

Tatiana Mattos do Amaral

Anorexia e Bulimia – Um Transtorno Alimentar:

Não se trata disso.

Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte

2007

Tatiana Mattos do Amaral

Anorexia e Bulimia – Um Transtorno Alimentar:

Não se trata disso.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Roberto Assis Ferreira

Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte

2007

A485a Amaral, Tatiana Mattos do
Anorexia e bulimia – um transtorno alimentar: não se trata disso/
Tatiana Mattos do Amaral. Belo Horizonte, 2007.
231f.
Dissertação.(mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais.
Faculdade de Medicina.
Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente
Orientador: Roberto Assis Ferreira
1.Anorexia nervosa/psicologia 2.Anorexia nervosa/diagnóstico
3.Anorexia nervosa/terapia 4.Bulimia nervosa/psicologia 5.Bulimia
nervosa/diagnóstico 6.Bulimia nervosa/terapia 7.Conduitas na prática
dos médicos/tendências 8.Psicanálise 9.Adolescente I.Título

NLM: WS 463
CDU: 616.89-053.7

Universidade Federal de Minas Gerais

Reitor: Ronaldo Tadeu Pena

Pró- Reitor de Pós-Graduação: Prof. Jaime Arturo Ramirez

Pró- Reitor de Pesquisa: Prof. Carlos Alberto Pereira Tavares

Faculdade de Medicina

Diretor: Francisco José Pena

Vice-Diretor: Tarcizo Nunes

Coordenador de Centro da Pós-Graduação: Carlos Faria do Amaral

Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde

Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente

Colegiado

Coordenador: Prof. Joel Alves Lamounier

Sub-coordenador: Prof. Eduardo Araújo de Oliveira

Prof. Ana Cristina Simões e Silva

Prof. Francisco José Pena

Prof. Ivani Nonato Silva

Prof. Lincoln Marcelo Silveira Freire

Prof. Marco Antônio Duarte

Prof. Regina Lunardi Rocha

Representante discente: Rute Maria Velásquez Santos

Dedico este trabalho a todos que o tornaram possível e
àqueles para os quais o desejo do saber aponta além do
conhecimento médico...

Agradecimentos

Agradeço, inicialmente, ao meu orientador Roberto Assis Ferreira, pois, só alguém que acredita “em não tratar-se disso”, consentiria com o tempo lógico da elaboração deste trabalho.

Agradeço aos colegas do NIAB: Mônica Schettino Motta, Maria de Lourdes Motta, Chafia Américo Farah, Tatiane Miranda, Ana Raquel Corrêa e Silva, Roberto Assis Ferreira, Jorge Pimenta, Mônica Lima, Beatriz Espírito Santo, Henrique Torres, Ana Lúcia, Cândida pela parceria no acompanhamento e na construção dos casos relatados. A todos os outros colegas que partilham o conhecimento e a experiência de trabalho nessa clínica desafiadora, meu muito obrigada.

Compartilho com vocês o prazer de primeiras elaborações.

Carrego Comigo
(Carlos Drummond de Andrade)

Carrego comigo
há dezenas de anos
há centenas de anos
o pequeno embrulho.

Serão duas cartas?
será uma flor?
será um retrato?
um lenço talvez?

Já não me recordo
onde o encontrei.
Se foi um presente
ou se foi furtado.

Se os anjos desceram
trazendo-o nas mãos,
se boiava no rio,
se pairava no ar.

Não ousou entreabri-lo.
Que coisa contém,
ou se algo contém,
nunca saberei.

Como poderia
tentar esse gesto?
O embrulho é tão frio
e também é tão quente.

Ele arde nas mãos,
é doce ao meu tato.
Pronto me fascina
e me deixa triste.

Guardar um segredo
em si e consigo
não querer sabê-lo
ou querer demais.

Guardar um segredo
de seus próprios olhos,
por baixo do sono,
atrás da lembrança.

A boca experiente
Saúda os amigos.
Mão aperta mão,
Peito se dilata.

Vem do mar o apelo,
vem das coisas gritos.
O mundo te chama:
Carlos! Não respondes?

Quero responder.
A rua infinita
vai além do mar.
Quero caminhar.

Mas o embrulho pesa.
Vem a tentação
de jogá-lo ao fundo
da primeira vala.

Ou talvez queimá-lo:
cinzas se dispersam
e não fica sombra
sequer, nem remorso.

Ai fardo sutil
que antes me carregas
do que és carregado,
para onde me levas?

Por que não me dizes

a palavra dura
oculta em teu seio,
carga intolerável?

Seguir-te submisso
por tanto caminho
sem saber de ti
Senão que te sigo.

Se agora abrisse
e te revelasse
mesmo em forma de erro,
que alívio seria!

Mas ficas fechado.
Carrego-te a noite
se vou para o baile.
De manhã de leve

para a escura fábrica
de negro subúrbio.
És de fato, amigo
Secreto e evidente.

Perder-te seria
perder-me a mim próprio.
Sou um homem livre
mas levo uma coisa.

Não sei o que seja.
Eu não a escolhi.
Jamais a fitei.
Mas levo uma coisa.

Não estou vazio,
não estou sozinho,
pois anda comigo
algo indescritível.

Sumário

Notas explicativas	8
Resumo	9
Abstract	10
Índice de Tabelas	11
Anorexia e Bulimia para além do Quadro Clínico	12
Transtornos Alimentares Uma perspectiva Histórica à contribuição da Psicanálise	41
Anorexia e Bulimia – Saídas do Sujeito Adolescente	55
Metodologia	67
Fragmentos da história de H.	78
Fragmentos da história de N.	100
Fragmentos da história de A.	111
Fragmentos da história de R.	126
Fragmentos da história de W.	139
Fragmentos da história de C.	149
Fragmentos da história de P.	163
Fragmentos da história de S.	171
Fragmentos da história de K.	183
A vertente médica e psicanalítica do sintoma	192
O universal dos Transtornos Alimentares e o singular de Sujeitos com sintomas de Anorexia e Bulimia	203
Anorexia/Bulimia e o Inconsciente	210
Bibliografia consultada	225

Notas Explicativas

Este trabalho estrutura-se em três momentos. O primeiro deles constitui-se de três textos (Anorexia e Bulimia para além do quadro clínico; Transtornos Alimentares – Uma perspectiva história à contribuição da psicanálise e Anorexia e Bulimia: Uma saída do Sujeito Adolescente) que fazem uma introdução teórica ao tema e contextualizam a construção do trabalho na literatura médica e psicanalítica. Os textos devem ser considerados como leituras independentes, não sequenciais onde um mesmo tema será trabalhado em aspectos diferentes.

No segundo momento, a metodologia marca a transição da teoria para a experiência clínica. A teoria é novamente convocada a partir dos impasses clínicos na descrição de nove fragmentos de casos. Marca-se nesse momento, a passagem do universal quadro clínico à construção do caso clínico. Todos os casos fazem parte da casuística do NIAB, Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia, serviço do qual a autora é integrante. Todos os casos contaram com a colaboração dos colegas que os atendem em suas vertentes médica, psicanalítica e psiquiátrica, como pode ser mais bem compreendido no texto sobre a Metodologia.

Conclui-se o trabalho em um terceiro momento, quando há um esforço em teorizar, a partir da particularidade dos casos apresentados, alguns marcos teóricos que orientaram a construção da dissertação. Serão apresentados os seguintes textos: A vertente médica e psicanalítica do sintoma; O Universal dos Transtornos Alimentares e o singular de sujeitos com sintomas anoréxicos e bulímicos e Anorexia/Bulimia e o inconsciente.

Resumo

O conceito médico e psiquiátrico da Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa é de doenças onde há um transtorno alimentar e distorção da imagem corporal, sendo que a rejeição do alimento, e/ou as medidas purgativas compensatórias são os fenômenos centrais do quadro clínico. O generalizável e o universal da classificação dos pacientes em categorias diagnósticas, como o fazem o DSM-IV e o CID 10, mostram-se insuficientes para a condução dos casos. A prática do diagnóstico médico tem inerente a ela a idéia de que o indivíduo é o exemplar de uma classe. A proposta de classificação com critérios gerais possibilita dados globais do problema e garante o diagnóstico e uma nomeação, mas não acrescenta sobre a singularidade do caso. Uma clínica que se aproxima das questões subjetivas dos pacientes confirma o fato de que a anorexia e bulimia não constituem fundamentalmente um transtorno alimentar, não se trata disso. Há um equívoco em abordar um caso de anorexia e bulimia enquanto um transtorno alimentar, por mais cuidados médicos que as repercussões sobre o corpo possam exigir. Esses fenômenos clínicos são expressões sintomáticas em resposta a conflitos psíquicos. O método científico, universal exclui a subjetividade; mas a escuta mais acurada, mostra que ela, a subjetividade, insiste. Há algo que escapa à proposta terapêutica e normativa. Este estudo propõe a partir da construção de casos clínicos, que os chamados Transtornos Alimentares não podem ser reduzidos a doenças orgânicas. Essa compreensão a partir de uma leitura psicanalítica acrescenta e cria novas possibilidades à direção do tratamento. Os casos em série não se furtam aos paradigmas admitidos em uma comunidade epistêmica; assim sempre há aspectos clínicos que podem ser generalizados. O trabalho com os casos se define por uma clínica do particular, particularidade essa que só se torna possível pela via do singular, a partir de uma manobra transferencial. A experiência clínica, a repetição de aspectos teóricos em cada caso, determinados pelo que há de mais singular em cada paciente, garante a transmissão da psicanálise enquanto saber. A particularidade passa a ter um valor paradigmático. A particularidade de cada caso dá a ele o seu valor metodológico e nos ensina sobre a direção do tratamento, nessa clínica que nos convoca à invenção. A psicanálise propõe a clínica do um a um, do singular. Ao se desvelar o envoltório universal do sintoma, encontramos uma história particular; a anorexia e a bulimia de cada sujeito. Apesar da fenomenologia típica dos sintomas, cada um deles é particular e peculiar, o sentido de um mesmo sintoma em diversos sujeitos é diferente. Trata-se de individualizar a partir da série monótona e genérica dos fenômenos anoréxicos-bulímicos (rituais, vômitos, restrições alimentares). Através dos fragmentos de casos clínicos, verifica-se que o deslocamento do quadro clínico ao caso clínico, desvela uma série de vivências psíquicas que apontam para a singularidade do sujeito e reorientam a clínica.

Abstract

The medical and psychiatric concept of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa are diseases characterized by alimentary disorder and body-image distortion, where compensatory food rejection and/or purgative measures are the central phenomena of the clinical picture. The general and universal aspects of the classification of patients in diagnostic categories, as proposed in DSM-IV and ICD-10, have proven insufficient for the appropriate conduction of the cases. Practical medical diagnosis inherently includes the idea of the individual being an instance of a class. The proposal of general criteria classification allows the analysis of global problem data and ensures adequate diagnosis and nomination, but does not contribute to the singularity of each case. A clinic which is closer to the subjective questions of the patients confirms the fact that anorexia and bulimia do not fundamentally constitute an alimentary disorder – that is not the case. It is a mistake to approach a case of anorexia and bulimia as an alimentary disorder, no matter how much medical care is demanded by the body repercussions. These clinical phenomena are actually symptomatic expressions in response to psychic conflicts. The universal scientific method excludes subjectivity; but a more accurate listening states that subjectivity prevails. There is yet something that evades a therapeutic and normative proposal. This study proposes, from the construction of clinical cases, that the so-called Alimentary Disorders cannot be reduced to organic illnesses. This understanding, which is built from a psychoanalytical reading, contributes and creates new possibilities to the directions of the treatment. The serial cases do not evade the paradigms admitted in an epistemic community; hence, there are always clinical aspects which can be generalized. The work with each case defines itself as a clinic of the particular. This particularity can only be possible through the way of the singular, by means of a transferential maneuver. The clinical experience – the repetition of theoretical aspects in each case, which is determined by the most singular aspects in each patient – ensures the transmission of the psychoanalysis knowledge. Particularity then attains a paradigmatic value. The particularity of each case provides it with methodological value and teaches us about treatment directions, in this clinic that urges invention. Psychoanalysis proposes the clinic of “one by one”, the clinic of the singular. As the universal envelopment of the symptom is unveiled, one can find a particular history – the anorexia and bulimia of each subject. Despite the typical phenomenology of the symptoms, each of them is particular and peculiar; the sense of a single symptom is different in each subject. It is about providing individualization from the monotonous and generic series of the anorexic-bulimic phenomena (rituals, vomiting, food restrictions). Through the fragments of clinical cases, we verified that the movement from the clinical picture to the clinical case unveils a series of psychic experiences which point out the singularity of the subject and reorient the clinic.

Índice de Tabelas

Tabela 1. Critérios Diagnósticos para Anorexia Nervosa	Pág 15
Tabela 2. Critérios Diagnósticos para Bulimia Nervosa	Pág 20
Tabela 3. Critérios Diagnósticos para Transtorno Alimentar sem Outra Especificação	Pág 21
Tabela 4. Morbidade e Mortalidade na Anorexia e Bulimia Nervosa	Pág 23

Anorexia e Bulimia para além do Quadro Clínico

It is such a terrible disease because you watch your child deliberately hurting herself, and obviously suffering, and yet you are unable to help her. Another tragedy is that it affects the whole family, for we live in an atmosphere of constant fear and tension. It is heart breaking to see Alma caught in the vise of this disease and unable to get out of it. Her reason tells her that she wants to get well and lead a normal life, but she cannot overcome the fear of gaining weight. Her thinness has become her pride and joy and the main object of her life. (Bruch,1978)¹

O DSM-IV-TR - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quarta edição texto revisado (2002) - e a CID 10 - Classificação de Transtornos Mentais e de comportamento (1993) – utilizam a nomenclatura de Transtornos da Alimentação e Transtornos alimentares, para os quadros clínicos de anorexia nervosa e bulimia. Este trabalho se inicia buscando a compreensão dos chamados transtornos alimentares no contexto médico e científico. Para tal, fundamenta-se nas referências já citadas das classificações internacionais e no texto de revisão de Silber e Lenoir (2006). A seguir, procura-se trazer alguns aspectos teóricos da psicanálise que contribuem para a compreensão desses quadros. O objetivo não é realizar uma revisão da literatura médica, mas sim, uma discussão que permita a visão da medicina sobre os transtornos alimentares e a possibilidade de ir além desse enfoque.

Os transtornos da alimentação caracterizam-se por graves perturbações no comportamento alimentar. A anorexia nervosa se caracteriza por uma recusa em manter o peso corporal em uma faixa normal mínima; já a bulimia é caracterizada por episódios

¹ *É realmente uma terrível doença, porque você vê a sua filha se ferindo deliberadamente, certamente sofrendo e você não é apta a ajudá-la. Outra tragédia, é que isto afeta toda a família, que vive em uma atmosfera de constante tensão e medo. É triste ver Alma presa a esta doença sem conseguir sair dela. Racionalmente, ela quer levar uma vida normal mas ela não consegue vencer o medo de ganhar peso. Sua magreza tornou-se seu orgulho e o principal motivo de sua vida.*

repetidos de compulsões alimentares, seguidas de comportamentos compensatórios como vômitos, abuso de laxantes, diuréticos, medicamentos anorexígenos, jejuns e exercícios excessivos. Há em ambos os quadros, uma perturbação na percepção da forma e do peso corporal, um temor irracional de engordar, ou seja, um quadro obsessivo, que passa a controlar a vida dessas pacientes.

Anorexia Nervosa

A Anorexia Nervosa tem como características principais: recusa em manter o peso corporal em faixa normal mínima para idade e altura e/ou o fracasso em adquirir os ganhos ponderais esperados para alcançar o potencial de crescimento esperado para uma determinada faixa etária. Além disso, um medo intenso de engordar e uma distorção na percepção da imagem corporal. O DSM IV sugere que o paciente pese menos que 85% do peso considerado ideal para a sua idade e altura. Já o CID 10 tem como critério um índice de massa corporal igual ou inferior a 17,5Kg/m.

O DSM IV considera na avaliação do critério A (Tabela 1) a constituição corporal do indivíduo e a velocidade de perda de peso. A perda de peso é obtida pela redução, seleção de alguns alimentos e até negativa radical da ingestão de alimentos. A anorexia pode ser classificada como restritiva ou purgativa. No primeiro caso, a perda de peso é obtida principalmente pela restrição alimentar, jejuns ou exercícios físicos. Não há episódios de hiperfagia ou purgação. Na anorexia tipo compulsão periódica/purgativa, há períodos regulares de hiperfagia e/ou purgações.

O critério B (Tabela 1), refere-se ao medo intenso de ganhar peso ou engordar. A preocupação com o ganho ponderal, frequentemente aumenta com a redução do peso real. Normalmente as pacientes traçam metas a serem cumpridas em relação ao peso ideal, por exemplo, 40kg mas, ao atingirem tal peso, logo se auto impõem outra meta, ou seja, atingir um peso ainda menor que o anterior. A rotina da mensuração do peso faz-se para elas, imprescindível e angustiante. A variação diária habitual do peso torna-se um problema. Qualquer ganho de peso, mesmo que mínimo é vivenciado como um excesso e um fracasso em relação aos ideais pré-estabelecidos. Fracassam por não conseguir manter o autocontrole. Perder peso é uma conquista, um júbilo.

A distorção da imagem corporal; critério C (Tabela 1) é o aspecto que predomina no quadro clínico. A maioria das pacientes percebe-se gorda, apesar da desnutrição; outras localizam o excesso de peso em alguma parte do corpo, em geral o abdome. A concretude da percepção da imagem corporal as mantém na busca constante de cada vez perder mais peso.

A amenorreia por pelo menos três ciclos consecutivos (critério D) (Tabela 1) é em geral uma consequência da perda de peso, e em alguns casos pode precedê-la. Em adolescentes pré púberes, a puberdade pode deixar de ocorrer, com a conseqüente manutenção do corpo infantil. Nesses casos, normalmente há um atraso da idade óssea e a menarca fica postergada. Se o quadro de desnutrição é muito prolongado, o potencial de crescimento é comprometido e algumas vezes irrecuperável.

Tabela 1 – Critérios para diagnóstico de Anorexia Nervosa

-
- A. Recusa a manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e altura (perda de peso levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado ou fracasso em ter o ganho ponderal esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado)
 - B. Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, mesmo estando com peso abaixo do normal.
 - C. Perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a auto-avaliação, ou negação do baixo peso atual.
 - D. Nas mulheres pós-menarca, amenorréia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos. (Considera-se que uma mulher tem amenorréia se seus períodos ocorrem apenas após a administração de hormônio por exemplo estrógeno).

Especificar tipo:

Tipo Restritivo: durante o episódio atual de anorexia nervosa, o indivíduo não envolveu-se regularmente em um comportamento de hiperfagia compulsiva ou de purgação (p. ex., auto-indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

Tipo Compulsão periódica/Purgativo: durante o episódio atual de anorexia nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente em um comportamento de hiperfagia compulsiva ou de purgação (p. ex., auto-indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

FONTE: DSM-IV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed 4. Washington, 1994*

Habitualmente, a maioria das adolescentes e mulheres com Anorexia Nervosa, não se ajustam inteiramente aos critérios do DSM IV TR e os da CID 10. Lenoir e Silver, (2006) fazem a crítica para tal afirmação. “Em primeiro lugar, é muito difícil aplicar os critérios de peso estabelecidos para a anorexia nervosa, já que o cálculo do peso teórico implica considerar uma estatura já comprometida pela desnutrição”. Ademais, a amenorreia pode não ocorrer em pacientes anoréxicas, nesses casos havendo irregularidade menstrual, ou a paciente ainda não ter apresentado menarca.

Lenoir e Silber, (2006) continuando a discussão sobre os critérios diagnósticos afirmam: “Todas as circunstâncias fazem com que atualmente se trabalhe com os critérios para os transtornos alimentares do The great Ormond Street, que apesar de similares aos critérios já citados, não requerem nem a amenorreia e nem uma perda de peso pré-determinada. Isso é muito importante já que ao seguir os critérios preconizados pelo DSM IV TR ou pelo CID 10, muitos adolescentes seriam classificados como portadores de um transtorno alimentar não especificado, uma afecção muito menos perigosa que a anorexia e bulimia; o que poderia comprometer o tratamento instituído.”

O DSM IV TR considera outros transtornos mentais associados a anorexia nervosa. Os pacientes podem ter sintomas que satisfazem os critérios para o Transtorno Depressivo Maior. Questiona-se se as alterações do humor são secundárias à inanição e recomenda-se que sejam reavaliados após a recuperação do peso. Os sintomas depressivos mais frequentemente observados são: humor deprimido, retraimento social, irritabilidade, insônia e interesse diminuído pelo sexo. Aspectos obsessivos compulsivos não relacionados com os alimentos, forma corporal ou peso sugerem um diagnóstico adicional de Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Em relação a associação de critérios para Transtornos de Personalidade: “Outras características ocasionalmente associadas com Anorexia nervosa incluem preocupações acerca de comer em público, espontaneidade social limitada, além de iniciativa e expressão emocional demasiadamente reprimidas. Uma porção substancial dos indivíduos com Anorexia Nervosa tem um distúrbio de personalidade que satisfaz os critérios para pelo menos um transtorno de personalidade. Comparados com indivíduos com Anorexia Nervosa, tipo Restritivo, aqueles como tipo de Compulsão Periódica/Purgativo estão mais propensos a ter outros problemas de controle dos impulsos, a abusarem de álcool ou outras drogas, a exibirem maior instabilidade do humor a serem sexualmente ativos, a ter maior frequência de tentativas de suicídio em sua história e a ter um distúrbio de personalidade que satisfaz os critérios para Transtornos de Personalidade Boderline.”

A anorexia antes uma enfermidade considerada de classe média alta, hoje é uma patologia global que atinge adolescentes de todas as classes socioeconômicas, culturais e de idades cada vez mais precoces. Os sintomas desencadeiam-se normalmente na adolescência e se relacionam com dietas para perder peso, críticas sobre a imagem corporal, perdas recentes e mudanças corporais decorrentes da puberdade. Na clínica, observa-se o

aumento da frequência dos sintomas em mulheres adultas quando convocadas a exercer o seu papel feminino. Aproximadamente um terço das pacientes com anorexia desenvolve bulimia durante a evolução da doença. A taxa de mortalidade pode chegar a 20% e quase metade das mortes corresponde a suicídio.

As consequências clínicas da anorexia nervosa são semelhantes às de um quadro de desnutrição crônica. Há comprometimento em praticamente todos os sistemas orgânicos, sendo as alterações endocrinológicas bastante evidentes (osteoporose, amenorreia). As alterações cardiológicas são graves. Podem ser citadas: arritmias, diminuição dos batimentos cardíacos e alterações do ECG (alterações na repolarização); insuficiência cardíaca congestiva; parada cardíaca nos casos graves; lentificação do pulso e pressão arterial diminuída além de comprometimento da circulação periférica. Além dessas, as pacientes costumam apresentar queixas de constipação intestinal, dor abdominal, intolerância ao frio, letargia, hipotermia, pele seca e transtornos do sono. A prática de induzir os vômitos complica-se com alterações nos dentes e alterações gástricas. Além do suicídio como causa de morte na anorexia nervosa são descritas: infecções intercorrentes, distúrbios hidroeletrólíticos e arritmias cardíacas. As principais complicações clínicas da anorexia e bulimia encontram-se listadas na tabela 4.

Bulimia Nervosa

Na bulimia nervosa a questão central é também o medo de engordar, as pacientes apresentam distorção da imagem corporal, episódios recorrentes de comer compulsivo e a utilização de medidas purgativas (métodos compensatórios) para perder ou manter o peso. Apesar disso, a maioria das pacientes encontra-se dentro da faixa de peso normal ou até mesmo um pouco acima desse. Os episódios bulímicos são caracterizados pela ingestão de grande quantidade de alimentos (normalmente mais do que se consumiria em situações similares) por um período limitado de tempo (menos que 2 horas), (critério A1 - tabela 2).

As crises bulímicas ocorrem em geral em segredo e são desencadeadas por estados de humor disfóricos, estressores interpessoais, fome intensa após um longo período de restrição alimentar. A sensação após os episódios é de vergonha e descontrole (Critério A2- tabela 2). O sentimento agudo de perda do controle pode seguir-se a indicadores comportamentais de prejuízo de controle, ou seja, dificuldade de resistir a comer em excesso ou dificuldade para cessar um episódio bulímico, uma vez iniciado. Nas bulímicas os sintomas tornam-se evidentes na adolescência tardia ou após um período de anorexia fracassada e se caracterizam pelos episódios purgativos. O comportamento é escondido durante muito tempo, elas se sentem envergonhadas e frustradas. Não conseguir manter o controle sobre o corpo é um sinal de fraqueza moral. O pavor do descontrole (inicialmente evidenciado em relação à comida) se apresenta também em outros aspectos de sua vida, o que gera comportamentos específicos normalmente com características compulsivas e/ou obsessivas. Nesses casos, normalmente o sujeito se queixa, se não de suas crises, ao menos de suas consequências. Os sintomas depressivos que acompanham o quadro são evidentes e a demanda por algum tipo de atendimento é mais frequente.

O critério B para diagnóstico da Bulimia Nervosa (Tabela 2), contempla o uso recorrente de comportamentos compensatórios inadequados para prevenir o aumento de peso. A indução de vômitos é a medida purgativa mais comumente utilizada, sendo empregada por 80% a 90% dos indivíduos com bulimia. Esse comportamento traz um alívio imediato à culpa subsequente ao episódio compulsivo. Outras medidas compensatórias seriam os laxantes, diuréticos, anorexígenos, enemas, além da atividade física. A atividade física é considerada excessiva quando interfere em outras atividades sociais, ocorre em momentos inadequados e ainda quando continua ocorrendo apesar de lesões físicas associadas. O critério D (Tabela 2), corresponde a distorção da imagem corporal. Há um medo intenso em ganhar peso, insatisfação com a imagem corporal.

O DSM IV TR determina dois subtipos para a Bulimia Nervosa: Tipo-Purgativo e Tipo Não-Purgativo. No primeiro caso, o indivíduo se envolve regularmente na indução de vômitos ou uso de laxantes, diuréticos ou enemas durante o episódio atual de bulimia e no segundo, utiliza como medidas compensatórias jejuns ou atividade física intensa, mas não a indução de vômitos, laxantes ou enemas no episódio atual.

Os Sintomas Depressivos ou Transtornos do Humor (Transtorno Distímico ou Transtorno Depressivo Maior), Transtornos de Ansiedade e Transtornos de Personalidade (Borderline) aparecem com frequência em indivíduos com bulimia nervosa. Dependência de substâncias ou abuso ocorre em cerca de um terço dos casos.

Os episódios bulímicos ocorrem durante ou após um período de dieta. Relacionam-se períodos de remissão maiores que um ano a melhores resultados em longo prazo.

As consequências médicas mais comuns na Bulimia Nervosa estão relacionadas ao uso das medidas purgativas, que produzem distúrbios hidroeletrólíticos; mais comumente hipocalemia, hiponatremia, hipocloremia, alcalose metabólica ou acidose metabólica. Há

um desgaste acentuado dos dentes, aumento das parótidas e calos no dorso das mãos devido aos vômitos. Podem ocorrer alterações no ciclo menstrual até amenorreia, arritmias cardíacas, além de sintomas gastrointestinais (ruptura do esôfago, estomago, prolapso retal) (Tabela 4).

Tabela 2 – Critérios diagnósticos para Bulimia Nervosa

-
- A. Episódios recorrentes de compulsão periódica. Um episódio de compulsão periódica é caracterizado por ambos os seguintes aspectos:
- (1) ingestão em um período limitado de tempo (p. ex., dentro de um período de 2 horas), de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e sob circunstâncias similares
 - (2) um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio (p. ex., um sentimento de incapacidade de parar de comer ou de controlar o que ou quanto está comendo).
- B. Comportamento compensatório inadequado e recorrente, com o fim de prevenir o aumento de peso, como auto-indução de vômito, uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos, jejuns ou exercícios excessivos.
- C. A compulsão periódica e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em média, pelo menos duas vezes por semana, por 3 meses.
- D. A auto-avaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo.
- E. O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de Anorexia Nervosa.

Especificar tipo:

Tipo purgativo: durante o episódio atual de Bulimia Nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente na auto-indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

Tipo sem purgação: durante o episódio atual de Bulimia Nervosa, o indivíduo usou outros comportamentos compensatórios inadequados, tais como jejuns ou exercícios excessivos, mas não envolveu-se regularmente na auto-indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

FONTE: DMS-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed 4. Washington, 1994

O diagnóstico psiquiátrico se vale ainda de outra categoria para classificar os transtornos alimentares que não preencheram os critérios específicos qualquer Transtorno Alimentação específico (Tabela 3) São classificados como Transtorno da alimentar sem outra Especificação os seguintes casos:

- Mulheres para as quais são satisfeitos todos os critérios para Anorexia Nervosa, exceto pelo fato de que as menstruações são regulares.
- São satisfeitos todos os critérios para Anorexia Nervosa, exceto que, apesar de uma perda de peso significativa, o peso atual do indivíduo está na faixa normal.

- São satisfeitos todos os critérios para Bulimia Nervosa, exceto que a compulsão alimentar e os mecanismos compensatórios inadequados ocorrem menos de duas vezes por semana ou por menos de 3 meses.
- Uso regular de um comportamento compensatório inadequado por um indivíduo de peso corporal normal, após consumir pequenas quantidades de alimento (p. ex., vômito induzido após o consumo de dois biscoitos).
- Mastigar e cuspir repetidamente, sem engolir, grandes quantidades de alimentos.
- Transtorno de compulsão periódica: crises bulímicas recorrentes na ausência do uso regular de comportamentos compensatórios inadequados, característico de Bulimia Nervosa.

Tabela 3 -Critérios diagnósticos para Transtorno Alimentar sem outra especificação

A categoria “transtorno alimentar sem outra especificação” destina-se a transtornos da alimentação que não satisfazem os critérios para nenhum transtorno alimentar específico.

Exemplos:

1. Para mulheres, todos os critérios para anorexia nervosa são satisfeitos, exceto pela presença de menstruações regulares.
2. Todos os critérios para anorexia nervosa são satisfeitos , exceto que, a despeito da perda de peso significativa, o peso atual do indivíduo está dentro da variação normal.
3. Todos os critérios para bulimia nervosa são satisfeitos , exceto que a compulsão periódica e os mecanismos compensatórios inadequados ocorrem com uma frequência inferior a duas vezes por semana ou com uma duração inferior a de três meses.
4. O uso regular de um comportamento compensatório inadequado por um indivíduo de peso corporal normal após a ingestão de pequenas quantidades de alimento (p. ex., auto-indução de vômito após a ingestão de dois biscoitos).
5. Mastigar e cuspir fora sem engolir grandes quantidades de alimento.
6. Transtorno de compulsão periódica: episódios recorrentes de hiperfagia na ausência do uso regular de comportamentos compensatórios inadequados característicos da bulimia nervosa.

FONTE: DSM-IV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed 4. Washington, 1994*

Os casos clínicos contribuem para a compreensão dos sintomas anoréxicos e bulímicos e apontam para aspectos que fogem á descrição fenomenológica do quadro clínico. O discurso psicanalítico entende os sintomas anoréxicos e bulímicos além do universal, do anônimo e classificatório das categorias psiquiátricas. A psicanálise leva em conta o particular do sujeito, eixo de sua ética, e a partir daí ao estudar os casos promove um enfraquecimento das referências descritivas da Anorexia e Bulimia Nervosa como comportamentos fenomenológicos e apontam para a insuficiência dos critérios para a condução clínica do caso. Segundo Menard (1998): “Com Freud e Lacan nós afirmaremos que não se trata de uma disfunção nutricional a retificar por uma reeducação, como se esses distúrbios estivessem ligados a uma desregulação das necessidades, mas antes o contrário, no campo da palavra e da linguagem, da expressão de um desejo inconfesso e de uma forma original de gozo”. Recalcati (2004) nos traz ainda que a partir de uma leitura psicanalítica, a anorexia-bulimia não é uma estrutura psíquica. O problema então seria determinar a estrutura psíquica do paciente que habita o discurso anoréxico-bulímico.

A anorexia não traz dificuldades para o diagnóstico médico. A anoréxica não se furta de mostrar-se anoréxica. O corpo magro é exposto desnudando a face do horror e capturando os olhares em torno de si, inclusive do médico, convocando-o a restaurar a normalidade. Já na bulimia os sintomas costumam ficar ocultos por um longo período, esporadicamente anos.

Bailarina desde os 6 anos de idade sempre foi cobrada em relação ao corpo, mas afirma que a preocupação surgiu aos 14 anos, quando identifica-se com uma amiga anoréxica. Sempre quis ser a primeira e sempre comparei o corpo com as outras meninas.

Tabela 4. Morbidade e mortalidade na anorexia nervosa e bulimia nervosa

	Tipo restritivo	Tipo compulsivo/purgativo
Gerais	Desnutrição, leucopenia, emaciação	Desnutrição, emaciação, desequilíbrio hidroeletrólítico
Pele	Seca, amarelada, com lanugo	Sinal de Russel (calosidade em dorso das mãos), edema periférico
Cavidade oral	Hipertrofia das glândulas salivares	Erosão do esmalte dos dentes, cáries, hipertrofia das glândulas parótidas
Olhos	Enoftalmia	Hemorragias conjuntivais, midriase devido ao abuso de substâncias
Cardíaca	Bradycardia, hipotensão, alteração da contratilidade miocárdica, prolapso de válvula mitral, prolongação do intervalo QT, morte súbita	Pulso irregular, arritmias cardíacas, morte súbita, miocardiopatia, taicardia e hipertensão (abuso de substâncias)
Gastrointestinal	Retardo do esvaziamento gástrico, alteração da motilidade intestinal, constipação, síndrome da artéria mesentérica superior	Diarréia, melena, cólicas (abuso de laxantes), refluxo gastroesofágico, dor precordial/esofagite, síndrome de Mallory Weiss, hematemese
Renal	Isostenúria, cálculos renais, insuficiência renal crônica	Pseudo síndrome de Batter e azotemia pré-renal
Endócrina	Amenorréia hipotalâmica, vaginite atrofica, atrofia do tecido mamário, secreção inadequada do hormônio anti diurético, e atraso puberal	Ciclos menstruais irregulares, hiperaldosteronismo secundário
Musculoesquelética	Atrofia do tecido muscular, osteopenia e osteoporose	Miocardiopatia, miopatia (abuso de substâncias)
Neurológica	Hipervigilância, hiperatividade, convulsões (na síndrome de recuperação nutricional ou em casos de intoxicação hídrica), síndrome cerebral orgânica, atrofia cerebral, letargia, estupor, coma, morte devido a jejum prolongado	Convulsões (efedrina e anfetamina)
Iatrogenica	Síndrome de realimentação, perfuração gástrica, dilatação gástrica aguda, pneumonia aspirativa	
Comportamento psiquiátrica	Inibição, transtornos de ansiedade, de personalidade, distímias, tentativas de suicídio e suicídio	

Tabela retirada do artigo de revisão: Anorexia nervosa em Niños y adolescentes, Silber e Lenoir, 2006

O comportamento anoréxico faz sintoma para a medicina, mas não para o próprio sujeito. Na maioria dos casos, a procura pelo atendimento médico se faz pelos familiares ou responsáveis e a procura por um trabalho terapêutico se dá quase sempre após um longo percurso pela medicina a procura de causas orgânicas para a suposta falta de apetite.

A anoréxica, ela mesma, não come nada e não demanda nada: *Estou bem; não há nada de errado comigo, minha mãe e minhas irmãs estão preocupadas sem motivo; ou outra hospitalizada por desequilíbrio clínico grave, quando alguém lhe deseja melhoras: Não preciso melhorar, não vê que estou bem.*

A anoréxica já se apresenta como tal e mostra a convicção de não comer e seu medo de engordar:

Eu sou anoréxica; tudo começou porque eu estava me sentindo um pouco gorda e resolvi fazer um regime; a minha avaliação na academia mostrou que eu estava com excesso e devia perder peso; minha tia falou: nossa, como você encorpou! A partir daí eu resolvi emagrecer.

As anoréxicas não têm questão, o sintoma é vitorioso. *Eu não tenho problema nenhum, a minha mãe é que acha que eu estou muito magra e tenho que vir aqui.* A análise dos casos coincide com a literatura apontando o sintoma anoréxico como pergunta para os familiares e para o médico, que querem fazer a anoréxica comer. *Eu não estou doente, eu só quero ser magra. Quem me encaminhou foi aquela chata da doutora, a endocrinologista.*

A anoréxica ao procurar atendimento o faz na tentativa de fazer uma parceria com o profissional “... *eu vim aqui, porque eu quero emagrecer*”. “*Quero uma receita, uma forma de emagrecer mais rápido*”. A demanda de tratamento habitualmente se faz quando o sintoma não mais se sustenta.

Já as adolescentes com sintomas bulímicos, habitualmente, ocultam seus sintomas, apresentando-se profundamente insatisfeitas com ela mesmas. Os sintomas bulímicos são mais freqüentes na adolescência tardia e a maioria das pacientes convive algum tempo com os sintomas bulímicos antes de procurar assistência médica. Os sintomas causam vergonha, pois, significam em geral, não ter “controle” sobre a alimentação. É comum surgirem após um período de anorexia fracassada. Manter os episódios purgativos encobertos vem acompanhado de muita angústia. O “fracasso” do sintoma, ou seja, a sensação de perda de controle em relação ao corpo e a comida as tornam mais acessíveis à intervenção e a busca por atendimento se dá na maior parte das vezes, de forma espontânea.

A preocupação com o corpo ou com a comida em alguns casos é anterior ao início dos sintomas anoréxicos ou bulímicos propriamente ditos. Em algumas famílias, o ideal do corpo magro é compartilhado pelas gerações de mulheres. *Depois que a mãe falou que estava gordinha, começou a se preocupar muito com o corpo, sempre queria ser magra. Tinha complexo de inferioridade, sentia-se uma pessoa inferior, não se sentia bem, tinha medo de sair na rua.*

O desencadeamento dos sintomas é muito comum na adolescência, período de travessia da infância para a vida adulta, quando então o sujeito é convocado pelos apelos da sexualidade e do Outro social. Esses apelos podem ser vividos como real, ou seja, como algo incompreensível, estranho que não pode ser elaborado e simbolizado. Alguns autores compreendem os sintomas anoréxicos e bulímicos nesse momento como defesa a esse real

impossível de se assimilar. Corroborando essa ideia, as pacientes acompanhadas associam o início dos sintomas a um evento marcante como acidente ou morte de um membro da família, período de vestibular, separação dos pais, namoro; situações essas, que apareceram como o real que convocou a subjetividade e a necessidade de simbolização. *Naquela época juntou tudo, o meu avô doente, o meu pai quase perdendo a promoção, que ele lutou tanto para conseguir.*

Nas famílias das pacientes com sintomas anoréxicos e bulímicos, nota-se uma harmonia aparente e frágil. Um estudo mais aprofundado evidencia uma desorganização intensa. Observa-se ausência de espaço para conflitos, as filhas agradam aos pais mesmo que a atitude lhes cause sofrimento. As filhas são muito valorizadas e ocupam o lugar de “filha única”, são superprotegidas pelos pais. Há uma grande expectativa em relação à filha e elas tendem a corresponder a essa expectativa sendo brilhante em tudo o que experimentam. *Se você nasce filha de um rei, você está condenado a ser muito especial – você também tem que vir a ser um rei. Se você dá muito, muito é esperado de você.*

A evolução dos sintomas é bastante particular. Muitas pacientes evoluem com a redução dos sintomas mortíferos, mas, a preocupação com o corpo pode permanecer mesmo após longo período de evolução. Outras apresentam piora do quadro de restrição alimentar ou bulímico, mesmo após longo período de estabilidade clínica. Algumas pacientes apresentam demanda de análise após a compreensão de que não se trata de um transtorno orgânico.

O enfoque exclusivo na fenomenologia clínica exclui o sujeito do discurso, o sujeito é falado, é tratado como objeto. A classificação universaliza o discurso e privilegia o outro e não o sujeito. O sujeito colocado como objeto, é falado. Sujeito aqui entendido como um ser submetido às leis da linguagem que o constitui e que se manifesta de forma privilegiada

nas manifestações do inconsciente. É o sujeito do desejo, diferente do indivíduo biológico e do sujeito da compreensão. Lacan introduziu o Outro com letra maiúscula para distingui-lo do outro que é o semelhante, o parceiro imaginário. O Outro é da ordem da linguagem, o que é anterior e exterior ao sujeito e que de alguma forma o determina.

É princípio ético fundamental da psicanálise privilegiar a fala, fazer surgir o sujeito no paciente, pois aí, se exclui a possibilidade do sujeito ser falado pelo Outro. Não é fácil fazer a anoréxica falar. É preciso que ocorra um deslocamento durante o tratamento, é preciso que opere um vazio para o sujeito, um vazio que se faça questão, que coloque o sujeito a trabalho. Trabalho com palavras. Construção de um saber... Algo além do gozo do sintoma. Não há regras e técnicas psicanalíticas para fazer surgir o sujeito, não há protocolos a serem seguidos e que garantam sucesso. Cada sujeito é um, particular em seus desejos e soluções. Essa especificidade faz de cada caso estudado, um caso paradigmático. Menard (2002) em seu texto Novos Sintomas da Oralidade ao escrever sobre Dos ditos ao dizer, esclarece: “A anorexia se exprime em uma mostração, mas é frequentemente desconhecida do sujeito como sintoma. A bulimia é escondida como vergonhosa, mas é reconhecida mais facilmente como tal. Teremos que permitir à anoréxica traduzir em palavras o que ela coloca em ato, ao bulímico reconstruir a fantasia que subtende a seu sintoma. Lembremos que o que é considerado pelos médicos como sintoma não é um sintoma analítico. Para que esse advenha é necessário, não somente que o sujeito se queixe, mas que ele se implique no sintoma e se enderece a outro suposto saber para livrar-se dele.

A seguir, serão destacados alguns aspectos da teoria psicanalítica que ampliam a descrição médica dos quadros de Anorexia e Bulimia Nervosa e que contribuirão para elucidar os objetivos propostos. Não é objetivo desse trabalho, discorrer sobre a teoria psicanalítica da anorexia e bulimia, mas usá-la, para permitir um melhor conhecimento clínico desses quadros.

A psicanálise entende a anorexia e a bulimia como sintomas trans-estruturais, ou seja, sintomas, que não se encaixam totalmente na primeira clínica de Lacan, que é a clínica estrutural, a clínica da neurose, da psicose e da perversão. Verificamos a dificuldade de trabalhar os sintomas anoréxicos e bulímicos pela via do sentido como era feito na época de Freud. Esses sintomas operam na vertente do gozo, indo de encontro ao imperativo de mais gozar da atual sociedade de consumo. Recalcati (2004), afirma que a anorexia e a bulimia não são estruturas, e sim, fenômeno. Um fenômeno que por algumas características próprias – seriedade, monotonia discursiva, rigidez identificatória, narcisismo exaltado – tende a ocultar a estrutura do sujeito, e não revelá-la; mas que o discurso anoréxico bulímico ordena em algum sentido a relação do sujeito com o Outro.

Recalcati em a Última Ceia (2004), traz contribuição importante ao questionar o DSM IV e os critérios de classificação dos transtornos alimentares quando estes individualizam a anorexia e bulimia como quadros nosológicos distintos. O autor propõe que a partir da experiência clínica pode-se verificar que a anorexia e bulimia são duas caras da mesma moeda: *“Anorexia e bulimia não são simples alternativas em antagonismo, sim duas caras da mesma moeda, onde a anorexia indica a realização do Ideal do sujeito enquanto a bulimia representa seu naufrágio associado á irrupção do real na cena do Ideal.”* Em outros termos, a anorexia realiza uma apropriação através de uma identificação idealizante e uma prática de privação, enquanto a bulimia manifesta a queda

desse mesmo sistema que cede aos golpes de uma compulsão à repetição desenfreada. A lógica que inspira o discurso anoréxico-bulímico é uma só. Por isso empregarei a fórmula anorexia-bulimia em lugar de anorexia ou bulimia; trata-se de evidenciar ao máximo a dialética entre a pulsão e o Ideal como dialética que tem um valor específico no discurso anoréxico-bulímico, dentro do qual o pólo bulímico e o pólo anoréxico constituem os índices de uma só oscilação, em lugar de indicar duas posições subjetivas diferentes. Separar a bulimia da anorexia ou vice-versa, mutila segundo a minha opinião, a possibilidade de definir com rigor a lógica do discurso anoréxico-bulímico. Essa lógica tem em geral uma primeira articulação de tipo anoréxico (na anamnese clínica de nossas pacientes a aparição da enfermidade coincide com a aplicação mais ou menos drástica de medidas para a restrição alimentar, para radicalizar-se depois eventualmente em uma anorexia restritiva propriamente dita) e só em um segundo momento tende a transformar-se em bulimia. Sem dúvida, esta evolução não suprime a função reguladora do Ideal anoréxico do corpo delgado, o qual continua governando a bulimia. Porque o exercício bulímico do vômito tem como objetivo preservar a imagem anoréxica do corpo delgado. Nesse sentido se pode dizer que a bulimia é um dialeto da anorexia, a língua materna permanece anoréxica, ou seja, que a posição bulímica não é outra coisa que um descarrilhamento do projeto anoréxico, uma derrota fatal, mas também soma ao Ideal do corpo delgado e a privação masoquista da anorexia o gozo, nunca simbolizado em sua totalidade da pulsão oral.”

Ainda Recalcati (2004, 2003) em *A Última Ceia* e em *A Clínica do Vazio* discorre sobre dois aspectos do sintoma anoréxico-bulímico. O primeiro deles como função mediadora da distância entre a satisfação simbólica e o signo do amor e a segunda a como uma satisfação associada ao objeto de consumo. No primeiro caso, a anoréxica arrisca a

própria vida, negando-se a satisfação do objeto para ter um signo de amor do Outro (familiar, social e cultural) que confunde sistematicamente o estatuto de desejo com a necessidade respondendo a demanda de amor com o alimento. A bulímica por sua vez trata de compensar a ausência do signo de amor através da perseguição voraz e infinita do objeto comida. Em ambos os casos têm-se o que Recalcati (2004) chama de paixão pelo signo do amor. Essa seria a vertente de sentido do sintoma anoréxico-bulímico. O autor fala poeticamente da demanda de amor que insiste e não cessa de demandar. Faz assim uma interseção com a demanda bulímica que é voraz, também insistente onde, não há Outro, não há objeto que possa preenchê-la: *“O amor não é uma mercadoria como outras não se pode consumir. É isso que sabe bem a anoréxica que ao comer nada rechaça o mundo do ter e reclama o seu direito de ser, seu direito ao amor. A demanda de amor não tem fundo. Essa é uma das verdades que a bulimia encarna. Não se pode encontrar a satisfação da demanda de amor pelo consumo do objeto, nem sua obtenção garantida pelo discurso social – revelando esse sentido está a proposta anoréxica: nenhum objeto vale o amor, nenhum objeto pode preencher isso que não está na ordem do ter, nenhum objeto pode preencher o vazio de ser do sujeito, nenhum objeto alcança jamais. Essa é a função da anorexia: nada vale se não é signo de amor. Nada nem sequer o objeto comida pode suturar a falta que habita o sujeito. A bulímica indica a presença no objeto-comida de algo de real que não é possível simbolizar. Indica o resto pulsional do objeto oral, o gozo da pulsão oral”*. A pulsão oral não se fecha sobre o objeto, sim no vazio. A pulsão circula em torno do vazio deixada pela perda do objeto conseqüente da alienação da linguagem. Ainda segundo Recalcati: *“Quando a bulímica come, não come comida, come aquilo que não se pode comer, come o que a comida faz simulacro. O objeto perdido para sempre a partir da primeira satisfação. Come um vazio não comestível e justamente por isso, causa a pulsão*

oral como empuxo a uma devoração infinita. É justamente essa estrutura pura da pulsão como rotação em torno do vazio que a bulímica põe em evidencia” É vivendo essa ilusão do não encontro que a bulímica mantém o desejo vivo.

Lopez (2001) esclarece sobre a necessidade, demanda e desejo e ajuda na compreensão do desencadeamento dos sintomas anoréxico-bulímicos. Diferentemente dos animais, onde a vida se rege pelos instintos e pela capacidade de diminuir as tensões internas pela satisfação da necessidade, os homens são seres da palavra. O homem se insere em um mundo de símbolos, de forma que todas as relações a sua volta deixam de ser diretas e se mediam pela linguagem. As leis da linguagem modificam o campo da necessidade e abrem espaço para a demanda e o desejo. A anorexia levada até o extremo da morte nos aponta que o ato de comer e a comida situam-se para além do campo da necessidade. A comida e o ato de comer atravessados pela linguagem estão no campo da demanda e do desejo.

Entre a necessidade e a demanda, Lacan introduz o lugar de uma falta. A falta é explicada como o resultado da ação da linguagem sobre o ser humano, que nesse momento será transformado em sujeito que fala. Não existe objeto algum que satisfaça plenamente esse falta a ser. A falta persiste, provocando o desejo, motor da vida do sujeito.

A entrada no mundo da demanda se dá a partir do primeiro grito do recém-nascido que a mãe irá interpretar como um pedido, como uma demanda que decifrará através da linguagem e a partir de sua subjetividade. O choro, o grito, passará a ter um significado, ou fome ou frio ou sono.

A demanda põe sempre em jogo três elementos: um sujeito que emprega a linguagem para pedir, um Outro a quem se dirige a demanda e um objeto que sempre se articula como falta, como impossível de conseguir, já que não tem estatuto de existência. A demanda de um sujeito está sempre direcionada ao Outro encarnado inicialmente pela mãe. A relação é sempre assimétrica, do lado do sujeito se supõe sempre uma carência e do lado do Outro, sempre um a mais na medida em que se espera que esse Outro vá responder a essa carência. Trata-se da carência de ser e o que se dirige ao Outro, é um chamado a receber um complemento de ser, o qual o sujeito perdeu a partir de seu ingresso na linguagem. O Outro, origem da palavra, também é faltoso. A mãe a quem se dirige a demanda do filho, não possui o objeto que preencha a falta a ser, já que esse objeto é inalcançável. A estrutura da demanda está sempre ligada a um impossível. O Outro está marcado pela mesma falta em ser que a demanda reclama suprimir, não tem nada a dar a respeito. A relação entre o sujeito e o Outro está condenada ao desencontro. O que ao Outro é posto a satisfazer plenamente e que também lhe falta, ou seja, o que não se tem, é chamado amor. O amor é, portanto, o operador que permite que a relação do sujeito com o Outro possa persistir. Assim, estabelece-se que toda a demanda do sujeito ao Outro é uma demanda de amor. Do lado do Outro, o amor seria entendido como prova da sua própria falta seria como algo assim: eu não tenho para te dar isso que você me pede, mas te ofereço qualquer coisa como sinal do meu amor. O amor é então a prova de que o Outro está afetado pela impossibilidade, mas a partir de sua falta pode utilizar um recurso consistente em oferecer a sua própria carência. Nós só nos sentimos amados por aquele que consente em oferecer a sua própria falta. Toda declaração de amor é uma exaltação da falta que experimenta o amante e que imperiosamente busca um consolo do objeto amado. A potência do amor subverte toda a lógica da necessidade, pois, os objetos que entram em

jogo no amor não têm um valor real e sim um valor claramente simbólico. Não há, entretanto, nada, que nos dê garantia do amor do Outro, por isso a demanda de amor é insaciável.

O amor, como aquilo que se dá, pode ser utilizado de duas maneiras. Um caso de amor pode conduzir ao desejo, como um caso de amor pode impossibilitar o desejo. Essa contradição se fará evidente dependendo da relação que o Outro tem com a falta e que tipo de amor se dá. A demanda evoca o amor além da necessidade que ali se articula. É através do amor que a demanda mostra sua direção, ou seja, aponta o desejo. Responder a demanda no nível da necessidade é colocar um impedimento ao desejo. Segundo Freud, o desejo é indestrutível e sempre visa se realizar, ou através do sonho ou através de sintomas graves e extremos como a anorexia e bulimia.

A demanda articulando-se ao desejo assume um caráter insaciável. Assim, como exemplo, algumas mães depois de exauridas pela demanda incessante do filho oferecem o seio, ou o bico para que ele se cale e durma – há uma resposta da demanda pela via da necessidade. Nessa mesma vertente de preservar o desejo e não tamponá-lo pela necessidade, é que a anorexia pode ser compreendida com uma forma de o sujeito fazer existir o seu desejo, como uma reação de um sujeito que não está disposto a deixar-se morrer por um outro que o supre a falta com o excesso e confunde os cuidados (necessidade) com o dom de seu amor. O desejo funciona ao contrário da necessidade. O desejo se alimenta com a falta e morre com o excesso. A anorexia supõe uma rejeição do excesso para resguardar o lugar da falta e o motor do desejo. Não há incentivo maior para o desejo que a sua frustração.

O amor (dar o que não se tem) que se confunde com o cuidado (dar tudo o que se tem, sem espaço para a falta) faz com que o sujeito rejeite o alimento fazendo de uma rejeição um desejo. Uma mãe suficientemente boa, definição proposta por Winnicott é aquela que não somente satisfaz as necessidades do filho, mas também deixa lugar ao desejo, o que supõe que ela mesma deve saber-se faltosa. Um filho que se propõe satisfazer plenamente a mãe, está disposto a adaptar-se a todas as suas demandas condenando-se a ser não mais que um objeto do gozo caprichoso dessa mãe. O sujeito anoréxico traz a seguinte pergunta para a sua mãe: será que não desejas de mim mais nada do que simplesmente alimentar-me? Quando se conserva a condição de sujeitos desejantes, tanto no filho quanto na mãe, dificilmente haverá um sintoma como a anorexia. Produz-se a anorexia quando o filho se põe como objeto de um gozo infinito de uma mãe caprichosa, ou seja, demanda e contra-demanda se ajustam perfeitamente. Rejeitar o alimento é rejeitar a demanda do Outro, a única maneira de garantir a existência do desejo.

O filho ao rejeitar o desejo da mãe exige de alguma forma que ela deseje algo além dele filho, que o desejo da mãe não se dirija unicamente a ele. Por trás de uma mãe há uma mulher com desejos indecifráveis. Essa passagem não é fácil e alguns filhos que se fazem objeto da mãe na tentativa de preencher lhe toda a falta - não consentem com a mulher além da mãe. Essa passagem pode ser difícil, mas é imprescindível, já que se o desejo da mãe não se libera da maternidade, o filho não pode encontrar a via de seu próprio desejo. O que está em cena a partir desse momento é o processo de separação do sujeito que inicialmente alienado à mãe, terá que inventar a seu próprio destino. Para um sujeito separar-se significa não estar totalmente determinado pelo Outro.

A anorexia pode ser entendida como uma tentativa de separação, de anteparo contra essa invasão do Outro materno. Segundo Recalcati (2004), *“A anorexia e bulimia são consequências de uma paixão pelo vazio. A eleição anoréxica é a rejeição ao alimento e a bulímica é o consumo ilimitado. Porque a abolição do vazio significaria a abolição do próprio sujeito. O vazio é a condição para que se possa existir junto a falta o desejo.”*

O mesmo autor (2004), em outra leitura, aproxima o sintoma anoréxico-bulímico a um vício, como a toxicomania. Uma sintomatologia que nesse caso, excluiria o Outro, que faria uma separação absoluta da demanda. Traz então, a tese da holófrase anoréxico-bulímica que resiste a interpretação analítica. É a anorexia e bulimia que congela o sujeito em uma identificação idealizante e antidialética, fora do discurso do sujeito, que o direciona a repulsa alimentar para preservar uma imagem do corpo adequada ao seu ideal narcísico. Essa vertente do sintoma não se dispõe a interpretação, a um sentido e exige um tratamento preliminar para a entrada do sujeito no dispositivo de tratamento. A anorexia oferece ao sujeito um nome um reconhecimento simbólico. Há mais uma evidência que um enigma. Essa evidência é sustentada por um discurso social que valoriza o corpo magro com imagem do corpo feminino e põe à disposição no mercado de uma quantidade ilimitada de bens de consumo.

Recalcati (2004), fala da posição do sujeito anoréxico-bulímico como uma posição marcada por uma forma de paralelismo estrutural entre o circuito do gozo e do desejo: *“Do ponto de vista clínico o circuito do gozo se confirma sob o signo da pulsão de morte e do mais além do princípio do prazer, em que o masoquismo oferece uma concisa representação onde exhibe o sujeito estruturalmente contra ele mesmo. Esse circuito tem a característica de ser um circuito fechado, funcionando sobre si mesmo. A temporalidade*

que o orienta é a compulsão à repetição. É uma temporalidade congelada, bloqueada. É uma temporalidade autística que tende a excluir o Outro. O circuito do gozo é um circuito auto-erótico. Tudo gira em torno o corpo sem implicar o Outro. Esse circuito está marcado por um excesso. A dimensão do gozo é uma dimensão real quando exclui por princípio a dimensão da falta e a dimensão do sentido. O exemplo clínico mais evidente é representado pela crise cíclica na bulimia: as compulsões e os vômitos. Essa seqüência é descrita como uma série continua de adições e subtrações de gozo. Gira sobre si mesma. Seu ponto de partida é o vazio aberto do significante no real. Mas não existe um ponto de chegada, somente a repetição da série com o objetivo da repetição em si mesma. Isso indica um auto-erotismo fundamental no circuito do gozo.” O vômito é uma forma de subtrair o excesso de gozo incorporado durante as compulsões. Esvaziando o corpo do gozo, prepara-o para outro excesso; ou ainda não se vomita para continuar comendo e sim para continuar vomitando. Recalcati (2003) aponta a função de nome do pai em pacientes anorexico-bulimico com estrutura psicótica: “Conservação da unidade imaginaria ameaçada pela sensação de fragmentação do corpo causada pela sua deformação real provada pela assimilação da comida. O vômito promove uma espécie de barreira em relação ao Outro maligno que se apresenta imaginariamente em perseguição objeto-comida.” É uma tentativa de fazer existir o nome do pai, mas esse se faz no real e não no simbólico. “Se o vomito faz esse circuito de adição e subtração de gozo, em todo o ato de comer se revela em sua natureza pulsional mais pura. A bulímica não come para comer, come para gozar. Na anoréxica, o circuito de gozo se relaciona associado à primazia que o Ideal tende a exercer sobre a pulsão. A anorexia diz que não deseja nada, que não quer nada, que não lhe falta nada. O nada que representa um desligamento do Outro. É um desligamento em relação ao desejo do Outro para desautorizar a castração do Outro e gozar com seu corpo

fetichê, tornando o Outro refém.” Recalcati (2004) continua: “O problema da clínica na anorexia e bulimia de um ponto de vista geral; está associada à dificuldade de articular uma demanda de cura verdadeira, uma demanda subjetiva. A dificuldade ocorre devido a esse paralelismo existente entre o circuito do gozo e do desejo, no sentido em que a organização fechada, autística do gozo não entra na dialética do desejo. O circuito do desejo não está fechado em si mesmo, como o circuito do gozo, já que se acha aberto em direção ao Outro. O gozo fechado em si mesmo, tem uma plenitude que rechaça o Outro. O circuito do desejo está marcado pela falta. É a instancia da falta. É o modo como a falta se apresenta na existência. Desejar é faltar. Só a quem falta pode desejar. O desejo é signo da falta. Por isso o circuito do desejo está ordenado em torno de um vazio. Esse vazio abre o sujeito em direção ao Outro, o estimula a buscar no Outro o modo de superar a sua falta, para encontrar uma resposta para a sua falta, para encontrar aquele desejo que busca para sentir-se desejado. A anorexia pode ser um modo de articulação do circuito de desejo. É uma posição subjetiva de a anoréxica fazer existir o espaço de seu desejo frente a um Outro materno invasor que confunde constantemente a diferença entre necessidade e desejo. Um Outro que trata o desejo com se fosse uma necessidade de algo, desconhecendo o seu caráter antropogênico: O desejo é o desejo do Outro e não desejo de comida. A bulimia marca o impasse do desejo. No sujeito bulímico prevalece o circuito do gozo sobre o circuito do desejo. A crise bulímica indica uma submissão do desejo em relação ao gozo. O objeto comida toma o lugar do objeto que causa o desejo, a partir do vazio que deixa. Na crise bulímica, o sujeito é eclipsado. Existe só o devorar, pulsão oral pura; fora do discurso. A anorexia representa o domínio do Ideal, o domínio imaginário do eu e a bulimia o domínio da pulsão sob um imperativo de gozo. A clínica apresenta com frequência cada vez mais mulheres com sintomas anoréxicos e bulímicos concomitantes. O sujeito é

impulsionado ao Ideal anoréxico do corpo magro, ao domínio total através da privação, mas esse domínio fracassa, se consome nas crises bulímicas, quando então o sujeito se vê submetido a irrupção do real da pulsão. O vômito serve então para restaurar o ideal do corpo magro.”

A anorexia em sua dimensão de gozo aponta para a anulação do desejo. A anoréxica põe em funcionamento o poder absoluto da pulsão de morte que parece atuar em um sujeito desligado (melancolizado) da pulsão da vida, assim ela se mantém agarrada ao Outro e mantém o sintoma na tentativa de fazer valer algo de seu desejo.

Interessante ainda seria dizer da anorexia-bulimia como uma suplência imaginária em uma estrutura subjetiva marcada pela forclusão do nome do pai; ou seja, uma estrutura psicótica. Nesse caso a anorexia funcionaria como defesa contra o Outro invasor da psicose. Segundo Recalcati (2004): *“Na clínica da psicose, a anorexia-bulimia funciona como uma barreira a um Outro louco e invasor que quer gozar do sujeito. A bulímica trata de manter a distância desse Outro louco através da purgação compulsiva (nesses casos, quando o sujeito não vomita pode emergir verdadeiros delírios hipocondríaco-persecutórios ligados a deformação-putrefação dos órgãos internos e a transformação monstruosa da imagem corporal). A obsessão anoréxica pelo corpo magro absorve o sujeito como um verdadeiro delírio monotemático. Não há nenhuma dialética com o Outro. A preocupação com o corpo magro, perseguida com uma determinação absoluta, mantém para o sujeito uma identidade própria que de outro modo seria impossível.”* A identificação anoréxico-bulímica impede o desencadeamento da psicose. Há uma estabilização através da identificação.

Em relação à direção do tratamento, a proposta médica e psicanalítica diferenciam-se e distanciam-se. O modelo médico vigente de tratamento responde a um critério de

readaptação, ou seja, reeducar o sujeito para o exercício de uma alimentação adequada. Para isso, utiliza-se dos métodos cognitivo-comportamentais e do tratamento farmacológico, sem considerar o sujeito do inconsciente. O paciente é objeto dos cuidados médicos e familiares. Já a psicanálise sem desconsiderar o risco iminente de morte e a necessidade da medicação psiquiátrica; busca fazer surgir o sujeito que fica tamponado por detrás do sintoma. O tratamento desses novos sintomas onde há uma identificação sintomática. “eu sou anoréxica” e não um querer saber em relação ao sofrimento sintomático é dificuldade para a psicanálise, que busca então uma forma de histericização do sintoma. A clínica freudiana trabalha com o valor metafórico do sintoma. Recalcati (2004) traz uma sinopse do sintoma como mensagem. “É o ensino específico da histeria: o corpo se transforma em teatro de uma cena significante. Transforma-se em um corpo que fala, que constitui um verdadeiro discurso”. Para Freud, o corpo toma o lugar de outra coisa, (é um substituto), de algo que sofreu a ação da repressão e que por tanto retorna de acordo com forma cifradas, enigmáticas e desconhecidas pelo sujeito mesmo. O sintoma é uma forma de retorno do recaiado. O recaiado retorna como o sintoma, ordenado simbolicamente. O sintoma é então um fenômeno de sentido, um fenômeno de linguagem. A clínica freudiana entendendo o sintoma com formação inconsciente constrói o seu trabalho no sentido do desciframento do sintoma.

A anorexia e bulimia não são sintomas que se prestam em um primeiro momento a um deciframento. A anorexia é um domínio do Ideal, o sintoma não faz enigma para o sujeito. O sintoma se presta a uma identificação que protege o sujeito da divisão. A anorexia funciona mais como uma resposta que como uma demanda dirigida ao Outro. Segundo Recalcati (2004) o que chama a atenção no sujeito anoréxico-bulímico não é a sua divisão e sim a sua solidificação – holofrásica, uma inércia profunda na sua economia de

gozo que se torna um problema para a histericização do discurso. Recalcati faz a pergunta: *“Como podemos transformar essa inércia profunda do gozo em uma dialética da demanda e do desejo?”* e a responde: *“O tratamento da anorexia-bulimia implica em um trabalho preliminar da demanda e do gozo, pois como vimos a anorexia e bulimia indicam posições do sujeito não reguladas pela metáfora sintomática e por isso não disponíveis imediatamente para a cura analítica. É preliminar porque precede a operação de retificação subjetiva que, segundo Lacan, é necessário fazer para o sujeito passar pela porta da análise. Trata-se de – preliminarmente – de fazer uma redução , uma atenuação do gozo, de introduzir em pleno gozo um elemento vazio.”*

Transtornos Alimentares

Uma Perspectiva da Histórica à Contribuição da Psicanálise

“O corpo está em metamorfose. Não se trata de aceitá-lo tal como ele é, mas sim de corrigi-lo, transformá-lo e reconstruí-lo. O indivíduo contemporâneo busca em seu corpo uma verdade sobre si mesmo que a sociedade não consegue mais lhe proporcionar. Na falta de realizar-se em sua própria existência, este indivíduo procura hoje, realizar-se através de seu corpo. Ao mudá-lo, ele busca transformar a sua relação com o mundo, multiplicando os seus personagens sociais. A profundidade do eu encarna-se à flor da pele, o corpo torna-se o lugar da salvação, sendo uma forma de não passar despercebido, uma maneira de destacar-se na cena social. Quando o laço social se desfaz, quando o individualismo se expande, somente o olhar do outro pode nos proporcionar uma verdadeira existência social. A mise-en-scène da aparência se transforma assim num imperativo (David le Breton- França, Nu e Vestido,2002).”

“A possibilidade de inventar um corpo se confunde com a construção de um destino, de um nome, de uma obra.. O corpo é ao mesmo tempo o principal objeto de investimento do amor narcísico e a imagem oferecida aos outros – promovida , nas últimas décadas, ,ao mais fiel indicador da verdade do sujeito, da qual depende a aceitação e a inclusão social” (Kalil, R, Folha de São Paulo – 30/06/02)

A ciência biomédica, em defesa de uma (pretensa saúde), ocupou o lugar vazio pelos discursos religiosos, filosóficos e morais do mundo contemporâneo. “Seu saber orienta uma variada indústria do corpo, ainda em expansão no Brasil, cujos imperativos em nome da vida, da felicidade e da saúde conquistam mercados e mentes” (Kalil, R, Folha de São Paulo – 30/06/02).

Miller (1997), em *O sintoma e o cometa* contextualiza o novo. O imperativo de gozo que nos invade com tantos objetos e saberes a serem consumidos em um curto intervalo de tempo. “Por quanto tempo o novo permanece novo? Nós bem sabemos a resposta: cada vez mais o novo dura menos; logo está obsoleto. A aceleração da decadência

de qualquer novidade povoa o mundo cotidiano com objetos obsoletos, que devemos jogar fora para trocá-los por outros modelos mais atuais. O sujeito então, inquieta-se por não ser ele próprio tão novo, com grande probabilidade de logo virar algo obsoleto. O culto ao novo, inexoravelmente, transforma o próprio sujeito em obsoleto, em dejetivo.”

Os sintomas possuem um caráter histórico, tomando emprestado do campo da cultura os elementos que o constituem e o seu sentido como mensagem ou gozo. Os novos sintomas (sintomas em sua vertente de gozo), as patologias do ato, inserem-se no contexto da pós-modernidade, da busca de satisfação imediata e mostram a falha epistemológica entre teoria e a clínica psicanalítica criando uma demanda de trabalho. Os distúrbios das condutas alimentares, entre eles a anorexia e a bulimia tem sido objeto de construção de um saber em várias áreas do conhecimento.

O que há de novo na anorexia, já descrita há séculos, que nos convoca ao trabalho?

Historicamente encontramos descrições muito antigas, que datam da idade média onde já havia esse culto ao comer nada. Não é um sintoma exclusivo da nossa época. Já foi uma prática muito frequente na idade média, no âmbito religioso cristão, onde a finalidade do jejum era alcançar a santidade.

Compreendendo o sintoma em seu caráter histórico, podemos pensar que sua organização e função têm particularidades diferenciando-se do não comer de Santa Catarina de Sena. Os sintomas tomam elementos do meio sociocultural e se inscrevem em sua época. Não há como negar o papel da pós-modernidade na compreensão dos chamados novos sintomas que incluem a anorexia e bulimia. A compreensão de novo sintoma já aponta para uma perspectiva histórica da negativa à alimentação na atualidade. Em uma perspectiva

psicanalítica, são novos sintomas, aqueles que não se oferecem a decifração. A interpretação muitas vezes não tem efeito sobre a anoréxica e bulímica de hoje. Esses sintomas são mais uma forma de identificação, um nome, uma idealização a ser perseguida, do que um sintoma através do qual o inconsciente fala. Isso faz particularidade e reorienta a prática clínica. O que não deixa de ser comum a todas as negativas de não comer é o que há de singular em cada sintoma. A compreensão da particularidade de cada caso, em seu contexto histórico-cultural, pode trazer aspectos que ajudam na compreensão de outros casos. São esses casos que se tornam paradigmáticos como o de Santa Catarina de Sena. Assim, o retorno histórico ajuda a construir a clínica de hoje.

O Jornal do Brasil em outubro de 2001 traz o artigo assinado por Cláudia Miranda sob o título – *O risco de glamourizar a magreza, a dimensão da globalização da anorexia como estilo de vida*. “Sites pró-anorexia ensinam adolescentes a enganar pais e médicos e a idolatrar modelos como Kate Moss e Twiggy”. “São mais de 400 sites com nomes bizarros como Anorexia meu Amor, Até os Ossos, Perfeição em Peso de Papel, Anorexia é lindo e Sonhos Anoréxicos, que fazem apologia de um distúrbio alimentar que pode matar se não for tratado e diagnosticado a tempo. Ligados por webrings (correntes de sites relacionados pela mesma área de interesse), os criadores dos blogs trocam figurinhas, ensinado truques para não sentir fome, receitas de baixa caloria e artimanhas para enganar a família e os amigos”.

Segundo Garmendia (2001), a relação entre objeto e satisfação tem sido motivo de preocupação desde os gregos até os nossos dias. Permanece a pergunta: - Como o ser humano deve regular a relação dos objetos e a sua satisfação? Tanto as perguntas como as respostas mostram uma carência fundamental dos seres humanos. O ser humano sendo um sujeito da linguagem está privado de um saber que lhe indique como fazer com sua

necessidade tanto alimentício, como sexuais ou afetivas. Qualquer animal sabe como fazer com suas necessidades, pois existe o instinto, sabe quando tem que comer, quando reproduzir-se. Esse instinto lhes guia, não há nada que os desorienta ou os impeça de desenvolver sua existência, salvo as próprias leis naturais. O ser humano pelo contrário pode desejar morrer diante de um prato cheio de comida. Os homens e as mulheres têm que encontrar suas respostas onde nenhum saber instintual vem ao seu auxílio. Pelo fato de estar inserido no campo da linguagem, perdemos o saber fazer do instinto. O caráter humano priva o instinto de seu saber. Freud (1915 -1974) introduziu o termo pulsão justamente para falar do limite entre o físico e o psíquico, assim a pulsão se diferencia do instinto, pois surge do encontro do ser vivo com a linguagem. A pulsão é um traço particular de cada sujeito e cada um tem que responder de forma particular as suas exigências pulsionais. O alimento não satisfaz a pulsão oral. Ela sempre contornará o objeto faltante, e manterá o desejo insatisfeito. Desprendendo-se as pulsões desse saber natural, a resposta sobre a pergunta pela satisfação dificilmente poderá surgir como um eco que encontre em todos, a mesma ressonância. Isso nos permite entender como a anoréxica se priva do alimento diante da incompreensão de todos e não por perda do apetite como o termo anorexia parece indicar. A anoréxica encontra a sua satisfação na privação, veicula seu desejo em uma negativa radical. A fenomenologia dos sintomas orais tem um caráter histórico.

Lacan (1995) em seu Seminário IV, *A relação de Objeto*, afirma que de outros tempos chegam notícias de comer nada e isso não é um sintoma exclusivo de nossa época, mas também uma prática muito frequente na Idade Média. Buscava-se no âmbito do cristianismo alcançar a santidade. Diz-se que Liduina de Shiedam, uma santa do século XIV, viveu durante anos alimentando-se “apenas de pedacinhos de maçã do tamanho de

uma hóstia”. Conta a lenda medieval de Santa Wilgefortis, dizendo que era de alta posição social (filha do rei de Portugal), e, sendo uma donzela, jejuou e rezou a Deus, rogando-lhe que lhe arrebatasse sua beleza, para assim afugentar a atenção dos homens. Ao cabo de um tempo de adotar um regime de preces, ascetismo e dieta de inanição, seu rosto e corpo começaram a cobrir-se de penugem. Conta-se que em alguns países da Europa ela foi adotada como santa padroeira por aquelas mulheres que desejavam verem-se livres da atenção masculina.

A igreja cristã na idade média difundiu os seus ideais de beleza, ideias essas que não se destacavam sobre o corpo e sim sobre a alma. Uma alma pura, sem pecados, digna de entrar para o reino dos céus. O jejum era uma maneira de mortificação, a renúncia aos alimentos terrenos perseguindo um ideal de beleza mostrava o triunfo da alma sobre a carne e uma maneira de identificar-se com Jesus. O corpo das santas jejuadoras convertia-se em um corpo deslibidinado socialmente, manipulado pelas exigências religiosas. Corpo angelical, corpo assexuado. Corpo que renegou aos seus desejos, a sua vontade, ao mundo terreno, ao alimento corporal para serem recebidas nos braços de Deus após a morte. Santa Catarina de Sena contextualiza seu sintoma nessa época, mas o relato de seu caso aponta para algo a mais. O seu jejum excedia os critérios propostos pela igreja. Nada a convencia do contrário. A morte foi inevitável. O seu sintoma apontava para o gozo.

Em 1689, na Inglaterra, Richard Morton publica em latim o livro – Tisiologia sobre a Doença da Consunção, no qual descreve “a consunção ou atrofia nervosa” que se baseia em três sintomas principais: perda do apetite, amenorréia, emagrecimento importante: “O sinal essencial da doença é uma diminuição da força com uma perda total do apetite, cuja causa imediata dever ser buscada no sistema dos nervos.” A anorexia foi considerada nessa ocasião uma enfermidade.

Descreve uma jovem de 18 anos da seguinte maneira:

No mês de julho caiu vítima da supressão total de suas menstruações, por causa de uma multiplicidade de inquietudes e paixões de sua mente... A partir do que seu apetite começou a diminuir e sua digestão passou a ser má; também suas carnes começaram a ficar flácidas e seu rosto começou a empalidecer... Passou a estudar à noite, continuamente dedicada aos livros e a expor-se, tanto de dia como a noite, às lesões do ar... Em toda a minha prática, não recorro ter visto alguém tão conversador com os seres vivos apesar de estar tão dilapidada, ao grau máximo de extenuação (igualando-se a um esqueleto, coberto apenas pela pele); entretanto, não tinha febre, mas, pelo contrário uma frialdade em todo o corpo... apenas seu apetite tinha diminuído e sua digestão tinha-se intranqüilizado com episódicos desmaios que se repetiam com freqüência.

A paciente de Morton negou-se a seguir o tratamento indicado e morreu três meses mais tarde.

No começo do século XIX, Pinel considera a questão alimentar numa dimensão social e cultural, as práticas alimentares participam de um conjunto de regras, de rituais e de interdições que se situam no contexto de cada época. Ainda segundo ele, o jejum pode integrar-se a dois tipos de diálogo: um vertical, pelo qual se torna uma arma de purificação na relação com os deuses das religiões, instaurando uma distância e uma renúncia às ordens do mundo profano e outro horizontal, interno a certas relações humanas. Essas mulheres encontraram um modo de adquirir uma identidade própria e de não submissão ao desejo do outro. Já nos primeiros relatos, o comportamento anoréxico faz pensar que esse sintoma talvez tenha sido a forma encontrada pelas mulheres para lidar com a angústia e as dificuldades frente à sexualidade.

Em 1873, Lasègue, descreveu o quadro como anorexia hysterique estabelecendo a doença no território da histeria. A anorexia se define aí como uma privação do apetite, do desejo em geral (Archivos Generales de Medicina):

“... um otimismo inesgotável, frente ao qual as súplicas e ameaças são inúteis: “Já que não sofro, devo estar bem...” Escutei com tanta frequência a repetição desta frase em meus pacientes que ela já me representa um sintoma – quase um sinal...” A paciente, quando se diz que é impossível que subsista ingerindo alimento que seria insuficiente para um bebê, responde que isto a nutre de modo suficiente, acrescentado que não se sente mudada, nem mais magra”.

O mesmo autor (1873) aponta em seus comentários para o gozo da anoréxica e para aspectos da transferência. “Prazer do autocontrole, prazer de controlar o terapeuta, prazer ligado a uma forma de autoerotismo mantido pelo aguçamento da fome”, “... com a histórica, um primeiro erro médico jamais é reparável... Nesse período, a única conduta mais sensata é observar e calar-se”. Marca ainda a pulsão de morte no sintoma, a associação da anorexia com a depressão e aponta a importância do meio na construção do quadro clínico. “... E a minha suspeita inicial era de que se tratasse de uma tentativa dissimulada de suicídio”.

Foi Willian Gull no mesmo período, 1874, que cunhou o nome de anorexia nervosa (estado mórbido da mente), onde a anorexia se define como uma privação do apetite.

Informa sobre um de seus casos da seguinte maneira:

“A srta. A. de 17 anos de idade ... me foi mandada em 17 de janeiro de 1866. Sua emaciação estava muito avançada. Foi-me dito que tinha perdido 33 libras de peso (15Kg)... O abdome havia encolhido e estava chato, colapsado... O caso foi considerado como de anorexia simples. Indicaram-se diversos remédios... mas não se pode perceber nenhum efeito a partir de sua administração. A dieta também foi variável, mas sem nenhum efeito sobre o apetite. Ocasionalmente, durante um ou dois dias, o apetite foi voraz, mas isto era muito excepcional. A paciente não se queixava de nenhuma dor, mas estava inquieta e ativa. De fato, isto era uma manifestação surpreendente de seu estado nervoso, já que parecia praticamente impossível que um corpo tão dilapidado pudesse

suportar o exercício que parecia lhe cair bem... A Srta. A. ficou sob a minha observação de janeiro de 1866 a março de 1868, tendo melhorado muito e recuperado peso desde 82 a 128 libras (de 36,9- 57,6Kg)... Notar-se-á que, à medida que se recuperava, foi adquirindo um aspecto mais jovial... Pode-se observar que neste caso, todos os sinais eram negativos e podem ser explicados a partir da anorexia, que levou à inanição e a uma depressão de todas as funções vitais, amenorréia, baixo pulso, lentificação da respiração. No estado de emaciação máxima, alguém poderia ser perdoado por supor-se alguma lesão orgânica, mas do ponto de vista indicado, tal pressuposto teria sido desnecessário. Esta perspectiva se apóia na evolução satisfatória do caso até seu restabelecimento total , e na continuação de boa saúde.”

A apresentação realizada por Gull (1874) destaca, entre outras coisas, sua típica aparição na adolescência os efeitos do esgotamento calórico sobre os sinais vitais, sua preponderância nas mulheres e a importância de intervir oportunamente com atenção profissional especializada. Sua proposta de tratamento consistia em nutrição regular e conselhos psicológicos.

Charcot, em 1885, trata a anorexia mental com o método de isolamento terapêutico, inaugurando a terapia comportamental cognitiva e a importância de recuperação do peso. “... Os pais são sistematicamente afastados até o dia em que, tendo-se produzido uma melhora nítida, permite-se as doente a título de recompensa vê-los”.

Freud desenvolve sobre o tema, ao longo de sua obra. Em 1893 analisa a história de uma mulher tornada anoréxica como nascimento do primeiro filho, interrompendo assim a amamentação e repete os mesmos sintomas após o nascimento do segundo filho. A mãe tinha dificuldade para amamentar e ao fazê-lo apresentava vômitos e depressão. Aparece aí a associação da relação mãe filho e o sintoma anoréxico. Em 1895, no caso de Emmy Von N., o sintoma alimentar é trabalhado pela hipnose como um sintoma de conversão. “Ela só come assim tão pouco porque os alimentos não lhe agradam e, se não os acha a seu gosto, é

porque a ideia de comer está ligada desde sua infância a lembranças repugnante cuja carga afetiva não sofreu uma diminuição”. Nesse relato, Freud considera a anorexia como um sintoma histérico, passível de resolução definitiva após a sua interpretação. A paciente voltou a se alimentar após a interpretação sexual do sintoma.

A associação entre depressão e melancolia se dá no manuscrito G (Freud, 1896) – “A neurose alimentar, dita anorexia, pode comparar-se à melancolia. A anorexia mental das mulheres jovens, que é um distúrbio bem conhecido, aparece, depois de uma observação prolongada, como uma forma de melancolia nos sujeitos de sexualidade ainda não inteiramente desenvolvida. A doente assegura que não come simplesmente porque não sente fome. Há, pois, uma perda do apetite e, no domínio sexual, perda da libido.”

Em 1899, escrevendo a Fliess, Freud interpreta a anorexia como sintoma de conversão, incidindo o recalque sobre o erotismo oral. “A zona buço-facial fortemente erotizada faz surgir, na sequência de uma inversão, a repulsa alimentar.”

Em 1914, Simmonds, patologista alemão, encontrou em uma paciente caquética destruição pituitária durante a autópsia, e durante os trinta anos que se seguiram houve confusão entre insuficiência pituitária (doença de Simmonds) e anorexia nervosa.

A partir de 1940, ressurgiram as teorias da causalidade psicológica, muito influenciadas pelos conceitos psicanalíticos, que coloriram o pensamento psiquiátrico durante várias décadas. Estes asseguravam que a anorexia nervosa simbolizava o repúdio da sexualidade, com predomínio de fantasias de gravidez oral.

Contribuição de grande influência, do ponto de vista da psicopatologia individual, surge nas publicações de Hilde Bruch (1973, 1998, 2001). Ela destaca o transtorno da imagem corporal e um defeito na interpretação dos estímulos corporais, tais com os sinais

de necessidade nutricional. Descreve também, nas pacientes, uma sensação paralisante de ineficácia, atribuída ao fracasso dos pais em favorecer a expressão de si mesmo. A falta de autonomia destas pacientes e a sensação de que nunca iriam preencher as altas expectativas de seu pai levaram Bruch a descrevê-las como um passarinho em uma gaiola de ouro... que quer sobrevoar e se afastar por sua própria conta. (The Golden Cage – The enigma of anorexia Nervosa e Conversations with Anorexia- A Compassionate and Hopeful Journey though the Therapeutic Process).

Da bulimia, descrita por muito tempo como um sintoma de fome voraz, os primeiros relatos aparecem no Talmud Babilônico entre os anos 400 e 500 a.C. Em 1870, os sintomas bulímicos passam a ser descritos como parte dos quadros de anorexia nervosa. Entretanto, em 1980, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) forneceu critérios diagnósticos para a bulimia como síndrome independente.

Garmendia (2001) afirma que, a partir do ensino de Lacan sobre necessidade, demanda e desejo, permitiu-se articular o caminho que conduz a necessidade ao desejo através da demanda e entender o paradoxo da anorexia.

Recalcati, (2004) em *A última Ceia*, já dizia que o destino do homem é padecer da linguagem que o preexiste, sofrer a perda de gozo originária ao preço de ter que ingressar no campo do Outro, tesouro dos significantes. A primeira e mítica experiência de satisfação força o organismo a fazer passar suas necessidades pelos caminhos da demanda, pelos significantes, pelo desejo do Outro. Essa passagem humaniza o indivíduo. A manobra simbólica transforma o organismo biológico a corpo erógeno, inaugura a falta em ser, ao vazio do gozo e o transforma em corpo pulsional.

A necessidade visa o objeto e se satisfaz com ele - É preciso comer para viver. A discussão entre necessidade e desejo torna-se objeto de estudo de vários autores (essa

relação entre necessidade e desejo e sua relação com anorexia e bulimia será discutida em diferentes textos ao longo da dissertação) Leclaire, 2001 acrescenta “É bem certo que, como a necessidade jamais existe em estado puro, sempre a encontraremos já marcada pelo signo da linguagem que a exprime, através da demanda e até do desejo. A demanda, em sua essência não se resolve no objeto que visa e não se detém nele. Ela é fundamentalmente, recurso ao outro, apelo, pelo que o ser que ela visa irá se revelar na sua capacidade de amor. A demanda é uma demanda de uma presença ou de uma ausência. Ela é antes de tudo uma demanda de amor. A mãe, que a criança solicita pela demanda de alimento, é certamente procurada para a satisfação de uma necessidade, mas também para se manifesta na concessão da graça alimentícia, como capaz de amar e de dar bem mais do que a satisfação da necessidade, a saber o reconhecimento do seu filho como sujeito. É possível que a mãe responda somente à superfície da demanda, que ela deixe de lado aquilo que constitui o seu fundo, a expectativa do amor. Na origem da anorexia seguindo os ensinamentos de Lacan, Leclaire, 2001 afirma que “no plano da necessidade de alimento, um sujeito foi tanto e tão bem cevado por sua mãe atenta que toda a demanda de amor ficou desconhecida. “A partir daí, para reiterar sua demanda, o sujeito, não tem outra via senão recusar a comida pela qual sua necessidade foi tão plenamente satisfeita e sua demanda tão perfeitamente sufocada.” (Ver texto Anorexia e Bulimia para além do quadro clínico).

Garmendia (2001) explica que a criança mantém uma dependência extrema ao Outro (a mãe ou qualquer outro que se encarregue dos seus cuidados) para a satisfação de suas necessidades. A mãe pode satisfazer ou privar a satisfação de seu filho, sua vida depende exclusivamente das atenções maternas. Ao mesmo tempo em que a mãe pode dar ou privar, pode ou não responder a demanda de satisfação, na medida, que o objeto da satisfação se converte em objeto de dom, pode dar-se ou negar-se em prova de amor, o que

sempre converte a demanda em uma demanda de amor. A mãe da anoréxica reduz assim a demanda à necessidade, adiantando-se a sua satisfação. Ceviar com a comida obtura a possibilidade de pedir e de abrir os espaços que permitem se encontrar com o desejo. Efetivamente quando nada falta nada se pode desejar. “Todas as necessidades do ser falante estão contaminadas pelo fato de estarem implicadas com outra satisfação à qual elas podem faltar.” Lacan (Seminário 20,1972). Ainda Lacan, (1958,1988), em *A Direção da cura e os Princípios de seu Poder*, discorre sobre a mãe que diante da demanda em lugar de responder como que não tem, responde com os seus bens, confundindo seus cuidados com o dom de seu amor. Preocupada em satisfazer as necessidades do filho, a mãe ignora a diferença entre satisfazer as necessidades e aquilo que não pode preencher, ou seja, a demanda de nada. O encontro do desejo do sujeito com o desejo do Outro, no caso a mãe, parece ser complementares. O filho coloca-se no lugar de objeto de desejo insaciável dessa mãe. O outro materno faz-se então pleno e completo. O desejo materno em a mediação normativa da função paterna faz-se devorador e a anorexia e/ou bulimia aparecem como uma tentativa frustrada de fazer essa separação. A mãe é toda, não aparece como mulher, direcionando seu desejo a um homem. Cito Recalcati (2004). “A anoréxica está ali, na boca devoradora e insaciável que ameaça a cerrar-se a qualquer momento. A anoréxica está imóvel, sustentando-se somente com a barra que teria para castrar a mãe. Se tenta sair dessa posição corre o risco corre o risco que a boca do crocodilo cerre com ela dentro.” Aqui a anorexia aparece como objeto separador, o corpo é usado como obstáculo. Comer nada é uma forma de reduzir a onipotência do Outro em impotência, em colocar uma barra no Outro. A recusa alimentar mostra que o desejo não se reduz à necessidade.

Ainda Recalcati (2000), em *Os dois Nada da Anorexia*, aponta a estrutura psíquica além da fenomenologia clínica e nos esclarece os sintomas anoréxicos ou bulímicos como

suplência. “Devemos levar o fenômeno genérico da anorexia à dimensão diferencial da estrutura. Devemos extrair do monocromatismo dos fenômenos típicos (amenorreia, perda ponderal, hiperatividade, recusa ao alimento, empuxo ao emagrecimento,) o traço cromático específico da estrutura subjetiva. Trata-se, sobretudo de conhecer o traço diferencial da anorexia, o traço que permite conhecer a função de compensação, suplência ou até de expressão do delírio do sujeito (como ocorre na psicose), isto é, opor a sua função de defesa do ou de desejo que contra distingue em gera a sua inclinação neurótica.”

Recalcati (2003) ao esclarecer sobre a função da anorexia na psicose mostra que nesse caso o comer nada tem um caráter congelado, imperturbável. É uma recusa radical do Outro. Há uma separação total da demanda. Há o empuxo do corpo à sua destruição. É uma modalidade de gozo que exclui o Outro. A anorexia funciona como uma estabilização imaginária de um desencadeamento psicótico. (Ver texto: Anorexia e bulimia para além do quadro clínico).

Segundo Jeammet (1999), no curso dos últimos decênios, se observam de maneira cada vez mais marcada na adolescência, a predominância do vivido sobre o pensado, as patologias do ato, tais como anorexia, bulimia, práticas toxicomânicas, atos suicidas cujo número não para de aumentar. Essa evolução, provavelmente não deixa de ter relação com o questionamento da função paterna ou de autoridade, a redução das barreiras entre as gerações, a idealização dos filhos pelos pais; numa aprovação mútua que escamoteia os conflitos fundamentais e seu potencial estruturante que a crise de valores, o prolongamento da dependência e a insegurança ligada à crise econômica só fazem ampliar.

A continuidade discursiva a partir de uma perspectiva histórica dos sintomas anoréxicos-bulímicos não deve ser desconsiderada no entendimento desses casos, mas a compreensão desse discurso tal como se manifesta no contexto capitalista marca a

especificidade desse significante no nosso tempo. “O corpo magro é um significante que se inscreve no interior de um discurso constituído, o qual garante a esse significante um determinado valor.” (Recalcati, 2004). (Ver texto: Anorexia e Bulimia- Uma saída do sujeito adolescente).

A anorexia e Bulimia – Uma saída do Sujeito Adolescente

“Adolescência, a idade de uma grande variedade de respostas possíveis a esse impossível que é o surgimento de um real próprio da puberdade” (Stevens-Adolescência Sintoma da Puberdade).

Como a modernidade e a pós-modernidade dão o contorno da adolescência que presenciamos hoje? Quais as saídas que os jovens encontram para enfrentar o real da puberdade e circularem como sujeitos no meio social sem respostas previamente estabelecidas? Como a anorexia e a bulimia aparecem nesse contexto de saberes alienantes sobre o corpo e a imagem corporal?

A adolescência longe de ser puramente biológica ou social, é antes o produto do impacto da puberdade e o aumento das exigências sociais sobre o jovem em vias de deixar a infância, com as influências de um contexto sociocultural específico. Sob a eclosão da modernidade, estabeleceu-se as condições necessárias para o surgimento do que hoje conhecemos como da adolescência.

Segundo Rappaport (1993) entende-se por modernidade, a idade em que a civilização ocidental logrou realizar o que parecia há muito estar na sua vocação. A produção maciça de efeitos universalizantes e cosmopolitas sobre os modos de vida dos maiores centros urbanos sob seu domínio, em detrimento dos laços tradicionais e comunitários que uniam cada grupo social às suas origens históricas e culturais específicas. Fenômeno esse que segundo o autor, aliena e denuncia as intenções homogeneizadoras do ideal civilizatório que visa esmagar as diferenças com uma estratégia de sua vocação totalitária.

Giddens (1996) em seu livro – Para além da esquerda e da direita afirma que o atual período de globalização não é simplesmente uma continuação da expansão do capitalismo e do ocidente; não é o mesmo que o desenvolvimento de um sistema mundial. É um fenômeno diretamente ligado às circunstâncias da vida local e se percebe com influências de grande alcance. A globalização é então entendida não como um processo unitário que tende a uma direção única, mas sim como um conjunto complexo de mudanças com resultados mistos e frequentemente contraditórios. A globalização implica a ideia de uma comunidade mundial, mas não a produz, essa comunidade é marcada igualmente pela globalização de influências ruins e de influências integradoras. Essas influências globalizantes são divisoras e unificadores criando novas formas de estratificação e como frequência produzem consequências opostas em diferentes localidades ou regiões.

Giddens (1996) segue dizendo, que a globalização vai além de um fenômeno apenas econômico e não deve ser equacionada com o surgimento de um sistema mundial. Ela trata da transformação do espaço e do tempo e se relaciona com o surgimento da comunicação global instantânea e ao transporte em massa. A globalização não diz respeito apenas à criação de sistemas em grande escala, mas também à transformação de contextos locais e até mesmo pessoais de experiência social. As atividades cotidianas são cada vez mais influenciadas por eventos que acontecem do outro lado do mundo. Como resultado direto da globalização, podemos falar atualmente na emergência de uma ordem social pós-tradicional. Uma ordem social pós-tradicional não é aquela na qual a tradição desaparece; longe disso; é aquela, na qual, a tradição muda seu status. As tradições têm que explicar-se, têm de se tornar abertas à interrogação ou ao discurso. A tradição tem uma verdade própria, uma verdade ritual, afirmada como correta por todos que nela creem. Em uma sociedade sem tradição , os indivíduos devem se acostumar a filtrar todos os tipos de informação

relevantes para as situações de suas vidas e atuar rotineiramente com base nesse processo de filtragem. O crescimento da reflexividade social é um fator fundamental que introduz um deslocamento entre o conhecimento e o controle – uma fonte primária de incerteza artificial. Em uma sociedade pós-tradicional, a preservação da tradição não pode manter o sentido que outrora possuía o de preservação do passado relativamente não reflexivo, visto que a tradição defendida de forma tradicional torna-se fundamentalismo.

Goldman (1985) nos traz importantes contribuições sobre os ritos de passagem. A organização comunitária da sociedade tradicional dispunha de condições que dispensavam o surgimento do fenômeno atual da adolescência, na medida em que a passagem da infância à condição adulta de seus membros ocorria sob os cuidados de dispositivos societários (ritos) que, como dispositivos de ordem simbólica, mediavam à relação de cada sujeito às vicissitudes do real. Os rituais não eram questionados e explicados eram, portanto, capazes de tornar possível a conversão do real dos apelos corporais e sociais da puberdade em significante constituinte para o sujeito de sua subjetividade adulta.

Pimenta Filho (2005) nos diz que diferentemente das sociedades antigas, não observamos de forma nítida as normas sociais que instituem os ritos iniciáticos para os jovens na sua entrada no mundo dos adultos. Os ritos de passagem tinham o papel de um carimbo, uma marca, uma cicatriz que testemunhava esse processo de separação e entrada no mundo adulto. O ideal era o agente de separação desses ritos. Havia um ideal que produzia um significado e que era transmitido pelas culturas humanas. Hoje, os fatores de repressão sexual são debilitados, e há o imperativo imposto pela nova ordem de mercado que disponibiliza tudo a todos: *Tenha! Possua! Compre!* Imperativo de novas formas de gozo.

Convivemos com a queda do prestígio da ciência. O estado de conhecimento na maioria das áreas muda de maneira bastante rápida, de forma a que aquilo que se afirma com certeza em um determinado momento pode rapidamente tornar-se obsoleto. Na chamada sociedade pós-moderna, convive-se com excesso de saberes e referências múltiplas que são facilmente mutáveis; o adolescente se vê nesse contexto sem as referências de experiências que estabelecem as leis diante do real do sexo, diante da convocação do Outro Social ao qual precisa se posicionar enquanto sujeito do desejo.

Goldman (1985) indicou como o ritual tem a capacidade de elaborar a identidade dos indivíduos no decorrer de um processo específico de interação social. O rito ressalta a linha de passagem de um status.

Cahn (1999) em *A Psicopatologia do Adolescente* corrobora o contexto do trabalho de adolecer. “A presença simultânea e contraditória e não necessariamente dialetizável, de liberdade cada vez mais total nos costumes e de exigências cada vez mais severas nas competências; de solicitações cada vez mais vivas de consumir objetos cada vez mais tentadores e de dificuldades maiores para adquiri-los, de saturações progressiva de excitações e de escalada das necessidades, de incitação a uma liberação sempre maior das atitudes e das condutas e de redobramento dos constrangimentos e dos riscos, sem contar as oscilações do pêndulo no nível por exemplo da escola e da justiça, entre os mesmos extremos do *laissez-faire* e do retorno da palmatória. Os pais e os representantes veem ser questionada e vacilar sua aura de saber, de exemplo, de poder e, portanto, seu potencial identificatório. Muito frequentemente as vicissitudes da função do pai morto, da herança cultural não deixam de pesar sobre as modalidades da organização psíquica dos adolescentes atuais.

O trabalho da adolescência (solicitação do soma, do corpo e a sua inserção nos meios sociais, a real do sexo e a necessidade de situar o sujeito como alguém do grupo) é uma tarefa essencial para o adolescente se posicionar em relação ao Outro social. É esse novo estatuto do corpo, da identidade, que o adolescente deve elaborar durante a sua adolescência.

Stevens (1998) defende que a puberdade seria um dos nomes dessa dificuldade de saber o que fazer quanto ao sexo, à ausência de um saber constituído a priori. A adolescência seria então, a resposta sintomática possível, o arranjo particular com o qual o sujeito organizará sua existência, sua relação com o mundo e sua relação ao gozo, no lugar da relação sexual.

“A adolescência é então a declinação de uma série de escolhas sintomáticas em relação a esse impossível encontrado na puberdade. Para o ser humano, esse saber no real não existe. Então dois humanos — macho e fêmea — não sabem bem o que fazer juntos. Eles o sabem porque o aprendem, mas não o sabem *a priori*. Falta-lhes um saber no real sobre o que complementa os sexos um pelo outro, é isso a não-relação sexual. O que vem responder a esta ausência de saber para cada sujeito é o sintoma, enquanto resposta do sujeito a este buraco. Em consequência, parece-me, pode-se dizer que a adolescência é o sintoma da puberdade.” (Stevens, 1998).

O mesmo autor, propõe o real da puberdade como a irrupção de um órgão marcado pelo discurso na ausência de um saber sobre o sexo, na ausência de um saber sobre o que se pode fazer face ao outro sexo. Esse real, mais que ser orgânico, é a emergência de um novo para o qual o sujeito não tem uma resposta pronta. Para dizer de outra forma, face essa eclosão, a fantasia (o arsenal que o sujeito traz da infância) falha. Resta então, a cada um inventar sua própria resposta. Acrescenta ainda, dois outros tipos de respostas ao encontro

como o real da puberdade: a adolescência como sintoma e as respostas do lado do oral, da demanda de amor. Na segunda opção temos a vertente da anorexia e da bulimia. São respostas frequentes na adolescência porque elas permitem, ao mesmo tempo, certa recusa da sexualização, marcados no corpo pela amenorreia e pela eliminação das formas do corpo feminino. É a mesma coisa para a bulimia na qual a transformação do corpo em imagem de mulher é velada pelo efeito da demanda oral.

Recalcati (2004) também contribui para o entendimento do desencadeamento de sintomas anoréxicos e bulímicos na adolescência. Na adolescência ocorre uma transformação essencial em relação ao destino do sujeito e sua relação com o próprio gozo. O gozo emerge das transformações corporais e impõe ao sujeito um reajuste das suas próprias identificações precedentes. No tempo da infância, o sujeito é objeto da vontade do Outro. O lugar da criança no discurso familiar é responder e satisfazer as expectativas do Outro. A criança identifica-se ao significante da demanda do Outro se convertendo em objeto do fantasma materno. É segundo Lacan, a alienação significante do sujeito. Na adolescência o sujeito é convocado em relação ao seu desejo, e tem a chance de retificar esse encontro com Outro que se realizou na infância. Seria o momento da separação quando então o sujeito recupera os elementos significantes do processo de alienação e os usa para construir uma identidade própria, ou seja, o sujeito constrói o seu próprio fantasma e é capaz de aceder ao seu próprio gozo. A partir do autoerotismo da infância, o adolescente pode encontrar um objeto sexual que suplante a dimensão narcísica do autoerotismo.

“É como se o problema do adolescente fosse lograr governar o aumento da espessura real da pulsão através de um aumento da espessura imaginária do Ideal. É evidente que é uma tentativa muito precária que, por exemplo, no fenômeno da dismorfofobia mostra a impossibilidade de realizar a fundo esse movimento do domínio do

Ideal sobre a pulsão. É algo que rompe o encanto imaginário, narcísico da lua-de-mel do estagio do espelho; é como se esse fenômeno existisse algo mais que o reconhecimento de uma identidade, a manifestação de uma não identidade entre o real e o ideal, remarcada pelo retorno da imagem deformada do espelho. Podemos também incluir a anorexia-bulimia nesse movimento , nessa operação especificamente adolescente, de governar a transformação puberal do corpo através de uma reforça da imagem. A anoréxica sofre uma dismorfofobia estrutural pois o espelho a devolve sempre uma imagem “monstruosa” se não está perfeitamente ajustada a imagem idealizada do corpo delgado.”

Autores trabalhando com outras vertentes de saber situam a anorexia, a bulimia e o papel do corpo no contexto atual.

Giddens (1996) defende que “a Anorexia e Bulimia não se originam apenas de uma ênfase ocidental na elegância, mas do fato de que os hábitos alimentares são formados em termos de uma diversidade de escolhas em relação aos gêneros alimentícios. Definir o que comer significa também definir como ser em relação ao corpo – e para os indivíduos sujeitos a tensões sociais específicas, especialmente mulheres jovens, o resultado é a autodisciplina ferrenha da anorexia. A anorexia é uma reação defensiva aos efeitos da incerteza artificial na vida cotidiana.” O autor segue defendendo o papel do corpo na construção de uma identidade e auto reconhecimento. Os indivíduos em todas as culturas moldam os seus corpos (os adornam, mimam e até mutilam) e suas identidades. Os místicos têm submetido seus corpos a todos os tipos de regime, em busca de valores sagrados. Em uma sociedade não tradicional, a exigência de se construir um corpo como forma de identificação se torna mais necessária. Os regimes do corpo não são mais uma exclusividade dos idealistas religiosos e entram na longa lista dos inúmeros objetos de consumo. Ter um corpo é descobrir-se por meio daquilo que se faz.

Gontijo (2002) ao escrever *Carioquice ou carioquidade? - Ensaio Etnográfico das Imagens Identitárias Cariocas*, cita Auge quando fala de referências identitárias múltiplas e vulgarizadas.

“Tem-se a impressão, de que com o desenvolvimento dos meios de comunicação de massa, das facilidades eletrônicas, entre outros fatores, as referências, identitárias se multiplicaram, fragmentaram-se e diversificaram-se, levando ao surgimento (ou, pelo menos a vulgarização) de processos identitários cada vez mais dinâmicos, contextuais, situacionais. Recebemos, captamos e reproduzimos – e produzimos quase ex nihilo a partir de elementos diverso- sinais múltiplos que servem para a preparação de nossas visões de mundo e percepções dos mundo dos quais participamos.”

O autor (2002) segue dizendo:

“Esses sinais visuais trocados em situações de interação entram na construção e na reconstrução social de nossas aparências corporais mutantes, formando situacionalmente, o que vamos chamar aqui de imagens identificatórias. Essas imagens múltiplas, baseadas, logo nas aparências corporais, podem ser fixas reformuladas periodicamente de forma idêntica, ou provisórias e cambiantes de acordo com as situações de interação. Em todos os casos, trata-se de imagens que só existem em relação a outras imagens e, como são identitárias, se formulam e se reformulam por meio de ritualizações. As imagens identitárias podem funcionar enfim como redes de relações significantes, relações que em situações ritualizadas, criam o mesmo e o outro, criam a comunidade de interesse e o grupo, designando o outro e sendo designadas pelo outro. Essas redes podem ser objetivadas por meio de símbolos e elementos que compõem a aparência corporal.”

Viganó (1999) ao dizer da anorexia e bulimia como novos sintomas, os situam como arremedos de ritos de passagem, que em lugar de separação, tamponam o sujeito. São sintomas aos qual o sujeito se identifica e se nomeiam. “Sou anoréxica”, “Sou bulimia” e não se questionam em relação a isso. Em *Os dois Nada da Anorexia*, Recalcati (2004)

aponta como primeiro nada a escolha anoréxica como objeto de separação próprio da adolescência. Adolescência entendida como trabalho de separação do Outro materno do Outro familiar em direção ao Outro social.

“O primeiro nada é o nada como objeto separador. É o nada que manifesta a essência da anorexia como manobra de separação. Comer nada é um modo de barrar o Outro, sobretudo por reduzir a onipotência do Outro em impotência e vice versa para emancipar o sujeito da sua impotência, por desgarrá-lo da dependência alienante do Outro. É o nada no seu valor dialético. É o nada como aquilo que consente numa virada radical da relação de força: se, em um primeiro tempo (no tempo da infância), o sujeito se encontra em um estado de impotência fundamental relacionado à onipotência do Outro (é o estatuto do objeto que a criança assume necessariamente em relação ao Outro), em um segundo tempo (no tempo da adolescência), através do ponto chave da recusa, do não! ao Outro através da função do nada como objeto separador, o sujeito anoréxico lança o Outro numa impotência angustiante e conquista uma posição de supremacia imaginária no confronto com o Outro.”

Miller em *O sintoma e o Cometa* (1997); traz o novo autístico da contemporaneidade e a sua influência na clínica. “Parece ser de nosso interesse na clínica que muda sempre vinculada ao estado contemporâneo da cultura, no momento atual do que chamamos discurso universal. Cada vez mais o novo dura menos; logo está obsoleto. A aceleração da decadência de qualquer novidade povoa o mundo cotidiano com objetos obsoletos, que devemos jogar fora, para trocá-los por outros modelos mais atuais. Então, o sujeito inquieta-se por não ser ele próprio tão novo, com grande probabilidade de logo virar obsoleto. O culto ao novo, inexoravelmente, transforma o próprio sujeito em obsoleto, em dejetos.” Há aqui um imperativo do consumo do novo. Há uma demanda imaginária do objeto como solução da falta a ser do sujeito.

Recalcati (1999) em *A questão preliminar na época do Outro que não existe*, esclarece sobre a demanda convulsiva. É a demanda que na época do discurso capitalista, que aparece em estado de continua solitação e desenganchada da dialética do desejo. No sistema capitalista há a supressão da dimensão da falta, não é a partir da falta que se faz laço social e sim em torno do objeto perdido, sempre reciclando o gozo em um sistema sem perdas. Continua Recalcati: “Nesta dialética o desejo é articulado e, ao mesmo tempo, resulta irreduzível à demanda. É precisamente o “resto” da demanda, no sentido em que cada satisfação da demanda porta em si um núcleo de insatisfação. É bem este núcleo que manifesta o caráter infinito, sem medida do desejo.” Recalcati (1997) marca bem que a demanda não responde ao desejo como resto. A demanda é animada pelo objeto de gozo e sua marca. “Não é o resto da satisfação da demanda como índice do desejo a orientar a demanda sobre sua base faltando a ser este sujeito, mas é o discurso do capitalista que produz seja o vazio do objeto (criando uma infinita pseudofalta), seja o objeto capaz (ilusoriamente) de preenchê-lo. É o objeto que mostra paradoxalmente isso que falta ao sujeito e não a falta do sujeito que o guia em direção ao objeto, segundo a metonímia do desejo.”

Recalcati (2004), citando Lacan, ensina que “tudo se consome”. A globalização do mercado e a crescente tecnologia garante a disponibilidade ilimitada do objeto, que aparece tentando saturar a falta. Entretanto, a falta não pode ser saturada, a falta a ser do sujeito é uma falta que estruturalmente não pode ser preenchida por um objeto. A tentativa capitalista é então obturar a falta com a oferta maníaca de objetos e o mito do seu consumo possível. O ritual bulimico compulsão-vômito-compulsão ilustra bem a clínica. O consumo desenfreado o objeto não oferece ao sujeito a saturação da falta, somente um débil engano. A compulsão

encontra a falsa plenitude do estômago. A bulímica rejeita esse engano a partir do vômito, não era de objeto que queria preencher-se.

“No discurso capitalista se verifica então uma circulação democrática do gozo, cuja condição é a inclinação a supressão da falta do sujeito. O elemento que deve ser sublinhado é a função do Outro social como oferta contínua de satisfação de necessidades. A anoréxica se rebela a essa lógica ao consumir nada. A magreza obstinada e exibida é o signo de uma falta que não se deixa reciclar nesse sistema de consumo.”

Não há como desconsiderar a influência da decadência do significante mestre e dos ideais na cultura atual onde não há mais um grande Outro no lugar da verdade (Miller, 1997) na adolescência ou nos novas apresentações do sintoma como a anorexia, bulimia, pânico, depressão. Recalcati (1999) pontua sobre a nova clínica: “Os novos sintomas não manifestam tanto o sujeito dividido, mas se configuram, por sua vez, como um tratamento, via perversão dessa divisão subjetiva. Via perversão no sentido de que este tratamento acontece através do objeto, ou através de um uso perverso do objeto que pretende cobrir o buraco da castração.” O sintoma é uma forma de identificação. Ao dizer sobre a demanda melancólica onde há uma predominância não da ausência ou da perda de objeto, mas de sua excessiva presença, Recalcati (1999) situa a anorexia: “A dimensão melancólica da demanda contemporânea alude, portando, como também a dimensão da demanda convulsiva, a um afastamento radical da simbolização do objeto perdido. Ela termina por promover uma espécie de separação da demanda, uma ruptura do laço, um fechamento autístico do sujeito, uma refutação do Outro, que pode acompanhar-se de uma identificação com o objeto perdido, como acontece de modo paradigmático na anorexia.”

É nesse contexto sociocultural que os adolescentes buscam respostas para o seu adolescer e esse trabalho localiza a clínica e busca a direção da condução do tratamento.

Metodologia

As disciplinas de orientação qualitativa convocam a contribuição de outras áreas do conhecimento e de métodos variados para a construção de seus projetos. Exigem a criatividade na elaboração do método, muitas vezes esse tendo que ser descoberto concomitantemente com o estudo do objeto. Método é caminho. A ciência que tem o homem como objeto de estudo é a ciência do particular. Ainda que todos os homens tenham algo em comum, cada um é diferente. O qualitativo enfatiza a diferença, o individual, e a contextualização dos particulares leva às teorias gerais, mas que têm que ser adaptáveis a cada situação única (Turato, 2003).

Turato (2003), ao formular sobre a pesquisa clínica qualitativa, esclarece que o melhor método é aquele que preenche os objetivos em relação ao objeto de estudo:

Não podem existir cientistas que não possam ver que os diferentes caminhos-métodos serão aqueles que abordem mais adequadamente seu objeto de estudo, e que tudo aquilo que nos ajuda na abordagem deve ser respeitado. Haverá, sim, métodos melhores, dependendo do objetivo que nos propusermos. Mas não em termos absolutos. Não cabem dogmatismos e preferências metodológicas, mas sim indicações para o método, qualquer um que seja. O cientista do homem é aquele que se considera o mais ignorante sobre os fatos, mas tem uma grande experiência em caminhos. Quando se permite a manifestação, sem perguntas dirigidas, é que o novo vai aparecer – aquilo que não se perguntou por que a pergunta era impossível de ser formulada. Anunciar a partir de qual ou quais paradigmas se trabalha é

mais do que uma questão de precisão de ideias: deveria ser uma questão de honestidade científica.

Este estudo propõe apontar que os chamados transtornos alimentares não podem ser reduzidos a doenças orgânicas mesmo psiquiátricas e sim, devem ser cuidados como expressões sintomáticas de impasses psíquicos. Para tal, é necessário um esforço de compreensão das questões subjetivas dos pacientes que trazem essas manifestações. A clínica nos ensina que a compreensão universal e fenomenológica com seu consequente uso de fármacos é insuficiente para a “cura desses pacientes”, entendendo, aqui, cura como cuidado. O método científico, universal, exclui a subjetividade, mas a escuta mais acurada mostra que ela, a subjetividade, insiste. Há alguma coisa que escapa à proposta terapêutica normativa. O sintoma incide, repete-se e se desloca. A clínica dos novos sintomas nos quais se inclui a anorexia e bulimia determina-se a partir das características da sociedade pós-moderna e o imperativo de prazer imediato. O consumo inesgotável de objetos visa tamponar a “*falta a ser*” do sujeito e definir um funcionamento subjetivo ordenado por objetos de gozo, em detrimento dos ideais (Pacheco, 2003). Nesse ambiente culmina o fracasso da palavra e nele a clínica se pauta pelo fazer, por atuações e passagens ao ato, mostrando o limite do saber universal. A condução dos casos exige mais que a descrição fenomenológica ou a interpretação dos significantes do paciente. É necessária a compreensão do que há de mais singular em cada caso, ou seja, o sintoma na sua articulação com o desejo e o gozo, para que possa surgir alguma possibilidade de intervenção eficaz. O NIAB (Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia) a partir da orientação psicanalítica entende que a construção do caso clínico, na anorexia e na bulimia, possibilita a compreensão de cada caso particular e as possíveis intervenções. Recalcati

(2003) traz um fragmento de caso clínico que exemplifica o particular do caso e a sua importância na condução do tratamento:

Uma jovem anoréxico-bulímica me contava sua exigência de que na mesa, o prato destinado a ela fosse distinto dos demais. Sua mãe então tirava ou agregava algum ingrediente para fazer com que o prato fosse único em relação aos demais. Ser a única era de fato a demanda de amor que ela dirigia ao Outro. Mas me impressionou muito o rigor do seu pedido: Só se o prato fosse particularizado pelo Outro, seria possível para ela comer alguma coisa. Por outro lado, a mesa do Outro parecia anular toda sua particularidade impondo-lhe um alimento não subjetivável. Assim comer, seria somente engordar. Quando mais adiante, sua mãe modificou a preparação do seu prato, universalizando a sua particularidade, ela encontrou outra forma de particularizar o seu prato que havia se tornado universal. Ela então, se ocupava de fazer furos no universal para introduzir seu gosto próprio, particular.

Todo aquele que deseja empreender uma pesquisa clínica envolvendo a psicanálise, se vê diante do problema da escolha de uma metodologia adequada ou específica. Esse problema, que decorre da conjunção e da disjunção entre psicanálise e ciência, acentua-se quando se pretende desenvolver uma pesquisa a partir do caso clínico. Para a ciência pode parecer pouco rigoroso o fato de uma pesquisa clínica não se pautar nos tradicionais critérios preconizados pelo epidemiológico-estatístico, tais como a escolha aleatória da amostra, a coleta prévia de dados, ou uso das séries estatísticas. O que importa, sobretudo, são critérios estabelecidos para assegurar a validação universal dos resultados da pesquisa, através da qual se obtém um saber de aplicação geral. Diferentemente, a psicanálise

sustenta que a pesquisa clínica pode ser eficaz e produtora de conhecimento, embora seja orientada por outros critérios, a saber, o estudo do caso um a um, a construção dos fatos que concernem ao caso, à inclusão do analista nessa construção. Minha aposta é de que a construção do caso clínico é um método de pesquisa inteiramente válido, isto é, um caminho próprio da psicanálise para viabilizar a produção do saber clínico (Barroso, 2003) e o qual pretendemos utilizar. Esse caminho não é solitário, a clínica médica sempre trouxe importantes aportes à medicina, a partir de casos clínicos e a literatura médica está repleta de exemplos. No campo da psiquiatria há contribuições importantes, apenas como exemplo, veja-se a tese de doutorado de Lacan. Outros campos do conhecimento também usam o estudo de caso para diversas investigações.

Turato (2003) cita Laplanche & Pontalis para conceder à psicanálise sua qualidade de método científico:

Trata-se a psicanálise, de uma inestimável disciplina, definida, dentre outras possibilidades, como um método de investigação cujo alvo maior é evidenciar o significado inconsciente das palavras, das ações, das produções imaginárias de um sujeito, como seus sonhos e fantasias.

O mesmo autor, ao relacionar a pesquisa qualitativa com os modelos psicanalíticos clínicos, traz contribuições em relação à escolha da prática psicanalítica como método científico:

Antes de constituir uma abordagem terapêutica científica autônoma, a psicanálise consiste num método com seus procedimentos para a investigação sobre processos mentais praticamente inacessíveis por qualquer outro modo que não seja através da relação afetiva próxima em análise como profissional psicanalista.

Continuando com Turato (2003), este citando Freud em suas conferências introdutórias, afirma que aquilo que caracteriza a psicanálise como ciência não é o material de que trata, mas sim a técnica com a qual trabalha. Aquela pode ser aplicada à história da civilização, à ciência da religião e da mitologia, não em menor medida do que à teoria das neuroses. Aquilo a que ela visa, e o que realiza, não são senão descobrir o inconsciente na vida mental. E ainda, ao fazer uma distinção entre os pressupostos de pesquisa elaborados pelo pesquisador clínico-qualitativo e o psicanalista, mostra que no primeiro caso há a busca ativa em campo para confirmar ou rever os pressupostos, já no segundo caso, o psicanalista aguarda num lugar aonde o sujeito virá procurá-lo para a “coleta” de dados. Seguindo:

Por sua vez o psicanalista em pesquisa clínica utilizará ao contrário, somente seus pacientes, já que o material de pesquisa será o material de análise terapêutica, sendo que os dados “colhidos” não virão pela proposta de um assunto colocado ao analisando. Pelos procedimentos de investigação, o psicanalista terá material abundante e profundo de cada paciente, já que o sistema de sessões regulares, nas quais ocorrerão a relação terapêutica, permitirá uma apreensão ampla dos fenômenos do universo psíquico do indivíduo sob estudo”.

Esclarece ainda que em pesquisa psicanalítica o número de casos pode se resumir a um ou poucos casos estudados até a exaustão. Ainda em relação ao uso do consentimento pós informação por escrito, Turato (2003) marca a diferença entre a pesquisa clínico-qualitativa e a pesquisa psicanalítica:

Outros procedimentos têm, no momento, lugar garantido na construção metodológica da pesquisa clínica - qualitativa o que não é confirmado na pesquisa da psicanálise clínica, tais como: o uso do consentimento pós-informação por escrito, a disposição face a face, o emprego do gravador para registro da entrevista, uma entrevista semidirigida como instrumento auxiliar de pesquisa disposto já no projeto; e o setting construído no ambiente usual do sujeito.

A particularidade de cada caso dá a ele o seu valor metodológico e nos ensina sobre a direção do tratamento, nessa clínica que nos convoca à invenção. Turato (2003) ao dizer que os estudos qualitativos têm sua maior força na validade (o que é apreendido pelo pesquisador) e não na confiabilidade (reprodutividade, o fato de que uma medição produz a mesma resposta a cada vez que é feita), marca a importância do valor metodológico do particular no caso clínico:

Ao contrário dos métodos quantitativos, que são tidos com finalidade de generalização de seus achados para outros momentos e situações, os métodos qualitativos permitiriam generalizar os pressupostos finais (confirmados ou revistos em relação aos iniciais do projeto de pesquisa), levantados como conclusões do respectivo trabalho. Cabe ao leitor, consumidor da pesquisa realizada, empregar tais pressupostos revistos para os novos casos: situações em que fenômenos semelhantes se apresenta a ele, no sentido de ver

se seriam úteis na sua compreensão, sendo portanto incabível a crítica de que seus resultados não são reprodutíveis a rigor. Primeiramente porque fenômenos e fatos, sejam individuais ou na amplitude social, que se manifestam no campo das ciências do homem, por razões obviamente observáveis simplesmente não são reprodutíveis e, em segundo lugar, porque o que queremos na pesquisa qualitativa é de modo deliberado conhecer o particular.

Freud (1974) elaborou as noções fundamentais da psicanálise a partir da construção do caso clínico, fazendo a articulação entre a teoria e a prática (Caso Dora, O Homem dos Ratos etc). Barroso (2003) aponta a importância da experiência clínica para a consistência da teoria psicanalítica:

A produção do saber a partir da prática confirma o fato de que a consistência epistemológica da teoria psicanalítica se perde sem o correlato da experiência analítica. Entretanto, o uso do caso numa pesquisa psicanalítica implica a produção de um saber do particular, portanto, distinto do saber do geral. O saber do particular, isto é, o que concerne ao ponto mais particular de cada caso, está pra a psicanálise assim como o saber geral, que se refere a uma categoria clínica em geral , está para a ciência.

Ao descrever a evolução do quadro para o caso clínico, Barroso (2003) marca o momento que corresponde a substituição da operação de apresentação e descrição do caso à sua construção. “Essa passagem evidencia outra maneira de se lidar com o real da clínica”. Do encontro de Freud e Charcot se passou da busca de um saber geral da histeria que se fazia pela apresentação do caso clínico para a busca de um saber particular em cada sujeito.

Renunciava-se ao quadro clínico para privilegiar a clínica do caso, isto é, compreender os aspectos sintomáticos relacionando-os com a história de vida do sujeito.

A construção do caso clínico em psicanálise vai além da observação e da descrição. Ela deve levar em conta o que há de mais singular no caso, onde há um enigma, uma incógnita, o que escapa ao saber já instituído. É o que se chama de construção do caso clínico em direção ao real.

Malengreau (2003) ao escrever sobre a construção do caso clínico utilizando conceitos de Lacan e Miller esclarece:

A experiência analítica é de início uma experiência de seriação dos significantes que importam para o sujeito. Trata-se para ele de apreender os diferentes traços, lembranças e identificações que marcam a sua história. É daí que nós partimos. Nós partimos do passo a passo de uma colocação em série daquilo que importa ao analisante. A construção do caso passa no início por essa localização. Isso não é entretanto, especificamente psicanalítico. Descrever a ordem simbólica na qual um sujeito está enredado não é próprio de uma prática em direção ao real. A localização e seriação das identificações e dos significantes regressivos poderiam muito bem nos levar ao que Lacan denomina o engano comum da compreensão. Não seria preciso então, que aparecesse também em nossas construções, a falta de uma significante na cadeia dos significantes que determina o sujeito, e a consideração de que essa falta não é acidental? Essa falta dever ser apontada de modo preciso se quisermos cercar mais de perto, o real em jogo na nossa práxis. Tratar-se-ia nesse caso, de construir uma sequência que fizesse aparecer nela mesma, não a falta de um termo, mas a parte indecível que ela comporta. Isso consiste

concretamente em fazer aparecer na sequencia, a incidência do não programado. A única sequencia eu conviria à construção do caso para a psicanálise seria, então , uma sequencia que incluiria a parte inusitada da experiência.

Malengreau (2003) conclui dizendo que isso só é possível a partir da interlocução á qual a clínica se oferece, ou seja, a uma transferência de trabalho.

No presente trabalho, foco deste estudo foi selecionado nove fragmentos de casos clínicos em momentos diferentes de sua condução. Nem todos foram trabalhados até à exaustão. Priorizaram-se os aspectos particulares relevantes em cada caso para responder ao objetivo proposto. Aspectos do saber teórico psicanalítico foram utilizados a partir da convocação do caso em particular, para mostrar o que em um sintoma alimentar ultrapassa a necessidade do alimento apontando para o desejo e o gozo; mostrando o limite da prática clínica e psiquiátrica, que trabalham a partir de um quadro sintomático, fenomenológico e um saber universal que desconsidera o sujeito e sua singularidade. Não foi o objetivo realizar um estudo psicanalítico extenso. Todos pacientes foram ou são atendidos por profissionais do NIAB em três vertentes: médica, psiquiátrica e terapêutica com orientação psicanalítica. A direção do tratamento se dá pela construção possível do caso clínico a partir da interlocução entre os profissionais, provocada, quase sempre, pelo que escapa ao saber instituído, ou seja, pelo aspecto que em cada aparece como incógnita. O material apresentado traz a contribuição de todos os profissionais envolvidos. O trabalho se deu a partir do relato dos casos, comentários de colegas e supervisões em grupo e individuais. A pesquisadora participou do atendimento de todos os pacientes selecionados, mas não esteve

no lugar da escuta em todos eles. O material apresentado não propõe um relato completo dos casos nem comentários psicanalíticos extensos.

Cancão
(Cecília Meireles)

*Pus o meu sonho num navio
e o navio em cima do mar;
- depois abri o mar com as mãos
Para o meu sonho naufragar.*

*Minhas mãos ainda estão molhadas
do azul das ondas entreabertas,
e a cor que escorre dos meus dedos
colore as areias desertas*

*O vento vem vindo de longe,
a noite ser curva de frio;
debaixo da água vai morrendo
meu sonho , dentro de um navio...*

*Chorarei quanto for preciso,
para fazer com que o mar cresça,
e o meu navio chegue ao fundo
e o meu sonho desapareça.*

*Depois tudo estará perfeito:
praia lisa, águas ordenadas,
meus olhos secos como pedras
e as minhas duas mãos quebradas.*

Criança
(Cecília Meireles)

*Cabecinha boa de menino triste,
de menino triste que sofre sozinho,
que sozinho sofre, - e que resiste.*

*Cabecinha boa de menino ausente,
que de sofrer tanto se fez pensativo,
e não sabe mais o que sente...*

*Cabecinha boa de menino mudo
que não teve nada, que não pediu nada,
pelo medo de perder tudo.*

*Cabecinha boa de menino santo
que do alto se inclina sobre a água do mundo
para mirar seu desencanto.*

*Para ver passar numa onda lenta e fria
a estrela perdida da felicidade
que soube que não possuiria.*

Fragmentos da história de H

A entrevista com os pais – “H. é ótima”

Os pais buscam tratamento para a filha que vem emagrecendo e diminuindo radicalmente o consumo de alimentos. A mãe mostra-se preocupada, ansiosa e afirma estar vindo ficar com os filhos desde abril desse ano, a despeito de seu trabalho e sucesso profissional.

Contam que H. sempre foi muito brilhante em tudo o que fazia, principalmente na escola. Desde pequena mostra-se muito certa do que quer, e demonstra os seus incômodos com choro e com irritabilidade. Mudou-se de escola várias vezes apoiada pelos pais que concordavam que o ensino era fraco.

H. identificasse com o pai e é muito influenciada por ele. Este “*provoca*” muito os filhos. Diante de uma produção realizada por eles, mostra-se insatisfeito, inferioriza o trabalho mostrando as falhas para que eles possam se superar. “*Uma preocupação nossa sempre foi de que os nossos filhos aprendessem a pensar por eles mesmos e tomassem as suas próprias decisões. Acho que conseguimos isso. H. é ótima.*”

O pai parece questionar a necessidade do acompanhamento médico. “*H acha que o problema dela é genético*”. Devido à história familiar positiva para doenças psiquiátricas, parece haver aqui uma determinação, uma certeza em relação ao quadro de H. que inicialmente não dá à família chance de intervenção. A mãe se mostra culpada e questiona-se, “*Será que se tivéssemos considerados os sinais que H. vinha dando durante a infância será que as coisas tinham chegado nesse ponto?*”

H. já passou por vários médicos e não os aceita já que sempre ouve que precisa comer.

O primeiro atendimento: O sintoma: “*Meu problema é com o meu peso*”

No primeiro atendimento, a apresentação do problema se dá de forma incisiva. *“Meu problema é com o meu peso. Estou buscando ficar satisfeita como meu peso, olhar no espelho e achar que eu estou bem. Parar de sofrer, mas sem engordar.”*

Deixa bem claro o seu desejo de *“... perder mais uns quilinhos”* e se confunde: *“... o que as pessoas falam não é o que eu vejo, não estou doente. É muito complicado comer para mim. Assim que eu como acho que engordei, Toda roupa que eu coloco me incomoda. Prefiro ficar sem comer. Tento ficar o máximo de tempo sem comer. Quando tenho muita fome, como alguma coisa. Quando como fico com a consciência pesada e se como na frente dos outros fico com medo, parece que estou fazendo alguma coisa errada. Fico triste depois de comer. Passo a noite fazendo conta de quantas calorias eu comi”.*

Afirma que até os 11 anos era magrinha. Na sétima e oitava série começou a engordar, a se preocupar como peso e a fazer academia. As minhas amigas eram muito magrinhas. *“Nessa época eu já tinha vergonha de entrar sozinha no restaurante, tenho medo das pessoas olharem para mim. Eu observo muito as coisas e acho que as pessoas também observam. Olho a pessoa como um todo. Eu sou muito crítica, não muito com os outros, mas comigo mesma.”*

Quando veio para Belo Horizonte deixou de fazer academia e engordou 7 Kg durante a viagem que fez para o exterior em comemoração ao seu aniversário de quinze

anos. Sempre quis festa de quinze anos, mas na época, o avô paterno faleceu e *“ninguém tinha clima para festa e a gente deixou par lá esse negócio de festa. Foi complicado para eu decidir se ia ou não fazer a festa, queira, mas não estava animada.”* Ganhou a viagem e a festa, pois esta ocorreu em outubro *“minha mãe fez um churrasco para meu irmão pela manhã e a minha festa à noite.”* Foi muito criticada pela irmã e isso a incomodou. *“Não gosto de ser criticada.”* H. se dividia: *“... será que estou abusando em querer os dois? As vezes querer e desejar é difícil para mim. É muito triste não estar satisfeita com as coisa que eu tenho, por exemplo o apartamento que eu moro..., é desnecessário querer outro... Fico insatisfeita com o fato de eu querer melhorar sempre mais e mais. Eu me cobro muito. Sempre quero mais.”* Conta que chorou muito durante a festa pois estava gorda no vestido que escolheu. Resolveu ir a partir da fala da mãe. A mãe disse: *“... larga de bobeira, você está ótima não está gorda!”* *“Fui acreditando no que eu vi no espelho. Evitei ao máximo ser olhada. Todo mundo me criticou porque não teve valsa, mas a valsa coloca a pessoa em evidência. Fiquei o tempo todo me escondendo.”*

“Acho que não estou bem, sempre quero mais”

Em todos os atendimentos, H. traz o fato de não ser suficientemente boa. *“Sempre acho que não estou bem, sempre quero mais”*, vivência essa muito precoce. Lembra-se de que no maternal I chorava o tempo todo, não queria ir à aula porque os colegas ficavam dormindo o tempo todo. Dormir era perder tempo. Mudou-se de colégio por três vezes até os 9 anos. As escolas eram fracas e desinteressantes e H. sempre demonstrou facilidade para aprender. Tinha muito dor de cabeça e não queria ir à aula. Os pais consentiam com as

ausências na escola, pois essas, não eram suficientes para dificultar ou impedir o aprendizado. O desafio para a aprendizagem surgia diante dos pais e dos irmãos. Lembro-me de ficar aprendendo enquanto eles faziam dever de casa. *“Meu pai falava da sua facilidade na escola, de suas notas sempre melhores e do sucesso em suas atividades. Aí eu pensava: já que ele é assim, é assim que eu tenho que ser, não posso decepcionar o meu pai.”*

A escola expõe a fragilidade: “Não consigo dar as respostas”

H. encontra-se muito preocupada com a escola. Tem medo de não conseguir fazer as provas. *“Não consigo dar as respostas. Tenho medo de não conseguir as respostas por muito tempo...”* Não consegue se concentrar nas aulas e nem em casa para estudar. Está muito desanimada e não quer fazer nada. Muitas vezes nesses momentos é invadida pela preocupação com o peso e com o corpo. Pergunta-se por que ficar se preocupando com essas coisas de menininha boba, essas coisas fúteis de corpo. *“Por que todos me tratam de forma diferente? Como se eu fosse muito frágil?”*. A mãe foi à escola e falou sobre o tratamento. *“Estou sem fazer as provas, eles falam que eu posso ficar despreocupada, agora eu posso tudo!”*

Sente-se muito mal com o tratamento especial e com a ajuda que está tendo na escola. Ser ajudada é fracassar. Sempre se compara aos pais e aos irmãos. Todos conseguem tudo com muita facilidade e por mérito próprio. Ela não. *“A minha mãe não é igual a mim que fica com essas dificuldades e chorando desse jeito”*.

A mudança, “*nada era como eu pensava... a única coisa que eu ainda faço por mim é ficar sem comer.*”

H. fala muito angustiada que “*nada*” era como ela pensava. A mudança de cidade para estudar com conseqüente separação dos pais, intensifica a preocupação com o corpo.

“No interior, as pessoas ficavam falando: nossa você é linda! Você tem um corpo ótimo! Como você é inteligente! Quando eu falava do meu sonho de fazer o curso na faculdade eles falavam: Você já passou, é claro que você consegue!” Teve muitas decepções ao sair do interior. Percebeu que as amigas da infância não eram tão amigas assim e que para fazer amizades aqui também não foi muito fácil. *“Eu tenho dificuldade de chegar perto das pessoas e conversar. Tento ser o mais agradável e espontânea que eu posso; por que as coisas não funcionam? Logo que cheguei um menino, que eu nem conhecia me falou que eu era gorda, e as meninas da minha sala sem nem me conhecer me falaram que eu era chata; e que parecia dessas que ficava com todos os meninos. Por que quando eu saio com as minhas amigas os meninos só se interessam por elas e não por mim? Acho que é porque eu sou gorda, feia e não tenho bom papo, não sou tão inteligente.”*

H. não passou na prova de seleção do colégio no qual estuda, mas foi matriculada a partir de acordo com a instituição. *“O diretor falou que a prova era para separar os alunos que davam conta do colégio daqueles que não davam conta. Tive ódio dele e percebi isso como um desafio. Falei para mim mesma que eu ia me sair muito bem só para provar para ele que não era uma prova que mostrava se a pessoa era capaz ou não. Aí eu vi que aqui a coisa era pra valer, que eu ia conviver com pessoas muito boas e inteligentes, que já não era mais aquela coisa do interior.”*

H. chora muito, mostrando a sua decepção. Afirma que não consegue resolver suas próprias coisas, que não consegue passar nas provas; que suas notas não são tão boas e que ela não vai conseguir passar no vestibular que era o seu maior sonho.

“A única coisa que ainda faço por mim mesma é ficar sem comer.” Conta de um fim de semana quando foi em um almoço na casa de um tio. *“Não queria ir, todo mundo fica falando para você comer, fica tratando a gente de um jeito diferente. Fui porque achei mais fácil do que ficar ouvindo a minha irmã me chamar de antissocial e os outros ficarem achando que eu sou chata.”*

H. tem medo de invadir o espaço do outro e se sente invadida às vezes, principalmente pela irmã, que na ausência da mãe assume esse papel em casa. *“A minha irmã é a mais velha, ela tem os cartões e o cheque, tudo eu tenho que pedir para ela. Eu não quero fazer o que os outros querem e parece que emagrecer é a única coisa que eu ainda consigo fazer por mim mesma, se eu não conseguir é como se eu fracassasse.”* Questionada sobre o seu desejo, responde: *“Quero atingir o meu objetivo de emagrecer.”* Entendendo que sem vitalidade não há desejo, H. continua: *“É... eu acho que estou é precisando de um namorado para ser aceita como sou”*.

Durante esse período de atendimento a mãe mostra-se muito preocupada. Afirma que H. está chorando muito e falando em parar o tratamento. *“Vou emagrecer sozinha não preciso da ajuda de ninguém, tenho que conseguir resolver a coisa por mim mesma.”*

O pai está muito ausente, não consegue participar e afirma quando a mãe fala que H. chora dizendo que queria ser mais bonita e mais inteligente do que é: *“... vou dar uma bronca nessa menina para ela parar com essa frescura.”*

O Outro: “Eu me sinto sempre avaliada pelo outro”

“Às vezes vem alguns pensamentos que eu não gosto de ter, mas não consigo evitá-los. Um deles é que eu tenho vontade de ter realmente uma doença física para justificar esse mal estar que eu sinto.” H. jogou-se da escada com essa intenção e mostra-me o hematoma na perna. “Será que tem alguma coisa para melhorar isso! Outro pensamento é que quando eu penso no esforço que eu tenho que fazer para melhorar e eu não encontro ânimo para isso, penso que é melhor desistir.”

“As pessoas ficam falando que eu estou doente, mas eu não consigo ver isso. Eles falam que eu estou muito magra, eu olho no espelho e me acho gorda. A única pessoa na qual eu acreditaria se me falasse que eu estava magra é o meu irmão, porque ele fala tudo que pensa, ele não fica preocupado com a opinião das outras pessoas. Ele é o mais verdadeiro lá de casa. A minha irmã também faz o que ela quer. Ela não se dá muito bem com o meu pai. Eu me sinto sempre avaliada pelo outro, sempre acho que ele tem razão quando está me fazendo uma crítica. É como se ele tivesse me avaliando o tempo todo. Lá em casa, meu pai e minha irmã são assim, principalmente o meu pai. A opinião dele é muito importante para mim. Eu sempre tento fazer tudo para agradá-lo. E agora não consigo mais. É como se ele fosse o meu limite, como se ele dissesse: até aqui você pode ir. Por exemplo, meu pai tem como verdade que a cor rosa engorda. A minha mãe quando vai comprar roupa, se pergunta: será que essa roupa rosa está engordando? A minha irmã se estiver com vontade sai de rosa e não está nem aí, o meu irmão menos ainda, mas eu nunca uso rosa.”

Os “quase” namoros e o namoro: “Todas as vezes que eu fico com um menino, acho que estou fazendo uma coisa errada”

À medida que vai percebendo o pai como esse Outro que a avalia e a critica, que determina o que é certo e o que é errado e ao qual ele se submete H. conta do primeiro namorado. “... a minha irmã ficou a primeira vez muito cedo. Isso lá em casa sempre foi errado. O meu pai sempre falou que a gente só ia poder namorar muito mais velha. A minha irmã não se dá muito bem com o meu pai porque faz as coisas do jeito dela. Eu já estava mais velha quando eu fiquei a primeira vez, todas as minhas amigas já tinham ficado, menos eu. Não sabia como o meu pai iria encarar isso, não sabia como contar para ele. Fiquei com o menino num dia e contei para a minha mãe para ela contar para o meu pai. Ele falou que tinha ficado decepcionado. A minha mãe falou que não queria saber de namorado dentro de casa e de ninguém namorando pelo telefone. Terminei o namoro no dia seguinte e falei para a minha mãe falar para o meu pai. Ele ficou uma semana sem conversar comigo.”

“Todas as vezes que eu fico com um menino acho que estou fazendo uma coisa errada. Conversar pelo telefone só quando não tem ninguém por perto.” Percebe que é o mesmo que acontece com a comida. H. conta que come melhor se não há ninguém olhando.

H. refere-se ao pai: “Essa semana eu falei para ele que vou arrumar um namorado. Ele ficou calado e eu me senti permitida. Eu me permiti.”

Apesar de toda angústia, desconforto e até nojo no contato físico durante as “ficadas”, H. continua envolvendo-se com garotos, esperando deles amor e consideração. Frente à investida masculina, apesar do deslumbramento diante da situação, hesita e não consegue assumir o namoro diante dos pais e dos primos.

H. solicita atendimento extra quando em uma festa de despedida de uma colega pelo qual se interessava e ao qual disse não a uma proposta de namoro se depara com “outro encontro”. *“Ele não me deu o valor que eu esperava, ele ficou com a menina mais bonita da sala e com quem todos querem ficar.”* Afirma que bebeu para ficar mais descontraída.

Come um pedaço de torta após não ter recebido telefonemas dos “ficantes”. *“Meus irmãos falaram que eu devo beijar mal, porque o menino não me procurou mais.”* Diz que está muito mal cada vez pior e ainda por cima está engordando. *“Não consigo mais estudar, aprender, os meninos não me telefonam, não consigo nem mais controlar o meu peso.”*

Após 15 dias da festa, H. surpreende, dizendo que está namorando. Este fato ocorre após duas tentativas de autoextermínio quando corta os pulsos. T. está muito deprimida e tenta convencer o pretende a desistir do relacionamento: *“... estou passando por um momento muito difícil, não sou uma boa companhia e além de tudo não posso sair.”* Sente-se considerada quando apesar de todas as limitações, o parceiro afirma o seu desejo de estar com ela e ainda garante um entendimento de suas atitudes, já que havida estado deprimido meses antes. *“Pelo menos é uma companhia, com quem eu posso conversar, assim ocupo o meu tempo.”*

O namoro é curto e conturbado, H. testa constantemente o desejo do parceiro. Sente-se constrangida quando é beijada na vista de toda a sua família em comemoração surpresa de seu aniversário. Sobreviveu com certo prazer a essa exposição. O namoro termina após um fim de semana prolongado quando H. vai com os pais sua cidade. *“Ele (o namorado) não telefonou, não deu notícias e não procurou saber como eu estava.”* Ao questioná-lo sobre o ocorrido; e insatisfeita com as explicações sobre sua ausência, H. afirma que acha melhor terminarem o namoro, já que a relação estava aquém do que ela

esperava. Fica perplexa quando escuta: “... *é melhor assim, até que eu gostava de você um pouco.*” Sente-se livre e aliviada com a decisão. “*Não gosto deste negócio de namorar.*”

Os cortes... “*Até para morrer eu sou incapaz*”

“*Vocês não me deixam fazer nada que eu quero*”

H. cortou os pulsos por duas vezes com intervalo de três dias. Ambas em véspera de provas no colégio e em momentos em que a mãe e os irmãos se encontravam em casa.

Vinham sendo atendimentos muito difíceis, marcados pelo fracasso de atingir os seus ideais. “*Eu mudei de cidade, larguei meus pais, meus amigos e tudo o que eu tinha lá para estudar nesse colégio e passar no vestibular. Agora eu não consigo mais aprender, não consigo fazer mais as provas, me concentrar e todo mundo fica me tratando como doente. Estou cansada de tentar entender o que está acontecendo, estou cansada de vir aqui (referindo-se aos atendimentos), nada resolve. Fui acreditar em todo mundo que falava que eu estava muito magra, voltei a comer e agora estou gorda, não consigo nem ser magra como eu queria.*”

No primeiro episódio, cortou-se com a lâmina de barbear do irmão, após ter se fechado no quarto. Foi encontrada toda suja de sangue pela mãe, que desconfiou de sua demora. Os cortes foram superficiais e sem repercussão clínica. Além de ser dia de prova, que ela não conseguiu fazer, escutou do menino com o qual vinha ficando que não queria compromisso sério. Foi sugerido o afastamento das atividades escolares e orientado uma vigilância constante.

Ponderando as várias ausências na escola, as matérias perdidas e não aprendidas desde o início do quadro, o risco e o horror de perder o ano letivo, H. não sem relutar

consente em ficarem alguns dias sem frequentar o colégio. Dois dias depois, voltando mais cedo da aula de reforço que insistia em prosseguir para recuperar o tempo e as matérias perdidas, H. aproveita a ausência da mãe, passa em uma farmácia e compra outra lamina de barbear. Dessa vez justifica os cortes um pouco mais fundos, pelo cansaço de continuar tentando melhorar e encontrar respostas. Não estava conseguindo aprender e nem concentrar nas aulas particulares. A mãe afirma: *“H. não queria morrer, logo que ela passou a gilete deu um grito, encontramos a H. toda suja de sangue e chorando muito.”*

“Sou incapaz até para morrer, vocês não me deixam fazer nada do que eu quero, nem morrer, era isso que eu queria, estou cansada de tudo isso, não tenho mais forças.”

Foi proposta uma internação domiciliar e a vigilância materna foi diminuindo gradativamente à medida que H. ocupava-se do namoro. A cobrança em relação à escola, as notas e os objetivos profissionais ficaram mais brandas e deram lugar à insatisfação com o corpo e curtos e limitados períodos de anorexia que estavam até então em segundo plano.

As mudanças de colégio: *“Não quero ter que responder nada”*

“Não quero correr risco nenhum”

Após os cortes, o pai começa realmente a considerar as preocupações maternas em relação à filha. Procura se inteirar dos fatos e a fazer ponderações que trazem movimentos novos ao andamento do caso.

Durante feriado prolongado, o pai sugere a H. que pare de estudar até o fim do ano, que cuide dela durante esse período (voltando inclusive para a casa no interior) e que repita

este ano do ensino médio no ano seguinte. Acrescenta ainda a importância de cuidar de seus sentimentos a despeito dos estudos para então voltar a estudar com as forças renovadas.

H. vivencia a proposta paterna com horror. Nega-se a parar de estudar e a voltar para o interior. Após muita conversa em família, comunica a mudança de escola. *“Vou para uma escola mais fraca, que me cobre menos. Eu já tenho a minha cobrança, não preciso de mais cobrança externa.”* Afirma que não vai conseguir passar de ano no colégio em que está matriculada, que não consegue estudar e que as matérias estão muito defasadas. Como havia conseguido notas muito boas no primeiro trimestre, tem garantido nessa nova escola a chance de passar de ano sem se esforçar e sem correr riscos. *“Eu estou muito cansada, não quero ter que responder nada, não quero correr risco nenhum.”*

A mudança de escola atesta o seu fracasso e H. mal consegue frequentar as aulas por uma semana. Continua se cobrando. Queixa-se de que as matérias são diferentes, de que tem que estudar do mesmo jeito e angustia-se com as provas. Chora o tempo todo na sala de aula. Culpabiliza-se e pune-se pelo seu fracasso. Considera e aceita a proposta de voltar para a casa dos pais e estudar na escola da qual saíra alguns anos antes porque era muito fraca. Indigna-se por ter chegado a tal ponto. *“Olha só essas provas mãe, são pura decoreba”*. Mostra dificuldade de adaptação na escola e mantém por algum tempo certo isolamento social o que não havia ocorrido de maneira significativa desde então.

A Interrupção do tratamento: “*Vocês não me escutam, já que a resposta está dentro de mim...*”

Os atendimentos foram espaçados durante todo esse período de mudanças escolares devido a maior permanência na cidade natal. H. evoluiu com piora dos sintomas anoréxicos, do humor e retorna disposta a interromper o tratamento, que nada a ajudara. Afirma que o único problema que tem é a anorexia e que essa não foi considerada. “*Vocês não me escutam, eu não tenho problema nenhum, está todo mundo preocupando à toa, meus pais nunca se preocuparam comigo, por que agora estão se preocupando? Ninguém nunca me fala o que eu tenho. Eu não devia ter abandonado os meus objetivos. Já que a resposta está dentro de mim, eu vou resolver tudo sozinha e vou voltar a emagrecer.*” H. desmarca todos os atendimentos e se nega a voltar. Deixou dois atendimentos já pagos, “*Depois eu resolvo isso.*”

H. voltou a se alimentar. Encontra-se no interior, retomou sua vida social com alguma restrição. Faz planos de retornar ao colégio no qual se encontrava no início do tratamento para realizar “*os seus objetivos*”, os quais “*ela nunca deveria ter abandonado.*”

A evolução clínica

H. preenche os seguintes critérios para o diagnóstico de anorexia nervosa pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, quarta edição (DMS-IV), exceto o item D, pois mantém ciclos menstruais irregulares. (Tabela1)

Apresenta-se muito emagrecida, pele ressecada e com aumento de pêlos. Enoftalmia evidente não só pela prostração intensa, mas também pela hidratação mantida sempre no limite inferior do desejável. Manchas arroxeadas pelo corpo, principalmente em locais de trauma ou nas protuberâncias ósseas bem evidentes e vulneráveis. Emagreceu aproximadamente 11 kg desde o início do ano, atualmente com IMC de 16,2. Encontra-se sem alterações ao exame dos aparelhos específicos e a propedêutica realizada, laboratorial e de imagens, não sugere patologias orgânicas que poderiam contribuir para os sintomas anoréxicos.

O mal estar corporal se resume às cefaleias e sonolência associada ao período de jejum e algumas câimbras recentemente mais frequentes. Está em uso de complexo vitamínico, reposição de cálcio e sintomáticos para a cefaleia.

H. não apresentou alucinações ou delírios, exceto a distorção da imagem corporal, que pudessem sugerir outro diagnóstico psiquiátrico. O humor é persistentemente deprimido e o sofrimento psíquico muito intenso. Os primeiros atendimentos foram marcados por momentos de choro compulsivo e de difícil manejo. O diagnóstico psiquiátrico foi de anorexia nervosa, associado a um quadro depressivo grave. Usou de sertralina 150mg/dia e risperidona 1mg/dia que foram sendo aumentados gradativamente visando não só a melhora do humor, mas também a uma contenção psíquica que tornasse possível o trabalho terapêutico.

Elaboração a partir do caso clínico

H. Preenche os critérios para o diagnóstico de anorexia nervosa e a partir de sua fala traz a sua história, fala da sua anorexia:

“H é ótima

Estou com anorexia.

Meu problema é com o meu peso...

Acho que não estou bem, sempre quero mais.

Não consigo dar as respostas...

Nada era como eu pensava...

A única coisa que ainda faço por mim é ficar sem comer.

Eu sempre me sinto avaliada pelo outro.

Todas as vezes que fico com um menino, acho que estou fazendo alguma coisa errada...

Até para morrer eu sou incapaz...

Vocês não me deixam fazer nada que eu quero.

Não quero ter que responder nada, não quero correr risco nenhum...

Vocês não me escutam... A resposta está dentro de mim.”

O relato de caso de H. traz aspectos comuns a outros casos já descritos, no entanto, o caso esclarece bem a peculiaridade do sintoma, isto é, como para cada paciente os sintomas anoréxicos e/ou bulímicos são contextualizados e entendidos de maneira muito singular, assumindo assim, para cada sujeito, uma função específica. H. deixa muito claro que a única coisa que ela faz por ela mesma é ficar sem comer, já que em todos os outros aspectos da sua vida, ela submete-se ao desejo do Outro.

Como entender a anorexia como um simples transtorno do alimento e conduzir um paciente no seu processo de cura fazendo-o simplesmente comer? Como considerar a anorexia uma doença, que sob a universalidade da fenomenologia sintomática desconsidera o que há de mais singular para o sujeito que é o seu sintoma, como bem nos mostra H?

H. mostra o incômodo de ser vista como doente. Ela não é doente. Conta que interrompeu o tratamento com outros profissionais que a trataram como doente, como anoréxica, H. diz o tempo todo, não se trata disso, não se trata de uma doença, não se trata de anorexia, mas no início também não se dá conta disso. *“Não há nada de errado comigo, quando as pessoas falam que eu estou muito magra não acredito, não é isso que eu vejo. “Meu problema é com o meu peso. Estou buscando ficar satisfeita com meu peso, olhar no espelho e achar que eu estou bem. Parar de sofrer; mas sem engordar.”* Deixa bem claro o seu desejo de *“Perder mais uns quilinhos”* e se confunde *“... o que as pessoas falam não é o que eu vejo, não estou doente”*.

De que peso, H. fala? Com dificuldade vai aceitando que há um mal estar. Mal estar esse, que localiza no corpo, mais concretamente no peso. É mais “simples” localizá-lo no corpo, afirma H. *“Às vezes vem alguns pensamentos que eu não gosto de ter, mas não consigo evitá-los. Um deles é que eu tenho vontade de ter realmente uma doença física para justificar esse mal estar que eu sinto.”* H. jogou-se da escada com essa intenção e mostra-me o hematoma na perna. *“Será que tem alguma coisa para melhorar isso?”* A partir desse acting H. faz um apelo e se pergunta sobre a possibilidade de “melhora”. Uma questão orgânica responde ao outro e a ela mesma e a tira de cena, já que uma doença no corpo vai ser tratada por um terceiro, por um médico, tem cura, tem um remédio que elimina o mal estar. Dessa forma vítima de uma doença, não precisa saber do que está acontecendo, não precisa saber do que lhe faz mal.

À medida que vai falando de sua vida, percebe que suas tristezas e insatisfações vão além do corpo e se relacionam com momentos e passagens de sua vida. H. procura entender qual a relação entre os sintomas anoréxicos e esse mal estar. A preocupação com o corpo surgiu quando tinha 11 anos. *“As minhas amigas eram muito magrinhas. Nessa época, eu já tinha vergonha de entrar sozinha no restaurante, tenho medo das pessoas olharem para mim. Eu observo muito as coisas e acho que as pessoas também observam. Olho a pessoa como um todo. Eu sou muito crítica, não muito com os outros, mas comigo mesma.”*

Desde o primeiro atendimento H. afirma com muita angústia, que nada é suficiente para ela. Tenta se superar o tempo todo, mesmo que ela sofra muito para atingir determinado objetivo. Sempre que é criticada pelos outros, assume a crítica como sua e se angustia diante do fracasso de não conseguir atingir as metas auto impostas. *“Sempre acho que não estou bem, sempre quero mais.” Fico insatisfeita com o fato de eu querer melhorar sempre mais e mais. Eu me cobro muito. Sempre quero mais.”*

Todo o discurso de H. é marcado por fracassos, mas não há lugar para eles: é a mais feia e menos inteligente que os irmãos e os pais, é preterida pelos rapazes em relação às amigas, tem muito medo de não conseguir passar de ano e já desistiu de prestar vestibular, já que tem certeza de que não vai conseguir passar. Todos acreditam nela, exceto ela mesma. Há um jogo de expectativa dos pais e das amigas ao qual H. não consegue responder. O sintoma parece fazer a diferença nessa série: *“Eu não quero fazer o que os outros querem e parece que emagrecer é a única coisa que eu ainda consigo fazer por mim mesma, se eu não conseguir é como se eu fracassasse. A única coisa que ainda faço por mim mesma é ficar sem comer.”* O sintoma a sustenta nesse momento em que não se sente capaz de corresponder à expectativa do Outro. O sintoma se manifesta na ordem da contradição e do desafio.

Recalcati (2003) traz contribuições para o entendimento do caso: Em vez do sintoma e de seu valor metafórico, encontramos a dependência da substância (bulimia) ou uma identificação idealizante que carece de dialética, absoluta, narcísica, mortífera (anorexia). O problema é que nem a substância (o alimento ou a droga) e nem a identificação idealizante assumem para o sujeito o valor enigmático do sintoma. A anorexia-bulimia indica uma posição sustentada por uma identificação que não se torna sintoma para o sujeito. A anorexia para H. funciona como uma resposta, uma identificação ao seu ideal que se depositando na identificação narcísica da imagem do corpo permite a sensação de completude, de perfeição que ela busca obstinadamente. Continua Recalcati: A anorexia não é uma demanda, mas sim um modo de resposta. É um resposta ao Outro. Uma resposta que se dá como definitiva. De hoje em diante basta! Nada mais do Outro! E este é o enunciado propriamente anoréxico (É a última ceia com o Outro) que faz obstáculo não só a cura, mas também a todas as condições para início da cura.

Durante os atendimentos H. faz referências ao Outro. Pergunta-se sobre o desejo do outro em relação a ela, sugerindo uma estrutura histórica. Queixa-se do incômodo diante do olhar e das críticas do outro. “Não gosto de ser criticada; eu já tinha vergonha de entrar sozinha no restaurante; evitei ao máximo ser olhada; é assim que tem que ser, eu não posso decepcionar o meu pai.” Os sintomas anoréxicos parecem ser endereçados aos pais. O que H. tem a dizer com eles? “Os meus pais nunca se preocuparam comigo, por que se preocupam agora?” Os cortes parecem estar endereçados aos pais. Será que uma forma de mostrar principalmente para o seu pai que esse ideal que ele tanto defende é falho? H. não queria morrer segundo a mãe. As atuações são pedidos de socorro, de ajuda.

H. não faz do desejo do Outro um desejo seu. O desejo do outro vem para ela como uma imposição, assim o Outro lhe é tão exigente. H. percebe o Outro como exigente e

avaliador. O tempo todo se sente olhada, medida e avaliada. Define as suas atitudes pelo que o outro vai pensar dela. Em um jogo imaginário mantém uma disputa com esse outro que a invade e sempre sucumbe a ele, decepcionando-se com ela mesma. Ela não pode nada exceto ficar sem comer, diante desse Outro que quer sempre mais e mais dela. H. não passou na prova de seleção do colégio, mas foi matriculada a partir de um acordo na escola. “O diretor falou que a prova era para separar os alunos que davam conta do colégio daqueles que não davam conta. Tive ódio dele e percebi isso como um desafio. Falei para mim mesma que eu ia me sair muito bem só para provar para ele que não era uma prova que mostrava se a pessoa era capaz ou não. Aí eu vi que aqui a coisa era pra valer, que eu ia conviver com pessoas muito boas e inteligentes, que já não era mais aquela coisa do interior.” H. chora muito. Afirma que não consegue resolver suas próprias coisas. H. desiste das suas metas antes de tentar realizá-las, não se implica realmente com elas, mostra não querer as respostas.

O pai de H. parece encarnar bem esse Outro a exige e que cobra perfeição: “provoca” muito os filhos. Diante de uma produção realizada por eles, mostra-se insatisfeito, inferioriza o trabalho e mostra as falhas para que eles possam se superar. “Uma preocupação nossa sempre foi de que os nossos filhos aprendessem a pensar por eles mesmos e tomassem as suas próprias decisões”.

H. sucumbe ao desejo do pai sem dialetizá-lo, o desejo paterno se torna para ela uma ordem absoluta. O ideal paterno é a lei. Como não consegue corresponder a esse ideal cai no lugar de fracassada. “Meu pai falava que ele tinha muita facilidade, que as notas dele eram as melhores e que ele sempre ia muito bem ao exercer suas atividades. Aí eu pensava: já que ele é assim eu tenho que ser, eu não posso decepcionar o meu pai. Lá em casa, meu pai e minha irmã são assim, principalmente, o meu pai. A opinião dele é muito importante

para mim. Eu sempre tento fazer tudo para agradá-lo. E agora não consigo mais. É como se ele fosse o meu limite, como se ele dissesse: até aqui você pode ir. Por exemplo, meu pai tem como verdade que a cor rosa engorda. A minha mãe quando vai comprar roupa, se pergunta: será que essa roupa rosa está engordando? A minha irmã se estiver com vontade sai de rosa e não está nem aí, o meu irmão menos ainda, mas eu nunca uso rosa.”

Vários fatores parecem estar relacionados ao desencadeamento do sintoma como a emergência da sexualidade, mas talvez a maior contribuição tenha sido a mudança do interior, ou seja, a separação dos pais, o distanciamento de um “mundo” conhecido e sem riscos. Para H. há um risco muito grande de não se submeter aos ideais paternos, o preço a se pagar é muito alto.

H. não se implica com a sua sexualidade. Namora, mas não dá o devido valor a isso. A tentativa do namoro parece fixar a significativa decepção que vem do pai. Nesse momento de irrupção do real da puberdade e da sexualidade, quando H. é convocada a se posicionar diante desse outro como mulher, ela se vê diante de uma impossibilidade, de um erro, de um fracasso. H. sente-se mal sempre que fica com rapazes: “Todas as vezes que eu fico com um menino acho que estou fazendo uma coisa errada”. Conversar pelo telefone só quando não tem ninguém por perto. Percebe que é o mesmo que acontece com a comida. H. conta que come melhor quando não há ninguém olhando. Comer é um erro, é um fracasso.

H. interrompe o tratamento, não quer dar respostas. Não se implica com todo esse mal estar, mas parece perceber que as respostas implicam em mudanças subjetivas. Voltou a comer, voltou a estudar; tenta alguma estabilidade. Pretende retomar os seus antigos planos. Continua muito rígida, buscando de alguma forma, fazer existir o seu desejo. H. tem um longo trabalho pela frente, provavelmente existirão outros sintomas no curso de sua

vida, como assim foi a sua anorexia; sintomas que dizem de seu mal estar, da maneira como se posiciona em sua vida.

Não sei quantas almas tenho
(Fernando Pessoa)

*Não sei quantas almas tenho,
Cada momento mudei.
Continuamente me estranho.
Nunca me vi nem achei.
De tanto ser, só tenho alma.
Quem tem alma não tem calma.
Quem vê é só o que vê,
Quem sente não é quem é,*

*Atento ao que sou e vejo,
Torno-me eles e não eu.
Cada meu sonho ou desejo
É do que nasce e não meu.
Sou minha própria paisagem,
Assisto à minha passagem,
Diverso, móbil e só,
Não sei sentir-me onde estou.*

*Por isso, alheio, vou lendo
Como páginas, meu ser.
O que segue não prevendo,
O que passou a esquecer.
Noto à margem do que li
O que julguei que senti.
Releio e digo: "Fui eu?"
Sabe-o Deus, porque o escreveu.*

O sempre amor
(Adélia Prado)

*Amor é a coisa mais alegre
amor é a coisa mais triste
amor é coisa que mais quero.
Por causa dele falo palavras como lanças.
Amor é a coisa mais alegre
amor é a coisa mais triste
amor é coisa que mais quero.
Por causa dele podem entalhar-me,
sou de pedra-sabão.
Alegre ou triste,
amor é coisa que mais quero*

Fragmentos da história de N

Trata-se de N, 21 anos, casada. Procurou o NIAB (Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia), após nove meses de intensa restrição alimentar. Faz tratamento com clínico, endocrinologista e dermatologista em hospital de referência. Apesar de excelente condução médica, N. afirma precisar de algo mais humano, que precisava falar e por isso procurou outro tipo de atendimento. Vem às consultas, acompanhada pela mãe, que a espera pacientemente no corredor. “Ela precisa disso, parece que a vida dela é vir aqui comigo”, diz N, referindo-se à mãe.

Os pais são separados. O pai tem outra família. Após a separação, a mãe apresentou um período de alcoolismo e agora está bem. N. sempre tentou apaziguar as tensões, colocando-se, portanto, em uma posição bem peculiar e masculina na família. Após um curto período de tratamento, afirma: “... eu preciso melhorar, porque se acontecer o pior, vai haver guerra na família.”

O sintoma

N. traz um episódio que delimita bem o desencadeamento dos sintomas. Viajou para a praia com o marido. Teve um mal estar gastrointestinal importante e não sabe sobre a sua causa. Questionou-se sobre a comida. Apresentou pequeno emagrecimento na ocasião. Depois, ficou muito incomodada com a pergunta de uma criança na praia sobre uma possível gravidez “*ela olhou para a minha barriga e perguntou se eu estava grávida*”. Desde então, a barriga passou a concentrar o mal estar em relação à sua imagem corporal, e

N. parou de se alimentar. Perdeu aproximadamente 16 Kg desde o início do quadro. Chegou a 37,5 Kg. IMC de 16.

Apresentava distorção da imagem corporal sentindo-se gorda, apesar da desnutrição. Sentia-se muito irritada quando comia: *“Sinto aquele medo, aquela irritação, tenho vontade de quebrar tudo. Inicialmente, eu queria perder peso, mas agora perdi o controle. Todas as vezes que como, fico muito enjoada, tenho vontade de vomitar. Não consigo comer, vem uma bola aqui na garganta e outra no estomago.”* Os vômitos provocam alívio. Faz uso abusivo de laxantes, pois já tinha constipação intestinal.

No primeiro atendimento, traz fotos do início da adolescência, do casamento e de biquíni na praia. Nesse momento, ainda não se dá conta do corpo caquético. *“Outro dia, senti que minha pressão estava baixa e fui a um Posto de Saúde. Perguntei à médica se eu podia tomar um pouco de leite com sal. Ela me disse que bastava eu comer que tudo voltaria ao normal. Saí de lá com tanta raiva... mas tanta raiva... que eu não entendo. Em casa tomei água - ... passava por uma feirinha perto da minha casa. Vi um molho de agrião bonito. Pedi ao senhor da banca duas folhinhas, pois para mim era mais do que suficiente. Você acredita que ele me deu o molho inteiro!!!”*

Apresentou episódios agudos de tonteira, tremores, fraqueza e enjoos, sendo levada a serviços de urgência. Recebeu hidratação venosa e sintomáticos; apresentando melhora parcial do quadro clínico.

N. vem se submetendo de tratamentos médicos desde o desencadeamento dos sintomas, inicialmente em busca de uma causalidade orgânica para o seu mal. Toda a família está mobilizada, a sua mãe vive só para ela. Chegou a voltar para a casa da mãe, já que o marido ficava fora o dia inteiro. Faz acompanhamento de prolactinoma e da “anorexia” em serviço de endocrinologia; embora não chegue a ter alterações da prolactina

ou de quaisquer outros hormônios. A propedêutica foi feita a partir de alterações menstruais e de galactorrêia. Os retornos à endocrinologista têm sido espaçados e os exames de imagem cerebral feitos com regularidade para acompanhar a evolução da glândula. A última tomografia de crânio revela-se sem alterações. Tem programadas ressonâncias de controle.

Traz propedêutica médica extensa principalmente gástrica (Reed, endoscopia digestiva alta sem alterações). Hormônios, ionograma, gasometria ECG, ecocardiograma, dosagens vitamínicas, proteínas séricas todos com resultados compatíveis com a normalidade.

Evolui com queda progressiva do cabelo que se iniciou antes do aparecimento do quadro alimentar. Tem o diagnóstico de alopecia lidogenética e atualmente resolveu assumir a sua condição, optou por não usar mais a peruca da qual lançou mão em momento de maior calvície. A perda dos cabelos foi um baque em sua feminilidade. Tema que voltou a ser elaborado após a melhora dos sintomas anoréxico-bulímicos.

A propedêutica ginecológica também se faz presente devido a alterações menstruais; tem diagnóstico de ovários policísticos e o ultrassom ginecológico mostra uma diminuição pequena do volume dos ovários. Faz uso de anticoncepcional oral, apresentando ciclos menstruais regulares.

Fez uso de medicação psiquiátrica, usou sertralina 50mg/dia e lexotan para melhorar a insônia crônica sem o resultado esperado. Relata uma melhora discreta do humor depois do início da imipramina -75mg. Durante a evolução do quadro, a imipramida foi substituída gradativamente por um inibidor da recaptção de serotonina devido à magreza importante e ao risco de alterações iônicas e do ECG. A olanzapina foi prescrita em momento de extrema fixação do sintoma e do risco de aumento do número de atuações com o objetivo

de contenção. “Às vezes, me sinto uma carcaça andando, só a casca com um buraco no meio”. Usou 10mg/ dia do neuroléptico por aproximadamente um ano. Atualmente, está em uso do antidepressivo.

O bruxismo se torna mais intenso à medida que os sintomas anoréxico- bulímicos deixam de ser o foco do tratamento. Faz controle com odontologista e usa placa de silicone para dormir.

N. é esclarecida e tem produção psíquica intensa, há um desejo de saber, há demanda para um trabalho terapêutico. Procura ampliar seus saberes e buscar solução para suas questões. Durante os atendimentos, fez algum deslocamento do corpo para uma verdade psíquica, um pouco mais rápido que outras pacientes. Busca soluções para os seus problemas, como formas de minimizar a alopecia ou as indicações de polivitamínicos e mesmo de compreender a origem dos seus sintomas.

Evolui com isolamento social. Procura evitar a pergunta: Por que você emagreceu tanto? Responde para si mesma que é uma forma de fugir e conclui: “*Não sei de quem e nem do que...*”

N. a mãe e o marido

N. fala de sua dificuldade para se decidir pelo casamento, pois teria que se separar de sua mãe. Desde a separação dos pais, quando tinha 15 anos, aceitou o lugar de preencher o vazio materno. Afirma que mesmo após o casamento não conseguiu cortar o “cordão umbilical” com a mãe. Acha que tem de fazer tudo para agradar os outros, o que a coloca em uma posição muito infantilizada. “tenho que deixar de ser um bebê.” N., em alguns momentos, se faz existir pelo outro.

A mãe não esteve presente no seu casamento e desde que N. mudou-se, não a visita. *“No meu casamento, ela cedeu à honra para o meu pai. Porém esse mês me visitou e pediu para que eu não contasse para ninguém. Atualmente, tem ido diariamente à minha casa, lava a minha roupa, faz a faxina. Só não cozinha. Minha mãe tem me ajudado muito”*.

O marido de N., apesar de carinhoso, assumindo uma posição de cuidado e temendo pela vida da esposa, fala da dificuldade de vivências nessa fase e parece se culpar por alguma coisa. N. nesse momento não consegue assumir a função de mulher e de esposa.

A paciente desconfia que estar sendo traída pelo marido. É a repetição da história da mãe. O pai de N. logo após o casamento, conta à esposa que tem uma filha de três anos com outra mulher. Opta por morar com a primeira família e a separação definitiva do casal se estabelece.

Diante da repetição, N. afirma que não sabe se será capaz de perdoar o marido como fizera sua mãe em relação ao seu pai. *“Não falei nada porque não tenho condições, nem física e nem psicológica para enfrentar uma discussão. Se eu não vir, isso passa, mas se eu vir me separo dele. Ele já não deixa o celular em qualquer lugar. Está sempre com ele. Tudo que pedi a ele foi que não me traísse.”*

N. sempre foi *“meio macho”*. Assume tarefas de importância e de liderança. Afirma que ajudou a fazer o marido. Por muitas vezes, fez os trabalhos dele da faculdade. Desde que voltou a trabalhar está desenvolvendo projeto pioneiro na firma dos irmãos. Questiona-se sobre o fato de ter que controlar tudo, de dar conta de tudo e de estabelecer regras para fazer as coisas.

Desconstruindo o sintoma anoréxico...

Três meses após o início do tratamento e ocasião coincidente com a suspeita da traição do marido, N. volta a comer. Diz que o que temia aconteceu, o marido tem outra mulher. “... *quero recuperar o peso rápido, quero recuperar o tempo perdido*”. Procura assumir a sua feminilidade e consente em ocupar o lugar de mulher do marido, apesar de inicialmente dividi-lo com a outra mulher. Associa o “enfraquecimento dos sintomas anoréxicos” ao desmascarar o marido. Tem, entretanto, medo de perdê-lo.

Durante a recuperação do peso teve sintomas leves da síndrome de recuperação nutricional desencadeados pela colocação de uma prótese de mama, a qual se submeteu, sem comunicar à médica assistente. Necessitou do uso de diurético por um pequeno período sem maiores repercussões. O marido financiou a intervenção cirúrgica.

Restabelecida clinicamente, voltou a trabalhar e iniciou um curso profissionalizante no qual estava indo muito bem. Há algum tempo, vem sinalizando uma piora do humor e sono intenso, além de períodos de desânimo em relação às atividades que exerce. Está um uso somente de antidepressivo. Continua se alimentando e mostra uma ambivalência em relação ao retorno dos sintomas anoréxicos; ora medo de ceder novamente a eles, ora certeza de que está “curada”.

Atualmente, está com o marido e afirma que as coisas entre eles estão melhores, e mais estáveis. Esporadicamente, ainda fica em dúvida e enciumada se ele está somente com ela.

No último atendimento, mostrou-se preocupada. O sono aumentou, tem faltado à escola e ao trabalho. Afirma-se muito agitada e alterada. “...*voltou a vontade de quebrar o mundo, de sair correndo e de sumir. A insegurança piorou.*” Teve aflição e pânico no

ônibus. A alimentação está irregular. “Falar de mim, dá vontade de chorar. A minha mãe falou que estou doente de novo. Eu não estou doente de novo.”

Elaboração a partir do caso clínico

Diferentemente dos outros casos apresentados, o desencadeamento dos sintomas anoréxicos para N. não se deram na adolescência. A inclusão deste caso no estudo se deu pela relevância de seu conteúdo não só pelo que se aproxima dos outros casos, mas também do que é particular a ele. Destaca-se o desencadeamento mais tardio dos sintomas anoréxicos e relacionado ao casamento; principalmente após a mudança (já casada) da casa da mãe, para a sua própria casa. Qual o papel do casamento no desencadeamento dos sintomas? O casamento, como a puberdade ou a perda de um parente, a separação dos pais são situações em que o sujeito é convocado a se posicionar diante do real; real esse, entendido como algo que não pode ser simbolizado, o qual o sujeito não consegue nomear. Não é raro, verificarmos na literatura o desencadeamento de sintomas anoréxicos e bulímicos após o matrimônio. A mãe de N. não consentiu com o casamento, não compareceu à cerimônia e nem frequentava a casa da filha. Há aí uma dificuldade de separação. Recalcati (2003) discorre sobre a posição do filho em relação à mãe: “O desejo da mãe é governado por uma equivalência fundamental: o filho é o substituto (sempre insuficiente) do falo (por falo entendemos, seguindo o ensino de Lacan, aquele significante que faz simbolicamente não só um signo da falta, mas também, aquele elemento imaginário que ilusoriamente pode encarnar a saturação da falta). A necessária insuficiência dessa substituição não impede que o filho ocupe estruturalmente a posição de objeto para o

Outro, de objeto que tampona a falta no Outro. O filho quererá, com efeito, ser o substituto suficiente do falo para satisfazer o Outro materno e obter daí um reconhecimento como sujeito.”

Durante a viagem para a praia, a pergunta de uma criança sobre a possível gravidez, localiza o mal estar na barriga e há neste momento, uma ruptura da identificação de N. com o seu corpo. A gravidez aponta para a feminilidade, para a maternidade. As fotos denunciam o antes e o depois dos sintomas, denunciam a diferença. Anteriormente, um corpo feminino que se torna um corpo marcado pela pulsão de morte: “sou uma carcaça com um buraco no meio.” O corpo reduzido ao organismo; denuncia a recusa em assumir a imagem feminina. N. perde o apetite pela comida e o apetite sexual. Há uma dificuldade de ancoragem para a imagem feminina. Os sintomas permitem que N. retorne para a casa da mãe e ocupe o lugar conhecido e esperado de filha.

A separação materna, mediada pelo casamento, não correspondeu a uma separação simbólica. N. divide-se entre a mãe e o marido. A relação marital dá-se nos mesmos moldes em que se estabeleceu a relação com a mãe. N. submete-se aos desejos maternos e do marido, sem se dar conta disso. A submissão vai se tornando absoluta e N. vai abrindo mão de todos os seus desejos, na tentativa de suprir totalmente o que era esperado dela; não só em relação à sua mãe, mas também em relação ao seu casamento; na tentativa de suscitar e garantir, o desejo e o amor do outro. N. afirma, “*a anorexia era uma forma de eu não saber de nada, era uma forma de fugir de tudo*”. Não seria a anorexia uma tentativa frágil e ineficiente de colocar uma barreira à invasão do outro? Uma forma de não ter que responder à convocação do feminino?

A partir de uma leitura psicanalista, a paciente apresenta uma estrutura histérica. O sintoma é endereçado ao outro. Em um de seus sonhos N. se pergunta: posso ou não posso

comer? Pede à mãe, autorização para comer. *“Parece que eu tenho que corresponder à minha mãe, ela sempre falou que eu sou tudo para ela, ela sempre lutou muito pela gente, como posso frustrá-la?”*

Ao se questionar sobre os seus sintomas, N. se vê às voltas com sua feminilidade; se pergunta: O que é ser mulher? O marido teve um papel essencial na construção e na dissolução dos sintomas anoréxicos. É a partir da constatação de um novo objeto de desejo para o marido, que N. abre mão do seu sintoma e inicia uma busca em recuperar o seu lugar de esposa e mulher. Começa um intenso trabalho analítico em relação à sua feminilidade. Recupera o peso, começa a se enfeitar, volta para sua casa e antes mesmo de recuperar-se do quadro de desnutrição submete-se a uma prótese de mama. Retoma às suas atividades no trabalho e na faculdade.

N. se desfez dos sintomas anoréxicos, mas mantém fixação em sua imagem corporal. Houve um deslocamento para sintomas menos mortíferos como hipersonia e bruxismo. Mantém seu trabalho terapêutico orientado pela psicanálise e, não sem questionamentos, busca uma separação materna e a resposta para a pergunta sobre o que é para ela ser mulher.

A teoria psicanalítica nos ajuda na compreensão desse caso clínico, quando esclarece ser a anorexia uma possível tentativa de fazer barra ao desejo materno quando ele não é suficientemente barrado pela metáfora paterna; ou ainda ao dizer sobre a anorexia em relação à constituição da feminilidade. Cito Recalcati (2003):

“A tese que queremos desenvolver a partir do valor idealizante da identificação anoréxica é que esse valor é índice de um defeito na articulação da metáfora paterna: algo dessa metáfora se inscreveu muito debilmente. O desejo da mãe não esteve barrado, limitado, contido pela função

paterna. Mas não se trata necessariamente de uma forclusão do Nome do Pai, sim de uma debilidade no exercício de sua função ordenadora em relação ao desejo da mãe. A anoréxica transforma a imagem do seu próprio corpo na barra que encarna a função paterna.”

Freud (1905) em suas conferências sobre a feminilidade e Serge André (1998) ao escrever sobre O que Quer uma Mulher falam da dificuldade da mulher em assumir o seu papel feminino devido ao vínculo primordial com a mãe. Freud (1905) evidencia que a função paterna (na qual o nome do pai barra o desejo da mãe) não consegue anular totalmente o vínculo com o Outro materno. Existe na mulher sempre um resto desse vínculo. Recalcati (2003) a partir de leitura de Freud e Lacan, relaciona a problemática anoréxico-bulímica a esse vínculo originário com o Outro materno.

“A problemática anoréxico-bulímica indica a incidência desse vínculo originário com o Outro materno na estrutura do sujeito, sublinhado por Freud com o traço próprio da subjetividade feminina. Não é casualmente que na adolescência (tempo de incidência do real do corpo e da definição do novo objeto de amor) se desencadeia a resposta anoréxico-bulímica do sujeito. A anorexia-bulimia indica a permanência do sujeito sob o regime do Desejo da Mãe, e ao mesmo tempo, a tentativa de subversão desse regime.”

Rimance
(Cecília Meireles)

*Onde é que dói na minha vida,
para que eu me sinta tão mal?
quem foi que me deixou ferida
de ferimento tão mortal?*

*Eu parei diante da paisagem:
e levava uma flor na mão.
Eu parei diante da paisagem
procurando um nome de imagem
para dar à minha canção.*

*Nunca existiu sonho tão puro
como o da minha timidez.
Nunca existiu sonho tão puro,
nem também destino tão duro
como o que para mim se fez.*

*Estou caída num vale aberto,
entre serras que não têm fim.
Estou caída num vale aberto:
nunca ninguém passará perto,
nem terá notícias de mim.*

*Eu sinto que não tarde a morte,
e só há por mim esta flor;
eu sinto que não tarda a morte
e não sei como é que suporte
tanta solidão sem pavor.*

*E sofro mais ouvindo um rio
que ao longe canta pelo chão,
que deve ser límpido e frio,
mas sem dó nem recordação,
como a voz cujo murmúrio
morrerá com o meu coração...*

Fragmentos da história de A.

A. procurou atendimento após cinco anos de sintomas anoréxicos e bulímicos que se iniciaram aos 15 anos. Estava muito angustiada na ocasião do primeiro atendimento e dizia não aguentar mais tanto sofrimento devido ao seu sintoma.

Completo curso superior e exceto por um estágio remunerado, não exerceu atividade em sua área. Trabalha em funções onde se exige ensino médio completo. Tem dificuldade de se adaptar ao ambiente de trabalho, mas é valorizada por sua capacidade de produção. Bailarina profissional interrompeu a dança sem se implicar nessa decisão.

À procura do serviço

A transferência com o profissional estabelece-se a partir de sua chegada peculiar ao Serviço de Saúde do Adolescente do Hospital das Clínicas da UFMG. Apresentou-se como estudante cuja área de interesse era transtorno alimentar. Diante da impossibilidade do encontro com a psicóloga pela qual ela procurava A. aponta a sua demanda *"Será que você podia conversar um pouco comigo? Acho que o meu problema é mais médico"*. Soubera que ali eram atendidos pacientes com sintomas anoréxicos e bulímicos. Já na primeira entrevista, A. conta um pouco da sua história. Fala da dificuldade de alimentar-se devido ao medo intenso de engordar. Tem tido sintomas físicos, sabe dos riscos que corre, afirma que quer melhorar e que não aguenta mais tanta angústia e sofrimento. Pede ajuda e procura garantir um lugar no desejo do profissional que a atende. Associa os sintomas alimentares à sua história de vida, mas parece não se dar conta disso. Apesar da sua fixação ao sintoma e de lançar mão de recursos simbólicos empobrecidos, aceita intervenções que vão além do

fenômeno. A. sabe sem saber, que não se trata de um transtorno alimentar.

A origem, a mãe, o abandono

É filha adotiva: *"Eu não vim da barriga dela, sou adotada"*. Há um mistério em relação à sua chegada à família. *"Eu já perguntei, mas eles não gostam de falar, ficam bravos."* Não houve processo de adoção. *"Meu pai me trouxe para casa"*. O registro é feito como se A. fosse filha biológica do casal. A mãe havia perdido um filho na ocasião e estava muito triste: *"Eu estava muito triste e meu marido trouxe a A. de presente para mim, ela sempre foi muito querida, ela é minha filha do coração"*. Logo depois da adoção, a mãe engravidou novamente, sendo a diferença de idade entre os dois filhos de um ano. - *"Era óbvio que eu era adotada, tudo é diferente, a cor, o cabelo, os olhos"*.

Em relação à mãe biológica: *"Aquela burra que me pôs no mundo, ela não é minha mãe, me pôs aqui e depois morreu. Teve que escolher se ela vivia ou se eu e escolheu errado, nem sei por que estou aqui, ela era pobre e tinha problemas nos rins"*. Em outro momento: *"Eu faço tudo errado, até matei aquela outra, se eu não tivesse nascido; ela não teria morrido, eu mereço sofrer"*. Em relação ao pai biológico: *"... eles falam que não sabe quem é"*.

Sempre conviveu bem com o irmão. Foram cúmplices durante a infância. Brincavam juntos e se defendiam quando cometiam pequenas travessuras; um não delatava o outro.

Afirma que os cuidados com ela e o irmão sempre foram realizados pela babá. *"Não me lembro da minha mãe cuidando da gente"*. A mãe sempre cuidou da saúde levando aos médicos e administrando medicações, sempre atendeu às necessidades. A. queixa-se de que

faltou amor. Atualmente, o irmão bebe e fuma de maneira abusiva, tem um relacionamento conflituoso com os pais, mas costuma conseguir dos pais o que quer. A. acha que há uma diferença importante entre a criação do irmão e a sua. *“Ele consegue tudo o que quer e eu nada.”*

A mãe compareceu ao atendimento somente uma vez quando foi convocada pela psiquiatra, que assistia a paciente. Os pais não se implicam com o tratamento da filha. Esse é um dos fatos da série que justifica para A. a sua sensação de abandono. A mãe compra as medicações para emagrecer e mantém-se afastada do tratamento. Após o último contato por telefone pareceu-me preocupada: *“Todas as vezes que eu interfiro no tratamento, a A. desiste. Não sei o que está acontecendo. Acho que são as más companhias, porque aqui em casa não há nada, só não sei dizer da genética dela. Desde o segundo ano científico que a A. vem mudando, já falava em suicídio. Às vezes tenho vontade de dizer para ela que a tiramos da rua e que agora ela está voltando para a rua. A mãe biológica dela era prostituta, mas ela não sabe”*.

O pai é visto como uma figura fraca - *“... a minha mãe manda no meu pai”*. É cuidado pela mãe e tem doença crônica. O pai parece ter sido referência para A. na infância. Em relação ao sintoma: *“Meu pai não fala nada comigo, mas fala com a minha mãe. Outro dia gritou: “Se morrer enterra!”*. A. reage: *“eu quero ser cremada”*, confirmando o lugar no desejo dos pais. Traz um sonho: *“meu pai ia me matar e a P. entrou na frente para me defender. Ela gritou: “ela não é culpada!”* Tanto A. como o irmão identificam-se ao pai ao abusar do cigarro e de bebidas alcoólicas.

Não há privacidade em casa. A mãe generaliza os comportamentos: *“Ótimo que a*

dra. vai dar para a A. um regime, porque todos, aqui em casa, estão precisando". A. sente-se invadida e precisa do espaço físico do quarto trancado para sentir-se íntegra e só.

"Todo mundo me abandona desde que eu nasci. Devo ter merecido ficar no hospital sozinha... Por que eu mereço... Não sei o que eu mereço, nem sei o que eu sou. Os meus pais? Eles já têm problemas demais.... Falam que eu só arranjo confusão, que eu sou uma desgraça".

O sintoma

Bailarina desde pequena, sempre foi cobrada em relação ao corpo, mas afirma que a preocupação em emagrecer surgiu aos 14 anos, quando se identificou com uma amiga anoréxica (K) durante uma viagem. Foi para o exterior por "*problemas de cor*". Sentia-se ameaçada e discriminada na escola. "*Nessa época ficava o dia inteiro deitada e chorando na cama, a solução foi ir para o exterior*". A família entrou na justiça alegando haver discriminação racial no colégio e depois retirou a queixa.

"A K. tinha problemas; também queria emagrecer, uma dava força para a outra. Nessa época eu comia e vomitava além de tomar remédios; aí a K. parou de comer e foi internada, parecia uma somaliana, sei lá!" Após a internação da amiga, o sintoma de A. permanece principalmente bulímico (laxantes, diuréticos, dança, anorexígenos, cigarro, álcool, maconha, êxtase). Dançava balé clássico 10 horas por dia. Interrompeu a atividade na época realizar uma prova que a graduaria com certificado internacional. O balé, as apresentações e a bulimia eram as questões centrais da sua vida até então. Quando largou o balet: "*estou cansada, desanimada, sem vontade, não quero dançar no final do ano, quero viajar - sair daqui, ter prazer. Prazer de ficar viva*". Afirma que sente um vazio de prazer,

como se restasse apenas um fio de vida.

Apresenta piora dos sintomas há dois anos. Passou por um longo período de anorexia; desenvolveu vários rituais alimentares. "... *eu não preciso comer para viver.*"

Fala de sua dificuldade de se olhar no espelho. Considera-se feia, gorda, carinhosa, meiga, inteligente, racional e objetiva, exaltando suas qualidades intelectuais. "*Deixa pra lá, ninguém me entende mesmo!*"

O sintoma parece ter inicialmente uma função de barrar o desejo invasivo da mãe. A mãe sempre procurou ser magra, nomeia-se como nutricionista e tem um saber impositivo em relação à alimentação. A mãe compra anorexígena para A. e para si mesma, controlando o consumo da medicação de maneira rígida. Esporadicamente muda de atitude: "*Estou te dando o vidro do remédio, pode tomar você, eu não estou usando mais.*"

A mãe detém o saber na família. Medicaliza tudo: "*Já deixei para A. uma cartela de Rivotril que usei quando tinha depressão, foi ótimo, na verdade, eu não precisei da medicação, dei a volta por cima, melhorei por mim mesma.*"

Os sintomas de mãe e filha se confundem: "*Não adianta eu falar nada para ela (para a mãe). Se eu falo que estou com dor de cabeça, ela fala que também está. Se eu falo que estou triste, ela fala que já teve depressão. Quando eu contei para a minha mãe da anorexia e da depressão, era pra me ajudar a melhorar, não era? Era uma possibilidade de melhora. Eu acho até que ela tenta ajudar, mas ela acaba atrapalhando. Eles (mãe e pai) atrapalham e, além disso, desde que a minha mãe veio aqui (entrevista com a psiquiatra) ela me pede: - você para de tomar os remédios?! Era meu aniversário, ela me deu parabéns e me falou isso! só isso!!! isso não significa nada, é uma ajuda vaga, não diz nada e não modifica nada!*"

A. resiste ao uso da medicação e à convocação dos pais. "*Se eles vierem vai piorar*

tudo, eu vou piorar; vão ficar falando e xingando na minha cabeça. Aí eles não vão me deixar sair ou dormir fora de casa. O meu irmão já me falou que o povo daqui de casa vai me enlouquecer. Fala-me o que é mãe??!" Essa mãe não parece ser a mãe do desejo, não funciona como a mãe que introduz o falo mas sim, a mãe que devora, que invade.

"Eu sou sozinha, mesmo dentro da minha casa eu sou sozinha, sinto um vazio imenso, já concluí que todo mundo abandona todo mundo". Sinto um vazio imenso mesmo amando M. (ver abaixo).

Em relação ao aumento da intensidade dos sintomas anoréxico-bulímicos. *"Eu quero ficar magra, muito magra, mais magra que a GB, porque ela não é magra o suficiente. Magra para ser feliz. Eu quero ficar magra, mas, não quero ir para o hospital, tomando soro e colhendo sangue... É verdade que posso ter um infarto? Não estou dormindo à noite – Pensando... quero ficar magra... Eu acho que estou ficando doida..."*

Ideação suicida

No fim do primeiro atendimento: *"posso te confessar uma coisa? Eu pensei em me matar, não tem solução para mim mesmo. Ia pular da janela do meu quarto, depois não tive coragem; deitei debaixo dos cobertores e fiquei quietinha, depois fui até a cozinha beber água, não podia ficar assim".*

A mãe escondeu a chave do quarto de A; o que causa a ela grande indignação já que precisa do espaço físico do quarto para garantir o seu espaço em casa.

A. traz, durante os atendimentos, enigmas em relação a um risco potencial de suicídio; os actings são frequentes. Diante de uma tentativa frustrada da amiga T. em se matar com facadas afirma: *"Minha teoria foi confirmada, não é possível se matar com*

facas. Tenho um projeto, não quero falar dele mas vou deixar uma pista. Ao contar do projeto, apresentou uma carta - "escrevo para mim mesma, já escrevi um caderno inteiro, depois arranco a folha e jogo fora." O conteúdo da carta era melancólico onde ela afirma que desistiu de ser humana, não há possibilidade de melhora, algo que morre dentro dela. Afirma que já se cansou de tentar viver. *"Não tem jeito para mim mesmo. Eu sou burra, tudo o que eu faço é errado".*

A. se diz tolhida, "apertada". *"Nem estou sentindo mais dor, estou sofrendo. É preciso que eu abandone todo mundo, antes que todo mundo me abandone. Não quero amar ninguém".*

O encontro com o sexo

"Posso te contar uma coisa? Morro de vergonha! Você promete que não vai contar para ninguém?" Fala do abuso sexual que sofreu durante a infância e se culpa por isso. *"Ela me chamava para brincar na garagem e eu ia, eu ia! Ela falava para eu não contar para ninguém, até que ela mudou. Eu sou uma burra, eu tenho que morrer, criança é muito burra!"* Põe um ponto final em seus questionamentos: *"Eu era criança e não sabia de nada, criança é burra."* A. não quer saber disso, mas atualiza o seu desejo homossexual em relações já adultas.

O relacionamento promove uma estabilidade emocional prolongada, apesar do ciúme. *"Ela cuida de mim e eu cuido dela, ela me completa, representa tudo de bom, sou feliz se estou com ela, preciso dela para ser feliz. Eu amo ela. Amor é muita coisa."* Os pais aprovam a relação. Os sintomas bulímicos esvaziam-se. A. mostra-se mais feliz e a relação também no trabalho se mostra mais produtiva. O término da relação se dá com

muito sofrimento e incompreensão. *“Eu sempre fiz tudo para ela, como ela pôde terminar comigo?”* A. atualiza a sensação de abandono e as ideias de autoextermínio tornam-se frequentes. Os atendimentos são intensificados.

Após algum tempo de luto, A. inicia outro relacionamento. Esse acontecimento foi concomitante à mudança de emprego e à piora das relações familiares. A nova relação traz a A. uma segurança em relação ao amor. A situação se inverte. É agora a namorada que a ameaça: *“Você agora é minha, eu não vou te deixar ou deixar você me deixar nunca.”* A. muda-se para a casa da família da companheira. Vive muito melhor que em sua casa. Sente ter mais espaço para os seus desejos; mas percebe que algo da devastação à qual se submetia em relação à sua mãe repete-se com a nova parceria. O risco do abandono a coloca em uma posição de devastada, à medida que se submete ao desejo do outro para garantir um lugar em seu amor. Momentos de insatisfação ou de dificuldade de se impor são marcados pela piora dos sintomas bulímicos.

Encontro com a morte

A. conta sobre um familiar com distanciamento, mas certa admiração. *“Era muito preocupada em emagrecer, se matou e ninguém sabe o porquê e quando ela se matou, estava magra. Uma hora antes dela morrer, conversou comigo por telefone, falou para eu ter juízo com essas coisas...”* A. parece identificar-se com esse parente anoréxico que se matou mesmo conseguindo o que tanto desejava. Há um enigma enorme em relação a essa morte.

O trabalho

A. concluiu a faculdade e trabalhou no ramo como estagiária por alguns meses. Não gostava do trabalho, pois se achava explorada pela responsável, já que não recebia “adequadamente” pela qualidade do serviço que prestava. Apesar disso, aguardou o fim desse contrato, sem iniciativa de buscar outro emprego. Ficou desempregada por poucos meses, o que lhe causou muita angústia e desorganização. Ficava em casa quase o tempo todo, fazia “experiências” com água e com facas, pensava sobre o “tempo das coisas” (algo delirante?) e era muito pressionada pelos pais para trabalhar.

Realizou concurso em uma empresa cujo pré-requisito para admissão era ensino médio completo. Foi aprovada e destacou-se por sua capacidade produtiva como é de costume. Apesar dos laços sociais estabelecidos no trabalho, A. sentia-se invadida nesse ambiente. Não tem conseguido participar de atividades grupais na empresa e foi repreendida pela supervisora mais de uma vez: *“A. é muito difícil, causa-me muitos problemas”*. Ficava escondida debaixo da pia do banheiro da empresa, chorando, pois não agüentava mais o barulho e as pessoas falando com ela, *“amolando”*. *“ Todo mundo quer que eu faça tudo do jeito deles, eu não quero mais ficar fazendo tudo o que os outros querem que eu faça... Também tomara que todo mundo morra.”* Tentou solucionar o problema estendendo uma fita, bloqueando a entrada das pessoas no seu espaço de trabalho. Mostra muita raiva das pessoas, tenta por limites à invasão. *“Hoje eu mordi o B.”*. *“Hoje eu cuspi no Y., porque quando a gente cospe, sempre que ele vem eu ameaço, não vem não, porque eu vou cuspir, aí ele não vem”*.

Em outros momentos mostra-se adaptada ao trabalho e atualmente foi promovida como supervisora. Ainda está se familiarizando com sua nova função, não sem dificuldades de adaptar-se a ela. Mantém o destaque profissional.

Transferência

A relação transferencial só se fez possível quando o profissional se colocou em uma posição diferente da qual A. relaciona-se com o Outro. *“Você me promete uma coisa, você não me abandona não”?*

Endereça o sintoma, mas como de costume, à maneira da bulímica. Nos primeiros atendimentos entrega ao profissional uma anfetamina e uma barra de chocolate; a repetição do que vive entre se empanturrar de comida e se esvaziar de tudo até a exaustão. Quando questionada sobre o antagonismo dos objetos se explica: *“esse aqui (aponta para a medicação) você não toma, senão você não vai querer esse aqui (aponta para o chocolate)”*.

Aceitou a intervenção da psiquiatria por algum tempo; usou estabilizador de humor com melhora do quadro. Não pareceu ter consentido com a medicação em tempo algum. Mantém o uso contínuo de fluoxetina, medicação usada e aprovada pela mãe. Preenche critérios para bulimia nervosa pelos critérios do DSM IV e pelo CID 10. Além disso, apresenta períodos de mania e atuações frequentes que se intercalam com episódios depressivos. Preenche, portanto, características do Transtorno Maníaco-Depressivo, ainda no eixo I, dentre as categorias de classificação do DSM-IV. Não há evidência de fenômenos elementares, porém A. revela pobreza simbólica significativa, utilizando-se de recursos concretos e imaginários (como esconder-se debaixo da pia ou atravessar uma fita

para preservar o seu espaço físico) para proteger-se do Outro que é percebido como invasor. No eixo IV do DSM-IV, poderia ser classificada como apresentando uma personalidade borderline. A compreensão em relação à estrutura psíquica é de que se trata de uma psicose ordinária, ou seja, ainda não desencadeada. Esse diagnóstico permanece em suspenso, como em outros casos graves, já que somente a evolução do caso pode esclarecê-lo. A apresentação fenomenológica é em muitos momentos histérica.

Apresentou alguns sintomas clínicos leves durante o tratamento e precisou de intervenções hospitalares breves para hidratação. O acompanhamento clínico sempre foi realizado por profissional não pertencente ao Hospital das Clínicas, devido à facilidade do convênio médico. Foram intervenções pontuais e necessárias.

Outras elaborações a partir do caso

O tema central da história de A. é do abandono. Esse significante se repete em todas as suas relações. *Todo mundo me abandona desde que eu nasci.* O abandono aparece também na relação transferencial, quando vai até o limite das atuações, colocando-se em risco de ser abandonada. Ela quer garantia de que não será abandonada para que possa direcionar a sua demanda. A. traz de sua infância um abandono em relação à mãe biológica. Não houve para ela lugar no desejo materno. Ao longo de sua vida, a série de *abandonos* se repete. A. se questiona sobre o seu lugar em relação ao desejo da mãe biológica, e sente-se preterida em relação ao irmão. *"Se eles vierem vai piorar tudo, eu vou piorar, vão ficar falando e xingando na minha cabeça, aí eles não vão me deixar sair ou dormir fora de casa. O meu irmão já me falou que o povo daqui de casa vai me enlouquecer. O que é mãe,*

me fala!?! me fala o que é mãe??!!" Nos relacionamentos pessoais e de trabalho o abandono se repete. "A. *é muito difícil, causa-me muitos problemas*". A. estabiliza-se ao encontrar uma parceria sintomática: "Você agora é minha, eu não vou te deixar ou deixar você me deixar nunca." O abandono levado ao extremo refere-se ao auto-extermínio, o abandono de si própria. O abandono é vivenciado como uma solidão intensa; sente-se inferior aos iguais, incapaz e mostrando extrema angústia de viver. "Não tem jeito para mim mesmo. Eu sou burra, tudo o que eu faço é errado". A. se diz tolhida, apertada. "Sou igual a um hamster, na gaiola só girando naquela rodinha sem conseguir sair. Nem estou sentindo mais dor, estou sofrendo, quando a gente sente dor, dá uma casquinha, só que agora não tem jeito de dar casquinha, a ferida é muito funda. "É preciso que eu abandone todo mundo, antes que todo mundo me abandone". Não quero amar ninguém". "Eu sou sozinha, mesmo dentro da minha casa eu sou sozinha, sinto um vazio imenso, já concluí todo mundo abandona todo mundo". Sinto um vazio imenso mesmo amando a M. Seria esse, um caso de melancolia? Há uma identificação de A. à sua mãe morta? A. não se julga merecedora da vida, já que entende que matara sua mãe no parto. "Claro que eu sou culpada, se eu não tivesse nascido; ela não teria morrido".

"Não consigo falar, não sai. Dá um nó na garganta e não sai. Toda vez que eu falo alguma coisa as pessoas entendem diferente". Tem medo de ser mal compreendida. Afirma que falar traz muitas questões e que o preço fica muito alto, por isso faz a opção de não falar. Tenho aflição de alguém encostar-se a mim, tenho vergonha de qualquer tipo de toque. Eu queria que você apertasse a minha mão, mas como isso é impossível, você pode apertar a mão de outra pessoa por mim? "Como se apertando a mão de outra pessoa, estaria apertando a mão dela. Pergunta: ".. só as pessoas fracas choram? "Ao mesmo tempo em que mostra dificuldade em ser tocada, A. parece ter a necessidade de sentir a si mesma através

do outro. A sensação de abandono deixa-a à mercê da pulsão de morte, e a coloca numa posição de objeto. Viganó (1999) em sua Conferência sobre Anorexia e Bulimia contribui para a compreensão do caso.

“Eu vou contar uma passagem, um fato clínico para mostrar o que constituiu verdadeiro impulso da pessoa que busca empanturrar-se; é o que chamamos de insegurança, mas é melhor dizer a angústia moral de não ser, de não ter importância, ou melhor, de não ter peso para ninguém. Depois de alguns anos de uma análise precedente, essa moça fez uma nova demanda e nós nos encontramos face a face. No final da sessão, quando estava para me despedir, ela me disse o quanto teria prazer se eu a abraçasse fortemente. Como ela teria querido que o pai tivesse feito com ela. Para solucionar esta necessidade, estabelece relação com o impulso irrefreável de comer. Não se trata aqui de um desejo sexual mais uma necessidade de sentir a si mesma através do outro. De sentir que o outro aperta o seu corpo, portanto é uma instância imaginária e não simbólica.”

“Ter” de fazer o que os outros querem (questão com o desejo do outro?) vem para A. com um peso enorme e ela se sente invadida, não entendida, mas não consegue sair dessa posição de objeto e finaliza a questão “Também tomara que todo mundo morra com a boca cheia de formiga.”

Recalcati (2003), em “A Clínica do Vazio” traz contribuição importante:

“Na clínica do vazio, a importância da máscara não está relacionada com o jogo histórico das identificações. Se a clínica da falta - como demonstra o concreto da posição histórica do sujeito - é uma clínica que elege a máscara como modalidade subjetiva para fazer existir o desejo do Outro, a clínica do vazio comprova como a máscara está mais bem

encaminhada a fazer que o sujeito exista em seu ser. A máscara não funciona aqui como um recobrimento fálico do sujeito, sim como instituição do sujeito que não existe como cobertura de seu vazio fundamental. Também, nesse caso, a referência à clínica da anorexia pode servir como paradigma: a máscara social do corpo delgado, pode compensar um defeito narcisista fundamental, ou inclusive o vazio foraclusivo da psicose. Nessa clínica, manifesta-se uma posição do sujeito que não se manifesta pela produção de fenômenos psicóticos no seu sentido estrito: delírios e alucinações e sim que se distingue por uma experiência de ausência, de vazio existencial, de insustentabilidade anônima.”

Mulheres de Atenas

(Chico Buarque - Augusto Boal)

*Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas
Vivem pros seus maridos, orgulho e raça de Atenas
Quando amadas, se perfumam*

*Se banham com leite, se arrumam
Suas melenas
Quando fustigadas não choram
Se ajoelham, pedem, imploram
Mais duras penas
Cadenas*

*Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas
Sofrem pros seus maridos, poder e força de Atenas
Quandos eles embarcam, soldados
Elas tecem longos bordados
Mil quarentenas
E quando eles voltam sedentos
Querem arrancar violentos
Carícias plenas
Obscenas*

*Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas
Despem-se pros maridos, bravos guerreiros de Atenas
Quando eles se entopem de vinho
Costumam buscar o carinho
De outras falenas
Mas no fim da noite, aos pedaços
Quase sempre voltam pros braços
De suas pequenas
Helenas*

*Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas
Geram pros seus maridos os novos filhos de Atenas
Elas não têm gosto ou vontade
Nem defeito nem qualidade
Têm medo apenas
Não têm sonhos, só têm presságios
O seu homem, mares, naufrágios
Lindas sirenas
Morenas*

*Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas
Temem por seus maridos, heróis e amantes de Atenas
As jovens viúvas marcadas
E as gestantes abandonadas
Não fazem cenas
Vestem-se de negro, se encolhem
Se conformam e se recolhem
Às suas novenas
Serenas*

*Mirem-se no exemplo daquelas mulheres de Atenas
Secam por seus maridos, orgulho e raça de Atenas.*

Fragmentos da história de R

Trata-se de R. 20 anos, natural de cidade do interior. Mudou-se com a família para a capital para prestar vestibular. Iniciou o tratamento de seus sintomas bulímicos enquanto cursava o terceiro ano do ensino superior em universidade federal. Mantém relacionamento estável com P.

O sintoma e a procura de atendimento

Procura o Serviço de Saúde do Adolescente do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, angustiada, queixando-se da falta de controle sobre a alimentação. “Há quatro meses eu perdi o controle sobre a alimentação e o corpo.”

Aos 15 anos, iniciou-se a preocupação com a imagem corporal. R. começou a achar-se gorda; fez dieta, perdeu peso e o mantinha com atividade física praticando esporte durante três horas por dia. Fazia parte de equipes e participava de competições.

R. não apresentou períodos de restrição alimentar durante toda a evolução de seu sintoma. Comia compulsivamente e usava medidas purgativas frequentes. Os vômitos eram provocados uma vez por semana ou de acordo com o número de compulsões, que chegavam a ocorrer várias vezes por semana. Os episódios ocorriam habitualmente durante a madrugada. Comia um bolo inteiro escondida no seu quarto, durante a noite, para que ninguém descobrisse o fato. “*Muitas vezes machuquei a garganta tal o esforço para vomitar*”. Usou laxantes - três comprimidos de lactopurga - a cada dois ou três dias e durante algum tempo; utilizou anfetamina prescrita em fórmula por endocrinologista. “*Quando passei no vestibular e vim para cá, parei com o esporte e aí ganhei peso. Como compulsivamente, até acabar o que tem no armário e na geladeira ou então quando*

percebo a presença de alguém em casa. Sinto uma culpa enorme e choro ao mesmo tempo, fico pensando no que a minha mãe vai dizer: - você não tem vergonha na cara, não emagrece porque não quer”.

Procurou atendimento médico após intervenção de terceiro, para o qual contou “seus problemas” após anos de relacionamento. R. justifica-se em relação à opção pela assistência médica: “...penso que não poderei nunca engravidar, pois como poderia dar à criança uma alimentação saudável?... Acho que enlouqueceria meus filhos.” Viganó (1999) em sua Conferência sobre Anorexia e Bulimia nos mostra que as pacientes anoréxicas ou bulímicas costumam procurar ajuda quando os seus sintomas fracassam de alguma forma, quando algo foge do controle.

A anoréxica vem ao analista somente quando alguma coisa foge do seu controle absoluto. Ela vem lamentar-se por não poder realizar a sua vontade anoréxica, por exemplo, quando se apaixona por um rapaz e não consegue dominá-lo totalmente. Neste quadro de vontade de querer o controle, a bulimia é aquilo que cria o sintoma no sentido clássico, na verdade a pessoa que sofre de bulimia não consegue controlar a vontade de encher-se até o máximo.

Parece que ao questionar-se sobre a feminilidade, casamento e maternidade R. se dá conta de que há algo que desejava além do seu modo de gozo e a partir desse momento operou-se uma mudança subjetiva que a direcionou em relação à opção pelo tratamento. R. consentiu em fazer alguma coisa com o seu sintoma.

A paciente encontrava-se clinicamente bem, sem quaisquer sinais clínicos de desnutrição ou deficiências vitamínicas. A sua musculatura era bem desenvolvida; media 1,73m e pesava na ocasião 65kg. O IMC (Índice de massa corporal) era de 34. Quando iniciou a preocupação de emagrecer, pesava 71 Kg e o IMC era de 37. A avaliação clínica e laboratorial da paciente (hemograma, íons, função tireoidiana) realizadas logo no início do atendimento se encontravam normais.

Em consulta ginecológica, devido à irregularidade menstrual e amenorreia, foi diagnosticou-se Síndrome dos ovários policísticos. Submeteu-se à extensa propedêutica para tal e os exames hormonais encontravam-se normais, exceto pela ultrassonografia que mostrava pequenos cistos em ambos os ovários. Usou anticoncepcional oral por quatro meses para regularizar os ciclos menstruais: *“Falei com a minha mãe que não ia usar mais porque aquilo estava me engordando”*.

R. não procurou, atendimento espontaneamente. Consentiu com o atendimento persuadida por conhecido, surpreendido pelos sintomas e pelo sofrimento de R. escondidos há tanto tempo. R. aceita falar de sua angústia e sintomas com muita dificuldade e justifica a atitude de prorrogar o tratamento com as seguintes afirmativas: *“É como se eu tivesse que corresponder... tivesse que ser forte, dar conta de resolver tudo sozinha como já tinha resolvido outras coisas anteriormente”*. R. sentia-se fracassada ao não conseguir corresponder ao seu ideal de controle. Ser alguém era dar conta de tudo sozinha, ser magra, conseguir controlar a sua alimentação, não ter mais compulsões. Empanturrar-se era fracasso moral. O vômito a esvaziava na tentativa de recuperar o controle, mas a angústia e o cansaço de todo esse movimento apontava para o equívoco do preenchimento.

Em avaliação psiquiátrica, mostrou humor deprimido mas a despeito disso, não aceitou o antidepressivo prescrito. *“É como se eu tivesse que assumir para mim mesma e para os outros que eu não dou conta sozinha.”* Durante os atendimentos, R. questionava-se sobre a necessidade e o uso da medicação. Consentir em usar o fármaco revelava para ela algo a mais do que o sintoma alimentar e insatisfação corporal; algo com o que R. não podia consentir naquele momento. Não se tratava de um transtorno alimentar.

O desencadeamento e a piora dos sintomas

A preocupação com o corpo iniciou-se aos 15 anos. Período que coincidiu com a decisão do pai em aceitar um emprego em outra cidade. O pai morou por dois anos e via a família esporadicamente. A figura paterna ficou enfraquecida, pelo pai ausente e distante sem participar das decisões familiares. Nessa época, a mudança da dinâmica familiar foi significativa, isto é, as intervenções maternas deixaram de ser intermediadas pelas paternas.

A mudança da imagem corporal durante a puberdade foi vivenciada por R. com estranhamento. Sentia que o desempenho do corpo era diferente nos treinos de vôlei e atribuiu isso ao ganho de peso. O treinador: *“... não é isso, agora seu corpo está se formando...”* A puberdade expõe R. em seu grupo ainda impúbere, a partir do olhar do professor.

R. relaciona a época do aumento do número de compulsões alimentares ao início do namoro. *“Às vezes fico pensando se tem a ver, acho que fico me cobrando, ele trabalha junto com muitas mulheres bonitas, é como se eu tivesse que ter tudo perfeito, o meu corpo ser o mais bonito”*. Nesse momento, R. sinaliza as incertezas do encontro com o outro sexo

e a irrupção da sexualidade parece trazer-lhe questões sobre a feminilidade. Questionamentos e dificuldades, as quais ela localiza no corpo, desencadeando então as práticas bulímicas.

R. privilegia em sua história de vida, três momentos que fixam o seu sintoma. São eles: a vivência do distanciamento da relação paterna, a irrupção do corpo púbere, exposta pelo professor de vôlei e o encontro com o outro sexo, quando consente com o namoro. Não é raro, verificarmos o desencadeamento ou a piora dos sintomas anoréxicos ou bulímicos relacionados aos acontecimentos acima.

Recalcati (2003) em “A Última Ceia” nos diz da relação anorexia-bulimia e adolescência: O gozo emerge diretamente das transformações puberais do corpo e impõe ao sujeito o reajuste das próprias identificações precedentes. O adolescente responde ao real da pulsão com uma hipertrofia do registro imaginário, investindo narcisicamente no eu ideal. Diante da escassez de recursos simbólicos o adolescente tenta controlar a irrupção pulsional com o domínio do ideal de um corpo perfeito.

“Podemos então entender a anorexia e bulimia nesse movimento, nesta operação especificamente adolescente, de governar a transformação puberal do corpo através de um reforço da imagem. À sua maneira, a anoréxica sofre uma espécie de dismorfofobia estrutural, pois, o espelho lhe devolve sempre uma imagem monstruosa que não está perfeitamente ajustada à imagem idealizada do corpo magro; o que mostra a ingovernabilidade do real pulsional através do controle narcísico do eu ideal.”

Ainda Recalcati (2003) motivado pela maior frequência de sintomas anoréxicos-bulímicos em mulheres:

“Se nos meninos a identificação ao pai (do qual surge o ideal do eu) se realiza com maior facilidade e coloca limite ao canibalismo materno, na menina a perda do objeto primário materno como objeto de amor e de identificação é catastrófica, porque põe em perigo a constituição narcísica do sujeito. Na adolescência, quando a menina enfrenta a dimensão do gozo sexual e o enigma do desejo do Outro, corre o risco de sentir-se submersa em uma impotência radical, pois, está vinculada à imagem materna e busca novamente sua marca no objeto. Nesse sentido, o ato bulímico é uma tentativa desesperada de comer o Outro, de comer o vazio do Outro, de recuperar a fusão com o objeto perdido.”

A relação com os pais

A relação familiar principalmente à relação com a mãe é tema central dos atendimentos de R. *“Sempre foi ruim com a minha mãe. Ela sempre me desvaloriza e me critica não aceita os meus esforços e me chama de preguiçosa. Eu sempre estudei no interior e praticava esporte, competia. Prestei vestibular em universidade federal e passei de primeira. No segundo período, consegui uma bolsa de iniciação científica para me manter. Eu batalho e ela diz que eu preciso estudar mais. Fica falando sem parar na minha cabeça sobre a profissão. Ela diz que eu não tenho cabeça, que o que eu quero para mim não dá dinheiro, que eu vivo fora da realidade, que sou muito influenciável pelo meu namorado e pela minha amiga rica. Aí vou tentar explicar para ela e a gente acaba brigando – eu como um doce e é como se eu tivesse aberto uma porteira”*. R. justifica-se: *“...hoje eu estou triste, então posso comer.”*

“Eu não era boa de comida, só comecei a comer bem aos oito anos. Quando nós éramos pequenos, a mamãe sempre controlava a alimentação. Ela me obrigava a comer com o chinelo na mão. Meu pai chegou a comprar uma injeção grande que punha do meu lado dizendo que se eu não comesse tudo, ele iria bater a comida no liquidificador e me aplicar àquela injeção enorme. É claro que era brincadeira!”

Na família, a sobremesa era uma comemoração. Após ter ingerido verduras, a sobremesa vinha como recompensa. R. mantém para si a mesma lógica: Depois de uma semana bem difícil, vem a recompensa da refeição gostosa. A comida vem como recompensa à tristeza, mas depois de “aberta a porteira” a culpa é avassaladora.

“Em relação à minha mãe sempre perco a razão porque discuto. Aí ela usa isso e faz chantagem. Por exemplo, se eu quero algum dinheiro para sair ela diz que não vai me dar porque eu briguei e não estou merecendo; ou me pergunta em que eu a ajudei nos serviços domésticos para merecer. A minha mãe é dominadora, tem as crenças dela, o ponto de vista dela e ninguém a remove disto. Até o meu pai tem dificuldade de lidar com as próprias vontades. A minha mãe exige e sempre tenta impor o que quer. Já briguei demais, falei demais e agora às vezes, até entrego os pontos.”

Em relação ao tratamento a mãe afirma que “médico e terapia são bobagens, coisas de gente fraca, médico nem sempre acerta, é só você comer o que eu colocar no prato”. Há três meses, o freezer fica trancado. R. faz as comidas e não tem acesso a elas. R. é muito gulosa”.

A mãe ditava as regras do namoro. Não permite passeios, o casal só pode namorar em casa. “Se eu souber que você está transando paro de te dar tudo aqui em casa! Enquanto você depender de mim tem que fazer tudo o que eu quero. Em relação ao anticoncepcional “Por que você não toma chá de salsa para o útero e para de tomar essa

medicação”? ...então é porque você está precisando.” R. se angustia: “Muitas vezes não sei se o que eu faço é o certo, você sabe né?! Crescer ouvindo outras coisas...”

“Com meu pai, a situação é melhor. Ele é mais acessível, mas não consegue ser afetuoso nem conversar comigo. Sinto que ele quer se aproximar de mim.”

Estar sempre equilibrada...

A mãe: *“... antes a R. era mais equilibrada”*. A busca pelo equilíbrio emocional iniciou-se na época do esporte. Aos 13 anos, já procurava livros de autoajuda para manter o “humor equilibrado”, o que garantiria um desempenho satisfatório no jogo.

A preocupação com o sucesso profissional localiza a angústia. Concluir o curso sem um emprego garantido é uma derrota: *“... é como se eu não tivesse fazendo o que eu deveria fazer. Estou sempre escutando: “... Ela é tão inteligente e se ela não conseguir?”* Faltam dois anos para R. concluir o curso. Os professores sinalizam: *“...mas como você quer ter certeza de uma coisa que vai acontecer daqui a dois anos?”*

O “sucesso do tratamento” também entra na lógica do fracasso. *“Todo mundo lá em casa fala que melhorar é só força de vontade.”* Culpa-se pelo fato de não estar correspondendo às próprias expectativas e às de seus pais.

“Às vezes me dá vontade de desistir de tudo: do regime, de ser a melhor aluna na faculdade, de ser a prima mais bonita, de ser o xodó dos tios. Ao mesmo tempo tenho medo, e se eu deixar de ser a mais querida e a mais feliz da turma? Se eu tivesse sido sempre uma aluna mediana, passando de raspão, quando eu passasse no vestibular seria motivo de comemoração. Lá em casa, não foi mais que uma obrigação. O meu irmão já falou que não vai aceitar ser comparado comigo. Ele aceita melhor os limites.”

R. parece apontar uma resposta ao real da pulsão com a realização do Ideal. Ser a filha mais perfeita, a sobrinha mais querida, a aluna mais feliz da turma; parece só assim conseguir um lugar no Outro. R. submete-se ao imperativo de gozo materno. Recalcati (2003) ao dizer da anorexia e bulimia como duas caras de uma mesma moeda esclarece que a anorexia indica a realização do Ideal do sujeito, enquanto a bulimia representa seu naufrágio associado à irrupção do real pulsional na cena do Ideal. Nesse caso, a bulimia concretiza o objeto de angústia da anoréxica, enquanto a anoréxica edifica o Ideal da bulímica que resta sempre ao Ideal narcísico do corpo delgado. R. parece submeter-se a esse supereu que garante a ela uma forma de gozo. Cito Recalcati:

“O programa do supereu promove uma abolição do mal estar por meio da elevação da renúncia pulsional a uma modalidade particular de gozo. É então programa do supereu: fazer da renúncia um gozo, da renúncia de gozar uma forma de gozo.”

Outras elaborações a partir do caso clínico

R. preenche os critérios do DSM-IV (Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, quarta edição texto revisado, 2002) para bulimia nervosa (Tabela 2).

A avaliação psiquiátrica revela ainda humor deprimido, diminuição de interesse e prazer nas atividades diárias, insônia, agitação psicomotora, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva, dificuldade de concentração e pensamentos recorrentes de sumir, de desaparecer. R. usou o antidepressivo prescrito por pouco tempo, já que acreditava que tinha que melhorar sem a ajuda de substâncias químicas; pois assim era esperado dela.

Compreendendo os sintomas anoréxicos-bulímicos além do quadro clínico, percebemos que R. possuía uma fixação na questão alimentar desde a infância. Em sua casa, a comida gostosa era uma recompensa a qualquer tipo de sacrifício. A mãe de R. impondo seu desejo manipulava os filhos em relação à questão alimentar, inclusive com punições. A partir da adolescência R. faz um sintoma exatamente onde sua mãe exercia o seu poder, a despeito do desejo dos filhos.

A psicanálise ajuda-nos na compreensão desse caso clínico. O sintoma de R. pode ser entendido como um sintoma clássico, um sintoma em sua vertente histórica que divide o sujeito e que pode se prestar à interpretações a partir de uma transferência bem constituída. R. mostra sofrimento com o seu sintoma, se vê dividida e procura ajuda, mas resiste no consentimento da perda de gozo. R. não iniciou um processo analítico propriamente dito, mas mostrou-se dividida pelo seu sintoma.

Cito Viganó (1999) em sua Conferência sobre anorexia e bulimia:

“O sintoma que chamamos clássico, produz dois efeitos: o primeiro é o sujeito que o sofre, é um efeito de divisão: O sintoma é como um território estrangeiro, que está dentro do próprio sujeito. É algo do íntimo do sujeito e ao mesmo tempo o sujeito não consegue controlá-lo. O sintoma foge ao seu controle e é por isto, que este sintoma se torna insuportável. O sintoma é então algo que divide a psique entre o prazer, o equilíbrio, o controle e alguma coisa que o transcende, que vai mais além do prazer, algo que não pode ser controlado, algo que Lacan nos ensinou a chamá-lo de gozo. O segundo efeito é aquele de tornar o sujeito particular, diferente de todos os outros. Freud diz que o sintoma é aquilo que o sujeito ama mais do que a ele mesmo. É algo ao qual o sujeito não renuncia com facilidade, á algo, portanto, que cria um conflito.”

A relação de R. com sua mãe nos ensina sobre o quadro anoréxico-bulímico como objeto separador; talvez até além disso, parece haver nessa relação mãe-filha, algo que aponta para a devastação.

Recalcati (2003) nos fala da paixão da anoréxica e bulímica pelo vazio. (ver texto Anorexia e Bulimia para além do quadro clínico). A restrição alimentar ou os vômitos após as compulsões mantêm o vazio, já que preenchê-lo, significaria a morte do sujeito: O vazio é então a condição para que possa existir junto à falta, o desejo. A anoréxica faz dela própria, vazio puro, falta-a-ser. A bulímica o encontra ao fim de cada uma de suas compulsões alimentares, o encontra quando o gozo toca o limite da inconsistência do alimento. Através do vômito ela provoca o vazio no seu corpo. Viganó (1999), ao discorrer sobre a anorexia-bulimia como tentativa de separação desse Outro Materno onipotente e onipresente, nos ensina: “Ao recusar o alimento através do nada como objeto separador, o sujeito lança o Outro numa impotência angustiante e conquista uma posição de supremacia imaginária no confronto com o Outro.” Há uma tentativa em barrar a invasão materna e fazer valer o seu desejo; mas há somente um semblante de separação, já que R. através do seu sintoma coloca-se presa à essa mãe devastadora, que fazendo valer o seu desejo ilimitado determina as regras e a vida da filha. R. mantém-se portanto, no lugar de objeto no desejo dessa mãe e sem consciência de sua posição subjetiva, consente com a tirania materna. *“médico e terapia são bobagens, coisas de gente fraca, médico nem sempre acerta, é só você comer o que eu colocar no prato”*. *“Se eu souber que você está transando paro de te dar tudo aqui em casa! Enquanto você depender de mim tem que fazer tudo o que eu quero*. Em relação ao anticoncepcional *“Por que você não toma chá de salsa para o útero e para de tomar essa medicação”*? *“... então é porque você está precisando.”* R. se

angustia: *“Muitas vezes não sei se o que eu faço é o certo, você sabe né?!”* *“Crescer ouvindo outras coisas...”*

Recalcati (2003) ao dizer do supereu na bulimia contribui para a compreensão dos sintomas bulímicos em sua vertente de gozo:

“Na bulimia, o esquema do supereu se apresenta em sua dimensão de puro imperativo de gozo. A compulsão, a repetição das compulsões tenta obturar a falta-a-ser do sujeito, através do aporte da substância comida.”

“O objeto perdido está encarnado imaginariamente como objeto-comida, que se converte, efetivamente, para o sujeito, em objeto de causa de desejo. Nesse sentido a bulimia é a tentativa desesperada de fazer coincidir o objeto com a Coisa. Assim se anula a dimensão da falta. As crises bulímicas sob o imperativo de gozo do supereu se convertem em cíclicas, repetitivas, construindo um sistema fechado no qual se nega à perda de gozo através de sua reciclagem constante. Não obstante a falta-a-ser volta sempre no mesmo lugar, porque evidentemente não pode ser abolida enquanto matéria fundamental do sujeito. Então ressurgue depois de cada compulsão na forma de um vazio que não se extingue que não pode, estruturalmente, ser ocupado jamais.”

Ela faz cinema
(Chico Buarque de Holanda)

Quando ela chora
Não sei se é dos olhos para fora
Não sei do que ri
Eu não sei se ela agora
Está fora de si
Ou se é o estilo de uma grande dama
Quando me encara e desata os cabelos
Não sei se ela está mesmo aqui
Quando se joga na minha cama

Ela faz cinema
Ela faz cinema
Ela é a tal
Sei que ela pode ser mil
Mas não existe outra igual

Quando ela mente
Não sei se ela deveras sente
O que mente para mim
Serei eu meramente
Mais um personagem efêmero
Da sua trama
Quando vestida de preto
Dá-me um beijo seco
Prevejo meu fim
E a cada vez que o perdão

Me clama

Ela faz cinema
Ela faz cinema
Ela é demais
Talvez nem me queira bem
Porém faz um bem que ninguém
Me faz

Eu não sei
Se ela sabe o que fez
Quando fez o meu peito
Cantar outra vez
Quando ela jura
Não sei por que Deus ela jura
Que tem coração
e quando o meu coração
Se inflama

Ela faz cinema
Ela faz cinema
Ela é assim
Nunca será de ninguém
Porém eu não sei viver sem
E fim.

Fragmentos da história de W

Trata-se de W., sexo feminino, filha única, 19 anos. Concluiu o ensino médio e frequenta curso pré-vestibular.

Reside com os pais. A mãe trabalha fora durante toda a semana e só retorna para a casa no domingo. “... *nós duas brigamos o tempo todo, aí eu fico longe para a convivência ficar melhor.*” Desde pequena a paciente acompanha sua mãe durante o trato com os idosos. Segundo a mãe: “*Não ficava com o pai, tinha medo dele*”.

O pai mantém-se imparcial a esta situação de conflito entre mãe e filha até quando W. o coloca diante da escolha “*ou minha mãe sai de casa ou eu saio*”. O pai assume então o lugar de apaziguador dessa relação.

A paciente procura o Serviço de Saúde do Adolescente do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais apresentando a seguinte demanda: “*Quero emagrecer*”. Solicita um regime.

O sintoma

“*Tenho medo de voltar a ficar anoréxica.*”

Relata que aos 12 anos começou a ficar preocupada em manter-se magra e chegou a pesar 40 Kg (IMC de 17). Nomeia-se então, anoréxica.

Segundo relato da mãe e da própria paciente, sempre foi diferente das primas; maior e mais gorda. Era identificada como a “*cheinha*” tanto na família como na escola. A mãe ensinava “*não sou cheinha, sou boa*”.

Buscando a melhora da autoestima da filha, a mãe a insere em uma agência de modelos aos 10 anos de idade quando, então, foi valorizada por emagrecer. Relata prática comum, entre as colegas de trabalho, a preocupação com o peso. Era necessário manter o padrão de peso e altura determinados pela agência. *“Passavam a abacaxi e água”*. Aos 14 anos, parou de crescer, e não tendo a altura necessária para os desfiles, foi transferida de setor. Comerciais e fotos *“Eram mais de rosto”*. *“Já tive o meu público; quando eu desfilava eu era super magra.”*

Há um ano está afastada da agência devido aos estudos para o vestibular – *“... mesmo assim me preocupo, nenhuma roupa do meu guarda-roupas me cabem”*.

Marca dois momentos que justificam o seu ganho de peso: no carnaval, quando se depara com o olhar dos amigos *“todo mundo fica falando que eu engordei muito”* e quando ao comemorar a aprovação no vestibular descobre que não foi aprovada no terceiro ano científico. *“Eu fiquei me sentindo muito pior depois que passei no vestibular e fui ao colégio e vi que tinha tomado bomba. No ano passado, eu já não estava legal, mas ia ao colégio mesmo assim. Para conseguir ir ao colégio, eu tinha que pôr na minha cabeça que eu não estava lá, que não estava ouvindo, nem vendo ninguém. Mas para conseguir isso, eu me desligava do que o professor falava. Eu ficava olhando só para um lugar e viajando que eu não estava ali; então na hora das provas eu não conseguia fazer nada. Cheguei aos 60 Kg e agora não consigo mais sair”*.

Buscando alcançar o peso anterior 46 Kg (IMC 19), como sente-se bem, W. mantém-se no que chama de dieta – abacaxi e água. Em relação ao chocolate – *“Sou ansiosa e compulsiva, passo a semana sem comer e no fim de semana como 1 Kg de chocolate, aí forço o vômito e tomo 20 Ducolax .“*

A prática de indução a vômitos foi frequente e o uso de laxantes abusivo. W. chegou a fazer clister em si mesma algumas vezes. Usa remédios para emagrecer (nega uso de anfetaminas).

Afirma que está ficando cada vez mais isolada e agressiva; já não convive com seus amigos. *“Não consigo ser vista, é uma tortura até pegar ônibus. Tenho pânico de espelho e até de vidro de loja”* (os espelhos da casa foram retirados). *“Tenho pânico de geladeira. Se eu a abrir, parece que vou engordar; já não abro mais meu guarda roupa, porque nada lá me cabe”*. *“... estou me achando péssima, horrível e horrorosa. Se alguém me telefona não atendo, não quero ver ninguém. Não quero que ninguém me veja. Eu tinha amigas no colégio, elas me procuram e eu mando falar que não estou. Eu estava ficando com um cara nas férias, agora ele me procura e eu estou fugindo dele.* Sente intolerância ao toque. Na sala de aula os olhares impedem que ela preste atenção à aula.

O comportamento agressivo vem piorando desde os 12 anos, coincidente com o período de aparecimento de sintomas anoréxicos. Discussões com a mãe foram ficando cada vez mais frequentes: *“dá um apagão, eu agrido, já cheguei a pegar faca, deixo roxo. De repente, eu acordo e vou conversar com minha mãe, ela está chorando, me conta o que aconteceu e eu não me lembro de nada”*. Os pais dormem de porta trancada com medo das agressões de W.

Tem momentos de autoagressão, *“... dou murros, me bato porque odeio meu corpo e quero tirar isto, peguei uma faca e fui tirar gordura da minha perna”*. Após o que chama de apagões, relata sono intenso.

A paciente iniciou tratamento aos 13 anos com psiquiatra e psicólogo, mas, logo o interrompeu: – “*embirrei com eles*”.

Em atendimentos posteriores surgiu o medo do roubo de pensamentos- “... *eu só estou gostando de ficar dentro do meu quarto trancado. Se eu estou andando na rua ou no ônibus, acho que as pessoas estão escutando o que eu penso; quando estou pensando, as pessoas me escutam.*” – e a confirmação de que escutava uma voz masculina, externa a ela e se apresentava como a voz de qualquer um de nós. A paciente conta que essa voz, a qual chama Gabriel, surgiu-lhe pela primeira vez aos dois anos de idade. Diante do temor de ter que atravessar um corredor escuro; e sozinha para ter acesso a um objeto que queria, a mãe lhe tranquilizou: “*pode ir que o seu anjinho da guarda sempre está te acompanhando*”; ela foi, e desde então escuta a voz do seu anjo Gabriel. “*Ele é muito certinho e vai contra mim, às vezes, fico pensando se é anjo da guarda mesmo ou se é loucura. Às vezes, ele não me deixa prestar atenção e atrapalha a minha conversa com as outras pessoas de tanto que fala*”.

Ao se deparar com os espelhos – “... *na casa da minha amiga, dei de cara com um espelho enorme, me vi igual a uma orca, igual a minha vizinha de 180 Kg. Fui embora ao dia seguinte, não iria aguentar ficar naquela casa com aquele espelho enorme*”. “*Ao ver a minha vizinha, dou um jeito de logo sair de perto, vejo que o meu futuro é aquele; minha mãe falou que se eu não fizesse regime, eu ia ficar igual a essa minha vizinha. Meus amigos falam que eu tenho preconceito com pessoas gordas, mas não é não consigo ficar perto delas. Se estou perto de alguma, travo na hora, paro de comer na hora. Sinto que estou ficando igual a elas, às vezes nem ponho uma blusa, pois olho para o meu braço e acho enorme, já sei que não vai caber*”.

“No ônibus é um sacrifício, não aguento ninguém me encostar, fica aquela balançamento e as pessoas vão encostando em mim; vou me encolhendo toda. Parece que elas estão invadindo a redoma que coloco para o meu corpo.” Ainda em relação ao olhar e à invasão, relata que se está lendo alguma revista no banheiro e aparece um rosto, muda logo de página porque parece que aquela pessoa(da figura) está olhando para ela *“... me ver no banheiro?!”*

Após um mês sem psicoterapia, a paciente retorna para o atendimento. *“Recaí, voltei pior que saí, estou pior do que entrei”*. A mãe da paciente apresentou episódio de paralisia cerebral e logo em seguida um AVC isquêmico perdendo então a visão. Foi submetida a intenso cuidado e propedêuticas cardiovasculares. Apesar disto continua trabalhando com a ajuda de uma amiga ou da própria W.

“Essa gordura é doença, agora tem duas doentes. Não consigo comer, já tentei. Voltou a necessidade de ficar magra. Antes ao sentir tonteiras eu assentava e melhorava, agora está muito mais rápido e às vezes não dá tempo. As tonteiras e os enjoos voltaram. É como se comer fosse um crime. Estou me colocando no lugar de assassino, como se comer estivesse me matando. Perdi a coragem de abrir a geladeira de novo. Tudo começou após a doença da minha mãe.” A paciente relata desmaios e parestesias nos braços e pés.

Após discussão com W. a mãe evoluiu com paralisia facial. *“... enrolou a voz e não conseguia comer, ficou até feliz porque tinha emagrecido – minha mãe é muito preocupada com aparência. Quando vi a fisionomia dela fiquei desesperada, fiquei horrorizada de ver ela comer igual passarinho, com fome e sem conseguir comer”*.

“Quando eu estava gorda, eu sentia uma dor muito forte. Agora eu emagreci e ela adoeceu, diz W. referindo-se à mãe. Estou desesperada com a forma dela, é como se ela soubesse o que eu estou sentindo ou pensando. Minha sorte é que minha mãe não enxerga. É como se eu tivesse duas faces, uma normal e outra meio psicopata, tem hora que eu me sinto meio louca”.

W. fez uso irregular da medicação. A risperidona prescrita foi aumentada até 8mg/Kg/dia com uma contenção parcial das atuações e da invasão do sintoma e controle dos fenômenos elementares. Já usava fluoxetina desde a admissão no serviço, pois era a medicação usada pela mãe, com a qual mantinha um par sintomático.

Consequências clínicas

Do ponto de vista clínico, W. se queixa ainda de dores no corpo, difusas e mal caracterizadas que a impedem de caminhar e de praticar esportes. Relata ainda tremores e tonteiras frequentes; episódios de desmaio e escurecimento visuais relacionados a períodos em que fica sem se alimentar.

No carnaval, após uma semana de ingesta exclusiva de abacaxi e água (esporadicamente só abacaxi), além de uso abusivo de laxantes, evoluiu com quadro compatível com abdome agudo. Distensão abdominal, abdome endurecido, defesa involuntária a palpação superficial e profunda além, de cólicas intensas. Após ultrassonografia abdominal que mostrava somente distensão de alças e melhora clínica, a hipótese diagnóstica foi descartada. Permaneceu internada por uma semana. Os exames laboratoriais (hemograma, urina rotina e gram de gota) foram normais.

Durante o período que esteve em acompanhamento no serviço, a paciente apresentou exame físico normal. Alternaram períodos de magreza importante e sobrepeso, peso 60 Kg e IMC 26.

Períodos menstruais regulares, exceto no período anoréxico inicial quando então tomava anticoncepcional oral por orientação de sua ginecologista. Em algumas consultas, apresentou-se hidratada no limiar, e por duas vezes com desidratação leve. Os exames solicitados (hemograma, reticulócitos, uréia, creatinina, albumina, colesterol total e frações, glicemia, ionograma) mostraram resultados nos limites da normalidade. A gasometria venosa corroborava o uso abusivo de laxantes, pois trazia uma acidose metabólica leve. A urina mostrava-se com uma densidade um pouco aumentada; resultado de uma hidratação no limiar. ECG normal.

Diante do quadro foram levantadas as seguintes hipóteses diagnósticas: transtorno alimentar, crise parcial complexa, além de episódios de hipoglicemia bem caracterizados. A condução do caso se deu considerando a estrutura psicótica da paciente. Foram solicitados EEG além de TC. O EEG mostrou-se normal e a TC trouxe como laudo sulcos corticais do lobo frontal leve a moderadamente alargados.

A dinâmica familiar

É filha única – *“Tive uma filha só para dar tudo de melhor para ela”*, repete muitas vezes a mãe. Mãe e filha se identificam muito. Partilham de momentos muito íntimos quando a noite deitam-se viradas uma para a outra e se amam – *“agora vamos nos amar”*. A filha proíbe que a mãe receba telefonemas, exceto os dela.

Durante o período em que a mãe apresentou paralisia facial e não conseguia se alimentar adequadamente, W. apresentou piora importante do quadro clínico - *“Se ela não podia comer, eu também não queria comer, é uma maneira de eu sentir a dor dela. Quando eu engordei, ela pediu a minha dor para ela. É como se eu me culpasse pelo que acontecia com ela”*. O pai acusou-a de ter causado a doença na mãe. *“Só vou melhorar quando ela sarar.”*

“Meus pais ficam falando: “Você está igual a uma ameba, por isso está engordando. Minha mãe falou que eu tinha que pesar. Eu disse que não, mas ela insistiu. Agora, não consigo comer nada. Outro dia senti fome, fui á cozinha, olhei para a geladeira, sai correndo e tranquei a porta da cozinha. Eu já falei que estou sentindo muito medo... É um vazio terrível que eu sinto e o único afeto é o medo. Tenho medo até do ronco do meu pai. Eu fecho a porta do meu quarto, mas mesmo assim escuto e fico com medo.”

“O tempo todo eles querem me controlar”, diz W. se referindo aos pais. “Quando eu saio daqui logo a minha mãe me telefona perguntando o que eu falei aqui e depois meu pai também fica perguntando. Eu não falo, mas eles ficam querendo saber. Não sei... não sendo o curso de direito, que meu pai fala, nem medicina por causa da minha mãe não sei não...” Às vezes, tenho até medo de perder meus pensamentos, a única coisa que eu tenho de mim mesmo são os meus pensamentos, que eles não podem controlar, tenho medo de perdê-los.”

“Em outubro faço vinte anos e não quero. Já pensei em suicidar porque não quero ter vinte anos. Eu não sei o que é. Acho que não quero crescer. Olho o meu rosto

no espelho e fico perguntando: quem é você que não me responde? Espelho não responde mesmo...”

Segundo Recalcati (2003), na anoréxica psicótica, o osso libera o sujeito do vazio. *Quando vejo meus ossos apontarem abaixo da pele, não me vejo perdida. Não me sinto angustiada, sim, invadida por um sentido de paz.* A contemplação do esqueleto na anoréxica psicótica serve para reabsorver a despersonalização e nesse sentido não há muita diferença com os comportamentos auto lesivos em certos psicóticos, que para conter a sensação de irrealidade e dissolução do mundo se auto lesionam; com a finalidade de engancha a vacilação do mundo a um ponto firme, a uma certeza, que dá sentido e realidade às coisas. É um recurso real que promove a unidade do sujeito. Esse parágrafo parece contribuir com o caso quando W. relata que permaneceu estabilizada sem os sintomas bulímicos durante um período de muitos anos de namoro firme. *“Nós namorávamos dentro de casa, minha mãe e meu pai colocaram uma cama de casal para nós. Eu voltei a viver e a comer por causa dele. Eu fazia na cozinha as coisas que ele gostava e comia junto com ele. Comia para ele. Agora que ele terminou estou desesperada, tudo voltou a ser como antes, não quero comer mais, acabou o apetite e eu voltei a vomitar, a me achar gorda e a tomar diuréticos e laxantes.”*

(Carlos Drummond de Andrade)

*Há muito o meu coração está seco
Há muito a tristeza do abandono,
A desolação das coisas práticas
Entrou em mim, me diminuindo.*

*Porém de repente será talvez a contemplação
De um céu noturno como mais belo não vi,
Com estrelas de um brilho incrível,
De uma pureza incalculável, incrível.*

*A poesia voltará de novo ao meu coração
Como a chuva caindo na terra queimada.
Como o sol clareando a tristeza das cidades,
Das ruas, dos quintais, dos tristes e dos doentes.*

*A poesia voltará de novo, única solução para mim,
Única solução para o peso dos meus desenganos,
Depois de todas as soluções terem falhado:
O amor, os seguros, a água, a borracha.*

*A poesia voltará de novo, consoladora e boa,
Com uma frescura de mãos santas de virgem,
Com a bondade de heroísmos terríveis,
Com uma violência de convicções inabaláveis.*

*Verei fugir todas as minhas amargas queixas de repente.
Tudo me parecerá de novo exato, sólido, reto,
A poesia restabelecerá em mim o equilíbrio perdido.
A poesia cairá em mim como um raio.*

*Namorados
(Manuel Bandeira)*

*O rapaz chegou-se para junto da moça e disse:
- Antonia, ainda não me acostumei com o seu corpo, com a sua cara.
A moça olhou de lado e esperou.
- Você não sabe quando a gente é criança e de repente vê uma lagarta listada
A moça se lembrava:
- A gente fica olhando...
A meninice brincou de novo nos olhos dela.
O rapaz prosseguiu com muita doçura:
- Antonia, você parece uma lagarta listada.
A moça arregalou os olhos, fez exclamações.
O rapaz concluiu:
- Antonia, você é engraçada! Você parece louca!*

Fragmentos da história de C.

C. tem 16 anos. Reside em cidade do interior e foi atendida pela primeira vez no NIAB (Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais) após alguns anos de sintomas bulímicos. Atualmente, mora com a mãe e cursa o primeiro ano do ensino médio em escola pública. Veio encaminhada por uma nutricionista com a qual, já fazia acompanhamento para emagrecer.

A origem

C. é fruto de uma gravidez não planejada, durante um período de namoro da mãe. O pai de C. não “aceitou” a gravidez e desligou-se da namorada e da filha tão logo feito o diagnóstico da concepção. C. não conhece o pai e não sabe nada de sua vida.

Nasceu em outro estado e foi criada por uma babá para que a mãe trabalhasse. Diante do adoecimento da cuidadora, C. já com dois anos de idade, teve a sua criação assumida pelos avós maternos sem presença efetiva da mãe devido à distância física do local de trabalho materno e da então residência de C.: *“Eles passaram a ser meu pai e minha mãe. Eu nunca precisei de pai.”* Afirma ter tido uma infância muito feliz na casa dos avós, contando das brincadeiras, fantasias e adivinhas ao ar livre. *“Cresci mais ou menos em um conto de fadas. Eu me lembro de que tinha uma casinha lá em cima do morro e eu ficava imaginando quem morava lá, como se pudesse haver uma bruxa e eu fosse a princesa...vivia procurando fadas.”*

Aos seis anos C. perdeu o avô e aos nove anos perdeu a avó, vindo então morar com a mãe, após não ter se adaptado residir com os tios. Conta da dificuldade que teve nessa transição dos avós para a mãe. *“É como se eu agora tivesse que viver na realidade, caí na real que minha avó tinha morrido e que nada ia ser como antes”*. Incomoda-se com a diferença de sua nova vida. *“Eu tive que assumir responsabilidades em casa e o colégio não tratava a gente como criança.”* Recentemente C. insiste na fala: *“...eu não pedi para nascer, mas já que nasci, vou vivendo.”*

Relata o início dos sintomas bulímicos aos 12 anos e ironiza: *“Nossa, eu era tão legal que nem o meu pai me quis.”* E hoje: *“Hoje em dia, sou melhor sem o meu pai e só com a minha mãe. É uma casa só de mulheres, só eu e a minha mãe.”* A mãe só tem folga no domingo. *“Eu arrumo casa e cuidado de tudo, a minha mãe é meio desorganizada.”*

A história de C. é marcada por perdas. Questiona o seu lugar no desejo da mãe, que a “abandona” na casa dos avós e quando estes morrem, na casa de uns tios, para que pudesse trabalhar. *“Eu apareci do nada. Por que ela me deu para os outros? ...eu não pedi para nascer, mas já que nasci, vou vivendo.”* A morte dos avós instaura um outro momento na vida de C., *“...caí na real...”*. Há neste momento, um encontro com o real, para o qual C. pareceu não ter recursos simbólicos suficientes para impedir que caísse no lugar de objeto do gozo materno. C. passa de princesa à gata borralheira e inicia uma série de repetições em prol de corresponder ao ideal materno. Instalam-se os sintomas ora anoréxicos e principalmente bulímicos, onde já havia uma fixação na percepção corporal. C. sempre se soube gorda.

O sintoma

C. sente-se triste desde os oito anos de idade, *“durante o dia, fazia caras e bocas, mas à noite, no travesseiro eu chorava.”* Associa a tristeza ao fato de ser a mais gorda de todas as primas. Relata que aos oito anos foi a fase que mais a marcou. A partir dessa idade era considerada *“a gorda”*. Não ia ao pediatra porque *“já sabia que estaria mais gorda. Tinha vergonha de comer na frente dos outros e escondia o doce da tia que era magra. “Nessa época tinha a ilusão de que quando eu crescesse eu iria emagrecer. As minhas tias falavam isso, que não era para eu me preocupar, que um dia isso ia passar. “Com oito anos, por uns três dias, comi e vomitei para me sentir limpa.”*

Aos 12 anos, iniciou-se o quadro bulímico. Nessa época, a mãe chamava a atenção de C. para que emagrecesse: *“era ela que mais preocupava com isso”*. Na academia, leu uma reportagem sobre transtorno alimentar. *“Era a solução de tudo, era o que eu precisava. Ficava um tempo sem comer, uma semana e até um mês. A minha mãe me obrigou a tomar um iogurt light. Ela falou que eu não podia virar uma anoréxica, que isso era uma doença, que ela não queria me ver no hospital. No dia seguinte, eu tive uma compulsão e aí comecei a comer e a vomitar.”* C. começou com vômitos semanais até vários vômitos diários. Faz uso abusivo de laxantes e furosemida (nove comprimidos de 40mg de uma só vez). *“Já fiz coisas das quais eu nem quero me lembrar. Já tomei detergente, pois escutei no balé que fazia emagrecer, que as modelos tomavam...”*. O quadro é marcado por atuações, nas quais C. se coloca constantemente em risco. Tudo se justifica pela determinação de emagrecer.

C. se nomeia pelo significante bulímica. *“Sou bulímica porque eu quero ser bailarina, porque a mídia me manda o tempo todo, porque a minha família sempre me cobrou muito para ser magra, e eu tenho que provar que eu consigo.”* C. não se implica ao seu sintoma, ela se identifica a ele. Bulimia é um nome, o sentido de sua existência. Há um mal estar, mas este é determinado por fatores externos a ela, quase imposto, impossível de ser dialetizado e ao qual só lhe resta submeter-se.

C. percebe-se muito rígida consigo mesma e perfeccionista ao extremo. *“Um dia eu olhei e vi que não era perfeita, aí eu entendi que podia ser perfeita pelo menos fisicamente, sendo magra. Quer ser melhor em tudo. Não pode ser mais ou menos. “Quem me pune mais sou eu mesma. Acho que a bulimia é também uma punição, porque eu não nasci magra (seu peso de nascimento foi 5 Kg). Fui crescendo e nunca fui emagrecendo. Sempre fui gorda e sempre quis ser bailarina. Nunca tive as pernas finas. Desde pequena queria ser bailarina. Lembra-se de que com quatro e cinco anos, sua tia lhe dizia que não poderia ser bailarina porque tinha as pernas grossas. Cresceu escutando seus familiares lhe dizerem que não podia comer, porque senão não iria ser bailarina. “- E ser bailarina era a coisa que eu mais queria na vida”. Só os ossos é muito bonito.”* C. tem a Kate Moss com ídolo. *“A bulimia para mim, significa ficar magra.”*

Há uma certeza em saber-se gorda. Desde o nascimento C. foi condenada a ser gordinha. Isso parece ser anterior a ela, já havia uma crítica constante ao corpo. Insatisfação com sua aparência e com o seu peso, uma alteração na percepção da imagem corporal, desde que C. ainda não tinha recursos simbólicos suficientes para lidar com isso de uma forma menos invasiva. *“Fui crescendo e nunca fui emagrecendo”*. A fala das

pessoas tem grande importância, a ponto de se transformarem em um destino: *“Eu tenho que provar que eu consigo.”*

Relata mudanças frequentes de humor: *“acordo bem, feliz e na hora do almoço penso em me suicidar por causa do peso.* Afirma ter pensamentos de morte desde os 11 anos. Já comeu planta venenosa – espada de São Jorge, mas não aconteceu nada. Já comeu comida podre: deixou comida no armário uns três dias e depois engoliu umas colheradas. Passou muito mal.

C. fala sobre os cortes que provoca em si mesma: *“Acho que os cortes são também um tipo de punição. “Como eu não posso me matar, porque eu ainda tenho que ser bailarina, eu me corto. Isso foi porque eu tinha exagerado demais na comida, ou porque eu não consegui vomitar.” “... cheguei a pensar em cortar a minha boca para não comer. Eu penso que fracassei agora eu tenho que me punir de alguma forma pelo meu fracasso.”*

A paciente entende a bulimia como uma dependência, como drogas ou jogos. *“Ela se tornou o centro da minha vida.” Não gosto de me sentir cheia, tenho medo dos outros falarem que eu estou gorda; sonho que estou tendo compulsões quando deito com fome e acordo contando calorias. C. é fixada ao seu sintoma, que é mais do que uma obsessão, é uma dependência, um gozo auto erótico ao qual C. se submete. A bulimia é uma forma de tentar fugir do mundo, o vômito dá uma sensação de vazio. “Quando tomava laxante meu estômago doía e era bom, era como se o mundo parasse.” O sintoma parece proporcionar a C. certo desligamento do mundo. O vômito garante “um barato” como aquele causado pelo abuso de drogas. Ao mesmo tempo, o sintoma liga e*

desliga (“...meio viva e meio morta) e proporciona uma forma de fazer contatos sociais. C. circula como bulímica e se aproxima de iguais nos corredores do ambulatório ou em blogs na internet.

Pensa que nunca vai se achar magra: “*Eu sempre quero menos, menos, menos, e nunca vou achar que é suficiente.*” Já chorou na rua de vergonha por se achar gorda. Tem vergonha de comer em público. Tem receio de chegar aos lugares e as pessoas a acharem gorda. “*Odeio tudo em mim, principalmente o fato de eu não poder gostar de mim.*”

Com 14 anos entrou para o balé e só escutava as pessoas lhe dizerem: “*Bailarina tem que ser magrinha*”. Achava que não conseguia fazer ponta do pé no balé porque não era magra. É talentosa a ponto de ser convidada para dar aulas de baby class, “*apesar de ser gorda e de ter começado tarde.*” A dança preenche os dias de C. tal como a bulimia. Ela pratica jazz, balé clássico e faz aulas de circo. “*Na sexta feira era jazz também, mas agora eu venho aqui.*” Qual será o estatuto da dança para C.? Ao mesmo tempo, em que é algo que faz diferença em sua série, pois teve que lutar para conseguir, pois, sua mãe não queria tal prática; a dança coloca C. em um lugar que garante a cobrança pelo corpo magro. Como se o balé fosse garantir a magreza. “*Bailarina tem que ser magrinha*” A dança parece garantir ainda o motivo de sua vida: “*Como eu não posso me matar, porque eu ainda tenho que ser bailarina...*”

A Relação com a mãe

C. conviveu com o sintoma anoréxico e posteriormente bulímico durante muitos anos sem chamar a atenção da mãe para isso. A mãe vem monitorando o tratamento, mas não a acompanha ao ambulatório. *“Ela agora fica apavorada, acha que eu posso morrer.”* Lembra que sempre foi preocupada em não desapontar sua mãe.

“Eu não conto mais nada para a nutricionista, pois, ela, conta para a minha mãe, agora falo só o que interessa - ah, pelo menos minha mãe fica feliz.”

Lembra-se de que sua mãe a enfeitava com vestidos bonitos, mas ela nunca ficava bonita e então achava que decepcionava sua mãe. Hoje, pensa que naquela época achava que se fosse gorda ninguém ia gostar dela.

(Os próximos três parágrafos abaixo tem a contribuição da analista que acompanha o caso)

C. relata para a sua analista que poderia haver alguma recompensa na doença, pois ao emagrecer como sua mãe queria e se tornando bulímica, poderia comover a mãe. *“Eu acho que eu me moldei ao que ela queria. E... eu era um objeto que podia ser jogado de um lado para o outro. Mas ela já chorou por minha causa. Coitada, ela é sozinha, eu sou tudo o que ela tem. Então eu tentei ser do jeitinho que ela queria. Ela sempre me falou isso: Você é tudo que eu tenho! Acha que sua mãe não soube educá-la direito e pensa que quer ter filhos ou adotar alguns para ensinar-lhes os verdadeiros valores da vida. “Ensinar que o que vale, é a beleza interior e não a beleza exterior.”*

Questiona-se por que sua mãe não lhe mandava parar de vomitar. Queria que sua mãe se preocupasse com ela. Perguntava à mãe se podia ir ao shopping, e esta lhe dizia: “Pode.” C. acha que a mãe não devia falar assim. Não lhe perguntava com quem ia e a que horas voltaria. Certa vez, perdeu um livro da biblioteca e ficou louca de preocupação. Ao falar com a mãe, esta simplesmente lhe disse que compraria outro. Nunca ficou de castigo. Acha que sua mãe lhe dá tudo que pede. Lembra que mostrou à mãe uma boneca que queria ganhar, mas só em outubro: *“ela me deu na hora! Não está certo! Ela sempre tenta me compensar com presentes.”* Relata que quando veio para cá, sua mãe vivia em festas e que sua vida era um inferno”. Hoje, a mãe lhe diz que largou tudo por ela. *“Eu apareci do nada. Por que ela me deu para os outros?”* Sente-se toda descontrolada: ao mesmo tempo magra e gorda, não come e tem compulsão, está bem e quer morrer, meio-viva e meio-morta.

C. não sabe dizer nada a respeito de seu pai. Somente que ele era louro e de olhos claros, porque sua mãe lhe diz: *“Até isso eu pensei. Para você sair do jeito que eu queria, branquinha e de olhos verdes”*. Incentivada a saber algo mais a respeito de seu pai, conversa com sua mãe e lhe pergunta por que seu pai não a quis. Ouve que ele a quis e que queria a sua guarda. Sua mãe então fugiu com ela. Questiona-se: *“Será que eu achava que eu tinha destruído a vida da minha mãe? Eu achava que não tinha uma família por que eu não era boa o suficiente. Sentia falta da minha mãe, dos irmãos chatos que não tinha e de um pai para dar bronca.”*

C. questiona-se sobre o desejo de sua mãe. *“Eu apareci do nada, por que ela me deu para os outros?”* Diante dessa incerteza C. está presa em se fazer desejada por essa mãe, submetendo-se aos seus caprichos. (“Relata que quando veio para cá, sua mãe vivia

em festas e que sua vida era um inferno. Hoje, a mãe lhe diz que largou tudo por ela.) C. não consegue corresponder ao ideal materno, foi idealizada como objeto de gozo materno (*“Até isso eu pensei. Para você sair do jeito que eu queria, branquinha e de olhos verdes”*). Ao não assumir esse lugar cai como fracassada. Se não ficava bonita, decepcionava sua mãe. Não quer saber de seu sintoma, mas *“pelo menos assim sua mãe fica feliz.”* *“Eu tentei ser do jeitinho que ela queria. Ela sempre me falou isso: Você é tudo o que eu tenho.”* C. sente falta de um pai. Um pai para dar bronca. Um pai que coloque limite nessa invasão materna. Na falta desse pai, C. tenta colocar esse limite no corpo a partir dos vômitos, cortes, se punindo. C. se culpa por não corresponder ao objeto de gozo materno.

O horror

C. entra no consultório perplexa, capturado pelo olhar do horror. *“Nossa Senhora, pela primeira vez na vida estou com medo. Você viu aquela menina que está ali no colo do pai?”* C. referia-se à outra paciente anoréxica muito grave com indicação imediata de internação. *“Não quero ficar assim, mas ao mesmo tempo o corpo dela está lindo.”* Fica dividida entre o horror e o encanto da exposição dos ossos. *“... parece que eu me dividi em duas partes. Uma que diz que se eu continuar assim eu vou morrer e que eu tenho que parar com isso; e outra que diz que eu consigo e que eu tenho que emagrecer.”* C. é assídua em consultas à internet, a sites de anorexia e bulimia e tem um blog onde traça o seu “perfil bulímico”. Associa imediatamente a imagem vívida da morte no corredor do

ambulatório à do blog de uma menina anoréxica que já estava acamada e que queria emagrecer mais. E com ar de espanto comenta: *“O pior é que os pais dela nem se importavam. Como é que eles a deixaram ficardesse jeito?”* Esse encontro com o real coincide com o uso abusivo de diurético espoliador de potássio e de piora clínica. Ficou muito assustada com a conduta médica de emergência e na semana seguinte alardeia: *“Apaguei o meu perfil bulímico. Li todo o meu diário e fiquei muito assustada, já fiz cada coisa!”* A partir daí C. vomita esporadicamente e nega o uso de outras medidas purgativas, mas continua com a fixação do corpo magro e um humor mais deprimido apesar do uso da medicação psiquiátrica... Está em uma fase mais anoréxica.

Os registros

“Um dia, quando eu terminar o tratamento, posso ler esse prontuário? Escrevi toda a minha história, pensei em entregá-la para a analista, mas depois queimei tudo.”

C. tem um diário e registra tudo o que vive desde a infância. Valoriza muito as suas anotações e recorre frequentemente a elas. O passado se faz presente e a ajuda em suas elaborações. *“Minha mãe fica sabendo, está lendo o meu diário.”*

Apesar de afirmar ter “deletado” o seu perfil bulímico, apresenta ainda forte fixação do sintoma e da necessidade de um corpo de só ossos. Tem mostrado ambivalência também em relação às atividades físicas: *“Antes eu entrei no balé porque lá eu tinha que me obrigar a ser magra”*. As medidas purgativas estão menos frequentes e o humor encontra-se mais deprimido.

A evolução médica

C. apresentava no início do tratamento IMC de 20. Vem emagrecendo progressiva e lentamente, sem apresentar nenhum sinal de desnutrição. Encontra-se hígida. Passa períodos sem apresentar vômitos. Interrompeu o uso de laxantes e do diurético, pois tem muito medo *“de ter uma complicação, pois assim, a mãe descobriria as medidas purgativas, “minha mãe me mata.”*

Começou a usar laxantes aos 13 anos, sempre escondido da mãe. Já chegou a usar 20 comprimidos de uma vez. Teve um quadro de abdome agudo e *“quase morreu e não emagreceu o que queria.”*

Os vômitos são muito frequentes e a prática lhe causa muita dor de cabeça e dor na garganta devido ao esforço. O sangramento da mucosa lesada durante a agressão a paralisa e a faz pensar: *“Eu devo estar toda podre por dentro, coitada da minha garganta e do meu esôfago.”*

C. vai regularmente à nutricionista de outro serviço que a encaminhou para o NIAB. Submete a dieta prescrita às suas convicções do que engorda ou não e do que acredita poder comer.

O encaminhamento a psiquiatria se deu após a ingestão de nove comprimidos de diurético espoliador de potássio de uma vez. *“Laxante, a minha mãe sabe que eu estou usando, e o diurético não”*. Nessa ocasião, apresenta-se à consulta, pálida, desidratada, taquicárdica, mas sem sinais de choque hipovolêmico. Diante da possibilidade de uma

internação, ficou muito assustada e pediu que isso não acontecesse, pois, seria um “desastre” para a mãe. *“Eu juro que não tomo mais esse negócio e como uma penca de bananas.”* Foi hidratada no ambulatório e teve o potássio monitorado nos dias subsequentes. O íon apresentou uma pequena queda, sem a necessidade de reposição venosa ou oral. O episódio vem acompanhado de um aumento do número de atuações e de um certo isolamento social e uma crescente fixação ao sintoma. *“Larguei o balé, antes eu tinha vontade de fazer um monte de coisas, agora não tenho vontade de fazer nada. Não se sente bem com seu corpo, quando põe a roupa de balé... “É um horror! Não aguento mais me olhar no espelho. Perna grossa, peito, bunda. É..., mas eu queria um corpo reto. É mais elegante, mais limpo!”*

Iniciou o uso de citalopram 20mg ao dia e risperidona 1 mg ao dia. Apresentou rigidez muscular com o uso da risperidona apesar da dose baixa e foi assistida no pronto socorro, quando se fez a administração do biperideno com melhora do quadro.

A propedêutica médica realizada encontra-se normal: hemograma, gases, íons, função hepática e renal, T4 e TSH, prolactina, proteínas, colesterol e triglicérides e ECG. Durante o período de atuações frequentes com o uso de medidas purgativas, os íons e os gases foram realizados semanalmente. *“fazer exames de novo?!”*

C. apresentou irregularidade menstrual em momentos limitados da sua evolução clínica. Atualmente o ciclo menstrual é regular.

O relato de caso de C. nos permite perceber mais uma vez que não se trata de um transtorno do alimento e sim de um sintoma psíquico que diz algo de sua verdade, de sua história. Para C., a questão com o corpo e a imagem corporal já existe desde a infância, marcada pela fala da mãe e das tias. À mediada que se produziu o deslocamento de

clínica do olhar, fenomenológica e universal para uma clínica da escuta, houve a possibilidade do surgimento da singularidade e do entendimento da função desses sintomas para C. A abordagem específica desses sintomas, é o que vem questionar o sujeito na clínica, criando a possibilidade de uma mudança de posição subjetiva e da estabilização psíquica em torno de sintomas menos mortíferos.

Recalcati (2003) fala da posição do sujeito anoréxico-bulímico como uma posição marcada por uma forma de paralelismo estrutural entre o circuito do gozo e do desejo.

“Do ponto de vista clínico o circuito do gozo se confirma sob o signo da pulsão de morte e do mais além do princípio do prazer, em que o masoquismo oferece uma concisa representação onde exhibe o sujeito estruturalmente contra ele mesmo. Esse circuito tem a característica de ser um circuito fechado, funcionando sobre si mesmo. A temporalidade que o orienta é a compulsão à repetição. É uma temporalidade congelada, bloqueada. É uma temporalidade autística que tende a excluir o Outro. O circuito do gozo é um circuito autoerótico. Tudo gira em torno do corpo sem implicar o Outro. Esse circuito está marcado por um excesso. A dimensão do gozo é uma dimensão real quando exclui por princípio a dimensão da falta e a dimensão do sentido. O exemplo clínico mais evidente é representado pela crise cíclica na bulimia: as compulsões e os vômitos. Essa sequência é descrita como uma série contínua de adições e subtrações de gozo. Gira sobre si mesma. Seu ponto de partida é o vazio aberto do significante no real. Mas não existe um ponto de chegada, somente a repetição da série com o objetivo da repetição em si mesma. Isso indica um autoerotismo fundamental no circuito do gozo. O vômito é uma forma de subtrair o excesso de gozo incorporado durante as compulsões. Esvaziando o corpo do gozo, prepara-o para outro excesso; ou ainda não se vomita para continua comendo e sim para continuar vomitando.”

Momento
(Adélia Prado)

*Enquanto eu fiquei alegre, permaneceram
um bule azul com um descascado no bico,
uma garrafa de pimenta pelo meio,
um latido e um céu limpidíssimo
com recém-feitas estrelas.*

*Resistiram nos seus lugares, em seus ofícios,
constituindo o mundo pra mim, anteparo
para o que foi um acometimento:
súbito é bom ter um corpo pra rir
e sacudir a cabeça. A vida é mais tempo
alegre do que triste. Melhor é ser.*

Canção do vento e da minha vida
(Manuel Bandeira)

*O vento varria as folhas,
O vento varria os frutos,
O vento varria as flores...
E a minha vida ficava
Cada vez mais cheia
De frutos, de flores, de folhas*

*O vento varria as luzes
O vento varria as músicas
O vento varria os aromas...
E a minha vida ficava
Cada vez mais cheia
De aromas, de estrelas, de cânticos*

*O vento varria os sonhos
E varria as amizades...
O vento varria as mulheres...
E a minha vida ficava
Cada vez mais cheia
De afetos e de mulheres.*

*O vento varria os meses
E varria os teus sorrisos...
O vento varria tudo!
E a minha vida ficava
Cada vez mais cheia
De tudo*

Fragmentos da história de P

P. tem 13 anos, é a primeira filha do casal. O pai tem curso superior e um bom emprego, a mãe trabalha com comércio.

Questionada sobre a procura do atendimento: “*não sei*” e logo depois: “... *por causa daquela endocrinologista insuportável*”. P. foi encaminhada ao serviço pela endocrinologista que lhe tem prestado assistência médica, devido à restrição alimentar e perda de 10 Kg em aproximadamente quatro meses.

O sintoma – *Eu odeio ser gordinha*

Mãe e filha são atendidas juntas no primeiro encontro. A mãe fala da história de emagrecimento. Há uma rivalidade significativa entre mãe e filha nesse momento. A conversa fica tensa entre as duas. Desde o início da perda de peso, P. esteve em vários médicos, sempre à procura do seu peso ideal. Agora está certa de que seu peso ideal é 43Kg, pois foi o que lhe disse a endocrinologista. “*No início estava custando tanto a emagrecer, estava perdendo 1 Kg por semana*”.

“*Eu não gostava de ser gordinha; brutamontes. Eu não sei machucar os outros. Com a minha mãe eu sei por que ela fica enchendo a minha paciência*”. P. associa excesso de peso com agressividade.

O início dos sintomas coincide com a menarca, morte da avó materna com câncer, problemas do pai no serviço, quando há a risco de perder uma promoção para um cargo de prestígio e paixão platônica por um cantor.

A mãe conta: *“Quando minha sogra adoeceu todo mundo lá em casa acompanhou muito de perto”*. P. localiza a sua angústia: *“Com a morte da minha avó eu não tinha fome mesmo e depois foi juntando tudo, o serviço do meu pai e aí eu fui ficando muito sensível, tudo me afetava, eu ficava chorando à toa”*.

Fala com horror da colega que está *“ficando anoréxica”*. P. diz: *“Eu quase fiquei anoréxica, mas a minha mãe olhou para mim. A dra. foi muito grossa comigo, mas me abriu os olhos e eu estou melhorando sozinha. Não quero ficar igual a um desnutrido, cadavérica. Eu não quero ficar internada. A minha mãe ainda se preocupa se eu estou comendo ou não”*.

P. tem evoluído com aumento de peso e diz: *“Quero uma margem de 0,5 a 1 Kg porque aí ela (minha mãe) não precisa mais ficar preocupada e vai confiar em mim. E ainda vou poder nadar o quanto eu quiser. A preocupação com o peso acaba me prendendo, fico com medo de nadar e perder mais calorias. Quero ter 43 Kg para ter mais segurança”*. P. fazia natação e começou a participar das competições logo que iniciou com os sintomas anoréxico-bulímicos. A Natação foi proscrita. Fato vivenciado por P. com muita tristeza. *“Eu nado para ganhar resistência”*.

Em relação à escola: *“Claro que sou boa aluna! É a única coisa que eu faço! Meu pai paga e eu tenho que tirar notas boas, é o mínimo! Precisa tirar boas notas para ser diferente de suas colegas, para se destacar: Esse ano eu quero acima de 90 pts”*.

Insegurança

“Sempre fui muito insegura, preocupada com os outros. Minha professora de português falava que quando eu ia responder alguma coisa, ao invés de terminar com um ponto final, eu sempre terminava com um ponto de interrogação. Sempre acho que tirei nota ruim, mas quando voui ver, tirei total.”

O pai

“O meu pai resolve tudo sozinho, quero ser igual a ele”. P. identifica-se ao pai. Segundo a mãe, P. idolatra o pai. Este resiste ao tratamento da filha: “Ele não aceita psiquiatra, já ficou deprimido, teve que procurar um, mas não ficou. Meu pai é forte, resolve todos os problemas dele sozinho, não precisa de ninguém. Eu também quero melhorar sozinha”.

O pai compareceu ao atendimento quando convidado para surpresa de P. *“Já falei com ela que é ela quem resolve”, diz o pai em relação à necessidade do tratamento. A esposa e a família exigem que ele participe do processo. “Antes eu não conversava muito com o meu pai. Ele era muito calado e só ficava trabalhando. Depois da morte da minha avó ele mudou e viu que a gente não vale nada mesmo, uma hora está vivo e na mesma hora está morto”.* O pai quer ter certeza de que o problema da filha não é culpa dele.

P. exalta a suposta autossuficiência do pai. *“Eu estou melhorando sabe, aquilo (a anorexia) já é página virada, acho que já consigo resolver as minhas coisas sozinhas, é*

ruim ficar dependendo de alguém”. O pai a questiona: “Quando você vai parar de ir ao médico? Estou contando nos dedos”.

O pai para P. era um exemplo, nunca falhava. P. o entendia como uma figura completa, à qual não podia decepcionar. Havia uma necessidade superegóica de corresponder às expectativas paternas. Durante um período do tratamento, o pai mostrou-se sujeito a falhas: o risco de perder uma promoção importante na empresa e a solicitação de um terapeuta ao qual pudesse recorrer trouxe para P. a possibilidade de fazer um manejo em relação ao imperativo paterno e lançar mão de seus próprios desejos. P. passou a apontar as falhas do pai. *“Meu pai é muito difícil, muito chato, só tem dois assuntos: dinheiro e política. Fico chateada porque ele fica só me comparando ao meu irmão. O pai ameaçou tirar os filhos da escola de nataçãõ se o treinador não colocasse os dois filhos no mesmo horário. O meu pai fala que ele é que manda, e aí não tem jeito, a gente tem que se conformar”. “Lá em casa meu pai separa tudo, o dinheiro dele é dele. Meu pai não dá nada. - É pai! a sua poupança é que vai ficar desnutrida! (diante da possibilidade do pai pagar uma lipoaspiração para a mãe). Já pensou pai, a minha mãe toda bonitona andando de Fiesta por aí!”*

A possível separação

“Se eu não fizer, meus pais vão se separar e eu não quero. Filho segura casamento não segura? Coitado do meu irmão, ele não sabe de nada... às vezes é melhor nem entender, antes eu não entendia nada...”

Em mais de uma ocasião P. deixa de ir ao sítio para ficar com o pai, para não deixá-lo sozinho. *“Eu ia ficar com ele porque sei que de ele jeito nenhum ele ia me deixar sozinha. Senti muita culpa e remorso... Se eu não ficar com o meu pai, quem vai ficar? A gente também sabe da gente; às vezes a gente não sabe direito da gente, não sabe o que está acontecendo....”*

A mãe

“Estou te telefonando para te pôr à parte, vou te colocando a parte aos poucos. Não sei se você percebeu, mas I. idolatra o pai. Ele é o exemplo, é o melhor em tudo. Não precisa de ninguém”.

“Será que P. vai piorar se eu fizer uma lipoaspiração?”

Observações sobre o caso clínico

P. preencheu critérios para anorexia nervosa de acordo com o DSM-VI (ver texto inicial – Anorexia e Bulimia para além do quadro clínico). A restrição alimentar foi significativa no início do quadro, mas teve duração limitada. P. não apresentou durante o tratamento outros sintomas psiquiátricos, apesar do luto pela morte da avó, que justificasse a intervenção de psicofármacos. Clinicamente ficou bem magra, mas não apresentou alterações clínicas para medidas emergenciais. Encontrava-se bem organizada psiquicamente, permitindo assim um trabalho terapêutico.

P. foi trazida pela mãe a despeito de sua vontade e a de seu pai. A anoréxica e a bulímica, habitualmente não procura análise. Para elas, o sintoma não faz enigma, não as divide. Buscam tratamento para as complicações de suas práticas, ou para satisfazer o Outro social ou os familiares que a pressionam; ou ainda porque querem manter o seu sintoma quando isso já não é mais possível. Então, o profissional que a atende, médico,

psicanalista, psicóloga, ou outros profissionais devem não só acolher as suas queixas, mas também escutá-la; pois assim, pode-se tornar possível o aparecimento de questões subjetivas que estão veladas. Para P., o sintoma anoréxico não chegou a dividi-la psiquicamente, a causar sofrimento a ponto de fazê-la procurar ajuda. O sintoma funcionou como resposta até que começasse a ser mobilizado a partir do trabalho terapêutico em relação à figura paterna. O pai mostrou-se falho em alguns momentos e isso foi essencial para que P. consentisse com sua própria falta e aceitasse ajuda profissional. O pai que não dava nada passou a dar a falta, o dom do amor e assim a chance para que P. pudesse se posicionar como sujeito, e não como objeto desse pai completo e sem falhas. Além disso, a pulsão de morte marcada no corpo da colega anoréxica localizou para P. o real da morte, recentemente vivenciada pela morte da avó paterna. Esse fato parece ter sido muito importante para esvaziar o valor da resposta anoréxica. *“Eu quase fiquei anoréxica, mas a minha mãe olhou para mim. A dra. foi muito grossa comigo, mas me abriu os olhos e eu estou melhorando sozinha. Não quero ficar igual a um desnutrido, cadavérica. Eu não quero ficar internada. A minha mãe ainda se preocupa se eu estou comendo ou não”*. O olhar materno parece ter sido importante para garantir a P. uma identificação diferente da identificação anoréxica. Na história de P. parece ser a mãe aquela que encarna a lei do desejo. P. não iniciou um processo analítico propriamente dito, mas a partir de um trabalho terapêutico orientado por uma escuta psicanalítica, apresentou uma mudança subjetiva em relação ao sintoma que trazia no início dos atendimentos.

Parece relevante nesse caso, assim como em outros casos, a presença do que Recalcati ao ler Lacan, diz do tratamento preliminar – o tratamento do Outro. A partir de uma manobra na transferência, P. pôde ser escutada não por um Outro que vai tratar do seu corpo e da sua alimentação e sim por um Outro que está interessado em suas questões, em seu sofrimento. A partir daí pôde fazer um deslocamento de seu sintoma. Cito Recalcati (2003).

“Jacques Lacan insistiu na importância do tratamento preliminar como condição para realizar uma efetiva entrada do sujeito no dispositivo de análise. Um sujeito pode entrar em análise só se assume a responsabilidade da situação da qual se queixa. Assumir essa responsabilidade só se faz possível uma vez em que se tenha operado a retificação subjetiva da relação do sujeito com o real. Essa retificação se apoia em um sujeito que não pretende descarregar seu mal sobre o Outro, e sim assumir o peso desse mal e elevá-lo à dignidade de um enigma. Na clínica da anorexia e bulimia temos dificuldades para proceder nessa direção clássica da cura. A retificação subjetiva – definida por Lacan como uma operação essencial no processo de análise – não se realiza se não cumpriu previamente outra operação todavia, mais radicalmente preliminar (um preliminar do preliminar). Esta operação mais preliminar não consiste tanto ao sujeito, mas sim à posição do Outro. O encontro traumático com o semblant do Outro impõe que aquele que encarne o lugar do Outro na cura inicialmente, não permita ao sujeito repetir aquele encontro. Não se trata então, de operar uma retificação do sujeito e sim uma retificação do olhar do Outro, que permita ao sujeito entrar em uma relação possível com o Outro sem sentir-se na condição de objeto-rechçado. Trata-se de realizar uma aceitação do sujeito, não só e tanto psicológica, mas sim estrutural. Trata-se de dizer sim ao sujeito, sustentando o seu ser.”

O exemplo das rosas

(Manuel Bandeira)

*Uma mulher queixava-se do silêncio do amante:
- já não gostas mais de mim, pois não encontras palavras para me louvar!
Então ele, apontando-lhe a rosa que lhe morria no seio:
- Não será insensato pedir a esta rosa que fale
Não vês que ela se dá toda no seu perfume*

Gargalhada

(Cecília Meireles)

*Homem vulgar! Homem de coração mesquinho!
E te quero ensinar a arte sublime de rir
Dobra essa orelha grosseira, e escuta
o ritmo e o som da minha gargalhada:*

*Ah! Ah! Ah! Ah!
Ah! Ah! Ah! Ah!*

Não vês?

*É preciso jogar por escadas de mármore baixelas de ouro.
Rebentar colares, partir espelhos, quebrar cristais,
vergar a lâmina das espadas e despedaçar estátuas,
destruir as lâmpadas, abater cúpulas,
e atirar para longe os pandeiros e as liras...*

O riso magnífico é um trecho dessa música desvairada.

*Mas é preciso ter baixelas de ouro,
compreendes?
- e colares, e espelhos, e espadas e estátuas.
E as lâmpadas, Deus do céu!
E os pandeiros ágeis e as liras sonoras e trêmulas...*

Escuta bem:

*Ah! Ah! Ah! Ah!
Ah! Ah! Ah! Ah!*

Só de três lugares nasceu essa música heroica:

*do céu que venta,
do mar que dança
de mim.*

Fragmentos da história de S.

(A redação do caso teve a contribuição de material da psiquiatra assistente)

S., sexo feminino, procurou o Serviço de Saúde do Adolescente do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais aos 15 anos de idade. Foi encaminhada pelo Pronto Atendimento deste hospital onde permaneceu em observação por 24 horas devido à desidratação e dor abdominal decorrente de vômitos auto induzidos.

O sintoma

Aos 13 anos iniciou com “crises de nervosismo” caracterizadas por irritabilidade, impaciência, dificuldade de ficar em um mesmo lugar, principalmente em um aglomerado de pessoas; e do impulso de sair andando sem parar a ponto de não saber se localizar ao fim do trajeto percorrido. Episódios de errância foram bem caracterizados, quando S. saía subitamente de casa, andando a esmo, até ser encontrada sentada no meio fio, sob a luz do poste, parada, como que assustada, paralisada. O quadro era acompanhado de hiporexia, choro frequente e labilidade emocional. Apresentava humor bastante deprimido e chegou a tentar ingerir agrotóxico para se matar, no que foi impedida pelo irmão. Abandonou a escola na quinta série devido ao quadro depressivo como ela o entende, e a partir daí manteve o isolamento social, morando com a mãe sem conviver com amigos. Seguia rigorosamente os preceitos de sua religião, que a impedia de ouvir música ou assistir TV.

A mãe descreve os quadros de nervosismo como momentos em que S. morde todo o corpo, bate-se e “*enrola*” a língua. “*Parece que os músculos encolhem grito e falo muito.*”

Concomitante a esses sintomas descritos, S. desencadeou quadro de restrição alimentar. Durante dois anos, apresentou quadro de anorexia nervosa, chegando a pesar 28 Kg. Durante a puberdade pesava 50 Kg, passou a achar que estava gorda e parou de comer. Aos 16 anos, voltou a se alimentar, mas as compulsões e os vômitos se tornaram mais frequentes. S. chegava a colocar a comida em uma bacia, comer até esvaziá-la e depois vomitar tudo. Os vômitos, a princípio, auto induzidos passaram a ser espontâneos. *“Parece que me acostumei a ficar sem a comida no estomago. Eu como e fico com aflição. Aí eu vou tomando água e aperto a barriga até a comida toda sair”*. Mantinha insônia importante e os vômitos ocorriam após a ingestão de qualquer alimento ingerido.

S. consentia com o alimento oferecido pela mãe durante a madrugada: mingau ou ovos quentes. *“O sono não deixa vomitar”*. Os vômitos também diminuía quando S. *“saía para se distrair”*, mas pioravam quando voltava para casa.

A alternância de sintomas restritivos e de práticas purgativas em um mesmo caso é frequente no material desse estudo e nos faz questionar a classificação da anorexia nervosa e bulimia nervosa (CID 10 E DSM IV) como entidades clínicas distintas. Qual a relação entre os sintomas anoréxicos ou bulímicos em um mesmo quadro clínico? Reportando-nos à particularidade de cada sujeito em estudo, a partir da escuta clínica orientada pela psicanálise, é que podemos perceber a relação e a evolução entre os sintomas e a função de cada um deles para determinada paciente. É comum percebermos que quando a restrição alimentar se torna insustentável e a fixação no corpo magro e o medo de engordar persiste, a prática bulímica, costuma vir como uma solução, como um alívio para a culpa decorrente da ingestão de alimentos.

Quanto à percepção de sua imagem corporal dizia: *“Vejo minha irmã feliz, com o corpo bonito. Não consigo me ver gorda; tenho medo de engordar. Eu como e penso que minha barriga vai crescer, fico com aflição. Eu me olho no espelho e acho que estou inchada. O que posso fazer quando a comida para no estomago e vem uma coisa ruim?”* S. não conseguia simbolizar o que era tão ruim. *“Eu não quero engordar agora, só depois que a minha mente se acalmar.”*

S. procurou assistência psiquiátrica, a partir de sua sintomatologia alimentar, mas verificou que esses sintomas eram secundários a um sofrimento psíquico muito mais amplo. Preocupava-se com o peso e com a imagem corporal, mas deixou bem claro o que mais a afligia: *“Eu não quero engordar agora, só depois que a minha mente se acalmar.”* Assim aconteceu depois que houve uma contenção dos sintomas psiquiátricos, os sintomas bulímicos perderam a consistência e S. voltou a investir libidinalmente em seu corpo. Ganhou peso e passou a apresentar-se feminina.

Desencadeamento dos sintomas

A paciente associa o desencadeamento dos sintomas aos graves conflitos familiares. O pai alcoolista agia com agressividade em relação aos filhos e à esposa. S. foi espancada várias vezes e presenciou cenas de violência física contra a mãe e se interpunha entre os pais na tentativa de *“acudir a mãe”*. *“Foi preciso chamar a polícia, por duas vezes, para que ele fosse embora e parasse de espancar e ameaçar a gente. Foi depois que meu pai voltou para a roça que a gente começou a ter sossego.”*

“Meu pai é um monstro. Tinha medo de que ele abusasse de mim. Até os dez anos eu dormia na cama de solteiro com minha irmã, ao lado da cama de meus pais. Eu o via

judiando de minha mãe. Ele batia nela, pegava ela pelos cabelos, ela queria se levantar ele não deixava. Tenho nojo dele. Tenho medo.”

S. traz cenas de sedução. Aos oito anos, na roça, quando cuidava das cabras, foi abordada por um desconhecido que tentou agarrá-la. Vivenciou situação mais dramática quando seu irmão, então com 16 anos, tentou estuprá-la. S. tinha nove anos na ocasião.

“Eu estava sozinha em casa e ele começou a relar em mim. Quando ele forçou, eu gritei. Ele disse que se eu contasse para alguém ele ia fazer pior. Eu passei a ter nojo dele. Até a roupa que eu usava no dia – um maiozinho aberto em baixo, que ele abriu – eu queimei. Eu já o perdoei, mas ficou uma mágoa. Eu tenho nojo de homem, não penso em casar. Eu via meu pai mal vestido, de cueca, de toalha e mesmo destampado na cama. Ele não fez nada comigo, ele me respeitava. Meu pai dormia com um porrete da polícia, um punhal, e um revólver no pé da cama. Ele era ruim, mas não foi o pior da minha história.”

O pai de S. se faz presente, mas não como um pai que coloca limite, um pai da lei e sim como um pai abusador. S. se sente invadida, violentada por esse pai que se apresenta sem limites, sem lei, impondo-se através da bebida e de violência física e sexual. S. precisava interpor-se entre os pais para acudir a mãe. Toda a família era objeto de gozo desse pai.

S. relata cenas de sedução que parecem ter tido a consistência de um trauma, de um evento inassimilável, isto é, impossível de simbolizar. Destaca-se daí o significativo nojo, relacionando-se ao pai, ao irmão, aos homens, ao sexo, ao casamento: *“Eu tenho nojo de homem, não penso em casar.”*

S. é evangélica e sua doença é compreendida pelos familiares e vizinhos, como coisa do demônio. Relata o que compreende como revelações aos 13 anos. *“Nunca falei*

para a minha mãe, mas uma vez, eu ouvi uma voz de homem, acompanhada de um hino lindo, dizendo que o que eu tinha não era coisa do demônio. Era uma voz carinhosa e meiga. Acho que era a voz de Deus. Eu fiquei triste e depois é que parei de comer. Agora me acostumei a não comer.”

O quadro alucinatório e a medicação psiquiátrica

Além da alucinação auditiva, S. relata quadro alucinatório com imagens claras desencadeadas sem estar previamente atemorizada. *“Eu tenho muito medo quando anoitece, porque eu vejo lobo preto com olhos de fogo, vejo caveira, vejo homem preto com olhos de fogo sorrindo para mim. Tenho medo do escuro, fico só pensando que minha mãe vai morrer e meus irmãos.”*

Desde o início da sintomatologia, fazia tratamento psiquiátrico e psicoterápico em outra cidade. Fez uso de clomipramina 75 mg e clorpromazina 75mg para a insônia.

Na época da entrevista inicial, estava em uso de amitriptilina 75mg e bromazepan 6mg, sem uma boa adesão ao tratamento. Havia propedêutica clínica inicial que não mostrava causas orgânicas para o quadro relatado.

Diante dos sintomas psiquiátricos descritos, depressão grave e fenômenos psicóticos, foi associada ao antidepressivo tricíclico a risperidona. Posteriormente, esta foi substituída por haloperidol devido a efeitos colaterais. A paciente evoluiu com redução da dosagem sérica de potássio e consequente alteração da repolarização ao eletrocardiograma (ECG). A amitriptilina foi, então, suspensa sendo iniciada a sertralina cuja dose foi aumentada gradativamente.

Em uso da medicação (Haloperidol e sertralina) e planos feitos para uma viagem ao sul do país para uma visita aos avós, S. apresentou melhora do humor, do contato social e das crises de nervosismo: *“Minha cabeça não fica mais agitada, as coisas não vêm mais confusas ou depressa demais.”* Chegando de viagem deu continuidade ao tratamento: *“Meu irmão me falou para eu engordar e ficar bonita que ele vai comprar uma roupa bonita para mim. Estou com 40 Kg, mas não estou importando como peso. Só com o meu rosto. É o danado do espelho. Eu me olho no espelho e me vejo com o rosto deformado, chato, com o olho torto. Tenho vontade de emagrecer de novo e ficar bem magrinha. Sinto ainda um vazio no estomago que dói, mas não tenho vomitado muito.”*

Ainda no processo de ajuste das medicações, S. relatava episódios de alucinação: *“Ontem eu vi o homem sentado na travessa da minha casa. Ele olhava e ria de mim. Parecia que estava debochando de mim. Eu estava jantando e comendo muito e ele ficava rindo de mim. Eu ouvia o riso dele. Não sei o que ele queria de mim. Não ouço mais as vozes me mandando entrar embaixo do carro ou de me cortar. Só ouço a risada dele.”*

No processo de estabilização do quadro psiquiátrico e melhora nutricional evidente, S. foi construindo uma explicação para o seu quadro bulímico. *“Quando a comida começa a ser destruída eu sinto mal. Antes era no estômago, agora acho que quando ela passa do estômago para o intestino, é que sinto muito peso e vomito. Não é mais que eu queira emagrecer, é mesmo a comida que não faz bem.”* Em relação à *“destruição da comida”* explica: *“Sabe quando a comida vai sendo separada, as vitaminas vão para o sangue e as coisas ruins vão para as fezes e urina?”* Chama a atenção neste parágrafo, a concretude do pensamento e da linguagem na construção de uma explicação delirante para a dificuldade de se alimentar. Os fenômenos elementares vão perdendo a sua consistência à medida que ocorre a estabilização do quadro psiquiátrico, a partir da adesão ao uso das medicações, do namoro, casamento e gravidez.

O acompanhamento clínico

O exame clínico permaneceu sem alterações desde o início do tratamento. Mostrava-se desnutrida, mas clinicamente estável. S. apresentou anasarca leve “... *quando a comida estava parando mais no estômago*”. Não apresentou síndrome de recuperação nutricional clássica e, portanto, não houve intervenção medicamentosa. Logo que começou ganhar peso, apresentou piora da distorção da imagem corporal. A mãe cobriu todos os espelhos da casa e S. deixou de utilizá-los por algum tempo, sem queixar-se disso.

Foram realizados: Ultrassom de abdome, endoscopia digestiva alta, tomografia de crânio, hemograma, função renal e hepática, gases arteriais e venosos, ionograma, proteína totais e frações, cinética do ferro, função tireoidiana e prolactina, eletrocardiograma e avaliação neurológica; exceto o potássio, sempre um pouco mais baixo e que precisou ser repostado durante um curto período, os outros resultados apresentaram-se normais.

S. vomitava frequentemente, e mantinha o uso de laxantes em grande quantidade, favorecendo a perda de Na e K.

A estabilização

Após um ano de tratamento, em uso adequado da medicação, S. veio ao ambulatório acompanhado da quem viria a ser sua cunhada. Foi a primeira vez que a mãe não compareceu ao atendimento. “*Estou ótima, a minha vida está muito boa. Estou quase*

namorando. Dentro do ônibus ele (o futuro namorado) ficou me encarando o tempo todo. Minha mãe diz que eu estou bonita porque os meninos olham para mim. Antes, eu queria ser magrinha para ser mimada, agora minha mãe está me deixando sair. Eu não sou mais criança, senão a idade passa e eu não aproveitei nada da minha vida. Os vômitos pararam mais. Há muito tempo não peso não me preocupa mais o peso”. Em relação à menstruação que retorna após três anos de amenorreia; “...estou achando bom porque agora eu posso namorar.”

S. se casa e engravida motivo de muita satisfação para a mãe e a família do marido. Este a acompanhou em vários atendimentos. S. mostrava-se tranquila e feliz. Fez o pré-natal adequadamente e preparou a chegada do filho R. com o apoio da família. Permaneceu sem as medicações durante esse período. A criança nasceu prematura e ficou retida no hospital por alguns dias, sem graves complicações. S. assumiu a maternidade e o aleitamento materno com muito prazer parecendo ter encontrado o seu lugar. Responsabilizou-se pelo acompanhamento do filho e dos cuidados médicos necessários a ele devido a exposição à toxoplasmose durante a gravidez.

As medicações psiquiátricas foram reiniciadas após o segundo mês do parto. Apesar de assumir a responsabilidade como mãe, S. ainda se colocava como objeto dos cuidados agora pela sua mãe e pelo marido. Apresentou alguns episódios de piora do humor, quando então a avó assumia o cuidado do neto.

Há alguns meses, S. mora com o marido e filho; assumiu as tarefas do lar, antes realizadas pela mãe. “O A. é tão bonzinho que entrega todo o dinheiro que recebe na minha mão, eu que controlo o dinheiro da casa.” S. vive bem com A. “Fico com raiva dele só quando ele sai para jogar futebol, mas eu sei que ele gosta. Às vezes, eu fico brava lá em casa e grito, mas depois acabo me arrependendo.” Continua amamentando o filho já com quase dois anos de idade: “... eu fico cansada, ele mama a noite inteira,

agora está dormindo na cama dele, mas eu não aguento o ver chorar, tenho dó e dou o peito.” Continua muito próxima a mãe, mas marca alguma separação: “... *agora é ela que vai lá em casa, não passa um dia sem ver R., pega ele e leva para a casa dela.”*

Observações

A história de S. nos ensina não só pela riqueza e variedade dos sintomas apresentados, mas também pela sua surpreendente evolução em relação à gravidade dos sintomas iniciais. Os sintomas anoréxicos e bulímicos sempre foram secundários para a paciente em relação aos sintomas depressivos e psicóticos; fonte principal de sua angústia. S. deixa isso bem claro: “*Eu não quero engordar agora, só depois que a minha mente se acalmar.*” Apresentou fenômenos elementares e até uma construção delirante em relação aos sintomas alimentares: “*Ontem, eu vi o homem sentado na travessa da minha casa. Ele olhava e ria de mim. Parecia que estava debochando de mim. Eu estava jantando e comendo muito e ele ficava rindo de mim. Eu ouvia o riso dele. Não sei o que ele queria de mim. Não ouço mais as vozes me mandando entrar embaixo do carro ou de me cortar. Só ouço a risada dele. Quando a comida começa a ser destruída eu sinto mal. Antes era no estomago, agora acho que quando ela passa do estomago para o intestino, é que sinto muito peso e vomito. Não é mais que eu queira emagrecer, é mesmo a comida que não faz bem.*” Em relação à “*destruição da comida*” explica: “*Sabe quando a comida vai sendo separada, as vitaminas vão para o sangue e as coisas ruins vão para as fezes e urina?*”

A evolução dos casos nos mostra que o diagnóstico psiquiátrico, e também a compreensão em relação à estrutura psíquica do sujeito só se dá a partir da evolução dos

próprios casos. Por isso, na maioria das vezes, tais definições permanecem em suspenso, até que “algo” na história nos aponte para as possíveis respostas.

Aspectos do caso de S. nos fornecem dados que preenchem critérios de anorexia nervosa inicialmente restritiva e posteriormente purgativa. Os sintomas elementares e a sensação de fragmentação corporal esclareceram-se secundários à depressão grave e afastou a hipótese diagnóstica de uma esquizofrenia como fora aventada anteriormente. A resposta de S. à medicação instituída foi significativa. A evolução do quadro mostrou que após a melhora do humor, S. manteve preservado o nível de consciência, a tenacidade, a vigilância; manteve-se orientada no tempo e espaço, sem alterações do curso, da forma e do conteúdo do pensamento. Recalcati (2003) em *A Clínica do Vazio* contribui com a experiência de suas pacientes esquizofrênicas com sintomas anoréxicos-bulímicos.

“Uma jovem esquizofrênica diagnosticada com anorexia vive a crise bulímica como uma catástrofe. A metamorfose do corpo é real. O corpo se deforma, o ventre se incha, o estômago fica cheio, o rosto se dilata e os olhos sobressaltam. O corpo cheio de comida já não é o corpo do sujeito. O sujeito experimenta uma perda do próprio corpo. É um corpo invadido pelo gozo. O corpo cheio é um corpo estranho: comer, encher-se, engordar equivale a ser despojado do corpo como próprio, do fato de ter um corpo. Em outra paciente, produz alucinações negativas: o sujeito inchado de comida se olha no espelho e se vê sem rosto, em outra o corpo se converte em matéria informe, gelatinosa.”
S. observa seu rosto depois de comer deformado no espelho.”

A estabilização de S. é surpreendente; os sintomas bulímicos e a preocupação com a imagem corporal persistem em maiores ou menores graus de acordo com o seu momento de vida e do uso adequado das medicações psiquiátricas. Em se tratando de uma paciente com estrutura psicótica o que teria operado uma estabilização capaz de tornar S. uma pessoa feliz e realizada, com uma capacidade razoável de lidar com as

convocações do Outro, assumindo inclusive o papel de mulher e mãe? O casamento? A maternidade? Ambos? Ou algo se operou para S. a ponto de ocorrer um deslocamento da holófrase anoréxico-bulímica permitindo que algo do desejo pudesse surgir para o sujeito?

Procura da Poesia
(Carlos Drummond de Andrade)

*Penetra surdamente no reino das palavras.
Lá estão os poemas que esperam ser escritos.
Estão paralisados, mas não há desespero,
Há calma e frescura na superfície intata;
Ei-los sós e mudos, em estado de dicionário.
Convive com teus poemas, antes de escrevê-los.
Tem paciência, se obscuros. Calma, se te provocam.
Espera que cada um se realize e consume
com seu poder da palavra
e seu poder de silêncio.
Não forces o poema a desprender-se do limbo.
Não colhas no chão o poema que se perdeu.
Não adules o poema. Aceita-o
como ele aceitará sua forma definitiva e concentrada no espaço.*

*Chega mais perto e contempla as palavras
Cada uma
tem mil faces secretas sob a face neutra
e te pergunta, sem interesse pela resposta,
pobre ou terrível, que lhe deres:
Trouxeste a chave*

Versos escritos nágua
(Manuel Bandeira)

*Os poucos versos que aí vão,
Em lugar de outros é que os ponho.
Tu que me lêes, deixo ao teu sonho
Imaginar como serão.*

*Neles porás tua tristeza
Ou bem teu júbilo, e talvez,
lhe acharás, tu que me lêes,
Alguma sombra de beleza...*

*Quem os ouviu não os amou.
Meus pobres versos comovidos!
Por isso fiquem esquecidos
Onde o mau vento os atirou.*

Fragmentos da história de K.

Trata-se de K., 24 anos acolhida no Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia após encaminhamento de profissionais que a assistiam em sua cidade de origem. Recebia atenção psiquiátrica e psicoterapêutica há quatro anos devido à restrição alimentar, vômitos auto induzidos, medo intenso de engordar, distorção da imagem corporal, quadro depressivo grave e progressiva desnutrição com comprometimento clínico significativo. K. completou o ensino médio e encontra-se afastada de suas atividades laborais desde o início dos sintomas.

A família

K. relata ter tido uma infância muito sofrida e afirma que sempre fora apegada a sua mãe: *“Ela é tudo para mim... quero me suicidar para minha mãe não me deixar. Prefiro deixar ela antes.* A mãe se divide entre os cuidados com K. e com a própria mãe portadora de doença crônica.

Os pais separaram-se quando K. tinha poucos meses de idade. O irmão mais velho (J.) assumiu o lugar do pai, tornando-se um pai permissivo. K. o respeita e sente-se apoiada e protegida por ele. J. comprou chupetas para K. até os 12 anos de idade e garantia: *quando for a hora dela, ela para de chupar bico.”*

O pai biológico faleceu há pouco mais de um ano. Era alcoolista e agredia toda a família. *“Comia lâmpadas, copos de vidro e a garrafa de pinga. Ele tentou me enforcar*

com meu próprio cabelo, depois disso nunca mais usei cabelos compridos. Afirma que se casou cedo para largar a família “... aquela confusão, meu pai judiando da minha mãe.”

O casamento e o sintoma

K. casou-se aos 15 anos com o seu primeiro namorado M. (oito anos mais velho que ela); após cinco anos de namoro. O casamento aconteceu sem o consentimento da família de K. que ainda hoje não se relaciona bem com M.

A paciente relata preocupações com o corpo e com a alimentação (medo de engordar e períodos de restrição alimentar) desde os 12 anos quando M. a ameaçou dizendo que se ela ficasse gorda como a mãe ele não se casaria com ela. Pouco antes de se casarem, M. terminou o namoro alegando que K. estava gorda. *Fiquei um mês em coma no soro.. Ele era tudo para mim, eu o achava lindo demais, eu nem pensava na possibilidade de não me casar com ele.* Emagreceu nessa ocasião 18 kg. Diante da pressão da família, M. ofereceu-lhe o anel de noivado: *“... eu mal parava em pé, com a aliança no dedo e o suor escorria.”* Chegou a pesar 32 Kg quando ficou grávida da primeira filha. Durante a gravidez de seu segundo e último filho, teve problemas com o crescimento do bebê já que comia muito pouco. *“É mãe, a senhora tem razão, esse menino tem que nascer para ser criado aqui fora.”*

Conta sem muito se implicar, que o marido era bom no início do casamento, mas depois, passou a *“dar-lhe de correia até sangrar as pernas”*. Entra em contradição, ao dizer que na verdade, havia apanhado desde a época do noivado até aos 18-19 anos. Afirma que M. é muito agressivo e ameaça até a mãe dele. *“Essa mulher é uma desgraça na minha vida, quer arrancar de mim até o último tostão.”* Desde a época do namoro, K. obedece ao marido e se sente coagida diante das ameaças de término do relacionamento.

“Fui obedecendo porque não podia perder ele, ele era o homem da minha vida. Ele falou para eu dar graças a Deus porque ele era um bom partido e eu era pobre. Já falou muitas vezes, que vai arranjar um laudo e provar para todo mundo que eu sou doida para tirar de mim os meus meninos”. M. sempre afirma que fez K. enquanto pessoa e mulher: “Ela come qualquer lavagem, vai ficar como a mãe dela; vou ter que comprar um brinco para ela, vou ter que dar um jeito nela, ela é uma jeca.”

M. ficou desempregado por mais de um ano, e foi K. quem pediu emprego para ele. Durante este período K. sustentou a casa com o dinheiro de seu auxílio-doença. Ela cuida das contas, do dinheiro, dos filhos, do serviço doméstico e apesar de queixa-se dessa carga parece precisar dela. *“Ele dá os cheques e depois fala: pode dar um jeito de pagar. Ele quer o celular que eu comprei dele de volta e ainda quer cem reais de arrependimento. Quando o M. sai, eu fico tranquila com os meus meninos.”*

Queixa-se de que o marido não dá carinho a ela e aos filhos. Durante o tratamento saiu de casa por duas vezes com os filhos e passou alguns dias na casa da mãe. Na primeira ocasião, justifica a sua atitude: *“Agora já chega, aguentei muito, vou cuidar da minha vida e dos meus meninos.”* Na segunda, foi fazer companhia à mãe devido ao falecimento da avó. *“Saí de casa com duas sacolas com roupas minhas e dos meninos e o M. e a minha sogra falaram que tinham contratado advogado porque eu tinha abandonado o meu lar.”* Durante a permanência na casa da mãe, K. passa a comer melhor, fica mais feliz e tranquila. Frequentou o clube com as crianças e sentiu-se muito bem com a exposição do seu corpo: *“Eles me perguntavam: com dois filhos e esse*

corpaço?” Voltou para casa após ser convencida pelo marido. “Conversei com M. e voltei para casa, o meu lugar é lá.”

Tem muita dificuldade para se alimentar, *“muita depressão.”* O medo de engordar a desorganiza, *“se eu engordar ,eu morro, sinto mal só de pensar. Não posso melhorar, já que melhorar significa engordar”*. K. insiste que não pode melhorar: *“Se eu melhorar eu morro.”* Vomita depois de tudo o que come. Chega a tomar um quilo de bicarbonato em três dias para vomitar. Usa laxantes, medicações para emagrecer de todos os tipos, além de lavagens intestinais que ela se autoadministra. Afirma-se muito nervosa, tem frequentemente vontade de quebrar tudo. Há alguns meses não está comendo nada, só tomando suco de laranja. Durante a gravidez só alimentou de gelatina, sucos e caldo de batatinha.

Tem mania de limpeza, toma vários banhos ao dia, *“lavando até a alma”*. Gosta de *tudo limpo, menino limpo, casa limpa*. Passa a madrugada sem conseguir dormir arrumando as coisas, e quando termina começa tudo de novo. *“Já pensou o M. chegar para trabalhar todo mal vestido? A minha sogra chegou a fechar o registro para eu não lavar o terreiro..”*

Fala que sua cabeça está toda embolada. Quando interrogada sobre o porquê de tanto sofrimento diz: *“Quero emagrecer, mas não quero, quero melhorar, mas não quero, quero morrer, mas não quero, quero trabalhar, mas tenho medo, minha cabeça é uma confusão, eu não sei o que quero, eu não tenho jeito, viver para que? A vida não tem sentido”*. Mas logo diz que a vida é boa, a família é boa, não tem do que reclamar.

A ambivalência marca o discurso de K. *“Dá um desespero na cabeça, estou me sentindo gorda nesta roupa, quero chegar em casa, pôr uma calça do meu marido, me*

sentir magra dentro da roupa larga. Tomo vários banhos por dia, porque eu sou suja. Meu corpo não é sujo, mas eu sou suja, minha cabeça é suja. Minha cabeça pensa maldades, para mim, não para os outros, não quero mal para as pessoas”. Sente-se agressiva contra ela mesma: “Quero me ver bem por fora, magérrima, mas me matando”. Tem vontade de melhorar da ideia fixa de emagrecer, mas ao mesmo tempo tem medo de engordar. Afirma que não pode melhorar já que melhorar significa engordar. “Se eu engordar eu morro.”

Tem muita vontade de morrer, vontade de fugir, ir embora, mas não sabe para onde. Há períodos, em que não consegue sair de casa, nem mesmo à casa da mãe. Fica muito incomodada com o barulho. Não suporta muita gente falando, as vozes das pessoas doem na sua cabeça. Perde o controle quando falam que ela está melhor, já que estar melhor, é estar gorda. Mostra-se atormentada, sua cabeça e suas ideias são uma confusão. Não entende as diferentes opiniões das pessoas em relação a sua imagem corporal. *“Eu até posso comer alguma coisa, mas ninguém pode saber. A minha cabeça é que é gorda.”* Fala que viver assim é insuportável e em alguns momentos chegou a bater nos filhos. *“Não tenho tido paciência. Se eu tivesse alguém para ficar com os meus filhos eu queria internar.”* E ao mesmo tempo: *Internar eu não aguento, só se for sedada porque eu arranco tudo e saio correndo.* Tem pensado em se matar para acabar com tudo. Já tentou o autoextermínio antes de casar, tomando comprimidos e se enforcando com cinto. *“Se eu deixar a porta da casa aberta, o meu filho vai para a casa da minha sogra”.* Os filhos parecem em alguns momentos fazer limite a esse gozo invasor. *“Eu preciso melhorar para cuidar dos meus filhos.”*

Desde os 16 anos, K. ouve vozes de comando, dizendo que está gorda e que vai morrer de tão gorda. *“Hoje você comeu isto, por que você não suicida logo? suicida! Olha seu neném pela última vez, vai lá e suicida”*. *Por que você não amarra uma corda no pescoço?”* A partir da morte do pai, passou a ouvir a voz dele contrapondo-se à voz ruim da mulher que diz: *- você está gorda, não coma!; ou dizendo para ela saltar da laje sobre os ferros. “A voz do pai me acalma e não deixa eu fazer bobagem.”*

Evolução clínica

K. tem os exames monitorados praticamente toda semana: ionograma, gases venosos, função hepática e dosagens de medicamentos quando necessário. Não apresentou até o momento, distúrbio hidroeletrólítico que necessitasse de reposição iônica oral. Tem mantido o peso em torno de 40 Kg. Iniciou com 45,3 Kg. Mede 161cm. Sempre fez atividade física, não mostra sinais de desnutrição, os músculos são bem desenvolvidos. Foi encaminhada três vezes ao Pronto Atendimento com sinais de infecção do trato urinário, sendo necessário o uso de antibióticos. Ainda, não conseguiu realizar o ultrassom de rins e vias urinárias solicitado. É assistida por um clínico duas vezes por semana. Sente muita fraqueza, períodos de tremores e dores no peito. Tem propedêutica extensa e acompanhamento cardiológico. ECG, ecocardiograma sem alterações. Propedêutica gástrica sem alterações. Aguarda a realização de ultra-som de abdome e tomografia de crânio. Aumento leve de prolactina devido ao uso de neurolépticos. Função tireoidiana sem alterações.

K. não apresenta boa adesão ao uso da medicação psiquiátrica, mas aceita o uso da paroxetina e carbamazepina. Não se adaptou à risperidona, trifluoperazina e ziprazidona. Atualmente, está em uso de olanzapina 10mg/dia. Relata dificuldade para

usar os neurolépticos porque estes lhe causam muito sono. Já chegou a dormir quase 20 horas após o uso da risperidona em dose baixa. O marido trabalha à noite e K. fica sozinha com as crianças. O seu filho menor tem asma brônquica e esporadicamente fica internado. Nesse período, não usa a medicação prescrita. *“Se eu dormir, quem vai cuidar deles.”*

Observações

K. traz em sua história aspectos preocupantes. Preenche os critérios psiquiátricos para anorexia nervosa do tipo purgativo. Clinicamente, permanece estável, mas com grave potencial para distúrbios hidroeletrólíticos com repercussões cardíacas fatais. Durante o período de acompanhamento psiquiátrico, psicoterápico e clínico apresentou pouca melhora dos sintomas bulímicos. A série de sintomas obsessivos compulsivos tem a função, assim como os vômitos, de acalmá-la, promovendo um esvaziamento de gozo. Atualmente, está um pouco mais organizada, mas os sintomas alimentares restritivos e bulímicos permanecem intensos e frequentes. K. não aponta algo que faça limite a esse gozo invasor. A fixidez, a concretude dos sintomas, assim como a ambivalência em seu discurso, aponta para uma estrutura psicótica. Para K. não há saída, sem o seu sintoma só lhe resta a morte. As vozes que escuta teriam o estatuto de fenômenos elementares? *“Hoje você comeu isto, por que você não suicida logo? suicida! Olha seu neném pela última vez, vai lá e suicida”. Por que você não amarra uma corda no pescoço?”* A partir da morte do pai, passou a ouvir a voz dele contrapondo-se à voz ruim da mulher que diz: *- você está gorda, não coma!; ou dizendo para ela saltar da lage sobre os ferros. “A voz do pai me acalma e não deixa eu fazer bobagem.”*

Recalcati (2003) aponta a função do sintoma na tentativa de fazer existir o nome do pai em pacientes anoréxicos-bulímicos com estrutura psicótica:

“Conservação da unidade imaginária ameaçada pela sensação de fragmentação do corpo causada pela sua deformação real provada pela assimilação da comida. O vômito promove uma espécie de barreira em relação ao Outro maligno que se apresenta imaginariamente em perseguição objeto-comida.”

É uma tentativa de fazer existir o nome do pai, mas esse se faz no real e não no simbólico. K. diz que não pode melhorar já que isso seria a sua morte. *“Se eu engordar, eu morro, sinto mal só de pensar. Não posso melhorar, já que melhorar significa engordar”*. *Se eu melhorar eu morro*. Recalcati (2004) escreve sobre o sintoma que garante a unidade de um corpo fragmentado, do corpo com uma falha narcísica.

“Emagrecer, manter-se magro, vomitar, é uma forma de recuperar o próprio corpo. É a função do osso (do esqueleto) na anoréxica psicótica. O aparecimento do osso no espelho restabelece a relação de propriedade do sujeito em relação ao corpo. A anorexia é aqui uma modalidade de tratamento do vazio, um tratamento do risco da dissolução da imagem do corpo. O osso é a vestimenta que oferece a identidade do corpo. Nessa ideia delirante, o osso preserva o sentimento de vida do sujeito ao ponto de tranquilizá-lo sobre o fato de ter um corpo próprio. É um modo de costurar a fragmentação da imagem corporal; o osso é o objeto que vem ocupar o lugar da imagem do corpo, onde nesta substituição o sujeito realiza não uma perda de si mesmo, e sim um reencontro. Nessa lógica, o corpo magro não corresponde e ter um falo e sim em ter um corpo. Graças ao corpo, o sujeito sobrevive à catástrofe da fragmentação. A permanência da

imagem narcísica não é obtida através do Outro. O osso proporciona à personalidade uma nova imagem narcísica, uma nova imagem do corpo que ocupar o lugar de vazio do sujeito.”

Ainda Recalcati:

“A contemplação do esqueleto na anorexia psicótica serve para reabsorver a despersonalização e nesse sentido não existe muita diferença com os comportamentos auto-lesivos de certos psicóticos que, para conter a sensação de irrealidade e dissolução do mundo, se auto lesionam. Buscam assim, encontrar um ponto firme e uma certeza e sentido em relação à realidade das coisas. O sintoma tem a função de promover a unidade do sujeito.”

Outra contribuição do caso pode ser destacada em relação aos vômitos. K. não consegue ficar sem vomitar. Isso acontece independente de comer ou não comer. Recalcati (2003) nos traz o seguinte trecho:

“O vômito funciona como uma espécie de manobra que permite introduzir um limite ao gozo – consiste em uma exteriorização do gozo, um esvaziamento do corpo – também não assume os caracteres de uma suplência significativa e permanece no nível elementar de uma prática. É o uso do corpo como instrumento para diferenciar o interno do externo, o bom do mal, o sujeito do objeto. O vômito funciona com um dique de contenção do gozo. Engordar pode ser uma experiência catastrófica para o anorético, uma experiência de extravio do seu próprio corpo que em algumas ocasiões pode chegar ao limite de uma verdadeira despersonalização dismorfóbica. O corpo gordo não é percebido como o corpo do sujeito, a imagem do corpo deixa de ser a imagem do sujeito no sentido em que a imagem do corpo passa a ser um imagem alheia. O vômito então, pode ser uma tentativa de fazer um ponto de fixação dessa imagem.”

A vertente Médica e Psicanalítica do Sintoma

Freud (1916-1976) ao escrever *Os caminhos da formação dos sintomas* em 1916, define o sintoma psíquico.

“Os sintomas – e naturalmente, agora estamos tratando de sintomas psíquicos (ou psicogênicos) e de doença psíquica – são atos, prejudiciais, ou pelo menos, inúteis à vida da pessoa, que por vez deles se queixa como sendo indesejados e causadores de desprazer ou sofrimento. O principal dano que causam reside no dispêndio mental que acarretam, e no dispêndio adicional que se torna necessário para se lutar contra eles. Onde existe extensa formação de sintomas, esses dois tipos de dispêndio podem resultara em extraordinário empobrecimento da pessoa no que se refere à energia mental que lhe permanece disponível, e com isso, na paralisação da pessoa para todas as tarefas importantes da vida.”

O sintoma na medicina, no entanto, tem sentido diferente daquele de outros campos do conhecimento como a psicanálise.

A semiologia médica, disciplina que estuda os sinais e sintomas das doenças marca a diferença entre sinal e sintoma. Os sinais são manifestações objetivas das doenças e podem ser detectados por diversos meios, inclusive ser até quantificados por métodos propedêuticos. Os sintomas são distúrbios objetivos relatados pelo paciente, dos quais o médico toma conhecimento pela anamnese. Ferreira e Pimenta e Filho (2003) esclarecem bem a que compete o sintoma na medicina:

“Na medicina, o sintoma é dotado de sentido, mas compete ao médico dar a sua significação, deve ser decifrado, portanto, como sendo ou não sinal de uma doença. Na

medicina, o sintoma significa algo que não vai bem, algo de anormal e bizarro, uma alteração de função ou alerta de doença, alguma maneira de o paciente se perceber com um possível doente. O médico deverá definir aquilo que é objetivo do que é fantasia, ou pelo menos filtrar as queixas subjetivas indicativas de doença orgânica. Dessa maneira, o médico deve procurar no sintoma, como queixa, como manifestação subjetiva, como percepção do paciente, a possibilidade de sua objetivação. Compete ao médico discriminar se o sintoma tem como significado uma doença.”

O sintoma médico, clínico, refere-se ao campo dos fenômenos observáveis. É a clínica do olhar. Um olhar sobre a cena. A dor física ou o funcionamento inadequado de um órgão apontam para um diagnóstico, seu prognóstico e tratamento; uma intervenção medicamentosa. Os sintomas serão classificados, nomeados a partir de um saber universal, científico; e o caso e sua condução se estabelecem a partir da similaridade dos dados encontrados no caso e o saber bem estabelecido na literatura. Assim se dá o ato médico. Para a condução do sintoma médico, basta uma demanda terapêutica. Busca-se o alívio do sofrimento causado pelo sintoma. A cura do seu sintoma.

Ferreira e Pimenta e Filho (2003) ao discorrer sobre o paradigma médico e o sintoma, mostram como a evolução da medicina pré-científica até a medicina tecnológica do séc. XX; contribuiu para o distanciamento dos conceitos de doença e moléstia, com a consequente banalização da relação médico paciente.

“Por doença se entende um evento biológico caracterizado por alterações anatômica, fisiológicas ou bioquímicas, isoladas ou associadas. Há anormalidade na estrutura ou função de parte do corpo ou sistema do organismo, e sua presença pode ser ou não reconhecida por métodos clínicos. Já por moléstia se compreende um fenômeno humano, mas não obrigatoriamente biológico, correspondendo à experiência do ser humano com a enfermidade,

ou seja, a um conjunto de desconfortos ou distúrbios físicos ou psicológicos. Assim, a moléstia representa reações pessoais, interpessoais e culturais à doença ou ao desconforto. O uso do termo moléstia, portanto pode ser preferível, pois as manifestações biológicas de uma doença são particulares a cada pessoa. O médico deve diagnosticar e tratar não apenas a doença, mas estar atento e saber conduzir as demandas da moléstia do paciente.”

O que um paciente demanda quando procura em médico? Beneti em seu texto “A amputação negada”, traz exemplo esclarecedor da prática médica. “Me lembro das palavras do clínico: “O Dr.M. é um desafio...” A onipotência médica com relação à cura. Curar a qualquer preço. Curar o incurável, o que não tem jeito. Fazer aparecer a vida no lugar da morte. È o furor curandi.”

Barreto (2010) em “O corpo na psicossomática” aponta aspectos interessantes em relação à demanda de um paciente ao procurar um médico mostrando que nem sempre o que se demanda é o que se deseja, e nesse momento o singular do sujeito aparece na cena:

“Lacan observa que nem sempre o que o paciente demanda do médico é a cura. Às vezes ele desafia o médico a retirá-lo de sua condição de enfermo – o que implica estar ligado á ideia de conservá-la. Outras vezes, demanda do medico que o autentique como enfermo. Ou ainda, demanda que lhe preserve em sua enfermidade. Além do mais, não é necessário ser psicanalista, sequer médico para saber que quando alguém demanda algo isso não é idêntico e às vezes é inclusive diametralmente oposto aquilo que se deseja”.

Na situação particular da anoréxica, habitualmente essa não demanda o atendimento médico até que seu sintoma lhe traga algum mal-estar, ou prejuízo. Nos

casos apresentados, a anorexia para muitos pacientes representa um nome, um fim, uma certeza. Ficar sem comer não seria um problema, mas sim um desafio, um enfrentamento e até uma resposta. Em alguns casos pode ser considerada uma solução. A angústia, em geral, será dos pais e das pessoas próximas, convocados pelo olhar do horror, do corpo desvitalizado. No momento em que a anorexia fracassa ou pelo mal estar físico ou por não conseguir corresponder à convocação do Outro, a anoréxica então, pode procurar ajuda. Ao buscar o médico, ela traz seu fracasso, seu desespero, pois perdeu o autocontrole do peso. Persiste a obsessão pelo corpo magro e traz a demanda de manter-se magra. A ajuda que busca é para emagrecer! Responder à anoréxica ou à bulímica somente em relação ganho de peso é desconsiderar o que o sintoma dessas pacientes tem a dizer. O sintoma pode, então, passar a se apresentar em sua vertente de enigma, uma leitura de outra cena, paradigma da psicanálise. A suposição de saber é possível ao existir uma transferência bem estabelecida. O deslocamento do sintoma do qual alguém se queixa para um sintoma do qual se quer saber, pode resultar de uma manobra na transferência, e resultar de um tratamento preliminar.

No entanto, não se trata de desconsiderar o campo de ação médica. As intervenções médicas urgem e são necessárias, mas insuficientes para a condução do tratamento do sujeito. As pacientes sinalizam: é preciso ir além da identificação do fenômeno do sintoma. A medicina com frequência oferece a possibilidade de salvar a vida dessas pacientes, mas é preciso entender que desde o início é preciso escutá-las, criar espaço para que algo surja no campo da subjetividade. Esta tarefa pode ser iniciada pelo próprio médico, mas esse deve estar ciente, que a questão central está em outro espaço e, na condução do tratamento, um deslocamento será necessário.

A clínica psiquiátrica faz avaliação da cena. Usando a linguagem do paciente, classifica sua doença a partir de um saber universal e conhecido, objetivando o tratamento através dos psicofármacos. Promove o alívio do sofrimento causado pelo quadro clínico, mas não considera o sujeito que fala ou goza através do seu sintoma.

Ferreira e Pimenta Filho (2003) dão ênfase à entrada da psiquiatria na era da medicina tecnológica. Segundo esses autores, a descoberta dos psicofármacos a partir da década de 50, deu à psiquiatria a chance de ingressar na era científica, sendo a partir daí reelaborada. O sintoma psíquico passa a ser igualado ao sintoma médico comum; um sintoma cujo objetivo é a sua eliminação. Essa mudança de rumo vai contra o trabalho freudiano que com os seus conceitos de recalque, inconsciente e pulsões, elabora a teoria psicanalítica com o objetivo de responder aos enigmas dos sintomas neuróticos. A partir daí, cito os autores:

“A psiquiatria vende a sua alma ao diabo da ciência, a fim de obter o seu status de especialidade médica. Os quadros clínicos são agrupados em transtornos, para os quais existem basicamente um antidepressivo e/ou ansiolítico, e a observação clínica acurada de cada paciente é, muitas vezes, dispensável. Não há especificidade nos casos clínicos, e não dá valor à singularidade e à subjetividade.”

Os casos descritos mostram a dificuldade de precisar o diagnóstico psiquiátrico em alguns pacientes. O que não pode ser classificado? Pacientes com três ou quatro diagnósticos simultâneos e que não se relacionam? Freud (conferência XXIII) já alertava que as manifestações sintomáticas dos neuróticos variavam ao longo da vida. Além do mais, o singular do sintoma é inclassificável. O sujeito é inclassificável. O diagnóstico psiquiátrico nomeia, localiza, responde a um saber científico, mas algo sempre escapa...

Por outro lado, a própria classificação psiquiátrica se questiona, apontando para algo além olhar médico. O DSM IV questiona a necessidade da amenorreia para o diagnóstico da anorexia. Uma paciente apresenta em sua fenomenologia: distorção da imagem corporal, peso corporal inferior a 85% do peso esperado, medo intenso de engordar, recusa em perceber a sua desnutrição e ainda assim, não seria classificada como anoréxica por não apresentar ausência de ciclos menstruais por três meses consecutivos? A psiquiatria, quando menos subordinada aos diagnósticos padronizados, poderia contribuir para o tratamento dirigido ao caso em suas particularidades e não à doença, para a qual muitas vezes o médico, na condução, fica subordinado a protocolos, tratando a doença e suas co-morbidades e não a pacientes com quadros clínicos complexos e que não se subordinam aos manuais de diagnóstico estatístico. Além disso, o diagnóstico psiquiátrico se enriqueceria, utilizando a contribuição da psicanálise no esforço de fazer o diagnóstico estrutural - neurose, psicose, perversão - e perceber quadros de psicose não desencadeados. Os casos relatados neste trabalho exemplificam essa experiência na condução do tratamento.

O sintoma para a psicanálise não fica subordinado à fenomenologia clínica, serve de ponto de partida para colocar o paciente para produzir algo novo, para ir à busca de sua verdade, para transformar aquilo que sente em enigma; portanto, vai além de uma demanda de cura, de alívio. O simples apagamento do sintoma elimina o “*tempo de elaborar*” e o conflito inconsciente irá retornar com outras vestimentas; outras formas de apresentação do sintoma. O sintoma em sua vertente psicanalítica tem o caráter de enigma. O trabalho psicanalítico indica ao sujeito uma direção. O paciente pode querer saber o porquê de sua dor e de sua angústia. Haveria então, uma suposição de que a

sintomatologia quer dizer alguma coisa. A partir do sofrimento, o sujeito poderá produzir algo construindo muitas vezes suas saídas.

A escuta psicanalítica e a construção do caso clínico, permitem a procura de sentido dos sintomas apresentados pelos pacientes, ou um trabalho a partir do gozo do sintoma. A partir da transferência e da fala pode-se perceber que em um trabalho de sentido, os significantes fazem série, substituem-se e se repetem constituindo então, uma história passível da intervenção do analista e de mudanças na posição subjetiva do paciente. É preciso permitir à anoréxica que ela traduza em palavras o que coloca em ato, e à bulímica reconstruir a fantasia que subtende a seus sintomas. O sintoma considerado pelos médicos não é um sintoma analítico, para que esse surja é preciso que o sujeito não só se queixe, mas que se implique com o sintoma e se enderece a um suposto saber na procura de uma saída.

Um paciente que traga sintomas, não somente relacionados ao ganho de peso, fazendo uso de medidas purgativas, apresentando restrições alimentares ou ainda uma fobia social, seria portador de três ou mais entidades clínicas distintas, ou esses sintomas apontariam para um núcleo central de sua estrutura psíquica? A condução dos casos a partir de uma escuta psicanalítica faz pensar que entre um nome e outro dado pela CID 10 ou o DSM IV, há algo que escapa à nomeação, que não se encaixa nas regras estabelecidas, algo que é novo e surpreendente em cada caso e que aponta para singularidade do sujeito.

É a partir da escuta dos fragmentos de casos apresentados que se pode desvelar a subjetividade relacionada aos fenômenos clínicos, tornando-se assim possível a

decifração do sintoma em sua significação inconsciente. O inconsciente aqui entendido como um saber que não se sabe.

A partir da escuta psicanalítica, é possível perceber a singularidade de cada caso. Os casos mesmo fazendo tipo, mesmo constituindo séries (anorexia, bulimia, toxicomania, depressão), vão mostrar sua singularidade e como cada um deve ser abordado a partir daí. Somente o próprio sujeito pode construir suas saídas; cabe à psicanálise o desejo na condução do tratamento, objetivando efeitos e permitindo condições de elaboração das saídas para o sujeito. Cito Ferreira e Pimenta Filho (2003):

“Os médicos que nos primeiros tempos da psicanálise eram sua maioria, deixam para os não médicos a ocupação deste campo, dando mostras da não compreensão da especificidade do mesmo e criando um fosso cada vez maior entre os espaços científico e psicanalítico. Nesta dificuldade de confrontação e intercâmbio, o discurso capitalista se aproveita para negar a especificidade entre o campo médico e o campo psicanalítico. Oferta-se uma solução pseudo-científica ao tentar equivaler as sintomatologias específicas a cada um dos campos. Assim, tenta-se amordaçar a dimensão inconsciente de uma mensagem. A proposta cientificista, mais uma vez coloca uma camisa-de-força nas doenças da alma, desta vez de forma tecnológica e sofisticada. Cabe à psicanálise o papel de marcar bem a especificidade da causalidade psíquica, descoberta por Freud e acentuada por Lacan ao postular a tese do inconsciente estruturado como linguagem.”

“H é ótima. Estou com anorexia. Meu problema é com o meu peso... Acho que não estou bem, sempre quero mais. Não consigo dar as respostas... Nada era como eu pensava... A única coisa que ainda faço por mim é ficar sem comer. Eu sempre me sinto avaliada pelo outro. Todas as vezes que fico com um menino, acho que estou fazendo alguma coisa errada... Até para morrer eu sou incapaz... Vocês não me deixam fazer

nada que eu quero. Não quero ter que responder nada, não quero correr risco nenhum... Vocês não me escutam... A resposta está dentro de mim”.

Esse fragmento ilustra bem a construção do sintoma anoréxico na paciente H. e mostra como a atenção ao sintoma em suas vertentes do olhar e da escuta são importantes para a condução e a construção de um quadro clínico tão complexo e com necessidades variadas de intervenções.

Durante a leitura dos casos, pode-se verificar o quão frequente se fez o uso de psicofármacos. Interessante seria esclarecer que a escolha e o momento de início de tais medicamentos basearam-se não só na fenomenologia psiquiátrica, mas também no entendimento do uso dos neurolépticos para contenção de gozo, quando não é possível a ação do significante e o sintoma não é tocado pela interpretação; como é corroborado pela psicanálise. O gozo nesse caso pode ser entendido como algo que escapa a ação dos significantes, algo que não pode ser nomeado.

Barreto (2002) em seu texto - A monocultura e a paisagem - esclarece bem essa questão:

“Voltarei, agora á pergunta: Haveria lugar para o psicofármaco no contexto de um tratamento psicanalítico? Eu daria como resposta sim, deixando bem claro: é radicalmente diferente o lugar ou a função do psicofármaco num tratamento psicanalítico e num tratamento psiquiátrico de orientação biológica. No último, como foi exposto, o medicamento visa a redução ou eliminação dos sintomas, buscando a adaptação ou a conformidade social. Por outro lado, um emprego possível do psicofármaco, que estaria coerente com a perspectiva psicanalítica, visaria seus efeitos não sobre os sintomas, mas sobre o gozo. O psicofármaco estaria a serviço, então, de

certa regulação ou de certo tempero do gozo, operação essa de algum modo impossibilitada de ser efetivada pela via do significante. E, o que é mais importante seria uma intervenção sob a ética da psicanálise, buscando a autenticidade do sujeito.”

A ação do psicofármaco em momentos de extrema angústia, quando a palavra não tem lugar, possibilita a ação médica, psiquiátrica e psicanalítica. Fragmentos do caso V. ilustram o efeito da construção do caso clínico.

S. procurou o NIAB, a partir de sua sintomatologia alimentar, mas verificou-se que esses sintomas eram secundários a um sofrimento psíquico muito mais amplo. Preocupava-se com o peso e com a imagem corporal, mas deixou bem claro o que mais lhe afligia: *“Eu não quero engordar agora, só depois que a minha mente se acalmar.”* Assim aconteceu depois que houve uma contenção dos sintomas psiquiátricos, os sintomas bulímicos perderam a consistência e S. voltou a investir libidinalmente em seu corpo. Ganhou peso e passou a apresentar-se feminina.

Após um ano de tratamento, em uso adequado da medicação, S. vem acompanhada da que viria a ser sua cunhada. Foi a primeira vez em que a mãe não compareceu ao atendimento. *“Estou ótima, a minha vida está muito boa. Estou quase namorando. Dentro do ônibus ele (o futuro namorado) ficou me encarando o tempo todo. Minha mãe diz que eu estou bonita porque os meninos olham para mim. Antes eu queria ser magrinha para ser mimada, agora minha mãe está me deixando sair. Eu não sou mais criança, senão a idade passa e eu não aproveitei nada da minha vida. Os vômitos pararam mais. Há muito tempo não me preocupo mais com o peso”*. Em relação à menstruação que retorna após três anos de amenorreia; *“...estou achando bom porque agora eu posso namorar.”*

Menard (2002) em seu texto Novos sintomas da oralidade pontua a diferença de paradigmas:

“Com Freud e Lacan nós afirmaremos que não se trata de uma disfunção nutricional a retificar por uma reeducação, como se esses distúrbios estivessem ligados a uma desregulação das necessidades, mas antes o contrário, no campo da palavra e da linguagem, da expressão de um desejo inconfesso e de uma forma original de gozo”.

O Universal dos Transtornos Alimentares e o singular de Sujeitos com sintomas de Anorexia e Bulimia

“A anorexia é uma patologia sedutora. Na sociedade da opulência e do excesso, essas mulheres se mantêm com nada.”(Epidemia de TCA: mito ou realidade?)

O termo anorexia tem sido extensamente utilizado e ultrapassando o campo da nosologia diagnóstica faz parte hoje do discurso popular. A partir de 1960, assiste-se a uma divulgação do fenômeno que deixa de ser raridade para se tornar enfermidade comum, passando a receber a atenção nos sistemas públicos em diversos países (Silber e Lenoir 2006). Observa-se a multiplicação dos estudos, publicações e investigações que tratam da origem, prognóstico, epidemiologia e a busca de tratamentos mais adequados. A medicina vai se fundamentando na neurobiologia com a procura dos neurotransmissores implicados, o papel da dieta no início da enfermidade, qual a influencia da sociedade, fenômenos desencadeantes, o papel da família, terapêuticas promissoras etc.

O conceito médico clínico e psiquiátrico da anorexia nervosa é de uma doença onde há um transtorno alimentar e distorção da imagem corporal, com rejeição ao alimento como principal consequência clínica do transtorno; podendo colocar a vida do paciente em risco. (Ver texto Anorexia e Bulimia para além do quadro clínico). Esse enfoque incorre em uma condução clínica insuficiente, onde o restabelecimento da saúde está centrado no ganho de peso, na reeducação alimentar. Contrariamente ao uso universal e banalizado do conceito, além da pluralidade de “técnicas” de tratamento desse chamado “transtorno alimentar”, a medicina busca soluções para o desconhecimento da

razão etiológica desse quadro em questões como: Contexto social da moda, ideais de beleza feminina, o papel social da mulher. Compondo um pano de fundo para o estabelecimento da anorexia e bulimia, mas que são insuficientes para explicá-las.

A anorexia nervosa caracteriza-se por uma alteração da conduta alimentar que encobre uma questão psíquica. Há algo além... Há algo de cada sujeito que se faz “fisar” por alguns desses significantes com consequente fixação do sintoma. O que a anoréxica quer dizer quando se nega a comer? Há algum direcionamento desse sintoma? Será que a questão da comida e do corpo são as questões centrais na problemática trazida aos consultórios?

Não se trata disso... Não se trata de comida... Há algo mais... e que precisa ser desvelado.

Ferreira (2003), traz sua experiência clínica:

“Uma clínica que procure se aproximar das questões subjetivas do paciente poderia afirmar que a anorexia nervosa e a bulimia nervosa não constituem fundamentalmente um transtorno alimentar – Não se trata disso- há um profundo mal-entendido, estas são apenas expressões sintomáticas. Esses quadros clínicos são expressões sintomáticas em resposta a conflitos psíquico, são formas de defesa do sujeito frente a situações insuportáveis.”

Como cuidar de um paciente com um sintoma que elege como cenário o corpo, que é capaz de levá-lo à morte e que não pode se restringir somente a uma explicação biológica? É preciso ir além do biológico, além da medicina puramente biológica para saber o que quer dizer esse não, esse culto ao nada.

É desse além que a psicanálise se ocupa, trazendo no caso a caso a possibilidade do sujeito elaborar algo a partir do que chama de sintoma anoréxico e bulímico. O que o sujeito quer dizer com sua anorexia? Segundo Lacan (1995), há apagamento total do desejo do sujeito na medida em que se situam os sintomas anoréxicos e bulímicos no campo da necessidade, ou seja, no campo do alimento enquanto tal.

A medicina e a psicanálise são parceiras no tratamento de pacientes com sintomas anoréxicos e bulímicos. Entretanto, se fundamentam em paradigmas específicos, o que determina uma relação transferencial muito particular em cada um dos casos. A medicina responde a partir da clínica do olhar e a psicanálise pode proporcionar o advir do sujeito através da clínica da escuta.

Através dos fragmentos dos casos clínicos apresentados, pode-se verificar que à medida que se escuta o paciente além do fenômeno clínico: a rejeição ao alimento, a distorção da imagem corporal; o sintoma encobre uma série de vivências psíquicas. Vivências essas relacionadas à escolha do próprio sintoma.

Miller (2006), em “O rouxinol de Lacan”, discorre sobre o aspecto universal e singular do sintoma. Miller afirma que o generalizável, o universal, isto é, a classificação dos pacientes em categorias diagnósticas como o faz o DSM IV ou o CID 10 parece não dar conta do fenômeno. A prática do diagnóstico médico tem inerente a ela a ideia de que o indivíduo é um exemplar de uma classe. Cito o autor:

“Precisamente por esta razão a prática do diagnóstico repugna, digamos assim, ao individualismo contemporâneo. O indivíduo contemporâneo resiste à ideia de tornar-se apenas um exemplar e, todas as vezes que lhe colocamos uma classificação, a resposta é: não, sou apenas eu, não sou um número, não sou um exemplar”.

A consideração clínica implica que o caso se ponha em série com os paradigmas admitidos, em uma determinada comunidade epistêmica. Neste sentido, não pode escapar à confrontação com certa generalização, com algo que está do lado do universal, estando o caso do lado do particular. Particularidade essa, que em psicanálise só se obtém pela via do singular, que por sua vez, só se torna possível através da escuta.

A psicanálise não se furta ao diagnóstico diferencial ou de alguns tipos de classificação, como por exemplo; as estruturas clínicas (neurose, psicose, perversão) e certas particularidades inerentes a elas. Há aí um eixo teórico, uma comunidade epistêmica. A diferença para a prática científica se dá quando se propõe através da clínica do particular, do singular, um mais além dessa teoria. Essa condição de atravessamento do eixo teórico se faz servindo-se dele em cada caso. Não cabe dizer que um caso se aplica à regra, mas trabalha-se com a aplicação de uma regra ao caso.

A experiência clínica, a repetição de aspectos teóricos em cada caso, determinados pelo que há de mais singular em cada paciente, traz a solução para esse impasse próprio da psicanálise como saber e garantir que a particularidade não seja sem valor científico, pelo contrário, que ela tenha um valor paradigmático.

A proposta de uma classificação com critérios gerais possibilita dados globais do problema, o diagnóstico, um nome, mas não acrescenta nada sobre o novo, a singularidade de cada caso. O que difere uma anorexia de outra anorexia? O sintoma cumpre sempre o mesmo papel para cada paciente? Há algo singular em cada caso que orienta a condução do tratamento. A psicanálise propõe uma clínica do detalhe, do um por um, do singular. Ao se desvelar o envoltório universal do sintoma, encontramos uma

história particular. A escuta do sujeito do inconsciente, permite a compreensão do sentido do sintoma para cada indivíduo; sua singularidade, sua verdade que o difere um do outro.

Os casos apresentados ilustram a singularidade do sujeito: H. traz o seu sintoma como a única escolha que aponta um sentido contrário à série de repetições que marcam a sua vida. A única forma de se fazer existir sem se devastar. K. não pode melhorar, as pessoas não podem perceber que ela melhorou. R. usa o seu sintoma na tentativa de fazer uma barreira á sua mãe devastadora. Para S. o sintoma foi o seu nome próprio e parece ter a estabilizado psiquicamente impedindo um desencadeamento psicótico.

A compreensão e a condução dos casos como transtornos alimentares cria para eles uma identificação, uma classificação, que fixa o sintoma e exclui o sujeito e a sua singularidade. Milller (2003) define sujeito ao efeito que desloca, sem parada, o indivíduo da espécie, o particular do universal e o caso da regra. Daí a surpresa do caso a caso. A ausência de regras e condutas pré-determinadas e a transferência que torna o trabalho possível. A prática e o acompanhamento dos casos pode mostrar que não se trata de fazer as pacientes comer ou pelo menos que não é esse o eixo da condução do tratamento. Não é isso que elas desejam. Algumas vezes é isto que elas demandam, mas não é isto que se desvela como seu desejo: N. diz claramente que “necessitava de um tratamento mais humano”, depois de ter frequentado inúmeros especialistas. N. explicita que há algo além do orgânico que deve ser considerado e é disso que se trata.

Barreto (2002) no texto, “Monocultura e Paisagem”, esclarece a contribuição da psicanálise:

“Se a psiquiatria trata a doença, a psicanálise trata o sujeito. Ponto que, já no início, marca a diferença radical da direção do tratamento. Por maior que seja a identificação de um sujeito deprimido a outro sujeito deprimido, prevalece basicamente a diferença”. Por mais

semelhantes que sejam os vômitos, o uso de laxantes, as estratégias para enganar o outro quando se decide não comer, prevalece a diferença.”

Continua Barreto (2002):

“A psicanálise também parte do sintoma, do sofrimento do sintoma. Mas, não basta que o sujeito queira o alívio para o sofrimento, por meio do levantamento do sintoma, não basta a demanda terapêutica, que seria suficiente para um tratamento psiquiátrico ou para uma psicoterapia. A demanda analítica exige mais: implica querer tratar o sintoma não só pela vertente do sofrimento como pela vertente do enigma, ou seja, um querer saber sobre o enigma do sintoma.”

Ao buscar o enigma sobre o sintoma, afastamos do automatismo do sintoma e apontamos para o ponto sujeito do indivíduo, como se refere Miller (2003). Para este, a prática diz respeito ao fato que cada caso requer ao ato de julgar, utilizando categorias universais em um caso particular, ou seja, não é aplicar uma regra ao caso, e sim ver se uma regra se aplica. Esse julgamento é um ato que não pode ser universalizado. “Há sintomas típicos, porém mesmo tendo a mesma forma, cada um deles é particular e peculiar, o sentido de um mesmo sintoma em diversos sujeitos é diferente. O sintoma seria a regra própria de distribuição da libido de cada sujeito”.

Pode-se ver na clínica o sofrimento psíquico, fonte de grande angústia e uma história que se desvela a partir do sintoma como enigma. Pensar nessas patologias colocando ênfase na sua condição de sintoma que encobre algo que pode ser desvelado, ou ainda melhor, que permite um trabalho psíquico e não como entidades psicopatológicas como o que propõe a CiD 10 e o DSM IV, com suas categorias de síndromes ou transtornos, possibilita-nos pensar além do universal, do que categoriza o

indivíduo e exclui o sujeito. O médico responde, trata e medica; o analista marca o enigma. Descolar o paciente desse significante da anorexia e/ou bulimia à posição subjetiva possibilita a produção de uma possível demanda de análise e um deslocamento de sintomas tão mortíferos.

Recalcati(2004) traz a seguinte contribuição: Na clínica psicanalítica, cada caso deve ser tomado como se fosse o primeiro. Desse modo se sublinha a importância absoluta da subjetividade individual – não universalizável do paciente. Nesse sentido, um diagnóstico de anorexia mental não existe em sentido estrito porque a clínica psicanalítica se funda no particular do sujeito e não no universal-genérico (na generalização estatístico-descritiva do DSM-IV). Trata-se de individualizar a partir da série monótona e genérica com a qual se manifesta o fenômeno anoréxico-bulímico (as anoréxico-bulímicas se apresentam com fenômenos que fazem série: as histórias, os rituais, as obsessões, as angustias, as relações com os outros tendem a produzirem-se uniformes), uma diferenciação no nível da estrutura psíquica.

Anorexia/bulimia e o Inconsciente

Freud (1969), em 1910, dizia do poder da sugestão e afirma que sem o conceito de inconsciente não é possível à compreensão de uma ideia auto sugerida tornar-se realidade. “Os psicopatologistas chegaram à conclusão de que não podem evitar trabalhar com elementos tais como processos psíquicos inconscientes, ideias inconscientes e assim por diante”. Ao discorrer sobre a cegueira histérica em seu texto – A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão, Freud, deixa claro que o paciente fica cego não em consequência de uma ideia auto sugestiva de que ele não pode ver, mas sim como resultado de uma dissociação entre os processos inconscientes e conscientes no ato de ver. Sendo assim, a ideia de não enxergar é bem fundada na sua condição psíquica e não a sua causa.

Freud dizia da importância da fantasia para a constituição dos sintomas e da tendência do desejo de uma forma ou de outra encontrar a sua satisfação. “O ego humano, como sabem, é pela pressão da necessidade externa, educado lentamente no sentido de avaliar a realidade e de obedecer ao princípio de realidade, no decorrer desse processo, é obrigado a renunciar, temporária ou permanentemente, a uma variedade de objetos e de fins aos quais está colada sua busca de prazer (princípio do prazer). Todo desejo tende dentro de pouco tempo, a afigurar-se em sua própria realização, não há dúvida de que ficar devaneando sobre imaginárias realizações de desejos traz satisfação, embora não interfira com o conhecimento de que se trata de algo não real. Desse modo na atividade da fantasia, os seres humanos continuam a gozar da sensação de serem livres da compulsão externa, á qual há muito tempo renunciaram, na realidade.” As fantasias

possuem realidade psíquica, o que é decisivo para a formação dos sintomas. “Já nos familiarizamos com a ideia de que mesmo um devaneio não é necessariamente consciente – de que há também devaneios inconscientes. Tais devaneios inconscientes são, assim, a fonte não apenas dos sonhos noturnos, mas também dos sintomas neuróticos”.

Para a psicanálise a formação dos sintomas apresenta uma sequência. Uma vivência prévia é seguida de um período de latência após o qual haverá algum acontecimento que terá a função de atualizar as primeiras vivências. Seria esse o caminho para a formação do sintoma (Freud, 1916-1976). Freud em 1916, em sua conferência XVII afirma que os sintomas neuróticos têm um sentido e se relacionam com a história do paciente. “Os sintomas neuróticos tem, portanto, um sentido como as parapraxias e os sonhos, e, como estes, tem uma conexão com a vida de quem os produz.” Ainda mostra a possibilidade da interpretação (a partir de um trabalho analítico) do sintoma pela própria paciente e sua posterior dissolução. Trata-se do entendimento do sintoma como metáfora substitutiva. “Aqui, a interpretação do sintoma foi descoberto pela própria paciente de um só golpe, sem qualquer influência ou intervenção por parte do analista e resultaram de uma conexão com um acontecimento que (como geralmente é o caso) não pertencia a um período esquecido da infância, as que ocorrem na vida adulta da paciente e permaneceu vivo na sua memória.”

Freud em seus estudos sobre a neurose afirma que o sintoma neurótico coincide com o retorno do recaiado como efeito produzido pela repressão. Assim Freud reconhece o recalque neurótico uma lógica falida. É o fracasso do recalque que torna possível o retorno do recaiado. O sintoma dessa forma era entendido como uma metáfora de um saber inconsciente desconhecido. Os próximos parágrafos apontam

aspectos importantes do caminho percorrido por Freud e localiza a pulsão oral na formação dos sintomas anoréxicos e bulímicos.

Em 1910, Freud empregou pela primeira vez o conceito de pulsões do ego identificando-as com os instintos de autopreservação; atribuindo a elas a função de recalque. Essa compreensão esclarece a determinação psíquica de fenômenos físicos. As pulsões do ego (de autopreservação) que estabelecem as normas psíquicas para a civilização encontram-se ameaçados pelas pulsões sexuais e os desvia através de recalque. Essas nem sempre produzem o resultado esperado, algo escapa ao recalque, e dá origem a formação de substitutos perigosos para o recalcado e a reações incomodas por parte do ego. Esses fenômenos como um todo, constituem então os sintomas. Dizendo de outra forma, o sintoma é uma forma de evitar a castração, condição essa necessária para que o sujeito se inclua no simbólico das relações humanas.

Contribuição importante fez Freud (1910) ao relacionar as pulsões aos órgãos. Lê-se: “Tanto pulsões sexuais, como as pulsões do ego tem em geral os mesmos órgãos e sistemas de órgãos a sua disposição” e nos localiza hoje em relação aos sintomas alimentares: “... a boca serve tanto para beijar como para comer e para falar, os olhos percebem não só a alteração no mundo externo, que são importantes para a preservação da vida, como também as características dos objetos que os fazem ser escolhidos como objetos de amor e seus encantos.” Dessa forma, a influência pulsões de autopreservação e das pulsões sexuais sobre um mesmo órgão provocam consequências patológicas caso estejam desunidos. Freud traz o exemplo do olhar e esse pode ser deslocado ao sintoma da distorção da imagem corporal e a sua conseqüente negativa a alimentação. A pulsão de morte exibida pelo corpo desprovido de carnes convoca o olhar do outro e causa repulsa e

horror. “O prazer sexual em olhar através sobre si, a ação defensiva dos instintos do ego, em consequência de suas exigências excessivas, de maneira que as ideias através das quais seus desejos se expressam sucumbam ao recalque e sejam impedidas de tornarem-se conscientes, haverá uma perturbação geral da relação do olho como ato de ver, com o ego e a consciência. É como se o recalque tivesse sido exagerado e o ego recusa-se a ver qualquer coisa já que o interesse sexual mostrou-se predominante. A perda do domínio consciente sobre o órgão é o substituto prejudicial para o recalque que malogrou e só se tornou possível a esse preço.”

Dando seguimento à sua teoria de formação dos sintomas, Freud na Conferência XXIII, O caminho para a formação dos sintomas, nos esclarece: “Já sabemos que os sintomas neuróticos são resultado de um conflito, e que este surge em virtude de um novo método de satisfazer a libido. As duas forças que entraram em luta encontram-se novamente no sintoma e se reconciliam, por assim dizer, através do acordo representado pelo sintoma formado (formação de compromisso). Também sabemos que um dos componentes do conflito é a libido insatisfeita, que foi repelida pela realidade e agora deve procurar outras vias para satisfazer-se. Se a realidade se mantiver intransigente, ainda que a libido esteja pronta a assumir um outro objeto em lugar daquele que lhe foi recusado, então a mesma libido, finalmente, será compelida a tomar o caminho da regressão e a tenta encontrar satisfação, seja em uma das organizações que já havia anteriormente abandonado. A libido é induzida a tomar o caminho da regressão pela fixação que deixou após si nesses pontos do seu desenvolvimento.”

Os sintomas seriam uma satisfação substituta, realizando uma regressão da libido a épocas de desenvolvimento anteriores, regressão que se vincula a um retorno a estádios

anteriores de escolha objetal ou de organização. Os pacientes buscam satisfação em uma época da vida quando a libido não se privava de nenhum tipo de satisfação. “O sintoma repete essa forma infantil de satisfação, deformada pela censura que surge no conflito, transformada em uma sensação de sofrimento e mesclada com elementos provenientes da causa precipitante da doença. O tipo de satisfação que o sintoma consegue, tem se si muitos aspectos estranhos ao sintoma.” Freud afirma ainda que o sintoma se constitui em algo irreconhecível para o sujeito, que sente a suposta satisfação como sofrimento e se queixa deste. Nesse momento, Freud aponta algo do sintoma que vai além de sua possibilidade de interpretação, de metáfora, ele aponta para a vertente de gozo do sintoma. Nesse sentido continua: “Existe algo mais, além disso, que faz com que os sintomas nos pareçam estranhos e incompreensíveis como meio de satisfação libidinal. Eles não se parecem absolutamente com nada de que tenhamos o hábito de normalmente auferir satisfação. Em geral, eles desprezam os objetos e, com isso, abandonam a sua relação com a realidade externa.” Essa característica do sintoma seria como um retorno a um tipo de autoerotismo difuso, do tipo que proporcionava a pulsão sexual nas primeiras satisfações, e aí a localização do sintoma no corpo. Apontando para algo do sintoma que não se prestava a interpretação, Freud ao dizer da reação terapêutica negativa mostra que o sintoma não desaparecia, mas que retornava, e que a repetição era o próprio fundamento do sintoma.

Em relação aos transtornos alimentares: Por que uma adolescente normalmente no início de sua puberdade ou mesmo uma mulher, quando convocada ao papel feminino no casamento apresenta uma distorção da imagem corporal vendo-se obesa quando se encontra em franca desnutrição e ainda assim se nega deliberadamente a comer?

Apesar de toda pesquisa científica a procura de causas fisiológicas, sobre a ação de neurotransmissores e determinações genéticas para o diagnóstico da doença, não há como negar a íntima semelhança entre a determinação inconsciente da cegueira histérica, descrita por Freud em 1910 e a distorção da imagem corporal como fenômeno epidêmico na atualidade. Também, ao se escutar cada caso em sua singularidade, não se pode desconsiderar o inconsciente e a irrupção de conflitos psíquicos relacionados aos sintomas alimentares. Conflitos esses dos quais não se sabem, ou melhor, que estavam velados.

Ao descrever a anorexia de Frau Emmy Von N. Freud mostra o sintoma em sua vertente de sentido, um sintoma que diz alguma coisa, ou melhor, que encobre alguma coisa. Essa paciente apresentava uma anorexia associada a fobias, sintomas esses que desapareceram ao esclarecido sua causa sexual. O sentido sexual foi revelado graças ao levantamento do recalque. Nessa compreensão, o sintoma se faz analítico quando quer dizer algo. Na clínica da neurose, a metaforização operada pelo sintoma indica uma subjetivação da verdade do desejo inconsciente.

Nos casos apresentados é possível mostrar, de forma sucinta, conflitos muito particulares; e verifica-se que a remissão dos sintomas anoréxicos são transitórios, sucedem-se de outros sintomas psíquicos. Há a repetição de um fundo com roupagens diferentes. Há algo do sintoma que se mantém apesar de ser desvelado do seu invólucro. Os sintomas se repetem mostrando o seu núcleo de gozo e podem ou não se transformam em sintomas histéricos e dotados de sentido, após um encontro com o analista. Nesse momento uma demanda de análise talvez possa ocorrer.

Há adolescentes que não toleram a frustração, que precisam ser perfeitas buscando corresponder à expectativa dos pais. Percebem a expectativa do Outro como externas e as quais não podem deixar de responder. Encontrar o seu eu ideal é corresponder a essas expectativas a despeito de qualquer esforço próprio. A falha é insuportável e correspondente ao fracasso. Na estrutura psíquica dessas pacientes, há elementos de um superego extremamente exigente e devorador. Buscam o controle exagerado da alimentação na tentativa de sustentar para si esse ideal (ver o caso H). Há uma dificuldade de separação e individualização nessas pacientes, de desejar e sustentar o seu desejo. É a tentativa de tratar o real da pulsão pelo Ideal de um corpo magro, pelo ideal de uma completude. Recalcati (2003) fala dessa posição anoréxica.

“A primeira é a alma anoréxica, dialética e intersubjetiva que inscreve a negativa anoréxica no campo da relação com o Outro. A anoréxica orquestrando o seu desejo como uma negativa, tenta modificar a posição de um Outro que não sabe dar, a não ser o que possui. Desse modo ela tenta, através de uma manobra extrema, manter a dimensão da demanda separada do desejo.”

Outra variante observada com muita frequência a partir de uma clínica da escuta, é o sintoma anoréxico ou bulímico relacionados ao lugar ocupado pelo Outro materno. São adolescentes submetidas ao desejo devastador de uma mãe devoradora, não mediada pela lei paterna. O sintoma anoréxico e/ou bulímico vem, nessa situação, como uma defesa frágil e ineficaz à invasão materna. (Casos N; W. e H). Freud em sua conferência XXIII, trouxe compreensões importantes sobre a sexualidade feminina que ajudam elucidar o sintoma anoréxico-bulímico nesse contexto. Não é de se admirar que a maioria dos casos ocorra em mulheres. Segundo Freud, a ligação primária ao Outro materno é o

ponto principal para o desenvolvimento sexual na menina. O amor da menina dirigido ao pai tem sua raiz inconsciente em sua relação primordial com a mãe. A função da metáfora paterna não pode anular em sua totalidade o vínculo do sujeito com o Outro materno. Existe sempre na menina um resto desse vínculo. Cito Recalcati (2004):

“A anorexia-bulimia indica a permanência do sujeito sobre o Desejo da mãe e ao mesmo tempo a tentativa de subversão desse regime. O fracasso do Pai (como significante da lei, mas também como homem, objeto de causa de desejo da mãe) deixa a menina a mercê do Desejo da mãe. Não é a incógnita fálica que atrai e causa desejo na mãe e sim que o desejo da mãe é absorvido e absorve ao mesmo tempo o ser fálico da menina. A anoréxica reage então a esse vínculo de devoração com o Outro materno, introduzindo o nada como objeto separador.”

Há casos em que, a filha apresenta-se como sintoma da estrutura familiar. O sintoma do filho está na posição de responder à verdade do par parental (Casos W e N). Lacan em Duas notas sobre a criança (1991) discorre sobre a afirmação acima.

“A função de resíduo exercida (e, ao mesmo tempo, mantida) pela família conjugal na evolução das sociedades destacada a irredutibilidade de uma transmissão – que é de outra ordem que não a da vida segundo as satisfações das necessidades, mas é de uma constituição subjetiva, implicando a relação com um desejo que não seja anônimo. É por tal necessidade que se julgam as funções da mãe e do pai. Da mãe, na medida em que seu nome é o vetor de próprias faltas. Do pai, na medida em que seu nome é o vetor de uma encarnação da Lei no desejo. Nessa concepção, o sintoma da criança acha-se em condição de responder ao que existe de sintomático na estrutura familiar. O sintoma – esse é o dado fundamental da experiência analítica – se define, nesse contexto, como representante da verdade. O sintoma pode representar a verdade do casal familiar. A articulação se reduz muito quando o sintoma que vem a prevalecer

decorre da subjetividade da mãe. Aqui, é diretamente como correlata de uma fantasia que a criança é implicada. A distância entre a identificação com o ideal do eu e o papel assumido pelo desejo da mãe, quando não tem medição (aquela que é normalmente assegurada pela função do pai), deixa a criança exposta a todas as capturas fantásticas. Ela se torna o “objeto” da mãe e não mais tem outra função senão a de revelar a verdade desse objeto. A criança realiza a presença como objeto a na fantasia. Ela satura, substituindo-se a esse objeto, a modalidade de falta em que se especifica o desejo (da mãe), seja qual for sua estrutura especial: neurótica, perversa ou psicótica. Ela aliena em si qualquer acesso possível da mãe a sua própria verdade, dando-lhe corpo, existência e até a exigência de ser protegida. O sintoma somático oferece o máximo de garantia a esse desconhecimento, é o recurso inesgotável, conforme o caso, a atestar a culpa, servir de fetiche ou encarnar uma recusa primordial. Em suma, na relação dual com a mãe, a criança lhe dá imediatamente acessível àquilo que falta ao sujeito masculino, o próprio objeto de sua existência, aparecendo no real. “Daí resulta, que na medida do que apresenta de real, ela é oferecida a um subornamento maior na fantasia.”

A anorexia e a bulimia são quadros clínicos que habitualmente têm seu início na puberdade. Assim, o tornar-se mulher, também vem de encontro ao desencadeamento dos sintomas anoréxico e bulímico. As adolescentes parecem permanecer fixadas no primeiro tempo do Édipo sem conseguirem percorrer a trajetória que permite exercer o seu papel feminino. Por outro lado, a restrição alimentar interrompe o desencadeamento puberal e as mantêm com o corpo infantil, como pode ser visto no caso S. Segundo Recalcati (2003) e também por André (1998) em *O que Quer uma Mulher* que o feminino concerne sobre tudo na essência do discurso amoroso. Por amor, para ser a única, ela existir somente para o Outro, no desejo do Outro, uma mulher pode consumir sem reservas o

próprio ser. O ter signo da falta do Outro, não satisfaz a demanda intransitiva de amor.

Cito Recalcati (2003):

“A afinidade estrutural entre a anorexia e feminino concerne sobre tudo à essência do discurso amoroso. A anorexia é o nome dessa demanda intransitiva de amor mas também de seu desvio patológico: para obter o signo de amor, o sujeito pode chegar ao extremo de consumir todo o seu ser, pode fazer de si um acúmulo de ruínas. Estrago é o termo usado por Lacan para indicar o drama que pode marcar a relação mãe-filha. Relação de amor e ódio, corpo a corpo, devoração e rechaço recíproco, vínculo desesperado, impossibilidade de separação e impossibilidade de união. A anorexia é no feminino também porque é um reflexo trágico desse vínculo devastador. O estrago do corpo do corpo realizado na anorexia pode mostrar como o ódio e o amor se transferem um ao outro sem descontinuidade: porque te amo de uma amor impossível, te odeio com todas as minhas forças possíveis. “Te amo”, mas para que reste Outro de mim, te odeio.” A filha encarna o lugar do falo materno o qual a mãe retém para si avidamente.”

Em muitos casos de anorexia e bulimia, é possível constituindo a transferência, fazer desvelar-se sob o ocultamento do transtorno alimentar e da distorção da imagem corporal, conflitos psíquicos que podem ser histericizados e elaborados a partir de um tratamento analítico. A experiência com os casos clínicos mostra que a dimensão do gozo auto erótico é o que predomina na construção sintomática dessas pacientes e nos orienta em relação ao tratamento preliminar; como discutido no caso P.

O material apresentado traz ainda como exemplo, casos em a anorexia e a bulimia garantem uma identidade, um nome. Há pacientes em que esta identificação pode estar impedindo o desencadeamento psicótico e funcionando como suplência. (Recalcati,2003). Nesses casos a estrutura psicótica não permite nenhuma possibilidade

de deslocamento ou subjetivação e devem ser conduzidos com extremo cuidado. “... *Eu não entendo, eu quero melhorar mas eu não posso.*” “ As vezes, nos encontramos diante de verdadeiras suplências imaginarias em uma estrutura subjetiva marcada pela forclusão do Nome do Pai. Nesses casos, a anorexia é uma manobra do sujeito para barrar o Outro devorador da psicose.”

Por outro lado, não se pode deixar de considerar, no estudo desta clínica, o contexto histórico, aquilo que se entende como pós-modernidade. Onde, os costumes alimentares giram no contexto de uma cultura em que os ideais estão em queda, na qual se aspira o rendimento, o êxito e a saúde, propondo-se uma alimentação saudável. Em que, ao mesmo tempo, sustenta-se a estética da magreza e a política do consumo. Prevalendo o objeto sobre o sujeito, o ter sobre o ser, a satisfação pulsional sobre o ideal. Os meios de comunicação incentivam o consumo e pregam a magreza, expondo o ser humano a uma encruzilhada sem solução.

Os sintomas tomam se estabelecem a partir de elementos do meio sociocultural, e se inscrevem em uma época alimentando-se de suas crenças. Miller (2000) defende que o Outro do qual o sintoma é mensagem compreende o campo da cultura e é isso que faz a historicidade do sintoma, é a sua vertente de variação. Os considerados novos sintomas, dos quais a anorexia e bulimia fazem parte, não constituem sintomas que se prestam a interpretação como os sintomas descritos por Freud em seus casos de neurose obsessiva, eles evidenciam a vertente de gozo do sintoma; necessitam de um tratamento preliminar para se prestarem ao trabalho analítico com o valor de enigma. O que se mantém constante é a sua ligadura pulsional.

No estudo dos sintomas no mundo atual há outro aspecto de grande importância a se considerar, é a dimensão auto erótica, a dimensão de gozo. Miller (1997), em *O sintoma e o Cometa*, sintetiza a dupla dimensão do sintoma, aquela já clássica e bem elaborada por Freud, do sintoma como metáfora, como uma formação do inconsciente, assim como o sonho e o ato falho, e a vertente sem sentido, marca dos novos sintomas: anorexia, bulimia, toxicomania, depressão, pânico. O sintoma aqui aparece na sua vertente de gozo, de satisfação pulsional, já percebida por Freud na sua Conferência XXIII (Freud, 1937-1975), mas bem elucidada por Lacan e os pós-lacanianos.

“A toxicomania, por exemplo, não é um sintoma analítico propriamente dito, é um modo de encontrar um gozo que pode ser mortífero, em curto-circuito, sem passar pelo Outro, mas passando pelo traficante de droga. O sujeito costuma resistir à metamorfose que substitui o valor de gozo de sua prática, pelo valor de sentido que lhe oferece a prática analítica. A questão clínica gira em torno da substituição do valor de gozo, por um valor de sentido.”

Recalcati (2003) afirma que é importante distinguir duas almas fundamentais na posição anoréxica. A primeira, a alma histórica, dialética, intersubjetiva que inscreve o rechaço anoréxico no campo da relação com o Outro. Seria o sintoma anoréxico em sua vertente de sentido quando então a anoréxica através de uma manobra extrema, tenta manter separada a dimensão da demanda e do desejo, frente a um Outro que tenta apagar a segunda sob a primeira. A segunda alma da anorexia aponta para a vertente de gozo do sintoma anoréxico. Seria a inclinação holofrásica do discurso anoréxico que tende a desautorizar o Outro congelando o sujeito em uma identificação idealizante e antidialética. O sujeito encontra-se fora do discurso e o rechaço à comida preserva uma imagem do corpo adequada ao próprio ideal narcísico. A holófrase marca o fracasso da

ação significativa da metáfora. Há um congelamento da cadeia de significantes, não há possibilidade de substituições ou deslizamentos entre os significantes. Cito Recalcati (2003):

“Não há metaforização porque o sujeito se reduz a uma identificação absoluta. A holófrase é a anulação da separação. O sujeito se encontra identificado a um significante mestre. Nem a substância e nem a identificação idealizante assumem para o sujeito o valor enigmático de um sintoma; se impõe como uma evidencia que obtura a divisão subjetiva.” O gozo anoréxico se deposita na idealização narcísica da imagem do corpo, que faz suplência a função paterna débil. A bulimia representa a primazia da pulsão sobre o ideal. Há um gozo sem sujeito.”

Prevaecem hoje os sintomas mudos. A dificuldade no início do tratamento das anoréxicas é que elas abram a boca para falar, já que não as abre para comer. A teoria freudiana e lacaniana aponta a direção do tratamento. Menard (2001) corrobora o tratamento preliminar do gozo como possibilidade do surgimento de um sintoma analítico.

“Com o acontecimento de corpo, uma ou várias de suas partes não são elevadas ao significante; mas ao inverso, opera-se uma incorporação do significante. Nesse caso, um significante sozinho funciona como exame dos SI, marca de gozo, de que se trata. Qualquer que seja a estrutura, é da aptidão para mobilizar esse gozo, seja unicamente sobre a vertente metonímica ou bem numa versão integrando metonímia e metáfora, que depende a possibilidade de um tratamento analítico.”

Recalcati (2003) discorre sobre uma Clínica do Preliminar. Diante do que chama de subversão lógica da relação entre sintoma e demanda, isto é o que demanda não tem o

sintoma e o que tem sintoma não demanda, o autor propõe uma tarefa preliminar. Os casos apresentados ilustram a subversão da demanda (ver o caso H). Os pais demandam a cura da filha, mas essa não demanda nada. O sintoma não divide o sujeito. “A anorexia não faz sintoma para o sujeito porque a cifra metafórica do sintoma está mais do lado da resposta que do lado da demanda dirigida ao Outro.” “*Comigo está tudo bem, eu não tenho problemas, vim porque minha mãe insistiu.*” Essa tarefa teria inicialmente dois objetivos. O primeiro em relação a quem demanda sem sintoma e o segundo na direção de quem tem o sintoma e não tem uma demanda. No primeiro caso trata-se de diante de uma demanda que visa à normalização da alimentação e do comportamento, produzir um sintoma que não está representado pela anorexia da filha. No segundo caso tratar-se-ia de operar uma retificação do sintoma para produzir uma demanda subjetivada que não está sob o domínio da vontade do Outro.

Melo (2003) em *A clínica psicanalítica entre o desejo e o gozo* discorre sobre o caminho da clínica e aponta a direção do tratamento.

“Primeiramente a psicanálise era a arte da interpretação onde o analista tinha que adivinhar o inconsciente oculto, articulá-lo e comunicá-lo ao paciente.” Em um segundo momento, buscava-se a confirmação das construções do analista através das lembranças recuperadas pelo paciente. Freud verificou nessa época nem tudo poderia ser rememorado devido às resistências. As resistências deveriam então ser apontadas pelo analista a partir de um trabalho de transferência e assim o paciente poderia abandoná-las. Ainda assim algumas lembranças resistiam em entrar na cadeia de significantes. Freud aponta então o caráter repetitivo das experiências trazidas pelos pacientes. Repetição, das quais, não tinham consciência e que aconteciam como uma experiência recente e nova. Marca aí a

repetição em forma de atuações. Em além do princípio do prazer, Freud mostra repetições que nada tem relação com o prazer. Pessoas que repetiam uma série de insucessos sem se darem conta na sua participação em seu destino. O caráter de excesso marcaria o conceito de gozo. “Resta inexplicado o bastante para justificar a hipótese de uma compulsão à repetição, algo que parece mais primitivo, mais elementar e mais pulsional do que o princípio de prazer que ela domina.” Esse inexplicado se refere ao inominado de Lacan quando se refere ao real. O gozo está representado no centro das representações do sujeito. O gozo é ao mesmo tempo, o que há de mais estranho e mais íntimo ao sujeito. O gozo está fora do significante, no real. O gozo surge como efeito da marcação significativa ao mesmo tempo em que escapa ao seu controle.

“O princípio do prazer consiste em transportar o sujeito de significante em significante, a fim de tamponar todo o excesso de gozo. Se é possível falar em sujeito do desejo... não há como falar em sujeito do gozo, porque no gozo, que só pode ser sentido pelo corpo, o sujeito se abole. Cada sujeito tem seu modo singular de gozar, não cabe à psicanálise julgá-lo nem moralizá-lo, sua tarefa é a de causar desejo e circunscrever o gozo, para que a urgência de viver que a morte nos impõe não seja perturbada pela postergação e pelo sofrimento neurótico. Articular desejo e gozo como situações contrastantes, sem que um elimine o outro, é o melhor que uma análise tem a oferecer.”

Por fim, concluindo a partir do material apresentado, pode-se sustentar a tese de que Não se trata de Transtornos Alimentares – Não se trata disso. Há um equívoco clínico abordar uma paciente anoréxico-bulímica como um transtorno alimentar, por mais cuidados médicos que as repercussões sobre o corpo possam exigir.

Bibliografia consultada

- Andrade, C.D. *Obra completa*. Rio de Janeiro: Cia. José Aguilar, 1967.
 - André, S. – *O que quer uma mulher?* Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1986
 - Ansermet, F. *A recusa anoréxica. A Clínica da Origem*. Rio de Janeiro: Contra capa Ed., 2003.
 - Ansermet, François – *Clínica da origem – a criança entre a medicina e a psicanálise*, Rio de Janeiro, Contra Capa Liv., 2003, p. 186.
 - *As patologias do ato*. Lisboa, Portugal. Site da ACF do Campo Freudiano – Portugal, abril 2003.
 - Bandeira, M. *Poesia completa e prosa*. Rio de Janeiro: Cia. José Aguilar, 1967.
 - Barreto, FP. *A monocultura e a paisagem- o psicofármaco para a psiquiatria e a psicanálise*. In: *Clique*, n. 1 – Revista dos Institutos Brasileiros do Campo Freudiano, Belo Horizonte, IPMG-MG, abril, 2002: 54-61.
 - Barreto, FP. *Ensaio de Psicanálise e Saúde Mental*. Belo Horizonte: Editora Scriptum, 2010.
 - Barroso, S. In, *Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais*. Ano 6. N 9. Nov de 2003, p. 19-25.
 - Basz, S. *Lo singular em el sintoma: um principio clinico*. Virtualia. Revista digital de la Escuela de la Orientacion Lacaniana. Ano III, n. 9, 2004.
 - Benetti, A *Corpo na Psicanálise*. Almanaque. Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais.
 - Bidaud, E. *Anorexia mental, ascese, mística- Uma abordagem psicanalítica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.
 - Brousse, MH. *Uma dificuldade na análise das mulheres: a devastação da relação com a mãe*, 2006.
 - Bruch, Hilde. *Conversations with Anorexis – A compassionate and Hopeful Journey though the Therapeutic Process*, Northvale, New Jersey: Basic Books, 1998.
 - Bruch, Hilde. *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. Houston, Texas: Basic Books, 1973.
-

- Bruch, Hilde. *The Golden Cage – The enigma of Anorexia Nervosa*, England, 2001.
 - Bruch, H. *Conversations with anorexis: A compassionate and hopeful journey through the therapeutic process*. 1 ed. New Jersey, 1988.
 - Bucarechi, HA; Weinberg, C. Um breve histórico sobre Transtornos Alimentares. *Anorexia e Bulimia Nervosa*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p.19-27.
 - Busse, SR. *Anorexia Nervosa*. In: Assunção Jr.FB; Kuczynski, E. *Adolescência Normal e Patológica*. 1ed. São Paulo: ed Lemos editorial, 1999. cap 9. p. 103- 123.
 - Cereser, MG;
 - Cordas, TA. *Transtornos Alimentares: Anorexia Nervosa e Bulimia*. In: Saito, MI; Silva, LEV. *Adolescência: Prevenção e Risco*. 1ed .São Paulo: ed Atheneu, 2001. cap 26. p.269 – 276.
 - Canh, R. *O Adolescente na Psicanálise – A aventura da subjetivação*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.
 - Cosenza, Domenico. *Tratamento analítico da anorexia-bulimia em comunidade terapêutica: a experiência da La Vela*. In: Carta São Paulo. Boletim da EBP Sessão São Paulo. Ano 10, No 1- março 2003.
 - Drummond, C. *A devastação*. Texto impresso.
 - Eidelberg, A; Schejtman F; Dafunchio, NS; Ventoso, J. *Sobre la posmodernidad de la anorexia y la bulimia*. In. *Anorexia e bulimia – sintomas actuales de lo femenino*. Buenos Aires: Serie del Bucle, 2003, pag83-95.
 - Fendrik, Silvia. *Viagem ao País do Nunca-comer* . São Paulo: Via Lettera, 2003.
 - Ferreira, RA. *Anorexia e bulimia: a condução do tratamento*. In *Reverso- Revista de Psicanálise*. Ano 25, N 50, setembro, 2003.
 - Fink, B. *O sujeito Lacaniano- Entre a linguagem e o gozo*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
 - França, JL. *Manual para normalização de publicações técnico-científicas*. 5.ed. Belo Horizonte: ed. UFMG, 2001. 211
 - Freud S, (1915) *Pulsões e suas Vissitudes*, EBS, Rio de Janeiro: Imago, Volume XIV, 1974.
-

- FREUD, S. *A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão* (1910). In: Edições Standard das obras Psicológicas Completas, Vol. 11, Rio de Janeiro, Imago, 1970: 197-203.
 - Freud, S. Manuscrito G, 1896
 - _____ - Resistência e repressão, Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (Conferência XVIII), *ESB, Vol. XVI (1916-1917)*, Rio de Janeiro, Imago, 1976, p. 337-373.
 - _____ - Fixação em traumas, Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (Conferência XIX), *ESB, Vol. XVI (1916-1917)*, Rio de Janeiro, Imago, 1976, p. 281-292.
 - _____ - A vida sexual dos seres humanos, Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (Conferência XX), *ESB, Vol. XVI (1916-1917)*, Rio de Janeiro, Imago, 1976, p. 309-324.
 - _____ - Os caminhos da formação dos sintomas, Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (Conferência XXIII), *ESB, Vol. XVI (1916-1917)*, Rio de Janeiro, Imago, 1976, p. 361-378.
 - _____ - Esboço de Psicanálise (1940[1938]), *ESB, Vol. XXIII (1937-1939)*, Rio de Janeiro, Imago, 1975, p. 163-237
 - _____ - Algumas idéias sobre desenvolvimento e regressão – etiologia (Conferência XXII), *ESB, Vol. XXIII (1937-1939)*, Rio de Janeiro, Imago, 1975, p. 343-360
 - _____ - Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905), *Obras Completas*, Vol. VII, Rio de Janeiro, Imago, 1989, p.166.
 - Garmendia, J. Aspectos históricos, culturales y clínicos de la anorexia. In: *Pliegos. Escuela Lacaniana de Psicoanálisis, Revista de psicoanálisis*, n. 10, 2ª época, marzo, 2001.
 - GIDDENS, A. *A transformação da intimidade. Sexualidade, amor & erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo, UNESP Ed., 1993.
 - GIDDENS, A. *Para além da Esquerda e da Direita. O futuro da política radical*. São Paulo, UNESP Ed., 1996.
 - Goldenberg, M. *Nu e vestido*. Rio de Janeiro: Record, 2002
-

- Jeammet, P. Abordagem psicanalítica dos transtornos de condutas alimentares. Anorexia e bulimia/ Rodolfo Urribarri (org.)- São Paulo: Escuta, 1999, p.29-51.
 - Lacan, J (1956-1957). O falo e a mãe insaciável. Livro 4 – Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1995.
 - Lacan, J (1958-1998) A direção da cura e os princípios de seu poder. In Escritos, 1998
 - Lacan, J. (1958-1998). Duas notas sobre a criança. In: Escritos, 1998.
 - Lacan J (1972-1973). O Seminário, Mais Ainda: Livro 20. Jorge Zahar Editor
 - LASÈGUE, C. – La anorexia histérica (1873), (traducción de Carlos Moro), Psiconet – Relatos de la Clínica, nº 2 – edición electrónica, nov. 2001: www.psiconet.org
 - Lawrence M. A experiência anoréxica. São Paulo: Summus, 1991.
Lima, DR. Sobre a devastação: a menina e sua mãe. Almanaque. Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais.
 - Leclair, S – Escritos Clínicos. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 2002.
 - López, R. El deseo en la anorexia. Pliegos. Escuela Lacaniana de psicoanálisis. N 10. Madri. Marzo, 2001, 7-15.
 - Maleangreau, P. Nota sobre a construção do caso. In, Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais. Ano 6. N 9. Nov de 2003, p. 11-17
 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.4ª Ed Texto Revisado (DSM-IV-TR). Porto Alegre: Atmed, 2002.
 - Meireles, C. Obra poética. Rio de Janeiro: Cia. José Aguilar, 1967.
 - Ménard, Augustin – L’object dans l’anorexie, in Traces – Revue du Cercle de Lausanne de L’EPP, 1,p. 97-107.
 - Ménard, Augustin. Como uma anoréxica vem à análise? Publicado originalmente como Comment une anorexique vient à l’analyse? Les Feuillettes du Cortil 15, mars 1998.
 - Menard, Augustin – Nouveaux Symptômes dans l’oralite. In : La petite girafe, n. 15. Revue la Diagonale Francophone de Cereda, Bordiau, Mars/2002 : 61-68.
-

- Miller, JA. O rouxinol de Lacan. Conferência inaugural do Instituto Freudiano de Buenos Aires. Traduzido e publicado: Carta de São Paulo, São Paulo, Escola Brasileira de Psicanálise de São Paulo, v.15, n. 5, p. 18-32, out. 2003.
 - Miller, JA. O sintoma e o cometa. In, Opção lacaniana. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise, n.19, São Paulo: Ed. Eólia, agosto, 1997.
 - Naveau, P. A criança entre a mãe e a mulher. In. Curinga. EBP MG. N 15. Belo Horizonte, abri, 2001.
 - Nóbrega, FJ; Campos, ALR. Distúrbios Nutricionais e Fraco Vínculo Mãe/Filho. 1ed. Rio de Janeiro. Revinter Ltda, 1996. 70p.
 - Nunes, MA; Appolinario, JC; Galvão, AI; Coutinho, W. Transtornos Alimentares e Obesidade. São Paulo: Artmed, 2003.
 - Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
 - Pessoa, F. Obra poética. Rio de Janeiro: Cia. José Aguilar, 1967.
 - Pimenta Filho, J. A. – Sintoma e Adolescência Hoje, in *Pediatria Atual*, Vol 15, nº 10, Rio de Janeiro, Jornal Brasileiro de Medicina, outubro 2002 : 10-14.
 - Pimenta Filho, JA. A. Adolescência – um conceito precário, Belo Horizonte, Rev Med Minas Gerais 2002: 12 (1): 24-29.
 - Pimenta Filho, JA. A. *Adolescente – um sujeito questão*, Phoenix nº 4, Curitiba, Delegação Paraná da Escola Brasileira de Psicanálise, abril/2004, p.79-90
 - Pimenta Filho, JA. Adolescência como sintoma, in: Curinga – Rev. da Escola Bras. de Psicanálise – Seção Minas Gerais, Nº 21, jun 2005, 61-72.
 - Pimenta Filho, JA. Adolescência- um conceito precário. In: Rer Méd de Minas Gerais, 2002; 12 (01): 24-29.
 - Pimenta Filho, JA. Anorexia e bulimia: sintomas da moda e da oralidade, in: Curinga – Rev da Escola Bras de Psicanálise - Seção Minas Gerais, Nº 19, Nov 2003: 120-125.
 - Pimenta Filho, JA. As patologias do ato, in: Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental – Rev. do Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais, Ano 8, Nº 10, Belo Horizonte, IPSM-MG, junho de 2005, 47-53.
-

- Pimenta Filho, JA. Comentário a cerca da constituição do sujeito. Texto impresso.
 - Pimenta Filho, JA. O caso Emmy Von N. – Anorexia como um fenômeno transitório? In: [http://www.ebp.org.pdf/Jorge Pimenta - O caso Emmy Von N.pdf](http://www.ebp.org.pdf/Jorge_Pimenta_-_O_caso_Emmy_Von_N.pdf)
 - Pimenta Filho, JA. Quando o corpo não serve mais para o sujeito. [http://www.ebp.org.br/pdf/Jorge Pimenta O trabalho de uma histerica para se constituir como sujeito.pdf](http://www.ebp.org.br/pdf/Jorge_Pimenta_O_trabalho_de_uma_histerica_para_se_constituir_como_sujeito.pdf)
 - Pimenta Filho, JA. Sintoma e Adolescência Hoje, in: PEDIATRIA ATUAL, Rio de Janeiro, Vol. 15, n. 10, p. 10-14, 2002
 - Pimenta Filho, JA.A. *Anorexia e bulimia: sintomas da moda e da oralidade*. In Curinga 19, Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas Gerais, Nov. 2003: 120-125.
 - Pimenta Filho, JA Sintoma e Adolescência hoje, in *Pediatria Atual*, vol 15 n 10. RJ, *Jornal Brasileiro de Medicina*, outubro de 2002.
 - Pimenta, AC; Ferreira, RA. O sintoma na medicina e na psicanálise – notas preliminares. In. *Revista Médica de Minas Gerais*. Vol. 13, N 3, 2003.
 - Rappaport,CR. *Adolescência : Abordagem psicanalítica*. São Paulo: EPU, 1993.
 - Recalcati, M. A questão preliminar na época do Outro que não existe. Conferência na Seção de Madri da Escola Européia de Psicoanálise, em 05/05/00. Reproduzido em *O Correio*.
 - Recalcati, M. Les deus «rien» de l’anorexie. *La cause freudienne*, 48, mai 2001.
 - Recalcati, M. Os dois nada da anorexia. Conferência na Seção de Madri da Escola Européia de Psicanálise, maio, 2005. Reproduzida em *O Correio*.
 - Recalcati, M. Os dois nada da anorexia. Conferência na Seção de Madri da Escola Européia de Psicoanálise, em 05/05/00. Reproduzido em *O Correio*.
 - Recalcati, M. *Clínica del Vazio – Anorexias, dependências, psicosis*. Madri: Sintesis, 2003.
 - Recalcati, M. *La Última cena: Anorexia y bulimia*. Buenos Aires: Del Cifrado, 2004.
 - Silber, TJ; Lenoir, M. *Anorexia nerviosa em niños y adolescentes – Critérios diagnósticos, historia, epidemiologia, etiologia, fisiopatologia, morbilidad y mortalidad*. *Arch. Argent. Pediatr* 2006.
-

- Soria, N. Acerca da anorexia melancólica. In. Psicoanálisis de la anorexia y bulimia. Buenos Aires: Rd. Três Haches, 2000.
 - Stevens, Alexandre – L'adolescence, symptôme de la puberté, in: Les Feuillettes du Courtil, nº 15 – Le desir et la faim, mars 1998, p. 79-92.
 - Stevens, Alexandre. Adolescência como sintoma da puberdade. Publicado originalmente na revista Les Feuillettes du Cortil 15, mars 1998.
 - Tarrab, Mauricio. Algo peor que um sintoma. In: Botto, S; Nuparstek, F; Salamone, LD. El psicoanalisis aplicado a las toxicomanias. Buenos Aires: TyA, 2003.
 - Turato, ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. 2ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2003.
 - Viganó, C. A construção do caso clínico. In, Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais. Ano 6. N 9. Nov de 2003, p. 47-51.
 - Viganó, C. Conferência sobre Bulimia e Anorexia. Texto transcrito de Conferência realizada em Belo Horizonte, 1998.
 - Viganó, Carlo. A construção do caso clínico em saúde mental. Curinga/ Escola Brasileira de Psicanálise - Minas Gerais, 1999, 13: 50-59.
 - Viganó, Carlo. Conferências sobre adolescência em Belo Horizonte, em 1999.
 - Wachsberger, H. Questões orais. Originalmente publicado in Lês Feuilletts du Courtil, mars, 1998.
 - Weinberg, Cybelle. Vítimas da fome. In: Weinberg, Cybelle (org). Geração delivery. 1ed. São Paulo. Sá editora, 2001. cap 12. p.149- 164.
 - Yosifides, Aris. Anorexia y Bulimia – Clínica dos transtornos alimentarios. 1ª Ed – Córdoba: Brujas, 2006 Zahar Ed., 1987
 - Zalberg, Malvine – A relação mãe e filha, 2ª Ed. Rio de Janeiro: Campos, 2003.
-



**FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 7009
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3248.9641 FAX: (31) 3248.9640



UFMG

DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Roberto Assis Ferreira, Eleuse Machado Britto Guimarães e Cristiane de Freitas Cunha, aprovou a defesa da dissertação intitulada **“ANOREXIA E BULIMIA – UM TRANSTORNO ALIMENTAR: NÃO SE TRATA DISSO”** apresentada pela mestrand **TATIANA MATTOS DO AMARAL** para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 26 de abril de 2007.

Prof. Roberto Assis Ferreira
Orientador

Eleuse Machado Britto Guimarães
Prof. Eleuse Machado Britto Guimarães

Prof. Cristiane de Freitas Cunha



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 7009
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3248.9641 FAX: (31) 3248.9640



UFMG

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de **TATIANA MATTOS DO AMARAL**, nº de registro 2002212990. Às quatorze horas e trinta minutos do dia **vinte e seis de abril de dois mil e sete** reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG, a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa, para julgar, em exame final, o trabalho final intitulado: **“ANOREXIA E BULIMIA – UM TRANSTORNO ALIMENTAR: NÃO SE TRATA DISSO”**, requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Saúde, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente. Abrindo a sessão, o Presidente da Comissão, Prof. Roberto Assis Ferreira, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Prof. Roberto Assis Ferreira/orientador
Prof. Eleuse Machado Britto Guimarães
Prof. Cristiane de Freitas Cunha

Instituição: UFMG
Instituição: UFG
Instituição: UFMG

Indicação: Aprovad
Indicação: Aprovad
Indicação: Aprovad

Pelas indicações a candidata foi considerada Aprovada.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 26 de abril de 2007.

Prof. Roberto Assis Ferreira/orientador

Roberto Assis Ferreira

Prof. Eleuse Machado Britto Guimarães

Eleuse Machado Britto Guimarães

Prof. Cristiane de Freitas Cunha

Cristiane de Freitas Cunha

Prof. Joel Alves Lamounier/Coordenador

Joel Alves Lamounier

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e o carimbo do Coordenador.
JOEL ALVES LAMOUNIER
 Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
 Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente
 Faculdade de Medicina/UFMG

Waceba
CONFERE COM ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação
Faculdade de Medicina - UFMG