrevistador e entrevistado, o que possibilita ao entrevistador tocar em temas mais complexos e delicados: quanto menos sistematizada a entrevista, maior será a possibilidade de uma troca mais afetiva entre as partes.

Assim, esse tipo de entrevista propicia consideráveis índices na pesquisa dos aspectos afetivos e valorativos dos entrevistados, pois, suas respostas espontâneas e a maior liberdade a eles concedida, podem fazer surgir questões inesperadas ao entrevistador, o que poderá ser de grande utilidade em sua pesquisa.

Vale lembrar que a qualidade das entrevistas depende muito do planejamento feito pelo entrevistador. “A arte do entrevistador consiste em criar uma situação onde as respostas do informante sejam fidedignas e válidas”. (SELLTIZ, 1987, p. 644). Portanto, a situação em que é realizada a entrevista contribui muito para o seu sucesso, devendo o entrevistador transmitir, acima de tudo, confiança ao informante.

Nesta pesquisa, não estabeleci um número fixo de profissionais a serem entrevistados. Busquei entrevistar quantos profissionais fossem possíveis até que as respostas atingissem um nível saturação.

Utilizei como critério de inclusão considerar psicanalistas com experiência na clínica da anorexia com referencial psicanalítico, e como critério de exclusão considerei psicanalistas que não possuíam experiência nesta clínica.

Para analisar o conteúdo das entrevistas, foi utilizada a técnica de análise do discurso proposta por Bardin, Laville e Dionne. De acordo com tais autores, tal técnica tem como

finalidade sistematizar o conteúdo do que foi dito por meio de deduções lógicas, ou seja, por meio de categorias que ordenem os dados e possibilitem o estudo.

Para Bardin, a análise de conteúdo é

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistematizações e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 2010, p. 42).

Para realizar a análise do conteúdo de entrevistas, utilizei o sistema de reconto do material obtido sob a forma de categorias. Bardin (2010) afirma que os dados podem se organizar sobre temas-eixo (objeto referente) em torno dos quais se reúnem o que o interlocutor expressa a respeito dele. O tema eixo corresponde, então, a uma regra de recorte que não é fornecida de uma vez por todas, sendo construída ao longo do processo de análise dos dados. A constituição de categorias facilita o trabalho de análise e a sistematização dos dados.

O objetivo desta categorização “é fornecer uma condensação, uma representação simplificada dos dados brutos”. (BARDIN, 2010, p. 119). Parte-se da particularidade dos elementos, reunidos por aproximações e semelhanças, procurando-se agrupá-los sob a forma de categorias, às quais se atribuem títulos, sob a forma de temas-eixo. A partir de tal ponto, tornou-se possível estabelecer um debate entre a teoria e a práxis psicanalíticas no que tange ao tratamento anoréxico.

Sendo esta uma pesquisa que envolve seres humanos, procurei deixar claro todos os possíveis riscos, incluindo aqueles de integridade física e psíquica. Também procurei descrever as medidas para minimizá-los. Informei ainda aos entrevistados que os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não.

Toda entrevista supõe a exposição de dados pessoais, seja de natureza emocional, intelectual ou ideológica. Nesta perspectiva, procurei conduzir a entrevista de forma ética, proporcionando ao entrevistado o acolhimento necessário durante a realização da entrevista.

Ratifico ter assegurados os entrevistados da privacidade, do sigilo e da neutralidade que a aplicação de uma pesquisa com seres humanos requer, tornando claro os procedimentos utilizados para resguardar a sua integridade.

Por fim, informei aos entrevistados previamente sobre o caráter anônimo na transmissão do conteúdo selecionado. Garanti o caráter voluntário da participação dos mesmos e novamente os informei sobre os objetivos da pesquisa e as normas que seriam seguidas, seguindo as sugestões do Comitê de Ética da UFMG.

Um termo de consentimento livre e esclarecido, que foi previamente lido para cada entrevistado, foi devidamente assinado por todos que participaram das entrevistas realizadas.

DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS

Quando comecei esta pesquisa, eu já tinha consultado, de certa forma, uma extensa bibliografia sobre a anorexia. Como professor de Psicologia em um Departamento de Saúde e nos cursos de Medicina, Nutrição e Fisioterapia há 13 anos, meu foco de trabalho sempre foi a Clínica, com o objetivo de chamar a atenção para a interdisciplinaridade. De tal forma, venho, durante todo esse tempo, tentando problematizar a clínica a partir de discussões sobre o corpo. Utilizo o referencial teórico da psicanálise lacaniana tanto para as aulas expositivas quanto para discutir casos clínicos e supervisionar estágios.

Ter ido a campo foi muito importante para mim. Conheci diferentes profissionais, com experiências diversas e em contextos diversos. Pude vivenciar diferentes enfoques presentes na *práxis* psicanalítica lacaniana da anorexia. Inicialmente, confesso, assustei-me com tanta informação: a singularidade de cada experiência embaralha, num primeiro momento, a direção da pesquisa. Após ouvir novamente as entrevistas e transcrevê-las, pude organizar melhor os dados e esquematizar uma via possível para a elaboração deste trabalho.

No começo de cada capítulo apresento fragmentos de falas dos entrevistados tentando conectar a parte teórica com a parte prática do trabalho. Na verdade, todo o trabalho é uma tentativa de estabelecer uma interface entre o que o campo e a literatura apresentam sobre a clínica lacaniana da anorexia. A íntegra das entrevistadas, cabe ressaltar, encontra-se no Apêndice da presente tese.

Sendo a clínica psicanalítica lacaniana da anorexia o meu objeto de estudo, fiz uma ampla pesquisa na literatura sobre o tema. Quase não encontrei material específico sobre a clínica. Do material geral encontrado, portanto, fui pinçando capítulos, artigos e trechos que

tratavam ou faziam alguma referência à clínica. Desta pesquisa esbocei os tópicos e subtópicos deste trabalho.

Paralelo a isto, procurei profissionais que trabalhavam com a clínica da anorexia. Foi uma experiência sobremaneira importante para o meu trabalho. Algumas entrevistas chegaram a durar 2 (duas) horas. Alguns entrevistados, inclusive, sugeriram que eu retornasse, porque lembraram de coisas que esqueceram de falar. Importante dizer ainda que muito do que encontrei na literatura foi confirmado pela pesquisa de campo: algumas questões apareceram com uma nomenclatura diferente, porém, possuíam o mesmo sentido.

A questão da ausência de demanda na anorexia foi quase uma unanimidade entre os entrevistados. Alguns foram enfáticos: não há demanda de jeito nenhum na anorexia.

Todos os entrevistados concordaram que a anorexia não é um não-comer, mas um comer-nada. Este “nada” seria/é a ausência da demanda. Ele não se refere ao alimento apenas em sua função orgânica: o nada anoréxico é um modo de não existir enquanto linguagem.

Existe uma relação complicada entre as palavras e as coisas. Nomear é de uma natureza diferente. É outro universo que se cria. Estamos no campo da cultura e não mais no campo do sentido. Uma coisa é ver ou tocar os objetos, outra é descrevê-los e explicá-los. Nomear é da ordem do desejo. É como gostaríamos que as coisas fossem.

É do campo da linguagem que surge o desejo, porque há uma diferença entre as palavras e as coisas. Há um hiato e um vácuo que nenhum significante é capaz de preencher plenamente. Ao entrarmos na linguagem temos que lidar com este impasse no campo da verdade. A anoréxica prefere o **nada**. Com seu **nada** ela anestesia tudo. Ela não vive o drama dos neuróticos ou a ânsia e a angústia de querer dizer tudo com exatidão e não conseguir - a anoréxica esvazia com sua recusa.

Em contrapartida, ela não vive. É por isso que os entrevistados situam a anorexia no campo da pulsão de morte. Para a Psicanálise, a pulsão de morte tende a eliminar o conflito, impulsiona ao inanimado e zera o movimento.

Este hiato, próprio de quem fala, que a anoréxica anestesia com a pulsão de morte, é o mesmo da distorção da imagem corporal. O corpo da anoréxica é sem demanda porque, para ela, só serve um corpo avesso à linguagem. Um corpo sem divisão: pleno e asséptico. A sexualidade e a feminilidade, como uma experiência do campo da linguagem, também é neutralizada pela recusa.

Ao me deparar com a ausência de demanda na anorexia, não pude me furtar de colocar a seguinte questão para a literatura e para o campo: como e quando aparece a demanda analítica na clínica da anorexia?

A literatura me forneceu dois caminhos para discutir essa questão: o conceito de “bulimizar a anorexia”, de Máximo Recalcati, e o conceito de “retificação subjetiva”, de Lacan.

Os entrevistados não utilizaram esses conceitos para se referirem à entrada da anoréxica em análise. No entanto, as saídas que eles apontaram tinham o mesmo sentido. Muitos falaram da necessidade de um rompimento, neste circuito fechado anoréxico, para que alguma demanda pudesse ser esboçada. Muitos também comentaram sobre a necessidade da implicação subjetiva no sintoma. Tudo isso apareceu também nas entrelinhas de casos clínicos relatados por eles.

Quase todos os entrevistados disseram ainda que o rompimento do circuito fechado da anoréxica passa pela escuta do sintoma. Muitos disseram que a família também precisa ser escutada e que é só pela escuta que os sentidos subjacentes à recusa podem ser problematizados e elaborados.

Posto isso, busquei investigar, junto aos entrevistados, como eles enxergavam o papel do analista na clínica da anorexia. Muitos discutiram a importância da Construção do caso clínico anoréxico. Muitos entrevistados criticaram o modelo de abordagem médico da anorexia na perspectiva do DSM IV - não se deve padronizar o tratamento anoréxico a partir de critérios pré-estabelecidos. Cada sujeito é único em seu sintoma e em seu modo de construir enlaces para estes. Desse modo, poderíamos falar não em anorexia, mas em “anorexias”.

Outro dado bastante discutido nas entrevistas foi a questão do ato analítico como uma forma de intervenção nos casos limítrofes. Vários casos foram relatados de meninas que chegam à clínica com um quadro extremo de caquexia. A intervenção pelo ato analítico tem como objetivo tocar neste ponto limite entre a vida e a morte para que a menina possa produzir algo diferente desse quadro.

A questão do “sentido da recusa”, o “desejo do psicanalista” e “as experiências de internação para o tratamento da anorexia na Itália”, aparecem no corpo do texto sem nenhuma menção à pesquisa de campo. De fato, não houve nenhum comentário específico sobre isso no conjunto das entrevistas. Entretanto, nas entrelinhas das falas dos entrevistados, podemos encontrar elementos que convergem para o que está sendo discutido nesses tópicos.

Por fim, a questão da clínica contemporânea da anorexia apareceu em diversos momentos das falas dos entrevistados. Muitos entrevistados consideram impossível pensar a anorexia fora do contexto da sociedade contemporânea.

O corpo, a partir da década de 1990, se tornou um objeto sobremaneira explorado pela sociedade de consumo. As mídias passaram a exibir corpos extremamente magros como modelos de beleza a serem seguidos. A partir daí passamos a assistir a uma profusão de dietas e de técnicas voltadas para a transformação do corpo, supostamente obeso, em corpo magro. Neste contexto, a comida passou a ser vista como a grande vilã do corpo considerado disforme.

Corpo e culpa passaram a caminhar juntos. A mídia passou a focar a distorção como algo passível de eliminação. O deslizamento dos significantes como constituinte e o duplo como estruturante da experiência humana foram suplantados pela expectativa de encontrar o Um da perfeição física, da ausência do conflito e do movimento dialético, próprio daqueles que participam da linguagem.

A partir daí, a clínica clássica da anorexia, pautada na interpretação do sintoma, foi questionada: é possível falar de ausência de demanda na anorexia? Não seria a própria anorexia uma demanda? É possível falar em “cura” da anorexia? E o sintoma anoréxico que persiste? Não seria o próprio sintoma uma forma de “cura”? Não teria o analista a função de suportar o sintoma como um secretário do alienado?

1. A AUSÊNCIA DE DEMANDA DE TRATAMENTO ANALÍTICO NA ANOREXIA

As anoréxicas acham que não têm problema. – E1.¹

A demanda anoréxica é uma demanda mentirosa. Na verdade, elas não querem nem falar. Quando tentamos investigar, as repostas estão prontas. – E9.

A anoréxica não tem demanda: eu não vejo nela uma demanda do nosso trabalho. Aliás, eu não vejo nela demanda de trabalho nenhum. Eu vejo nela aquela que acha que está bem, que se contenta, que dá conta e que consegue se manter sem morrer. – E2.

Na anorexia quem demanda é a família. É a mãe, desesperada, quem busca socorro em função da gravidade da situação. Ela faz muito barulho e a filha mesmo fica muda. Não pede nada. Não demanda nada. – E3.

As anoréxicas, normalmente, vêm até mim trazidas pelas mães com um diagnóstico pronto. Já chegam com um rótulo e focadas nele. – E6.

Miller (2010) trata da demanda em duas perspectivas: uma demanda dirigida ao Outro que tem amor e uma demanda dirigida ao Outro que não tem amor. Na verdade, essas duas perspectivas têm a ver com a distinção entre pulsão e desejo.

A demanda dirigida ao outro que não tem amor remete à pulsão que não pode ser interpretada por não se encontrar o que interpretar. A demanda dirigida ao Outro que tem amor é uma demanda que pode ser interpretada porque se dirige ao Outro. Ou seja, a fala dá lugar à interpretação. Contudo, a demanda que não fala, que é silenciosa, não está aquém das regras da linguagem.

Neste trabalho, trataremos dessas duas vertentes da demanda na clínica lacaniana da anorexia. Nos capítulos 1, 2 e 3 pretendo trabalhar a primeira vertente porque entendo a recusa

¹ Utilizarei a grafia E1, E2, E3 etc. para me referir a Entrevistado 1, Entrevistado 2, Entrevistado 3 etc. que poderão ser encontrados nas entrevistas que serão apresentadas no Apêndice da presente tese.

anoréxica como uma resposta ao Outro materno, ao Outro do sexo, da imagem distorcida e da feminilidade. Compreendo a anorexia como um conflito, defesa ou rechaço do desejo e, por isso, permeável à interpretação.

A segunda vertente da demanda, ou seja, a demanda como impulso que não se destrói, que não se rechaça a si mesmo e permanece, pretendo discutir no último capítulo deste trabalho.

A demanda em psicanálise está, em certa medida, relacionada com a entrada do indivíduo na linguagem: no momento em que começamos a nomear as coisas, nos deparamos com a distância entre as palavras e os objetos. A demanda é a mola propulsora do humano. É ela que nos faz desejar, movimentando nosso psiquismo.

No humano, o alimento não serve apenas para suprir as necessidades físicas. Ele serve também para transmitir mensagens de natureza existencial. O bebê, por exemplo, ao nascer, começa a se relacionar com o mundo e a vivenciar sentimentos de toda ordem. Ao ser cuidado, ele estabelece relações de amor e de desamor com o Outro², e o alimento, deve-se ressaltar é também uma forma de cuidado. A grande questão é que o cuidado vem do Outro com uma determinada concepção de “cuidar”: quem o recebe possui uma concepção própria do que seja “cuidar”. Está aí uma diferença essencial que cria a demanda.

A demanda supõe sempre o sujeito com sua dependência e o Outro com sua disposição em supri-la - este pode responder para mais ou para menos. Não há resposta plena.

A anoréxica, por sua vez, não sabe lidar com a resposta que vem do desejo do Outro. A recusa do alimento pode ser uma resposta tanto ao “excesso de amor” que vem junto com o ato

² “O Outro, é dele que se trata na função da fala”. (LACAN, 1972-73/1985, p. 297). A constituição do sujeito e sua construção subjetiva não ocorrem sem alienação e sem assujeitamento – efeitos da identificação imaginária com a ordem simbólica e com o significante do Outro. O sujeito é um elo do discurso do Outro, onde muitos estão encadeados: “uma família inteira, um bando inteiro, uma facção inteira, uma nação inteira ou a metade do globo”. (LACAN, 1972-73/1985 p. 118).

de dar comida, bem como pode ser uma resposta ao que falta a este ato. É uma tentativa de dizer ao Outro sobre a sua dificuldade de ser plena em sua resposta.

É por isso que podemos falar em ausência de demanda de tratamento analítico na anorexia. A demanda supõe lidar com a falta³. É a falta que mobiliza a demanda. A demanda depende da interpretação do Outro sobre o que falta naquele que pede: quem demanda busca uma fala precisa. Como as palavras não são exatamente as coisas às quais elas se referem, a demanda nunca cessa. É este componente infinito que a recusa anoréxica vem imobilizar.

A recusa anoréxica visa imobilizar a falta. A menina se sente “vitoriosa” com sua caquexia porque “paralisa” o mundo. Com sua caquexia, ela controla o “para mais” ou o “para menos” que vem do Outro. A ausência de demanda de tratamento analítico é uma tentativa de controlar a vida e suas contradições. É uma tentativa de estabelecer uma uniformidade, uma constância, uma inércia. O intuito é o de quebrar qualquer movimento dialético que configure esforços para tentar suprir a falta e criar a partir dela. De tal forma, pode-se pensar que a anoréxica não demanda para não ter que trocar nada com o mundo. Para ela toda troca significa perda. Para ela não há ganhos na troca. Por isso ela prefere demandar o vazio: para se manter intacta e neutra na vida.

O sujeito anoréxico, quando come **nada**, na verdade, quer se abster da própria linguagem. O comer **nada** – expressão cunhada por Lacan e recorrentemente discutida na literatura psicanalítica sobre a anorexia – é uma metáfora sobre não compartilhar nada com o Outro, não socializar, não exercitar o afeto, o pensamento e a palavra. Enfim, não demandar e não desejar.

³ Tendo a falta como fio na problematização das relações primordiais da criança, Lacan a especifica fundamentalmente em seu seminário “A relação de objeto” a partir de três termos – frustração, privação e castração. A frustração é o ponto em que a criança se encontra pela incapacidade de ter o objeto de satisfação pelo qual necessita. A privação está ligada à falta de um objeto *real* que o sujeito enxerga como devendo lhe caber ou como devendo pertencer àquele que ele julga indevidamente privado. A castração é uma operação simbólica que explica a estrutura subjetiva do sujeito. (LACAN, 1956-57/1995).

A anoréxica, na verdade, quando recusa a comida, diz “não” à linguagem naquilo que ela possui de mais indefinido. No humano tudo é marcado pela linguagem: o corpo, o sexo, o Outro, a comida. Não estamos na ordem da satisfação/insatisfação, e, sim, na ordem do prazer/desprazer. Neste campo, nada é preciso. Tudo aponta para uma demanda ou para o desejo do desejo.

O comer **nada** do sujeito anoréxico é, no fundo, também dirigido ao psicanalista. A anoréxica não quer sentar-se à mesa da escuta para não ter que se a ver com suas questões. Não quer participar do banquete da palavra porque ela não é um retrato fiel dos objetos: a palavra deixa um resto que aponta sempre para um vazio. É toda a castração imanente à palavra que ela não suporta.

Sobre isto, Recalcati (2004b, p.188), em seu livro *La Última Cena* diz o seguinte:

o que se verifica na clínica da anorexia é uma espécie de disjunção entre sintoma e demanda. Descritivamente é o que observamos geralmente no início do tratamento: quem demanda algo não é quem padece de um sintoma. Pelo contrário, assistimos a uma subversão lógica da relação entre sintoma e demanda: quem demanda não tem sintoma e quem tem sintoma não demanda. Quem demanda geralmente algo são os pais (por exemplo, demandam que se normalize o apetite da filha). (...) A filha, ao contrário, em princípio, não demanda nada. A anoréxica não quer se curar da anorexia, que funciona para ela como uma espécie de cura auto-induzida. (Tradução nossa).

E Ferreira (2013, p. 1) complementa:

O paciente que chega raramente traz um sofrimento subjetivo. “Estou bem, resolvi emagrecer, minha mãe é que está doida inventando coisas”. Uma paciente esquelética: “eu me sinto gorda, não fico em paz, isto me persegue, sei que estou magra, mas tenho medo de engordar, minha vida está uma merda, todo mundo me controla, minha mãe me observa o tempo todo, não desgruda de mim, eu me peso várias vezes ao dia”.

Domenico Consenza (2008) afirma que a anoréxica não vive a própria condição como um problema. Ao contrário, há uma relação egossintônica de plena identificação e privada de interrogação sobre o próprio sintoma. Por essa razão não demanda nada, não estabelece nenhuma

transferência nem há a mínima intenção de disfarçar o próprio sintoma. É diante dessa barreira que o clínico se depara quando recebe o sujeito anoréxico: a anoréxica é impermeável ao sentido da interpretação.

A ausência de demanda de tratamento analítico na anorexia é uma tentativa de não acender à linguagem para não ter que se a ver com seus percalços. A menina ignora estar no mundo enquanto vai se definhando, fazendo o caminho inverso da vida bio-psíquica. Mobilizá-la para reiniciar o processo de encontro com o simbólico é o grande desafio da clínica de psicanálise.

1.1 A Relação entre o Outro Materno e a Ausência de Demanda de Análise na Anorexia

A demanda em si refere-se a algo distinto das satisfações porque clama. Ela é demanda de uma presença ou de uma ausência, o que a relação primordial com a mãe manifesta, por ser prenhe desse Outro a ser situado aquém das necessidades que possa suprir. (LACAN, 1958/1998b, p. 697).

Mãe e filha vivem uma relação de simbiose total. - E3

Eu lido com casos que têm uma relação muito complicada com a mãe, com os pais. Normalmente são pais muito presentes ou muito ausentes. Algumas vezes eu escutei casos de pais invasivos. São pais que olham as meninas tomando banho. Casos de abusos sexuais. - E4.

A anorexia desencadeia-se por uma relação distorcida da filha com a mãe. Às vezes, há uma dependência ou uma rejeição, podendo ocorrer as duas coisas combinadas. Depende do caso. As anoréxicas, quase sempre, são filhas de mães muito ansiosas e sufocantes. Encontro, também, cabe ressaltar, mães muito ausentes e negligentes. Quase sempre há um pano de fundo de um desequilíbrio mãe e filha, com fraqueza ou ausência do pai. É muito comum, também, a presença de um pai bruto e severo em excesso. Muitas sequer conheceram o pai. Não há relato de laço com a figura paterna. - E5.

Para o ser humano sobreviver, ele necessita dos cuidados de um Outro. O vínculo que

se faz nesta dependência com o Outro torna o sujeito apto a demandar deste o necessário para a sua satisfação biológica e para a sua realização psíquica. Ocorre que, quase sempre, o Outro interpreta a seu modo as demandas que lhes são endereçadas, e como estamos no terreno da linguagem, há aí uma imprecisão. É este desfalque – originário da demanda – que a anoréxica tenta neutralizar com a recusa.

O Outro materno da anoréxica interpreta a demanda que lhe foi endereçada tentando esgotá-la. Ele visa atender ao pedido por inteiro. A papinha que ele serve ultrapassa a ordem da necessidade e sufoca a demanda (LACAN, 1958/1998a). Mãe e filha se fundem para suprir a sua própria falta e neutralizar a demanda. A mãe “devora” a filha asfixiando-a. A filha “devora” a mãe pela recusa alimentar. A mãe ignora os desejos da filha porque existem outros objetos – que não ela – que a filha pode escolher.

O Outro materno não soube contribuir na constituição da imagem da filha anoréxica no *Estádio do Espelho* (LACAN, 1949-1998)⁴. O pedido de confirmação do júbilo encontrado no reflexo do espelho é respondido sem nenhum hiato. A demanda ocorre quando o Outro genitor consegue responder nem para mais e nem para menos, deixando um espaço para a idealização da totalidade. A mãe da anoréxica assegurou suficientemente a imagem, sustentando a medida do júbilo. Ela confirmou o júbilo e sufocou a demanda: compactou com o júbilo e esvaziou a demanda.

As mães das anoréxicas, de modo geral, exercem superproteção que sufoca a demanda e os desejos das filhas. Na verdade, elas é que querem ser superprotegidas. As filhas são quase uma extensão de seus próprios corpos. São mães que passaram pelo Édipo sem terem tido

⁴ LACAN, J. O Estádio do Espelho como formador das funções do eu. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1949/1998.

acesso à lei, ao limite. Quando estão diante do real⁵, da angústia, se sentem impotentes para manejá-los simbolicamente. (LACAN, 1962-63/2005). É por isso que vão para a ação e transformam suas filhas em objeto que servirá para barrar a dor da castração. De outro modo, elas poderiam buscar a mediação da palavra – o que implicaria o encontro com alguma fatia da coisa⁶ que ficou fora do simbólico, o que para elas é desesperador. São mães, em geral, radicais e controladoras.

Grande parte do arcabouço teórico-clínico da psicanálise está sustentado no princípio de que a entrada do sujeito na linguagem supõe um resto inominável. Este resto é o assombro para o qual não existe palavra ou explicação.

A tendência natural do aparelho psíquico é evitar o desprazer, o mórbido, enfim, o que leva ao desespero e à dor. Isso pode ser encontrado claramente nos textos iniciais da clínica de Freud (FREUD, 1893/95-1971). No entanto, na segunda tópica, Freud (1915/1996) mostra os limites dessa formulação chamando a atenção para as funções que as instâncias exercem na relação entre as pulsões: a pulsão de morte não é uma força independente, ela está totalmente imbricada na pulsão de vida e urge ser realizada. (FREUD, 1915/1996). É a pulsão de morte que aponta para a nossa condição finita. É ela que questiona nossas teorias fechadas sobre o sentido das coisas, nossas certezas, nossas fantasias, nossa arrogância racional. É ela quem escancara nossas deficiências e contradições e que, ao mesmo tempo, nos coloca em movimento simbólico.

⁵ O *real* diz respeito a tudo que não é recoberto pelo Simbólico, isto é, “fora da linguagem”. A distinção entre os registros do Simbólico, do Imaginário e do Real é um dos principais fundamentos do ensino de Lacan. “O real é o mistério do inconsciente”. (LACAN, 1972-73/1985, p. 178).

⁶ “A Coisa é o que do real padece do significante” (LACAN, 1959-1960/1988, p. 149). Não há nada entre a organização da rede significante e a constituição no real do lugar central que é o campo da Coisa; há um vazio, o que indica que este campo é intransponível. Não há Bem Supremo, visto que a Coisa remete ao Outro primordial, a mãe, o próprio objeto do incesto. É um bem proibido e não há outro bem. O único bem possível é proibido, com o que Lacan (1972-73/1985) entende que Freud inverte a lei moral. Assim, ao mesmo tempo em que a Coisa, no inconsciente, é o objeto perdido, é o que constitui a Lei. E, por isso, a Coisa é o que se revela de mais íntimo e mais exterior, no que Lacan chama de “extimidade” (LACAN, 1972-73/1985, “p. 173). Ao mesmo tempo em que a Coisa é fundada pela ordem simbólica, na operação de” interdição, como objeto proibido, diz da própria constituição subjetiva. É aquilo que está mais distante, no campo do impossível; o que, no nível do inconsciente, só uma representação pode representar.

A mãe da anoréxica tem muitas dificuldades no exercício da elaboração. Para ela, decifrar significa abocanhar a Coisa e neutralizá-la – o que não é possível. Entre a palavra e a Coisa existe uma distorção, um vácuo. No entanto, ela não suporta esse intervalo que aparece no limite da dialética de todo trabalho da subjetividade. É esse intervalo que cria a demanda, como se algo desequilibrasse e ela se sentisse impotente. Isso ocorre porque ela levou às últimas consequências a promessa do Outro de que é possível viver sem dor.

Se rememorarmos a história das mães das anoréxicas, veremos que a elas não foi dada a oportunidade de exercitar a elaboração. Elas reproduzem com as filhas o mesmo que fizeram com elas. É quase transgeracional. (CORREA, 2000). É por isso que na escuta da filha anoréxica é preciso que a mãe seja também escutada e que ambas se impliquem com seus desejos nessa história.

A demanda mostra em que medida a linguagem não reproduz com fidedignidade os objetos aos quais ela se refere. Ela mostra a Coisa, aquilo a que o sujeito pode se entregar e mergulhar em seu gozo, como ocorre nas anorexias mais graves. Existe a Coisa que o sujeito pode velar, mascarar e camuflar com todos os semblantes⁷ e as amarrações que o seu meio lhe oferece para fazer. (DARRIBA, 2005). Dentre essas possibilidades, existe a demanda como modo queixoso que pode mobilizar a busca de ajuda no sentido de tentar se a ver com ela. A mãe da anoréxica fracassou com relação à Coisa. Ela não queixa e não reconhece que precisa de ajuda. Ela se funde à filha no intuito de permanecer protegida de qualquer coisa mortífera.

No complexo de Édipo, o sujeito herda do pai a promessa de reencontrar um objeto que possa substituir a mãe. (FREUD 1924/1976). Como isso não é possível, porque nenhum objeto é a mãe, o sujeito começa a demandar e descobre que o desejo enquanto falta é estrutural.

⁷ Um conceito que Lacan situa entre o simbólico e o *real* na parte conclusiva de seu ensino, após o ter colocado entre os registros do simbólico e do imaginário, o semblante é, basicamente, um efeito do simbólico; resulta sempre do esforço para apreender o *real*. (ZALCBERG, 2003, p. 195).

Para a mãe e a filha anoréxica não existe desejo, não existe relação de objeto e não existe luto pela perda.

Nessa relação, a filha encontra-se submetida aos ditames da mãe. Ela não tem desejo próprio e não desenvolve nenhum senso de independência. E para haver demanda, é necessário que o sujeito reconheça a sua castração. A mãe utiliza a própria filha como tampão da falta. Com isso, ela tem que impedir a filha de demandar e de adquirir autonomia psíquica.

As origens do psiquismo podem ser remontadas ao ato de nascimento. O reflexo de chorar ao nascer pode ser compreendido como um dos primeiros movimentos mentais de reação – ainda bem primitivo – da criança em relação ao trauma do nascimento. O útero materno inscreve em nossa história a fantasia de termos em algum momento vivido num paraíso, sem demanda, sem desejo e sem dor. Nascer, assim, significa se a ver com as adversidades do corpo, do mundo externo e do Outro com suas cobranças reais e imaginárias.

Na anorexia, quando a criança começa a dar os primeiros sinais de adaptação ao corpo e ao mundo, a mãe se adianta, e, ao fazer por ela, confunde desejo e necessidade. A criança pede amor e a mãe, que não sabe dar o que não tem, pois ela não é faltosa, dá outra coisa que não o que a criança pede. A mãe asfixia com a papinha.

Quando a filha deseja, a mãe a sufoca porque o desejo da filha pode não ser ela mesma. E isso lhe é insuportável. Ao que tudo indica, ela deve ter sido o objeto do desejo de sua mãe como repetição.

Todos nós gostaríamos que o Outro fizesse todas as nossas vontades. Entretanto, o Outro tem suas preferências que nem sempre nos inclui. Se o Outro fizesse todas as nossas vontades, ele não seria o Outro. Esse é o grande problema das mães das anoréxicas. São mães

narcisistas que foram desprovidas do desejo de estabelecer relações objetais⁸. Não há demanda porque não há reconhecimento de fraqueza. Não há desejo porque é insuportável admitir a falta.

Lacan se refere também às mães das anoréxicas como mães-crocodilos, em cuja bocarra as crianças se encontram. (LACAN, 1969-70/1992). A metáfora faz todo sentido para nós que atuamos na clínica da anorexia. São mães canibais que zeram a demanda e o desejo de suas filhas – via pela qual poderiam desenvolver sua autonomia e liberdade a fim de amarrar o desejo.

O problema é que o desejo pode não ser a própria mãe e é isso que elas não suportam. Uma mãe-crocodilo representa bem o componente simbiótico típico da relação mãe/filha anoréxica: ela forma com a criança um circuito fechado em que o gozo⁹ não se encontra mediado pelo simbólico.

Nessa relação mortífera com a mãe, a filha entra num jogo de medir forças no qual alguém sairá derrotado. Ela usa o comer **nada** como forma de submeter a figura materna e cavar uma falta neste absoluto. Ela transforma a necessidade em desejo. Ela lança mão da própria morte para não ter que se a ver com sua mãe simbiótica. Pela radicalidade do Outro materno, ela desenha sua ação. Ela sequer chega a se queixar e a desejar porque não existe espaço e tempo. Não existe a castração.

É interessante observar como a mãe demora a perceber a anorexia da filha. É curioso

⁸ Lacan mostra que as relações objetais apontam para o desejo como falta estrutural que lança o sujeito na repetição por contingência. O *objeto a* é um conceito importante na obra lacaniana por mostrar que a repetição é estrutural ao próprio movimento das relações objetais do sujeito. O que se repete, na teoria lacaniana, é o próprio hiato na linguagem, sua transcendência ao objeto em si; o que se repete, no entanto, é a falta a ser, que faz girar os significantes no cerne de uma cadeia associativa. A repetição, assim compreendida, nos fala sobre sua capacidade de fazer movimentar o simbólico, de dar ao desejo sua força original, de fazer do desejo motor da capacidade dos sujeitos de se ligarem e religarem a objetos. A submissão do sujeito na linguagem é o que se repete. É da impossibilidade de simbolizar o desejo, de dar a ele um valor fundamental, que faz do desejo algo que sempre repete como furo a-significante, fazendo dele algo impossível de ser significatizado. (ALMEIDA; ATALLAH, 2008, p. 280).

⁹ “Lacan distingue três formas possíveis de gozo: o gozo fálico (que é um gozo simbólico, marcado pela castração, totalmente linguístico, que tem seu ápice na relação sexual e no gozo do órgão); o gozo Outro (que é o gozo da mulher, dos místicos, quer dizer, o gozo mais além do falo); e, por fim, o gozo do Outro (que é, por exemplo, o gozo do superego, o gozo psicótico: quem goza na psicose é o Outro perseguidor)”. (LACAN *apud* RECALCATI, 2004, p. 194) – (tradução nossa).

como ela denega os fatos. Ela sai sem se dar conta da posição de dominadora e se torna completamente dominada pela filha.

Como a mãe, a filha encontra-se num quadro de vulnerabilidade psíquica tal que ela não consegue significar o sintoma. Pelo contrário, não existe sintoma. Ela sempre está bem. Porém, se a anorexia apresentar algum intervalo, ela retorna à posição inicial de serva da mãe. É por isso que ela se mantém firme em seu intento de manter a mãe sob controle.

A ausência de demanda por análise na anorexia revela que o sintoma está sendo suficientemente capaz de sustentar uma posição. (RECALCATI, 2004b). Pela recusa, a anoréxica consegue submeter o Outro materno aos seus caprichos. Ela não reconhece o Outro como diferente. Logo, não há pedido de socorro porque não há intervalo. Mãe e filha encontram-se fundidas numa relação que parece eliminar qualquer espaço para a entrada do simbólico.

1.2 Imagem Corporal e Ausência de Demanda de Análise na Anorexia

O espelho, isto é, este momento da primeira relação consigo mesmo que é irremediavelmente, e para sempre, uma relação com o outro, só representa uma fase privilegiada na medida em que tem um valor exemplar para toda a sequência de um desenvolvimento; não é um estádio destinado a ser superado, mas uma configuração insuperável. 'Estádio do espelho, bem mal nomeado, onde afinal se trata muito pouco de espelho e de estádio. – (LACAN apud Ogilvie, 1991, p. 112)

Eu vejo-me e estou sem mim, conheço-me e não sou (...) começo a conhecer-me. Não existo. - (Fernando Pessoa apud Leyla Perrone-Moisés, s.d., p. 79)

O Estádio do Espelho (1949/1998) é, talvez, o texto mais emblemático na obra de Lacan para compreendermos a questão da distorção da imagem corporal e a associarmos com a ausência de demanda por análise na anorexia.

O bebê, quando nasce, não possui ainda uma imagem própria. Ele só reconhece o outro com a função de cuidador. O espelho, neste contexto, aparece como fundamental porque duplica a imagem da criança. Neste momento, ela fica paralisada olhando para si, como Narciso no lago cristalino. A coisa se complica quando a criança se volta para o adulto e lhe solicita que confirme o que ela vê. A confirmação do adulto está entremeada pelo seu desejo, no sentido de que ele vê o outro a partir da sua própria falta. O bebê, ao solicitar ouvir seu próprio desejo da boca do outro, fica no vácuo. Ele permanece na dúvida se o que ele vê refletido no espelho é o mesmo que é visto pelo Outro. A interpretação é o próprio ato de ver a partir do ponto da própria falta.

Ao entrarmos na linguagem, deve-se ressaltar, adquirimos o poder de nomear e de fantasiar as coisas, o que pode ser visto como o primeiro passo para o aparecimento das distorções; afinal, quando falamos e imaginamos, criamos um mundo à parte, feito de véus, máscaras e semblantes. Inventamos o mundo do nosso desejo: as palavras não são as coisas, e é por isso que elas podem ser manipuladas e podem ser criadas realidades com interesses diversos.

No que tange à anorexia, existe um corpo à parte, perfeito, ideal, puro, ascético etc. É um corpo que não demanda porque não pode ser quebrado, mexido ou questionado: a anoréxica não quer criar um saber sobre o seu corpo porque ele já está dado. Ela busca o corpo esquelético.

Freud (1914/1974), no texto *Sobre o Narcisismo: uma introdução*, trata de duas instâncias mentais que determinam a relação dos indivíduos consigo mesmos e com as coisas: o ego ideal e o ideal do ego¹⁰. O ego ideal, segundo ele, é corpo do desejo, é a imagem sonhada,

¹⁰ Outro texto de Freud importante para entendermos esta discussão é *Psicologia das massas e análise do eu* (1921/1976). Nele Freud também discute a diferença entre eu-ideal e ideal-do-eu. A identidade do eu e a troca do ideal do eu pelo objeto direciona, entre outras coisas, para a diferença entre o amor, como paixão, e a identificação parcial, no que diz respeito à escolha objetual, às vicissitudes das pulsões e ao narcisismo. Neste texto, Freud estabelece a diferença entre a identificação parcial e a paixão, definida por ele como fascinação e servidão amorosa: "no caso da identificação o objeto desaparece ou fica abandonado e é reconstruído depois no eu, que se modifica

avessa à passagem do tempo. Ele representa o momento do gozo jubiloso em que o espelho devolve a sua imagem ideal e fornece um corpo à mercê de uma insuficiência primordial. De tal forma, a anoréxica, então, olha para o seu corpo, o vê a partir do olhar do Outro e entra em pânico, porque não há correspondência. Só há distorção. Seu olhar está completamente marcado pelo ego ideal.

Na anoréxica, a base do investimento libidinal é o olhar. O prazer é ver. Porém, trata-se de um olhar mórbido, marcado por sentimentos de autorrejeição e de autodestruição.

O ideal do ego é a instância responsável pela realidade (FREUD, 1914/1974), pois ele confronta o desejo com a realidade. É ele quem aponta para a nossa condição de seres afetados pelo tempo biológica e afetivamente.

A anoréxica, entretanto, não possui o ideal do ego, e, se o possui, é de forma extremamente frágil. É o ideal do ego, deve-se ressaltar, que lança nosso olhar para a verdade incontornável de que o tempo nos faz envelhecer e morrer. É ele que chama a atenção para a nossa capacidade de negociar entre o que somos e o que gostaríamos de ser. Sobreviver sem ele é entrar num quadro delirante e arriscado. De tal forma, a anoréxica não demanda porque ela rechaça o ideal do eu: é puro eu ideal. Para ela, a perfeição física pode ser atingida. Ela renega a natureza e o tempo. Ela renega a castração. Seu lema é ascético e narcísico. Ela é puro reflexo dela mesma, e, nessa certeza identitária, não há queixa, sofrimento ou sintoma.

No *Estádio do Espelho de Lacan* (1949/1998c), ocorre o momento de júbilo quando a criança descobre sua própria imagem refletida. É um momento de puro prazer porque ela forma uma *gestalt* de si. Seu corpo ganha um contorno mental e afetivo e ela se reconhece. Ao olhar para a mãe, esta, a mãe, confirma o que ela, a criança, vê. Aliás, ela só se vê assim porque é vista

parcialmente, conforme o modelo do objeto perdido. No outro caso, o objeto subsiste, mas é dotado de todas as qualidades pelo eu e à custa do eu" (FREUD, 1921/1976, p. 59).

dessa maneira. Portanto, é o olhar e o desejo maternos que determinam qual olhar teremos sobre nós mesmos.

A anoréxica permaneceu no tempo do júbilo com a própria imagem. Ela se congelou nessa etapa como Narciso – apaixonado pela imagem que viu refletida no lago cristalino. Desse modo, seu risco é mergulhar e morrer afogada na própria imagem. E isso acontece com alguma recorrência. (RECALCATI, 2004b).

Admite-se que não há demanda na anorexia. Ao contrário, há fixação, compulsão à repetição e regressão a um momento narcísico de puro prazer. A anoréxica não suporta a dor ou a distorção. Seu desejo e seu corpo devem estar em perfeita simetria.

Para as santas medievais¹¹, o jejum representava uma via para a purificação do corpo dos pecados. O *pecado* da anoréxica é o corpo que ela vê refletido no espelho: ele não está de acordo com o corpo que deseja ter. Ela precisa *purificar* esse corpo extraindo dele tudo o que sobra, mas que insiste em não ser eliminado. É o ideal ascético e angelical que só existe no imaginário¹².

Se esse processo de *purificação* se radicaliza, instala-se um risco iminente de morte. Não há meio termo nem demanda. Não há um outro jeito de resolver. Se não há desejo, não há implicação e nem responsabilização. Não obstante, é possível ao sujeito, em algum momento, se implicar no *quantum* de desejo, estabelecendo outros anodamentos que não aqueles mortíferos – constantemente presentes nas passagens ao ato das anoréxicas.

¹¹ Sobre este assunto, vale consultar o trabalho que Rudolph Bell (1985) desenvolveu do século XIII até os dias atuais sobre a vida de mais de 250 mulheres italianas santas e beatas da Igreja Católica, utilizando-se de escritos autobiográficos, cartas e testemunhos de confessores e relatos canônicos. (Cf. BELL, R. M. *Holy anorexia*. Chicago: University of Chicago Press, 1985).

¹² Qualquer identificação é imaginária em todas as ocasiões. Identificar é obliterar a distinção entre o sujeito e o objeto da identificação. É dissolver as fronteiras que poderiam distinguir e separar o ego do Outro. A identificação corresponde, portanto, a um estado monádico que almeja a totalidade, completude e autossuficiência. O imaginário é uma mônada que se alimenta da miragem do outro, uma miragem na iminência da dissipação e da perda. Ser eu, sendo, ao mesmo tempo, o outro, é idílico, mas, também, mortífero, pois um dos polos dessa pretensa unidade está sempre à beira do desaparecimento. (SANTAELLA, 1999).

Françoise Dolto (2002), em seu livro *A imagem Inconsciente do Corpo*, nos fornece importantes ideias para entendermos a questão da ausência de demanda na anorexia.

A partir das formulações de Dolto (2002), podemos inferir que a questão da ausência de demanda por análise na anorexia é anterior a não correspondência do Outro na imagem do bebê refletida no espelho. Dolto (2002) amarra a ausência de demanda na anorexia a questões na construção da imagem corporal e do corpo¹³. A ausência de demanda advém de algum problema presente desde a concepção.

A partir do texto de Dolto (2002) podemos deduzir que as questões subjacentes aos problemas da ausência de demanda na anorexia não ocorrem apenas no momento em que o sujeito jubila sua imagem refletida no espelho. A origem da demanda vem desde a luta pela sobrevivência dentro do útero materno: a formação da demanda é também resultado das falas recebidas do Outro, pelo sujeito, acerca de seu corpo. Assim, a partir das formulações de Dolto (2002), podemos concluir que ausência de demanda por tratamento analítico na anorexia pode ser reportada a problemas de construção da imagem que começaram na concepção e continuaram após o nascimento.

A demanda surge no momento em que o sujeito começa a ter conhecimento de sua imagem para os outros. A ausência da demanda, cabe lembrar, está intimamente associada a uma imagem que permaneceu estática, ou seja, não houve nenhuma abertura para que a imagem inconsciente do corpo – responsável pela demanda – tomasse parte na estrutura psíquica do sujeito.

A demanda é o corpo constituído de uma parte inconsciente e de um lugar onde o sujeito pode dizer “eu”. É também o esquema corporal, interpretando objetivamente a

¹³ Dolto (2002, p. 11) chama de imagem falante do corpo. Ele afirma também que falar da imagem do corpo não quer dizer que esta seja somente da ordem do imaginário. (DOLTO, 2002, p. 9).

subjetividade, que é a imagem inconsciente do corpo. A demanda é o suporte substrato da linguagem numa contínua interpretação do que vem do corpo: a demanda é o conflito permanente entre as pulsões do esquema corporal; é a interpretação que produz sempre um substrato fantasmático dessas. A demanda amarra o organismo ao desejo.

Transpondo as formulações de Dolto (2002) para o problema da demanda de análise na anorexia, podemos afirmar que a ausência desta pode ser remontada a problemas na pré-existência do sujeito no discurso e no desejo parental: algo ocorreu e impediu que o organismo se tornasse imagem pela linguagem, dificultando a formação do psiquismo.

É quase como se a anoréxica tivesse permanecido no que Dolto (2002) chama de imagem estática do corpo. A anoréxica não foi introduzida na imagem funcional de corpo que tem um caráter de força - a imagem funcional¹⁴ tem a ver com o movimento, se localiza na experiência do prazer/desprazer e depende dos contatos apaziguadores da mãe. Não ocorreu na anoréxica a imagem inconsciente do corpo que é a síntese viva em constante devir das imagens de estática, funcional e erótica¹⁵. Na anorexia nada está em fluxo: a linguagem não veio revestir a falta. Na anorexia, a imagem dinâmica, que é o próprio desejo, não foi estruturada.

O sujeito nasce do desejo dos pais, mas, desde a concepção, já trabalha por sua sobrevivência. A demanda, portanto, começa no útero. A demanda é construída a partir das palavras da mãe; é a articulação das três imagens: de base, funcional e erótica.

A ausência de demanda por tratamento analítico na anorexia poderia ser reportada à experiência pré-subjetiva de formação da imagem da criança. Para Dolto (2002), as castrações¹⁶ vão torneando os movimentos subjetivos do bebê pela interdição do gozo. A ausência de

¹⁴ “É graças à imagem funcional que as pulsões de vida podem, após serem subjetivadas no desejo, tender a manifestar-se para alcançar prazer, objetivar-se na relação com o mundo e com o outro” (DOLTO, 2002, p. 43).

¹⁵ Como mostramos, a imagem inconsciente do corpo é o resumo vivo em constante mudança das três seguintes imagens: de base, funcional e dinâmica, ligadas entre si através das pulsões de vida, as quais são atualizadas para o sujeito no que denominamos imagem dinâmica. (DOLTO, 2002, p. 44).

¹⁶ As castrações – no sentido psicanalítico – são provas de fratura simbólica. (DOLTO, 2002, p. 66).

demanda na anorexia estaria relacionada a algum trauma¹⁷ no momento de castração do gozo. Ao que tudo indica, a castração não foi acompanhada pela palavra de testemunho do adulto como castrado¹⁸.

Para haver demanda, é necessário que a função simbólica, a castração e a imagem inconsciente de corpo estejam intrincadas de forma estrutural. É através da castração que a criança aprende a se comunicar com o mundo, a ter um comportamento ético, bem como a ter a liberdade para construir a própria vida.

O ato do nascimento impulsiona à demanda porque é a primeira experiência da castração. Após o nascimento, as palavras começam a singularizar o bebê: quando a castração do desmame é feita de modo confortador pela mãe, isso impulsiona o bebê a querer falar. Uma vez posto isso, a criança estaria minimamente preparada para a experiência do espelho.

Nesta perspectiva, podemos afirmar que a ausência de demanda por análise na anorexia tem a ver com questões presentes desde a placenta, passando pela relação com o genitor, culminando no confronto da imagem inconsciente de corpo com a imagem no espelho. Na anorexia, a criança não chegou ao espelho com a imagem que deveria, individualizada, desde a experiência do útero.

1.3 Sexualidade e Ausência de Demanda de Análise na Anorexia

A sexualidade é um dado bastante comum na clínica da anorexia. - E6

As anoréxicas são meninas com dificuldade em assumir uma

¹⁷ O recebimento desta proibição do agir, que ele pedia com força, provoca, na pessoa que a recebe, um efeito de trauma, o reforço de seu desejo diante da dificuldade, por vezes uma revolta, ameaçado como se sente pelo impedimento de seu desejo, diante da impossibilidade total de encontrar o objeto. (DOLTO, 2002, p. 62).

¹⁸ É, portanto, por impedimento, que o sujeito desejante é introduzido na força de seu desejo, que é um valor, ao mesmo tempo em que ele entra, assim, na lei, a qual lhe possibilita outros meios de identificação com outros sujeitos também marcados pela lei. (DOLTO, 2002, p.63).

posição frente ao outro e ao sexo. - E4

Algumas literalmente têm muita dificuldade de assumir esse novo corpo e de encorpar. - E5

A experiência da gestação é inscrita no psiquismo como paradisíaca. O ato do nascimento marca um corte nesta experiência que, num primeiro momento, cria um laço de dependência de um ser humano com o Outro. Esse Outro estabelece um laço, num primeiro momento, da ordem da sobrevivência física. A não correspondência total do cuidador com o cuidado, em detrimento da interpretação que o primeiro dá às necessidades do segundo, cria o desejo, que é a marca da discrepância entre o que é desejado e o que é dado como objeto - sexualidade é o nome deste movimento de buscar suprir a falta que o Outro não pode dar.

A sexualidade é o que coloca o psiquismo em movimento quando o indivíduo começa a compreender as mensagens que lhes são endereçadas pelo Outro. Quando no Édipo, por exemplo, o pai rompe o incesto mãe/filho, ele lança o filho no mundo da cultura que sai em busca de um Outro que possa ocupar o lugar da completude, agora não mais pela perversão, mas, sim, mediado pela lei. No campo da sexualidade, o sujeito exercita seus desejos levando em conta o Outro com seus limites e possibilidades.

Desde muito pequena a criança começa a participar do universo da linguagem e de seus impasses. Faz-se importante pontuar que muito se tem falado de anorexia em recém-nascidos¹⁹. A recusa alimentar é uma tentativa de neutralizar esse Outro que convida ao movimento e que chama para a convivência no universo das palavras. A ausência de demanda por tratamento analítico na anorexia busca romper a elasticidade imposta pelo sexual a partir do simbólico e do imaginário: habitar o mundo das palavras implica se a ver com a dubiedade. É,

¹⁹ Cf. MALDAVSKY, David. Anorexia na infância: metapsicologia e clínica. Uma contribuição ao estudo das dependências precoces. In: BERNARDINO, Leda Mariza Fischer. (org.). *Neurose infantil versus neurose da criança*. Agalma: Salvador, 1997.

talvez, isto que a anoréxica quer congelar com sua recusa. A ausência de demanda é uma tentativa de não querer estar com o Outro e gozar com Ele com todas as implicações que isto supõe.

O texto de Freud, talvez, mais emblemático para discutirmos a relação entre anorexia, sexualidade e ausência de demanda, é o *Rascunho G* (1895/1996). Nele Freud afirma: “a neurose nutricional paralela à melancolia é a anorexia. A famosa anorexia nervosa das moças jovens, segundo me parece (depois de cuidadosa observação), é uma melancolia em que a sexualidade não se desenvolveu”. (FREUD, 1895/1969, p. 283).

Para Freud (1905/1977), a sexualidade é a abertura para o mundo. São os investimentos objetais feitos ao longo da vida. A sexualidade em Freud está intimamente vinculada ao conceito de castração. Não há sexualidade se não há falta, pois é esta que impulsiona o sujeito ao ato de estar no mundo. É a falta que cria a cultura, a tecnologia, os movimentos sociais; enfim, é a falta que move o mundo. Suprir a falta é cair no parasitismo.

Nessa perspectiva, quando Freud associa anorexia à melancolia, conceituado autor está dizendo da ausência de demanda na anorexia: a anorexia é uma posição melancólica. A anoréxica não suporta a condição imposta a todos os homens pela cultura. Ela neutraliza o mal estar com a recusa alimentar porque não suporta o movimento contraditório que ele comporta.

A demanda é sempre de amor. Não existe um objeto que possa suprir o amor. A anoréxica não aprendeu a lidar com a falta de amor. Ela se supre com nada. A ausência de demanda na anorexia é uma tentativa de encontrar o amor por inteiro pela caquexia. A anoréxica troca o movimento pelo “nada”. Ela zera o tempo e neutraliza o espaço. Ela elimina o sentido do Outro como diferente. Ela recusa o diverso que caracteriza a sexualidade e negligencia o seu componente parcial. Pela recusa, ela encontra a totalidade. Ela entra no vácuo para não ter que ser interrompida.

O texto de Freud, *Três ensaios sobre a sexualidade infantil* (1905), é também sobremaneira importante para entendermos a relação entre a sexualidade e a ausência de demanda na anorexia.

Em referido texto, Freud (1905) começa discutindo uma primeira concepção da sexualidade que vai diferir significativamente da segunda. Ele chama esta primeira concepção de “perversa e polimorfa”. Nela não há ainda uma organização da sexualidade em torno da genitalidade. Segundo Freud, “na infância, portanto, o instinto sexual não é unificado e é inicialmente sem objeto, ou seja, é autoerótico”. (FREUD, 1905, p. 240). Os impulsos sexuais encontram-se presentes, porém, avessos ao domínio do psiquismo. Este não se encontra ainda estruturado em função da ausência de uma base de maturação biológica e emocional. Nesta perspectiva, a boca e o ânus tornar-se-ão meios importantes para as primeiras experiências com a castração. Alguns autores situam a anorexia como uma regressão à fase oral²⁰: sendo a anorexia uma forma de lidar com a falta pela recusa alimentar, a oralidade seria o mecanismo, por excelência, de organização da relação do sujeito com o mundo.

Aos poucos a sexualidade perversa e polimorfa vai cedendo espaço à sexualidade estruturada em torno do psiquismo. A primeira expressão da sexualidade permaneceu, sobremaneira, associada à psicopatologia. A segunda expressão aponta para o sujeito integrado à cultura e incorporado às suas leis. Na primeira expressão, não há demanda porque não há experiência psíquica da falta - o bebê apresenta demanda de amor, no entanto, trata-se de uma tentativa de solução quase reflexa. Na segunda expressão, a sexualidade está, em tese, sob o controle do psiquismo: espera-se que o sujeito, agora consciente de sua condição de faltoso, seja

²⁰ Cf. SCAZUFCA, Ana Cecília Magtaz. *Abordagem Psicanalítica da Anorexia e da Bulimia como Distúrbios da Oralidade*. 1998. 144f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1998. Disponível em: <http://www.scribd.com/doc/81298698/ABORDAGEM-PSICANALITICA-DA-ANOREXIA-E-DA-BULIMIA-COMO-DISTURBIOS-DA-ORALIDADE-disserta-ana-cecilia>. Acessado em: 12/12/2013.

capaz de elaborar os conflitos com a lei e buscar formas de sublimá-lo. A anoréxica erotiza o nada para não ter que se a ver com a falta: a ausência de demanda por análise na anorexia é negação da sexualidade no sentido da experiência e da elaboração da castração. A anorexia é uma regressão à fase oral porque neutraliza o psiquismo como elemento capaz de suprir e elaborar os conflitos.

Não podemos falar, em Freud, de uma sobreposição rígida da segunda concepção de sexualidade sobre a primeira. O psiquismo, estruturalmente, é conflito. Não podemos falar de uma sexualidade plena e avessa ao conflito. Não podemos falar da experiência da subjetividade fora da experiência do mal-estar.

Em nosso caso, foi importante marcar bem a diferença entre as duas concepções de sexualidade em Freud porque na anorexia estamos lidando com a experiência do “nada”. A ausência de demanda por análise na anorexia é muito próxima a certa anestesia da sexualidade - a menina congela a sexualidade para não ser importunada. Temos aí, então, uma experiência bastante específica da anorexia: a radicalidade da recusa alimentar como desejo de domínio da experiência da contradição na relação com o Outro, o que pode colocar a vida em risco. Neste sentido, talvez, nem seja possível falar da recusa anoréxica como resposta ou como resultado de um conflito. A ausência de demanda na anorexia é a ausência de demanda da própria vida. Quebrar este círculo rigoroso em torno do “nada” é o grande desafio da clínica de psicanálise.

Estamos diante de um sujeito que se vangloria de seu ato. Nós analistas representamos, na transferência²¹, para nossos clientes, a possibilidade de vivenciar a falta estabelecendo laços sociais. É óbvio que estes laços estão intimamente relacionados com a tentativa de não se sucumbir à morte. Desse modo, não temos de um lado o vácuo e do outro a

²¹ Para Lacan, o amor de transferência é dirigido ao saber: o analisando põe o analista no lugar de sujeito suposto saber de um saber fundamental. Contudo, do ponto de vista do analista, o saber é um não saber. O analista deve encaminhar a análise visando esse não saber como saber. (LACAN, 1958/1998a).

sexualidade. Temos, sim, um movimento dialético presente durante toda a nossa existência.

Nas anorexias mais graves, a impressão que se tem é a prevalência do vácuo e abstinência quase absoluta da sexualidade. A questão, para nós analistas, é como romper este modo extremo de viver com o “nada”. Algumas indicações serão discutidas no segundo capítulo deste trabalho.

1.4 A Relação entre o Feminino e a Ausência de Demanda Analítica na Anorexia

A anorexia é fundamentalmente um sintoma da recusa do corpo feminino, de ser mulher. - E1

Existe uma relação entre a anorexia, o (...) feminino e o tornar-se mulher. - E2

Lido muito com casos em que aparece a questão do feminino. - E4

Neste capítulo, estamos tratando da questão da ausência de demanda por análise na anorexia. Estamos tentando entender melhor este fenômeno bastante peculiar nesta clínica. Estamos tentando entender a mãe enquanto Outro na medida em que representa uma relação de troca; o corpo disforme que exige a mediação simbólica para atenuá-lo; a sexualidade enquanto experiência simbólica da relação com a castração. O que as meninas anoréxicas não demandam? Neste tópico, trabalharemos a ausência de demanda por tratamento analítico na anorexia como uma experiência de ser não-toda da feminilidade.

O conflito entre as exigências pulsionais e as exigências da civilização constitui o cerne da teoria psicanalítica: as exigências da civilização se contrapõem às exigências pulsionais pela presença da castração, que é vivenciada como mal-estar, mas é de extrema importância para retirar o indivíduo do gozo autístico representado pela pulsão de morte. É esta questão, ao que parece, que nos ajuda a compreender a ausência de demanda na anorexia. Tudo indica que é a ausência deste confronto que lança a anoréxica na recusa alimentar.

Em certa medida, na psicanálise, o feminino representa o pulsional e o masculino representa as exigências da civilização, ou seja, o falo²². O falo representa o pai. No menino, ocorre a identificação ao Pai, o que o coloca fora do canibalismo materno e da pulsão de morte. A menina, por sua vez, se identifica à mãe, na qual falta o objeto fálico. Desse modo, não há

²² Cf. LACAN, J. A Significação do falo. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1958/1998b.

identificação feminina. Temos aí um problema na constituição narcísica da mulher (RECALCATI, 2004, p. 131).

O feminino representa, então, a não ascensão da mulher ao objeto fálico. O falo constitui todo o arcabouço simbólico que, de certo modo, organiza a pulsão de morte. Nessa perspectiva, a ausência de demanda na anorexia tem a ver com a dificuldade da menina em ascender ao objeto fálico e não como recusa às exigências que ele coloca. Ou, talvez, numa vertente do segundo Lacan: a recusa é a tentativa de ordenar minimamente a desordem provocada pela ausência do objeto fálico. É quase uma tentativa de ser o falo pelo “nada”.

Freud (1925/2011), no texto *Sobre a Diferença Anatômica entre os Sexos*, coloca a anatomia como determinante para a inscrição psíquica do masculino e do feminino. Para ele, o pênis dá as características do masculino e torna o menino mais completo e mais fálico. Isso significa também que, diante da castração, a posição masculina tende a uma melhor elaboração devido à promessa paterna do falo pela via da identificação. O masculino, no imaginário, representa a autoridade, a ordem e o sustentáculo.

No *Complexo de Édipo*, Freud (1924/1976) mostra diferentes desfechos da castração paterna para meninos e meninas: o menino é impedido de realizar seus desejos incestuosos com a mãe. Ele se submete à ordem paterna em troca da promessa do Pai de que poderá encontrar uma mulher que possa ocupar o lugar da mãe. Ele se volta para o pai, se identifica com ele, uma vez que o pai passou pela mesma situação e sobreviveu. Ele idealiza a figura paterna e cria uma ficção de que, como o pai, ele poderá vir a ser portador do falo. Portanto, a despeito de alguma queixa, o menino segue porque a mulher de seu desejo não existe. É essa realidade que cria a demanda, o desejo, suas implicações e responsabilizações.

Nessa perspectiva, podemos afirmar que a demanda é um traço eminentemente masculino, uma vez que só o menino é colocado na posição de faltoso pela castração edípica.

Talvez a recusa anoréxica seja a experiência da feminilidade em sua radicalidade extrema enquanto faltosa: as anoréxicas representam aquelas mulheres na condição de des-faliciizadas.

A anoréxica esperou o falo da mãe. Esta, contudo, não o pôde dar porque não o possuía. A anoréxica, então, voltou-se para o pai e lhe implorou algo que lhe foi retirado. Só lhe restou esperar que o pai suprisse a sua castração. Como isso não foi possível, ela ficou nesse lugar de alguém que apenas desejou ter.

Nas anorexias menos graves²³, todo o teatro da recusa representa bem a tentativa de cavar uma falta no Outro para tentar ser mais reconhecida. A erotização da oralidade funciona como uma forma de compensação de algo que falta: trazer o olhar do Outro para si é uma forma de afirmação do poder que lhe falta.

Nessas anorexias, o comer-nada adquire o *status* de cavar uma falta no Outro. No sonho da bela açougueira, Freud (1900/1987) mostra claramente como o corpo se torna o palco para tentar suprir a castração. Trata-se de um sonho anoréxico no qual a esposa deixa de fazer um jantar para evitar um possível encontro entre seu marido e uma amiga da qual ele havia feito comentários elogiosos à sua silhueta magra. Relata, então, a paciente:

queria oferecer uma ceia, mas não tinha nada em casa além de um pequeno salmão defumado. Pensei em sair e comprar alguma coisa, mas então lembrei-me que era domingo à tarde e que todas as lojas estariam fechadas. Em seguida, tentei telefonar para alguns fornecedores, mas o telefone estava com defeito. Assim, tive que abandonar meu desejo de oferecer uma ceia. (FREUD, 1900, p. 181).

Existe uma gama de autores, sustentados na ideia de Lacan da ausência de demanda de tratamento analítico na anorexia, como uma forma de cavar a falta no Outro, que asfixia com a

²³ “Situamos uma primeira forma, anorexia *light* ou branda, a partir de uma primeira conceitualização de Lacan sobre o assunto, como uma anorexia do desejo: defesa do desejo. (...) Em oposição a esta primeira, existe uma segunda forma de anorexia, anorexia *hard*, ou *heavy*, anorexia dura, pesada, mais radical (...), a qual, em poucos casos, nos impõe a necessidade do diagnóstico diferencial da psicose.” (SCHEJTMAN *apud* EIDELBERG *et al.*, 2009, p. 179) – (tradução nossa).

papinha sufocante. Isto fica claro também no já citado sonho da bela açougueira: a esposa impede, com sua recusa em fazer o jantar, que o marido realize o desejo de estar com sua amiga magra. Este modo de desejar não desejando mantém a mulher fora do falo, o que retifica a ideia da ausência de demanda na anorexia como uma tentativa de obter o falo.

A partir das formulações de Bessa (2012), podemos deduzir que a ausência de demanda por tratamento analítico na anorexia tem o mesmo sentido que a experiência da devastação feminina. Isto decorre da inexistência do significante d'A mulher e pode tomar a forma de um gozo sem limites, na vertente da pulsão de morte²⁴, ou do arrebatamento, êxtase, como demonstram as místicas anoréxicas. A ausência de demanda na anorexia resulta da dificuldade da mulher em se nomear em face da inexistência do significante.

O falo é o significante privilegiado que representa o órgão e simboliza o desejo. Ele retira o sujeito do vácuo representado pelas exigências inertes e imanentes à pulsão de morte. A ameaça de perder o falo nos homens tem a ver com o pânico de ser lançado no lado mórbido da existência. Nas mulheres, não há ameaça, e sim privação do falo. A ausência de demanda na anorexia é uma tentativa desesperada de denunciar ou de se entregar à privação.

A partir das formulações de Rivière (1979), podemos concluir que a anoréxica tenta, pela sua magreza excessiva, ser o falo ou o significante do desejo do Outro. É desse modo que ela tenta ser inserida no fantasma do Outro. Porém, como afirma Salas (1990), como o significante não drena o todo pulsional, as anoréxicas cumprem e não cumprem a função fálica, formando um

²⁴ Neste contexto, a ideia de morte se apresenta como sendo essencialmente negativa (não-vida, não viver), não a possibilidade de se inscrever no inconsciente. Assim, a pulsão de morte seria o irrepresentável por excelência. Se a pulsão de morte é aquilo que está na raiz de todo o pulsional, se ela é o mais pulsional da pulsão, talvez seja preciso concordar que esse elemento escapa tanto à consciência quanto ao inconsciente, que desses dois elementos apenas apreendemos os efeitos daquela raiz, efeitos de uma finalidade arcaica e cega, uma espécie de força bruta e mecânica que se instala através de seus derivados. (MONZANI, 1989, p. 228). Para Jean Laplanche (1992, p. 189), a pulsão de morte seria a pulsão em estado puro, pulsão sem representação, um tipo de força cega autodestrutiva, sendo por isso mesmo mais um princípio, um tipo de funcionamento da força mental, do que uma verdadeira pulsão com seus alvos e objetos específicos.

conjunto aberto ao infinito que pode levar à morte.

Para Miller (1997), do lado masculino, o parceiro é o objeto *a* como fetiche mais-degozar que funda a demanda. Do lado feminino, é o Outro barrado que está na base da ausência da demanda. No homem, o objeto é a condição do desejo. O falo existe para fazer a mediação com a falta. A anoréxica espera do Outro um objeto para que seu gozo seja satisfeito, o que não é possível pela sua condição de castrada, e porque ela não sabe o que cobre o desejo do Outro. Por isso, podemos afirmar que a recusa anoréxica é, talvez, uma experiência do real. É por isto que, em muitos casos, a recusa anoréxica é uma tentativa de conter o real pulsional, que termina levando à experiência da devastação.

De acordo com as formulações de Bessa (2012), a ausência de demanda de tratamento analítico na anorexia tem a ver com uma experiência de gozo que não toca o objeto *a*²⁵. É uma experiência de coisificação do próprio desejo. Não há a mobilidade própria da demanda que a presença do objeto *a* impulsiona. A recusa anoréxica não é a experiência de gozo que Lacan chama de suplementar ou não-todo. É o gozo do corpo que se torna Outro para o próprio sujeito como outra satisfação diferente da satisfação advinda do gozo que consiste em ver no Outro algo que é resultado de uma negociação.

A partir das formulações de Laurent (1999), podemos concluir que a ausência de demanda anoréxica é correlata das fantasias de espancamento presentes em sujeitos femininos. Para Bessa (2012), tais fantasias – bem como a recusa anoréxica – protegem o sujeito feminino de uma relação mais nociva com a pulsão de morte. Para Freud (1919/1977), ser espancado pelo pai equivale, no inconsciente, a ser amado por ele. O recalque incide sobre o amor ao pai, e o sentimento de culpa transforma amar em espancar. Nessa perspectiva, a ausência de demanda de

²⁵ O objeto *a* é o objeto que Lacan definiu como “o objeto que não se tem ideia”. A hipótese da elaboração do objeto como vazio remete aos processos de esvaziamento do gozo, que podemos situar no princípio mesmo do processo analítico. (ZALCBERG, 2003, p. 141)

tratamento analítico na anorexia, enquanto um modo mortífero de fazer frente à ausência do falo, equivale a uma relação de amor e ódio próprio das relações masoquistas.

A partir de Lacan (1973/2003), em *Televisão*, podemos inferir que a recusa anoréxica é uma experiência ilimitada de concessão à pulsão de morte. Esta entrega absoluta está ligada à falta de limites do gozo feminino e pode ser chamada de devastação, haja vista ter a ver com a privação do significante d'A mulher. O paradoxo da recusa consiste em dar um sentido para a pulsão de morte pela morte.

Lacan (1969-70/1992), em *O Seminário Sobre o Averso da Psicanálise*, associa a devastação feminina ao desejo da mãe. Vimos como na anorexia a mãe impede a entrada da filha na experiência do falo, confundido o dom de amor com o objeto da necessidade. Uma outra formulação de Lacan (1972-73/1985), importante para compreendermos a relação entre a feminilidade e ausência de demanda por tratamento analítico na anorexia, encontra-se na discussão que ele propôs a partir da lógica modal. Referida lógica postula ser possível existir como universal termos contraditórios como o possível e o impossível, o necessário e o contingente.

Para Lacan (1972-73/1985), no masculino existe uma exceção: o pai gozador da horda primeva. O pai Um. De um lado, este se coloca para o masculino como o possível e o necessário. Do outro lado, encontra-se o contingente e o impossível, ou seja, a castração imposta pela realidade. Desse modo, o masculino é o único que pode se inscrever no campo da demanda e do desejo. O possível e o necessário se inscrevem no psiquismo como o ideal, como algo que se busca pela marca da castração: a demanda e o desejo se estabelecem exatamente nesse intervalo entre o possível/necessário e o impossível/contingente. Portanto, existe o Pai como exceção e o sujeito que, para se fazer existir como gozo, precisa se sujeitar à castração. Isso é de fundamental importância para que o movimento dialético entre gozo e interdição se estabeleça, fundando o

sujeito como demanda e desejo.

O feminino não tem exceção; portanto, não demanda. Não tem o pai que funda o imaginário como ideal e o simbólico como castração. A ausência de demanda de tratamento analítico na anorexia é a experiência do impossível, da ausência absoluta do falo e da devastação. A anoréxica não teve o pai como ideal porque existe uma diferença estrutural entre o feminino e o masculino.

A demanda é o que oscila entre o todo e o não-todo. O objetivo da demanda é esgotar-se, o que se apresenta apenas no campo da possibilidade e do imaginário. A anoréxica é a inexistência da mulher ou da relação sexual, já que o gozo pleno só se coloca do lado do impossível e do contingente. A não demanda anoréxica impede a ascensão ao gozo pela via da falta, e é só por esta via que o sujeito pode fantasiar o gozo pleno. Como a anoréxica está no registro do gozo puro, falta-lhe a experiência do imaginário. Para ela, é tudo ou nada. A experiência dá-se no real. Nesta perspectiva, tanto o nada quanto o tudo fazem parte do gozo da pulsão de morte. O gozo da demanda é o um gozo mediado pelo simbólico.

O masculino representa a demanda porque consegue manejar o possível entre o ideal e a castração. A demanda é o sujeito deslizando o tempo todo nos significantes. A demanda é o fato de um significante existir para outro significante. Isto representa a necessidade de um reconhecimento que jamais é completo e definitivo. Como a anoréxica não está imersa na lógica do desejo, ela acredita ser possível existir apenas se fazendo toda pelo “nada”. Logo, pode-se inferir que a recusa alimentar é uma tentativa de mergulhar na condição feminina, sendo não-toda pela recusa.

Uma forma lacaniana de tratar o feminino é situá-lo além dos limites definidos pelo significante. O “nada” anoréxico os ultrapassa e não se define. No avesso de todas as medidas, ele se manifesta fundamentalmente como gozo.

A ausência de demanda de tratamento analítico na anorexia é o sujeito todo do lado do impossível. Como fazer para que a anoréxica possa se colocar como sujeito de demanda e de desejo? Como quebrar este círculo fechado do gozo do impossível, da devastação e da pulsão de morte pelo comer “nada”? São estas e outras questões que pretendemos discutir melhor nos capítulos que virão a seguir.

2. O PROCESSO DE ENTRADA DA ANORÉXICA EM ANÁLISE

Há uma dificuldade de demanda para um trabalho no campo da subjetividade. A questão é: como ir do sintoma médico ao sintoma analítico? Aí já começamos a entrar na questão do tratamento. A recusa se coloca como uma recusa ao tratamento. Ocorre que, às vezes, ela começa a se dar mal com o sintoma. Mas a anoréxica, de certa forma, é vitoriosa. Ela vai enfrentando o outro e é só na medida em que o sintoma falha que ela grita por socorro. Isso abre espaço no campo do tratamento. - E1

O problema é que o sintoma vem muito no lugar de uma tradução subjetiva. Às vezes o trabalho produz achados, produz subjetivação, mas é tudo muito devagar. Demora muito para elas conseguirem falar alguma coisa delas mesmas, alguma coisa que tocou. - E4

Procuro fazer o sujeito se questionar de alguma forma. Então eu acho que esse é o processo, é complicado, mas a gente tem que ver caso a caso. - E5

Entendo que a singularidade é o tratamento possível pra esses casos. Alguns pacientes elaboram e se implicam nos fatores desencadeantes. - E9

Este capítulo tem como objetivo discutir os motivos pelos quais a anoréxica é levada a demandar tratamento com um analista. Essa demanda, em geral, ocorre no momento em que a anoréxica perde o controle sobre seu sintoma, quando surge um pequeno espaço para a falta e para a angústia. Nesse contexto, ainda não temos uma demanda propriamente dita, mas, sim, um pedido de ajuda. É neste momento que tem início o trabalho do analista.

Inicialmente, esse pedido não deve ser plenamente atendido, a fim de que a demanda possa emergir e que, posteriormente, a oferta seja retificada. Dado este primeiro passo, a angústia emerge e é possível que o sujeito faça de seu sintoma um enigma, dando início a uma análise.

2.1 Quando o Sintoma Fraqueja

*Lutar com palavras é a luta mais vã.
Enquanto lutamos mal rompe a manhã.*

[...]

*Palavra, palavra (digo exasperado),
se me desafia, aceito o combate.*

Carlos Drummond de Andrade

*Demandar: o sujeito nunca fez outra coisa, só pôde
viver por isso, e nós entramos na sequência.*

Lacan

Recalcati (2004b, p. 30) em seu livro *La última cena: anorexia y bulimia* afirma:

nada, com efeito, nem sequer o objeto-comida pode saturar a falta que habita o sujeito. (...) O objeto comida indica a presença de algo do real que não é possível simbolizar. Indica o resto puramente pulsional do objeto oral. Indica a cifra interna, irreduzível ao objeto nutricional – do gozo da pulsão oral.

Lacan (1964/1998), no *Seminário XI*, afirma que nenhum alimento poderá, jamais, satisfazer a pulsão oral, mas apenas bordeá-la.

Freud (1893/1996), nos primórdios da clínica, recebia suas histéricas acreditando que algo de muito grave – acidental ou criminoso – estaria por detrás daquele sintoma. Imbuído da ciência positivista enveredou em busca do fato traumático que teria supostamente desencadeado a loucura daquelas mulheres. Ao ouvir os relatos, se deparou com toda espécie de novela familiar recheada de cenas de conflitos internos, abusos e violências. Como médico, ele nutria a crença de que os impulsos e as lembranças possuíam um registro semelhante ao de um tumor maligno e que cabia ao médico extirpá-lo. Referido autor se embrenhou nessa empreitada sem medir esforços, experimentando diferentes tipos de técnicas.

No começo, empregou a hipnose, passando depois a pressionar a testa das pacientes com as mãos para que a lembrança pudesse ser descartada. A técnica hipnótica era relativamente

simples. A ideia de semiadormecer o paciente tinha como objetivo rechaçar as resistências que estavam impedindo a lembrança de passar à consciência. E tudo funcionava relativamente bem: o paciente, com a ajuda do médico, rememorava a cena traumática e imediatamente o sintoma desaparecia.

Contudo, Freud (1893-95/1971) se deparou com situações inusitadas que começaram a colocar em cheque as técnicas inaugurais da clínica: as pacientes retornavam ao consultório com novos sintomas. Seria o caso de repetir o mesmo procedimento? Freud inovou. Ele acreditava que essas mulheres eram vítimas de suas loucuras. Em alguns casos, investigou a vida das pacientes tentando descobrir se o pai, o tio ou avô possuíam algum distúrbio capaz de incriminá-los.

Freud chegou a visitar em Paris um sanatório com uma população de pelo menos 2.500 mulheres. Acredita-se que ele ficou sobremaneira impactado com o teor erótico das gargalhadas, gritos e sussurros. Será que Paris estaria infestada de homens perversos?²⁶ Freud duvida disso e inventa a psicanálise.

A partir daí ele nunca mais escutou suas histéricas da mesma maneira. Ele começa a suspeitar de seus relatos. A psicanálise não é medicina. Não há fatos ou acidentes. Não há uma casuística independente da subjetividade - as histéricas começam a mostrar suas verdades. Elas passam de vítimas a agentes. Não houve nenhum crime, e, se houve, ele poderia ter sido provocado. O inconsciente ganha acento: o que há é o desejo e a fantasia.

Nesse contexto, Freud (1919/1996) descobre novos sentidos para o sintoma: ele pode estar funcionando como uma forma de defesa contra o desejo, pode ser o próprio desejo sendo realizado de forma enviesada e masoquista ou ambas as coisas. O ponto nodal da clínica de

²⁶ *A invenção da psicanálise.* Documentário da Televisão Francesa. Link: <http://www.youtube.com/watch?v=Yz96qUO4QRQ>. Acessado em 10/12/2013.

psicanálise passa a ser o uso que o sujeito faz de seu desejo. Assim, a clínica coloca o sujeito, sua queixa, sua culpa, sua implicação e sua responsabilidade no centro da escuta e da interpretação. O sintoma passa a ser o grande nó da clínica: ele – que é uma invenção com a incumbência de proteger o sujeito da loucura e do suicídio – está totalmente imbricado na forma como a cultura e a sociedade condenam as proibições e na forma como o indivíduo as processa.

Cabe ao analista escutar o sintoma para que seu sentido verdadeiro venha à tona. Desse modo, Freud é, em certa medida, herdeiro da filosofia originária da Grécia, a qual postula a racionalidade como formadora de sentido. No entanto, ele oscila entre acreditar e suspeitar da força da razão. (PRADO JR., 1991).

Freud (1926/1977) propõe então que o sintoma funcione no formato de acordo de compromisso. O *isso* é a pulsão de morte, a força que desagrega e que retorna tudo ao estado inercial do indivíduo. Nele o gozo é puro e não há nenhum mediador capaz de qualificar o mórbido. É a Coisa em carne viva. É o ato sem enlace, sem semblante e sem sintoma. No entanto, há o *eu* porque o sujeito fala, reflete, racionaliza e sistematiza. Freud acredita que o *eu* tem o poder de negociar e regradar de algum modo o *isso*. O *eu* é capaz de dar uma identidade e uma forma ao *isso*. Ele é estético. Ele qualifica.

O *isso* não tem lastro e ele pode tomar qualquer direção. Para o *eu*, nosso corpo, nossos sentimentos e pensamentos necessitam de uma ordem mínima. Não sobreviveríamos perdidos e nos despedaçaríamos no vácuo.

Freud confia ao *eu* a função de estabelecer um acordo. No entanto, o *isso* é aquela zona infinita que nenhum grito ou palavra pode alcançar – o que implicará no retorno do sintoma. Desse modo, sobra sempre um resto, para o qual dificilmente descobriremos um modo seguro de atenuá-lo. O sintoma falha na identificação porque o *isso* é da ordem do indizível.

Freud (1921/1976) acredita também na ludicidade como caminho para tentar livrar o

sujeito do desespero da morte. E, nessa perspectiva, ele mergulha na antropologia histórica para mostrar como o homem sobreviveu às adversidades através do imaginário - esta instância psíquica é fundamental ao homem como meio para exorcizar e descarregar seus anseios mais penosos. É um meio extremamente profícuo para transformar seus medos em obras que despertam a admiração e o respeito da humanidade como um todo.

Não obstante, Freud amplia a ideia de criação para além da arte enquanto técnica e postula o sublime no cotidiano. Inventar coisas, comportamentos, sentimentos e relações constituem formas eficazes de retardar o que incita o negativo.

Assim, podemos pensar então que o sintoma sempre foi o grande nó a ser desatado pela escuta e pela interpretação psicanalíticas. A ideia era de que a palavra pudesse tomar o lugar do sintoma. Num primeiro momento, Freud levou sua técnica de extirpá-lo às últimas consequências. Posteriormente, Freud começou a duvidar de suas crenças na força da elaboração. O que fazer com o resto que a palavra não abarca? Um acordo? Uma arte? O próprio Freud se deu conta de que há um umbigo no sonho²⁷ que nenhuma criação é capaz de desvendar. É neste momento que cabe uma reflexão para falar do fracasso do sintoma na anorexia e o reconhecimento de um pedido de ajuda.

O sintoma não s(a)utura. Espera-se que o circuito fechado do gozo autístico anoréxico se abra em algum momento, uma vez que a anoréxica leva a sua “solução” até às últimas consequências - o lugar do analista é de uma espera angustiante e mórbida, e ainda assim ele aguarda um movimento que represente algum fragmento de vida.

É impossível não ficar impactado com uma adolescente de 13,14 ou 15 anos pesando

²⁷ “(...) existe pelo menos um ponto em todo o sonho no qual ele é insondável – um umbigo, por assim dizer, que é seu ponto de contato com o desconhecido”. (FREUD, livro IV, 1900/1987, p. 119).

“(...) é num certo lugar em que essa malha é particularmente fechada que o desejo onírico se desenvolve, como um cogumelo de seu micélio. O obscuro do sonho a ser deixado sem interpretação é o que move o desejo”. (FREUD, livro V, 1900/1980, p. 560).

34 quilos. No entanto, percebemos como a linguagem é precária e como o universo do silêncio é infinitamente maior do que o das palavras. A anoréxica quer entupir o vazio de nada. Ela não cede. E nos perguntamos: até quando ela vai resistir? Esperamos que ela sucumba e esboce algum sinal de que podemos oferecer-lhe algo. A partir daí, a presença do analista pode vir a fazer algum sentido.

De modo geral, esses sujeitos chegam à clínica depois de terem passado por longos e dolorosos períodos de internação. Muitos foram medicados e involuntariamente nutridos. Mesmo assim, dificilmente há um pedido de ajuda minimamente formulado. Conhecemos técnicas constrangedoras de tratamento que colocam vigias no entorno de leitos para controlar qualquer movimentação: nenhuma caloria pode ser desperdiçada. O tratamento da anorexia significa recuperar o peso acima de qualquer coisa²⁸.

Geralmente, quando as anoréxicas demandam ajuda, essas pacientes vêm carregadas pelos pais (quase sempre pela mãe). E é esta quem, desfalecida, pede socorro. A escuta da mãe é imprescindível. Ela está intimamente implicada no quadro de anorexia que a filha apresenta: enquanto esta mãe estiver sofrendo, menos possibilidades a anoréxica esboçará de que precisa de ajuda.

A recusa anoréxica pode se iniciar com a restrição de alguns alimentos. Em alguns casos, ela é até incentivada pela família – especialmente naquelas onde existe predisposição à obesidade. Porém, essa restrição começa a ser acompanhada de uma preocupação excessiva com a imagem: a menina passa a fazer comentários jocosos e agressivos sobre sua silhueta e seu peso. Passa horas em frente ao espelho preocupada com a gordura existente em seu corpo. Além disso, desenvolve inúmeras táticas e estratégias com o intuito de, cada vez mais, reduzir a ingestão de

²⁸ Link do Programa Profissão Repórter da TV Globo em que jornalistas passaram um mês acompanhando o tratamento de pacientes no Ambulatório de Bulimia e Anorexia (Ambulim) do Hospital das Clínicas de São Paulo. <http://g1.globo.com/platb/programaprofissaoreporter/2009/04/14/e-hoje/>. Acessado em 13/12/2013.

calorias.

Aos poucos, começa a se comportar à mesa escolhendo quais alimentos irá compor seu prato. Em geral, carboidratos e proteínas são os grandes vilões. Observa-se que ela demora um tempo significativo para ingerir o alimento e que passa boa parte do tempo mastigando pequenas porções. Algumas pedem para ir ao banheiro várias vezes durante a refeição ou pedem para fazer as refeições individualmente e em lugar separado. É comum sobras de alimentos serem encontradas escondidas em armários misturadas no meio de roupas, sapatos, livros etc.

Muitas anoréxicas são *experts* na composição bioquímica dos alimentos. Em geral, elas formam comunidades e criam *sites* e *blogs*²⁹ nas redes sociais para compartilhar informações e exibirem suas vitórias contra a imagem vista como disforme. Então, privando-se de vários alimentos, e em um tempo relativamente curto, há perda significativa de peso.

Quando surgir alguma preocupação no núcleo familiar, a menina possivelmente modificará seu modo de vestir. Passará a usar roupas de tecido grosso e encorpado porque sentirá muito frio, procurando também disfarçar a magreza excessiva. Cabe lembrar que ela não sofre. Pelo contrário, é altiva, arrogante e segura de que está “no caminho certo”. Os familiares e amigos questionam e ela, apontando para seu corpo ainda sobremaneira distorcido, diz categoricamente que ainda falta muito para ficar como deseja. Em geral, as coisas só mudam de configuração quando emerge uma crise de fraqueza absoluta e os médicos apontam para o risco de morte.

²⁹ Os mais conhecidos são Pró Ana e Pró Mia.

2.2 Bulimizar a Anorexia ou o Fracasso do Sintoma Anoréxico

A expressão “bulimizar a anorexia” foi cunhada pelo psicanalista italiano Máximo Recalcati (2004b) e faz referência ao intervalo entre comer e vomitar característico da bulimia e ausente na anorexia³⁰. Recalcati (2004b) faz um paralelo entre o intervalo bulímico e o fracasso do sintoma anoréxico quando ele deixa de funcionar como meio de sustentação do sujeito. Segundo ele, é neste momento que o circuito autístico anoréxico se parte abrindo espaço para um pedido de socorro.

É importante pontuar que o fracasso é uma referência própria à prática psicanalítica ou, mais ainda, a condição pela qual se dá a possibilidade de analisar, uma vez que precede a relação transferencial que toma lugar na clínica. Sendo assim, poderíamos dizer que o fracasso é uma condição basal de possibilidade para a análise.

Conforme já foi dito, a vivência no útero materno inscreve em nosso imaginário a experiência da completude: durante a gestação, o ser humano não necessita fazer muito esforço para sobreviver. Não há falta no sentido da experiência *a posteriori* à placenta. Tudo vem no momento certo: alimento, calor etc. O ato de nascer significa um fracasso desta experiência. Nada será exatamente do mesmo jeito que era. Começa a luta pela sobrevivência através dos recursos físicos e emocionais.

No entanto, a idealização da experiência intrauterina vai marcar o sujeito durante a vida toda. O incesto mãe/filho que ocorrerá a partir do nascimento representa essa tentativa de manter as coisas como outrora foram. A experiência edípica introduz o fracasso na relação simbiótica do filho com a mãe, introduzindo a falta em ambos. O fracasso impetrado pelo Outro, que representa a lei, é introduzido na vida sexual infantil. O fracasso é a própria emergência da

³⁰ RECALCATI, M. *La última cena*. Buenos Aires: Ed. Ediciones del Cifrado, 2004b.

subjetividade. É pelo fracasso dos amores incestuosos que o indivíduo é introduzido na cultura. O fracasso cria o desejo pela introdução da lei: lei e desejo passam a caminhar juntos. O mal estar é a expressão do fracasso e é necessário para o movimento contínuo de tentar encontrar um lugar minimamente confortável no conflito estrutural.

Em muitos pacientes encontramos uma relação simbiótica com o sintoma. A psicanálise, desde Freud, é herdeira do fracasso do sintoma. O saber acerca do sintoma permite abrir uma fenda nos narcisismos que encontramos, quase diariamente, em nossos consultórios e ambulatórios.

O sintoma é uma forma de saber sobre si. Como condição para a análise, é necessário que esse saber fracasse para que o Outro, suposto detentor de um saber sobre o sintoma, possa ser demandado. Isto será o ponto-chave para que se desenvolva a relação psicanalítica, pois abre-se a possibilidade da *transferência*. Para Michel Silvestre, “a transferência opera o milagre de fazê-lo crer que se trata de algo novo”. (SILVESTRE, 1989, p.16). Em função de uma suposição de saber localizado no analista, o desejo de cura do analisante encontra seu enlace propício ao tratamento.

Lacan chama de *imparidade*³¹ o fracasso que introduz a suposta intersubjetividade na relação analítica, ou a constituição da transferência com o analista. Esta *imparidade* também remete a certa estranheza ou ao estranhamento com que se vive no gozo. Mas Lacan (1960-61/1992) caracteriza a psicanálise desse modo para dizer que não é na intersubjetividade que a questão da transferência se inscreve. É, antes de tudo, na própria disparidade e estranheza presentes entre os sujeitos em jogo em uma relação psicanalítica, que, de forma inesperada, estarão sob o aspecto da transferência.

³¹ Discurso *ímpar*, como Lacan propõe no seminário *Sobre a transferência*. A *imparidade*, o componente sem par que a psicanálise postula, diz respeito à suposição de uma outra cena: a par das instâncias conscientes, sustentadoras da posição universal, há meios do nosso fazer que parecem reger-se por atitudes estranhas e uma lógica fora do comum e que nos conduzem, pessoal e coletivamente, ao seu contrário. (LACAN, 1960-61/1992).

O fracasso encontra-se presente quando é demandado do analista um desejo de cura. No entanto, não há um objeto que possa suprir integralmente o sintoma, que, em última instância, seria a Coisa freudiana [*Das Ding*]. Segundo Freud, “mais do que ao médico, a cura [*Heilung*] cabe ao destino, que pode arranjar um substituto para a perdida possibilidade de satisfação”. (FREUD, 1912/2010, p.230). Estamos, pois, diante do real. A saída mais provável ao analista, para lidar com o real, na clínica, é através da transferência e de seu manejo, pois, nesse interim, conduz-se o sujeito ao tratamento capaz de fazer emergir a repetição ante a insistência do real. De acordo com Lacan:

por conseguinte, tudo depende de se o real insiste. Para ele, é necessário que a psicanálise fracasse. Há que se reconhecer que se vá por esse caminho e que, portanto, tenha grandes probabilidades de seguir sendo um sintoma, de crescer e multiplicar-se. (LACAN, 1974/1980, p. 169) – (tradução nossa).

Desse modo, para a psicanálise, o sintoma deve subsistir ao tratamento. Ou seja, é possível pensar que a transferência seja da ordem da falta, quando correlacionada ao fracasso. Afinal, é por meio dela que o inconsciente pode ser escutado e o sintoma, como diz Lacan, pode “crescer e multiplicar-se”. (LACAN, 1951/1998).

Mesmo após uma análise, o fracasso permanece, e permanecerá enquanto o real subsistir. Não se encontra, no analista, esse objeto paradisíaco e perdido, ou, em outras palavras, o analista não é a mãe. Isso constitui o ponto basal da análise — fazer continuar o fracasso e tentar produzir um saber a partir dele. Desse modo, podemos, talvez, afirmar que o fracasso poderia ser tomado como ponto constitutivo do aparelho psíquico.

Segundo Recalcati (2004b), as anoréxicas que procuram o analista, ou as instituições que trabalham nesse campo, são anoréxicas que extraviaram da função narcísica da identificação com o sintoma. São, em geral, anoréxicas bulimizadas, nas quais a solidez da identificação foi

destroçada por crises bulímicas. São anoréxicas que já não mais controlam a anorexia. São anoréxicas em que o sintoma fracassou. Para elas, a anorexia deixa de ser um recurso para separar-se do Outro e se transforma na encarnação do espectro angustiante da morte.

Lacan (1956-57/1995) define a anorexia como comer-nada. A anoréxica idealiza o nada para esvaziar e para satisfazer a pulsão. Para ela, o nada é tudo. Freud (1915/1996) já havia definido a pulsão como limítrofe entre o somático e o psíquico, e é este último que a anoréxica não suporta. Ela trava uma luta árdua contra aquilo que é mais característico no humano: a palavra. Ela quer encontrar algo que seja absolutamente regular e constante e que não apresente nenhuma distorção ou contradição. Ela leva o desejo às últimas consequências. Para a anoréxica só a eternidade interessa, seu ideal é ascético e puro. Seu modelo é a “santidade” imaculada: um corpo sem gordura e/ou deformação. Ela não tolera nenhum traço dissimétrico. Tudo é meticulosamente controlado. Seu contorno corporal precisa encaixar de forma precisa no ideal que ela carrega como desejo. É a ditadura superegóica da idealização.

Ao analisarmos a anorexia, sempre pontuamos a inevitabilidade da castração. A bulímica vive a falta – ainda que minimamente – no intervalo entre comer e vomitar. A compulsão bulímica é uma tentativa desesperadora de suprir a castração. É por isso que ela está embrenhada num círculo vicioso e mórbido de comer tudo.

A anoréxica quer dominar o tempo e o espaço. Ela não come para não ter que vivenciar nenhuma brecha. Talvez seja por isso que ela apenas mastiga os alimentos engolindo apenas o líquido que se forma na boca. Ela não quer preencher para não ter que esvaziar. Como diz Recalcati (2004b), não há dialética nem movimento dos contrários. Por isso não há demanda e nem desejo.

A bulimia pode provocar na anorexia uma quebra em seu circuito fechado e mortífero. Recalcati (2004b) fala de bulimização da anorexia. Para ele, a bulimia é o naufrágio da

anorexia. É a bulimia que determina a desagregação da identificação idealizada da anorexia. A bulimia mostra que por mais que se negue a falta, há algo que não se preenche. A bulimia deixa aparecer o vazio do corpo. Ela esvazia o próprio corpo do peso da substância. Ao fim de cada crise de fome, a bulimia mostra ao Outro que nada jamais poderá preenchê-lo verdadeiramente. O vazio não é um recipiente, e, sim, a falta em ser.

2.3 Um Pedido de Socorro

Nos tópicos anteriores, procuramos mostrar como, em algum momento, a anoréxica esboça algum sinal de que ela não possui mais forças para sustentar a sua angústia. A vida, então, se torna insuportável, e ela bulimiza sua anorexia. Dá-se início a uma mudança no circuito fechado do gozo mortífero anoréxico

É importante pontuar que esses episódios foram tratados separadamente por uma questão didática, mas, o que se nota, é que eles estão totalmente imbricados. O pânico da morte surge quando a recusa entra em um processo de enfraquecimento. Desse modo, na emergência do vazio, o sujeito não encontra mais forças para reiniciar o ciclo nirvânico e mortífero, lançando seu olhar sobre o Outro com um pedido de socorro.

Neste tópico, trabalharemos o sentido desse pedido mostrando que ainda não se pode falar de uma demanda de tratamento analítico propriamente dito.

Na seção a seguir, discutiremos a retificação subjetiva como uma via para transformar o pedido de ajuda numa questão propriamente analítica. Na retificação, o sujeito tem a possibilidade de questionar-se acerca de seus sintomas e de sua posição, ou como nos diz Miller (1997, p. 255), o sujeito passa a “queixar-se de si mesmo”.

As anoréxicas, num primeiro momento, procuram os profissionais da área de saúde porque querem se libertar de um sofrimento. Este pedido de ajuda aparece também, com muita frequência, nos familiares, mães, irmãos e outros parentes que as acompanham.

A procura por ajuda funciona como uma espécie de atuação do sintoma anoréxico. Encontramos neste momento uma angústia, com toda sua característica de indefinição e falta de objeto (Freud, 1926/1976), que irrompe, exigindo uma ação, ou seja, a cura do sintoma.

Na anorexia, a presença da morte faz com o que o sujeito procure uma saída, se lance ao ato, para dela se libertar. Lacan (1962-63/2005) não deixa de pontuar que a angústia cede uma certeza ao ato. Nesse sentido, o ato implica uma urgência. Assim, vemos no pedido de ajuda um ato promovido pela presença da morte. Muitas vezes essa busca é imperativa, bem como a solução do problema.

Em relação à busca de uma suposta cura para a anorexia, Freud adverte para a constatação de que esta busca primeira se dá na tentativa de encontrar o alívio dos sintomas. Sobre a duração do tratamento, ele diz que o paciente introduz, já de início, uma pergunta inoportuna: “quanto tempo durará o tratamento? De quanto tempo o senhor precisa para aliviar-me de meu problema?”. (FREUD, 1913/1976, p. 169). A busca de resolução para o sintoma se mostra profundamente forte, ainda mais tendo em vista que a oferta de tratamento se situa em hospitais, lugar onde a busca de alívio dos males é tida como certa pelo imaginário popular.

Contudo, Freud afirma que é apenas quando o sintoma, enquanto representante do sofrimento, vacila, não respondendo mais ao compromisso efetuado pelo ego com o recalcado, que a angústia emerge. É um aviso de maus tempos para o eu. (FREUD, 1937/1976). Neste sentido, quando a morte se apresenta para anoréxica, mobilizando um pedido de socorro, esta irrupção aflora um conflito subjacente, ainda que a menina não tenha consciência disso. O que é pedido neste momento da procura do tratamento? Lacan responde: “o que nos demandam, é

preciso chamá-lo por uma palavra simples, é a felicidade”. (LACAN, 1959-60/1988, p. 350). Na anorexia, a felicidade é a remoção do sintoma.

Em geral, não há lugar para a angústia no momento em que a anoréxica pede ajuda. Esse apelo de se livrar de um problema é um pedido ao profissional – ainda que seja um psicanalista –, visto sempre como um Outro detentor de um saber e de uma técnica para solução do problema. O “Outro” para Lacan diz respeito às referências linguísticas, socialmente estabelecidas e impostas ao sujeito antes mesmo de seu nascimento. Para Lacan: “o lugar da fala (parole) é, virtualmente, o lugar da verdade”. (LACAN, 1964/1988, p. 125). Trata-se de um Outro da verdade, capaz de responder essa demanda de satisfação. De que demanda se trata na anorexia e o que ela tem a ver com a angústia? Como comenta Silvestre (1991, p. 21): “não é a cura o que reclama aquele que vai a um analista pedir que o alivie do peso de seu sofrimento?”.

Segundo Recalcati (2004b), as pacientes quase sempre se dirigem ao analista com a expectativa de encontrar um especialista em transtornos alimentares. Colocam o analista na posição do Outro do saber. Em princípio, existe no sujeito uma certeza “ingênua”: o que não anda bem é o apetite, e a demanda que é dirigida ao terapeuta é a de intervir à maneira de um especialista no tratamento dessa perturbação.

Essa questão pode ser vista de dois ângulos diferentes. O primeiro, mais cultural, tem a ver com um desconhecimento, presente na população em geral, acerca da técnica psicanalítica, uma vez que muitos indivíduos associam o psicanalista ao médico. A clínica médica lida com a doença como algo quase sempre avesso à subjetividade. O diagnóstico e o tratamento, de modo geral, se restringem à observação e à intervenção nos aspectos orgânicos desencadeadores da

doença. O médico vê e o psicanalista escuta³².

Os sujeitos, em sua maioria, têm clareza de que o psicanalista trata escutando seu paciente, o que de fato faz algum sentido. Porém, em muitos casos, isso tem uma conotação técnica quase como aconselhamento, como revelação do problema e de sua solução. Essa perspectiva tem alguma herança das psicologias do ego, dos livros de autoajuda e da psicoterapia cognitiva comportamental.

Confundir o psicanalista com o médico, colocando-o no lugar de um especialista em transtornos alimentares, pode funcionar como uma forma de manter-se mergulhada no sintoma, haja vista ver o Outro como aquele que possui a chave enigmática da questão. Isso está no imaginário dos indivíduos tanto quando se trata de encontrar um culpado pela doença, quanto para encontrar um profissional especializado na solução do problema.

O segundo aspecto relacionado com a questão da relação da anoréxica com o psicanalista é subjetivo. A clínica psicanalítica trouxe à baila o sujeito inconsciente: antes de Freud, a subjetividade se restringia à tradição inaugurada por Descartes com seu *cógitó*. O sujeito é aquele da *res cogitans* e com a função de encontrar uma verdade que seja indubitável. Para Freud, a racionalidade cartesiana é sintoma e urge ser interpretado³³. Portanto, devemos suspeitar de uma filosofia que se presta a ser rigorosamente profunda e sistemática e que tem a pretensão de dominar e controlar todo o real. (GAGNEBIN, 1997).

As anoréxicas, em geral, não procuram a clínica por vontade própria. A demanda por ajuda costuma vir dos pais e, mais especificamente, das mães que, quase sempre, tomadas pelo desespero, são encaminhadas aos analistas. São mães completamente desesperadas porque seus

³² XAVIER, Karla Rampim. *O sintoma social ou sintoma com Marx: um conceito psicanalítico*. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: http://www.sapientia.pucsp.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=15804.

³³ Sobre esta questão, ver http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistaestudosfilosoficos/art11_rev6.pdf. Acessado em 12/12/2013.

filhos não comem e estão morrendo. Elas não conseguem inverter o “não comer” pelo “comer nada” porque não querem se implicar na anorexia de seus filhos.

A anoréxica é uma especialista em alimento³⁴. Conhece bem, em especial, a função das proteínas e dos carboidratos para os músculos e para o ganho de peso. Está sempre verificando os rótulos dos alimentos. Observa atentamente a composição dos pratos de amigos e familiares sempre reagindo com estranhamento ou indiferença. Gosta muito de ler e de falar sobre comida, sempre criticando gorduras, massas e açúcares.

A anoréxica, ao comer-nada, se abstém da falta e ao mesmo tempo se entrega ao traço mortal desta. O lugar da clínica, assim, é, através da escuta, esgotar todas as formas de resistência para implicar o sujeito em seu inconsciente, convidando-o a se comprometer com a vida em todas os seus matizes paradoxais e enigmáticos. Isto é o que tentaremos discutir na próxima seção.

2.4 Retificar a Oferta

Neste tópico, procuraremos discutir como se dá a passagem de um pedido de ajuda à demanda por análise. Nosso ponto de ancoragem é o conceito de retificação da oferta de Lacan. Mostraremos quão importante é uma manobra que possa inverter a posição privilegiada do analista como detentor do saber para a implicação da anoréxica em seu drama. Uma vez garantida essa manobra, o sujeito pode histericizar-se e a angústia pode emergir, possibilitando um trabalho sobre o sintoma.

³⁴ “Apesar de não querer comer, queria cozinhar, fazer banquetes, doces, “engordar os outros também”. Via programas de receitas, colecionava livros de comida, decorei as calorias de tudo, não pensava em outra coisa. Só me dei conta de como estava o meu corpo quando vi uma foto no meu aniversário, em novembro, que eu estava parecendo morta, sem exageros! Imagino o que os outros achavam de mim!”. (CRUZ, Carla. *Relato de uma anoréxica*. Disponível em: <http://www.brasilecola.com/psicologia/anorexia2.htm>. Acessado em 29/11/2013).

A retificação subjetiva é um conceito discutido por Lacan (1958/1998) no Seminário *A Direção do Tratamento* e está relacionado com o começo da análise. Como exemplo de retificação subjetiva podemos citar a leitura que Lacan fez do Caso Dora, de Freud.

No caso Dora, Lacan (1960/1998) fala da reversão dialética pela qual Freud leva Dora a perceber que ela não era uma inocente vítima lançada em uma terrível posição devido a variadas forças malévolas do mundo, mas que, ao contrário, ela de fato orquestrara, através de sua “conivência”, a própria situação sobre a qual sua queixa ressoava.

A retificação subjetiva tem a ver com a desconstrução do sentido na forma das representações solidificadas pelo eu. Trata-se de uma forma de intervenção destrutiva e desestabilizadora na qual é possível fazer emergir a subjetividade e seus gozos sintomáticos. A retificação subjetiva abre os caminhos para a implicação subjetiva, em geral, nas situações que eram apresentadas inicialmente como externas a ela.

Na retificação subjetiva, o discurso analítico quebra o enquadre imaginário e simbólico de referência para o sujeito, apontando para o desejo inconsciente e o núcleo de referência desse desejo: o Outro e o esquema simbólico no qual o sujeito é refém.

B. Fink (1997) chama a retificação subjetiva de intervenções mânticas. Trata-se de pontuações explícitas, impactantes, porém, necessárias no começo do tratamento. Tais intervenções diferem daquelas mais tradicionais e austeras de escansão e interpretação, consideradas como críticas nas sessões iniciais em que o analista e o analisando estão trabalhando a possibilidade de engajamento na análise.

As retificações mânticas são importantes para colocar o sujeito em análise, reconfigurando o vínculo analisando/analista como discurso. Essas pontuações mânticas representam uma intervenção que leva a uma mudança das queixas vagas do analisando em direção às suas próprias questões.

A retificação subjetiva quebra a dimensão simbólica engessada pelo sujeito, questionando o papel dado por ele ao Outro e às representações imaginárias que ele cria enquanto domínio de sentido e de significante.

Para Miller (1988), a retificação subjetiva diz respeito à relação do sujeito com o real. Para Lacan (1953-54/1986), o real é o que está fora da linguagem e da ordem simbólica, como “absolutamente resistente à simbolização”, e como “impossível” de saber, de dar sentido e de alcançar.

O real tem a ver com o objeto *a*. Ele difere dos objetos parciais psicanalíticos, uma vez que ele não é um objeto imaginário, separado e conhecível, como o seio, as fezes, o olhar, a voz, mas, antes, um objeto real causa de desejo e do mais de gozar, um resto de real, um resíduo deixado quando o sujeito, como ser falante, entra no desfiladeiro dos significantes. O real tem a ver com a perda advinda da entrada do sujeito na linguagem e na ordem simbólica. Assim, a retificação subjetiva representa situar a posição do analisando não na realidade, mas, sim, no real, através do fracasso do sintoma.

É a retificação subjetiva que possibilitará a instalação da transferência e, por conseguinte, da interpretação. O encontro com o real é a necessária condição para que a análise prossiga: a análise deve tocar o real.

Recalcati (2004b, p. 47) pergunta: “como operar, então, a fim de fazer possível transformar um pedido de ajuda em uma demanda de cura, considerando que o pedido de ajuda é, no fundo, a demanda do sujeito de recuperar a identificação idealizante na anorexia?”.

Vejamos o que Miller (1998, p. 13) nos diz sobre a retificação subjetiva: “estive pensando que há sujeitos que se absolvem e não sentem culpa de nada, desde o início da experiência analítica. Cabe suscitar-lhes culpa, o que Lacan chama de retificação subjetiva (...), cuja meta é suscitar culpa no sujeito, para que se sinta o responsável e o culpado pelo que lhe

ocorre (...)”.

As anoréxicas são obcecadas pela imagem ideal e pelo controle da castração. O padrão anoréxico é radical. Para ela é tudo ou nada. Isso tem a intenção de manter a constância e a regularidade da idealização. A anoréxica não aceita ser interpelada. Pelo contrário, é ela quem interpela com sua recusa. A falta só existe para o Outro. Nessa perspectiva, ao procurar o analista, ela espera encontrar um Outro que tenha uma resposta absoluta para sua questão. É evidente que isso tem a função de impedir qualquer movimento em direção à sua parcela de contribuição no problema, o que significa dizer: ela tem uma doença e a resposta está fora – no Outro do saber. Não há implicação subjetiva.

Segundo Recalcati (2004b), em princípio, existe no sujeito uma certeza “ingênua”: o que não anda bem é o apetite, e a demanda que é dirigida ao terapeuta é a de intervir à maneira de um especialista no tratamento dessa perturbação.

Para isso, seria necessário desenvolver o que ele chamou de “um preliminar do preliminar”. Assim, ele propõe que essa retificação primeira seja do olhar do Outro ao invés da retificação do sujeito. Nesse primeiro tempo, o analista teria que acolher o sujeito, sustentar seu desejo e proporcionar a experiência de um Outro que sabe operar com sua própria falta. No entanto, cabe lembrar que isso não significa uma utilização da contratransferência, nem tampouco se trata de maternagem.

Como assinalou Rabinovich (2004), há a urgência de promover uma perda de gozo para que o sujeito possa emergir ao simbólico e desvencilhar-se das agruras de sua situação fantasmática. Porém, essa mesma situação coloca esses tipos clínicos mais no âmbito da ação em todas as suas tipologias do que da fala.

Assim como Recalcati (2004b), a autora também sugere um tratamento preliminar, que viria antes da retificação subjetiva. O caminho que esses sujeitos indicam é o que os traz ao

consultório: um mal-estar solto. Entretanto, como a configuração desses enquadres clínicos compõe mais uma solução do que uma pergunta ao Outro, a psicanalista sugere que de início se escute e se acolham reclamações que o paciente faz em relação ao Outro. Ela solicita que se lhe dê razão ao invés de se colocar questões a respeito de suas queixas: a direção é a de esgotar as queixas até que a consistência do Outro – mantida por essa configuração sintomática – seja questionada.

O sujeito se coloca ausente. Elimina-se. O primeiro plano está no saber do Outro. Um saber supostamente imaginário, pleno e sem falhas: aspecto da crença neurótica no Outro.

Segundo Recalcati (2004b), o primeiro objetivo do tratamento preliminar é dar a volta no aspecto imaginário da demanda de modo tal que o sujeito possa reconhecer sua implicação naquilo que ele se queixa. Lacan (1964/1988) define esse processo como retificação das relações do sujeito com o real.

“Não é o Outro quem me faz sofrer, sou eu que contribuo para alimentar este sofrimento do qual eu quero me liberar”. (LACAN, 1964/1988, p. 64). Um indivíduo capaz de fazer uma construção simbólica dessa envergadura já apresenta uma demanda retificada.

Trabalhar a demanda, portanto, é transformar a certeza a-problemática do início em uma contradição dialética. E essa transformação advém, num primeiro momento, na forma de uma retificação da oferta. Advém, antes de tudo, da superação da ilusão de que o analista é um especialista em transtornos alimentares. (RECALCATI, 2004b).

Essa é uma questão que se pode abrir na série de entrevistas preliminares: “o que eu peço ao Outro, se Ele não me oferece, o que estou pedindo?”. Retificar a oferta é a condição preliminar para que se articule uma demanda, que já não é apenas uma demanda de cura da ausência de apetite, mas que deve trazer consigo um enigma. (RECALCATI, 2004b).

Essa é uma manobra que não toca no campo do saber, mas no campo da verdade: se

ao saber consistiria a retificação da oferta, à verdade consistiria a implicação do sujeito em seu próprio sintoma; manobra complicada, pois na clínica da anorexia o sujeito tende a entregar-se imaginariamente ao Outro, ao mesmo tempo que não quer “nada” do Outro.

A demanda que se dirige ao Outro é uma demanda de saber – mesmo que, ao final, ela se revele impotente. Este poderia ser um traço estruturalmente universal da anorexia: a anoréxica desafia o Outro do saber. Portanto, se o analista nas primeiras entrevistas toma o caminho da resposta e obtura a demanda, encarnando assim o Outro do saber, ele esvazia a sua função, que é, ao contrário, aquela de deixar a demanda insatisfeita para que possa começar a articular dialeticamente a transferência. Caso contrário, o terapeuta se enfrentará com a indiferença histórica, e será descartado como foi o Outro da infância, o que, ao pedido de amor do filho, só sabia responder com o alimento; aquele que asfixiava com a papinha qualquer tentativa de esboço do desejo e da demanda.

Acreditamos que é esse o equívoco que fundamenta os fracassos terapêuticos da terapia cognitivo-comportamental. No fundo, é o que quer o paciente para seguir gozando de seu sintoma. O trabalho analítico, se é um trabalho de resposta, deixará o sujeito inevitavelmente fora do discurso. É um traço típico da cultura da especialização, na qual o sujeito se entrega ao Outro. A um Outro onipotente que deve poder curar um sujeito que não quer saber nada de si mesmo, deve-se ressaltar.

A retificação da oferta deve por o sujeito para trabalhar produzindo o evento da subjetivação do discurso. A condição mínima, mas essencial, para que isso se verifique, é o esvaziamento do Outro do saber. Do lado do analista, é não tratar o saber como se fosse comida: abarrotar o sujeito de respostas produz um reforço da anorexia como escapatória radical com respeito a um Outro que quer ser todo. Tende a reproduzir uma maternagem ambígua que volta a colocar o sujeito anoréxico no risco de ser devorado - ele havia inventado a anorexia para

suspender esse risco.

O lugar do analista é o de suspender o saber para que o sujeito se ponha a trabalhar. A noção de retificação subjetiva define, no ensino de Lacan, um tempo lógico essencial para a determinação da entrada em análise: tempo preliminar ao início da cura. No texto *A direção da cura*, de Lacan (1958/1998), retificação subjetiva significa retificação das relações do sujeito com o real. O real tem a ver, de maneira exclusiva, com o sujeito. Nas entrevistas preliminares deve-se colocar no centro o real do sujeito como irredutível à realidade, haja vista a tendência do sujeito mostrar que é a realidade que causa seu sofrimento.

Qual a parte que você tem na produção de seu sofrimento? Esta é a questão nodal da retificação subjetiva. Para Recalcati (2004b), é o que concerne da entrada em análise. É fazendo emergir a divisão subjetiva que se pode dialetizar o discurso do sujeito. Uma divisão que possa fazer enigma para o sujeito, introduzindo um hiato no sintoma. É, enfim, bulimizar a posição anoréxica.

Um sujeito entra em análise quando assume a sua responsabilidade na situação da qual se queixa. Isso se faz possível com a retificação subjetiva com o real. Essa retificação não se apoia no sujeito que pretende descarregar seu mal sobre o Outro, mas naquele que assume o peso desse mal e o eleva à dignidade de um enigma. Referida operação concerne tanto ao sujeito quanto à posição do Outro, pois o encontro traumático com a falta do Outro impõe que aquele que encarna o lugar do Outro na cura, inicialmente, não permita ao sujeito repetir aquele encontro. Trata-se, então, de operar uma retificação do olhar do Outro que permita ao sujeito entrar numa relação possível com Ele sem se sentir na condição de objeto rechaçado: trata-se de realizar uma aceitação do sujeito, não só e não tanto psicológica, mas estrutural. É dizer “sim” ao sujeito sustentando seu ser.

Recalcati (2004b, p. 179) pergunta:

Como dialetizar um discurso que parece haver anulado a função simbólico-metafórica do sintoma como índice da verdade reprimida do sujeito? Como descongelar o vazio da identificação idealizante da anoréxica? Como desenganchar a bulímica da dependência da substância/alimento, da dependência de um gozo que promete a anulação da falta?

O sintoma indica ao sujeito um ponto de não-domínio, de não-coincidência, empurrando o discurso até uma histericização possível. Não há anoréxica que formule uma demanda de cura se mantendo no estágio em que ainda exhibe o triunfo exaltado da identificação idealizante.

Para Cosenza (2013), a via direta do tratamento na anorexia é, estrategicamente, a da histericização. É fazer aparecer, na fala do sujeito, a palavra encurralada na sua recusa, levando-o a reconhecê-la e a assumi-la como própria. Evidentemente, o tratamento ocorre de fato quando a anoréxica vivencia os primeiros efeitos de uma passagem fundamental: a queda do controle fantasmático do seu próprio sintoma. A anoréxica descobre que não manda em seu sintoma, o que, por si, já produz efeitos clinicamente positivos: o aparecimento de um ponto egodistônico que quebra a egossintonia típica da anoréxica.

O sintoma, que é mais forte, extrapola. Esse processo de dor a faz sofrer porque ela já não pode mais dominá-lo integralmente. O trabalho, nesse momento da análise, é saber como propiciar que o sujeito descubra esse ponto egodistônico como caminho alternativo ao gozo nirvânico da anorexia: trata-se de propiciar ao sujeito a passagem de um gozo nirvânico-egossintônico a um gozo perturbador-egodistônico. Esse é o ponto de partida de uma retificação subjetiva na anorexia.

Uma função central, nessa passagem, é apresentada pelo aparecimento da angústia no sujeito anoréxico. Como já pontuou Carole Dewambrechies La Sagna (2007), a reviravolta na análise de uma “anoréxica verdadeira” é dada apenas pela via de restituição ao sujeito anoréxico da sua própria questão.

Uma vez possibilitado o aparecimento da angústia, a operação tipicamente analítica sobre ela vai em duas direções. De um lado, certo apaziguamento de seu limiar; mas também intervir para que, a partir dela, o sujeito modifique seu *quantum* de angústia em uma questão analítica estruturada, ou seja, em um sofrimento recortado por um enigma moldado simbolicamente. De fato, o surgimento distônico-perturbador da angústia libera o sujeito do sono nirvânico-egossintônico da anorexia, descentralizando-o, como acontece ao se despertar depois de um sonho ruim. É fundamental, portanto, para prevenir que a paciente entre em pânico com o surgimento da angústia, intervir a tempo de contê-la na sua manifestação – sem eliminá-la –, propiciando ao sujeito associá-la a um sintoma.

Desse modo, a primeira parte do trabalho preliminar representa a “lua de mel” à emergência da angústia; e a segunda parte, da angústia à formulação de uma questão analítica. Essa passagem coincide, na fala do sujeito, com a mudança da própria demanda: da demanda de ajuda, em que a resposta está totalmente nas mãos do Outro, à demanda analítica, na qual o analisante se faz responsável pela própria resposta à questão do seu sofrimento, saindo da posição de paciente à condição de analisante.

Trata-se, preliminar e principalmente, do fato de que o sujeito inicie a interrogar, na análise, o próprio sintoma como uma questão enigmática, do qual lhe foge ao controle o juízo que ele próprio lhe atribui: a entrada em campo da vivência da angústia, na clínica da anorexia mental, ganha, geralmente, a tipologia de uma angústia de desaparecimento.

É importante, nesse encontro com a anoréxica, não repetir, como analistas, a igual posição na qual, em situações parecidas, estiveram os genitores da paciente e todos aqueles que incorporaram seus traços. É claro que, isso tem como sentido, antes de qualquer coisa, não responder, da nossa parte, com a angústia. Cabe ao analista não responder à recusa da anoréxica com sua própria recusa. Ele não deve incorporar, na sua fala, a posição do Outro que rejeita, que

é exatamente o que o sujeito anoréxico encontrou na própria família.

No próximo capítulo, discutiremos a função do analista na clínica da anorexia.

3. O LUGAR DO ANALISTA NA CLÍNICA DA ANOREXIA

Toda dor pode ser suportada se sobre ela puder ser contada uma história. - Hannah Arendt

Este capítulo tem como objetivo discutir o lugar do analista na clínica da anorexia. Para tanto, ele foi dividido em cinco tópicos. O primeiro discute a Construção do Caso clínico anoréxico. O segundo tópico, por vez, discute o sentido do acolhimento em face das dificuldades da anoréxica em lidar com a falta. Já o terceiro, trata do papel do analista perante o paradoxo da recusa anoréxica. O quarto discute a função do desejo do analista diante da ausência da demanda anoréxica. O último trata da função criativa do ato analítico como uma forma de intervenção no real do gozo.

3.1 A Construção do Caso Clínico Anoréxico

As táticas e estratégias de tratamento variam de caso a caso. Ele (o analista) trabalha com a proposta de construção de caso clínico: cada paciente, caso, vai exigir invenções próprias. - E1

A gente tem que ir caso a caso. - E2

Provocar uma torção nessa ausência da demanda passa pela singularidade do caso. - E4

O surgimento da demanda varia muito com o caso. Não se busca exatamente uma cura em que a pessoa vai se livrar desse sintoma. É caso a caso. - E5

A questão das possíveis soluções para anorexia também é no caso a caso. - E6

A anorexia, desde os tempos de Hipócrates, já era compreendida na perspectiva do

esforço em descrever, separando uma parte da outra, e explicar no sentido de conhecer. Já nessa época existia a tendência de diagnosticar visando dar uma direção a um possível tratamento de doenças. (CORDÁS; CLAUDINO, 2002).

A clínica da anorexia, no começo século XX, foi sobremaneira influenciada por critérios anatomoclínicos, fisiopatológicos e etiopatogênicos, deslocando-se da proximidade com os pacientes para os laboratórios. A anorexia era, quase sempre, correlacionada com as lesões dos órgãos, com as alterações de suas funções e com as prováveis causas das enfermidades. Preponderava a explicação dos mecanismos intermediários das doenças com base nas alterações funcionais e bioquímicas.

Nesse caso, o médico avaliava um único problema, solicitava os exames adicionais necessários e apresentava um plano de tratamento padrão para o paciente – geralmente, de curto prazo. (BARLOW, 2007). No entanto, quando as definições do sintoma e da cura entram na competência clínica do caso a caso, esse modelo perde o valor preditivo real, convocando a expansão da atitude e do método científico. (VIGANÒ, 2010).

A partir da segunda metade do século XX, o sintoma anoréxico não apenas deixa de ser relacionado com as questões médicas, mas também pode prescindir delas, fato que constitui um marco para a medicina biológica. (PIMENTA; FERREIRA, 2003).

O DSM IV³⁵ define como critérios de diagnóstico para a Anorexia a recusa em manter o peso dentro dos limites considerados normais para altura e idade (abaixo de 15% do peso considerado ideal), o medo de ganhar peso, o distúrbio grave da imagem corporal, a medida predominantemente da auto-avaliação, com negação da gravidade da doença e ausência de ciclos menstruais ou amenorreia (mais de três ciclos). De acordo com o DSM IV, existem 2 (dois) subtipos de anorexia: restritiva, com restrição da ingestão e realização intensa de exercícios

³⁵ Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Norte-Americana de Psiquiatria.

físicos para induzir a perda de peso, e a de compulsão periódica/purgativa, com ingestão compulsiva de alimentos e de purgação (vômitos autoinduzidos, laxantes, diuréticos e/ou enemas), como meio para controlar o peso.

A anorexia, na perspectiva da construção do caso clínico, rompe com essa concepção diagnóstica: o enfoque é na singularidade do paciente em contraposição à perspectiva médica que negligencia os aspectos subjetivos e privilegia os critérios tecnicistas. Construir o caso clínico anoréxico supõe não aprisionar e rotular o sujeito excluindo a sua subjetividade. A direção do tratamento, neste caso, passa a ser definida a partir de uma gnosiologia e de uma reflexão crítica sobre o diagnóstico. Na construção do caso clínico anoréxico, a descrição não é o fim, e sim o meio para se chegar a alguma explicação ou saber.

A perspectiva da medicina biotecnológica contemporânea é orientar os profissionais que trabalham com a anorexia no sentido de fazê-los acreditar que o diagnóstico e sua validade prática é o caminho ideal, e que o método de classificação é o mais eficaz terapêuticamente. Na perspectiva da Construção do Caso Clínico anoréxico, a orientação da medicina biotecnológica contemporânea serve mais para excluir o sujeito do que para fazê-lo emergir no decurso de um tratamento clínico. Existe aí um componente científicista, o qual é determinado por um esforço incessante de ofuscar o sujeito, submetendo a clínica à técnica de classificação sintomática. (LACAN, 1965/1998).

Ainda na perspectiva da medicina biotecnológica contemporânea, o sujeito anoréxico deve ser objetivado em sua verdade a partir do saber do mestre, representado, por exemplo, pelo saber da psiquiatria. A construção do caso clínico anoréxico, entretanto, compreende que o sujeito não pode ser objetivado dessa maneira. Para Lacan, o inconsciente é estruturado como uma linguagem. Ou seja, o sujeito só pode ser aquilo que escapa à cadeia significante e à sua representação. Sendo o sujeito representado por um significante e tendo o significante seu valor

na diferença que ele sustenta em relação a outros significantes da cadeia, o sujeito se encontrará sempre nesse hiato, não sendo nem o significante que o representa (S1), nem o significante que a esse faz diferença (S2). Ou seja, o sujeito é sempre o que está entre um significante e outro, jamais podendo ser representado totalmente por nenhum deles: “o sujeito não é outra coisa – quer ele tenha ou não consciência de que significante ele é efeito – senão o que desliza numa cadeia de significantes”. (LACAN, 1972-73/1985, p. 68). Por isso, o sujeito, por definição, não se encaixa nas identificações objetivas da psiquiatria.

Desse modo, o conceito lacaniano de sujeito vai na contramão das inúmeras classificações dos manuais que nos “orientam” a diagnosticar na clínica da anorexia. Essa tentativa se baseia num propósito cientificista de afirmar a eficácia do tratamento terapêutico em função de determinantes médios, o que faz com que o diagnóstico cumpra não a função de orientar uma clínica ou de propiciar a direção do tratamento, mas sim uma função que Miller & Milner (2006) compreendem e designam por batismo burocrático. Ou seja, é mais útil dar um nome do que investigar a trama de funcionamento do sintoma anoréxico. Cabe aos profissionais ajustarem os pacientes à lista dos classificados para poder encaminhá-los com mais “segurança” à cura.

Para Quinet (2009), os DSM (s) não são manuais de psiquiatria, e sim de manuais de diagnóstico. Trata-se, segundo ele, de uma pseudo-orientação, ou seja, não há orientação alguma, uma vez que a orientação se dá pela estatística e pela descrição do fenômeno e não pelo modo de funcionamento do sujeito. Foucault (2004) usa uma metáfora interessante para nomear os procedimentos classificatórios da medicina que podem ser aplicados ao DSM IV. Ele os chama de jardim das espécies, uma classificação muito mais voltada para a botânica ou para a zoologia do que para uma clínica que inclua a subjetividade.

A medicina biotecnológica contemporânea está muito mais comprometida com uma

perspectiva utilitarista e menos com uma vertente propriamente científica da anorexia. Há uma preocupação com o que é eficaz e útil. A anorexia é vista como algo a ser objetivado cientificamente. Para Miller (1998b) não podemos esquecer que o sujeito se estabelece muito mais quanto ao direito, e não quanto ao fato, por isso ‘observar’ o sujeito, buscá-lo na objetividade, é não querer encontrá-lo”. (MILLER, 1998b, p. 234). Nesse modelo, a direção do diagnóstico anoréxico fica condicionados a uma simples questão de métodos que medem competências e que se adequam cientificamente à realidade ou, mais precisamente, a uma dada concepção de normatividade. É a passagem da normalidade à normatividade.

O padrão normativo é elaborado a partir de cálculos estatísticos que servem mais para um modelo cognitivista e moralista do que para conhecer uma dada realidade. A grande questão é que os cálculos não bastam para fazer existir a realidade que calculam. Neste caso, serão os métodos técnicos, o uso de números, a recorrência estatística e outros recursos matemáticos que irão garantir uma orientação diagnóstica da anorexia.

A construção do caso clínico anoréxico prioriza a estrutura do sujeito: como se dá a sua entrada na cultura e como ele se inventa diante do mundo simbólico em que está imerso. Ora, nós sabemos que essa entrada na cultura se dá através da passagem do sujeito, pelo que Freud chamou de Édipo, e não pelo recebimento de um diagnóstico supostamente científico advindo de critério avessos a esta condição. A construção do caso clínico anoréxico questiona a burocracia em favor do componente edípico, o que justifica o diagnóstico e a condução do tratamento em psicanálise.

Para Viganó,

a construção do caso clínico é uma construção democrática na qual cada um dos protagonistas do *caso* (os operadores, os familiares, as instituições) traz a sua contribuição, de uma forma que parecerá paradoxal somente àquele que está doente de tecnocracia e de modelos cibernéticos. Na realidade, trata-se de juntar as narrativas dos

protagonistas dessa rede social e de encontrar o seu ponto cego, encontrar aquilo que eles não viram, cegos pelo seu saber e pelo medo da ignorância. Este ponto comum, a falta de saber, é o lugar do sujeito e da doença que o acometeu. A construção do caso consiste, portanto, em um movimento dialético em que as partes se invertem: a rede social coloca-se em posição discente e o paciente na posição de docente. Naturalmente, o que o paciente deve ensinar não passa por sua consciência e não pode ser dito em uma fala direta, mas mediante nossa escuta das particularidades, das coincidências que foram escandidas de sua história, do enigma de seus atos falhos, recaídas, ausências, etc. (VIGANÓ, 2010, p. 2-3).

De acordo com Quinet (2009), se as formas dos sintomas mudam conforme com o discurso dominante civilizatório, as estruturas que legitimam esses sintomas se mantêm as mesmas, pois se baseiam no modo como o sujeito lida com a castração inscrita em sua subjetividade, modo esse que explica a posição do sujeito frente ao sexo, ao desejo, a lei, a angústia e a morte.

A construção do caso clínico anoréxico parte da entrada do sujeito no simbólico e de sua posição frente ao vazio sempre existente entre o que do sujeito foge da cadeia significante e o próprio significante que o representa. Esta posição é estrutural. É ela que funda o sujeito. Nesta perspectiva, podemos dizer que se o invólucro formal do sintoma muda, as estruturas permanecem as mesmas.

Freud sempre levou em conta o diagnóstico na construção do caso clínico. Ele, porém, não se limitou a fazer descrições e agrupamentos de sintomas. Para Freud (1912/1976), na direção do tratamento psicanalítico é necessário levar em consideração a questão do diagnóstico com entrevistas preliminares para a identificação da estrutura clínica do sujeito.

A medicina biotecnológica contemporânea está, sobremaneira, preocupada com a forma como a anorexia se apresenta externamente. Há aí uma tentativa de retirar da medicina qualquer teoria sobre os emaranhados que dão forma a esse sintoma. Para Aflalo (2011), essa postura legitima a psiquiatria como “(...) a única disciplina médica cujos diagnósticos se estabelecem não a partir da causa real da doença, mas a partir do efeito que os medicamentos

exercem sobre ela”. (AFLALO, 2011, p. 87).

Na construção do caso clínico, o mais importante são as estruturas que subjazem aos sintomas. A externalidade interessa à psicanálise apenas na medida em que contribui para o analista entender a trama camuflada pela recusa alimentar, tanto na construção do diagnóstico quanto na direção do tratamento. Para Freud (1969b), o verdadeiro início da atividade da ciência consiste em descrever os fenômenos, passando então a seu agrupamento, sua classificação e sua correlação. A construção do caso clínico em psicanálise rompe com a primazia da ciência, como o próprio Freud conclui: “(...) só depois de uma investigação mais completa do campo de observação, somos capazes de formular seus conceitos científicos básicos com exatidão progressivamente maior, modificando-os de forma a se tornarem úteis e coerentes numa vasta área”. (FREUD, 1912/1976, p. 138).

Na clínica psicanalítica, o inconsciente não é observável e, por sua própria definição, nunca poderá ser. As vias possíveis de acesso ao inconsciente postuladas por Freud são: o ato falho, o sintoma, o sonho manifesto, o chiste, entre outros. Não teria nenhum sentido ao analista fazer um inventário dos chistes, uma classificação sem fim dos sonhos, uma hierarquia dos grupos de sintomas, uma lista dos atos falhos se não fosse para entender o jogo subjacente aos sintomas.

É importante pontuar que a psicanálise em nenhum momento ignora as coisas do corpo. Para Freud (1912/1976), o corpo, a natureza e as relações humanas, constituem fontes importantes do sofrimento humano. Não é a única fonte como pensam alguns psiquiatras que, não encontrando uma causa orgânica e visível para as dores do homem, atribuem quase tudo à genética.

A construção do caso clínico em anorexia prioriza os fatores orgânicos e genéticos. No entanto, o foco está na observação direta e nas estruturas clínicas internas que tramam o

comer **nada**. Isto é o que Lacan (1959-60/1997) coloca sob o prisma do desejo do analista que não toma o sujeito anoréxico e o seu sofrimento como uma categoria meramente técnica.

A construção do caso clínico propicia tomar a condução do tratamento anoréxico, assim como o diagnóstico que orienta essa condução, sem classificar o sujeito e nem inseri-lo na lista dos diagnosticados. Nesta técnica, esse sujeito é tomado a partir de seu funcionamento psíquico estruturado, para com isso intervir no sentido de trabalhar as características de cada estrutura para fazer com que esse sujeito se torne único.

A partir do que Viganò (2010) trabalha em seu texto, *Avaliação e evidência clínica na saúde mental*, podemos deduzir que a Construção do Caso Anoréxico é uma forma de avaliação que leva em conta a transferência e a singularidade do sujeito, diferente da proposta da Medicina, baseada em evidências e fundada na objetivação do quadro clínico.

O DSM e a TCC³⁶ (Terapia Cognitivo-Comportamental) não levam em consideração o diagnóstico psicanalítico da anorexia porque ele não tem grande importância para a medicalização e para a mudança programada de atitudes. O problema é que os remédios e a reeducação do comportamento não provocam uma mudança na posição subjetiva de seus pacientes. Os medicamentos e a cognição do comportamento não alteram as estruturas e nem os sintomas. Pelo contrário, são maneiras de calar e conter o sujeito anoréxico, uma vez que é através da recusa que ele faz sua aparição clínica.

A técnica de construção do caso clínico em anorexia vem questionar a postura burocrática dos discursos civilizatórios do Mestre e da Universidade, na medida em que escuta em termos de estrutura e de jogo psíquico, priorizando o traço único do sujeito, sem colocá-lo

³⁶ Segundo Duchesne e Almeida (2002), a terapia cognitivo-comportamental é uma intervenção breve, semiestruturada e orientada para metas que têm sido utilizadas em centros de pesquisa e tratamento de transtornos alimentares. Ela tem por objetivo aplicar estratégias cognitivas e comportamentais em pacientes sob o tratamento ambulatorial dos transtornos alimentares, além de remover o sintoma, diminuindo a frequência de episódios de compulsão alimentar, dos comportamentos purgativos e da restrição alimentar. Além disso, melhora o humor, o funcionamento social e diminui a preocupação com peso e formato corporal.

numa condição de qualquer um entre outros.

Na construção do caso clínico anoréxico, o objetivo é sempre a subjetividade³⁷. A escuta é guiada visando a aprender sobre a estrutura universal a partir do caso único e não a postura de ensinar ao analisando qual é ou deveria ser sua condição na universalidade. A técnica rompe com o furor pela padronização do ser, com a reeducação comportamental e com o uso de medicamentos.

Na proposta de diagnóstico e, em certa medida, de tratamento medicamentoso da anorexia, subentendidos no DSM IV, o que se vê é um ganho revertido muito mais para a comunicação dos fenômenos entre colegas do que para o tratamento e o saber sobre a questão. (QUINET, 2009).

A proposta de Construção do caso clínico anoréxico, na teoria psicanalítica, compreende o sujeito como matéria única do trabalho analítico. Nesta perspectiva, o que é prioritário na formação de um analista não é a aquisição de competências tecnicistas de um saber sobre o sujeito universal. A psicanálise se propõe tratar cada caso como sendo único e como se fosse o primeiro. (LACAN, 1966/1998).

Trata-se de uma ética que inclua, fundamentalmente, a subjetividade do caso único, mais do que categorizar e universalizar. Freud (1969d), em uma clara defesa do uso de sua disciplina por profissionais não médicos, disse que a psicanálise exigia sempre uma formação rigorosa, focada nos determinantes somáticos dos sintomas. Na Construção do Caso clínico anoréxico, a psicanálise visa sempre o impacto singular que o corpo orgânico e a relação com o Outro e com o Simbólico provoca no ser. O diagnóstico não se resume ao campo orgânico, onde

³⁷ O ponto comum a ser buscado na Construção do Caso anoréxico por uma equipe é o ponto cego das narrativas, ponto este que pode ser evidenciado nos momentos em que esse sintoma vacila em sua capacidade de sustentar a fantasmática do sujeito. Portanto, o trabalho consiste em uma inversão dialética das partes de tal forma que a rede social envolvida no caso coloca-se em posição de discente e, o paciente, na posição de docente. (VIGANÒ, 1999).

a doença só se apresenta a partir do momento em que se verifica um doentio funcionamento dos órgãos. A clínica não especifica um valor para o sintoma do sujeito. O sintoma não é padrão de déficit orgânico: o sintoma anoréxico somente irá provocar desprazer a partir do momento em que um posicionamento subjetivo entrar em jogo.

Na Construção do caso clínico na anorexia, o analista passa a considerar o problema do sujeito deixando de lado a ideia de uma clínica de cunho tecnicista, cujo objetivo não é outra coisa senão a tentativa de padronizar técnicas diagnósticas como mecanismo fundamentais na determinação da direção do tratamento em detrimento do caso único. Conforme afirma Freud: “lembremo-nos, no entanto, de que nossa atitude perante a vida não deve ser a do fanático por higiene e terapia. Devemos admitir que a prevenção ideal de enfermidades neuróticas, que temos em mente, não será vantajosa para todos os indivíduos”. (FREUD, 1910/1969, p. 135).

Assim, na Construção do caso clínico anoréxico, a prática do analista não deve se pautar pela elaboração ilusória de um conhecimento técnico sobre o sujeito, cuja amostragem não se faz a partir de um quadro com pretensões universalistas. Não se trata de o próprio sujeito ser avaliado. O que vemos preponderar nos atendimentos dos pacientes anoréxicos em ambulatórios e hospitais é a avaliação do caso sustentada no discurso do discurso do mestre: a anoréxica é identificada por meio de significantes mestres, o que significa o mesmo que padronizá-la às múltiplas categorias clínicas.

Segundo Miller, “o discurso do mestre produz um certo número de categorias clínicas. Quando se formula que a obesidade é o mal do século, depois de se ter formulado que a depressão é o mal do século, temos uma clínica do mestre à qual somos, evidentemente, levados a nos alinhar”. (MILLER, 2011, p. 20).

Para Lacan (1971/2004), a psicanálise é o avesso do discurso do mestre. O discurso analítico não pode proclamar ao mundo um conhecimento padronizado sobre o sujeito anoréxico.

Na Construção do Caso clínico, o analista desempenha o papel de desejante e interroga o sujeito em sua falta. O analista, esquivando-se do lugar de mestre, leva o paciente a trabalhar de forma que esse produza um novo e singular saber sobre seu sintoma.

3.2 O Acolhimento Analítico na Clínica da Anorexia

Sobre a relação analista/anoréxica, Recalcati indica:

(...) a ideia da maternagem como opção de fundo na lógica da cura, com a finalidade de estruturar um ambiente bom, capaz de oferecer estabilidade e continuidade no ser e na experiência do sujeito. Como capaz de (...) oferecer uma resposta do Outro, (...) capaz de acolher, de dizer sim. (RECALCATI, 2004b, p. 185)

Na primeira etapa do tratamento, o analista tem a função prioritária de ser continente, ou seja, oferecer-se como um receptáculo para os sentimentos, afetos e experiências dolorosas. Winnicott (1975) sugere o *holding*, que aponta para a qualidade da relação, entremeada de afeto e que possa servir de base para o aparecimento de seu universo subjetivo e para as vicissitudes do processo analítico.

Para Scazufca e Berlinck (2002), o fazer desses pacientes predomina no tratamento, sendo que o dizer resume-se a uma fala a respeito do corpo, da gordura, da comida e de dietas. Como consequência, o sujeito coloca-se fora da cadeia significativa, tornando-se dependente e escravo do seu ‘não dito’ de si, absorvido num círculo repetitivo e destrutivo, absolutamente alienado e impossibilitado de frear esse estado de coisas.

A falta que a presença do Outro materno representa é semelhante à do Outro do corpo disforme, da prova do sexo, da feminilidade e do gozo: a anoréxica luta por um corpo sem falta. Do mesmo modo que ela subordina o Outro materno com sua recusa, ela tenta submeter o corpo

disforme e castrado a um corpo simétrico e absoluto. Seu corpo não pode apresentar nenhum desvio. Ela precisa submeter sua silhueta física por uma outra, avessa à castração.

A sexualidade e a feminilidade implicam uma série de situações adversas: o que é ser mulher? O que fazer com o sexo? O que fazer com o desejo uma vez que ele supõe o Outro? Como é estar com o Outro? São questões que a anoréxica resiste em se a ver porque supõem o encontro com a falta. Ela, a anoréxica, é avessa ao diverso e ao que representa algum traço de contradição. Só o todo importa. Ela se faz plena pela recusa.

Qual o lugar do analista diante dessa completude absurda? Se a palavra supõe uma forma faltosa de gozar, como fazê-la aparecer num sujeito que se coloca como Todo³⁸? Como quebrar as certezas da anoréxica? Como fazê-la perceber que sua “solução” é muito arriscada? Como mostrar o traço mortal de sua recusa? Como esvaziar a imagem corporal excessivamente idealizada? Como fazer um furo em seu gozo autístico para que ela reconfigure sua sexualidade e sua feminilidade?

A anoréxica fez uma acordo rigoroso consigo mesma: ela é seu próprio algoz. Seu compromisso é avesso ao espaço e ao tempo, e não se discute a possibilidade de flexibilizá-lo. Não há negociação e nem diálogo. Quando termina, parece que sequer teve início. Todos são seus escravos: sua mãe, sua imagem, sua sexualidade e sua feminilidade. Ela controla tudo a partir de sua recusa e de sua caquexia. Nesse sentido, não há, num primeiro momento, outro lugar para o analista que não seja este: a servidão.

Como estratégia transferencial, o analista precisa assumir uma posição “contra-transferencial”. Ou seja, é ele que reconhece o analisante como “suposto saber” e não o contrário.

O sujeito não demanda nada. Ele vai às sessões para dizer que está bem com sua

³⁸ O Todo em psicanálise corresponde a um momento de perda absoluta de si. No Todo, o indivíduo goza e ao mesmo tempo se apaga. Ele se iguala ao nada, não existe mais como sujeito. O Todo é também desaparecimento. (BATAILLE, 1967).

anorexia e quer ser reconhecido como tal. O risco é o analista ocupar o lugar de quem demanda ou do saber (discurso do mestre ou do universitário), o que pode impossibilitar a emergência da falta e a produção do analisante.

Nesse contexto, cabe ao analista lidar com uma posição menos distanciada para uma posição mais humanística de acolhimento. De tal forma, acolher o olhar vazio e o falar sobre o que se come e o que não se come, o que é mais e menos calórico, parece ser a melhor alternativa. É contentar-se com frases curtas e espaços de absoluto silêncio. Não existe uma via de mão dupla. O “diálogo” só pressupõe o emissor. O receptor se resguarda a concordar com tudo o que é dito. É ele e toda a família da anoréxica numa posição quase franciscana diante de uma “deusa pura”: faça de mim segundo a sua vontade. Qualquer movimentação por parte do analista pode ser devastador e provocar a interrupção das idas às sessões.

De acordo com Hilde Bruch (1986), esses sujeitos padecem de um senso de ineficiência e ausência de independência. Por isso, intervenções teóricas devem ser evitadas, pois podem ser tomadas pelo paciente como corretas, porém vulneráveis de sentido e distantes da sua experiência real. Interpretações utilizadas dentro dos modelos da psicanálise clássica podem levar a uma reedição de uma relação intrusiva experimentada na infância, na qual o sujeito sentia e pensava através de um outro dominador. O período do uso construtivo da ignorância é um meio pelo qual o analista compreende o paciente um verdadeiro ajudante, ouvindo sua história, sem fazê-lo pensar que traz consigo uma bagagem de segredos propositadamente guardados.

Recalcati (2004b) sugere criar um ambiente propício de tal maneira que a anoréxica possa se sentir à vontade: o analista precisa acolher todas as falas independentemente se há ou não alguma implicação. É ela que determina o tempo e o andamento da sessão. O analista

funciona como um secretário do alienado³⁹. Não é indicada nenhuma interpretação ou ato clínico que aponte para algum enigma. A anoréxica quer abocanhar a Coisa na sua totalidade. Assim, o máximo que podemos conseguir é atingir as bordas do real. Não obstante, a anoréxica fratura o imaginário e o simbólico e reverte toda a libido para o copo na forma de gozo. Inverter o gozo autístico para o gozo faltoso e lidar com o intervalo próprio do reconhecimento entre os significantes, são os desafios da clínica nos casos de anorexia.

É importante pontuar que qualquer gesto da anoréxica representa alguma fratura, ainda que mínima, nesse excesso de gozo. No entanto, o retorno desse excesso pode provocar uma negatização pura com efeitos anestésicos sobre ela e sobre o analista. Como lidar com esta inércia? Como a mudez pode ser escutada transferencialmente?

O real puro se apresenta quando essa anestesia não se encontra associada a momentos penosos e nem a momentos de inquietante estranheza. Não há trauma e nem dor psíquica: o analista precisa atentar para momentos que venham apresentar intervalos mínimos de gozo que possibilitem a introdução de algo capaz de enlaçar a angústia a efeitos criativos.

O gozo do corpo não propicia que a fala do analista ecoe, que seja absorvida ou que deixe algum traço transferencial. Nessa perspectiva, um “período de submissão” ao analisante é necessário para a cura. Acreditamos que se trata mais de uma necessidade inerente à temporalidade da emergência da fala e da transferência na análise. E, nesse sentido, parece-nos que esse “período de servidão” da escuta do analista aos efeitos anestésicos da anorexia constitui a questão do destino da análise e suas consequências.

É importante ressaltar que a anoréxica quer tornar imperceptível seu circuito

³⁹ Ao modo de um secretário, o analista tem “confiscada sua própria palavra” em favor da escrita de um real que concerne ao sujeito, ofício para o qual o analista se faz suporte. (BLANC-SANCHEZ 1992, p. 9). Em seu ofício clínico, o analista acolheria a demanda, fazendo-se, num só golpe, “destinatário” e “parceiro do delírio”. (ZENONI, 2008, p. 131).

anestesiante. Como perceber essa pura negatividade na transferência e na contratransferência de forma que ela possa se transformar em matéria analisável no processo analítico?

Christak (2012) afirma que é no limite da dinâmica anestesiante que se encontram os efeitos criativos da análise. Eles testemunham uma separação dos efeitos mortíferos do gozo, dos efeitos que sustentam uma reação negativa na transferência e a expressão da pulsão de morte quando a negatividade inerente à cura impede sua evolução.

Para que a separação com a morbidez aconteça, Christak (2012) diz ainda que o analista tem de distanciar sua escuta desse “período de servidão” na transferência. Esse afastamento é um momento crítico, pois pode reacender o traço persecutório e devastador do real. Para isso não ocorrer, o afastamento deve ser feito da transferência na transferência – o que pode representar uma possibilidade em um segundo tempo.

O analista precisa ir se afastando do lugar do Outro suposto saber muito lentamente. Quase como se fosse tirando com uma mão e dando com outra. Afinal, o menor sinal de abandono ríspido ou de que ele esteja tentando tomar as coordenadas das sessões pode significar a interrupção do tratamento. Qualquer olhar desviante, qualquer movimento convidando para um outro olhar sobre a mãe, sobre a imagem, sobre o sexo e a feminilidade pode ser entendido como persecutório e desesperador - quando não há desistência do tratamento, o sintoma pode retornar com força total, e o que se conquistou até ali volta à estaca zero.

Para Fédida (1988), num tratamento psíquico, sobretudo no caso difícil, é necessário que o delírio tenha seu lugar. No caso da anorexia, é necessário que o analista mantenha a ilusão de que a recusa sustentará o Outro faltoso e preencherá o vácuo da sexualidade e da feminilidade. O delírio suportado pelo analista traz a esperança da reconstrução do paciente, e de que este, ao seu tempo, possa se reconduzir à realidade. É sempre bom lembrar que a realidade que esperamos que o paciente abrace é uma realidade socialmente construída, portanto, uma realidade não

absoluta, mas relativa. Uma realidade, entretanto, contendo sempre um espaço para a diferença recusada pela fantasia.

O modelo é o de Zoe em *Gradiva*. (FREUD, 1907/1974). Ao longo de toda a viagem do arqueólogo à Pompéia, ela acompanha o arqueólogo Norberto Hanold sem jamais confrontá-lo, sem jamais forçá-lo a acordar do delírio. Entretanto, Zoe não se funde com Norberto em seu imaginário. Fala a ele em linguagem dúbia: a um só tempo manifesta a compreensão do delírio de Norberto e indica que não desposa este delírio.

Essa postura clínica indica que, quando há um rompimento precipitado do delírio, podem se dar efeitos traumáticos que reforcem a alienação do paciente. Nesse sentido, ao psicanalista cabe uma espera resignada, acompanhando seu paciente por toda a viagem à “Pompéia”, acreditando que o delírio carrega a possibilidade de cura.

A angústia fica menos evidente quando é atravessada pelo simbólico, pelo imaginário ou é sublimada⁴⁰. Na anorexia, a angústia aparece no corpo, quase crua. Não há mediação. Há uma escravização pela recusa. É a angústia e a Coisa. Não há plasticidade. Não há eu. La Sagna (2007) vê na angústia um caminho para que algo novo irrompa. Ela traz de volta a figura da mãe como responsável pela emergência da angústia na filha. Ela sugere a hospitalização como forma de separar mãe/filha e que ambas sejam escutadas.

La Sagna (2007) insiste no cuidado ao fazer emergir a angústia na anoréxica. A autora afirma ainda que manejo analítico precisa cuidar para que a angústia não seja transformada em objeto de desaparecimento. Na medida em que, na transferência, o analista puder ir paulatinamente saindo desse lugar de subserviência, o sujeito poderá iniciar um processo de

⁴⁰ Processo postulado por Freud para explicar as atividades humanas sem qualquer relação aparente com a sexualidade, mas que encontrariam o seu elemento propulsor na força da pulsão sexual. Freud descreveu como atividades de sublimação principalmente a atividade artística e a investigação intelectual. Diz-se que a pulsão é sublimada na medida em que é derivada para um novo alvo não sexual ou em que visa objetos socialmente valorizados (LAPLANCHE, 1970, p. 638).

transformação desse vazio numa questão. É preciso ter cuidado para que a anoréxica não retorne ao estado inicial de abandono anestésico.

Assim, existe um outro cuidado que o analista precisa ter. Conforme vimos, no primeiro tempo da anorexia, a mãe assume a posição do Outro asfixiante da filha. É a mãe que não abre nenhum espaço para o aparecimento da fantasia e do simbólico. É natural que nas primeiras semanas de vida a mãe tenha uma relação quase simbiótica com o filho. No entanto, se essa relação persistir por um período mais longo, a interação corre o risco de se tornar persecutória e patológica para a criança.

McDougall (2001) afirma que a mobilidade de uma criança, seu crescimento emocional, seu intelecto e sua afetividade podem se desenvolver com a condição de que a mãe a invista positivamente. No entanto, essa mãe também pode impedir o valor narcísico desses aspectos em seu bebê, sobretudo se a criança encobrir suas necessidades e frustrações no seu mundo interno. O analista precisa estar atento para não assumir o lugar da mãe que asfixia a emergência do psíquico e para não repetir com a anoréxica a mesma relação persecutória da mãe.

Para Lasègue (1873/1998), o excesso de insistência por parte do médico leva a um excesso de resistência por parte do paciente. De tal forma, a clínica da anorexia seria um meio termo entre uma subserviência e uma dominação sufocante – sendo esta bastante comum nos atendimentos nutricionais e psicoterapêuticos cognitivos comportamentais. As anoréxicas burlam dietas, escondem alimentos e compensam com atividades físicas as prescrições forçadas.

Recalcati (2004b) nos diz que um elemento fundamental da direção da cura na anorexia é fazer visível o risco mortal do corpo. É opor a exterioridade estética à imagem do corpo fraco, do interior obscuro e não nominável do corpo mortal.

Não obstante, o excesso de certeza infiltra a anoréxica numa penumbra: todos os que estão à sua volta enxergam seu quadro *terrorífico*, menos ela, que passeia exibindo sua estética.

O que é nada para os outros é tudo para ela. Quanto mais seu corpo enfraquece, mais ela se sente completa e absoluta: é o delírio anoréxico que camufla e cancela a falta.

Essa arrogância estética coíbe qualquer possibilidade de intervenção. Ou seja, anula qualquer manifestação enigmática. É o nada encarnado. A pele e os ossos falam por si mesmos. Na anorexia o que está em jogo é uma evidência que não se metonimiza (não se move, não se concatena com outros significantes) e que não metaforiza (não se deixa substituir por outros significantes). Há um jogo e um excesso de evidência. (RECALCATI, 2004b).

Conforme já foi dito, o rechaço da evidência anoréxica poderá acontecer quando vier à tona o risco mortal da recusa. Segundo Recalcati (2004b), às vezes, o que assinala clinicamente a desagregação da solidez do governo anoréxico é a percepção de que a anorexia se transformou em um jogo perigoso, no qual o sujeito perdeu o controle.

Muitas anoréxicas se sucumbem após uma internação hospitalar ou após vários fracassos terapêuticos. Em geral, há queda de cabelo, os seios, a menstruação e a silhueta desaparecem, a pele resseca, os dentes e unhas caem. Ela vai caindo aos pedaços. Porém, quase sempre, nada disso é suficiente para o reconhecimento de que algo não está dando certo. No entanto, quando começa a ocorrer os primeiros desmaios, as quedas sucessivas de pressão arterial e as fraturas nos ossos, é que os pais entram em desespero e procuram ajuda profissional. Comumente, a mãe é a que mais se angustia. A angústia da filha somente aparece quando o médico mostra o quadro limítrofe de sua anorexia.

Outras vezes, a diminuição da arrogância anoréxica vem pelo caminho das crises bulímicas: é a bulimia que constitui o sintoma particular da anorexia, porque o vômito revela o fracasso da idealização. A ruptura da evidência anoréxica que se verifica nas crises bulímicas é um índice positivo para o começo do trabalho analítico.

A anoréxica apresenta uma postura desafiadora de poder. É a mais absoluta

indiferença ao que é sentido e vivido e ao seu estado mórbido. Para não ter que se a ver com o desejo do Outro, ela se fecha em sua recusa alimentar. Desse modo, ela vive num paradoxo: ela come **nada** para viver, mas, não comendo nada, ela está morrendo. O analista precisa manejar com cuidado esse sintoma, tentando pontuar que a falta pode não ser tão desesperadora quanto ela imagina.

3.3 O Sentido da Recusa na Clínica da Anorexia

A anoréxica, pela recusa, procura se contrapor ou controlar a dominação do genitor, a distorção estrutural da imagem corporal, o real do sexual e do feminino. Nesta perspectiva, a recusa não pode ser tratada a partir da negação. O analista precisa se abrir para compreender qual amarração ela está sustentando⁴¹. A escuta, portanto, poderá abrir uma fenda entre a recusa e o desejo para que o simbólico se configure como mediador na relação da anoréxica com suas questões.

Neste tópico, pretendemos discutir a função da recusa na clínica da anorexia, tentando marcar em que medida, na transferência, seu componente paradoxal de negação e afirmação do desejo pode vir à tona e ser reconfigurado.

Existem terapias, como a Terapia Cognitivo Comportamental, por exemplo, que têm como objetivo regularizar a função alimentar. Cabe lembrar, porém, que elas podem ser sobremaneira arriscadas, uma vez que o terapeuta tende a repetir com a anoréxica a mesma

⁴¹ Na clínica, este mecanismo, em geral, aparece em resposta a algo dito pelo analista e tem o valor de confirmar o que acabou de ser dito e está sendo negado pelo paciente. Um tipo clínico é o fato do paciente, ao mesmo tempo, expressar algum desejo e dele se defender negando que lhe pertença. “A negação é um meio de se tomar consciência do reprimido”. “Por meio do símbolo da negação [não] o pensamento liberta-se das limitações da repressão”. (FREUD, 1925/2007, p. 145).

relação que ela tem com a mãe dominadora, o que pode gerar uma relação de forças em que alguém sairá derrotado.

Na clínica de psicanálise, não importa tanto o sintoma, mas o que está por detrás dele. Ou melhor, qual função o sintoma tem para o sujeito. A anoréxica recusa submeter-se ao Outro maternal, ao corpo distorcido, ao real do sexo, ao gozo e ao ser mulher.

Maud Mannoni, em *Un cas d'anorexie mentale* (1970), propõe que a negação do alimento mostra uma tentativa de sustentação do desejo próprio, indicando como, pela via da recusa, o indivíduo busca alguma afirmação de si. O ato que diz “eu não quero mais comida” quer dizer o “eu quero” do desejo que busca um caminho para se fazer surgir. Ainda conforme a autora, “a anorexia, neste caso, não é propriamente uma doença, mas a única forma que o indivíduo encontra para nascer enquanto sujeito desejante, fora do desejo da mãe”. (MANNONI, 1970, p. 68). Certamente há anoréxicas que têm esta posição. Não obstante, o melhor é tomar cada caso como sendo único.

Portanto, o comer **nada**, na anorexia, pode ser visto como uma forma de afirmação do desejo pela negação. Segundo Recalcati (2004b), há o surgimento do desejo, mas este se manifesta como um “desejo frágil”, pois consiste em um desejo que só consegue se manifestar pela sua recusa. Desse modo, o desejo e a recusa não são excludentes, mas podem coexistir como uma espécie de tensão vital.

A ideia de “desejo frágil” encontra-se muito perto do “princípio de agonia” de Pontalis (1988). É possível conceber a negação na clínica psicanalítica dentro do quadro da resistência não como impedimento à análise, e sim como força ativa, uma vez que a resistência

unifica ao mesmo tempo o desejo de análise e a negação do processo de análise⁴².

Pontalis (1988) sugere que o fato de centrar no sofrimento, muitas vezes, dificulta qualquer possibilidade de melhora. Não dá para pensar que o indivíduo prefere o sofrimento à melhora. Para ele, não se trata exatamente de uma preferência, pois não nos encontramos aqui na dimensão do consciente, e, sim, do inconsciente. Portanto, em certos casos clínicos, pode-se dizer que a resistência seria a afirmação do próprio desejo de ser escutado.

A luta contra a melhora seria, então, uma reação afirmativa da luta interior promovida pelo sujeito para não se submeter ao Outro. Para Pontalis (1988), a cura imputaria à reação um efeito terapêutico, isto é, a luta por se desfazer da dominação do outro e se afirmar em sua individualidade.

Nessa perspectiva, a recusa aparece como força ativa, havendo uma afirmação no próprio ato de negar. Assim, para fazer frente à mãe que sufoca, a anoréxica diz não à comida, assim como o resistente que diz não à análise como forma de afirmar a expectativa de melhora. Desse modo, o recurso à negação lhe propicia abrir um buraco em relação ao próprio desejo: resistir para existir. O “não” aqui é um exercício de poder, constituindo-se menos uma fantasia, e mais um ato como descarga.

Uma força reativa na análise significa que o analisando está empenhado em exercer uma força ativa sobre o analista com o intuito de enfraquecer seu trabalho que interpela. Para Pontalis (1988), uma das regras fundamentais do método psicanalítico é compreender que a resistência anuncia a proximidade de algo novo.

A resistência precisa ser entendida como elemento basal ao processo analítico, ou seja, como um modo precioso que o sujeito lança mão para assegurar e afirmar sua existência.

⁴² Cf. FUKS, B. B.; CAMPOS, T. S. P. C. Anorexia: da urgência de uma nova prática clínica. *Tempo psicanal.* Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, jun. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0101-48382010000100002&script=sci_arttext. Acessado em 29/12/2013.

Como afirma Sztajnborg (1992), o “ser não” apresenta-se como a única alternativa possível ao “não ser”, só sendo possível existir por meio da negação. Segundo ele, renunciar a essa oposição implica um risco de morte. É um recurso drástico de não ser condenado à condição de objeto do desejo alheio.

Segundo Pontalis (1998), o estado daqueles que se expressam pelo “não” é atravessado por um “princípio de agonia”, marcado pela lógica do desespero e para além do princípio do prazer. A importância dessas considerações de Pontalis retira da recusa anoréxica seu caráter exclusivo de “sem saída”, propondo que, mesmo quando impera a negação em uma análise, pode-se apostar na sustentação do desejo.

Conforme vimos, para compreendermos a posição do analista frente aos sujeitos anoréxicos, é fundamental reconfigurarmos o sentido da recusa de cada sujeito nesta clínica. É importante entendermos a negação anoréxica num sentido dialético, qual seja, a recusa reflete o desejo de se sobrepor à castração. A tendência é considerarmos a recusa como um caminho sem volta, o que encerra todas as possibilidades de instalação da transferência nesta clínica. Portanto, escutar a negação como um movimento para não ter que se a ver com o desejo, possibilita que, em algum momento, esse mesmo desejo emergja abrindo caminhos para outras vias diferentes daquelas centradas no corpo e no sintoma.

A posição anoréxica tem a ver com estruturas diferentes. Na histeria, essa posição de recusa pode funcionar como uma resposta contra a devastação. De tal forma, nunca é demais afirmar que mesmo pontuando todas essas questões do sentido da recusa na escuta da anoréxica, não é possível universalizar essa clínica. É sempre importante estar atento na busca de um caminho que leve à singularidade de cada caso.

No tópico a seguir trabalharemos uma via possível em que o desejo do analista possa manobrar sobre a recusa, possibilitando ao sujeito saídas criativas e singulares. O analista não

poderá manejar a recusa com a recusa. Isso só será possível com a introdução de seu desejo, apontando para outras vias de solução diferentes do nada.

3.4 A Função do Desejo do Analista na Clínica da Anorexia

Na anorexia, desejo e necessidade podem não estar diferenciados. A anoréxica pode utilizar o objeto comida para dar conta da mãe, a imagem, o sexo, a feminilidade, enfim, a castração. O analista, ao contrário, pode representar uma torção nessa manobra anoréxica, apontando para a subjetividade como uma promessa à falta. O analista pode presentificar o desejo mediado pelo simbólico: trata-se de algo da ordem do possível, uma vez que a palavra instaura o sujeito no campo dos significantes e da falta.

Sobre a função do desejo do analista na clínica, vejamos o que nos diz Guyomard:

Esta expressão desejo-do-psicanalista (“*désir-du-psychanalyste*”) não é descritiva. Não qualifica, com outros atributos, um dos traços do psicanalista. Não é o desejo de tal ou tal psicanalista, não é também o desejo ser psicanalista. É um conceito - um significante - no qual se pensa uma função - o desejo como função. Freud escrevia que o psicanalista opera com o seu inconsciente. Lacan defende que ele analisa com o seu desejo. [...] Ele (O inconsciente do analista) intervém na cura apenas a título das possibilidades e impossibilidades que tem o analista de escutar, de ser suscitado e às vezes transformado pelos ditos do analisando, e de falar. É lá a manifestação real e concreta do inconsciente. O seu silêncio vale apenas como palavras possíveis, como desejo deste silêncio: a regra, o ajustamento do silêncio e da palavra, coloca em jogo o inconsciente. (GUYOMARD, 1992, p. 21).

Para Lacan (1958/1998a) o analista opera com seu desejo. Desse modo, faz-se importante perguntar qual é a função do desejo do analista para a instalação da transferência na clínica da anorexia, haja vista ser a relação analítica dialética. É necessário que o analista esteja aberto em sua crença de que há algo que possa ser feito ainda que a realidade se apresente quase totalmente obturada pelo sujeito, como é o caso da anorexia.

Qual a diferença entre o desejo do analista e o desejo do analisando? O analisando, ao iniciar um processo de abertura, oscila entre progressos e retrocessos, fato que ocorre porque quase em todo o tempo de sua vida ele não teve a oportunidade de vivenciar o simbólico e o

imaginário como mecanismos de elaboração de suas questões.

Na anorexia, o corpo é um objeto privilegiado para anestesiar a dor psíquica ou para se entregar à ela sem nenhum mediador: desde muito pequeno o sujeito elencou a oralidade como forma de fazer frente ao Outro da falta. A mãe simbiótica não forneceu espaço para que a autonomia psíquica do filho pudesse ser exercitada. Então, frente a uma mãe persecutória, o filho fragilizado psiquicamente passou a responder com o comer **nada**. É compreensível, portanto, que o sujeito anoréxico retroceda em sua análise, uma vez que tudo para ele é muito novo. Por isso, torna-se fundamental que o analista sustente com seu desejo a análise, pois é esse o caminho para o surgimento de algum lampejo de cura nesta clínica.

É preciso ainda que o analista esteja atento porque, num primeiro momento, tudo o que a anoréxica quer é colocar o analista no lugar de quem demanda: a anoréxica só goza com o corpo pleno, e o analista é a presença viva de que é possível um gozo mediado pelo simbólico. Ela não deu conta desde o início de exercitar a abstração na negociação com o Outro. Isso é compreensível pela radicalidade do desejo desse Outro que Lacan denomina de devorador e asfixiante. Desse modo, é realmente muito delicado introduzir algo com que o sujeito não possui quase nenhuma familiaridade e que ele repugna, porque, até ali, o que ele vivenciou teve como base o “tudo ou nada”.

O analista com sua análise pessoal precisa estar atento aos fenômenos do inconsciente, aos descaminhos do gozo e às tramas da linguagem. Logo, por mais que a anoréxica insista em fazer valer sua posição de dominadora pela recusa, o analista deve saber que essa atitude camufla um sujeito frágil e inseguro quanto à realidade da vida. Também, com sua escuta aguçada, o analista deve aguardar calmamente pelo esgotamento dessa arrogância para emergir um sujeito capaz de reconhecer seus limites e suas possibilidades, afinal, ele está ali representando o universo da linguagem, da fantasia, das invenções e das amarrações criativas. Ele

deve apostar nesses caminhos como possíveis, apesar de todos os seus limites.

A análise é o lugar onde a anoréxica poderá vir a se confrontar com seu desejo. Num primeiro momento, ela não consegue se implicar em suas questões. Ela quer ser reconhecida como anoréxica e quer o aval de seu analista de que ela está correta em sua luta. Ela só acredita em sua anorexia porque para ela ninguém pode ser gordo ou sobreviver carregando uma imagem que não suporta. Ela defende, a todo custo, que está certa em sua anorexia porque não se deve viver subjugado a ninguém. Sua “religião” é assexuada e sem gênero, uma vez que para ela só a plenitude importa. Não dá para ser e não ser ao mesmo tempo. Ela não suporta a dialética e as contradições. Ela acredita que seu falo é completo e suficiente para suprir tudo.

De tal forma, a função do desejo do analista é presentificar algo para além do corpo. É fazer outros convites menos concretos, mais abstratos e poéticos: o exercício que o analista representa não é o da ação, mas, sim, o de abrir-se ao Outro sem se perder totalmente. O de olhar para o futuro e criar uma ficção que tem o poder de fazer o sujeito sobreviver apesar das adversidades.

O analista representa a angústia, a pulsão de morte, o real e a Coisa; porém, mediados por algo que os tornem menos tórridos e menos mortíferos. Ele dá certa leveza à castração, situando-se entre a anoréxica, sua mãe, sua imagem, seu sexo, sua feminilidade e seu gozo desmedido. Ele quer dizer à anoréxica que existe um mundo para além do corpo. Aliás, que o corpo também faz parte desse mundo, abrindo inúmeras possibilidades – para além da anorexia – de vínculo com ele. O desejo do analista tem uma função de mediador para oferecer uma nova forma que vá além da negação do corpo.

Mais uma vez Guyomard nos ajuda a compreender que:

[...] o lugar do analista não é um lugar vazio. Ele supõe que ele seja desejado; o desejo

de ocupar este lugar com todas as suas consequências, além do “savoir-faire” e da experiência, impõe este conceito. A dialética e a alteridade do desejo – o desejo como desejo de desejo – implicam que um sujeito não questione seus desejos e o mundo sobre o qual são constituídas e solidificadas (suas fantasias) a não ser em referência a essa alteridade. (GUYOMARD, 1992, p. 19).

Inicialmente, no tratamento, uma anoréxica raramente é uma analisante. Por sua vez, o analista precisa provocar uma torção nessa demanda de tal maneira que a resposta emerja do próprio sujeito.

Na anorexia, os primeiros significantes ainda estão no corpo e aparecem de forma mortífera, tendo em vista o fato de que o sujeito ainda está preso ao desejo devorador da imago materna. O desejo do analista pode representar para o sujeito uma outra forma de se relacionar com seu próprio desejo ou com o Outro.

O analista está lá para tomar um lugar do que escuta o desejo. E este lugar lhe confere uma posição que nem a família ou a equipe médica ocupam. No caso Sidonie, Mannoni (1970) coloca toda a responsabilidade em Sidonie em relação à maneira como ela utiliza de sua doença como uma forma de lidar com o Outro. A analista inverte o desejo de onipotência de Sidonie quando sai de seu papel de analista, dizendo que a aceita tão bem morta quanto viva. A partir dessa pontuação, a paciente aceita inovar. Certamente uma intervenção como essa é eficaz na transferência.

Sobre os efeitos de sua intervenção, Mannoni comenta:

Homologando no início de sua estada seu voto de destruição de seu corpo (“eu te aceito tão bem morta quanto viva”), eu privilegiei a manutenção do desejo, desejo que estava interdito por um super ego maternal arcaico. Mas deixei inteira a fascinação exercida sobre Sidonie. Por um certo jogo com a morte, foi necessário que ela provasse seu efeito sobre os outros, para mensurar o desejo deles de vê-la viva. (MANNONI, 1970, p.153).

Mássimo Recalcati é um psicanalista italiano empenhado na teoria e na práxis psicanalítica da anorexia-bulimia. Ele desenvolveu uma técnica de atendimento com grupos

monossintomáticos em que o desejo do analista é de fundamental importância para um prognóstico positivo no trabalho com esses sujeitos.

Recalcati (1998) entende por grupos monossintomáticos a reunião de sujeitos a partir do que eles têm em comum. A existência desses grupos, na contemporaneidade, se deve à eclipse do Ideal na época do Outro que não existe⁴³ e da debilidade do caráter estruturante e constituinte da identificação edípica como é enfocada por Lacan no *Seminário V*, dedicado às formações do inconsciente.

Os grupos monossintomáticos refletem a atual decadência do Nome do Pai: neles prevalecem uma identificação horizontal, homóloga do Outro com o Mesmo e anônima com o grupo. Tal unidade não institui o particular do sujeito como tal, e sim o anula, associando-o. Trata-se de uma resposta social à inconsistência do Outro.

O grupo tende a se identificar pelo sintoma que vincula o sujeito no Outro, no lugar de deixar emergir sua singularidade, haja vista o individualismo se tornar o máximo de universalismo. É uma reprodução em massa das anoréxico-bulímicas que reduz o poder do equívoco em nome do idêntico.

A homogeneidade do sintoma é uma ilusão. O pequeno grupo monossintomático constitui-se, na origem, sobre esta ilusão. Aquilo que dá consistência ao grupo é um laço imaginário, uma reciprocidade identificatória que realiza uma espécie de espelhamento comum. Por isso, a direção do tratamento visa desconstruir esta identificação coletiva (...) nos grupos monossintomáticos de orientação analítica; trata-se de romper a homogeneidade anônima à anorexia-bulimia para produzir o nome próprio do sujeito. (RECALCATI, 1998, p. 265).

Recalcati (1998) pergunta: como introduzir nesses grupos o princípio da divisão subjetiva, com o fim de produzir a transformação do idêntico na contingência do equívoco?

⁴³ RECALCATI, M. *A questão preliminar na época do Outro que não existe*. Disponível em: http://antroposmoderno.com/antro-articulo.php?id_articulo=813. Acessado em 28/12/2013.

Como produzir um sintoma não só social, mas subjetivado e, portanto, indicativo não de um traço comum, mas da verdade reprimida do sujeito?

A monossintomaticidade é o mesmo no lugar do Outro. É o suporte para uma identidade imaginária. É uma metáfora social em que o sujeito se reconhece na anorexia de modo absoluto. Recalcati (1998) aposta no equívoco e na reabilitação da função inconsciente, sugerindo um trabalho preliminar no tratamento que rompa com o idêntico.

Num primeiro momento do tratamento, a identificação anoréxico-bulímica não é interrogada pela instituição, e sim confirmada como condição para a entrada no dispositivo do grupo. Num segundo momento do tratamento, é o desejo do analista que irá enxertar o equívoco, a não-coincidência entre enunciado e enunciação. É o conceito de inconsciente como pulsação. A partir daí, podem se formar grupos distintos de pacientes, uma vez que a universalidade vai, aos poucos, cedendo lugar à singularidade como efeito do desejo pontuado pelo analista.

O que aparece primeiro é uma demanda de ajuda dirigida ao Outro da Instituição. Como questão preliminar, ocorre a transição do grande grupo para o pequeno grupo. O grande identifica e o pequeno des-identifica: é a função do analista que esvazia a identificação. Trata-se de dois momentos lógicos e cronológicos: no primeiro prevalece o poder do idêntico e da identificação especular; no segundo, o da des-identificação.

Como ocorre essa reabertura da divisão subjetiva, essa reabilitação do poder do equívoco no contexto concreto do trabalho com pequenos grupos? Recalcati (1998) indica que o fato de o grupo ter o mesmo sintoma não significa que ele terá o mesmo tempo para curar-se. Segundo tal autor, é preciso um tempo de cada vez para compreender e para concluir o que é particular. É o trânsito do idêntico ao equívoco. O sintoma se torna egodistônico. O encontro e o desencontro com o real podem remover as identificações com o narcisismo mortífero.

A partir disso, emerge a produção de uma metáfora. Esta, já distinta daquela

cristalizada pelo grupo social, está enraizada no equívoco do significante – não mais social, e sim subjetivo. Trata-se agora de uma captura do interior para o exterior. A anorexia não aparece, antes de tudo, como um sintoma subjetivo, mas, sim, social. Ela tende a agrupar. Sustenta a homogeneidade imaginária do Um.

A escuta analítica não reforça o mesmo. É uma prática que tem como base o sujeito dividido, o inconsciente como discurso do Outro que pode irromper e produzir um efeito surpresa bem como o aleatório, o contingente inassimilável em sua totalidade.

Como fazer isso aparecer nestes grupos monossintomáticos? Num primeiro momento, Recalcati (1998) indica compactuar com este engano do anonimato do Mesmo e de seu poder de unificação e de anti-divisão. O sintoma não pluraliza, o sintoma integra. Num segundo momento, ocorre a diferença entre o ser do grupo (identificação ao Mesmo) e o dispositivo grupal. Este último diz respeito ao desejo do analista que não é um desejo - o de curar e nem de saber, mas um desejo separado de toda demanda e de produção da diferença absoluta. Portanto, da dissociação da particularidade do sujeito com respeito ao Ideal do Outro.

O desejo do analista é aquele da palavra que sua função introduz no grupo, onde tudo passa a ser filtrado pelo simbólico como único mediador. A palavra traz de volta o Outro e a Coisa. Ela permite reabilitar a alienação significante porque ela está além de qualquer cálculo intencional dos enunciados.

Através do simbólico o Um ideal da anoréxica torna-se plural. Não há controle. A palavra vai além de uma intenção individual e possibilita sempre um efeito surpresa que desloca ao Mesmo.

O desejo do analista confere maior valor à não-coincidência que à coincidência; ao diferente, com o objetivo de promover a singularidade. Nessa perspectiva, o grupo atua como suporte do sujeito segundo um efeito de precipitação que o deixa descoberto. Ele põe em

funcionamento um mecanismo inesperado que esvazia de conteúdo a homogeneidade imaginária e ativa. É o aleatório do encontro que propicia uma elaboração simbólica crucial que modifica o ser mesmo do sujeito. Emerge a letra particular do sujeito. Uma letra que aniquila o universal e institui o particular como absoluto.

Conforme vimos, o analista tem um posicionamento diferenciado do analisante através do seu desejo. Na verdade, o que possibilita o surgimento dessa função na análise é o fato de que o desejo do analista traz a marca da castração, e não de seu desejo pessoal. Na transferência, o analista precisa se retirar de significar a sua falta. Tomando esse cuidado, ele possibilita o surgimento de algo singular na clínica, ou seja, o encontro do analisante com seu próprio gozo. A possibilidade que o analista tem de se manter desejante, sustentando a falta, propiciaria ao analisante um trabalho sobre seu próprio desejo.

3.5 O Ato Analítico na Clínica da Anorexia

O Real não é uma espécie de ponto central intocável, sobre o qual não se possa fazer nada além de simbolizá-lo em termos diferentes. A ideia de Lacan é que se pode intervir no Real. A dimensão fundamental da psicanálise, para Lacan, pelo menos o Lacan da maturidade, já não é da simples ressimbolização, mas a de que algo de fato acontece. Ocorre uma verdadeira mudança na psicanálise quando sua forma fundamental de jouissance [gozo], que é justamente a sua dimensão real como sujeito, se modifica. Portanto, a aposta básica da psicanálise é que você pode fazer coisas com as palavras, coisas reais, que lhe permitem mudar os modos de gozo, e assim por diante. – (Zizek)

Este tópico tem como objetivo discutir o papel do ato analítico na clínica da anorexia.

Na clínica psicanalítica clássica, havia uma demanda formulada acerca do sintoma: o sujeito queixava-se de não conseguir encontrar um sentido para a angústia. Na clínica da anorexia,

entretanto, não há questão; portanto, não há o que ser interpretado.

A anoréxica quer ser reconhecida como tal. Ela não coloca isso como um problema. No entanto, sacrificar o objeto da necessidade em nome do desejo é colocar a própria vida em risco. O ato analítico⁴⁴ possui certa eficácia nesta clínica porque aponta para a dimensão mortífera, dando algum sentido a algo que é do gozo. Ele impacta pelo degradante, quase não deixando outra alternativa para o sujeito, senão agir numa direção contrária a tudo isso.

Vejamos o que dizem alguns entrevistados:

(...)

Lembro que nós hospitalizamos também uma menina de quatorze anos, na época do carnaval. O quadro foi desencadeado por uma crise familiar. Ela estava entrando na adolescência e um dia – no clube – a tia comentou que ela estava encorpando. Aquilo foi muito traumático para ela. Nessa mesma época, ela estava vivendo a crise conjugal dos pais. O pai era um gerente de banco fazendo um curso noturno e o casamento estava meio abalado em função disso. Essa questão bateu forte nela. Ela foi internada e um clínico disse que seu coração estava muito fraquinho. Isso marcou como um ato e funcionou como uma intervenção. A partir daquele momento ela saiu do quadro de anorexia. - E1

Acompanhei, junto com o clínico uma outra paciente que fui visitar quando foi hospitalizada para melhorar as suas condições clínicas. Ela carregava um diário em que as pessoas escreviam mensagens de otimismo. Ela abriu uma página em branco e pediu que eu escrevesse algo. Eu coloquei uma interrogação ocupando toda a folha. Ela ficou furiosa. Respondi: é isso que eu sinto sobre você. Eu acho que isso funcionou como uma intervenção. - E1

Um psicanalista italiano cita o caso de uma menina que vinha ao seu encontro com uma sacolinha de comida que não era para ela comer. Um dia ele pegou a sacolinha. Após esse sequestro, ela começou a produzir. Coisas muito simples às vezes funcionam como um ato analítico. - E1

Antes de adentrarmos nas relações entre ato analítico e anorexia, é importante tecer alguns comentários sobre o primeiro.

Na direção do tratamento psicanalítico, quando se trabalha com o sintoma,

⁴⁴ No Seminário sobre *O ato psicanalítico*, Lacan (1967/68 - inédito) insiste sobre a importância do conceito de Ato na clínica psicanalítica. Segundo ele, um ato tem uma relação direta com a palavra e com o corte. Como palavra – significante – ele é representante do sujeito. Como corte, ele é uma função, uma operação no sentido. Sua topologia é precisa: ela envolve um hiato. O analista, por sua vez, também é colocado no lugar de desejo para o analisando. A transferência seria uma forma de atuação e de atualização do inconsciente. Desse modo, o ato psicanalítico pode ser considerado como criador do sujeito do desejo. (LACAN, 1967-1968) Inédito.

geralmente o sujeito já chega à análise preocupado com a questão. A questão primordial é fazer com que deste enigma se produza um saber. Trata-se do tempo de compreender, como diz Lacan em *Variantes da cura-tipo* (LACAN, 1955/1998), o tempo que o sujeito investe na transferência.

Em seu direcionamento ao Outro como ato simbólico por essência, a transferência exige um tempo em que o sujeito tenta tratar do enigma do sintoma constituído pelo desejo. É o momento da articulação do enlace do significante. É a partir daí que podemos compreender por que Lacan (1946/1998) conceitua o sujeito do tempo de compreender como indefinido. Ao se explicar a sequência decorrente da associação livre, o paciente não está nem no significante mestre (S1), nem no significante do saber (S2); o sujeito aí é um vácuo entre dois significantes.

Já o tempo específico do ato analítico é o que ele denominou momento de concluir. Sua espessura histórica não é idêntica à do tempo de compreender que se alonga, e sim ao da precipitação numa clareza antecipada advinda do real. Vemos porque Lacan diz que neste momento o sujeito sai do indefinido e, pelo ato, toma uma posição pessoal. Algo de único se constrói para além dos significantes que vem do Outro. Algo que faz com que surja um sujeito novo.

Conforme vimos o gozo anoréxico encontra-se quase totalmente enraizado no corpo. Não há abertura para o simbólico. A destrutividade é um traço visível no comportamento desses indivíduos que apresentam uma relação de extrema dependência com o objeto comida. A vida é frequentemente colocada em risco e a relação com o próprio corpo é isenta de qualquer cuidado.

A compulsão à repetição, conceito que levou Freud à pulsão de morte, é a marca visível da anorexia. Para Gurfinkel (2001), a anoréxica sofre, por definição, de uma compulsão em repetir incessantemente o mesmo ato, ao qual se sente absolutamente escravizada.

Na anorexia tudo se passa como se a pulsão caminhasse para a repetição de um estado améxico, visando sua própria eliminação, como se ela buscasse a morbidez intrínseca à vida

orgânica. Segundo Freud (1921/1976), existiria uma tendência da vida a regressar ao estado inorgânico por razões internas. Haveria uma tendência da vida em direção à morte: a pulsão de morte agiria no interior do organismo conduzindo-o para o estado inanimado e inorgânico, para um estado de esvaziamento total de excitações, de a-tensão total.

Como quebrar esse círculo vicioso de gozo de morte na anoréxica e fazer aparecer algum traço psíquico capaz de dar outras direções à sua questão? Sobre isto, vejamos o relato do E9:

Lembro do caso de uma paciente bulímica que ficava dias e trancada dentro de casa comendo e vomitando: era um comportamento completamente compulsivo. Ela dormia apenas entre quarta e quinta feira. Nos demais dias da semana, ela comia e vomitava sem dormir. Depois, começava tudo de novo. Após algumas semanas, ao invés de vomitar no banheiro do apartamento, ela começa a vomitar no banheiro comunitário do prédio, com a porta entreaberta, como se quisesse ser vista. Isso já dá uma diferença grande. Ou seja, tem algo do sintoma que desloca na relação com o Outro. - (E9)

A rigidez anoréxica, que mantém uma proximidade com a pulsão de morte, permanece fora do simbólico tais como os significantes da letra S1, S2. Tornar manifestos esses significantes, e extrair o excesso de gozo a partir da demanda presente na transferência, permite trazer de volta a fala e sua função separadora, abrindo uma via para a subjetivação.

Christaki (2012) acredita que via transferência é possível estabelecer momentos de separação que podem trazer para o corpo um gozo de outra natureza. Segundo ele, é nesse momento que o ato analítico segue o sentido inverso do gozo anoréxico que visa levar à destruição do corpo.

Tornar a fala lúdica concerne ao ato analítico um ato que pode retirar o sujeito da morbidez, colocando-o na borda do gozo. O analista extrai o excesso desse gozo sob a condição de que ele não se perca nessa abertura. O ato analítico é a emergência de alguma coisa inesperada que quebra o círculo vicioso e mortífero da recusa anoréxica. Desse modo, “somente a

experiência permite se manter na borda dessa abertura sob a condição de que se esteja muito certo de onde a experiência se fecha para cada um”. (LACAN, 1971/2004, p. 348).

Conforme vimos, a recusa anoréxica é uma compulsão à repetição. O sintoma possui uma estrutura lógica que não cessa de não se escrever. A estrutura do ato analítico é a quebra desse eterno retorno do sintoma. Por isso o ato é pura contingência e não está situado no plano do necessário e da repetição. Ou seja, o ato não funda, ele permanece fundando. Se o sintoma é da ordem do que se repete, o ato é da ordem do que se faz uma só vez. Ele é uma certa coragem que inaugura um antes e um depois e escreve a história não escrita até esse momento.

O sintoma nos inclina a conceber o inconsciente como uma cadeia, como articulação significante ou como enxame de significantes. O ato nos conduz a interrogar o que falha nessa cadeia. Enquanto a cadeia significante se articula, há repetição. O ato tem mais afinidade com tudo o que Lacan teorizou a respeito da verdade. A libido sexualiza, dá constância e regularidade ao simbólico. O ato analítico objetiva assexuar a verdade.

Na anorexia o gozo não se encontra atravessado pela falta. Nesse sentido, não é possível que a anoréxica seja analisável porque só há transferência se o sujeito se reconhece como castrado. Para isso, ele necessita elevar suas questões ao patamar da linguagem sem a interferência da ação. Como partícipe da palavra ele passa a habitar o reino das metáforas e dos neologismos. E é isso que a anoréxica não suporta. Ela quer uma palavra que reproduza fielmente os objetos sem deixar margem para nenhuma brecha. Uma questão então se coloca: como estabelecer na clínica da anorexia um espaço que possibilite algum valor mais consistente à palavra sem que ela seja descartada como inócua?

Ora, cabe ao analista tentar sustentar com seu desejo um lugar significativo à palavra. Ele é, num primeiro momento, o suposto saber que, aos poucos, vai saindo desse lugar para lançar o indivíduo no campo do desejo. Todos nós sabemos que, na clínica da anorexia, este

manejo é muito delicado. A anoréxica oscila entre duas posições: a de ser dominada ou de dominar. Não há espaço para furos. Por isso, o analista precisa ir tirando com uma mão e dando com a outra e estar muito atento para não ultrapassar o limite e colocar tudo a perder.

Nesse sentido não há análise sem transferência e, conforme Lacan (1967-1968), não há ato analítico fora do manejo da transferência. Em Freud, a transferência constitui o cerne da análise, e o seu manejo é o grande desafio para o analista. O sujeito se apaixona pelo seu suposto saber devendo este ocupar e ao mesmo tempo não-ocupar este lugar para que o analisando vá se dando conta de que não existe uma pessoa detentora do saber. Isso ocorre quando o indivíduo atravessa suas certezas e suas fantasias e se descobre dividido. (FREUD, 1914-15/1980).

Podemos dizer que o amor transferencial é o resgate do amor infantil, pois o analisando passa a narrar situações, desejos e fantasias jamais revelados em outras situações. O espaço da transferência passa a ser aquele da falta. O que sustenta o amor pelo analista é o fato de que o analisando se depara com sua angústia e é convidado a falar sobre ela.

Na anorexia, as questões do Outro materno, da imagem, do sexo, da feminilidade e do gozo se transformam em angústia. Ou seja, os processos inconscientes são ativados. O que estava velado pelo comer-**nada** emerge e o sujeito se vê às voltas novamente com suas questões.

Espera-se que a transferência sustente a sobreposição da palavra sobre o corpo. Quase sempre essa linha tênue estoura e o gozo retorna em ato, tendo o analista que reiniciar todo o processo.

A questão da anoréxica é a ruptura com o imaginário do outro como suposto saber: ou ela se sucumbe a ele ou ela o submete. Na primeira hipótese, há uma situação de absoluta escravidão. Na segunda, não existe nenhuma possibilidade analítica.

Na primeira, o manejo do analista implica ir apontando um Outro fora dos padrões do imaginário do saber. O Outro da falta, anterior ao sujeito e à linguagem e para o qual tudo se

volta. Para Lacan (1957/1998, p. 440), “é a esse Outro que o analista dá lugar, pela neutralidade com que se faz não ser nem um nem outro dos dois que aí estão: e, se ele cala, é para dar a palavra”.

A fala da anoréxica é, em geral, vazia e sem nenhum vínculo com o seu inconsciente. O silêncio e a neutralidade do analista permite que esse vazio adquira um novo estatuto. É nesse contexto que a transferência ganha espaço e a análise se torna uma relação em que a fala inócua se torna uma fala verdadeira e subjetivada.

No seminário *Os escritos técnicos de Freud*, Lacan (1953-54/1979) postula a análise como uma relação de fala: uma fala que resulta efeitos porque há transferência. Segundo ele, “cada vez que um homem fala a outro de maneira autêntica e plena, há, no sentido próprio, transferência, transferência simbólica - alguma coisa se passa que muda a natureza dos dois seres em presença”. (LACAN, 1953-54/1979, p. 130).

A anoréxica não exercitou o recurso da palavra como mediadora na relação com o Outro materno, com a imagem, com o sexo, com a feminilidade e com o gozo. Em função disso, agarra-se ao corpo como seu único recurso para não morrer. O Outro crocodilo materno asfixiou a linguagem como mediadora nas questões impostas a partir do nascimento. Não se colocou a palavra quando a angústia se impôs na relação. A transferência analítica se torna, então, paradoxal na relação analista-anoréxica, oscilando em repetir e não-repetir essa relação simbiótica. O que pode quebrar esse paradoxo é a emergência da palavra no intervalo em ser e não-ser o Outro materno.

O analista ouve autorizando a associação livre⁴⁵. Na anorexia, a fala se resume em

⁴⁵ Em Lacan (1958/1998a), a direção de cura consiste em fazer o sujeito aplicar a regra fundamental da psicanálise, ou seja, as diretivas em que não se saberia desconhecer a presença ao princípio do que se denomina “a situação analítica”, sob o pretexto de que o sujeito as aplicaria melhor sem nelas pensar. Quando Lacan fala a respeito do sujeito aplicar a regra analítica, trata-se do analisante estar submetido à associação livre; enquanto que o analista é

comida, dietas, gorduras etc. O silêncio do analista leva ao esgotamento disso. É só a partir daí que a anoréxica poderá se colocar na posição de buscar a verdade sobre si mesma e sobre seu desejo.

Nesse contexto, o analista é um ouvinte paciente, cujo silêncio dá lugar ao desdobramento da palavra do analisante. Cabe a ele intervir fazendo-se de morto, ou seja, presentificando a morte da idealização de si pela anoréxica. Aos poucos a morte de si mesmo vai sendo revelada pela castração. Contudo, ele se torna, para o analisante, a prova de que é possível sobreviver ao silêncio e de que a castração pode não ser tão mórbida.

Na medida em que a anoréxica esgota seu vocabulário monotemático, ela se sente convocada a se perguntar “o que mais esse sujeito quer que eu diga?”, “será que ele quer que eu diga algo de mim”? Então, o analista pode a intervir a partir da dimensão significativa e pontuar o sentido subjacente ao discurso que lhe é dirigido.

A relação analítica consiste na garantia de uma relação entre dois colaboradores, o analisante e o analista. Essa relação é intermediada por um terceiro termo que, de início, é o significativo sujeito suposto saber. Ele é o ponto central da transferência, cuja finalização, no desenrolar da análise, propiciará a inclusão, no seio desse processo, da dialética do desejo.

Na transferência, concebida na vertente do amor, deduz-se que a anoréxica ame o seu analista. Ela também fantasia ser amada por ele, colocando-se na posição de amável e colocando o analista no lugar do Outro como um ideal do eu (lugar ao qual o analista não deve se sucumbir). O silêncio do analista, sobre essa questão, faz emergir a dupla proposição da falta: a falta de significativo no Outro e a falta do objeto no desejo.

Lacan pontua que a alienação do sujeito resulta primeiro de sua submissão ao campo

chamado a um lugar que dê sustentação a este fluxo significativo, lugar que é efeito estrutural da ação analítica e que o implica numa primeira suposição de saber.

simbólico. Porém, no seminário sobre *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, (LACAN, 1964/1993) postula que o sujeito não é totalmente submisso à ordem significante: “se o sujeito aparece de um lado como sentido produzido pelo significante, de outro ele aparece como *afânise*” [desaparecimento, apagamento]. (LACAN, 1964/1993, p. 199). Se o sujeito apresenta de um lado como base do significante que o faz falar na posição de sujeito e, de outro, como aquilo que está diluindo, isso indica a necessidade de levarmos em conta uma dimensão extrema de inadequação entre sujeito e campo simbólico.

Há traços no sujeito que não podem ser expressos dentro do campo do significante, que sustenta o meio universal da linguagem. E se o sujeito não pode ser plenamente idêntico ao significante que o conceitua, ele deve então ser entendido como faltoso e descentrado. Portanto, a alienação é incompleta. Antes, para Lacan, o sujeito é o *locus* de uma divisão fundamental. (SAFATLE, 2005).

Na anorexia, a condução da transferência consiste, então, em sustentar a distância entre o momento em que o sujeito se vê como amável e o momento em que o sujeito se vê causado como dividido pelo objeto *a*. De acordo com Lacan (1993, p. 257), “[...] toda análise que se doutrina como devendo se terminar pela identificação ao analista revela, ao mesmo tempo, que seu verdadeiro motor está elidido. Há um mais-além para essa identificação, e esse mais-além se define pela relação e pela distância do objeto *a* minúsculo ao I maiúsculo idealizante da identificação”. E ele termina dizendo: “[...] é na medida em que o desejo do analista, que resta um *x*, tende para um sentido exatamente contrário à identificação, que a travessia do plano da identificação é possível, pelo intermédio da separação do sujeito na experiência, [ou seja, pela distinção do sujeito (*\$*) em relação ao objeto *a*]”. (LACAN, 1964/1993, p. 259).

A luta com aquilo que a anoréxica dificulta à sua inscrição significante se dá pela inadequação da sua identificação sintomática. Essa luta ocorre quando ela reconhece, dentro de

si, a existência de um núcleo de objeto. Esse objeto enigmático não é outra coisa senão aquilo que Lacan chama de objeto *a*. Há, portanto, uma relação entre a destituição subjetiva e a finalidade da categoria de objeto a partir da passagem do sintoma.

Na *Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista na escola*, Lacan (1967) esclarece as linhas lógicas do começo e do final da análise que pode nos ajudar a melhor compreender a clínica da anorexia. O começo da análise, segundo ele, é marcado pela legitimação do analista como o grande Outro materno. Na transferência, o analista está implicado como aquele que, talvez, contém a fantasia fundamental. Lentamente, o sujeito suposto saber, sustentado pelo analista, vai sendo retirado desse lugar. O ato analítico, por sua vez, supõe a ascensão do sujeito como objeto causa do desejo.

A clínica do ato analítico supõe uma intervenção do analista que tenha efeito de ato. Esta clínica está direcionada para apontar para algo da ordem do real, diferente de uma clínica do sentido, na qual se objetiva uma interpretação para o sintoma: “a ação do analista, sua intervenção, tem assim alguma chance de ser elevada à altura de um ato, do qual se pode julgar a eficácia graças a seus efeitos sobre o real”. (MATET; MILLER, 2007, p. 7). Os efeitos sobre o real ganham todo o seu valor em uma clínica direcionada, primordialmente, pela referência ao modo particular de gozo de cada sujeito.

Mesmo quando a anoréxica tem uma dimensão projetiva de suas angústias, ou seja, quando sua recusa tem como função esvaziar, vampirizar e esmagar o Outro, isso é feito de forma autodestrutiva. Ela se destrói para destruir o Outro. É nessa perspectiva que o ato analítico torna-se uma intervenção sobremaneira profícua. Ela aponta na direção da ação tentando fazer emergir o Um da cadeia de significantes que dará uma referência nova para o sujeito confrontar suas questões.

Na anorexia, a pulsão de morte, ao ser transposta para fora e exteriorizada como

agressão, aparece na ação como recusa, como comer **nada** e como autoagressão. No seminário sobre *O ato psicanalítico*, Lacan (1967-1968) busca aproximar o ato da ação, situando o ato no centro da ação. O ato tem por função ser “pura evidência”.

Na anorexia, o ato propiciaria a insurgência do real mortífero do corpo, do caráter bizarro da imagem, fazendo aparecer algum traço de angústia. A partir daí, ele pode desencadear o significante inscrevendo-o no Outro.

O ato intervém no limite, evidenciando a estrutura da pulsão de morte. Ele toca no que está mais escancarado no corpo. Na anorexia ele convida para um movimento numa direção contrária ao da morte: ao abrir o encoberto, o ato provoca um susto que já é uma ponta de significante que impulsiona para os questionamentos que apontarão para um começo lúdico. Uma busca de sentido, renovação e criação para a caquexia anoréxica. Portanto, o ato tem um correlato significante que efetua um corte estruturante, transformando radicalmente o sujeito que, após o ato, se encontrará diferente do que era antes.

A forma caquética com a qual o corpo anoréxico se apresenta na clínica causa impactos em todos. A questão é que a anoréxica não se angustia diante de tamanha morbidez. Muito pelo contrário, ela exhibe sua condição física como a um “troféu”. O ato analítico pretende colocar em xeque esse triunfo ingênuo. Para Lacan (1967-1968), o ato é a instituição de um fazer diferente porque está autorizado e suportado pelo ato do analista.

No entanto, o suposto saber é um ato de crença singular que, por um lado, engaja e autoriza o analisante em seu trabalho e, por outro, é um ato insustentável – uma vez que o analista, *a priori*, sabe da limitação de ser o sujeito suposto saber. Ele acredita no *de-ser* deste sujeito.

Portanto, o ato que sustenta a permanência do sujeito suposto saber (que está no princípio da lógica analítica) supõe certa teatralização, um embuste, pois o analista conhece *a*

priori e, por vivência, o *de-ser* desse sujeito. E, por conhecê-lo, faz semblante, ilusão. Lacan pontua ser esse um engodo importante no começo da análise: é preciso que o analisante pense que exista uma verdade sobre seu sintoma e, assim, invista na busca de seu deciframento.

3.6 O Ato Analítico na Experiência de Tratamento da Anorexia na Comunidade Italiana La Vela

Domenico Consenza atua como psicanalista numa comunidade terapêutica, na Itália, denominada La Vela. Em referida comunidade, o trabalho com os anoréxicos segue os pressupostos do ato analítico no afã de que ele propicie uma invenção sobre o gozo. A própria instituição se escuta e atua nessa perspectiva.

É preciso esclarecer que La Vela só atende pacientes muito graves em que falharam tratamentos prévios.

Segundo Cosenza (2001), um dos objetivos de La Vela é romper com a perspectiva tradicionalmente legitimada pela terapia cognitivo-comportamental do tratamento da anorexia, que tende a retirar a responsabilidade do sujeito sobre o tratamento e a adequar o sintoma à realidade de acordo com determinados parâmetros: La Vela aposta no singular e na responsabilização do sujeito sobre o seu sintoma. A instituição não pré-determina o que é e nem o que será feito. Não existe nenhuma programação prévia quanto aos enlaces que o sujeito e a instituição irão fazer com seus sintomas ou com seus gozos. A singularidade é respeitada amplamente.

A prática psicanalítica em La Vela compreende a anorexia no contexto da experiência clínica contemporânea. Referida clínica, cabe ressaltar, vem rompendo com a concepção clássica do sintoma como uma mensagem cifrada, dirigida ao Outro, e que urge ser interpretada: tratam-se

de novas formas de abordar certas patologias que desafiam o método centrado no psicanalista como uma ferramenta central para o tratamento.

A teoria lacaniana dos anos de 1960/70 tem sido um marco para essa discussão, uma vez que introduziu um novo paradigma para a pesquisa psicopatológica e para a leitura da dimensão social do sintoma.

A anorexia vem propiciando uma mudança na práxis psicanalítica com base nas questões que ela se depara no confronto com esses casos. Para Cosenza (2008), a clínica da anorexia não envolve o uso semântico e formal da palavra: trata-se de uma clínica ligada à dimensão do ato. Nesse contexto, o ato evidencia o limite do gozo e propicia que algo novo surja.

Em La Vela, a diretriz de ação comum está centrada no sujeito, que é concebido como unicidade radical a ser produzida como um efeito do dispositivo de tratamento. Assim, permitir o surgimento do que é a característica mais singular em cada caso é o que está em jogo nessa experiência. É a chave do trabalho clínico. Entretanto, a abordagem clínica para tais casos tem como principal dificuldade a mudança de posição dos sujeitos sobre o sintoma. Em princípio não há qualquer visão crítica sobre o próprio sofrimento.

Cosenza (2008) fala da passagem da fase egossintônica para a egodistônica. A principal tarefa para o trabalho em equipe de La Vela é fazer emergir a ambivalência e o enigma, a fim de dar lugar a uma mudança de posição. A comunidade torna-se então um lugar de pertença do sujeito. Um lugar habitado por uma atmosfera psicológica que permite ao sujeito construir suas próprias soluções.

A função da equipe é criar uma atmosfera para o surgimento de efeitos subjetivos e singulares. É manter presença constante a fim de promover novos encontros, confrontando as soluções estabelecidas e desnaturalizando padrões para o funcionamento subjetivo e o estabelecimento de laços sociais. A dimensão singular em cada caso será o resultado da evolução

de cada processo. A criação de novas intersecções e novos espaços pode permitir e mesmo promover a simbolização através do que Cosenza define como “intervir com dispositivos simbólicos dentro do reino do Real”.

O dispositivo dos atendimentos individuais ou em grupos também integra a dinâmica da instituição como uma forma especial de buscar reintroduzir a característica singular dos sujeitos e sua própria interpretação do que acontece em seus corpos, suas vidas e seus relacionamentos: o que conta é questionar o que cada paciente pode realmente atingir e qual seria o enlace em cada caso. É assistir cada um e gerenciar através dos elementos de cada caso a situação artificial de viver como um sujeito comprometido.

Cada profissional deve colocar de lado sua orientação particular, com o intuito de inventar um trabalho coletivo. No entanto, a questão principal é: como o trabalho em equipe pode escapar da transferência idealizada e colocar-se como um terceiro elemento em tais relações na prática cotidiana?

O objetivo da equipe é alcançar essa função para os anoréxicos e também para os próprios profissionais. Em outras palavras, a equipe mantém a transferência também dirigida à instituição.

Neste contexto, o desejo da equipe está além de qualquer conhecimento prévio do assunto, sendo orientado e apoiado por aquilo que cada um pode trazer para a prática clínica, deixando de lado qualquer interferência pessoal. É um encontro sempre arriscado, aleatório, e não programado.

Cada profissional é chamado, a todo momento, a produzir uma resposta para além de sua subjetividade. Na programação das atividades, certo vazio é preservado para que em nenhum momento o trabalho seja preenchido com uma rotina pré-estabelecida ou rígida. Entre as atividades, o sofrimento de cada um aparece, bem como a forma singular de como lidam com o

sintoma. O que cada um pode fazer do seu tempo livre dá lugar a tais respostas singulares.

A direção do tratamento é consentir que cada sujeito seja capaz de mostrar algo a partir de sua subjetividade e encontrar uma maneira de lidar com o seu sintoma para a instituição.

O fato de que o transtorno alimentar pode ser um sintoma sem um significado e a recusa uma forma de abordar o Outro constitui um dos principais obstáculos a ser trabalhado para qualquer abordagem sobre o tratamento.

Uma das maneiras que orienta a leitura do sintoma e o trabalho em equipe vem do que Cosenza (2001) postula como o princípio da regulação incompleta para o funcionamento da comunidade. Isso pode permitir o surgimento de respostas singulares longe de qualquer ambição pedagógica.

Em 2008, Cosenza publicou sua tese de doutorado em livro com o título *Il Muro dell'anoressia mental*. No capítulo 7 ele apresenta as linhas de orientação na cura da anorexia a partir do ato analítico.

De início, ele critica de forma veemente o diagnóstico proposto pelo DSM-IV e já aponta para as bases do ato analítico. Para ele, o DSM-IV reduz a anorexia às características de conduta com um diagnóstico descritivo e fenomenológico.

Em contraposição, ele propõe o diagnóstico estrutural, propondo que o olhar analítico deve levar em conta a relação do sujeito com o Outro, com o gozo e com o significante no diagnóstico e no manejo do tratamento. Ele propõe ainda um modelo clínico mais radical que o modelo clássico, pensando a partir do real do sintoma.

De tal forma, podemos pensar, então, que o ato analítico não se sustenta na interpretação do sintoma no sentido clássico. Mesmo porque, na anorexia, quase sempre, não há uma demanda formulada. Ou seja, trata-se de uma clínica que está sobremaneira relacionada à ideia de gozo e só é possível retificar a demanda da anoréxica e do Outro parental a partir do real

do sintoma como negação.

Não há na anorexia demanda transferencial. Ela encontra-se congelada em sua recusa. O sintoma estabiliza, identifica e satisfaz. Qualquer intervenção precisa evidenciar esse fato e os riscos que ele impõe ao sujeito.

Nas anorexias graves a palavra não tem valor e o sujeito eclipsa. Diante disso, Consenza (2008) sugere a hospitalização. Segundo ele, tal intervenção radical pode funcionar como um ato e propiciar a abertura para o começo de uma análise. O foco analítico precisa estar voltado para tornar clarividente o estado limite da anorexia, seu gozo pleno e sem limites. É fundamental tentar provocar alguma angústia em sua assepsia mórbida, onde a castração foi quase completamente eliminada.

O ato analítico pode levar à perda do controle do sintoma ao apontar para seus riscos, o que pode levar o sujeito a sair do estado de indiferença mortífera. Ele pode interpelar para outras formas de fazer frente ao Outro para outras manobras de separação que possam garantir certa “autonomia” em relação ao apetite devorador do Outro. Desse modo, o ato analítico pode reacender o imaginário e o simbólico como mediadores da relação do sujeito com a pulsão.

Na medida em que o ato toca diretamente na indiferença da anoréxica, ele pode inverter suas defesas contra a invasão, a perseguição, a fragmentação e o abandono do Outro. Ele pode possibilitar ao sujeito dizer “não” ao outro onipotente para dizer “sim” ao Outro incompleto. Pode abrir a falta e manter vivo o desejo de tal maneira que o sujeito possa assumir a responsabilidade por uma decisão própria. O objetivo do ato analítico é propiciar que o sujeito articule novas formas que impeçam que ele seja invadido pelo Outro.

Para Consenza (2008), a anoréxica não está sozinha nessa infinitude do real. O outro parental também se encontra lá. Desse modo, a análise precisa levar em conta a mãe que recusa a autonomia da filha se fundindo com ela em seu gozo. Consenza (2008) não vê a possibilidade de

um tratamento profícuo se ele não comportar a entrada em campo do genitor. Para ele, é preciso articular a posição do genitor na cura da anoréxica para que se entenda qual a função da anorexia da filha no interior das relações familiares.

Na anorexia, o sistema familiar funciona como uma rede de transações com circuitos distorcidos: é o discurso familiar que determina a economia psíquica do sujeito. A centralidade do gozo na base do sintoma tem a ver com a estrutura do vínculo familiar. Há, nesses casos, uma falência da família como dispositivo de regulação do real pulsional. O vínculo familiar é narcísico e especular, desencadeando uma simetria mortífera. Trata-se de uma relação sem a mediação do Outro e que produz um *déficit* de separação simbólica da/na filha. (COSENZA, 2008).

O ato analítico foca no real do gozo, implicando o sujeito e questionando o vínculo pulsional entre o sintoma e o sentido. Desse modo, urge separar a angústia do genitor da angústia da filha, para que ambos se impliquem. Trata-se de uma clínica da experiência real da angústia: a anorexia é um sintoma sem angústia e o genitor é uma angústia sem sintoma.

Há uma dimensão do gozo no circuito familiar. Só uma interpretação sobre o ato pode introduzir o espaço da subjetividade e trazer à tona o sentido do sintoma familiar: é tratar na filha a angústia do genitor. O sintoma da filha é resultado da falha do genitor como contentor e como provocador da angústia. A demanda assintomática da filha corresponde a um sintoma sem demanda da mãe. (COSENZA, 2008).

Há um problema iminente quando se associa o sintoma da filha à angústia da mãe, pois se corre o risco de retirar da filha a sua parcela de contribuição em seu sintoma. Há uma tendência em culpabilizar o genitor e vitimizar a filha.

A psicanálise aponta para a universalidade da pulsão de morte e para a relação de singularidade dos sujeitos para com ela. Freud (1893-95/1971), num primeiro momento, entendia

o trauma como independente do desejo. Para ele, há um acidente ou uma lembrança por detrás do sintoma. Aos poucos, ele começa a questionar a veracidade dos fatos e se depara com a fantasia de morte. Desse modo, ele eleva a fantasia inconsciente à condição de desencadeadora do sintoma, sendo esta representante do desejo.

Contudo, a posição de Cosenza (2008) não é associar diretamente o sintoma anoréxico à falha da mãe em sua capacidade de conter a fantasia de morte. Na clínica, nos deparamos com mães excessivamente assépticas, controladoras e persecutórias. Observamos que a filha acaba internalizando essa mãe crocodilo e asfixiante de tal maneira que a anorexia aparece para tentar retirá-la desse lugar.

Nessa perspectiva, fica bastante evidente a implicação materna. Todavia, a mãe é uma função universal. Cabe então uma questão: por que nem todos os filhos se tornam anoréxicos? Os que se tornaram, na verdade, não foi tão somente devido à mãe, mas ao desejo, neste caso, vinculado à compulsão, à repetição e à pulsão de morte.

Para a clínica, a partir do momento em que a filha passa a se implicar em seu desejo, necessariamente, ela sairá da condição de desejo do genitor, o que pode abrir nele um vácuo que o lançará em outras amarrações e/ou repetições. O ato analítico pode ativar a demanda na filha e sintomatizar a posição do genitor em torno do vínculo familiar. Ele pode fazer o real se encontrar com a angústia num tempo lógico tornando possível uma demanda afetiva.

Para Cosenza (2008) na anorexia prevalece a dimensão nirvânica e egossintônica da pulsão. Trata-se de um gozo impermeável ao simbólico. O real do sintoma impede a simbolização.

O ato analítico deve se situar neste ponto da egossintonia anoréxica, através dele é possível fazer a passagem para a dimensão perturbante egodistônica do sintoma, introduzindo a dimensão real do afeto: o ato retira o sujeito da condição de homeostase silenciosa e mortífera,

restituindo-o em sua relação com a própria angústia. Através do ato a angústia retorna de forma amplificada em seu aspecto perturbante. A partir daí, é possível encontrar no Outro um ponto minimamente confortável.

Cosenza (2008) afirma que a retificação da oferta se dá nos encontros preliminares entre o analista e a anoréxica. É então fundamental propiciar que a anoréxica experimente a falta na padronização imaginária. É daí que pode ocorrer um esvaziamento na egossintonia e no gozo da identificação maciça.

É importante estar atento ao fato de que, em geral, quando o sujeito aceita o tratamento, a adesão é uma demanda mais da família que do analisante. É por isso que Cosenza (2008) sugere integrar o genitor na escuta, para que ele possa se implicar em sua própria angústia, propiciando à filha um encontro com suas próprias questões.

Em geral, quando o sujeito demanda a cura ele não abandona o projeto de restituir o sintoma. Nesse sentido, o ato analítico é sobremaneira profícuo na clínica da anorexia, uma vez que ele vai direto ao real do gozo, evidenciando os riscos mortais do sintoma.

É o ato que encaminha o sujeito a reconhecer certa ambivalência em sua ação, o que transforma de forma extrema o estatuto do sintoma. É ele que dirige o paciente a se deparar com a existência do sintoma e a demandar uma escuta que o implique. O ato analítico pode provocar a demanda porque ele atua no cerne do gozo, mobilizando uma ação em direção ao novo. Através dele, o real da angústia vem à tona para que seja transformado em um *quantum* estruturado.

Não existe ato analítico sem transferência. Desse modo, se trata de um investimento imaginário e simbólico no analista: a transferência com o sujeito suposto saber – o que leva o sujeito a se interrogar na cura do próprio sintoma. Num primeiro momento do ato, a angústia se manifesta para, em seguida, ser construído um sintoma analítico. O sujeito passa da demanda do Outro à demanda analítica, na qual ele é o principal responsável em dar uma resposta ao enigma

de seu sofrimento.

Segundo Cosenza (2008), a introdução do ato propicia a passagem do discurso monótono e repetitivo do alimento (restrito ao peso e à imagem) para o discurso do inconsciente e do simbólico (historicizado e enigmático).

Nós sabemos que a posição da anoréxica é ignorar o Outro e a lei para não ter que se a ver com a castração. Por isso ela deixa a palavra intocada e não a dialetiza. O que prevalece é uma linguagem estereotipada, desubjetivada e com uma semântica limitada. A ideia é controlar o Outro invalidando a simbolização. Ela não assume o efeito da alienação significativa em sua existência. O ato toca nas consequências da frieza do sintoma e aponta para a imprevisibilidade do controle do Outro. Ele introduz qualquer coisa de enigmático no discurso autístico da anoréxica.

A anoréxica faz-se objeto da angústia do Outro como modo radical para exercitar seu controle sobre ele. Ela exacerba a perturbação corporal para criar um impasse na relação com o Outro parental. Sua angústia é de desaparecimento, consumindo silenciosamente seu corpo. A intervenção via ato analítico quebra esse esquematismo linear e rígido possibilitando a reapropriação com a angústia e com a palavra. Ele modifica o estatuto do Outro, que se torna heterogêneo e ambivalente.

Na anorexia, vê-se o excesso de incorporação da versão fantasmática e uma compulsão ao ato. O que prevalece é uma fantasmatização da incorporação devorar/ser devorado devido à falta de incorporação significativa. O ato analítico visa reduzir e modificar a posição do sujeito em relação ao Outro e ao seu próprio corpo. Ele pode transformar o gozo pleno em gozo parcial e dialetizável.

A recusa anoréxica é um retorno ao gozo do próprio corpo. É romper a relação com o mundo pelo esvaziamento da oralidade, o que expõe a pulsão de morte em sua versão quase

totalmente crua.

Os quadros de anorexia que nos chegam são realmente impactantes. Não há quase nenhum resquício de simbolização. A radicalidade da angústia nos impede de intervir na perspectiva da clínica clássica pela interpretação do sentido. Desse modo, é pela via do ato analítico que se estabelece uma possibilidade de provocar alguma inversão nesse quadro. É ele que expõe os riscos mórbidos da recusa e pode fazer emergir novos investimentos objetivos.

Neste capítulo, procurei discutir a importância da construção do caso clínico anoréxico, o sentido da recusa alimentar para a clínica, o desejo do psicanalista como determinante no sentido de provocar uma torção no quadro nirvânico anoréxico e o ato analítico como uma forma eficaz de intervenção no sentido de colocar em evidência o componente mortífero presente na anorexia. No próximo capítulo, abordarei os pressupostos da clínica contemporânea da anorexia.

4. A CLÍNICA LACANIANA CONTEMPORÂNEA DA ANOREXIA

Antes você cortava o pano. Hoje você corta o corpo. Então, em qual lugar esse corpo foi colocado? Eu acho que a anorexia e a obesidade vêm desse lugar. - (E2)

A anorexia é um sintoma típico de uma época. Funciona como um envelope formal. Há uma escolha por significantes que estão no campo do outro e da cultura. - (E1)

Ao longo desta pesquisa trabalhamos com a anorexia em duas direções: como resposta ao Outro e como gozo. Neste capítulo abordaremos esta última. Para tanto, faremos discussão das limitações da primeira no que tange ao tratamento da anorexia como gozo.

A abordagem da anorexia, a partir da segunda clínica de Lacan, compreende o sintoma não mais como uma mensagem endereçada a provocar uma brecha no Outro, mas como um problema da contemporaneidade.

Antes de iniciarmos a discussão dos limites da clínica clássica e das vias abertas pela segunda clínica de Lacan para o tratamento da anorexia, consideramos importante fazer uma discussão preliminar acerca das novas relações entre a anorexia e as formas de estruturação das subjetividades contemporâneas, sob a vertente do consumo, do individualismo e das novas tecnologias.

A anorexia está inserida no contexto do avanço do desenvolvimento do campo da produção industrial para a intimidade dos indivíduos. A publicidade apresenta uma gama de mecanismos de formatação do corpo que vai do uso de substâncias sintéticas a intervenções cirúrgicas capazes de moldá-lo ao gosto do cliente.

Vivemos sob a égide de um tecnicismo exacerbado como solução para as questões da relação do sujeito com seu corpo. E do mesmo modo que o sujeito injeta substâncias sintéticas, corta, recorta e amarra o corpo, ele também se recusa a comer ou vomita o que comeu. A

contemporaneidade reduziu o espaço para a subjetividade. A tecnologia dominou o tempo. Tudo é imediato: a angústia se tornou uma questão de mercado e a anorexia vem sendo ofertada como uma “solução”.⁴⁶

A anorexia faz parte da prateleira e do arcabouço de meios para a conquista de um corpo “perfeito”, fato que fica sobremaneira claro quando o **E1** afirma em seus dizeres: “a anorexia é um sintoma típico de uma época. Funciona como um envelope formal. Há uma ‘escolha’ por significantes que estão no campo do outro e da cultura”.

Para além de todas as propagandas, então, o corpo sempre será uma questão para todos os indivíduos. Os dispositivos prometem acabar com a distorção estrutural do ideal/ideal do eu. Através da tecnologia, o homem subestima o tempo do corpo que é incontrolável. A pulsão de morte escapole ao poder das máquinas: ao se tentar tamponar a resposta da angústia resultante do encontro com o real – numa determinada parte do corpo – ele aparece em outra. Tal pretensão de controle leva ao fenômeno das compulsões.

A contemporaneidade caracteriza-se pela ação. A anorexia é um sintoma da ação sobre o corpo. Neste sentido, ela é partícipe do modo como Recalcati (2004a) compreende o nosso tempo: como uma época do Outro que não existe. Ou seja, a anorexia é um sintoma da decadência do Nome-do-Pai e da ausência da lei como mediadora na relação do sujeito com suas questões.

No Édipo, o pai funcionava como uma promessa para amenizar o trauma do rompimento incestuoso da relação mãe/filho. Órfã de pai, a menina anoréxica encontra-se mergulhada no desamparo e na falta de referências. Essas meninas vivem num vácuo existencial onde vale tudo.

⁴⁶ Para Miller (1998), os semblantes são inventados no campo da cultura, modos de gozar para satisfazer a pulsão parcial. (...) Há os sintomas típicos ou parciais.

Severiano (2006) afirma que, dentre os objetos do consumo contemporâneo (celulares, automóveis, computadores e cartões de crédito), outro “objeto” aparece de forma especial: o corpo. Este, considerado por Baudrillard (1970, p. 228) como “o mais incrível objeto de consumo”, é abarcado, contemporaneamente, pela lógica fetichista da mercadoria como qualquer outro objeto. Ele encarna uma promessa implícita – pela via da estética - de inclusão na sociedade, diferenciação, *status social*, prazer, poder, amor e felicidade plena. Diante disso, todos os cuidados se voltam para a sua “construção”: da tecnologia à indústria da moda, passando por *spas*, clínicas, dietas, anabolizantes, além de complexas intervenções cirúrgicas, que acabam por torná-lo um “corpo-rascunho”, expressão cunhada por Le Breton (2003). O corpo tornou-se, assim, um amontoado volátil e assimétrico de pele, músculos, ossos e cabelos, o tempo todo em busca da configuração perfeita a ser modelada pelos signos do consumo.

A anoréxica não lida com sua imagem fazendo uso dos artefatos dispostos no mercado. Desse modo, ela participa da mesma preocupação de quase todas as mulheres: atingir uma perfeição estética capaz de obstruir a falta.

A anoréxica não é herdeira de uma determinada concepção de mundo em que a frustração – como parte essencial e ponto de partida da força e do trabalho de elaboração do psiquismo – compunha o cenário da subjetividade. Pelo contrário, ela acredita no mesmo mundo da grande maioria das pessoas que têm uma ínfima tolerância à frustração. Ou seja, pessoas em que os desejos têm que ser satisfeitos a qualquer custo. Ela participa de um mundo em que a decadência das possibilidades introjetivas e o trabalho da elaboração é colocado em xeque, abrindo então um caminho para um mecanismo de apreensão do objeto mediante um caráter fetichista e instantâneo, o mecanismo de incorporação. (MAIA; ALBUQUERQUE, 2000)

A anoréxica encontra-se mergulhada no mesmo espírito da indústria da saúde, do entretenimento e da forma perfeita: o corpo para ela é um objeto que pode ser uma via para

atingir a busca da “felicidade” e do “bem-estar”.

A partir da discussão de Lipovetsky (2004) sobre a Hipermodernidade podemos inferir que a anoréxica é tão hiper quanto o hipercapitalismo, a hipercidade, o hiperfenômeno, o hiperdesempenho, o hipertexto, o hiperindividualismo, o hipercards, o hiperconsumo, o hipermercado, a hipervigilância, a hiperviolência e o hipercorpo etc.

A anorexia é herdeira dos ideais hedonistas e da moral do aqui e agora. A ideologia anoréxica convive lado a lado com a ideologia da saúde máxima, da eterna juventude e da prevenção: a anorexia é a exacerbação do individualismo sem regras, sem equilíbrio, caótico, fútil, ansioso, eufórico e passageiro.

Em algumas anoréxicas existe um mal-estar advindo dos exageros, seja por obediência cega ao que é estipulado para o alcance do corpo perfeito, seja por sucessivos fracassos na tentativa de cumprimento dessas mesmas regras, gerando, por fim, um mal-estar crônico.

A indústria da estética, através dos mais diversos meios de comunicação de massa, apresenta o corpo a uma diária e incessante sabatina de prescrições, vigilância e cobranças para adquirir o tão propalado corpo desejado. Entretanto, parece que a impossibilidade e o não cumprimento desse ideal mostram a outra face deste paradoxo: transtornos de distorção da imagem, exclusão e violência social, sentimentos de derrota, depressão e, enfim, sofrimento psíquico.

Lipovetsky (2003) relaciona o frenesi consumista às bulímicas, às anoréxicas e aos vigoréxicos. Segundo tais patologias, os excessos são os frutos colhidos ante o fracasso do indivíduo em não conseguir cumprir com os padrões ideais impostos pela sociedade de consumo.

A exacerbação do consumo levou à satisfação ilimitada e imediata do gozo. O saldo da anulação da dimensão da falta que enxergamos em nossa época é a rejeição do inconsciente e

da divisão da subjetividade. (COELHO DOS SANTOS, 2005).

Vivemos uma época da decadência da função paterna e do apagamento dos laços sociais: a autoridade simbólica, a castração, o falo e a transmissão dos ideais já não são mais as vias organizadoras que prevalecem para a inserção do sujeito no mundo. Por consequência, os sintomas também mudaram. Os chamados novos sintomas apresentam novas questões. Passando longe da função fálica, não estão sustentados em um Outro consistente e quase não são sensíveis à interpretação. As categorias basais clássicas não dão mais conta dos transtornos. O excesso de gozo desregulado e sustentado pela sociedade de consumo prevalece nesses novos quadros contemporâneos, dentre eles, a anorexia.

4.1 A Clínica da Anorexia como Resposta ao Outro

A bulimia está do lado da alienação, do vínculo com o Outro que dá de comer, a mãe. Enquanto na anorexia há o rejeitar a mãe, rejeição do Outro maternal, do lado da separação. – (Jacques-Alain Miller)

A anorexia foi abordada, durante muitas décadas por uma determinada concepção psicanalítica de clínica que tinha apenas a palavra como mecanismo de solução do sintoma. O sintoma anoréxico era da ordem do recalcado e poderia ser interpretado. A análise, portanto, teria o poder de trazer à tona o elemento traumático subjacente à caquexia anoréxica.

“Um dia descobriu-se que os sintomas de determinados pacientes neuróticos têm um sentido”. (FREUD, 1915-16/1996, p. 89). Esta passagem não deixa dúvidas quanto ao lugar

ocupado pela anorexia nas origens da psicanálise⁴⁷ e na determinação de sua especificidade: será por meio da fala, do trabalho associativo que se buscará dissolver o sintoma anoréxico. O deslocamento dava a esse sintoma a seguinte leitura: ele carrega um sentido que não se conhece, um enigma a ser questionado e decifrado.

A forma de conceber o sintoma anoréxico mostra a singularidade da experiência freudiana. Freud (1917/1977a) não deixou de mostrar que, ao contrário da visão psiquiátrica – a qual se delimitava então a descrever os sintomas e remontá-los à existência de uma predisposição orgânica –, a psicanálise estabelece que os sintomas têm um sentido e uma relação com a história e com o desejo do sujeito.

A teorização do inconsciente e de suas relações permite reconhecer o sintoma anoréxico como um substituto modificado da realização de um desejo inconsciente. (FREUD, 1900/1996). O sintoma passa a ser legitimado por um encadeamento inconsciente de representações, as quais, por meio dos mecanismos de condensação e deslocamento⁴⁸, se combinam e se substituem para a realização de um desejo, atendendo às exigências do recalque. Tratar-se-á, então, de decifrar esse sintoma na transferência, na direção de suas cadeias associativas nas quais se associa o desejo inconsciente de revelar seu sentido, e assim dissolvê-lo.

Lacan (1958/1998), num primeiro momento de seu ensino, dará destaque ao aspecto

⁴⁷ Freud (1893/1980), em *Um caso de cura pelo hipnotismo*, expõe a história clínica de uma mulher que apresentara episódios de anorexia pós-parto do primeiro e do segundo filhos. No relato do caso de Emmy von N., Freud (1895b/1980), referindo-se à anorexia histérica, aproxima a recusa alimentar ao sintoma de conversão. Na *Carta 105*, Freud (1899/1980) faz derivar a anorexia mental da corrente autoerótica na histeria. No caso o *Homem dos lobos*, Freud se refere com mais clareza à anorexia como modalidade de "neurose feminina" a ser "examinada em conexão com a fase oral da vida sexual". (FREUD, [1918/1980, p. 133).

⁴⁸ Deslocamento e condensação caracterizam, para Freud, o processo primário. O deslocamento acontece quando uma representação recebe todo o investimento devido a uma outra, de modo que a segunda acaba por substituir completamente a primeira. Ora, a ligação entre as duas representações tanto pode ser por contiguidade quanto por analogia. É deslocamento tanto a substituição do vinho pelo copo, numa relação de contiguidade, quanto a substituição do vinho pelo sol, numa relação de analogia. (FREUD, 1900/1987)

decifrável do sintoma anoréxico. Para ele, o que importa é a estrutura significante da anorexia, a qual tem a ver com a cadeia significante que compõe o campo do Outro histórico-familiar no qual o sujeito que sofre é constituído. A anorexia é uma metáfora do sujeito, é uma mensagem inconsciente ao Outro parental para interrogá-lo e convocá-lo ao desejo.⁴⁹

Lacan (1958/1998a) inscreve o sintoma anoréxico no coração do funcionamento simbólico: é o primado do significante e da estrutura. A anorexia é efeito estrutural da cadeia em um dado ponto do discurso subjetivo.

A verbalização se torna o único meio possível à psicanálise em sua operação para decifrar o sintoma anoréxico. De tal forma, não é possível chegar até ele sem levar em conta a operação da primeira. O cerne da análise da anorexia está em incluir a fala em sua própria origem. O Outro torna-se o destinatário. Pela palavra em análise, o sujeito anoréxico recebe do Outro sua própria mensagem sob forma invertida.

Esta é a saída lacaniana na dissolução do sintoma anoréxico pela recuperação de seu sentido. Este, como mensagem cifrada, apela ao Outro pela revelação de seu sentido. O sintoma anoréxico cede à decifração. É como fala que ele passa pelo Outro, implicando o sujeito em sua mensagem. Ele recupera o sentido de seu sintoma.

Na anorexia, o sentido do sintoma pode ser a recusa da mãe que confunde comida com amor. Pode ser o conflito com a imagem, com a sexualidade ou com a feminilidade, dentre outros.

Ao deslocar a fala para a linguagem, Lacan (1957/1998) caminha na direção da determinação significante do sintoma anoréxico. A análise do inconsciente, segundo as leis da

⁴⁹ A escolha anoréxica do *comer nada* possibilita tornar este *nada* o objeto separador do Outro. (RECALCATI, 2003). A criança que não aceita satisfazer a demanda da mãe, demanda-lhe que tenha um desejo fora dela, que se apresente em falta, que a decepcione, enfim, porque, de alguma maneira, ela sabe que o objeto da satisfação não é da mesma ordem do que seria um dom de amar. A ação que enuncia: "Eu como nada" seria a prova de que a atribuição ao Outro de um desejo de saber se faz necessariamente acompanhar por um "Eu estou fora disso". (LACAN, 1958/1998a).

linguagem e a diferenciação – referida ao signo saussuriano – entre o significante e o significado, propiciou a Lacan compreender a anorexia como metáfora⁵⁰.

O significante e o significado não formam uma unidade. Ele só pode vir a significar por sua relação a outro significante. Mais especificamente, o resultado de significação depende da troca, em questão na metáfora, de um significante por outro. Definido como metáfora, o sintoma anoréxico pode ser compreendido porque seu sentido – resultado da combinatória significante – encontra no Outro o que se volta sua determinação.

No entanto, a aposta psicanalítica na elaboração do sintoma anoréxico por meio da decifração encontrou impasses. Mesmo após esclarecida a articulação significante que o determina, ele persiste. Poderíamos concluir, então, que se trata aí de uma dificuldade colocada pela própria natureza do significante.

O significante “anorexia” cobre não um significado, mas outro significante, o que supõe, quanto à busca de sentido, uma remissão infinita. É sempre cabível que o significante substituído, por se tratar de um significante, seja posto em questão, retardando indefinidamente a elaboração do sintoma. A impossibilidade de encontrar um sentido definitivo para o sintoma anoréxico teria, então, como desdobramento sua conservação.

No *Seminário 10: A angústia*, Lacan (1962-63/2005, p. 140) afirma que “por natureza, o sintoma não é como o *acting out*, que pede a interpretação, pois – esquecemos isso em demasia – o que a análise descobre sobre o sintoma é que ele não é um apelo ao Outro, não é aquilo que mostra ao Outro. O sintoma, por natureza, é gozo, (...) gozo encoberto (...), ele se basta”.

Ocorre aqui uma mudança de perspectiva. A formalização do objeto *a* como uma sobra pulsional inapreensível pela articulação significante na estruturação do sujeito, mostra que,

⁵⁰ ZANELLO, V. *A metáfora no trabalho clínico*. Guarapari: Editora Exlibris, 2007.

para além do desejo, resta o gozo que é compreendido pela angústia e está envolvido no sintoma.

Essa colocação do objeto *a*, o qual posteriormente será visto como objeto mais-de-gozar, já anuncia a crescente valorização da ideia de gozo em detrimento ao Nome-do-Pai na sequência da teorização lacaniana. Se nos anos de 1950 até o início da década de 1960 o simbólico prevaleceu no ensino de Lacan a ponto de abarcar o real, a última parte de seu ensino já é marcada por discutir a anterioridade do gozo com relação ao Outro. (GOROSTIZA, 1998).

4.2 A Anorexia como Gozo

A anorexia é uma experiência da persistência do sintoma. Esses pacientes não conseguem deslocar o sintoma. – (E1)

O papel do analista é o de suportar quadros anoréxicos sem respostas, procurando acolher e suportar quantidade grande do sintoma e sustentar quadros frágeis e mortíferos. – (E9)

As perspectivas abertas pelo último ensino de Lacan possibilitam pensarmos uma outra práxis para a clínica da anorexia. Inicialmente, podemos afirmar que a interpretação do sentido é inócua nesta clínica.

A psicanálise, durante muito tempo, tentou tratar o sintoma anoréxico na perspectiva da elaboração do sintoma. No entanto, este olhar clínico vem sendo questionado na contemporaneidade. A persistência do sintoma anoréxico denuncia a existência de um real que resiste, que é incurável. E, por isso, o processo analítico pretende fazer uma inversão no valor que a anorexia tem para o sujeito. O comer-nada tem um sentido que, se faz o sujeito sofrer, também tem a ver com sua verdade. Por isso, o analisando mostra apego ao que lhe faz sofrer como se estivesse habitado por um gozo. Daí a resistência à “cura”.

A persistência do sintoma anoréxico pode ser reportada no momento em que a aposta psicanalítica na dissolução do sintoma, por meio da decifração, encontrou impasses. Isso pode ser visto na trilogia de Freud que começa com *A interpretação dos sonhos*, *A psicopatologia da vida cotidiana* e *Os chistes e sua relação com o inconsciente*.

Freud, ao longo de sua práxis, se deparou com um hiato irreduzível entre o sentido produzido como solução ao “o que isso quer dizer?” do sintoma e o sintoma em sua permanência. Se não há sentido que possa responder totalmente pelo sintoma, e ainda assim o sujeito o sustenta, isso significa que o sintoma está necessariamente vinculado com uma satisfação.

Nesta perspectiva, o sintoma anoréxico se define não apenas por sua articulação significativa, mas também pelo gozo que contempla. O fracasso em estabelecer o sentido último para o sintoma denuncia seu comprometimento com uma satisfação. Trata-se, pois, da persistência do sintoma.

Contudo, esta questão da persistência da anorexia como gozo não pode ser vista separadamente das alterações no campo do sujeito e do laço social ocorridas a partir da segunda metade do século XX.

Nessa perspectiva, as teorizações lacanianas a partir dos anos de 1970 parecem, diante de tais considerações, muito mais substanciais como dispositivo teórico-conceitual para refletir as novas formas de mal-estar da contemporaneidade.

Compreender o sintoma anoréxico pela via do gozo, como tratamento do real que não se cura e como suplência ao declínio da mediação simbólica – e não tanto como questões passíveis de decifração – são caminhos que apresentam a anorexia muito mais como uma solução do que como um problema. Sendo assim, não se trata, pois, na clínica da anorexia, de eliminar uma ignorância pela oferta de um referente, mas de propiciar mudança no modo de satisfação apresentada pelo sintoma, razão pela qual caberá ao sujeito um *quantum* de trabalho. Como

aponta a advertência freudiana, o labor sobre o “de onde” do sintoma só tem sentido se tiver como objetivo atingir seu “para quê”.

Somos chamados a pôr a questão: seria impossível ao sujeito anoréxico conquistar algum apoio para seu ser? Estaria ele amarrado ao impasse da alienação? Se concordarmos que sim, somos forçados a concluir que o sintoma é a base da articulação do sujeito ao referente do Outro.

Não obstante, se levarmos em conta agora o que podemos colocar sobre o sujeito anoréxico, seremos levados a dar destaque ao valor de resolução que adquire a sua recusa. Se o sujeito anoréxico, em sua falta de orientação, não encontra no Outro um significante que lhe dê uma identidade estável, se por isso mesmo é o gozo que aparece como base de sua relação com o Outro, podemos afirmar que o comer-nada (MILLER, 1998a) funciona menos como fracasso e mais como um meio, um recurso do sujeito enquanto tal.

Será o tempo todo o sintoma, o modo único pelo qual o sujeito ordena seu gozo, que definirá, no vazio de uma representação exaustiva, seu lugar junto ao Outro (MILLER, 2000b). Ao conectar o gozo a uma tal formação significante, a anorexia se apresenta não apenas como disfunção – gozo retirado da repetição do fracasso –, mas também como funcionamento, estruturando um aparato singular que propicia ao sujeito se organizar.

Assim esclarecido, o sintoma anoréxico postula a questão de seu destino na análise. O valor de solução que ele possui leva-nos a deduzir que a análise não adotará a direção de sua evacuação. Se admitirmos a sua permanência como destino possível na análise, devemos concluir que se tratará de um sintoma modificado.

Cabe saber que sorte de mudança estaria aí em jogo. Ainda mais, resta considerar como poderia a interpretação, o trabalho sobre a dimensão significante, alcançar e transformar aquilo que, como gozo, apresenta precisamente como seu limite. Se a psicanálise objetiva uma

fala que altere o próprio lugar a partir do qual o sujeito verbaliza, será preciso considerar o rumo a ser tomado pelo esforço de decifração, para que a mudança desejada não se reduza ao efeito semântico que tal esforço implica – o deslocamento não-definido do sentido –, mas modifique o tipo de satisfação constituído pelo sintoma anoréxico.

Conforme já vimos, não é possível mais compreendermos a clínica psicanalítica da anorexia fora do contexto da sociedade contemporânea⁵¹. Deve-se ressaltar que a anoréxica sofre de uma incapacidade estrutural de mediatizar seus conflitos através da ordem simbólica. Neste sentido, para Jacques-Alain Miller (2004), no texto *Uma Fantasia*, ela é uma desbussolada.

Sobre essa questão, Miller (2004) pergunta: desde quando estamos desbussolados? Esta expressão, cabe lembrar, tem sido usada para falar da falta de um universal que ordene a esfera social e que dê um norte ao agir humano. Segundo esse autor, estamos desbussolados desde que a moral civilizada foi abalada – tema explorado por Freud nas suas reflexões sobre a cultura.

Coelho dos Santos (2001) faz um levantamento da incidência da ciência na cultura para falar da crise dos referenciais na sociedade contemporânea A forclusão de Deus⁵² se deu pelo advento da ciência e pela proclamação dos Direitos do homem: o sujeito da ciência é o sujeito do direito jurídico, o sujeito livre e igual, produto da racionalidade científica.

Conceituada pensadora afirma ainda que, se todo homem é livre e igual, é porque todo homem é racional. Assim, pode-se pensar, então, que a igualdade é a base do Estado moderno, no qual a religião passa a ser uma escolha pessoal. Desse modo, é o espírito cristão que

⁵¹ “Este sintoma é contemporâneo na medida em que ele vem indicar como o feminino pode libertar-se das obrigações sociais pela colocação em cena de seu próprio corpo. Se a forma ou a expressão desta encenação é estreitamente dependente das normas do momento, a aposta (...) persiste fora dos quadros históricos e sociais, e vem revelar-se na estrutura do fantasma e do desejo”. (MICHELI-RECHTMAN, 2003, p.142-144).

⁵² A operação de forclusão de Deus do mundo, que retira a significação do campo da ciência, desvela o funcionamento autônomo do significante: ele não significa nada e sua inserção no real produz invenções. Fonte: http://www.isepol.com/laboratorio/disciplinas/laboratorio1/disc15_foraclusao.html. Acessado em 30/12/2013.

se abre para múltiplas crenças.

Para Miller (2004), a bússola hoje é o objeto *a*, norteador do sujeito contemporâneo. É ele que se impõe ao sujeito desbussolado. É com ele que o sujeito tenta resolver o vazio próprio ao ser falante, uma vez que ele funciona como semblante daquilo que o sujeito se supõe em falta.

Os sujeitos de hoje se sentem no direito de gozar de todos os objetos. O neurótico freudiano, por sua vez, se sentia culpado por querer tudo. O sujeito de direito da modernidade se transformou no sujeito de dever ao consumo da contemporaneidade - o que era um direito virou um dever.

A anorexia não pode ser discutida fora deste contexto. Ela também é resultante da forma de relação com os objetos que o mercado vem impondo aos indivíduos, tendo em vista o fato de que os objetos estão associados o tempo todo com uma felicidade e com uma realização pessoal que se encontra apenas no âmbito da ficção. A anoréxica leva essa ideologia às últimas consequências. Não há relação de troca porque é insuportável qualquer prejuízo. Não há relação de usufruto. O objeto – corpo magro – só serve como valor de uso. Não há gozo mediado pela falta. Ela só funciona sob o imperativo: Goza! O direito ao gozo no sujeito anoréxico acabou por se transformar em obrigação de gozar.

Para Miller (2004), no discurso da sociedade de consumo, o S1 se coloca no lugar da produção. Esse significante faz coincidir o sujeito com sua determinação significante. Isso se expressa como um empuxo à avaliação, à estatística e também à autoajuda. O sujeito saberia de si pelos cálculos estatísticos e probabilísticos que dominam o cenário da atualidade, assim como prescindiria do Outro para ser ajudado. A autoajuda é o correlato terapêutico do *self-made-man*, em que, na solidão de si mesmo, o sujeito se vê à mercê de uma ficção idealizada de autoengendramento, despossuindo-se dos laços com o Outro.

A anoréxica vive mergulhada no discurso do controle total. Tudo é milimetricamente

calculado: o peso que se tem, o peso que se deseja, o que vai ser ingerido, a quantidade de calorias de cada alimento. É nesse discurso de autoengendramento que a anoréxica acredita atingir o ápice da perfeição física.

De tal sorte, resta questionar: qual o lugar da psicanálise neste universo desenhado pela anoréxica? Miller (2004) destaca três posições básicas dos psicanalistas: a fundamentalista, a passadista e a progressista.

A posição fundamentalista aparece nos psicanalistas que tentam, a todo custo, reconstruir o inconsciente freudiano – aquele em que o pai, como ponto de exceção, promovia o sintoma como desejo recalçado. A posição passadista, por sua vez, é a que nega as mudanças sociais e suas consequências na estrutura subjetiva. Já a posição progressista busca na ciência as balizas para uma nova psicanálise, cedendo ao empuxo para as avaliações⁵³.

Nas três posições, Miller (2004) reconhece a prática da sugestão. Na primeira, ela se daria pela exaltação do simbólico. Na segunda, pela construção de um refúgio imaginário como defesa ao real que se impõe. Na terceira, essa prática se daria pela adesão mercadológica à demanda de cientificismo, ao real da ciência. Em todas elas, entretanto, há uma preocupação própria ao discurso do mestre: as coisas só servem na medida em que dão resultado imediato.

Para Indart (2005), o discurso universitário é a religião da ciência. O autor afirma que ele é um aparato para fazer com que as suposições da ciência sejam tomadas como verdade.

Lacan, no Seminário 17 (1969-70/1992), diz que o S2, em posição de dominância, não quer dizer saber-de-tudo. Mas que tudo é saber. A suposição iria mais pela via do tentar saber tudo, o que implica uma subjetividade atuando. Isso é totalmente diferente do tudo saber. Nele não há um sujeito que saiba e que possa se retificar. O tudo-saber é uma instituição. É saber sem

⁵³ MILLER, Jacques Alain. *Conferência de Jacques-Alain Miller em Comandatuba*. Disponível em: <http://www.congressoamp.com/pt/template.php?file=Textos/Conferencia-de-Jacques-Alain-Miller-en-Comandatuba.html>. Acessado em 23/12/2013.

sujeito. É tudo-saber com a burocracia. Uma prática sem sujeito.

A partir das formulações de Miller (2004), podemos afirmar que nenhuma das três posições do psicanalista apontadas serve para lidar com a anorexia. Então, qual seria a proposta da psicanálise de orientação lacaniana para a anorexia? Conforme renomado autor, a prática precisa ser inventada, o que nos indica que a prática é única em cada caso, estando alicerçada na transferência.

Tal invenção se orientaria pelo que rastreia. O rastrear considera a relação com o impossível, uma vez que a falha de sentido no real se impõe ao ser-falante. A lógica leva em conta a contingência. Aquilo que não é da ordem nem do saber e nem sentido. Não há lei no real.

Para isolarmos o real, temos de questionar o que faz sentido e o que constitui saber. Tanto é assim que Lacan fez uso do nó dizendo que ele é o real. É aquilo que não se presta a ser colocado na rede significante. Miller (2004) diz que o nó escapa ao saber. É o paradigma do real porque desafia o saber. A anorexia seria, neste caso, pura contingência, um nó que não estaria alicerçado nem no sentido e nem no saber.

A partir do texto *C. S. T.*, de Miller (1989), conceituado autor nos apresenta alguns indicadores que nos ajudam a compreender a anorexia nesta perspectiva de pura contingência e como um modo sobremaneira singular de enodamento.

A partir desse texto podemos deduzir a anorexia como um suposto saber. O Comer-nada pode ser uma semântica do sintoma anoréxico: a anorexia seria uma clínica sob transferência. Essa clínica é anterior à entrada do sujeito em análise. A recusa alimentar seria a sequência típica e singular do sujeito. Ela suportaria a teoria do passe e a travessia do fantasma. A anorexia cobriria ao longo da vida o que o sujeito atesta de destituição subjetiva.

A anorexia é resultante do real e é daí que se extrai o saber-fazer, no qual o saber se junta ao fazer para enfatizar que se trata de um saber que não se constitui como lei. É apenas o

saber de um fazer, um saber que não advém do simbólico.

Dessas reflexões de Miller podemos derivar que, na anorexia, a recusa pode funcionar como uma forma de saber-fazer com o sintoma. A clínica, portanto, não deve se pautar na construção do saber. O olhar não é da externalidade para a internalidade. Pelo contrário, parte-se daquilo que o analisante deu conta de produzir para sustentar sua angústia. E, neste caso, a anorexia é o que o sujeito deu conta de produzir como forma de se a ver com o real.

Logo, e tendo em vista o fato de haver uma falha de sentido no real, como a anoréxica lida com ela?

Para Coelho dos Santos (2005), o discurso do mestre está diretamente ligado à lógica masculina. O S1 só se sustenta na posição de dominância porque o falo vem lhe dar sustentação. O discurso do mestre tem relação com a lógica do todo, tal como Lacan propõe no *Seminário 20*, através das fórmulas da sexuação⁵⁴.

A lógica do todo se instaura na dependência do falo como significante articulador do gozo. Esse elemento não se distingue mais por sua potência nem por sua autoridade. Nesta perspectiva, a clínica da anorexia precisa ser orientada por outro regime.

Este novo regime do gozo anoréxico nos remete à lógica do não-todo – inscrita no lado feminino – porque não regulado pelo falo, pela identificação ao S1. Não há mais o lugar da autoridade do pai – que o colocava como exceção na distribuição do gozo – organizava o mundo como um conjunto fechado, limitado e ordenado segundo a função fálica.

Pela lógica do não-todo, a anorexia se organiza de maneira diferente: o não-todo não tem como referência a exceção paterna, não tem como referência nenhuma exceção. Faz-se importante ressaltar que grande parte dos pacientes com anorexia são do sexo feminino e se apresentam dentro desta lógica do não-todo: a anoréxica, não tendo a promessa paterna, ficou

⁵⁴ Conforme discutido no tópico sobre a feminilidade e a ausência de demanda na anorexia no capítulo 1.

excluída da castração e da busca por reconhecimento no campo do simbólico. O único modo que ela encontrou de se fazer existir foi pela via da recusa alimentar.

Na contemporaneidade a anorexia se coloca como algo atípico, estranho. Ela contraria o universal. Ela é vista na perspectiva da singularidade. Ela não participa mais do modo de gozo ordenado pelo significante fálico. Ela não está vinculada aos fatores norteadores, tradicionalmente, pela cultura. Seu gozo é aquele de cada sujeito em que há um gozo próprio e totalmente singular⁵⁵.

A clínica contemporânea tem outro olhar sobre a anorexia. Hoje é imperativo gozar - efeito do capitalismo que fabricou o Outro do consumo. O Outro atual é exemplificado por Vieira (2005a) como o Outro 24 horas, o Outro sem limites que só existia na fantasia do neurótico. As formas atuais de relação com o Outro mostram-se em extrema submissão ao imperativo do supereu.

No discurso contemporâneo, a fantasia é pública e não gera vergonha. A anoréxica expõe publicamente sua caquexia em blogs e sites como um trunfo, assim como o sujeito que goza com a nudez das crianças, com animais, ou com excrementos, e não precisa ficar confinado ao âmbito privado. Seu gozo pode ser veiculado, encontrado e compartilhado na *web*.

A anorexia não se enquadra mais na clínica em que o Outro, na lógica do todo, podia ser representado pelo pai porque ele, como exceção, formava a regra para os demais. Havia a exceção. Os filhos, diante da exceção do pai, formavam um conjunto no qual todos se posicionavam em relação ao referente. Ou bem seguiam o pai, ou tentavam escapar pela fantasia de transgressão.

Na contemporaneidade, o não-todo anoréxico não é a negação do todo. Ele é uma

⁵⁵ SALUM, M. J. G. Psicanálise e exceção. *Ágora*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, Janeiro Jul./Dez. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982005000200009. Acessado em 20/12/2013.

modalidade, uma formatação da cultura na qual o Outro existe sob a forma do não comparecimento como exceção. É o que podemos chamar de um Outro anônimo. Um Outro que impõe, não sendo localizável. Ele emana ordens que são incorporadas sem que haja conflito.

No discurso do mestre antigo, o S1 – em posição de agente – mostra que o sujeito está investido nesse significante de exceção que lhe vem do Outro. A anoréxica não está investida em um significante. Ela está investida em um gozo que lhe é cobrado pelo Outro. Segundo Laurent (2004), a angústia de hoje tenta refazer o todo, mas fracassa porque o sujeito não crê mais no S1. O que é insuportável para a anoréxica é a ausência de garantia do gozo. É justamente isso que ela se esforça para ter com seu comer-nada.

Apesar do Outro atual tornar o objeto disponível, o que se evidencia é que ele não dá conta, é preciso sempre outro e mais outro e mais outro. Esse fracasso do objeto em tamponar a falta fica sobremaneira visível na bulimia, e, quando há o fracasso, ela retoma todo o círculo comer-vomitar. Na anorexia, o objeto nada só claudica quando há o risco de morte.

Lacan (1969-70/1992), ao fazer o mais-de-gozar equivaler aos objetos da cultura, mostra como o sujeito, impelido ao consumo, volta a comprar. Ele repete sua compra porque não há objeto que dê conta do gozo. Algo do gozo insiste sob a forma de fracasso, uma vez que nenhum objeto é capaz de fazer cessar o circuito, pelo contrário, ele o engendra.

Para Miller (2004), o recurso do sujeito contemporâneo é elevar o mais-de-gozar. Fazer dele o agente do discurso. Na verdade, isso funciona como uma defesa em relação à impossibilidade de se encontrar um objeto que seja o máximo de gozo, pois podemos apenas rastreá-lo. O objeto tenta fazer existir a relação sexual e o sentido no real pela renúncia ao gozo. A relação sexual também não existe. Assim, podemos apenas rastrear um sentido ao que não tem no real. Para tanto, precisamos fazer algumas renúncias.

O mais-de-gozar⁵⁶ anorético ocupa o lugar que, no discurso do inconsciente, servia para mediar o acesso ao real. Quando a anorética ascende a esse posto, ela expõe a falta redundando em um sujeito desencantado com tudo. É um sujeito para o qual os ideais não contam para nortear suas escolhas. É exatamente o predomínio do objeto sobre o ideal.

O S1, em lugar de agente, mantinha a ilusão de que o Outro do sexo viesse a complementá-lo. O que ocorre na anorexia é a descrença nos ideais e em todas as demais formas sublimatórias da pulsão.

A anorexia é o escancaramento da pulsão sob a forma do – Goza! É a expressão mais pura do mais-de-gozar. Isso nos coloca na dimensão da falha e não da falta. Na via do recalque se lidava com uma falta – o pai não dava conta. Sob o ponto de vista do – Goza! –, a falha fica evidente. Daí a descrença.

A perspectiva que se traça na anorética é do Um. Ele será o seu *standard* pós-humano. (MILLER, 2004). O Um faz par com a sua caquexia. Ele mostra o quanto ela não está afeita a acordos, devendo prevalecer sua vontade de gozo em que se eclipsa qualquer traço de responsabilidade.

Na anorexia estamos diante de um des-cortinamento do Outro barrado. Estamos diante de uma forma de identificação que já supõe no Outro um furo. Talvez isso justifique a incidência na clínica de anoréticas que não fazem laço e que aceitam sem mediação a voz de comando: goze! É quando a recusa se instaura.

As manifestações clínicas anoréticas questionam o sintoma como metáfora. Esta se esvaziou. Colocam em xeque a identificação que estabelecia o laço com o Outro, que inscrevia o sujeito em uma ordem geracional.

⁵⁶ Para Lacan (1969-70/1992), o “mais-de-gozar” é o que sobra de toda operação de linguagem, e que ele nomeou como um gozo do objeto pequeno *a*.

Laurent (2005) diz que se trata de um exame identificatório: a multiplicidade de identificações decorre de uma falta de estabilidade quanto ao gozo, convocando o sujeito a se lastrear por aquilo que o mercado do corpo oferece. Este também múltiplo. Isso torna a anoréxica uma pessoa sem identificação. A multiplicidade destitui o Outro de seu lugar de autoridade simbólica - este lugar só teria sentido se configurasse uma exceção.

No Seminário *A Angústia*, Lacan (1962-63/2005) se propõe a falar sobre a angústia, mas acaba se dedicando ao objeto *a* por entender que a angústia é uma experiência que se anuncia no discurso, sem ser por ele absorvida. É no sentido de uma disjunção da angústia com o significante que ele vai considerar o objeto *a* um objeto sem nome. Só assim poderá dizer que a angústia não é sem objeto.

Assim, se Lacan precisou do objeto para situar a angústia, podemos concordar com Miller (2005a) quando diz que o objeto *a* vale como o fracasso do Nome-do-pai, enquanto o Nome-do-pai é o operador maior da simbolização.

Vemos nesse fato a prevalência da angústia sobre o sintoma, que só tinha sentido num contexto onde a falta promovia o mal-estar. O pai como exceção fazia com que sua autoridade fosse questionada, pois o sintoma era justamente uma forma de mostrar o furo no Outro, de instaurar um enigma sobre o seu desejo.

A angústia, no entanto, é uma experiência do real. É um afeto — que não engana (LACAN, 1962-63/2004), que não produz enigma e que leva o sujeito ao plano da certeza.

Na anorexia não há distância entre o sujeito e o Outro: a anoréxica está à mercê do supereu. A distância entre ela e o desejo do Outro não é mediada pelo objeto *a* como causa, e sim como gozo.

Segundo Recalcati (2004b), a anoréxica se holofrasea⁵⁷. Ela se confunde com o objeto. Lacan (1962-63/2004) diz que a angústia se interpõe entre o desejo e o gozo. É o segmento que parte do meio de um dos lados de um retângulo e vai até o meio do outro lado. Ela liga um lado ao outro e corta a figura ao meio. A angústia aparece quando essa distância se reduz. Quando o desejo do sujeito se aproxima perigosamente do gozo do Outro.

Na anorexia falta essa distância. A recusa está cada vez mais submetida ao gozo do Outro: o Outro não cria obstáculos ao gozo, pelo contrário, o promove.

O pai fazia sintoma porque era um ideal a ser alcançado. O quadro atual não faz sintoma. Ele promove a angústia porque expõe o sujeito aos objetos, impondo-lhe o dever de gozar. Cabe lembrar ainda que o sintoma em geral é localizável e tem uma parte representada pelo significante. A angústia não.

A anorexia é a emergência da angústia como resposta ao imperativo de gozo. O gozo anoréxico é tóxico. Para Tarrab (2004), a angústia combate essa toxidade.

Na anorexia, o Outro não faz barreira ao gozo. Ele não produz enigma. Ele veta qualquer tentativa de deciframento do desejo. O que se torna faltoso é o laço simbólico da anoréxica com o Outro, restando apenas a face tirânica do supereu como imperativo de gozo⁵⁸.

Na anorexia em que predomina o regime do pai, o significante aparece como uma interpretação do desejo da mãe. Se o pai não funciona, o sujeito fica frente a um desejo sem possibilidade de significação. A grande bocarra do desejo materno é a anoréxica correlativa ao declínio do pai.

Na contemporaneidade, a anorexia aparece como a falta da falta e o objeto mais-de-

⁵⁷ Na holófrase há uma coisificação do par significante (S1-S2), uma ausência de intervalo e de movimento entre os dois, tornando a dialética impossível. (RECALCATI, 2004, p.79)

⁵⁸ No seminário 20, *Mais, ainda*, Lacan (1972-73/1985) apontou para a face tirânica do supereu ao compreendê-lo enquanto imperativo de gozo.

gozar sempre à disposição. Ela não se estrutura em função do que falta ao campo dos ideais paternos e sim do que falta ao próprio corpo e ao próprio eu. (COELHO DOS SANTOS, 2000). Portanto, a anorexia aparece como um modo particularizado de gozo. Ela denuncia o fracasso do sujeito em obter o gozo completo prometido pelo mercado do corpo. Antes, a insuficiência era do pai. Agora, é do próprio sujeito. Sem o pai, o sujeito fica à mercê da pulsão. Para Brousse (1986), a pulsão manifesta as consequências, sobre o gozo, da inscrição na ordem simbólica. A articulação da pulsão ao Outro depende do fato de o sujeito reconhecer no Outro uma falta.

Se tomarmos a pulsão sem mediação como o modo hegemônico nos dias atuais, poderemos pensar a anorexia como uma outra solução, diferente da via do pai. Essa solução pode ser uma boa forma de reconhecer a originalidade dessas configurações. Então, qual é o estatuto da anorexia, uma vez que ela não se inscreve mais no sintoma como retorno do recalcado? O que as anoréxicas buscam numa análise?

Conforme vimos, na anorexia o supereu empurra ao gozo. Ele recebe sua força da própria pulsão. Não reprime o gozo. Pelo contrário, encoraja-o: Goza! Logo, a anoréxica coincide com o objeto. O ideal moderno promovia a disjunção entre o ideal e o objeto. Ele impulsionava renunciar ao gozo.

Para Coelho dos Santos (2001), essa operação de adequação ao Outro na anorexia obriga a menina a fazer uma torção, uma vez que exhibe a vertente masculina da fantasia. Assim, aquilo que era recalcado na modernidade passa ao domínio público na contemporaneidade.

4.3 A clínica da anorexia como gozo

Qual o lugar possível para o psicanalista operar e sobre o quê operar na clínica da anorexia como gozo? Se antes o lugar do analista era definido como o de causar desejo, tendo

como estratégia principal o silêncio, hoje cabe perguntar se esse lugar ainda produz efeitos.

A prática com a anorexia exige criar um laço do sujeito com o Outro, tendo como ponto de partida seu próprio gozo. É instalar ou reciclar tentando criar entre eles um espaço onde o desejo se ligue a uma causa.

Entretanto, como fazer a anoréxica suportar a inconsistência do Outro? Como fazer para que ela não se deixe tomar pelo imperativo de gozo? Uma indicação clínica pode ser colhida no texto *Uma Fantasia*. (MILLER, 2004).

Depois de articular o discurso hipermoderno da civilização, Miller (2004) faz uma observação que pode esclarecer a diferença entre o discurso analítico e o discurso contemporâneo. Ele diz que os elementos do discurso contemporâneo estão dispersos na civilização e que só na psicanálise esses elementos podem se ordenar em discurso.

A anoréxica põe o objeto no lugar de agente. Ela propõe a recusa como forma de gozo, o que por si só não estrutura um discurso. A recusa é tão particular que não consegue garantir uma identificação.

Quando Lacan formula os quatro discursos⁵⁹, ele o faz tomando o discurso do mestre como base. Ele os formaliza porque supõe que seus elementos estão ordenados pela identificação a um significante mestre, podendo fazê-los girar porque há um eixo. O sujeito está fixado em uma identificação.

O discurso anoréxico rompe com o discurso do mestre. No não-todo não há exceção que funde uma regra. Os elementos estão postos, porém a experiência é de recusa. Os elementos estão articulados, mas a resposta é muda.

O *sinthome* como modo de enlace subjetivo é o que a clínica tem a oferecer à

⁵⁹ O discurso psicanalítico, o discurso do mestre, o discurso histérico e o discurso universitário. (LACAN, 1969-1970/1992).

anoréxica. Ele busca para cada um uma fixação e uma ordenação. Essa operação responde ao desbussolamento do sujeito, dando um lugar aos elementos dispersos.

O *sinthome* é o elemento articulador, enodando os registros real, simbólico e imaginário. Ele dá um corpo ao sujeito ao conectá-lo com seu próprio gozo. Para Laurent (2004) o sintoma é a dimensão de nossa ex-sistência no mundo. Instalemo-nos nesse sintoma, dediquemos a existir nós mesmos como sintomas e descobriremos que somos assim e podemos fazer disso nosso destino e disso nos fazer destinatários.

O analista precisa se incluir no sintoma do analisando: faz-se necessário se analista se lançar como sintoma para colocar-se como destinatário do mal-estar.

Não há interpretação do dito. Há o dito anoréxico. A interpretação tem como direção colocar o dito no lugar do S1, tentando promover uma aproximação do sujeito com o que ele diz de si mesmo. Esta é uma manobra de estilo operada na transferência. Tomar o dito anoréxico em si não deixa de ser um efeito à invenção. É dar chance a um saber inédito.

Miller (2003), no Seminário Um, *Esforço de Poesia*, preconiza que, pela palavra, a psicanálise poderá reencantar o mundo. Para ele, a tese é de que a interpretação pela via do sentido perdeu sua força. Ela não surpreende mais, não alcança o real. A palavra psicanalítica tem a função de ser uma frase que não se presta ao julgamento sobre sua verdade ou falsidade: o que importa não é seu conteúdo, é a sua força.

Para Miller (2003), a poesia está no campo da criação. O analista não é o que fala, é sim o que tem o senso de oportunidade para introduzir um elemento aparentemente sem sentido. Um tom de voz. Um olhar. Um gesto imprevisto. Para ele, é preciso pôr corpo para elevar a interpretação à potência do sintoma, haja vista ser a poética um materialismo da interpretação.

O significante tem poder sobre o gozo quando ele opera fora da vertente da significação. A anorexia é este fora da significação. E de onde vem o poder do significante sobre

o gozo?

No texto *Biologia Lacaniana*, Miller (2002) trabalha sobre a capacidade do significante de se materializar no corpo. Esse fenômeno é denominado por ele de corporização: saber que, mesmo incorpóreo, é incorporado. É o que Lacan chama de afeto. É o efeito corporal do significante. Um efeito de gozo. É deste modo que a anorexia é vista na clínica psicanalítica pós interpretação do sintoma.

Na contemporaneidade, não se trata do efeito semântico nem do efeito de sujeito suposto, mas de um efeito de gozo. Outros exemplos disso podem ser vistos nos rituais de mutilações, preocupação com postura e tônus, ditadura da higiene e da boa forma, *piercing* e *body art*⁶⁰ dentre outras.

A saída apontada por Miller (2002) pode ser interpretada no sentido de que o discurso anoréxico tem a potência de tocar o gozo. Para conseguir esse efeito, é necessário afastar da interpretação semântica fazendo um esforço poético que pode estar no gesto, na entonação ou no equívoco. Em todos eles, é requisitado do analista que seu desejo tenha corpo.

É o gesto do analista de escrever aquilo que a anoréxica lhe conta que produz a uma virada da fantasia para a pulsão. Isso está inserido na concepção do ato analítico de Lacan. Materializar a interpretação coloca em ato o analista como parceiro suplementar dessas meninas, fazendo com que a transferência seja usada como real. (COELHO DOS SANTOS, 2004b). É a possibilidade de aceitar a demanda anoréxica, sem satisfazê-la. É acompanhar o movimento dessas meninas sem fazer oposição. Assim posicionado, elas podem operar sobre o gozo.

Miller (1998-99/2004) considera dois tipos de interpretação: a interpretação como decifração e a interpretação como perturbação. O equívoco se insere nesta última, visando

⁶⁰ MOREIRA, J. O; NICOLAU, L. C. T. Inscrições corporais: tatuagens, *piercings* e escarificações à luz da psicanálise. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.* São Paulo, v. 13, n. 4, Dec. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142010000400004&script=sci_arttext. Acessado em 10/01/2013.

perturbar a defesa e não produzir sentido. O contexto em que Miller faz essa distinção tem por base a ideia de que o último Lacan define o real como disjunto do sentido.

Seguindo essa orientação, a interpretação deve incidir no real anoréxico a partir do simbólico. Ela não cede ao simbólico. Faz uso dele para chegar à recusa. Para Miller (1998-99/2004), essa interpretação deve levar em conta o ser-falante⁶¹ e não o sujeito. O sujeito, a rigor, é o sujeito do inconsciente estruturado pela linguagem.

O ser-falante supõe um mais além do inconsciente. É o inconsciente mais o corpo. Nesta perspectiva, na anorexia, o corpo em questão não é o corpo simbólico nem o imaginário, é aquilo que o corpo tem de real. Esse modo de interpretação visa o corpo e exige que o analista coloque seu corpo em função interpretante. Colocar o corpo significa fazer uso da pulsão.

Esse tipo de manejo indica uma prática que se orienta pelo real do sintoma. O real sem lei. Não o real das regras. Sabendo-o impossível, tomaremos dele apenas seus pedaços para extrair aquilo que é mais particular ao sujeito. Assim, manteremos a origem subversiva da análise.

Se o discurso do contemporâneo busca cada vez mais gozo, oferecemos Um gozo. Aquele que é próprio ao sujeito e através do qual ele goza do inconsciente, dado que o inconsciente o determina. (LACAN, 1974-75/2005). Na anorexia o indivíduo aparece desabonado do inconsciente.

Ao dizer que Joyce é um desabonado do inconsciente⁶², Lacan (1976-75/2005) enfatiza que não podemos contar com as formações do inconsciente para operar o trabalho

⁶¹ Sobre isto, Soler (2010) substitui a noção de sujeito falante pela de corpo falante, e diz que a virada lacaniana “desloca o campo da linguagem do Simbólico para o Real, pois o corpo do qual se trata não é o do estágio do espelho, o corpo da imagem, da forma. É o corpo substância que “se goza” e se situa no espaço da vida. Entra-se, pois, no capítulo da função e da incidência da fala sobre a substância viva”. (SOLER, 2010, p. 11).

⁶² Isto significa que Joyce é um desabonado voluntário, diligente e consciente de sê-lo. Seus personagens lutam contra o óbvio, o sentido comum, o consenso ou o acordo. Da às palavras um valor além do dito do contexto usual. (SOLER, 1998).

analítico. O desabonado é o simbólico. Ele não serve como recurso à construção de uma fantasia. A anoréxica não tem potência simbólica para engendrar um discurso que se oponha a ela pela via sintomática clássica.

Nos ensinamentos extraídos por Miller do último Lacan, temos uma indicação de que a suplência pode ocorrer também nos casos em que o simbólico aparece esvaziado. Não é difícil localizar essa referência em Lacan (1976-75/2005), pois Joyce era um desabonado do inconsciente que não se matou. Ele usou seu fazer com a língua inglesa como um modo de se nomear. Logo, um dos modos de se lidar com os desnorreados é construir uma suplência ao que se impõe no social como o desvelamento da relação sexual que não há.

Nas formas clássicas da neurose, a forclusão da relação sexual era tratada pela fantasia. A civilização sustentava a crença de que ela existia. A anoréxica parte da descrença na relação sexual. O *sinthome* aparece como solução nos moldes de uma suplementação à inconsistência do Outro.

Miller nos ajuda muito ao dizer que a clínica contemporânea é tributária da clínica do feminino. (LAURENT; MILLER, 1997). A articulação em jogo marca uma correlação da posição sexuada feminina, pela lógica do não-todo, com a inconsistência do Outro. Essa articulação é grafada com o S (A/), correspondendo tanto à posição feminina quanto ao Outro inconsistente.

Laurent, no Seminário *O Outro que não existe e seus comitês de ética* (MILLER, 1996-97/2005), mostra que as mulheres são mais vulneráveis ao significante do Outro que não existe. Elas se pautam menos pelos ideais do que os homens, e, na falta dos ideais, as mulheres teriam mais experiência em lidar com o significante da falta no Outro e seriam mais sensíveis à configuração atual do Outro. Essa sensibilidade pode funcionar como uma tendência à negociação, mas pode também gerar ações rígidas e reacionárias. De tal modo, podemos pensar que o feminino tenha, então, um modo peculiar de lidar com a descrença na exceção, com a

redução do Outro a puro semblante. Se não há exceção, cabe sempre um acordo.

Tal discussão entre a contemporaneidade e o feminino reforça ainda mais a discussão acerca do crescimento significativo de casos de anorexia no mundo a partir da década de noventa do século passado⁶³. Nessa perspectiva, podemos afirmar que a civilização se anorexizou no sentido de não se pautar pelo Outro como exceção. De prescindir dos ideais como norte estando mais afeita a soluções particulares.

A clínica anoréxica do *sinthome*, com a particularização do manejo no caso a caso, com o saber-fazer a cada momento tem uma dívida de gratidão com a clínica do feminino. Ela pode nos ensinar a lidar com os sujeito em tempos de não-todo.

Fazer o sujeito anoréxico crer em seu sintoma é colocá-lo na via pela qual é possível viver o invivível do não-todo. É transformar o insuportável do sintoma em ponto de apoio para que o sujeito reinvente seu lugar no Outro. (LAURENT, 2004).

Para Vieira (2004), a anoréxica seria o Outro que tem tudo, a quem nada falta. Para operar uma mudança nela seria preciso extrair algo desse todo/tudo, descompletá-la, furá-la. O *sinthome* como modo de gozo na anorexia seria uma maneira de extrair do Outro um objeto para chamar de seu.

O *sinthome* na anorexia faz o não-todo tomar corpo por haver extração do objeto e porque essa extração se conjuga com o gozo. A localização e a extração desse objeto no Outro têm como efeito a localização do sujeito anoréxico no mundo através de um estilo, de um modo de ser e de gozar: o objeto que possa ser chamado de seu é destacado do Outro, ele sofre uma reciclagem - o sujeito anoréxico ascende ao gozo aceitando pagar o preço inerente a ele.

⁶³ “A anorexia é um distúrbio alimentar grave, que atinge 1,7 milhão de brasileiros, 90% deles mulheres. Sentindo-se acima do peso, mesmo que isso não seja verdade, o doente faz regime de forma obsessiva. Ingera menos calorias do que seu corpo necessita para funcionar e pode morrer de enfermidades agravadas pela desnutrição. A situação tornou-se agora ainda mais assustadora, pois a anorexia começou a afetar as brasileiras com menos de 12 anos. O número de crianças anoréxicas cresce desde o fim da década de 90 e mais do que dobrou nos últimos dois anos”. (ZAKABI, 2005).

O gozo extraído na operação que visa o *sinthome* é um gozo singular, não derivado da identificação com o significante do Outro, mas sim da identificação com a falta no Outro. Ele conecta a anoréxica com o mundo, com o Outro da cultura, mediante uma solução singular, o que tem um preço, uma vez que ele não conta com a garantia do Outro.

A questão da singularidade na anorexia, portanto, já está posta. O problema é como fazer para que essa singularidade não enseje segregação. A neurose histérica reivindicava essa singularidade pela via do reconhecimento do Outro. Podemos caracterizar esse modo histérico como aquele que quer exigir que o Outro aquiesça a sua própria destituição, a exibição de seu furo. Esse modo de proceder pode levar à beligerância, ao apagamento de seu desejo e até à inibição intelectual, dentre outras formas de devastação.

De que singularidade se trata na coalescência do sujeito anoréxico com seu *sinthome*? Trata-se de uma singularidade que faça laço, não que o destrua. As anoréxicas demonstram que o laço possível a elas é sempre frouxo. A emergência da angústia é inevitável, dado que o Outro não lhes dá o lastro necessário para dele se separar.

Para se criar uma singularidade, é necessário que haja separação entre o sujeito e o Outro, o que só se dá pela extração do objeto, criando um furo no Outro, mas não pela via do imaginário: descrença generalizada. Não adianta furar o Outro sem dele extrair nada, isso leva à angústia, porque esse furo não será correlativo ao real e não implicará o sujeito responsabilizando-se por seu gozo.

Para Vieira (2005b), na reciclagem há transformação, mas há também resto. O resto do resto é o real que a cultura tenta absorver a todo custo reciclando o lixo. Neste sentido, a anoréxica só vive de compostagem.

O *sinthome* anoréxico seria alguma coisa entre o resto e o resto do resto. Seria uma reciclagem que não absorveria tudo, já que o real é impossível. A operação de reciclagem que

deixa resto, que destaca o objeto e dá a ele uma utilização novidadeira, corresponde a recolocar as letras do discurso anoréxico nos seus devidos lugares. Os elementos que estariam dispersos seriam rearranjados sob o ponto de vista do *sinthome* que funciona como causa para um sujeito.

Dar corpo ao não-todo anoréxico, localizar o seu gozo, fixar os elementos do seu discurso, coordenar o real da recusa com o simbólico são operações que podem definir o fazer analítico nessa clínica.

Que lugar o analista deverá ocupar para dar conta disso na clínica contemporânea da anorexia? Como operar tendo em vista a lógica do não-todo anoréxico? Pelas fórmulas da sexuação, temos dois modos de fazer suplência à não relação sexual: um masculino e um feminino.

Miller (2003), no texto *Uma Repartição Sexual*, faz um repertório de consequências das diferenças sexuais. Ele inscreve a fantasia do lado do masculino. O modo masculino se identifica à exceção, ao passo que o feminino não é afetado pela identificação ao mestre.

Ao se identificar com a exceção pela via do S1 como ideal, o homem se divide entre o gozo incestuoso perdido e o gozo possível, através de um objeto *a*, e, nesse lugar, coloca a mulher como objeto fetiche. Se a mulher não toma o S1 como exceção com a qual se identifique, isso quer dizer que sua lógica não se coordena ao traço, e, sim, ao furo no real, ao buraco no corpo.

Transpondo essa discussão para a clínica da anorexia, podemos afirmar que essas meninas não se limitam pela identificação e não entram nas coordenadas da ameaça de castração. Isso já as pressupõe como barradas. Ou seja, não há exceção. A anoréxica reivindica para si a posição de exceção: ser a única para todo mundo.

Na idade média, as mulheres eram identificadas às bruxas, e nessa condição de exceção produziam enigma para o mundo do pai. Hoje, a exceção se generalizou. Todos

reivindicam essa condição, o que pode apontar para a falta de velamento da fantasia. A anoréxica está mergulhada nesse contexto.

As anoréxicas não interpretam o desejo do Outro. Apenas se submetem sem questioná-lo. A posição do analista como causa de desejo é correlativa ao sujeito comandado por S1, aquele que fazia da fantasia a sua janela para o mundo.

Na anorexia temos um indivíduo comandado pelo objeto, à caça do mais-de-gozar. Disso se deduz que a interpretação que vise localizar o S1 anda a esmo. Seu alvo não comparece na fala do sujeito anoréxico.

Na anorexia, a ideia é localizar o gozo, extrair o objeto que permita a anoréxica uma separação e uma constituição subjetiva. A palavra como um modo de fala mostra força em relação aos pedaços de real. Na vertente do ato analítico, o gesto e a entonação garantem uma fala que não busca o sentido. Busca o gozo.

Por fim, resta questionar: qual posição o analista deve ocupar para que essas táticas surtam efeito na clínica da anorexia? O analista, no lugar de causa de desejo, poderá se decair para um analista como causa de sintoma. Ele ocupará o lugar de complementar o sintoma, fazendo-se de parceiro da anoréxica.

Para Laurent (2005), passar da ilusão no pai à ilusão no sintoma é um objetivo da psicanálise em tempos de decadência do simbólico. O desejo do analista será a base de sua ação. Logo, para colocar seu corpo a serviço do sujeito anoréxico, é preciso que seu desejo tenha sido interpretado.

Para Brodsky (1999), a fórmula máxima do desejo do analista seria assegurar a suposição de saber no inconsciente, indo contra o seu desabonamento. O fato de o sujeito crer no Outro como inconsciente, ao invés de crer no Outro como o vizinho com más intenções, será um ganho.

Na anorexia não devemos pretender trazer alívio da culpa em relação aos ideais, porque a anoréxica já está aliviada. Trata-se de fazê-la suportar a inconsistência do Outro, sua ausência de garantia, sem contudo ceder ao imperativo de gozo do supereu.

O que está em jogo é que a anoréxica possa se liberar da obrigação de gozar. Assim como suportar o peso da relação com o gozo. Afinal, crer no inconsciente possibilita ao sujeito estabelecer um tipo de laço com o Outro que não seja de subserviência.

Essas indicações favorecem uma clínica da suplência na anorexia por intermédio da fala e visam essencialmente desfazer o desligamento do Outro social. Estranhar, perguntar, pontuar a fala do sujeito é de importância crucial na ação analítica. Introduzir um significante que produza um corte no gozo, que localize esse gozo e o inclua na cadeia significante positivando uma ação é de fundamental importância. Destacar de um emaranhado de sentidos algum que situe o sujeito pode ter efeito organizador sobre um discurso disperso e descoordenado.

Isso será o início de um trabalho que poderá, ou não, se desenvolver para uma demanda de saber, mas já será muito se o sujeito anoréxico consentir em fazê-lo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, procurei discutir a eficácia da clínica de psicanálise para a anorexia. Ao longo de todo o seu desenvolvimento, devo ressaltar, tentei sistematizar como o campo e a literatura psicanalítica compreendem o percurso das anoréxicas no *setting* da clínica: pontuei as primeiras abordagens, a entrada em análise e as possíveis soluções. Entendo que o percurso não é o mesmo para todos os sujeitos - a ideia aqui de fazer um desenho da clínica psicanalítica da anorexia tem um sentido mais didático que realístico.

Ao iniciar o trabalho de campo, esbocei, pelo menos, quatro eixos para as entrevistas: o problema da demanda, o fracasso do sintoma, a retificação subjetiva e as possíveis saídas para a questão.

Ao analisar os dados, não encontrei muitas diferenças quanto ao manejo entre meus entrevistados. De modo geral, pude observar que não há variação significativa na condução clínica da anoréxica. A ausência de demanda, as questões da sexualidade, a relação com a mãe, com a imagem corporal e com a feminilidade apareceram quase em todos os meus entrevistados. Ressalto também ter encontrado uma clínica que ainda se mantém em certa consonância com os princípios teóricos e técnicos elaborados por Freud e Lacan.

Ao longo da minha pesquisa, não encontrei uma obra que se propusesse, especificamente, a discutir o percurso da clínica psicanalítica da anorexia. Encontrei uma gama variada de livros, artigos e teses, dentro da literatura psicanalítica, que problematizam a anorexia fazendo menções à clínica. A contribuição deste trabalho, portanto, é, em certa medida, pinçar, reunir e elaborar, em um mesmo *corpus*, discussões que têm sido feitas sobre a clínica psicanalítica da anorexia, o que já é uma empreitada difícil.

Entendo que já venho buscando isso desde que comecei a atuar como professor de psicologia nos cursos de nutrição e medicina. O percurso, às vezes um pouco didático, teve como base o fato de que eu nunca trabalhei com alunos do curso de psicologia: em cursos de outras áreas, cabe lembrar, com carga horária quase sempre mínima, exige-se do profissional clareza, rigor e capacidade de síntese.

Desde 2002 venho estudando a relação entre psicanálise e anorexia. Tenho, em meus arquivos, quantidade significativa de material com enfoques variados, e a relação entre anorexia e a mãe é tema recorrente na bibliografia. A questão da distorção da imagem corporal aparece com frequência, bem como o problema da feminilidade, dentre outros. Quando se trata da contemporaneidade, a temática aparece, quase sempre, associada às outras formas de compulsão.

Não obstante, a literatura da anorexia, não se restringe à discussão dos conflitos intrapsíquicos. Existe uma gama de artigos, em especial, que abordam os aspectos sociais, econômicos e antropológicos que explicariam o comportamento anoréxico – com frequência tem se atribuído à ditadura da magreza, imposta pela sociedade de consumo, a causa no aumento significativo da anorexia nos dias atuais.

Não desconsidero tais abordagens. Ocorre que a psicanálise se interessa pelos aspectos subjetivos da recusa alimentar. Trabalho com a hipótese de universalidade das imagens propagandeadas pela mídia acerca do corpo magro. No entanto, nem todas as pessoas se tornam anoréxicas. Portanto, há algo da ordem da singularidade que precisa ser posta em questão. Nesta perspectiva, reitero a importância de uma crítica ao uso que se tem feito da centralidade da estética corporal como sentido, quase único, da existência. Contudo, a abordagem da psicanálise, diz respeito à relação que o indivíduo estabelece entre o seu gozo e as imagens de corpos esqueléticos propalados cotidianamente pela mídia.

Portanto, parto do pressuposto de que a menina ficou anoréxica porque ela tem alguma dificuldade em lidar com a castração imposta pela separação materna, pela experiência da sexualidade, da feminilidade e da relação com a imagem corporal, dentre outros. Em uma outra vertente, a anorexia teria uma relação muito próxima com a pulsão de morte.

Procurei, ao longo do trabalho, apresentar visão sistemática da clínica: meu intento foi propiciar aos profissionais da área de saúde compreensão dinâmica da escuta psicanalítica da anorexia. A tendência comum é colocar o analista no lugar do suposto saber. No entanto, o manejo deste é propiciar uma retificação da subjetividade. Considero importante marcar qual a especificidade da clínica psicanalítica que a diferencia radicalmente, por exemplo, da conduta médica.

Reconheço que qualquer eixo temático representa para a psicanálise um universo de questões. Tratar a ausência de demanda, a retificação subjetiva, o desejo do analista, o ato analítico, a contemporaneidade, dentre outros, representa um risco em muitos aspectos. Vivemos uma época de especialização. O valor para muitos metodólogos está em fragmentar cada vez mais o conhecimento. Não obstante, há muitas controvérsias quanto a essas conduções.

Contudo, escolhi um caminho. Na hipótese de redução, eu perderia em amplitude e ganharia em profundidade. Escolhi ampliar, e acredito que perdi um pouco em profundidade, mas ganhei em organicidade.

Foi desafiador escolher a anorexia como objeto de estudo e recortá-lo na clínica. Quando defini as categorias que seriam trabalhadas em campo e na literatura, deparei-me com leituras em diferentes vertentes. Procurei, com o máximo de rigor, abstrair das fontes aquilo que, em meu entendimento, aparecia como mais significativo para a clínica da anorexia.

Meu orientador, durante quase todo o tempo, chamou minha atenção para uma série de lacunas ao longo do trabalho. Na medida do possível, eu fui tentando preenchê-las.

Contudo, se eu retornasse ao conteúdo deste trabalho, neste momento, eu ainda encontraria uma série de lacunas a serem preenchidas. Sabemos como, em psicanálise, uma questão sempre se remete à outra questão. Nada é definitivo. Estamos imersos em um universo de publicações advindas dos limites da própria teoria e do cotidiano da clínica. Desse modo, em determinado momento, faz-se preciso colocar um ponto final.

Tracei um itinerário e procurei dar corpo a ele. Sei que ao longo do trajeto várias possibilidades foram sendo deixadas de lado. Pretendo retomá-las, quem sabe, em outros estudos. Entretanto, estou bastante satisfeito com o que produzi, apesar de reconhecer que muito ainda há que ser feito.

Espero que este trabalho abra muitas janelas para novas pesquisas. Nunca tive e nem terei a pretensão de ser conclusivo. Acho que escrevi um trabalho para tentar entender melhor a minha clínica e ajudar meus alunos da área de saúde que, certamente, terão que se a ver com a anorexia. Espero que ele possa também ser útil para outros profissionais, psicanalistas ou não.

REFERÊNCIAS

- AFLALO, A. A orientação lacaniana ou a ciência psicanalítica? *Opção Lacaniana*, São Paulo, n. 42, p. 34-39, fev., 2005.
- AFLALO, A. *El intento de asesinato del psicoanálisis*. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2011.
- ALMEIDA, L. P.; ATALLAH, R. M. F. O conceito de repetição e sua importância para a teoria psicanalítica. *Ágora*, v. 11, n. 2, 2008.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*. Disponível em: http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc_12.aspx. Acessado em: 4/09/2013.
- BARLOW, S. E. Expert Committee Recommendations Regarding the Prevention, Assessment, and Treatment of Child and Adolescent Overweight and Obesity: Summary Report. *Pediatrics*, [S.l.], v. 120, sup., p. 164-192, dez. 2007.
- BARDIN L. *Análise de conteúdo*. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BATAILLE, Georges. *A parte maldita precedida da noção de despesa*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- BERANGER, P.; KUBRUSLY, R. Por uma Ciência Feminina. In: *II Congresso Scientiarum História: Encontro Luso-Brasileiro de História da Ciência*. 2009, Rio de Janeiro. Livro de Anais. Scientiarum Historia II. Encontro Luso-Brasileiro de História da Ciência, 2009. SAMPAIO, L., *Lógica Ressuscitada: sete ensaios*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2000.
- BELL, R. M. *Holy anorexia*. Chicago: The University of Chicago Press, 1985.
- BESSA, G. L. P. *Feminino: um conjunto aberto ao infinito*. Belo Horizonte: Scriptum, 2012
- BRODSKY, G. *La solución del síntoma*. Buenos Aires: JVE Ediciones, 1999.
- BLANC-SANCHEZ, M. La parole confisquée: le secrétaire dans l'Italie des XVI e et XVII e siècles. *Revue du Littoral, La part du secrétaire*, n. 34-35, Paris, 1992.
- BROUSSE, M.-H. Le symptôme et la pulsion. *Point de Rebroussement, Actes de L'École de la Cause freudienne. Les Formes du symptôme*, Paris, n. IX, 1986.
- BRUCH, H. Anorexia nervosa: the therapeutic task. In: *Brownell KD, Foreyt JP, editors. Handbook of Eating Disorders*. New York: Basic Books; 1986.
- _____. Four decades of eating disorders. In: *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press; 1985. p. 7-18.

COELHO DOS SANTOS, T. *De Freud a Lacan: sobre a pulsão e as modalidades de gozo*. Séphora: núcleo de pesquisa sobre o moderno e o contemporâneo/UFRJ, 2000.

COELHO DOS SANTOS, T. *Quem precisa de análise hoje? O discurso analítico: novos sintomas e novos laços sociais*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

_____. O analista como parceiro dos sintomas inclassificáveis. In: *Latusa: A fuga nas doenças impossíveis*, Rio de Janeiro, EBP-RJ, n.7, p.153-168, 2002.

_____. *Pela existência de um significante novo!* In: CONGRESSO DA AMP, 4, 2004a, Comandatuba, Bahia.

_____. O que não tem remédio remediado está! *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, março, 2004b.

_____. O sinthoma e a insígnia: fantasia ou caráter? In: *Latusa: Sinthoma, corpo e laço social*, Rio de Janeiro, EBP-RJ, n. 10, p.37-49, 2005.

_____. A prática lacaniana na civilização sem bússola. In: SANTOS, Tânia Coelho dos (org.). *Efeitos terapêuticos na psicanálise aplicada*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2005a.

COLUCCI, R. B. De quem é o desejo? A reconstrução do desejo na anoréxica. *Rev. Bras. Psicanálise*, vol. 38 (2), p. 285-307, 2004.

CORDÁS, T.A.; CLAUDINO, A.M. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, n. 24 (Supl III), 2002.

COSENZA, D. *Il muro dell'anoressia*. Roma: Astrolabio, 2008.

_____. La comunità terapeutica come luogo della cura. In: COLOMBO, D.; COSENZA, A.; COZZI, A. *Villa La cura della malattia mentale – Il trattamento*. Milano: Mondatori Editori, 2001. p. 227-251.

_____. *A recusa e seu manejo no tratamento psicanalítico da anorexia*. Trad. Musso Greco. Disponível em: www.institutopsicanalise-mg.com.br/psicanalise/almanaque/04/.../II3.pdf. Acesso em 08/08/2013.

COSENZA, D.; SPERANZA, A. M. (org.). *La posizione dell'analista: fondamenti di clinica psicoanalitica dell'anoressia-bulimia*. Milão: Editora Franco Angeli, 2003.

CORDÁS; CLAUDINO, A. M. Transtornos alimentares: fundamentos Históricos. *Rev Bras Psiquiatr*; 24 (Supl III), p. 3-6, 2002.

CORREA, O. R. (org). *Os avatares da transmissão psíquica geracional*. São Paulo: Escuta, 2000.

D. LA SAGNA, C. L'anorexie des jeunes filles. La Cause Freudienne. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 65, mars, Paris, 2007.

DOLTO, F. *No jogo do desejo*. São Paulo: Ática, 1996.

DOLTO, F. *A Imagem Inconsciente do Corpo*. São Paulo: Perspectiva, 2002.

FÉDIDA, P. *Clínica psicanalítica – estudos*. São Paulo: Escuta, 1988.

FERRERA, I. F. Anorexia: A forma de dizer que o desejo é o motor da vida. *Pulsional: Revista de Psicanálise*, Ano XVII, n. 177, p. 102-110, Março, 2013.

FINK, B. *A Clinical Introduction to Lacanian Psychoanalysis: Theory and Technique*. Cambridge: Harvard, 1997.

FINK, B. *O Sujeito Lacaniano*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

FINK, B. A causa real da repetição. In: *Para ler o Seminário II*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, s. d.

FONTANELLA, B. J. B. *et al.* Coleta de Dados na Pesquisa Clínico-Qualitativa: uso de entrevistas não dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Rev Latinoam Enfermagem*, v. 14, n. 5, 2006.

FOUCAULT, M. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2004.

_____. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FREUD, S. Estudos sobre a histeria. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1893-95/1971, v. II.

_____. A psicoterapia da histeria. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1974, v. II.

_____. A negativa. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago. 1925/2007. v. III.

_____. A interpretação dos sonhos. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago. 1900/1987, v. IV.

_____. A interpretação dos sonhos. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago. 1900/1996. v. IV e V.

_____. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1905/1977b, v. VII.

_____. Delírios e Sonhos na Gradiva de Jensen. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1907/1974, v. IX.

_____. Sobre as teorias sexuais das crianças. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1976a, v. IX.

_____. Fantasias históricas e sua relação com a bissexualidade. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1908/1977a, v. IX.

_____. Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1976, v. XII.

_____. Uma criança é espancada. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1919/1977, v. XVII

_____. Além do Princípio do Prazer. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1920/1996, v. XVIII.

_____. Psicologia de grupo e a Análise do ego. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1921/1976, v. XVIII.

_____. Análise terminável e interminável. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1976, v. XXIII.

_____. Sobre o narcisismo: uma introdução. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1914/1974, v. XIV.

_____. Os instintos e suas vicissitudes. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1915/1977, v. XIV.

_____. A dissolução do complexo de Édipo. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1924/1976, v. XIX.

_____. Inibições, Sintomas e Ansiedade. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1926/1977, v. XX.

_____. (1918/1980). História de uma neurose infantil. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1915/1996.

_____. Sobre o narcisismo: uma introdução. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1915/1996.

_____. As pulsões e suas vicissitudes. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1915/1996.

_____. Rascunho G. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. 1895/1969.

_____. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: _____. *Edição Standard brasileira das Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1912-11/1976 (ESB, 12).

_____. A questão da análise leiga. In: _____. *Edição Standard brasileira das Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1969d (ESB, 20).

_____. Um caso de cura por hipnotismo. In: _____. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1915/1996, v. I.

_____. Estudos sobre histeria. In: _____. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1895a/1980, v. II.

_____. Carta 105. In: _____. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1899/1980, n. I.

GAGNEBIN, J. M. *Sete aulas sobre linguagem, memória e história*. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

GOROSTIZA, L. O sintoma como mensagem. In: *O sintoma-charlatão*. Textos reunidos pela Fundação do Campo Freudiano. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

GUYOMARD, P. *La jouissance du tragique*. France: Albier, 1992.

LACAN, J. Intervenção sobre a transferência. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1951/1998.

_____. Do “Trieb” de Freud e do desejo do psicanalista. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1964/1998.

_____. A Direção do Tratamento e os Princípios de seu Poder. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1958/1998.

_____. A Ciência e a Verdade. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: J. Zahar Editor, 1998.

_____. *Televisão, outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1973/2003.

_____. *Os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1953-54/1986.

_____. *O Seminário, livro 4: a relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1956-57/1995.

_____. *O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1957-8/1999.

_____. *O Seminário, livro 7: a ética da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1959-60/1997.

- _____. *O Seminário, livro 8: a transferência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1960-61/1992.
- _____. *O Seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1962-63/2005.
- _____. *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1964/1998.
- _____. *O Seminário, livro 15: o ato psicanalítico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1967-1968.
- _____. *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1969-70/1992.
- _____. *O Seminário, livro 20: mais, ainda*. Rio de Janeiro: Zahar Editor, 1972-73/1985.
- _____. *Le Séminaire, Livre XXII: R.S.I. Edição apócrifa*, s. d.
- _____. *Le Séminaire, livre XXIII: Le Sinthome*. Paris: Éditions du Seuil, 1975-76a/2005.
- _____. *Le Séminaire, livre XXVIII: l'insu que sait de l'une-bévue, s'aile à mourre*. Lição 6.
- _____. *Seminário sobre a carta roubada*. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1955/1998.
- _____. *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose*. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998b.
- _____. *O tempo lógico e a inserção da certeza antecipada*. In: LACAN, J. *Escritos*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1946/1998.
- _____. *O estagio do espelho como formador da função do eu*. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1949/1998.
- _____. *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise*. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1953-54/1979.
- _____. *A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1957/1998.
- _____. *Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano*. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1960/1998.
- _____. *A psicanálise e seu ensino*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1957/1998.
- _____. *A significação do falo*. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1958/1998b.

_____. Observação sobre o relatório de Daniel Lagache: Psicanálise e estrutura da personalidade. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1960/1998.

_____. Kant com Sade. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1963/1998.

_____. Posição do inconsciente. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1964/1998.

_____. Proposição de 9 de outubro de 1967. Documentos para uma Escola. *Letra Freudiana*, ano I, n.0, s/d. 1967/1998.

_____. Lituraterra. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1971/2004.

_____. La tercera. In: *Actas de la Escuela Freudiana de Paris*. Barcelona: Ediciones Petrel, 1974/1980.

_____. *Joyce, o sintoma*. Coimbra: Escher, AS, 1975-76a/2005.

_____. De nossos antecedentes. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. Il ne peut pas y avoir de crise de la psychanalyse. In: *Le Magazine Littéraire*, n. 428, p. 24-29, fév., 1974/2004. (Entrevista concedida por Jaques Lacan à Emilio Granzotto.)

_____. Variante da cura-tipo. in *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1955/1998.

PERRONE-MOISÉS, Leyla. Fernando Pessoa, aquém do eu, além do outro. São Paulo, Martins Fontes, 2001.

LE BRETON, David. *Adeus ao corpo: antropologia e sociedade*. Tradução Marina Appenzeller. Campinas: Papyrus, 2003.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. *Vocabulário de psicanálise*. 5. ed. Lisboa: Moraes Editores, 1970.

LAPLANCHE, J. *O Inconsciente e o Id*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LASÈGUE, C. Da anorexia histórica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. I, n. 3, 1873/1998.

LAURENT, E. Alienação e separação I e II. In: FELDSTEIN, R.; FINK, B.; JAANUS, M. *Para ler o Seminário 11 de Lacan: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

LAURENT, E. Inibição, sintoma, e angústia: limites do múltiplo. *Opção Lacaniana*, São Paulo, n. 42, p. 23-26, fev. 2005.

_____. *Hay un fin de análisis para los niños.análisis*. Buenos Aires: [], 1999. p.23-42.

_____. A sociedade do sintoma. In: *Latusa: A política do medo e o dizer do psicanalista*. EBP-RJ, Rio de Janeiro, n. 9, p. 9-25, 2004.

_____. O efeito — falsa ciência do cognitivismo. *Opção Lacaniana*, São Paulo, n. 42, p. 44-48, fev. 2005.

_____. O amor louco de uma mãe. In: *O amor nas psicoses*. Buenos Aires: Paidós, 2006

LIPOVETSKY, G. *Os tempos hipermodernos*. São Paulo: Bacarolla, 2004.

MAIA, M. S.; ALBUQUERQUE, A. Get there now! Cultura Contemporânea, imediatismo e desamparo. *Pulsional Revista de Psicanálise*, 13 (132), p. 81-88, 2000.

MALDAVSKY, D. *et al. La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2007.

MANNONI, M. *A criança, sua doença e os outros*. Rio de Janeiro: Zahar, 1970.

MATET, J-D; MILLER, J. Apresentação. In: _____ *et al. Pertinências da psicanálise aplicada - trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

McDOUGALL, J. A economia psíquica da adição. In: MARINOV, V. *et al. Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*, Collection Petite Bibliothèque de Psychanalyse. Paris: PUF, 2001.

MICHELI-RECHTMAN, V. L'anorexie, un symptôme contemporain? *La Clinique Lacanienne*, 6, Paris, 2003. p. 139-144.

MILLER, J. A.; MILNER, J. C. *Você quer mesmo ser avaliado?* São Paulo: Manole, 2006.

MILLER, J. A. Réflexions sur l'enveloppe formelle du symptôme. Point de Rebroussement, Actes de L'École de la Cause freudienne. *Les Formes du symptôme*, Paris, n. IX, , p. 67-71, 1986.

_____. Do amor à morte. *Opção Lacaniana online*. Nova série. Ano I, julho de 2010, n. 2. Disponível em: www.opcaolacaniana.com.br. Acessado em 23/12/2013.

_____. O amor sintomático. In: *O sintoma-charlatão – Textos reunidos pela Fundação Campo Freudiano*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998

_____. Um esforço de poesia. In: *Orientação Lacaniana III*, 5, março, 2003.

_____. *Lacan Elucidado*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1999

_____. Introdução à leitura do Seminário 10 da Angústia de Jacques Lacan. *Opção Lacaniana*, São Paulo, n. 43, p.7-81, mai. 2005a.

_____. *Silet: os paradoxos da pulsão, de Freud a Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar

Editor, 2005b.

_____. *O sobrinho de Lacan*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005c.

_____. *Perspectivas dos escritos e outros escritos de Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2011.

_____. *A entrada em análise*. Salvador: Fator, 1988

_____. *Los signos del goce*. Buenos Aires: Paidós, 1986-87/1998.

_____. *Percurso de Lacan: uma introdução*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.

_____. *El Otro que no existe y sus comités de ética/ colaboración de Éric Laurent*. Buenos Aires: Paidós, 1996-97/2005.

_____. *Seminário de Barcelona sobre - Die Wege der Symptombildung Freudiana*. Barcelona, n. 19, p.7-56, 1997.

_____. *A teoria do parceiro*. In: *Escola Brasileira de Psicanálise* (org). *Os circuitos do desejo na vida e na análise*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 1997/2000.

_____. *O Monólogo da apparola*. *Opção Lacaniana*, São Paulo, n. 23, dez. 1998a.

_____. *O osso de uma análise*. Salvador: Agente, EBP- Seção Bahia, 1998b.

_____. *Una nueva modalidad del síntoma*. *Virtuália*, Buenos Aires, n. 1, 1998. Disponível em: <http://www.eol.org.ar/virtualia/01/index.html>. Acesso em: 16 março 2013.

_____. *La experiencia de lo real em la cura psicoanalítica*. Buenos Aires: Editorial Paidós. 1998-99/2004.

_____. *Biología lacaniana y acontecimiento del cuerpo*. Buenos Aires: Colección Diva, 2002.

_____. *Uma partilha sexual*. *Clique: O sexo e seus furos*, Belo Horizonte, n. 1, p.13-29, abr. 2003.

_____. *Uma fantasia*. *Opção Lacaniana*, São Paulo, n. 42, p. 7-18, fev. 2004.

_____. *Os objetos a na experiência analítica*. *Opção Lacaniana*, n.º. 46, 2006, p. 30-34.

_____. *Os seis paradigmas do gozo*. *Opção Lacaniana*, Rio de Janeiro. (26/27): 87-105, 2000a.

_____. *A teoria do parceiro*. In: *Os circuitos do desejo na vida e na análise*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2000b.

MONZANI, L.R. *Freud: o movimento de um pensamento*. Campinas: Editora da Unicamp, 1989.

OLGIVIE, B. *Lacan: a formação do conceito de sujeito*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

PERRONE-MOISÉS, Leyla. *Fernando Pessoa: aquém do eu, além do outro*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

PRADO JR., B. *Filosofia da psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1991.

QUINET, Antonio. *As 4 + 1 Condições da Análise*. 8. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2000.

QUINET, A. *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

RABINOVICH, D. *Clínica da pulsão: as impulsões*. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2004.

RECALCATI, M. *Clinica del Vuoto: anorexia, dependência, psicose*. Milão: Franco Angeli, 1998.

_____. A questão preliminar na época do Outro que não existe. *Ornicar?* n. 258, 2004a.

_____. *La ultima cena: anorexia y bulimia*. Buenos Aires: Ediciones del Cifrado, 2004b.

SAFATLE, V. Uma clínica do sensível: a respeito da relação entre destituição subjetiva e primado do objeto. *Interações*, São Paulo, v. 10, n. 19, p. 123-150, jun. 2005.

SANTAELLA, Lucia; NÖTH, Winfried. *Imagem, Cognição, Semiótica, Mídia*. São Paulo: Iluminuras, 1999.

SCAZUFCA, Ana Cecilia Magtaz. *Abordagem Psicanalítica da Anorexia e da Bulimia como Distúrbios da Oralidade*. 1998. 144f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1998. Disponível em: <http://www.scribd.com/doc/81298698/ABORDAGEM-PSICANALITICA-DA-ANOREXIA-E-DA-BULIMIA-COMO-DISTURBIOS-DA-ORALIDADE-disserta-ana-cecilia>. Acessado em: 12/12/2013.

SCAZUFCA, A. C. M.; BERLINCK, M. T. Sobre o tratamento psicoterapêutico da anorexia e da bulimia. In: CARDOSO, M. R. (org). *Limites*. São Paulo: Escuta, 2002.

SELLTIZ *et al.* *Métodos de pesquisa nas relações sociais*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1987.

SEVERIANO, M. Pseudo-indivuação e homogeneização na cultura do consumo: Reflexões críticas sobre as subjetividades contemporâneas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 6 (2), 2006.

SILVESTRE, Danielle. A transferência é o amor que se dirige ao saber. In: *Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989.

SILVESTRE, M. *Amanhã, a psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

STEVENS, A. Adolescência como sintoma da puberdade. *Curinga*, Belo Horizonte, v.1, n. 0, p. 27-39, out. 1993.

_____. Nuevos síntomas en la adolescência. *Revista Lazos*, Rosário, Escuela de La Orientación Lacaniana, Sección Rosário, n. 4, p.49-56. 2004.

SZTAJNBERG, R. Nego, logo existo. *Anais do Simpósio Mais Além da Psicanálise*. Rio de Janeiro: SPCRJ, nov.1992.

TARRAB, M. Mais-além do consumo. *Curinga: Clínica do contemporâneo*, Belo Horizonte, EBP-MG, n. 20, p. 55-78, 2004.

TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

VALE, A. M. O.; ELIAS, L. R. Transtornos alimentares: uma perspectiva analítico-comportamental. *Rev. bras. ter. comport. cogn.*, São Paulo, v.13, n.1, jun. 2011.

VIEIRA, M. A (hiper)modernidade lacaniana. In: *Latusa: A política do medo e o dizer do psicanalista*, Rio de Janeiro, EBP-RJ, n. 9, p. 69-81, 2004.

_____. O objeto 'a' na clínica de nossos tempos. *Escola Brasileira de Psicanálise*, Seção Rio, 2005.

_____. Objeto e sintoma: arranjando-se com o lixo. In: *XVI Jornada Clínica da EBP-Rio*, julho, 2005b.

VIEIRA, Josênia Antunes. A identidade da mulher na modernidade. *DELTA*, São Paulo, v. 21, n. especial, 2005. p. 207-238.

VIGANÒ, C. A construção do caso clínico em saúde mental. *Revista Curinga*, Belo Horizonte, v. 13, p. 39-48, 1999.

_____. *A construção do caso clínico*. Disponível em: <www.opcaolacaniana.com.br>. Acesso em: 1 abr. 2013.

_____. Avaliação e evidência clínica na saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 469-481, Sept. 2010b.

VILELA, J. E. M. *et al.* Eating disorders in school children. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 80, n. 1, p. 49-54, Feb. 2004.

WEINBERG, C. *et al.* *Do altar às passarelas - Da anorexia santa à anorexia nervosa*. Annablume: São Paulo, 2006.

WINNICOTT, D. W. *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1975.

ZALCBERG, M. *A relação mãe e filha*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

ZENONI, A. Clinique du passage a l'acte. In: ZENONI, A. *L'autre pratique clinique*. Toulouse: Ères, 2008.

ZIZEK, S. *Violencia em acto - Conferencias em Buenos Aires*. Buenos Aires: Paidós, 2004.

APÊNDICE

TRANSCRIÇÕES DAS ENTREVISTAS

Entrevistado 1

Sou médico e psicanalista. Trabalho na rede pública e em consultório particular. Fui médico muitos anos trabalhando com pacientes com desnutrição grave em hospital público. Na década de 1990, ainda na saúde pública, comecei a me interessar por medicina do adolescente, e, com a ajuda de um colega, montamos um serviço de adolescente dentro do hospital.

Nessa época, comecei – no consultório particular – a trabalhar com adolescentes. Busquei uma formação específica. Não dava para (me) sustentar apenas com a formação médica. O aspecto emocional era um campo importante de ser abordado. Acho que o adolescente, quando vem ao médico, ele não deixa a adolescência em casa. Nós temos que nos arranjar com isso.

Daí, convidei alguns colegas e montamos um grupo focando na questão da sexualidade do adolescente. Em seguida, convidamos uma psicanalista para nos orientar e nos supervisionar nessa questão. Por aí comecei meu contato com a psicanálise. Foi quando fiz a transição da medicina para a psicanálise.

Ainda nesse período, recebi duas pacientes com anorexia no meu consultório e, logo a seguir, um rapaz. Tive muitas dificuldades porque minha tendência como médico era buscar a cura dessa patologia. Como já tinha contato com a psicanálise, comecei a buscar alguém que falasse sobre essa questão.

Tive contato com um psicanalista italiano que ampliou meus conceitos sobre a clínica da anorexia. Eu aprendi, com esse psicanalista, que, se colocarmos uma barra entre o sujeito e o sintoma, o sujeito está sob o sintoma. Esse foi um matema que me levou a pensar melhor a anorexia. Esse passou a ser um referencial para mim. O sujeito está oculto. A minha concepção de sujeito não era muito clara, e isto mudou a minha perspectiva.

Em 1995, passei a ministrar uma disciplina na faculdade sobre a adolescência. Além disso, passamos a contar com uma psiquiatra e um psicanalista trabalhando conosco dentro do serviço de adolescente. A questão da anorexia começou a aparecer também para eles.

Em 2003, montamos um grupo de estudo sobre anorexia que culminou num ambulatório. Entre 1994 e 2005, criamos um grupo de estudo e um grupo de trabalho nesse assunto. Nesse período, cheguei a apresentar, em congressos, algo em torno de cinco trabalhos sobre anorexia. Havia uma carência muito grande de profissionais para trabalhar nesse campo.

Quando fui para o ambulatório, tive uma grande surpresa: começamos a ter pacientes anoréxicos crônicos graves. Era uma clínica de difícil abordagem, e penso que tínhamos uma grande possibilidade de atrair esses pacientes – por ser pública.

Grande número de pacientes nos procurava com suposição de obesidade e descobriam no vômito uma forma de solucionar o problema. Eram pacientes que vomitavam dez ou vinte vezes ao dia e que necessitavam de internação. Então, nós começamos a trabalhar com um psiquiatra, um analista e um clínico geral. Em alguns casos, o analista trabalhava em conjunto com o clínico e, em outros, incluíamos o psiquiatra.

Acabei de receber o convite de formatura de uma paciente que esteve hospitalizada no início de 2003. A psiquiatra marcou que ela seria internada se continuasse a perder peso. No dia seguinte, ela sofreu uma obstrução intestinal por caroços de jabuticaba. Não tínhamos esse tipo de política de condução. Evitávamos ao máximo a hospitalização. O limite era o risco de

morte. Essa paciente nos deu muito trabalho. Tivemos que fazer a alimentação parenteral, dentre outros procedimentos. Acompanhei essa menina durante anos e parece que a anorexia/bulimia não retornou. Ela fez um tratamento psicanalítico durante um tempo. Mantivemos um contato eventual.

Lembro que nós hospitalizamos também uma menina de quatorze anos, na época do carnaval. O quadro foi desencadeado por uma crise familiar. Ela estava entrando na adolescência e um dia, no clube, a tia comentou que ela estava encorpendo. Aquilo foi muito traumático para ela. Nessa mesma época, ela estava vivendo a crise conjugal dos pais. O pai era um gerente de banco fazendo um curso noturno e o casamento estava meio abalado em função disso. Essa questão bateu forte nela. Ela foi internada e um clínico disse que seu coração estava muito fraquinho. Isso marcou como um ato e funcionou como uma intervenção. A partir daquele momento, ela saiu do quadro de anorexia.

Acompanhei, junto com o clínico, uma outra paciente que fui visitar quando foi hospitalizada para melhorar as suas condições clínicas. Ela carregava um diário em que as pessoas escreviam mensagens de otimismo. Ela abriu uma página em branco e pediu que eu escrevesse algo. Eu coloquei uma interrogação ocupando toda a folha. Ela ficou furiosa. Respondi: é isso que eu sinto sobre você. Eu acho que isso funcionou como uma intervenção.

Um psicanalista italiano cita o caso de uma menina que vinha ao seu encontro com uma sacolinha de comida que não era para ela comer. Um dia ele pegou a sacolinha. Após esse sequestro, ela começou a produzir. Coisas muito simples às vezes funcionam como um ato analítico.

Eu me lembro que um dos primeiros casos que encontrei na literatura foi de uma menina de quatorze anos que sofreu abuso de um tio na infância. Essa menina resolveu pedir à justiça que apurasse o caso. A partir desse momento, ela saiu da crise.

O diagnóstico estrutural em anorexia é muito difícil. O sintoma tem a função de ocultá-lo. O sintoma anoréxico funciona como uma forma de solução e como uma forma de organização da própria vida.

Dentro da clínica de adolescentes há um bom prognóstico clínico. Alguém me perguntou uma vez: elas se curam? O sintoma anoréxico, sim. No entanto, várias delas mantêm manias alimentares, transtornos psiquiátricos e preocupação excessiva com o corpo.

A questão do corpo púbere, do real sexual, perdas, mães muito coladas, sempre aparecem como fatores desencadeadores do sintoma anoréxico. Há uma tentativa – sem sucesso – de separação. A anorexia surge como uma resposta no sentido de tentar dizer “não” à mãe. A anorexia é fundamentalmente um sintoma da recusa do corpo feminino, de ser mulher e da sexualidade. Se a anorexia é uma forma de libertação, ela termina tendo um efeito contrário. Torna essas meninas mais dependentes: elas estão sempre sob o olhar materno.

Tem também a questão do contexto histórico. A anorexia é um sintoma típico de uma época. Funciona como um envelope formal. Há uma “escolha” por significantes que estão no campo do outro e da cultura.

O grande problema é que as anoréxicas não têm demanda de tratamento. A demanda, quando aparece, vem da família. Muitas vezes, um regime é até comemorado de início pela mãe. Quando a coisa começa a se radicalizar é que vem a preocupação. Hoje, com toda a divulgação dessa clínica, o sinal de alerta aparece mais rapidamente. Mas a ida ao médico é, quase sempre, forçada.

Estou acompanhando uma menina que acabou de passar no vestibular de medicina. Ela desencadeou uma anorexia um pouco tardia. Há um jogo de forças com a mãe. Ela quer ter 44 quilos e a mãe quer que ela tenha 54 quilos. O problema é que essa menina não se acha anoréxica. Ela quase não vem às sessões. Não sei se vai dar numa análise. A mãe teve um câncer

de mama há pouco tempo. É uma família com duas filhas. Os pais são muito rígidos. Ela viveu um *stress* muito grande com o vestibular porque ficou na lista de espera do ENEM. Isso tudo contribuiu para constituir um sintoma anoréxico.

A anorexia é um sintoma contemporâneo. São respostas que o sujeito dá às circunstâncias que ele está vivendo.

Há uma dificuldade de demanda para um trabalho no campo da subjetividade. A questão é: como ir do sintoma médico ao sintoma analítico? Aí já começamos a entrar na questão do tratamento.

A recusa se coloca como um recusa ao tratamento. Ocorre que, às vezes, ela começa a se dar mal com o sintoma. Mas a anoréxica, de certa forma, é vitoriosa. Ela vai enfrentando o outro e é só na medida em que o sintoma falha que ela grita por socorro. Isso abre espaço no campo do tratamento.

Nós sabemos que o tratamento que visa estabelecer a normalidade médica – forçando a alimentação para estabelecer peso – é devastador para essas meninas. Eu conheço médicos que fazem a política dos danos mínimos, criando um espaço para que, em algum momento, entre o analista.

Temos que abrir uma janela para a escuta, permitindo que na relação médico/paciente surjam questões no campo da subjetividade: quando você adoeceu? Como foi isso? Há dois anos atrás você estava com quantos quilos? Como é sua relação com suas amigas? Quando você menstruou pela primeira vez? Quando foi seu primeiro namoro? É a partir de uma conversa mais aberta que o médico poderá começar a marcar alguma coisa. São essas marcações que vão permitir um deslocamento para a subjetividade e a criação de enigmas nesse sujeito.

Os médicos precisam ter uma janela aberta para a escuta para que possam encaminhar essas meninas para um trabalho analítico. Sempre digo que não é encaminhar a um analista, e, sim, permitir sua entrada.

Não é possível ao trabalho analítico prescindir de um laço transferencial. Na anorexia esse laço é mais fácil, de início, com o médico. Um médico bem orientado, mesmo não tendo uma formação analítica, pode permitir que a subjetividade venha à tona.

Conheço alguns que possibilitam que esses pacientes construam uma outra saída que não seja uma internação clínica. Acho que um trabalho analítico propicia mais facilmente que essas meninas encontrem outros meios, outras respostas diferentes da recusa alimentar.

Agora, nos casos mais graves, o melhor é a política dos danos mínimos. Esses pacientes não conseguem deslocar o sintoma. Acredito que só a partir da transferência é possível movimentar o sintoma, permitindo que o sujeito comece a trabalhar algumas questões da sua subjetividade.

Nesses casos, é fundamental a presença de uma equipe multiprofissional. É importante estar atento ao profissional com o qual a anoréxica irá construir a transferência. É ele que vai permitir que o trabalho avance. Nem sempre é o analista. Pode ser o nutricionista, o clínico, o psiquiatra etc. É ele quem vai propiciar a construção de um referencial – ao menos por um certo tempo.

As táticas e as estratégias de tratamento variam de caso a caso. Trabalho com a proposta de construção de caso clínico: cada caso vai exigir invenções próprias. Em nossos serviços atendi uma paciente que tinha um vínculo fortíssimo com o genitor. Era uma adolescente bailarina completamente grudada na mãe. A estratégia de tratamento indicava que era fundamental separar as duas. No entanto, a tática adotada foi atender as duas juntas. A mãe falava pela menina. Depois de um certo tempo, foi possível que a menina fosse atendida sozinha. A mãe

foi encaminhada para outro profissional. Isso tem a ver com a construção do caso clínico. Cada caso com suas especificidades. Nem sempre dá certo.

A anorexia precisa ser vista como um sintoma bio-psíquico-social. Há questões sociais da estrutura psíquica que eu valorizo muito. Cada um tem que construir a sua própria história. O adoecer desses pacientes é singular. Temos que estar atentos à solução que cada um constrói.

Embora o envelope esteja dado, a questão da singularidade é fundamental. Não há uma clínica do universal na anorexia. A clínica é do caso a caso: por que esse sujeito constituiu esse sintoma? É bom sempre lembrar que, tanto para Freud quanto para Lacan, é preciso ter muito cuidado, pois, se o sujeito encontrou essa solução, ele pode não encontrar solução melhor.

Entrevistado 2

Eu sou psicanalista. Trabalho na rede pública e em consultório particular. Comecei nos transtornos alimentares trabalhando com obesidade mórbida. É uma coisa muito difícil porque é muito mortífera. Trabalhando com a obesidade mórbida, eu comecei a perceber o que aquilo tudo tinha a ver com a anorexia. É tudo a mesma coisa. Atendo muitas anoréxicas e muitas bulímicas.

Para entender a anorexia a gente precisa começar pelo mundo contemporâneo. Sempre fomos muito vaidosos. Na época dos reis você via muitas perucas e anéis. Com a modernidade eles tiveram que perder isso por uma questão prática do mundo do trabalho.

A mulher não podia ir para a fábrica de salto. Desde lá atrás o homem batia uma coisa lá na pedra para tentar tirar uma tinta colorida para ele passar no rosto. Toda a vida o corpo foi muito importante. A mulher usava espartilhos, perucas, roupa curta e roupa comprida. Só que hoje a mulher não corta a roupa, ela corta o corpo. Isso explica metade do nosso caminho com o corpo.

Primeiro, você usa o espartilho para modelar o corpo. Depois você corta o próprio corpo. Antes você cortava o pano. Hoje você corta o corpo. Então, em qual lugar esse corpo foi colocado? Eu acho que a anorexia e a obesidade vêm desse lugar. Ambas partiram da interdição. Já que eu não posso comer, eu morro. A anorexia e a bulimia partem de onde a gente colocou esse corpo: o corpo do comércio.

Então eu acho que a anoréxica ficou muito amarrada nesse corpo que vai virar mulher e mãe. Ela tem pavor desse corpo. Agora tem uma patologia que está muito em moda nos EUA que vai ter muito aqui no Brasil. As mulheres grávidas fazendo regime para não engordar. 9kg

seria só a barriga: a placenta e o líquido. Elas ficam anoréxicas durante 9 meses em detrimento delas mesmas e do bebê.

Esse é o dito: não pode engordar. É algo muito ruim, algo mortífero. Então eu acredito que a anoréxica está amarrada nesse lugar. Nesse corpo que incomoda demais. Enquanto criança ele não tem tanta demanda. Na hora que esse corpo começa a crescer, vem a demanda. Na mulher o corpo fica muito visível. O bumbum aparece, cresce e chama a atenção. Um corpo que pode se transformar numa mãe, numa velha ou numa vovó. É o pavor desse corpo em transformação. Então eu acho que a anoréxica está, no nosso tempo, nesse lugar.

A anoréxica não tem demanda. Eu não vejo nela uma demanda do nosso trabalho. Aliás, eu não vejo nela demanda de trabalho nenhum. Eu vejo nela aquela que acha que está bem, que se contenta, que dá conta e que consegue manter sem morrer. Só que não dá.

A própria finitude começa a mostrar isso pra ela. Eu acho isso o mais sério na anorexia. Se a gente tenta forçá-la, se você tenta fazer a coisa normalmente, também não dá. Forçar não adianta. Se a gente tenta fazer uma escuta como a gente faz com todo mundo, elas não aceitam, porque eu acho que tem todo um jogo, tem toda uma manipulação. E nós, em nossa clínica, não podemos ser manipulados. Então, elas não têm demanda.

Quando a gente fica nesse lugar que é nosso, elas vão embora. O nosso lugar nessa clínica não é engordar, é viver. Pra viver, é preciso ganhar um pouco de peso. Ela sabe disso. Ela e a equipe não estão em sintonia. A equipe é como a mãe que quer fazer crescer, ir pra escola. Eu acho que isso é a coisa mais difícil na anorexia.

É muito raro uma anoréxica falar que quer engordar. Quando os médicos apontam para uma coisa mais grave, elas aceitam um remedinho, aceitam internar alguns dias. Mesmo assim, elas não entram em tratamento. Elas só negociam. Eu acho que esse é o grande problema da anorexia.

Na anorexia não tem angústia. É na angustia que a gente se insere. A gente tem que ir caso a caso. Acho que não tem outro jeito. Naquilo que elas me trazem eu vejo o que eu posso pedir. Eu tento achar algo próximo da psicopatologia para fazer o manejo. Ficar fugindo da manipulação delas não tem jeito, então eu entro muito nessa questão da manipulação. O que elas buscam, o que elas querem, qual o desejo etc. Eu trabalho assim: o que você quer? Onde nós vamos chegar? Elas querem ficar magras. Elas não querem crescer. É tentando saber dessa história é que vamos conseguir que elas iniciem uma análise.

Tem a questão da puberdade, do feminino e do tornar-se mulher. Eu tenho uma cliente que tinha nove anos quando menstruou pela primeira vez. Ela estava andando de bicicleta no interior. Ela vai atrás da avó dizendo que precisava de um médico porque estava machucada. A avó olha e começa a abraçá-la dizendo que ela já era uma mulher. Na mesma hora a avó liga para família toda e manda trazer bolo. Ela fica perplexa diante daquele quadro. A mãe chega com presentes e com o bolo. O pai dá parabéns. A mãe diz que agora ela já era uma mulher. Esse caso fica por aí mesmo.

Um tempo depois, ela volta nesse assunto. O pai fala que a partir daquele momento acabou a vida de criança. Acabou esse negócio de sentar em cima do muro, esse negócio de menina. Ela era uma mulher. Tinha que usar roupa comprida e bermuda no joelho. Ela não podia deixar os meninos chegar perto. Ela, atônita, não via nenhuma mudança. Ela se sentia menina do mesmo jeito. E, de repente, não pode um tanto de coisas. A mãe e a avó falavam que *acabou* certos comportamentos.

Ela começa a achar horrível não poder andar de bicicleta. O pai não deixa ela sair de casa. Ela tenta solucionar isso através da anorexia. Essa menina com uns 12 anos pesava uns 30 quilos. Os pais não haviam percebido nada. Achavam que ela era magra mesmo. Ninguém havia notado qualquer diferença.

Quando estava próxima de fazer 15 anos, ela não queria festa e isso tinha tudo a ver com a história dela. Mas a família queria uma festa para quinhentas pessoas. Ela ficou em pânico por causa disso. A mãe queria que ela fizesse três roupas. Era tudo o que ela não queria naquele momento. Ela era retraída como toda anoréxica. Não queria sair, não tinha amigos. Ela, meio sem graça e sem jeito, acabou aceitando tudo.

No momento da prova das roupas a mãe mandou fazer manequim 38. Ela estava vestindo manequim 30. Essa mãe não via essa menina. Na hora que essa menina chega, a costureira entrou em pânico. Não havia jeito de consertar as roupas, nem se chegasse uma costura na outra. Aí é que a mãe a vê de verdade. Ela fala para o pai que a filha estava *magérrima*. Ela não estava bem.

Com tudo isso, ela pediu ao pai para não fazer a festa. O pai falou que tinha que fazer por causa dos amigos e dos parentes. Mais uma vez é a sociedade que é mais importante. Primeiro, ela foi com uma roupa e com o cabelo preso. Meia noite foi a valsa, aí outra roupa e outro cabelo. Foi a mãe que arrumou as quinze meninas e meninos pra dançar a valsa. Ela não sabia de nada. Depois da valsa, veio a roupa da boate. Nessa hora, ela foi embora. Ninguém a viu saindo, porque ela entrou com uma roupa e saiu com outra. E ela ainda pediu ao porteiro um táxi.

De repente, todo mundo começa a perguntar por ela. Ninguém sabia. Todo mundo ficou com medo dela ter passado mal no banheiro. Começaram a procurar no lugar onde ela estava se trocando. Ninguém viu nada. A mãe liga para casa. A empregada fala que ela estava dormindo. A mãe pediu desculpas aos convidados dizendo que a filha havia passado mal e que podiam continuar a festa. Ficaram até às quatro da manhã. Quando chegaram em casa, não falaram nada com ela. No outro dia *acabaram* com ela!

Ela me contou também que, quando ela tinha 10 anos, a babá de que ela gostava muito foi demitida por nada. Essa babá fazia tudo pra ela. Ela foi meio que sua mãe. E, de repente, essa babá desaparece. Ela falou que questionou e a mãe falou que a babá não prestava.

Por volta dos 15 para 16 anos, ela descobriu que a babá não prestava porque estava grávida. Olha o nó que tem essa história. Qual é o papel da mulher? Ela não presta porque é mulher e porque engravida.

Essa menina ficou muito amarrada em todos esses lugares. O resultado foi que, quando ela tinha dezesseis anos, logo depois que eu a conheci, ela tentou suicídio e ela deixou um bilhete para a mãe. Ela tomou todos os remédios psiquiátricos dos pais de uma vez. Foi um milagre ela sobreviver sem nenhuma sequela.

Quer dizer, viver foi péssimo para ela. Ela ficou internada e entubada. Numa internação de quase um mês, ela deve ter engordado em torno de 8 quilos. Foi alimentação enteral, parental e soro glicosado. E quem está muito na falta, o organismo pega tudo. Então, quando ela saiu do hospital, ela ficou muito sem graça. Falava que não deu conta de nada, nem de morrer e nem de ficar magra. Ela saiu com 40 quilos do hospital.

Ela ficou com muita mágoa da mãe e do pai. Aí ela entra num jejum daqueles. Foi internada de novo. No hospital ela tenta suicídio de novo. Aí os pais procuram um psiquiatra, indicado por um clínico geral, que falou para eles conversarem com alguém, porque senão ela iria morrer. Então foi nessa época que eles deram um pouco de liberdade para ela procurar ajuda. Sabe como ela me encontrou? Ela entrou no site do CRP e procurou quem trabalha com anorexia. Foi assim que ela me encontrou. Quer dizer, ela tinha uma demanda. Mas a demanda dela era para eu convencer os pais para ela ficar daquele jeito. Então, a demanda não era para ela. Aí eu perguntei: qual o jeito você quer ser? Ela respondia que queria ser magra. Você só quer ser magra? É. Essa menina, nesse vai e vem, hoje ela está com 48 quilos. Ela menstruou. Está

fazendo tratamento com um psiquiatra, comigo, com um clínico, com um endocrinologista e com um fisioterapeuta. Mas ela fala assim: se eu engordar mais 1 quilo, eu volto a ficar sem comer. Ela ainda é anoréxica.

Essa menina, atualmente, está fazendo reposição hormonal para não menstruar. O ginecologista perguntou se um dia ela vai querer ser mãe. Ela respondeu que ainda não tem idade para isso. Ela respondeu como se fosse uma criança. Essa decisão do hormônio foi dela. Então, na minha prática, eu tento amarrar essa história em alguma coisa. Eu não trato a anorexia, eu trato a Maria. Ela poderia ser anoréxica, bulímica ou toxicômana. Por um acaso ela é anoréxica. Eu estou escutando uma anoréxica, eu tenho que levar isso em consideração.

Ela ficou sabendo porque a babá foi embora um dia que ela recebeu uma ligação. A babá perguntou como ela estava. Ela perguntou: e você? A babá disse que estava bem e que o filho dela já estava crescido e era uma gracinha. Ela falou: filho, que filho? Ela descobriu que a babá saiu da casa porque estava grávida. Ela ficou chocada. Ela retraiu, amargou, sofreu. Ela piorou muito. Foi muito difícil ouvir esse segredo familiar.

Então eu acho que a anorexia na psicanálise é caso a caso. Então, eu vou muito para esse lado. Bem, essa história foi eu que construí. Eu que fiz. De vez em quando ela faz alguma associação entre a saída da babá e a menstruação dela. Mas ela repete muito a própria história. Volta e meia alguma coisa move, tanto que ela foi ao ginecologista. Está mantendo o peso em torno dos 40 quilos. Ela não está em risco de morte. Ela come, vai no nutricionista. Ela está mantendo o peso.

Entrevistado 3

Sou psicanalista e trabalho na rede pública e em consultório particular.

As anoréxicas que eu tenho encontrado na minha clínica, em geral, chegam muito regredidas. Elas sempre vêm trazidas pela mãe. Quando procuram ajuda é porque já estão num quadro com risco de morte. Chegam depois de já terem sido internadas várias vezes. O problema para a paciente e para a família é sempre o mesmo: a recusa alimentar. A mãe sofre muito porque a filha não consegue comer.

As anoréxicas não demandam tratamento analítico e de nenhum outro tipo de ajuda. Quem demanda é a família. É a mãe, desesperada, quem busca socorro em função da gravidade da situação. Ela faz muito barulho e a filha mesmo fica muda. Não pede nada. Não demanda nada. Mãe e filha vivem uma relação de simbiose total. Se você observar, em todos os lugares, elas estão sempre juntas.

Quando esses pacientes me procuram, primeiro eu faço uma entrevista de acolhimento com a mãe e a filha juntas. Quase sempre quem conta a história é a mãe. O pai está sempre à margem e, em muitos casos, nem aparece. Muitas mães sequer contaram para a filha a história da relação com o pai. Quando são solicitadas a falar do pai, elas se esquivam. O lugar do pai, em geral, é ocupado pelo avô. Muitas têm pânico de perdê-lo. Atendi um número considerável de meninas que sofreram a perda do avô na adolescência e a anorexia apareceu justamente nesse momento.

A mãe também é muito resistente em procurar ajuda. Elas não admitem que têm problemas. Acham que é só a filha que precisa de tratamento. Muitas dizem que não têm tempo e que precisam trabalhar para manter a casa.

Quando a gente aponta para as consequências do ficar sem comer e para o risco de morrer, elas não esboçam nenhuma reação. Essas meninas se sentem “confortáveis”. Se vêm vitoriosas. Não querem abrir mão do sintoma, por isso não falam quase nada. Faltam muito às sessões, retornando muito tempo depois. Quase sempre nos procuram para dizer que não têm nada para falar. Muitas vão embora sem dar notícias.

Quando o quadro é muito grave, a gente encaminha na mesma hora para o clínico e ele indica a internação. Muitas meninas só se alimentam durante a internação. O papel do analista é, quase sempre, ficar dando esse suporte hospitalar para que se mantenham vivas minimamente.

Entrevistado 4

Eu sou psicanalista e atuo na clínica da anorexia desde 2004. Atuei durante muito tempo na clínica de saúde mental do trabalhador em um hospital público. O interessante é que na clínica da anorexia trabalhamos num ambulatório público com uma equipe multidisciplinar.

Não há um padrão acerca dos pacientes que recebemos. Alguns nos procuram por vontade própria. Outros são levados e não querem ir de jeito nenhum. Os que nos procuram por vontade própria já chegam com um pedido de ajuda formulado. Nós atendemos as mães também que chegam com uma queixa definida, embora não subjetivem muita coisa nesse tratamento.

As anoréxicas que nos procuram espontaneamente também chegam quase totalmente des-subjetivadas. Trazem uma fala sem sentido. Algumas falam que começaram a restringir os alimentos quando a calça ficou apertada demais ou quando um colega chamou de gorda, coisas desse tipo sempre aparecem.

Eu tento não focar nessa questão da anorexia e da bulimia. Mas elas insistem. Eu não pergunto. Mas para elas só interessa o que estão vivendo, o presente. Eu tento não focar nisso para ver se aparece uma questão mais delas. No início é só descrição: o que fez, o que comeu, o que não comeu etc.

Para mim, provocar uma torção nessa ausência da demanda passa pela singularidade do caso. O problema é que os sintomas anoréxicos ou bulímicos estão muito voltados para o corpo.

Eu lido com casos que têm uma relação muito complicada com a mãe, com os pais. Normalmente são pais muito presentes ou muito ausentes. Algumas vezes eu escutei casos de pais invasivos. São pais que olham as meninas tomando banho. Casos de abusos sexuais. Muito

traumáticos. Eu lido muito com casos em que aparece a questão da feminilidade. A puberdade é também outro dilema muito presente nessa clínica. São meninas com uma dificuldade em assumir uma posição frente ao outro, frente ao sexo. E tudo isso fica muito complicado.

O problema é que o sintoma vem muito no lugar de uma tradução subjetiva. Às vezes o trabalho produz achados, produz subjetivação, mas é tudo muito devagar. Demora muito para elas conseguirem falar alguma coisa delas mesmas, alguma coisa que tocou. Eu deixo falar. Eu escuto. E não fico querendo remover o sintoma. No trabalho isso vai acontecendo.

Quase sempre elas tentam controlar ou amenizar o sintoma. Às vezes trocam o sintoma. Viram obesas. Mas vejo também algumas que vão conseguindo controlar esse sintoma, passam a fazer outras coisas. Eu mesma tenho uma paciente que não olhava para frente, só olhava para baixo. Agora ela chega e tem que falar que está melhor. Ela diz: “eu venho aqui, eu trato dos meus dentes”. Também é uma forma de fazer uma contenção. Ela põe o aparelho dentário. Ou seja, tem um desdobramento, tem uma tentativa de amenizar.

Mas o que é mais difícil nessa clínica é uma lentidão da elaboração. Pessoas muito fixadas no sintoma. Não tem outro jeito da gente trabalhar. O que conta é a elaboração e a subjetivação. A anorexia é uma clínica muito sem fantasia: uma semana eu fiz isso, outra fiz aquilo outro. É muito sem a interpretação do sujeito. Ele não se coloca. Tudo é por causa do outro. Há avanços, mas é tudo muito lentamente.

Entrevistado 5

Sou psicanalista e trabalho com pacientes anoréxicos numa abordagem multidisciplinar em ambulatório público.

Começamos com um grupo de discussão sobre o assunto. Depois de um tempo que a gente já tinha se aproximado mais dessa clínica, começamos a atender abrindo o ambulatório uma vez por semana. A partir da clínica é que foram surgindo as questões e nos *direcionando* na abordagem psicanalítica. Coincidentemente, na época, aconteceu a primeira exibição do reality show Big Brother Brasil, que tinha uma menina que era bulímica. Lembro que os casos começaram a aparecer muito em função disso.

Na verdade, eu acho que essa é uma clínica que não pode ser pensada sem as questões da contemporaneidade: o problema da imagem, do culto ao corpo, dentre outros. Tudo isso que é cotidianamente bombardeado pela mídia. Eu acho também que isso contribuiu muito para que as pessoas comessem a se identificar com esse sintoma.

No começo, as pessoas não sabiam do que se tratava. Eu me lembro no início de casos que eu atendi que falavam que o vômito era um passar mal qualquer, não tinha essa classificação. Hoje é uma coisa mais divulgada e as pessoas rapidamente conseguem identificar um sintoma anoréxico-bulímico. Mas eu acho que mais no início não era tão claro assim para as pessoas. Eu acho que hoje tem um excesso, tudo se torna um pouco anoréxico-bulímico.

Bem quando eu comecei a atender, o caso chegava para o hospital. As pessoas, em geral, não tinham a referência do serviço. A rede não conhecia. Houve uma divulgação. Eu não sei como te dizer como isso foi feito. Eu só sei que a gente não tinha muitas referências. Eu acho que foram os próprios profissionais que trabalhavam na rede que começaram a divulgar.

Eu sei disso porque os pacientes vinham muitas vezes encaminhados por outros profissionais que conheciam o serviço. A coisa começou a acontecer. Atualmente a gente faz uma triagem e um acolhimento. A gente tem que ver se o caso que chega é de fato um caso de anorexia ou de bulimia, porque muitas vezes tem outras situações como depressão grave ou doenças orgânicas. Por isso que é necessária uma avaliação clínica nesse acolhimento.

Nosso público é composto basicamente de adolescentes de 12 a 15 anos. Tem também casos mais crônicos. Quase sempre essas meninas vêm meio que arrastadas. Normalmente elas são trazidas pela mãe. Elas não têm nenhum tipo de demanda. Dizem que estão bem desse jeito. Elas ficam muito entregues nessa relação com a mãe. É a mãe que resolve. Elas estão bem confortáveis nesse sintoma.

Quando começam a emagrecer isso é até comemorado pela família. Então, elas não querem engordar e nem abandonar o sintoma. Às vezes a família até incentiva num determinado momento, especialmente quando a filha é mais gordinha. Os pais só conseguem perceber a gravidade dessa vontade de emagrecer, e do medo de engordar, depois que a anorexia está recrudescida.

Realmente, é muito raro uma demanda inicial por parte do paciente. Principalmente quando se é mais jovem. O curioso é que a princípio a gente pensou que ia receber um público muito adolescente mesmo. A gente tem também um outro tipo de demanda que vem até mais pela rede, que são casos mais crônicos, normalmente de pessoas acima dos 25 anos.

Muitos desses casos têm uma estrutura psíquica mais fragilizada e que a anorexia-bulimia aponta para uma possível estabilização. A gente tem casos crônicos porque tem sintomas elementares muito fortes: não querem engordar mesmo. Eu mesmo atendi uma paciente que chegou com uns sintomas do tipo de cortar o próprio rosto. Ela está um pouco melhor, mas continua muito radical nessa perspectiva de não querer engordar e fica dias sem comer nada, aí

desidratada e tem que ir para o soro. Essa paciente foi uma das que veio trazidas e não queria saber o que estava acontecendo com ela. Não fazia nenhuma questão.

Hoje em dia parece que não dá pra desconhecer esse sintoma. Talvez pela divulgação da mídia que hoje é muito difundida. Então, é difícil não querer saber.

Na verdade, o surgimento da demanda varia muito do caso. Quando não há uma demanda, eu acho que o único jeito é colocar o sujeito pra falar. E tem algumas, principalmente as mais jovens, que emudecem mesmo. Essas eu acho que são as mais difíceis. Quando falam, só falam dessa questão alimentar: do que comeu, do que não comeu, de alguns rituais, de se olhar no espelho, como estão se vendo etc. Essas eu acho que são as mais difíceis. Não fazem nenhuma questão em nenhum campo. Mesmo em casa não aparece nenhum desconforto. Não vai adiante com isso. Parece que não formulam nada em relação a si próprios e aí a condução é você fazê-las falar.

A gente tem que sair fora desse discurso de contar calorias e tentar buscar outros fios nessa história pra ver se alguma coisa desenrola. A gente tenta buscar o que aconteceu, quando começou a anorexia, para ver se ela tenta identificar algum ponto. A gente tenta investigar quando essa preocupação de emagrecer começou. Procuro fazer o sujeito se questionar de alguma forma. Então eu acho que esse é o processo, é complicado, mas a gente tem que ver caso a caso.

Às vezes o quadro denota uma recusa não só alimentar, mas também uma recusa em relação às questões familiares. É como se o sujeito se retirasse um pouco encontrando um jeito de dar uma apagada.

Tem casos que é muito pouco o trânsito entre o interno e o externo. É quase como se as coisas só existissem concretamente. Não se pode sair da recusa e nem engordar um grama a mais.

Quando o sintoma deixa de funcionar, o sujeito acaba entrando num outro campo de histericização. Chegar a esse ponto é que eu acho que é difícil. De qualquer maneira, a única saída é você colocar o sujeito pra falar. Falar de outras coisas, como, por exemplo, das questões relativas ao mundo feminino. Essas estão sempre na ordem do dia pra essas meninas. Algumas falam também de uma frustração amorosa, isso é muito comum com a entrada da puberdade.

Eu me lembro de um dos primeiros casos que eu assisti. Era uma menina de uns 12 anos que vivia uma relação muito intensa com a mãe. A mãe dava muita atenção a outra filha, porque na época ela estava pra se casar. Então essa menina fica mais de lado, e aí ela começa a fazer esse sintoma e justo na entrada da puberdade. Ela também tinha uma questão com a barriga. O problema é que sempre tinha uma tia ou alguém próximo da família que estava grávida. Mas ela usava a anorexia – era uma menina inteligente – para chantagear a mãe que ficava doída.

Com a anorexia tudo começou a girar em torno dela. Nos atendimentos, ela não queria saber nada de si, nada da própria feminilidade. Ocorreu que lá pelos 14 anos ela arranjou uma paquera. Era um rapaz jovem. O primeiro beijo foi marcado no relógio. Ele disse para ela que quando a hora batesse, eles iam se beijar. Não foi uma coisa assim: eu quero te beijar. Não houve um processo de sedução, de ser cortejada. Foi tudo combinado. E aí você vê como o sujeito não se coloca. Tinha essa questão também.

É comum os pais ficarem incomodados com os traços de feminilidade da filha. Isso também repercute pra elas. Algumas literalmente têm muita dificuldade de assumir esse novo corpo e de encorpar.

Lembro um outro caso em que a família toda era um pouco mais gordinha. A menina mais nova da casa já tinha uma idade maior. Ela cresceu rápido, menstruou cedo e encorpar mais rápido. Ela começou a ser muito notada na escola. Aí é quando aparece a anorexia e a bulimia.

Isso adquire pra ela um certo uso na escola e nas relações familiares. Em casa ela se torna o centro das atenções. Ela desorganiza toda a casa.

Eu acho que tem também uma interferência religiosa muito grande. Essas famílias não admitem uma série de coisas e de situações que dizem respeito a sexualidade. Então eu acho que todas essas interfaces têm que ser levadas em conta.

Bem, algumas se implicam no sintoma. Poucas. As meninas mais novas são mais difíceis de saírem do sintoma. Muitas a gente perde contato. Elas saem e começam a trabalhar. Não há exatamente uma alta. Algumas saem, depois retornam. Não acho que elas implicam exatamente. É mais difícil. Lá no ambulatório é mais complicado.

A gente tenta fazer alguma implicação tentando criar realmente algum tipo de questão para elas, marcando algumas coisas, fazendo elas pensarem e buscando questionar de algum jeito. Nos casos mais difíceis, a gente tenta fazer mais uma amarração, como se pudesse colocar mais referenciais. Tem paciente que é muito difícil fazer a coisa funcionar. São pacientes muito radicais. Em outras situações dá pra marcar um outro jeito que funcione. Nessa clínica, você não busca exatamente uma cura, em que a pessoa vai se livrar desse sintoma. É caso a caso.

Eu conheço um caso de uma menina que a sonda de alimentação era uma solução. Às vezes a pessoa estabiliza naquilo. É difícil entender que isso pode ser uma cura. Acontece que, minimamente, a pessoa consegue funcionar um pouco melhor. Eu acho que é ela mesma que tem que apresentar isso. Aí é que entra o trabalho analítico e algumas contingências da vida. Temos que ficar atentos para ela conseguir se vincular a algumas coisas.

Entrevistado 6

Sou médico, clínico. Meu primeiro contato com a psicanálise foi como paciente. Depois fiz formação. Eu trabalhava como professor e foi surgindo um desejo de trabalhar com a psicanálise. Eu conheci um amigo médico que já atuava como psicanalista. Ele me convidou para trabalhar em um projeto de extensão em transtornos alimentares na rede pública.

Aqui no ambulatório eu faço um trabalho de escuta no qual o sujeito é convocado a aparecer. Nos meus atendimentos, o tema do peso e da alimentação nunca aparecem como assunto central. Meu foco são as questões pessoais, a convivência familiar, os conflitos amorosos, a relação com os pais. Eu sigo o mote de que na anorexia “não se trata disso...”.

As anoréxicas, normalmente, vêm até mim trazidas pelas mães com um diagnóstico pronto. Já chegam com um rótulo e focadas nele. Então, o trabalho de desconstruir isso é que é difícil. O romance familiar não vem na fachada. A gente chega nesse romance ouvindo e perguntando sobre a escola, a infância, a mãe, o pai, a timidez etc. É nesse momento que as questões pessoais ganham foco e tomam o lugar da anorexia. No entanto, a gente foge desse assunto para voltar nele de uma maneira diferente.

Em geral, elas não estão implicadas em seus relatos. Eu já recebi uma anoréxica que falava da anorexia como se fosse de outra pessoa. Algumas falam da sua história com muito sofrimento. Depende do caso.

De modo geral, a anorexia desencadeia-se por uma relação distorcida da filha com a mãe. Às vezes há uma dependência ou uma rejeição. Pode ocorrer as duas coisas combinadas. Depende do caso.

As anoréxicas, quase sempre, são filhas de mães muito ansiosas e sufocantes. Encontro, também, mães muito ausentes e negligentes. Quase sempre há um pano de fundo de

um desequilíbrio mãe e filha, com uma fraqueza ou ausência do pai. É muito comum, também, a presença de um pai bruto e severo em excesso. Muitas sequer conheceram o pai. Não há relato de laço com a figura paterna.

Outro dado bastante comum nessa clínica é a relação com a sexualidade e com a dificuldade de ser mulher, o problema do desejo e o risco de ser rejeitada por um homem. Tudo isso aparece desencadeando o sintoma da anorexia.

A questão das possíveis soluções para anorexia também é no caso a caso. Há casos difíceis em que o sujeito estabelece laços transferenciais. Eu tenho uma cliente que é um caso grave de anorexia, e ela vem aqui, sofre, chora. Ela liga quando atrasa. Tem um laço. Ela diz que é bom pra ela vir para a análise. Ela encontra-se bem implicada. Ela segue o que eu falo e me dá retorno. Ela quase não fala em anorexia. Os problemas são outros. Ela está preocupada porque não consegue trabalhar e é dependente da mãe econômica e psicologicamente. Se ela chegasse aqui no hospital hoje, ela não seria recebida como anoréxica.

Hoje ela está muito ligada à essa questão das políticas públicas voltadas para a saúde. Ela está participando de alguns movimentos e tentando alguns contatos. A mãe dessa menina queria de todas maneiras que a gente desse um atestado certificando de que ela era incapaz. No entanto, eu não podia fazer isso porque eu estaria legitimando-a nesse lugar. Eu perguntei se ela se achava incapaz. Ela me respondeu toda chorosa que “não”. Mas a mãe achava que “sim”. Reforcei que não a percebia como incapaz. Ela brilhou os olhos. Aí ela começou um processo de implicação.

A direção do hospital acabou fornecendo um documento que foi indeferido pelo INSS. Nesse dia, ela comprou um pote de sorvete e convidou a mãe para tomar junto.

Sou médico com formação em psicanálise. Trabalho com transtornos alimentares na rede pública buscando uma abordagem interdisciplinar.

Meu trabalho é cuidar do corpo na perspectiva da construção do caso clínico. Procuo não fazer intervenções muito abruptas. Trabalho com redução de danos tentando não deixar o paciente ficar muito grave, não morrer. Busco alcançar a passagem de uma desnutrição instável para uma estabilização.

Não trabalho com uma política de internação. Procuo não forçar a alimentação. Entendo que esse tipo intervenção só tende a piorar o quadro. Pode levar a uma maior radicalização pelo paciente e até ao abandono do tratamento.

As anoréxicas acham que não têm problema. Este é o grande desafio desta clínica. Nas primeiras consultas faço uma anamnese com um diagnóstico clínico: peso, meço e avalio os exames laboratoriais. Em seguida, transmito minhas impressões.

Explico que ficar sem menstruar pode afetar o seu desenvolvimento ósseo e que a queda de peso pode trazer riscos de infecção. Vou colocando a debilidade do corpo na medida em que a relação médico/paciente permite. Tento conhecer a história da moléstia atual e do sistema da família. Só intervenho quando o quadro é grave. Não faço julgamentos. Acho fundamental não demonstrar nenhum horror e nenhuma surpresa em relação ao caso. É comum aos médicos condenarem o comportamento dessas meninas e exigir que elas comam de qualquer maneira.

Muitas meninas ficam jubilosas de terem perdido peso. Outras chegam com um desconforto físico e são acolhidas e, quase sempre, estabelecem uma boa relação com o médico e com o serviço. Isso faz parte da atividade do médico e é negligenciado por muitos profissionais. Acho que é uma parte importante do trabalho. A inserção na psicanálise ajuda muito neste sentido.

Meu trabalho centra basicamente no campo da medicina. No entanto, procuro estabelecer vínculos transferenciais, tentando um trabalho de redução de danos. Penso que a única coisa que eu tenho – e que eu procuro cultivar com meus pacientes –, é o vínculo afetivo. Ele é a base de tudo. Para você dizer a um paciente que há algum risco de vida, é necessário que o laço transferencial esteja minimamente garantido. O retorno à próxima consulta indica a presença de algum vínculo.

Eu trabalho com a psicanálise quando a demanda não está bem formulada. Procuro levantar primeiro se existe algum fator desencadeante: depressão, trauma, perdas etc. Faço um híbrido entre a anamnese médica e a escuta analítica. Tento trazer à tona os sentimentos, as dúvidas e os medos. Depois é que encaminho para a análise. Meu trabalho é fazer uma ponte entre a medicina e a psicanálise.

Alguns atos do médico são bem parecidos com o que ocorre na psicanálise. Às vezes, com alguns pacientes, ajo com rigor. Lembro de uma paciente que eu suspendi o atendimento porque ela estava distribuindo – para as pacientes do hospital – medicamentos para emagrecer. Passei a atendê-la em outro lugar. Agora ela voltou. Internar também é um ato que pode modificar o curso da doença.

Nesta clínica eu acredito na construção do caso clínico. Por isso, eu acho importante que a equipe tenha uma supervisão com o analista. As discussões dos casos propiciam estratégias comuns.

Eu acho que a anorexia está muito relacionada com a separação dos pais e com mães excessivamente controladoras. Às vezes situações banais podem ser a causa. Já atendi casos em que palavras que foram ditas e marcaram o sujeito de tal modo que ele passou a recusar a comida. A vida escolar é também um fator bastante presente. Há um perfeccionismo, e quando a situação na escola piora, vem a anorexia.

Muitos casos crônicos começaram na adolescência em função de uma separação ou uma briga com um namorado de muitos anos.

Entrevistado 8

Sou endócrino-pediatra e psicanalista. Trabalho em um hospital público com as pacientes anoréxicas mais jovens, numa perspectiva multidisciplinar. Os pacientes que eu acompanho, em geral, têm uma evolução muito boa.

Eu faço um trabalho específico dentro da pediatria e da endocrinologia, utilizando alguns instrumentos da psicanálise.

Na primeira consulta eu procuro escutar a filha e a mãe. Quando não se trata de um caso grave, logo no primeiro encontro, eu estabeleço um contrato: combino um peso de tal maneira que não se pode emagrecer mais. Tudo isso dentro de um suporte clínico. Assim que há uma melhora, eu encaminho para a psicanálise.

As anoréxicas, geralmente, vêm obrigadas pela mãe. Não falam nada. Adolescente já é complicado e, com anorexia, fica mais complicado ainda. Então eu procuro puxar uma conversa, buscando algum evento, ainda que elas não correlacionem como causa da anorexia.

Muitos casos começaram no contexto de uma separação entre os pais ou na puberdade. Em geral, as meninas que conseguem falar um pouco mais são aquelas que não estão num quadro grave da anorexia. Com essas, é possível criar um vínculo transferencial. Não é possível trabalhar sem um vínculo mínimo.

O tratamento engloba toda a família, em especial, a mãe. Na primeira consulta todos ficam cientes do tratamento. Explico que o objetivo não é fazê-la engordar, mas melhorar um pouco o quadro. É aí que eu ganho o apoio das duas.

Todos os outros profissionais disseram que ela precisava engordar. Não coloco isso na frente. Retomo conjuntamente a questão da alimentação, respeitando muito a visão dessas meninas: o que elas dão conta, o que gostam de comer, qual a quantidade etc.

Nos casos mais graves, falo explicitamente que se ela continuar perdendo peso nós não vamos conseguir fazer o tratamento ambulatorial. Aponto para a internação. Isso causa um impacto muito positivo. Explico que esse não é o objetivo da equipe.

Toda a conversa é pautada em exames clínicos: IMC, quadro cardíaco, índice de potássio etc. É a vitalidade ou não que vai determinar a forma como eu vou conduzir meu atendimento. Trabalho o tempo todo com a negociação: se elas estão dispostas a fazer alguma troca.

Nos casos mais graves, eu vejo que é muito difícil fazer vínculo transferencial. Em geral, são casos para internação. Quando eu observo a possibilidade de alguma negociação, mantenho o atendimento no ambulatório.

Muitas anoréxicas chegam com alguma elaboração: acham que tudo começou na época em que o irmão falou uma coisa, a questão do início da puberdade, dentre outras situações. Essas meninas eu consigo acompanhar. Meu trabalho é de acolher, escutar e encaminhar. Faço uma pré-análise. Depois de mais ou menos dois meses é que encaminho para a análise e continuo acompanhando.

A associação médico-remédio é inevitável. A família pensa que o médico tem a cura. Todas chegam aqui com essa demanda. Penso que a entrada tem que ser pela medicina. Isso faz uma diferença. Para a mãe, o médico entende tudo de alimentação. Esse não é o meu foco.

Procuro falar o mínimo sobre comida e calorias. Minha escuta inicial passa pelo resgate histórico da doença e das implicações subjetivas do paciente. Eu procuro escutá-las mesmo quando estão em análise. Acima de tudo, meu atendimento é permitir a entrada do psicanalista.

Há uma melhora quando eu falo que o objetivo não é ganhar peso. Escutar, examinar e acolher já melhora muito – especialmente nos casos menos graves.

Muitas meninas já choram na primeira consulta. Procuo não ser invasivo e nem passar uma imagem de que vou introduzir uma sonda para fazer elas comerem de qualquer maneira. Tento mostrar justamente o contrário, trabalhando a partir do que elas dão conta. Tudo isso já provoca uma melhora significativa.

Nas primeiras consultas, eu faço um recordatório da alimentação. Vejo se é compatível. Faço o exame clínico e não deixo de lado essa parte da alimentação, mesmo não sendo esse o meu foco principal. Contudo, quando está ocorrendo uma perda de peso significativa, a indicação é mais radical. Quando a vitalidade é preservada, a escuta é mantida.

Quando o caso é para internação, procuro construir isso junto com elas, evitando passar a ideia de prescrição. Tem situações que o risco de morte tem que ser dito explicitamente. Em muitos casos, isso funciona como uma manobra que melhora o quadro.

A internação propicia o distanciamento mãe/filha. Nesse sentido, ela é positiva. Internamos por um tempo mínimo possível. Eu evito a alimentação enteral e parenteral. Mas o soro venoso é inevitável até que elas melhorem um pouco. Explico que a hospitalização não é um desejo da equipe e que só atrapalha o tratamento. Muitas concordam e querem melhorar.

Não denuncio para a família quando não há melhora. Isso reforça ainda mais nosso laço. Muitas pedem pra não contar. Insisto para que se responsabilizem com o nosso combinado. Elas gostam disso, e, na semana seguinte, voltam melhores.

Entrevistado 9

Sou psiquiatra e psicanalista. Trabalho em consultório particular e na rede pública.

Comecei a trabalhar com a anorexia pela via da obesidade infantil, na graduação. Na obesidade, havia uma preocupação médica em propor uma reeducação alimentar que se aproximasse de um ideal nutricional. Como médico generalista, fui trabalhar com obesidade adulta, e foi ficando muito claro que a questão ia em outra direção. Iniciei uma formação em psicanálise.

A clínica da anorexia é marcada pela monotonia, por uma repetição e por um discurso que não dá muita volta. É uma clínica que traz a marca da ausência de demanda. A pulsão de morte encontra-se muito desvelada. É uma série monolítica, e para ter alguma saída tem que ter o desejo do analista. Quase como tentar criar uma poesia. Acredito que dá pra fazer um certo contorno.

Observo que a contribuição da psicanálise é mais pela sustentação da clínica. A demanda anoréxica é uma demanda mentirosa. Na verdade, elas não querem nem falar. Quando tentamos investigar, as repostas estão prontas. Algumas chegam pedindo pra emagrecer ainda mais. Eu faço um contrato de peso. Aponto para um certo limite.

Eu começo com uma anamnese bem aberta. O manejo vai depender do caso e da transferência que vai sendo estabelecida. Vejo que o nosso papel é suportar um quadro sem respostas – pelo menos num primeiro momento.

A questão do limite pode abrir um pouco a demanda. Nem sempre acontece. Depende do caso. Na medida em que a relação transferencial vai sendo estabelecida é que alguns elementos começam a aparecer. Tento pinçar esses elementos pra perceber as diferenças e mudanças.

Eu vejo que em alguns casos a demanda é para a medicina e não para a psicanálise. Com esses pacientes, eu procuro acolher e suportar uma quantidade grande do sintoma. Evito associar aumento de peso com a continuidade do tratamento. Evito forçar a alimentação e falar de hospitalização.

Sempre marco um certo limite. Procuo trabalhar com uma redução de danos. Nesse processo, procuro ir pinçando o que aponta para a singularidade do caso. Quase sempre demora muito, mas sempre acaba aparecendo algo. Até aparecer, temos que sustentar aquele quadro frágil e mortífero. É ele que permite um certo laço conosco.

Essas meninas querem é nos anorexizar e nos bulimizar. Entendo que a singularidade é o tratamento possível pra esses casos. Alguns pacientes elaboram e se implicam nos fatores desencadeantes.

Eu tenho uma paciente que saiu da anorexia pela via da escrita. Ela fez uma reconstrução. Houve uma perda e ficou uma versão negativa do pai. Ela conseguiu uma versão diferente pela via da escrita – através de um relato autobiográfico.

Em alguns casos, o sintoma acaba saindo meio de lado. Não adianta tentar provocar uma questão. Tem alguma coisa que muda e que faz com que a menina prescindia do sintoma que vai sendo naturalmente dissolvido. Isso pode ser devido a algo da nossa intervenção ou até de um certo amadurecimento próprio do sujeito. Quase sempre não sabemos dizer o que aconteceu.

Procuo trabalhar com a construção do caso clínico. Vejo que muitas se engajam no processo. A gente colhe os efeitos de uma intervenção. Porém, em muitos casos, não conseguimos fazer isso.

Na medida em que esse laço vai sendo criado é possível sustentar um vínculo diferente do outro materno. Lembro do caso de uma paciente bulímica que ficava dias trancada dentro de casa comendo e vomitando: era um comportamento completamente compulsivo.

Ela dormia apenas entre quarta e quinta feira. Nos demais dias da semana, ela comia e vomitava sem dormir. Depois, começava tudo de novo. Após algumas semanas, ao invés de vomitar no banheiro do apartamento, ela começa a vomitar no banheiro comunitário do prédio, com a porta entreaberta, como se quisesse ser vista. Isso já dá uma diferença grande. Ou seja, tem algo do sintoma que desloca na relação com o Outro.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - SAÚDE DA
CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

A CLÍNICA LACANIANA DA ANOREXIA

EVARISTO NUNES DE MAGALHÃES

Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente, como requisito para obtenção do grau de Doutor em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente área de concentração Ciências da Saúde.

Aprovada em 27 de março de 2014, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Roberto Assis Ferreira - Orientador
 UFMG

Prof(a). Délcio da Fonseca Sobrinho
 UFMG

Prof(a). Henrique Oswaldo da Gama Torres
 UFMG

Prof(a). João Luiz Leitão Paravidini
 UFU

Prof(a). Vânia de Fátima Noronha Alves
 PUC-MG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - SAÚDE DA
CRIANÇA E DO ADOLESCENTE



ATA DA DEFESA DE TESE DO ALUNO EVARISTO NUNES DE MAGALHÃES

Realizou-se, no dia 27 de março de 2014, às 14:00 horas, sala 022, andar térreo da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de tese, intitulada "A CLÍNICA LACANIANA DA ANOREXIA", apresentada por **EVARISTO NUNES DE MAGALHÃES**, número de registro 2010654379, graduado no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente, à seguinte Comissão Examinadora formada pelos Professores Doutores: Roberto Assis Ferreira - Orientador (UFMG), Délcio da Fonseca Sobrinho (UFMG), Henrique Oswaldo da Gama Torres (UFMG), João Luiz Leitão Paravidini (UFU), Vânia de Fátima Noronha Alves (PUC-MG).

A Comissão considerou a tese:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 27 de março de 2014.

Prof. Roberto Assis Ferreira (Doutor)

Prof. Délcio da Fonseca Sobrinho (Doutor)

Prof. Henrique Oswaldo da Gama Torres (Doutor)

Prof. João Luiz Leitão Paravidini (Doutor)

Prof.ª Vânia de Fátima Noronha Alves (Doutora)

ORIGINAL
INFERE COM ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação
Faculdade de Medicina - UFMG