

Ana Maria Costa da Silva Lopes

Imagem corporal: uma abordagem clínica

Belo Horizonte

Universidade Federal de Minas Gerais

Faculdade de Medicina

2011

Ana Maria Costa da Silva Lopes

Imagem corporal: uma abordagem clínica

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Área de Concentração Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em Ciências da Saúde.

Orientador: Professor Dr. Roberto Assis Ferreira

Coorientador: Professor Dr. Jesús Santiago

Belo Horizonte

Universidade Federal de Minas Gerais

Faculdade de Medicina

2011

Lopes, Ana Maria Costa da Silva

Imagem corporal: Uma abordagem clínica / Ana Maria Costa da Silva Lopes.

Belo Horizonte, 2011.

335 p.

Tese. (Doutorado). Faculdade de Medicina da UFMG.

1. Imagem corporal. 2. Imagem especular. 3. Autopunição. 4. Passagem ao ato. 5. Fenômenos de corpo. 6. Anorexia. 7. Bulimia.

Tese apresentada ao exame de defesa em 18 de abril de 2011 e submetida à banca examinadora constituída pelos professores:

Professora Dra. Cristiane de Freitas Cunha Grillo

Professor Dr. Ram Avraham Mandil

Professor Dr. Marcelo Frederico Augusto dos Santos Veras

Professor Dra. Maria Elisa Parreira Alvarenga Long

Professor Dr. Jesús Santiago (Coorientador)

Professor Dr. Roberto Assis Ferreira (Orientador)

Departamento de Pediatria

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Saúde da Criança e do Adolescente

Belo Horizonte, 18 de abril de 2011

Universidade Federal de Minas Gerais

Reitor: Professor Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitora: Professora Rocksane de Carvalho Norton

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Professor Ricardo Santiago Gomes

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor: Professor Francisco José Penna

CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA

Coordenador: Professor Manoel Otávio da Costa Rocha

Coordenador da Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente: Professora Ana
Cristina Simões e Silva

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

Chefe: Professora Benigna Maria de Oliveira

Belo Horizonte

Universidade Federal de Minas Gerais

Faculdade de Medicina

2011

Para Fábio e nossos filhos João Gabriel e Lucas

Agradecimentos

A Roberto Assis Ferreira, pela orientação dessa investigação clínica: A imagem corporal. E pela convivência agradável no NIAB - Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia/HC/UFMG e no Setor de Saúde do Adolescente/HC/UFMG. Muito mais que a transmissão do paradigma “Não se trata disso?”, que orientou o eixo clínico dessa investigação, possibilitou-me o regate alegre desse percurso da pediatria à psicanálise.

A Jésus Santiago, pelo entusiasmo e rigor teórico com que transmite a psicanálise e pela orientação dessa investigação iniciada no âmbito do mestrado em psicologia / estudos psicanalíticos, Fafich/UFMG, intitulada: *Duplo: a supremacia do imaginário nos primórdios das elaborações lacanianas sobre a paranoia*, base teórica que fundamenta a investigação clínica sobre a imagem corporal.

Ao Setor de Saúde do Adolescente/HC/UFMG, pelos pacientes encaminhados para atendimento e pela convivência. Em especial, Cristiane de Freitas Cunha, Jorge Pimenta, Márcia Parizzi, Patrícia Guimarães, Solange Miranda, Maria Cândida Marques, Thalita Figueiredo e aos funcionários administrativos.

Aos colegas do NIAB/HC/UFMG, em especial Maria Eugênia e Mônica Schettino Motta, pela partilha da condução de alguns casos. Ao Musso Garcia Greco, pela troca de ideias. E aos que sustentam com o desejo decido a clínica: Ana Raquel Côrrea e Silva, Bernadete de Carvalho, Henrique Torres, Mônica Lima e Paulo Henriques.

A Henrique Oswaldo de Gama Torres, Ram Avraham Mandil e Ana Lydia Santiago, pelo exame de qualificação dessa tese e pelas sugestões e troca de ideias que muito contribuíram para essa redação final.

À Cristiane de Freitas Grillo, Ram Avraham Mandil, Marcelo Frederico Augusto dos Santos Veras, Maria Elisa Parreira Alvarenga Long, Henrique Oswaldo Gama Torres e Monica Assunção Costa Lima pela disponibilidade em participarem da banca examinadora da defesa da presente tese.

Aos colegas do NPPCri - Núcleo de Pesquisa em Psicanálise com Crianças/IPSMMG - Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais e à Escola Brasileira de Psicanálise - MG, pelo espaço de transmissão e de interlocução da psicanálise.

A Ana Lydia Santiago pelo exercício da “Apresentação de enfermos”, no CRIA - Centro de Referência à Infância e Adolescência e no NIPSE - Núcleo de Investigação em Psicanálise e Educação, transmitindo através da prática das entrevistas uma metodologia de construção do caso clínico.

Aos colegas da Sociedade Mineira de Pediatria e da Sociedade Brasileira de Pediatria, em especial Laís Valadares e Valadares e Ricardo Halpern, por possibilitarem minha aprendizagem da articulação possível entre pediatria e psicanálise.

À Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Faculdade de Medicina, Departamento de Pediatria, Doutorado em Ciências da Saúde, Saúde da Criança e do Adolescente - e a cada um dos professores e colegas que tornam possível a existência desse espaço.

À Maria do Carmo Leite Ribeiro, pela leitura cuidadosa da presente tese e pelas sugestões de revisão para a versão final.

Ao Fábio, pela escuta paciente de minhas descobertas. E aos meus filhos João Gabriel e Lucas, pelo interesse, entusiasmo e preocupação vigilante, ao me perguntarem sempre se eu ainda não havia terminado de escrever esta tese. E ao nosso amigo de caminhada Pedro Victor.

Ao eixo de sustentação de meus percursos: minha mãe (*in memoriam*), que ao dar lugar ao meu pai (*in memoriam*) me transmitiu o dom de viver com alegria e o privilégio da convivência com meus irmãos, minhas irmãs e nossos descendentes e agregados.

Por último, a cada paciente, a cada mãe, e a cada sujeito e seu Outro, que no trabalho clínico diário me ensinaram sobre a clínica da imagem corporal, seus fenômenos e sua estrutura.

Retrato

*Eu não tinha este rosto de hoje,
assim calmo, assim triste, assim magro,
nem estes olhos tão vazios,
nem o lábio amargo.*

*Eu não tinha estas mãos sem força,
tão paradas e frias e mortas;
eu não tinha este coração
que nem se mostra.*

*Eu não dei por esta mudança,
tão simples, tão certa, tão fácil:
- Em que espelho ficou perdida a minha
face?*

Cecília Meireles

Resumo

Imagem corporal: uma abordagem clínica

A imagem corporal traduz a relação do sujeito com a castração. A busca irrefreada da perfeição estética do corpo é uma das formas de tentar velar a castração. A tese que se visa demonstrar é de que a linguagem, via os significantes, se inscreve como uma rede simbólica que tem efeitos constitutivos sobre a estrutura da vida psíquica. E esses efeitos da linguagem se manifestam no nível do corpo de forma distinta da estrutura de funcionamento do corpo como organismo. Para fins de estudo e investigação sobre a imagem corporal definem-se quatro eixos teóricos básicos: os dois primeiros - imagem especular e autopunição - constituem elementos de definição do objeto de investigação, aqui proposto, enquanto o terceiro e o quarto - a passagem ao ato e os fenômenos de corpo - se inscrevem como consequências. Este trabalho foi desenvolvido no âmbito da Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Saúde da Criança e Adolescente, da Faculdade de Medicina da UFMG. Elegeu-se como campo de pesquisa clínica o Setor de Saúde do Adolescente¹ e o NIAB,² Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia. Em suma, o que se visa demonstrar são os efeitos das palavras sobre os corpos, a inscrição sobre o corpo como organismo do processo de constituição psíquica do eu e do sujeito, quando se define a estrutura clínica - neurose ou psicose - em casos em que predominam alterações psicopatológicas da imagem corporal.

Palavras-chave: Imagem corporal, Imagem especular, Autopunição, Passagem ao ato, Fenômenos de corpo, Anorexia, Bulimia.

¹ O Setor de Saúde do Adolescente / HC/UFMG realiza atividades assistenciais e de extensão e de formação de recursos humanos. As atividades assistenciais se desdobram em atendimentos individuais e em grupos. O grupo existe há mais de 10 anos e desde 2004 também é um projeto de extensão da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional/UFMG, em parceria com o Setor de Saúde do Adolescente.

² O Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia do Hospital das Clínicas foi fundado em 1999 por profissionais da área médica e psicanalítica do HC/UFMG, para oferecer à comunidade serviço de tratamento dos pacientes que sofrem com sintomas de transtornos alimentares. Referência em Minas Gerais para usuários da rede pública de saúde, o NIAB funciona no Ambulatório Bias Fortes do HC e desenvolve atividades de ensino e pesquisa, afinadas à missão de um hospital-escola.

Abstract

Body image: a clinical approach

The body image translates the relationship of the subject with the castration. The unrestrained search for the body aesthetics perfection is a way to hide the castration. The thesis is aimed to prove that the language, through significant, enrolls as a symbolic network that have a constitution process about the psych life structure. These effect of languages are expressed in a distinct mode than the structure of operation of the body as organism. For purposes of studying and probing into our body image in adolescence, four main theoretical pillars have been defined: the speculate image, self punished, passage to the act and the body phenomena. Speculate image and self punishment are elements that define the object of research proposed in this work, while the third and fourth pillars fall represent in consequences. This research was developed in extent of Post-Graduation in Health Science, Children and Adolescent Health, of UFMG Medicine College. SSA / UFMG, adolescent health sector and the NIAB / UFMG-Research on anorexia and bulimia were chosen as the field of clinical research. The main hypothesis aims to demonstrate what happens at the moment of the subject's psychic constitution when the clinical structure is defined – neurosis or psychosis – in cases where psychopathological changes in body image predominate.

Keywords: Body image, Image speculate, self punishment, passage to the act, phenomena of body, eating disorders, anorexia, bulimia

Lista dos desenhos esquemáticos do Estudo

Desenho esquemático do Estudo 1: Imagem corporal: construção do conceito	23
Desenho esquemático do Estudo 2: Imagem corporal: causalidades	24
Desenho esquemático do Estudo 3: Imagem corporal: consequências	24
Desenho esquemático do Estudo 4: a questão da percepção	36
Desenho esquemático do Estudo 5: caleidoscópio	39
Desenho esquemático do Estudo 6: a escrita possível	43
Desenho esquemático do Estudo 7: variáveis analisadas e construção do conceito	43
Desenho esquemático do Estudo 8: histórico e preliminares da imagem corporal	44
Desenho esquemático do Estudo 9: a questão da imagem corporal	44
Desenho esquemático do estudo 10: a clínica da imagem corporal: fenômenos e estrutura	45
Desenho esquemático do estudo 11: a imagem do corpo na anorexia e bulimia	45
Desenho esquemático do Estudo 12: a imagem corporal e as patologias do ato	46

Lista das tabelas

Tabela 1	Amostra clínica sobre a imagem corporal	52
Tabela 2	Distribuição dos casos por sexo, idade e índices clínicos no NIAB/HC/UFMG	55
Tabela 3	Distribuição dos casos por sexo, idade e índices clínicos no SSA/HC/UFMG	56
Tabela 4	Percurso constitutivo do corpo (Miller, 2004)	108
Tabela 5	O organismo suporta dois corpos distintos (Miller, 2004)	115
Tabela 6	Caso Hortênsia; o percurso de reorganização do corpo	163
Tabela 7	Caso Bê: o percurso de reorganização do corpo	175

Lista dos desenhos produzidos pelos pacientes

Desenho 1	Caso Aj: “Eu e meu pai”	78
Desenho 2	Caso AJ: “Eu e minha mãe”	79
Desenho 3	Caso AJ: “A mãe anjo”	80
Desenho 4	Caso AJ: A construção da figura humana	91
Desenho 5	Caso AJ: AJ e sua mãe	92
Desenho 6	Caso Caleno: a representação de si mesmo e da mãe	157
Desenho 7	Desenho 7: caso Caleno: a escrita espelhada	157
Desenho 8	Caso Gê: 1º tempo do percurso reconstitutivo do corpo	170
Desenho 9	Caso Gê: 2º tempo do percurso reconstitutivo do corpo	170
Desenho 10	Caso Gê: 3º tempo do percurso reconstitutivo do corpo	171

Lista das figuras

Figura 1: A constituição do eu e do sujeito: incidência sobre o sujeito dos significantes do campo do Outro	123
Figura2: Júbilo do reconhecimento da imagem no espelho	125
Figura3: O gozo fálico organiza o corpo	125
Figura 4: O corpo entregue ao gozo em sua totalidade	126
Figura5: A diferenciação entre a imagem do eu e do outro	129

Sumário

Apresentação: estrutura do texto e ordem dos capítulos	20
Introdução	22
1. O objeto de investigação	23
2. Relevância do tema imagem corporal ou justificativa	24
3. Razões pessoais	31
Parte I: A investigação clínica propriamente dita	36
Capítulo 1 - Imagem Corporal a investigação clínica propriamente dita	37
1.1 Pressupostos teóricos básicos que antecederam o modelo de análise	39
1.2 Desenho inicial da investigação	42
1.3 Objetivos	46
1.4 Metodologia	47
1.4.1 Plano geral	47
1.4.2 Material e método	48
1.4.3 Considerações sobre o método	48
1.4.4 Os instrumentos metodológicos utilizados	50
1.5 Resultados da investigação clínica	52
1.6 Discussão	56
Parte II: Fundamentos teóricos e a articulação clínica possível	67
Capítulo 2 - Breve percurso histórico e preliminares da questão da imagem corporal	68
2.1 Caso AJ	74
2.1.1 AJ no discurso do Outro	76
2.1.2 Do sintoma do Outro ao sintoma do sujeito	77
2.1.3 Da posição de objeto à pulsão acéfala	81
2.1.4 A existência do corpo como resultado do processo constitutivo do ser	86
2.1.5 A estrutura incorporada faz o afeto	89
2.1.6 A imagem do Outro e o corpo próprio	90
2.2 O contexto científico que antecede a mudança do saber sobre o corpo	93
2.3 Além do princípio do prazer a vida	97
2.4 Da libido como órgão à pulsão acéfala	100

2.5 O inconsciente e a morte como significante	102
Capítulo 3 - A questão da imagem corporal em psicanálise	102
3.1 Sálmacis	106
3.1.1 Sálmacis no discurso do Outro	106
3.1.2 Do sintoma do Outro ao sintoma do sujeito	110
3.1.3 Da posição de objeto à pulsão escópica	116
3.2 A existência do corpo como resultado do processo constitutivo do ser	118
3.3 A estrutura incorporada faz o afeto	121
3.4 A imagem do Outro e o corpo próprio	122
3.4.1 O estádio do espelho	123
3.4.2 Três tempos do percurso constitutivo do corpo	126
3.4.3 A lógica da castração	128
3.4.4 O corpo é o Outro	131
3.4.5 O olhar do Outro	132
Capítulo 4 - A clínica da imagem especular: fenômeno e estrutura	135
4.1 A psicopatologia da imagem especular	138
4.1.1 O sinal do espelho	142
4.1.2 O Transtorno Dismórfico Corporal	143
4.1.3 A vigorexia	144
4.2 Os transtornos Alimentares	145
4.2.1 Anorexia: “ Não se trata disso”	146
4.2.2 A anorexia	150
4.2.3 A bulimia	151
4.3 A imagem especular e a teoria do Eu na obra de Jacques Lacan	153
4.3.1 Caleno: a polissindactilia e a imagem ortopédica do corpo	155
4.3.2 O conceito do Eu e as modificações do conceito de objeto e fantasia	158
4.4 John João: o duplo na neurose	160
4.5 Wilson Wilian: o duplo na psicose	162
4.6 Além da percepção a questão da estrutura	168

Capítulo 5 - A imagem do corpo na anorexia e bulimia	168
5.1 - O caso Gê	169
5.1.1 Gê no discurso do Outro	171
5.1.2 Do sintoma do Outro ao sintoma de Gê	172
5.1.3 Da posição de objeto à pulsão escópica	173
5.1.4 A existência do corpo como resultado constitutivo do ser	173
5.1.5 A imagem do Outro e o corpo próprio	174
5.1.6 A lógica da castração	174
5.2 O segredo da imagem é a castração	175
5.3 O caso Hortênsia: da passagem ao ato bulímico ao sintoma	175
5.3.1 Do sintoma do Outro ao sintoma de Hortênsia	176
5.3.2 A lógica da Castração	178
5.3.3 Da posição de objeto à pulsão acéfala	179
5.3.4 A existência do corpo como resultado do constitutivo do ser	180
5.3.5 A imagem e o corpo próprio: “ o espelho me condena”	181
5.3.6 O percurso de reorganização do corpo	182
5.4 O caso Bê	182
5.4.1 Bê no discurso do Outro	184
5.4.2 Do sintoma do Outro ao sintoma de Bê	184
5.4.3 Da posição de objeto à pulsão escópica	186
5.4.4 A existência do corpo como resultado do constitutivo do ser	187
5.4.5 A imagem do corpo como tampão da falta de significante do sujeito	189
5.4.6 Da restituição da imagem do corpo à reconstrução de novas parcerias	192
5.4.7 O percurso de reorganização do corpo	194
5.4.8 O belo e a representação do corpo perfeito sem castração	195
5.5 O caso Ismênio	196
5.5.1 A imagem e o corpo próprio	199
5.5.2 A lógica da castração	201
5.5.3 A tentativa de constituição simbólica do outro materno	201
5.5.4 O sintoma como acontecimento de corpo	203
5.5.5 O desencadeamento da psicose e soluções	204
5.5.6 A supremacia da pulsão de morte	209
5.6 “ Não se trata disso”	211

Capítulo 6 - A imagem corporal e as patologias do ato	216
6.1 A imagem corporal como percepção e as teorias da fragilidade do eu	217
6.2 em Lacan o eu é função da imagem	217
6.3 A extração do objeto e os efeitos do significante sobre o corpo	219
6.4 A clínica do ato	221
6.4.1 A passagem ao ato	222
6.4.2 A relação entre passagem ao ato e imagem	224
6.4.3 O <i>acting out</i>	226
6.5 “Paranoia de autopunição”	228
6.5.1 A paranoia nativa do eu	229
6.5.2 Aimée: a paranoia de autopunição e a clínica da <i>folie à deux</i>	230
6.6 Caso BJ: <i>Munchausen</i> por procuração ou <i>folie à deux</i>	234
6.7. <i>Folie à deux</i>	238
6.7.1 O fenômeno do duplo	240
6.8 Observações sobre o par mãe-filha(o) na anorexia mental	241
6.8.1 A dimensão do autocastigo ou da autopunição nas anorexias	243
6.8.2 Para além da imagem e do ato: a questão do feminino na anorexia	245
6.9 A articulação entre clínica da imagem corporal e patologias do ato	248
7 Conclusão: um semblante de argumento	250
Referências bibliográficas	263
Parte III - Anexos: trabalhos publicados ou apresentados em eventos e instrumentos metodológicos	289
Anexo 1: Psicopatologia da imagem corporal: causalidades e consequências	289
Anexo 2: Resumo; Psicopatologia da imagem corporal na adolescência: causalidades e consequências	305
Anexo 3: Relato de caso: <i>Munchausen</i> por procuração ou <i>Folie à deux</i> à luz da psicanálise	306
Anexo 4: O estudo de caso como metodologia de pesquisa em Saúde Mental	308
Anexo 5: Pareceres de autorização da investigação e aprovação pelo Comitê de ética e pesquisa	309
Anexo6: Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para participação em pesquisa de acordo com faixa etária (Resolução CNS 196/96)	313
Anexo 7: Escalas de avaliação de imagem corporal e de transtornos alimentares	319

Nome do arquivo: 18 04 2011 PRE TEXTUAIS
Diretório: E:\FINALMENTE\25 03 11 TESE FINAL
Modelo: C:\Users\xx\AppData\Roaming\Microsoft\Modelos\Normal.d
otm
Título: Ana Maria Costa da Silva Lopes
Assunto:
Autor: Fabio
Palavras-chave:
Comentários:
Data de criação: 25/03/2011 11:12:00
Número de alterações: 11
Última gravação: 26/03/2011 20:27:00
Salvo por: xx
Tempo total de edição: 112 Minutos
Última impressão: 26/03/2011 20:42:00
Como a última impressão
Número de páginas: 19
Número de palavras: 2.752 (aprox.)
Número de caracteres: 14.863 (aprox.)

Apresentação: estrutura do texto e ordem dos capítulos

Este trabalho está estruturado em três partes. A Parte I, logo após a Introdução, está dedicada à investigação clínica propriamente dita e trata diretamente da questão da imagem corporal na perspectiva da abordagem clínica (Capítulo 1). Em termos cronológicos, esta parte foi escrita após o exame de pré-defesa ou qualificação da tese, visando apresentar, sobretudo, os resultados da investigação clínica. A Parte II, denominada Fundamentos Teóricos e a articulação clínica possível, trata da construção dos conceitos teóricos articulados ao contexto clínico e foi redigida em dois momentos: inicialmente, a construção do arcabouço conceitual fundamental e, no segundo momento, a articulação dos marcos teóricos aos casos clínicos construídos no decorrer da investigação. A Parte III contém os anexos, estudos realizados ao longo do desenvolvimento do trabalho, mas em estreita relação com ele. O primeiro¹ destes estudos foi publicado na íntegra em revista periódica. Os Anexos 2,² 3³ e 4⁴ foram publicados como resumos em periódicos e também apresentados em mesas-redondas de eventos médicos. Cada uma das partes está dividida em capítulos. A Introdução, situada antes da Parte I, tem o objetivo de mostrar os caminhos metodológicos do estudo.

Ao longo da Parte II, a construção dos conceitos teóricos se articula aos casos clínicos. Houve dúvidas em preservar o capítulo intitulado “Históricos e preliminares da

¹ LOPES, Ana Maria Costa da Silva; SANTIAGO, Jésus; FERREIRA, Roberto Assis. Psicopatologia da imagem corporal: causalidades e consequências. *Mental*, Barbacena, v. 6, n. 11, p. 35-52, dez. 2008.

² LOPES, Ana Maria Costa da Silva; SANTIAGO, Jésus; FERREIRA, Roberto Assis. Psicopatologia da imagem corporal na adolescência causalidades e consequências. *Revista Médica de Minas Gerais*. Vol. 19, n. 1, p. 37. Suplemento 1. jan.-mar. 2009. Anais. Resumo.

³ LOPES, Ana Maria Costa da Silva; SANTIAGO, Jésus; FERREIRA, Roberto Assis. Relato de caso: *Munchausen* por procuração ou *folie à deux* à luz da psicanálise. *Revista Médica de Minas Gerais*, vol. 19, n. 1, suplemento 1, p. 65 jan.-mar. 2009. Anais. Resumo.

⁴ LOPES, Ana Maria Costa da Silva; SANTIAGO, Jésus; FERREIRA, Roberto Assis. O “Estudo de caso” como metodologia de pesquisa em saúde mental. *Revista da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro*, vol. 11, n. 4, p. 86, 2008. Resumo.

questão da imagem corporal” (Capítulo 2), mas este foi mantido, após ser reestruturado visando uma linguagem mais clara, pois esse ensaio possibilitou a compreensão atual que tenho do tema da imagem corporal em psicanálise e fundamentou a construção dos conceitos teóricos que definem o objeto de estudo. Nessa perspectiva, definiram-se para fins de estudo e investigação sobre a imagem corporal quatro eixos teóricos básicos: a imagem especular, a autopunição, a passagem ao ato e os fenômenos de corpo. Ao longo dos capítulos esses conceitos são demonstrados através da articulação teórico-clínica. Inicialmente, apresento “a questão da imagem corporal em psicanálise” (Capítulo 3) e, em seguida, “a clínica da imagem especular: fenômeno e estrutura” (Capítulo 4), “a imagem do corpo na anorexia e bulimia” (Capítulo 5) e a “imagem corporal e as patologias do ato” (Capítulo 6), sendo que os marcos conceituais, por estarem articulados aos casos clínicos, surgem em momentos diferentes ao longo dos capítulos. Por exemplo, no relato de um caso de anorexia é possível localizar a causalidade da questão da imagem corporal através dos conceitos de imagem especular e autopunição e, também, o campo das consequências que inscreve a clínica da passagem ao ato e os fenômenos de corpo. As referências bibliográficas são apresentadas em duas partes, as gerais e as específicas de cada capítulo, as quais fundamentaram a construção teórico-clínica desta tese.

Introdução

De repente nasci, isto é, senti necessidade de escrever. Nunca pensara no que podia sair do papel e do lápis, a não ser bonecos sem pescoço, com cinco riscos representando as mãos.

Andrade, Carlos Drummond de. 1951 [1981]

A imagem do corpo traduz a relação do sujeito com a castração. A busca irrefreada da perfeição estética do corpo é uma das formas de tentar velar a castração, que por vezes se apresenta como o sentimento de estranheza em relação ao próprio corpo e que define uma série de sintomas aqui denominados como clínica da imagem corporal. A tese que se visa demonstrar é de que a linguagem pela via dos significantes se inscreve como uma rede simbólica que tem efeitos constitutivos sobre a estrutura da vida psíquica. E esses efeitos da linguagem se manifestam no nível do corpo de forma distinta da estrutura de funcionamento do corpo como organismo.

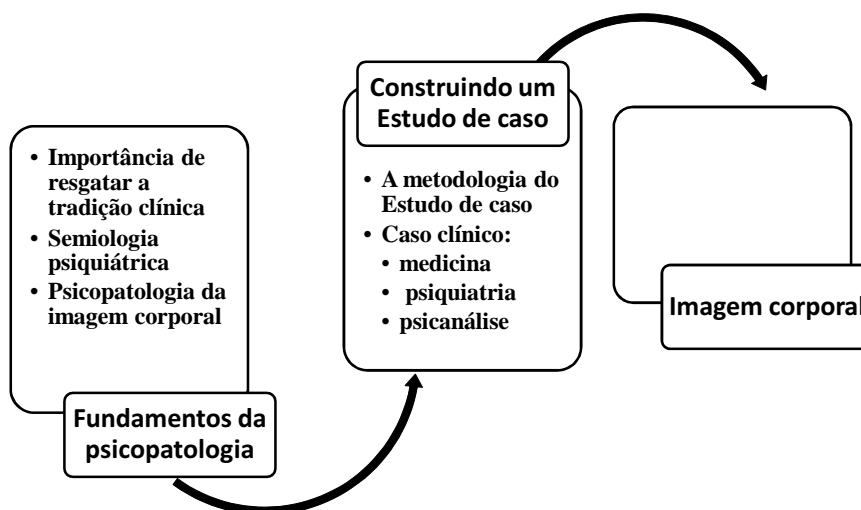
Para fins de estudo e de investigação sobre a imagem corporal, a hipótese principal que, aqui, se visa demonstrar é o que ocorre ao longo do processo de constituição psíquica do sujeito quando se define a estrutura clínica – neurose ou psicose – em casos nos quais predominam alterações psicopatológicas que possam ser elevadas à categoria de índices clínicos das causalidades e consequências do objeto de estudo: imagem corporal. Nessa perspectiva, definem-se, então, quatro eixos teóricos básicos: a imagem especular, a autopunição, a passagem ao ato e os fenômenos de corpo. Os dois primeiros – imagem especular e autopunição – constituem elementos de definição do objeto de investigação, aqui proposto, enquanto o terceiro e o quarto se inscrevem como consequências.

1. O objeto de investigação

O ponto central – imagem corporal – contempla a linha de pesquisa teórico-clínica e a ênfase deste estudo se organiza em torno da evolução conceitual da problemática da constituição do eu e do sujeito articulada à investigação clínica.

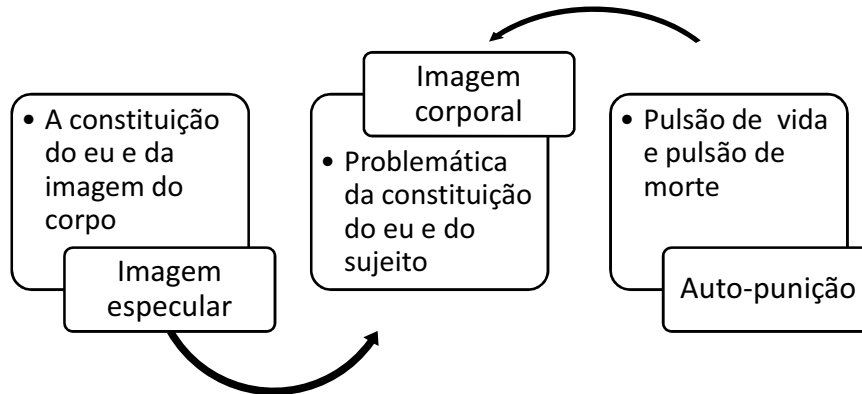
Apresentamos, a seguir, os desenhos esquemáticos do estudo, visando melhor elucidar nosso objeto de investigação: imagem corporal.

Imagem corporal: construção do conceito



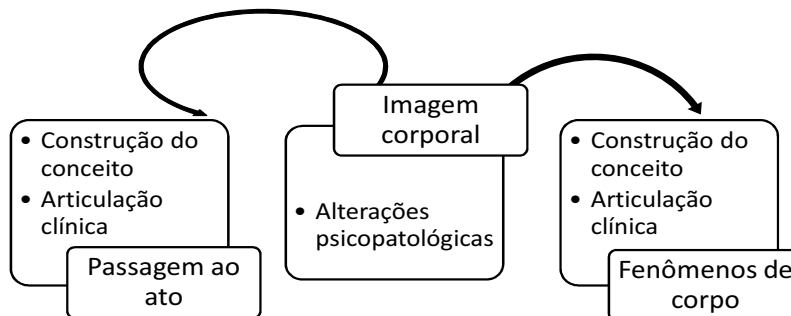
Desenho esquemático do Estudo 1: Imagem corporal: construção do conceito

Imagem corporal: causalidades



Desenho esquemático do Estudo 2: Imagem corporal: causalidades

Imagem corporal: consequências



Desenho esquemático do Estudo 3: Imagem corporal: consequências

2. Relevância do tema imagem corporal ou justificativa

A imagem corporal tem sido objeto de estudos e debates motivados pelo aumento progressivo de casos, sobretudo de anorexias e bulimias. Vários pesquisadores

correlacionam a percepção da imagem corporal com o estado nutricional e com características sociodemográficas. Os instrumentos de pesquisa mais utilizados são as escalas de avaliação, tais como a de Nove silhuetas de Stunkard, Teste de Atitudes Alimentares e a avaliação da imagem corporal pelo Questionário de Imagem Corporal (Anexo 7). Visando demonstrar a concordância entre imagem corporal e estado nutricional e a frequência de práticas extremas para a redução de peso, as escalas de avaliação são correlacionadas com o cálculo de Índice de Massa corporal (IMC) efetuado pela fórmula ($\text{peso}/\text{estatura}^2$) como parâmetro do estado nutricional. Porém, verifica-se que é baixa a concordância entre o estado nutricional e a percepção da imagem corporal e que as atitudes de controle de peso ocorrem de forma frequente mesmo em indivíduos com estado nutricional adequado (CASTRO, 2010; TRIBESS, 2010). Do ponto de vista socioeconômico, alguns trabalhos indicam uma tendência dos estudantes das classes mais altas a apresentarem insatisfação pela magreza, buscando práticas que aumentem a massa muscular. Por outro lado, nas classes menos favorecidas observa-se a insatisfação pelo excesso de peso (PEREIRA, *et al.*, 2009).

No geral, a insatisfação com a imagem corporal é avaliada por meio da diferença entre a figura real e a idealizada e pode influenciar comportamentos alimentares (ALVARENGA; PHILIPPI *et al.* 2010). Nessa mesma linha de análise, 1.148 crianças foram avaliadas pelos instrumentos de pesquisa (Anexo 7), identificando a prevalência de sintomas de Anorexia Nervosa em 15,6% e de insatisfação com a imagem corporal em 18,8 % (ALVES; VASCONCELOS, 2008).

Nessa perspectiva evidencia-se um grande esforço em definir um perfil epidemiológico dos transtornos alimentares e correlacioná-los à questão da imagem corporal, seja na população geral, seja em grupos considerados como de risco, tais como as bailarinas, em que a necessidade em manter o peso adequado para a atividade

profissional e a busca da imagem corporal ideal ocasionam maiores níveis de insatisfação e distorção da imagem corporal (HAAS; GARCIA *et al.*, 2010), que influenciam comportamentos de risco para transtornos alimentares (RIBEIRO; VEIGA, 2010). Os pesquisadores incluem, nesse grupo de risco, também as estudantes de Psicologia, Educação Física e de Nutrição e consideram que suas futuras práticas profissionais possam vir a ser comprometidas nos casos em que os mesmos sejam portadores de transtornos alimentares ou da imagem corporal.

Nesse sentido, verificaram-se os seguintes percentuais para comportamentos alimentares de risco em estudantes de Psicologia (26,9%) (BOSI; UCHIMURA *et al.*, 2009) e de Educação Física (26,29%) (BOSI; UCHIMURA *et al.*, 2008). Entre os estudantes de Nutrição, os resultados encontrados foram semelhantes, evidenciando que o ideal do corpo magro imposto pela sociedade prevalece, pois mulheres com peso adequado apresentaram insatisfação com sua imagem corporal, desejando alterá-la para se adequar aos padrões sociais (BOSI; MORGADO *et al.*, 2006). Embora, Fiates e Salles sugeriram que indivíduos que apresentam preocupação com seu peso e imagem corporal costumam fazer a escolha por área de estudo correlata, em função, justamente, desse interesse pessoal anteriormente manifesto (FIATES; SALLES, 2001), considero mais prudente afirmar que a preocupação com a imagem corporal frequentemente se evidencia na busca do ideal do corpo magro, sobretudo em jovens, faixa etária predominante entre as universitárias. Pois, um estudo multicêntrico avaliou 2.402 universitárias do sexo feminino nas cinco regiões do país em relação à insatisfação com a imagem corporal por meio da diferença entre a figura real e a idealizada, demonstrando que 64,4% gostariam de ser menores do que sua figura atual, representada pelos esquemas corporais dos instrumentos de avaliação utilizados.

Mesmo estudantes eutróficas escolheram a figura idealizada menor do que sua figura real (ALVARENGA; PHILIPPI *et al.*, 2010).

Desse modo, nas duas últimas décadas, a busca do ideal do corpo magro reflete no rápido aumento do número de academias de ginástica, o que motivou alguns pesquisadores a analisarem os motivos para a prática de atividade física e sua relação com a imagem corporal em adultos frequentadores de academia. Verifica-se que as mulheres com excesso de peso apresentam maior insatisfação com a imagem corporal, mas o motivo mais importante para a prática de atividades físicas é a preocupação com a saúde e a aptidão física, e a insatisfação com a imagem corporal parece estar mais associada a aspectos relacionados com o bem-estar do que com a condição física, propriamente dita (FERMINO; PEZZINO *et al.*, 2010). Esses dados coincidem com o observável na prática clínica, pois em sua maioria os pacientes com transtornos alimentares utilizam-se muito mais das práticas purgativas ou restritivas do que da prática de exercícios físicos.

Essa busca irrefreada do ideal do corpo magro reflete no aumento de casos de transtornos alimentares e no interesse de pesquisadores pelo tema, tanto em nível internacional como nacional, sendo que a maioria das publicações atuais utiliza-se da referência teórico-clínica da psiquiatria descritiva e dos behavioristas, que definem a gênese da imagem corporal como uma alteração de natureza perceptiva. Isto é o que se pode verificar na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS),⁵ que fornece dados em cooperação com o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da

⁵ BVS – Biblioteca Virtual em Saúde é, atualmente, uma rede de gestão da informação, intercâmbio de conhecimento e evidência científica em saúde, que se estabelece por meio da cooperação entre instituições e profissionais na produção, intermediação e uso das fontes de informação científica em saúde, em acesso aberto e universal na Web. Consolidada como estratégia de cooperação técnica em informação científica em saúde na região da América Latina e Caribe e extensível a outras regiões em desenvolvimento, a BVS é promovida e coordenada pela Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde por meio do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME/OPAS/OMS).

Saúde, também conhecido pelo seu nome original Biblioteca Regional de Medicina (BIREME).⁶ Definindo-se como expressão de busca, somente no título das publicações, o termo “imagem corporal” e realizando a busca em todas as fontes, encontramos 108 publicações, sendo 97 artigos nacionais, 8 teses, 2 terminologias e 1 monografia, sendo que a questão da imagem corporal é o assunto principal de 69 desses trabalhos. Verifica-se, então, o aumento considerável de publicações, sobretudo na última década: em 1991, havia sido publicado 1 artigo, 4 artigos em 2001 e 19 publicações em 2010.

A maioria desses trabalhos considera a imagem corporal como um construto multidimensional que engloba percepções e atitudes em relação ao corpo, por meio de pensamentos, sentimentos e comportamentos, especialmente, mas não exclusivamente em relação à aparência física. Segundo a perspectiva cognitivo-comportamental há dois componentes que integram o construto imagem corporal: a avaliação da imagem corporal por meio da satisfação e insatisfação com o próprio corpo, incluindo as crenças sobre o mesmo e o investimento em relação à imagem corporal, por meio dos aspectos cognitivos, comportamentais, e pela importância afetiva dada ao corpo pela autoavaliação (CASH; PRUZINSKY, 2002).

Retornando aos dados da pesquisa realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), dos 108 artigos, somente 10 tentam investigar de forma mais direta a etiologia ou as causalidades das alterações da imagem corporal. Sendo que quatro deles articulam distorções de imagem corporal e grupos de risco: atletas de judô (VIEIRA; OLIVEIRA *et al.*, 2006), bailarinos profissionais (RIBEIRO *et al.*, 2010), estudantes de Nutrição, Psicologia e Educação Física (BOSI *et al.*, 2006, 2008, 2009). Tribess e Virtuoso correlacionam a etiologia das discrepâncias na imagem corporal com o estado

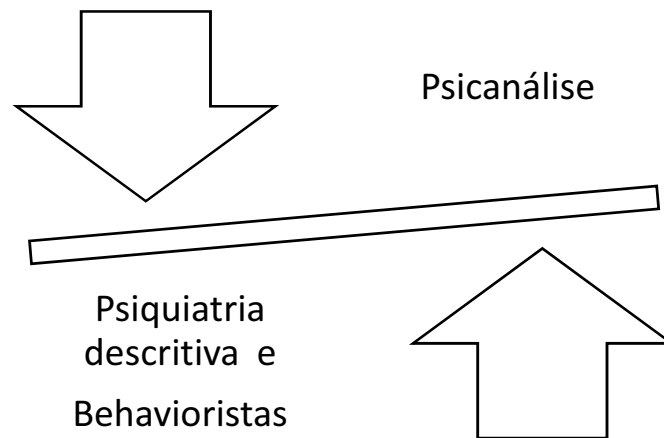
⁶ BIREME é um centro especializado da Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) orientado à cooperação técnica em informação científica em saúde. A sede da BIREME está localizada no Brasil no campus central da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) desde a sua criação em 1967, segundo acordo da OPAS com o Governo do Brasil.

nutricional (TRIBESS; VIRTUOSO JUNIOR; PETROSKI, 2010) e, Kanno e colaboradores, com o tipo de dieta (KANNO; RABELO; MELO; GIAVONI, 2008).

Nessa mesma perspectiva, verificam-se, também, pesquisas que correlacionam a anorexia nervosa (ALVES *et al.*, 2008) e a compulsão alimentar periódica (CIORLIN *et al.*, 2009) com a causalidade das distorções da imagem corporal que ocorrem com frequência nesses transtornos alimentares. Dentre esses 10 artigos que investigam a questão da etiologia está o “Psicopatologia da imagem corporal: causalidade e consequências” apresentado pela autora do projeto de investigação que fundamenta a presente tese (LOPES; SANTIAGO; FERREIRA, 2008).

A análise do perfil das investigações atuais sobre imagem corporal nos permite afirmar que a psiquiatria descritiva e os behavioristas tratam a questão da imagem corporal do ponto de vista de uma alteração perceptiva, e a psicanálise, por sua vez, considera que o processo constitutivo da imagem corporal se correlaciona com os efeitos do que se inscreve como campo simbólico e imaginário no processo constitutivo do sujeito e do eu. Essa diferença de perspectivas teóricas pode ser representada pelo seguinte desenho esquemático do estudo:

A questão da percepção



Desenho esquemático do Estudo 4: a questão da percepção

Em suma, há um consenso entre os pesquisadores em relação à complexidade do tema e não é por acaso que o momento atual de investigação do tema imagem corporal é marcado por tentativas de definição do perfil epidemiológico. É importante destacar que esses estudos ressaltam a importância de investigações sobre tratamentos possíveis e causalidades. Nesse sentido, considero que esta tese demonstra uma investigação fundamentada na clínica psicanalítica, sem a pretensão de fechar-se em si mesma, mas de propiciar um diálogo possível com os outros campos de pesquisa sobre esse instigante tema.

A hipótese principal que se visa demonstrar é que a imagem corporal articula-se ao processo constitutivo da vida psíquica, a constituição do eu e do sujeito, delimitando um campo de causalidades e consequências verificáveis a partir de índices clínicos que se fazem presentes nas novas formas de sofrimento psíquico: tais como as anorexias, as bulimias, os transtornos dismórficos corporais, entre outros. Enfim, para a psicanálise a

clínica da imagem corporal não se fundamenta a partir de alterações puramente perceptivas definidas por fatores sociais, culturais e biológicos.

3. Razões pessoais

Era uma noite de janeiro, no pequeno quarto de plantão médico, onde trabalho como pediatra intensivista de um Centro de Tratamento Intensivo – CTI – de um hospital público. No hospital, quantas mudanças do espaço físico nos últimos 17 anos, sobretudo a melhoria dos avanços tecnológicos que nos permitiram uma mais adequada quantificação e monitorização de nossas crianças graves, gravíssimas, estáveis ou instáveis, com bom prognóstico e com prognóstico reservado. Certamente, foi ali, na prática clínica com crianças em risco de morte, que nasceu em mim a necessidade de lapidar a angústia que me possibilitou a habilidade de escrever, de transmitir a experiência vivenciada a partir da clínica pediátrica com pacientes graves e da clínica psiquiátrica, também com pacientes graves, porém pacientes com gravidades diferentes. Porém, há um ponto em comum entre esses pacientes: é a possibilidade de colocarem em evidência, no caso a caso, o campo da pulsão de morte e da pulsão de vida.

O que posso dizer sobre isso: “pacientes graves, mas pacientes com gravidades diferentes”. Evidencia-se aí a dimensão paradoxal da clínica médica, pois a prática médica intensivista exige que o médico acredite que seu objeto de intervenção é o corpo como organismo, o corpo anatômico, quantificável, que se mantém vivo através de um complexo mecanismo de homeostase. É sobre esse corpo-organismo que iremos intervir. O médico, na prática com anoréxicas graves, também é convocado a ocupar posição semelhante ao do intensivista. Por outro lado, frequentemente me deparo com os questionamentos de meus colegas médicos: “será que a mãe vai querer levar para a casa o bebê que nasceu dentro do vaso sanitário, ou o bebê com malformações

múltiplas, que nós tanto investimos em salvar e manter vivo?” Inscreve-se aí a dimensão do desejo.

Paradoxalmente, o ato médico em casos de emergência e de urgência clínica exige uma prontidão de ação. Nessas situações, a intervenção médica se sobrepõe à questão do desejo, em nome da vida. O rigor exigido pela habilidade técnica precisa e imediata, de uma forma ou de outra, mobiliza angústias nos profissionais que atuam nesses serviços. E, inúmeras vezes, os pacientes nos surpreendem em relação às respostas clínicas ao tratamento. Como exemplo, pacientes com scores clínicos de risco de morte altíssimos, que definem um prognóstico reservado, por vezes, respondem de forma extremamente satisfatória ao tratamento. Ao contrário, outros com bons prognósticos, às vezes evoluem para a morte, a despeito de todo aparato e rigor técnico. Inscreve-se, assim uma clínica em que algo escapa, evidencia-se, de forma insistente, a questão do desejo, que define um estatuto diferente das bases anatômicas e biofísicas do puro organismo. Enfim, o que é o corpo vivo?

Nessa perspectiva, percebemos o avanço dessas discussões. Nossas unidades de terapia intensiva abriram suas portas para a presença de psicólogos, assistentes sociais, dos comitês de ética, que de uma forma ou outra permitem o tratamento inicial da angústia suscitada pela abordagem de pacientes em situação de risco de morte, colocando em evidência que o corpo vivo não é somente o organismo.

Ao longo desses anos, me deparei com situações peculiares na solidão de um quarto de plantão, tal como no momento em que estava vivenciando a inércia pós-exame de pré-defesa desta tese; ressoava de forma insistente em meus pensamentos a demanda, um convite ou convocação dos orientadores de minha investigação de que eu pudesse exercer um pouco a prática da enunciação. Confesso que fui lançada em um estado de paralisação, pois é muito mais fácil o exercício acadêmico de uma escrita do

que a enunciação de uma experiência. Porém, de repente uma colega de trabalho me disse que estava lendo os livros *Alice no país das maravilhas* e *Através do espelho e o que Alice encontrou por lá*. De maneira estranha, fiquei tão surpresa com o título do livro, como se eu nunca tivesse ouvido ou lido a história de Alice. Desejei que ela imediatamente me deixasse percorrer as páginas do livro, mas ela manteve consigo o livro de Alice, como se portasse um objeto precioso.

Então, diante da decepção de não ter acesso imediato às aventuras de Alice, resolvi buscar um pouco das minhas lembranças tão distantes. Afinal, me sentia um pouco sem criatividade e cansada tal como Lewis Carroll descreve Alice que estava ali, sentada ao lado da irmã na ribanceira, sem ter o que fazer. Ela espiava as páginas do livro que a irmã lia e pensava: para que serve um livro sem figuras e sem diálogos? Alice refletia com seus botões, pois o calor a fazia se sentir sonolenta e burra; o que a fez levantar-se subitamente foi a curiosidade provocada pela visão de um coelho com bolso de colete e com relógio. Alice entra na toca do coelho movida pela curiosidade e irá vivenciar as mais estranhas transformações de sua imagem, somente ao final da estória é que descobrimos que Alice estava sonhando.

Lembrei-me de minha infância, pois Alice sempre me remetia à possibilidade mágica da transformação da imagem do corpo. Eu sempre ficava encantada ao imaginar que uma criança podia passar por experiências tão assustadoras diante do espelho, tais como aquelas salas nos parques de diversões em que, ao percorrermos o túnel dos espelhos, vivenciamos, na infância, as mais engraçadas e assustadoras transformações da imagem do corpo.

Tal como Alice entrou por curiosidade na toca do coelho, eu também muito jovem fiz uma escolha decidida pelo estudo da medicina, minha motivação era a curiosidade, era o desejo de saber o que acontece no nível dos arranjos genéticos que

define as mais variadas apresentações fenotípicas do corpo humano. No ensino médio estudei de forma atenta a disciplina de genética, entendi um pouco dessas diferenças que se inscrevem na superfície dos corpos como heranças autossômicas, recessivas ou dominantes. Depois, na Faculdade de Medicina, as aulas de genética pareceram, inicialmente, responder as minhas questões, mas certamente, não por acaso, ao escolher na prática médica a assistência a crianças e adolescentes não descreditei da genética; ao contrário assisti, na última década do século XX, aos seus avanços e às suas promessas, mas a resposta não estava nem na genética nem na medicina.

Então, recorro novamente a Alice para transmitir minha descoberta de que as diferenças anatômicas que definem as características orgânicas e nossa imagem fenotípica não é de forma isolada o que podemos definir como imagem corporal e que as respostas de cada sujeito a essas questões fundamenta-se no processo constitutivo da vida psíquica. Alice diante da transformação de sua imagem se interroga: “Ah quem sou eu? Mas, se não sou a mesma, a próxima pergunta é: Afinal de contas quem sou eu? Ah este é o grande enigma!” (CARROLL, 1865 [2010], p. 15). Novamente Alice ao se encontrar com o mosquito irá se interrogar “Por que as coisas têm nome?” E ao se esquecer de seu próprio nome se interroga: “E agora, quem sou eu?” (CARROLL, 1865 [2010], p. 198, 204). Alice nos demonstra dois pontos fundamentais em relação às suas vivências nas alterações da imagem do corpo: primeiro, as várias alterações de sua imagem a remetem a questão sobre o “eu”, e num segundo momento Alice, diante da impossibilidade de ser nomeada, ao esquecer seu próprio nome, irá novamente se interrogar: “Quem sou eu?” Esses dois pontos são fundamentais para a tese que aqui se visa demonstrar de que a linguagem via significantes, que é a possibilidade de sermos nomeados pelo outro, se inscreve como uma rede simbólica que tem efeitos constitutivos sobre a vida psíquica. Esses efeitos da linguagem se manifestam no nível

do corpo de forma distinta da estrutura de funcionamento do corpo como organismo.

Parte I: A investigação clínica propriamente dita

Capítulo 1

Imagem corporal: a investigação clínica propriamente dita

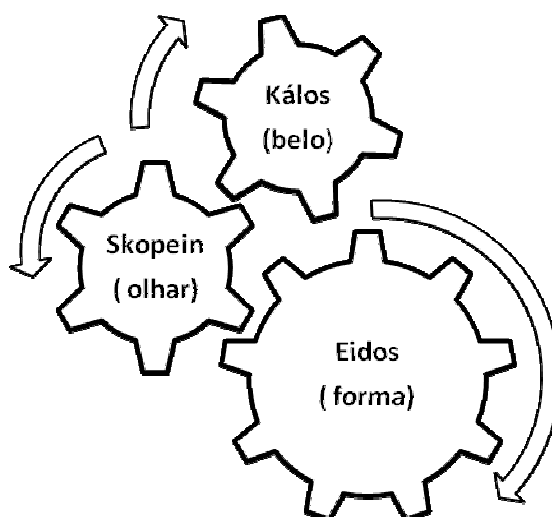
Para fins de estudo da questão da imagem corporal elegeu-se um universo de casos clínicos, sob os quais se supôs existir a presença de sintomas corporais articulados à causalidade psíquica. Define-se, assim, uma amostra através da qual se visa demonstrar a dimensão particular de cada caso, que se articula a um ponto em comum: a problemática da imagem corporal.

Este estudo se desenvolveu no âmbito do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, tendo como método de investigação o “estudo de casos” articulado às referências teóricas que definem o objeto de estudo: imagem corporal. Elegeu-se a psicanálise como eixo de articulação do saber possível de ser construído a partir da clínica médica e da psiquiatria. Sabe-se que a psicanálise é o percurso através do qual Freud descobre a experiência do inconsciente e transmite a importância de se percorrer um saber teórico já estabelecido, para que se possa demonstrar e tornar transmissível o real da clínica, como forma de resposta à exigência do discurso científico.

A investigação foi aprovada pelo COEP – Comitê de Ética em Pesquisa –, nº do protocolo de aprovação no CEP: CAAE - 0144.0.203.000-0, e pautou-se pela construção de uma questão norteadora do eixo clínico-teórico: O que é o corpo na perspectiva da vida psíquica? O que é imagem corporal? A hipótese a ser demonstrada é a de que sintomas orgânicos graves articulam-se, por vezes, à expressão do corpo como linguagem, e em

tais casos o ato médico isoladamente não alcança efeitos terapêuticos eficazes. A ênfase da investigação é a questão da imagem corporal e não uma discussão sobre a eficácia ou o lugar da medicina e o lugar da psicanálise na abordagem desses casos. Sendo assim, estabeleceu-se a condução clínica de uma investigação que propõe seguir as premissas éticas do manejo da transferência, visando ter acesso às formações do inconsciente que dão forma e fazem marcas na superfície do corpo biológico, sob o qual se pode obter a cada novo olhar, (des)encontro de uma nova e surpreendente imagem. Corpos emoldurados por formações sintomáticas que desfilam tal como um jogo de imagem e linguagem, uma série de sentidos e (des)sentidos, que por vezes, não é possível capturar.

Para fins de transmitir o resultado da investigação proposta, seria possível seguir vários caminhos, inclusive o de eleger um único caso e torná-lo o eixo em torno do qual se articulariam as descobertas teóricas motivadas pela clínica. Porém, considerando a riqueza evidenciada a partir de cada caso, convido-o, caro leitor, a um passeio com o auxílio de um caleidoscópio; aquele artefato óptico que consiste num pequeno tubo cilíndrico no fundo do qual há pequenos pedaços coloridos de vidro ou de outro material, cuja imagem é refletida por espelhos dispostos ao longo do tubo, de modo que, quando se movimenta o tubo ou esses pedaços, formam-se imagens coloridas múltiplas, em arranjos simétricos. Aqui, por analogia, esse pequeno tubo cilíndrico contém os pedaços coloridos de vidro ou de outro material e cada um desses pedaços representa um caso clínico – que via manejo da transferência foi possível construir e permitiu a leitura de imagens múltiplas tendo como foco principal o objeto de estudo: imagem corporal.



Desenho esquemático do Estudo 5: caleidoscópio

Nesse sentido, é importante resgatar a etimologia de caleidoscópio, do grego *Kálos* “belo” + *eidos* “forma” + *skopein* ‘olhar’ (HOUAISS, 2009). Introduz-se, assim, a dimensão do belo e do olhar que incidem sobre o corpo, produzindo imagens em constante mutação.

1.1 Pressupostos teóricos básicos que antecederam o modelo de análise

A formulação de uma teoria preliminar relacionada ao tópico de estudo é essencial, pois facilita a fase de coleta de dados, mas também é o veículo principal para a generalização dos resultados e expõe as condições sob as quais é provável que se encontre um fenômeno em particular. A teoria permite a generalização a casos novos, de forma a ser de ordem prática e não apenas acadêmica (YIN, p. 49-54, 69, 2005).

Para a psicanálise, a problemática da imagem corporal revela a supremacia do imaginário na clínica contemporânea. O termo “imaginário” designa o registro psíquico correspondente ao eu do sujeito, cujo investimento libidinal é designado por Freud de narcisismo. O imaginário é um dos grandes temas do ensino lacaniano que irá representar a relação imaginária como especular e narcísica. E, será a tópica do

imaginário que permitirá a Lacan a conceituação da identificação especular na formação primordial do eu, ponto inicial do desenvolvimento teórico e clínico de retorno a Freud.

Na perspectiva dos pressupostos teóricos básicos a questão da imagem corporal é significativo observar que quando se verifica a prevalência de sintomas absolutamente associados à falência dos grandes ideais: o sujeito busca a identidade pessoal, centrada na imagem de si mesmo, que está marcada, por vezes, pelo lugar que cada sujeito ocupa no desejo dos pais. Então, podemos dizer que não só se tem uma identidade, mas se é sujeito de uma identidade, já que, enquanto produto de uma sucessão de identificações, ela tem necessariamente um caráter imaginário. Nesse sentido, a busca de identificações, sobretudo, na adolescência, define parcerias imaginárias e soluções sintomáticas que, por vezes, encontram explicações no campo da psicanálise. Tal como as parcerias sintomáticas não dialtizáveis entre adolescentes, a busca de ideais identificatórios que fundamentam os comportamentos de grupos, as parcerias patológicas entre mãe e filho (a), os comportamentos agressivos, os atos impulsivos. Por outro lado, os fenômenos de corpo tornam-se observáveis, sobretudo, nas situações em que predominam o sentimento de estranheza em relação ao próprio corpo.

Verifica-se, assim, uma série de fenômenos clínicos frequentes que definem os seguintes marcos teóricos: imagem especular e autopunição, passagem ao ato e fenômenos de corpo, investigados do ponto de vista conceitual com ênfase na constituição do eu e do sujeito. Esses marcos delimitam o que, aqui, denominamos de clínica da imagem corporal.

Nesse eixo teórico – imagem corporal –, é importante assinalar que uma das referências básicas a partir da qual iremos acompanhar as elaborações de Lacan que permitem a articulação clínica da investigação proposta é o artigo intitulado “O estádio do espelho como formador da função do Eu”. Nesse artigo, Lacan estabelece os

parâmetros subjetivos da constituição do eu e suas condições de alteridade, em sua apresentação no Congresso de Marienbad, em 1932. O psicanalista consolida o conceito de estágio do espelho com base nas referências de Wallon – jogo de alternância, fenômeno de transitivismo. Fundamentam-se a invenção do estágio do espelho e a distinção entre o imaginário e o simbólico.

Nessa linha de análise, verifica-se, então, que Freud já havia tratado, de forma lateral, a questão da imagem no espelho, em dois textos: “O estranho” (1919) e “Além do princípio do prazer” (1920). Neste último, como anexo ao jogo do *fort da*, acrescenta, como nota de rodapé, a questão da percepção pela criança de sua imagem no espelho, relacionando o jogo e a imagem com a descoberta de um método pela criança de fazer desaparecer a si mesmo (FREUD, 1920, p. 27). Segundo Freud (1914), o que se ama é, na verdade, uma imagem de si mesmo.

O estágio do espelho resume-se no processo pelo qual o bebê assume a imagem de seu corpo como sua, ou seja, identificando-se com ela. O bebê fica capturado por essa imagem – momento fundamental para a constituição do eu, que não existe desde o nascimento, mas é constituído num determinado tempo lógico, em que a criança não se vê mais aos pedaços e, sim, como uma unidade. Na verdade, é uma construção, uma invenção necessária, pois o que realmente existe é o vazio deixado pela mãe, que é tamponado por algo.

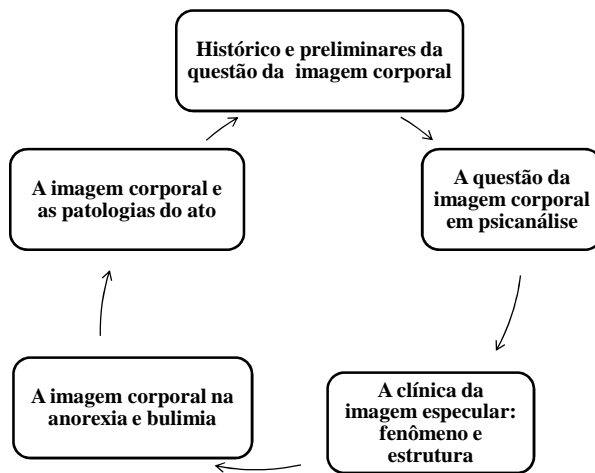
Nesse sentido, Freud isola a noção de imagem, tendo como ponto de partida o artigo “O estranho” (FREUD, 1919), que apresenta o problema da representação do eu e a imagem do duplo. Tanto Freud como, posteriormente, Lacan referem-se à obra de Otto Rank – *Don Juan et le double* (1914) –, em que o autor introduz os conceitos de imagem especular, duplo especular e identificação com a irmã. A insuficiência da concepção psiquiátrica permitirá a Lacan elaborar os primórdios do imaginário, tendo a

paranóia na categoria de *folie à deux*, a qual se destaca como modelo metodológico a partir do qual se evidencia a possibilidade de distinção das interferências da constituição das relações primordiais entre a mãe e a criança, definindo a estruturação psíquica do eu e do sujeito.

1.2 Desenho inicial da investigação

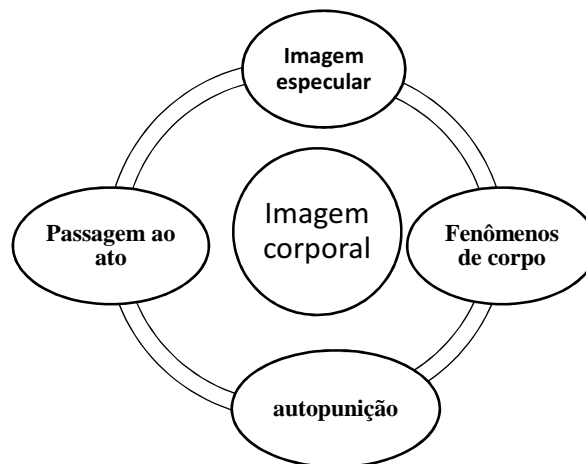
Os desenhos esquemáticos apresentados a seguir procuram representar graficamente o modelo de investigação, as dimensões que devem ser analisadas para permitir a compreensão do objeto em estudo: imagem corporal. A escrita possível (Desenho esquemático do Estudo 6); Variáveis analisadas e construção do conceito: imagem corporal (Desenho esquemático do Estudo 7), seguido pelos conceitos básicos de cada capítulo: Histórico e preliminares da questão da imagem corporal (Desenho esquemático do Estudo 8); A questão da imagem corporal na psicanálise (Desenho esquemático do Estudo 9); A clínica da imagem corporal: fenômenos e estrutura (Desenho esquemático do Estudo 10); A imagem do corpo na anorexia e bulimia (Desenho esquemático do Estudo 11); e a imagem corporal e as patologias do ato (Desenho esquemático do Estudo 12).

A escrita possível



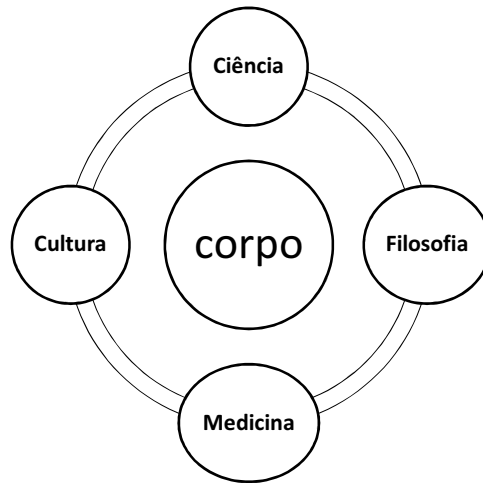
Desenho esquemático do Estudo 6: a escrita possível

Variáveis analisadas e construção do conceito: imagem corporal



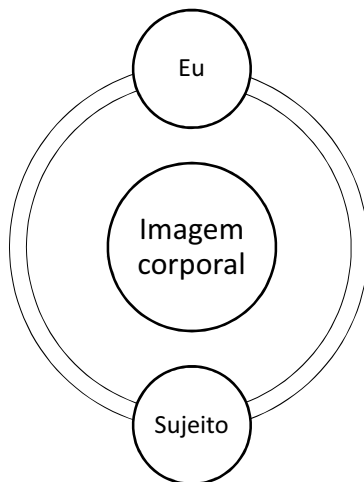
Desenho esquemático do Estudo 7: variáveis analisadas e construção do conceito

Histórico e preliminares da questão da imagem corporal



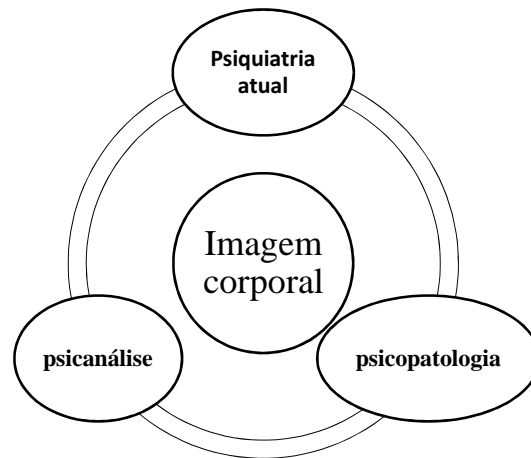
Desenho esquemático do Estudo 8: histórico e preliminares da questão da imagem corporal

A questão da imagem corporal na psicanálise



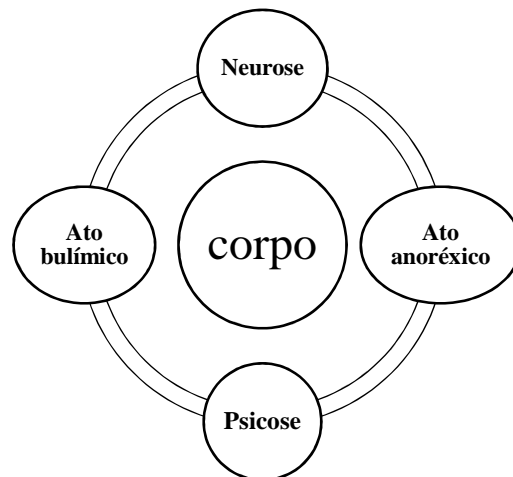
Desenho esquemático do Estudo 9: a questão da imagem corporal

A clínica da imagem corporal: fenômenos e estrutura



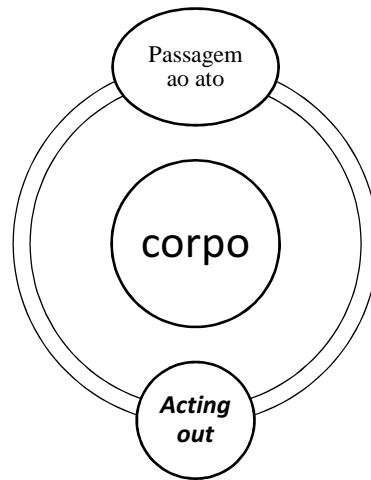
Desenho esquemático do Estudo 10: a clínica da imagem corporal: fenômenos e estrutura

A imagem do corpo na anorexia e bulimia



Desenho esquemático do Estudo 11: a imagem do corpo na anorexia e bulimia

A imagem corporal e as patologias do ato



Desenho esquemático do Estudo 12: a imagem corporal e as patologias do ato

1.3 Objetivos

O objetivo geral foi investigar a “Imagem corporal”, com ênfase nas manifestações sintomáticas presentes nas anorexias, bulimias e na clínica com sujeitos adolescentes que apresentam formações sintomáticas que possam demonstrar a tese de que a linguagem via significantes se inscreve como uma rede simbólica que tem efeitos constitutivos sobre a estrutura da vida psíquica os quais se manifestam no nível do corpo de forma distinta da estrutura de funcionamento do corpo como organismo.

Definiram-se, assim, como objetivos específicos:

1. Isolar, através do “estudo de caso”, os índices clínicos que demonstram o conceito de imagem corporal e suas alterações psicopatológicas;
2. Isolar, através do “estudo de caso,” os índices clínicos que demonstram as vertentes fenomênicas básicas: imagem especular, passagem ao ato, fenômeno de autopunição e fenômenos de corpo.

3. Extrair o que há de único em cada caso, sem excluir o referencial do diagnóstico estrutural mais geral – neuroses e psicoses –, mas enfatizando a problemática da constituição do eu e do sujeito e os fenômenos concernentes aos distúrbios da imagem corporal.
4. Ensaiar, junto ao estudo, uma prática de atendimento clínico com os entrevistados com ênfase na clínica da imagem corporal.

1.4 Metodologia

1.4.1 Plano geral

A investigação utilizou a metodologia qualitativa, visando, através do discurso do paciente e em alguns casos da mãe, estabelecer o modo de investigação de “estudo de casos” que se torna campo de controle empírico para testar o valor das proposições teóricas que fundamentam as hipóteses construídas (BRUYNE, 1977).

A segunda fase foi dedicada à pesquisa clínica propriamente dita, com nº do protocolo de aprovação no CEP: CAAE – 0144.0.203.000-08 (Anexo 5). Os pesquisadores declaram a não existência de conflitos de interesses. Nessa fase realizou-se também a elaboração do estudo, incluindo a redação inicial e final. O estudo dos aspectos teóricos se manteve durante todo o trabalho. A investigação segue as normas éticas da Resolução 196/96. A relação do entrevistador com os pacientes foi de interconsultor em psiquiatria de pacientes, definidos como sujeitos da pesquisa e atendidos pela equipe do NIAB – Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia / HC / UFMG e do Serviço de Saúde de Adolescentes / HC / UFMG que estavam em tratamento no serviço e tinham indicação de interconsulta psiquiátrica. Os pacientes só foram incluídos na pesquisa após aceitarem e assinarem o TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo 6).

1.4.2 Material e método

A pesquisa é qualitativa e elege o método de “estudo de casos” para análise do material clínico obtido nos atendimentos psiquiátricos, com referencial psicanalítico realizado através de sessões de atendimento com o paciente e com seus familiares, de acordo com a indicação de cada caso.

1.4.3 Considerações sobre o método

No século XXI, predomina o avanço da informática e de métodos quantitativos que introduzem nas ciências sociais inúmeras técnicas de entrevistas informatizáveis. Nesse sentido, torna-se um desafio o uso da metodologia de “estudo de caso” há muito estereotipado como o parente pobre entre os métodos da ciência social. O “estudo de caso” sempre foi e continua sendo colocado em xeque, não obstante continua a ser utilizado como estratégia de pesquisa para contribuir com a investigação de acontecimentos atuais, fenômenos individuais, organizacionais e sociais, seja na área das ciências sociais, da antropologia, psicologia, dentre outras. Tal evidência aponta para o fato de que o estereótipo do “estudo de caso” pode estar equivocado e que o mesmo pode ser considerado um método rigoroso a ser utilizado como ferramenta de pesquisa e ensino de métodos qualitativos (YIN, 2005). Os “estudos de caso” representam a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo “como” e “por que”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real. Sabe-se que o “estudo de caso” é popularizado como método de ensino nos campos do direito, da administração e da medicina. O “estudo de caso” não precisa conter em si uma interpretação completa dos eventos reais e seu propósito é estabelecer a possibilidade de discussão entre os interessados sobre o tema (YIN, 2005). Os bons

casos para o ensino são o caso único e não os casos múltiplos (CAULLEY; DOWDY, 1987).

Utilizam-se as estratégias exploratórias, descritivas ou explanatórias (YIN, 1981), isoladamente ou simultaneamente; embora elas tenham características distintas, há áreas de sobreposições entre elas. A definição de qual estratégia utilizar relaciona-se aos tipos de questões colocadas pela pesquisa. As questões do tipo “como” e “por que” são mais explanatórias pelo fato de lidarem com problemas que necessitam ser avaliados ao longo do tempo, em vez de serem entendidas como meras repetições. Nesse sentido, o “estudo de caso” se aplica bem ao exame de acontecimentos contemporâneos; utilizando-se da observação direta, das entrevistas e dos documentos. A revisão da literatura sobre o objeto de estudo permite ao pesquisador desenvolver questões mais objetivas e perspicazes sobre o tema (YIN, 2005).

Uma questão frequente em relação ao “estudo de caso” é de como generalizar a partir de um caso único? Como lidar com a impossibilidade de repetir o mesmo fenômeno sob condições diferentes? Uma resposta possível é pensar o “estudo de caso” como generalizável a proposições teóricas e não a populações ou universos. Nessa perspectiva, o “estudo de caso” não representa uma amostragem, seu objetivo é a generalização analítica – expandir e generalizar teorias – e não a generalização estatística ou enumeração de frequências (YIN, 2005, p. 19-38). A questão a ser investigada definiu aqui o objeto de estudo: imagem corporal. É essencial que as evidências obtidas remetam às questões iniciais da pesquisa, de forma a se estabelecer uma conexão entre questões iniciais e conclusões.

O pesquisador deve definir proposições básicas, a fim de não ficar tentando coletar todos os dados observáveis. Nesse sentido, a análise dos dados obtidos no “estudo de casos” foi realizada por triangulação com os marcos teóricos definidos:

imagem especular, autopunição, passagem ao ato e fenômenos de corpo, que se tornaram o foco de atenção da pesquisadora. Os espaços de interlocução tal como supervisões, reuniões clínicas, jornadas e eventos propiciaram a discussão do tema com outros colegas que enriqueceram e possibilitaram o avanço da investigação.

I.4.4 Os instrumentos metodológicos utilizados

A pesquisa qualitativa não deve estabelecer separações marcadas entre a coleta de informações e a interpretação destas. Este projeto utilizou como instrumentos a análise do material clínico obtido pelo atendimento aos pacientes incluídos na pesquisa, entrevistas abertas e sessões de seguimento de cada caso. Foram utilizados como instrumentos metodológicos: a observação direta das atividades de ensino, a análise de relatos de casos nas reuniões de equipe, discussões e supervisões clínicas. Os casos incluídos na pesquisa foram acompanhados por entrevistas preliminares em psicanálise e seguimento de sessões de atendimento clínico.

O número de casos não procurou estabelecer a amostra estatisticamente representativa da população, mais sujeitos que contribuíssem para a compreensão do objeto de estudo. O critério não é numérico, mas a amostra ideal é aquela que reflete a totalidade nas múltiplas dimensões. Definiram-se, segundo Minayo (1993), como critérios básicos da amostra: (a) O grupo de pacientes do NIAB / HC / UFMG e do SSA/ HC / UFMG como relevante para as entrevistas, atendimentos clínicos e observação; (b) Não se esgota enquanto não delinear o quadro empírico da pesquisa; (c) embora desenhada inicialmente como possibilidade, prever a inclusão de outros elementos a partir das descobertas de campo e do confronto com a teoria. Prever triangulação, isto é, no lugar de restringir apenas a uma fonte de dados, procurar multiplicar as tentativas de abordagem (FERREIRA, 2000, p. 27).

Considerando a vasta utilização pelos pesquisadores atuais de instrumentos que visam correlacionar a satisfação da imagem corporal com o campo da percepção através de desenhos preestabelecidos das silhuetas (Anexo 7), optei por introduzir nos atendimentos clínicos algumas folhas de papel em branco e alguns lápis, ofertados aos pacientes de acordo com a situação clínica, ou tal como definimos em psicanálise, via manejo da transferência. A utilização do desenho, aqui, se fez na perspectiva do desenho livre, como possibilidade de expressão do inconsciente, visando, sobretudo localizar a expressão particular de cada caso através do que cada paciente pudesse dizer, ou mesmo não dizer sobre cada desenho.

O desenho foi introduzido no tratamento psicanalítico, em 1926, por Sophie Morgenstern, que trata desse modo um caso de mutismo numa criança de 9 anos (MÊREDIEU, 1974 [1997], p. 2). Na criança, a evolução do desenho depende nitidamente da evolução da linguagem e da escrita. Segundo Arno Stern, a criança representa no desenho seu próprio esquema corporal e traduz assim a maneira como vivencia seu corpo e se sente apreendida pelo outro (STERN, 1966, *apud* MÊREDIEU 1974 [1997], p. 32). A interpretação do desenho deve sempre ser feita no contexto do tratamento. Muitos analistas, a começar por Melaine Klein, insistiram na correlação entre o desenho e os mecanismos de trabalho do sonho: dramatização, condensação, deslocamento. Nesse sentido, verifica-se a possibilidade de expressão através do desenho de fantasias e recalques. Formula-se que tal como os sonhos, o desenho participa dos níveis de expressão, um consciente e outro inconsciente, recorrendo a uma simbologia complexa. Partindo do “conteúdo manifesto” do desenho (as imagens), a análise esforça-se por remontar até seu conteúdo latente ou manifestações do inconsciente (MÊREDIEU, 1974 [1997], p. 78). Nessa linha de investigação, a pesquisa utilizou o desenho como um facilitador da expressão inconsciente de cada sujeito e não

como um instrumento de avaliação.

1.5 Resultados da investigação clínica

Do total de pacientes encaminhados para avaliação psiquiátrica, 24 casos, 12 foram do NIAB / HC / UFMG e 12 do SSA / HC / UFMG, sendo que no NIAB somente 07 casos (58,3 %) foram incluídos na pesquisa, e do SSA – Serviço de Saúde do Adolescente – foram incluídos 10 casos (83,3%). O critério de inclusão foi a exigência de que os pacientes e, quando necessário, seus responsáveis tivessem aceito e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a tabela:

Amostra clínica	NIAB	SSA
Número de pacientes	12	12
Incluídos na pesquisa / TCLE	7	10

A distribuição da amostra por sexo no NIAB foi de 42,8% (3 casos) masculino e 57,2 % (4 casos) feminino, sendo que como o estudo não visava à correlação entre a questão da imagem corporal e dados como IMC – Índice de Massa Corporal – esses dados não foram estabelecidos, mas é importante ressaltar que, como os pacientes são atendidos por equipe multidisciplinar, todos foram avaliados e acompanhados do ponto de vista clínico e nutricional. Nas situações em que havia comorbidades associadas, tais como transtornos de humor, ansiedade, distúrbios do sono, dentre outros, os pacientes foram medicados com psicofármacos específicos. Esses dados não foram tabulados por não constituírem o foco central da investigação.

O diagnóstico de transtornos alimentares seguiu os critérios diagnósticos do

DSM-IV – Diagnóstico de Saúde Mental IV –, tendo sido acompanhado na amostra do sexo feminino, 2 casos de anorexia (um deles o caso Bê), 1 caso de bulimia (caso Hortênsia) e a mãe de uma adolescente anoréxica, que a pesquisadora considerou que estava indicado o tratamento, devido à parceria sintomática com a filha adolescente. Em relação à amostra masculina, foram atendidos 2 casos de anorexia. Um deles é abordado de forma mais detalhada (caso Ismênio), o outro não ficou definido como uma anorexia, mas como um episódio de hiporexia em um jovem com humor deprimido, e o terceiro caso é de um adolescente com obesidade mórbida.

A amostra de casos construída a partir dos encaminhamentos do SSA – Serviço de Saúde e Adolescente – nos possibilitou acompanhar dois casos nos quais havia uma questão nas marcas anatômicas sobre o corpo: o caso Caleno, um menino (10 anos de idade) com polissindactilia – soldadura dos dedos dos pés – e uma adolescente (caso Sálmacis), que nasceu com genitália ambígua, a qual, segundo os critérios de Danish, ocorre tanto no sexo masculino, como no feminino. É o que se verifica no caso em questão, no qual o cariótipo é feminino, mas ocorre antes do nascimento a virilização da genitália, adquirindo aspecto masculino (gônadas não palpáveis, Gônadas com diâmetro máximo < 8 mm, tamanho peniano inferior a – 2,5 DP da média para a idade). Hipospádia e presença de massa inguinal (pode corresponder ao útero e trompas rudimentares). No caso que nomeamos de Sálmacis (Capítulo 3), veremos que a causalidade da genitália ambígua é a hiperplasia adrenal congênita, que tem uma incidência de 1: 14.500 vivos. Ocorre uma deficiência enzimática que causa diminuição da síntese de cortisol, elevação do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) e, então, hiperplasia das glândulas adrenais. Assim, há elevação dos hormônios precursores do cortisol, que são desviados para aumento da produção de androgênios (hormônios masculinos) e, entre outras consequências, ocorre a virilização da genitália feminina.

Ambos evidenciam os efeitos das marcas constitutivas do corpo orgânico, incidindo sobre os momentos inaugurais da constituição da vida psíquica.

Entre os adolescentes do sexo masculino, verificou-se que queixas como agressividade e comportamentais revelaram o campo da clínica das passagens-ao-ato, sendo que em um dos adolescentes estava presente o “delírio de duplicação do eu”. Em dois casos verificou-se a parceria não dialetizável entre a criança e sua mãe, em situações nas quais a mãe causava o adoecimento orgânico do filho, definindo uma situação descrita como *Munchausen* por procuração, o caso AJ (Capítulo 2) e o caso BJ (Capítulo 6) e que a pesquisadora define como *folie à deux* à luz da psicanálise. Nesse caso foi realizado o acompanhamento longitudinal de um desses casos, com atendimento inicial da mãe e posteriormente somente com o filho, que durante anos apresentou um quadro clínico de Febre de Origem Indeterminada e posteriormente foi revelado que esses episódios eram provocados pela mãe. No outro caso de *Munchausen* por procuração, foram realizadas duas entrevistas, somente com a mãe. Incluiu-se, também, na amostra uma menina de 8 anos de idade, que tem um desencadeamento psicótico após ser abusada sexualmente, ilustrando, inclusive, através de seus desenhos a desorganização da imagem do corpo como correlato do processo constitutivo do eu e do sujeito. As tabelas seguintes permitem a visualização dos casos.

Tabela 2 - Distribuição dos casos por sexo, idade e índices clínicos no NIAB / HC / UFMG

Sexo	M	F
Número de casos	3	4
imagem corporal	Caso Ismênio* Transtorno Dismórfico corporal Anorexia purgativa e restritiva Psicose	Caso Bê* Anorexia restritiva Alteração
	Caso XL* Obesidade mórbida Neurose	Caso Hortênsia* Bulimia
	Caso Tê Neurose Hiporexia associada Humor deprimido	caso Gê anorexia restritiva mãe de Gê

* Os nomes dos casos são fictícios

Tabela 3 - Distribuição dos casos por sexo, idade e índices clínicos no SSA / HC / UFMG

Sexo	M	F
Número de casos	5	5
	Caso 3* Caso Caleno Alteração anatômica = Polissindactilia	Caso Salmácis* alteração anatômica - genitália ambígua
	Ato = agressividade John João	Abuso sexual / psicose Desorganização Corporal que se manifesta como agressividade
	Ato= Agressividade e Impulsividade “Delírio de duplicação do eu” Wilson Wilian	Ato caso BJ (<i>Munchausen</i>)
	Ato	Inibição
	<i>Munchausen</i> por procuração Caso AJ	Ato

* Os nomes dos casos são fictícios

1.6 Discussão

Havíamos definido inicialmente a investigação da questão da imagem corporal na faixa etária de crianças e adolescentes, mas estava prevista a possibilidade de inclusão, a partir das descobertas de campo, de elementos que contribuiriam para o confronto da clínica com a teoria. Então, foi necessário incluir crianças mais jovens, como a portadora de polissindactilia, soldadura dos dedos (10 anos), a menina de 8 anos, vítima de abuso sexual, e a jovem Bê (20 anos de idade). Todos esses casos ofereceram índices clínicos importantes para a demonstração da tese de que a linguagem via significantes se inscreve como uma rede simbólica que tem efeitos constitutivos sobre a estrutura da vida psíquica. Esses efeitos da linguagem se manifestam no nível do corpo de forma distinta da estrutura de funcionamento do corpo como organismo. Tal fato demonstra que na clínica psicanalítica a questão que se coloca em jogo é a particularidade do caso, a posição subjetiva de cada sujeito e não a distribuição por faixa etária. Embora em certos momentos, como o da adolescência, o sujeito se defronte com maior frequência com questões que se inscrevem na perspectiva do que aqui definimos como clínica da imagem corporal: a busca irrefreada da perfeição estética do corpo como uma das formas de tentar velar a castração, que por vezes se apresenta como o sentimento de estranheza em relação ao próprio corpo e que define uma série de sintomas, como o ato anoréxico ou bulímico, as passagens ao ato via agressividade e aos atos violentos, dentre outros.

Na amostra de casos clínicos do NIAB – Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia –, elegeu-se o material clínico de quatro casos construídos na perspectiva do caso clínico articulada às variáveis analisadas para a construção do conceito imagem

corporal: imagem especular, autopunição, passagem ao ato e fenômenos de corpo. Esses casos foram nomeados com nomes fictícios. O caso Ismênio, um jovem de 19 anos de idade, que devido à obesidade tinha uma ginecomastia que motiva seu apelido: “Tetinha”. O significante “Tetinha” o remete à possibilidade de transformação do corpo em um corpo feminino. Desorganiza-se diante da possibilidade de ter “tetas”, como uma mulher. Ismênio conseguiu entender o apelido quando ao se olhar no espelho teve a impressão de que tinha mamas de mulher, ficando atormentado (ver Capítulo 5).

Verifica-se nesse caso que a anorexia e a preocupação com a imagem corporal não são uma questão puramente da ordem perceptiva, o que eleva esse caso de psicose ao estatuto de paradigmático, no qual a figura masculina apresenta a sintomatologia anoréxica – na definição médica –, e se trata de um caso de psicose que demonstra um índice clínico, – o corpo magro anoréxico como uma defesa do tornar-se feminino – e aponta para os impasses da sexuação. Nessa linha de análise, o caso Ismênio torna-se instrutivo para pensarmos, também, para além da psicose: se a questão fundamental das anorexias e bulimias não é uma recusa a feminilização do corpo, mais do que a questão dos transtornos alimentares. Pois, o segredo do feminino é a castração, de forma freudiana (MANDIL, 2010).⁷

Pensar as transformações da imagem do corpo seja por intervenções estéticas, seja por atos anoréxicos ou bulímicos, como uma defesa a feminilização, articula-se à definição psicanalítica de que a imagem do corpo traduz a relação do sujeito com a castração, visto que o segredo do feminino encobre o vazio – o segredo do feminino é a

⁷ Estabelecimento por transcrição da Contribuição do professor Dr. Ram Avraham Mandil ao exame de pré-defesa desta tese, em 15 de dezembro de 2010.

castração. Nesse ponto, formulamos que a recusa do feminino pode explicar a maior ocorrência e o início de anorexias na puberdade (FERREIRA, 2010).⁸

Por sua vez, o caso Bê (ver Capítulo 5), uma jovem de 19 anos, ilustra, dentre outros pontos, como o excesso de classificações e nomeações pela medicina – anorexia, bulimia, transtornos de humor – desconsidera o sentido de formação dos sintomas do ponto de vista subjetivo, impossibilitando que o sujeito simbolize seu sofrimento. A manutenção do corpo anoréxico se inscreve como recusa ao feminino, na perspectiva de não permitir que marcas que possam provocar a suspeita de uma gravidez se inscrevam na superfície do corpo. Bê demonstra a problemática da adolescência, da passagem de menina para mulher e é a oferta de um espaço de escuta que reinscreve para ela a vertente do amor paterno e a passagem da pura desordem psíquica para a construção de soluções. Então, se inicialmente era insuportável ver sua imagem no espelho, pode reinscrever sua posição subjetiva, o que a possibilita desejar fazer um *book*, sessão de *photoshop* de sua imagem. Verifica-se a passagem de uma anorexia grave, na qual a desordem psíquica parecia irremovível, momento em que o sujeito apresentava algo da petrificação mortífera – não comer, esperança que já morreu –, energia libidinal que se inscrevia em um corpo extremamente emagrecido.

No caso Hortênsia uma jovem de 18 anos de idade que chega ao NIAB / HC/ UFMG, após um percurso por vários outros serviços de saúde, foi possível localizar a dificuldade do manejo inicial do tratamento, pela repetição monótona de atos bulímicos. O tratamento possibilitou a passagem de uma primeira posição, que se inscrevia como passagem ao ato bulímico – “eu não penso” – à redução do simbólico à sua mínima expressão, momento em que o primeiro par de significantes se opõe como presença e ausência, ou pelo par cheio e vazio, que se traduz no ato bulímico, produzindo o

⁸ Estabelecimento por transcrição da contribuição do professor Dr. Roberto Assis Ferreira ao exame de pré-defesa desta tese, em 15 de dezembro de 2010.

sintoma. Hortênsia se surpreende diante da recusa da analista em examinar sua garganta, que se apresenta ferida pelo ato bulímico. O ato analítico evidencia para o sujeito que o que está em questão não é o exame das feridas causadas pelo sujeito em seu próprio corpo e introduz a dimensão da cadeia significante. Ou seja, Hortênsia sai do Blá... Blá... Blá... “sou bulímica”, “vomitei tantas vezes”, “usei purgativos”, para dizer do lugar que ocupa no desejo dos pais e de seus impasses diante da falência dos grandes ideais. A busca da identidade pessoal, centrada na imagem de si mesmo, se desmorona após a passagem da posição falicizada pelo desempenho escolar à posição de: “puro nada”, ela perde a escola, perde a mãe idealizada e irá se interrogar em relação ao lugar que ocupa no desejo dos pais. Hortênsia revela a questão da constituição da identidade – “Quem sou eu?” que tem necessariamente um caráter imaginário. Tal quando retira da bolsa uma foto $\frac{3}{4}$ e me mostra, dizendo: “coitada de mim se eu for desse jeito”, “o espelho me condena, não sou muito bonita”. O espelho deformante em que a bulímica se olha a leva ao rechaço de si mesma. A aposta do tratamento analítico é de que o sujeito saia da pura demanda, sem fala, impossibilitado de colocar-se como sujeito da palavra, e possa se reinscrever no campo do Outro (SORIA, 2000, p. 16).

Ao final de toda investigação é importante que o pesquisador se pergunte se foi possível cumprir o objetivo geral proposto. Nesse sentido, é possível afirmar que a pesquisa clínica forneceu uma riqueza de dados de material clínico surpreendente. Dentre esses casos, quatro foram construídos na perspectiva do caso clínico em psicanálise e mais explorados na articulação teórico-clínica. Os outros oito casos surgem como pequenas vinhetas articuladas a algum ponto do desenvolvimento teórico e constituem-se como um banco de dados a ser utilizado do ponto de vista teórico, em momentos futuros. Os fragmentos clínicos apresentados acima demonstram que as manifestações sintomáticas presentes nas anorexias, bulimias e na clínica com sujeitos

adolescentes, sobretudo a clínica do ato, demonstram a tese de que a linguagem via significantes se inscreve como uma rede simbólica que tem efeitos constitutivos sobre a estrutura da vida psíquica que se manifestam no nível do corpo de forma distinta da estrutura de funcionamento do corpo como organismo.

A discussão de resultados em uma investigação clínica a partir do referencial psicanalítico encontra limites de ordem metodológica, pela dificuldade em se estabelecer parâmetros objetivos, tal como em uma pesquisa médica, sobretudo quantitativa, mas tal fato não impossibilita a tentativa de transmitir aos colegas médicos e das áreas afins os resultados de nossa investigação. Contudo, ressalta-se que a mesma dificuldade que, por vezes, encontra o médico, para a leitura de uma investigação no referencial psicanalítico, será vivenciada por um psicanalista, mesmo os que têm formação médica para a leitura de áreas específicas, como campos que fazem interface com a clínica da imagem corporal, tal como a endocrinologia, a nutrologia, dentre outros.

Visando facilitar a transmissão clínica dos resultados elegemos quatro casos que se colocaram como paradigmáticos – Sálmacis, Hortênsia, Bê e Ismênio – e em torno desses casos desenvolvemos a construção teórico-clínica do conceito de imagem corporal. Após o exame de pré-defesa da tese, optamos por reescrevê-los utilizando uma mesma chave de leitura, visando facilitar a transmissão dos resultados, ou seja, do que a clínica nos ensina.⁹ Sendo assim, a construção dos casos segue seis pontos: 1) Do discurso do Outro ao sintoma do sujeito; 2) A existência do corpo como resultado do processo constitutivo do ser; 3) A estrutura incorporada faz o afeto e 4) A imagem do Outro e o corpo próprio 5) A lógica da castração 6) tempos do percurso constitutivo do corpo.

⁹ Sugestão da professora Dra. Ana Lydia Santiago, no exame de pré-defesa desta tese, em 15 de dezembro de 2010.

Assim, respeitando a especificidade do discurso analítico, o que a investigação nos permite transmitir aos colegas médicos é que a estrutura psíquica não é um construto biológico, mas resultado dos efeitos da linguagem que, via significantes, se inscreve como uma rede simbólica. Esse processo constitutivo da vida psíquica articula-se ao registro psíquico correspondente ao eu do sujeito designado pelo termo “imaginário”, cujo investimento libidinal é designado por Freud de narcisismo e que define a base conceitual da clínica da imagem corporal na psicanálise. Ressalta-se que o campo imaginário articula-se ao simbólico e ao real. Será o fato de que desde antes do nascimento de uma criança ela seja falada, nomeada – será menina? será menino? a cara do pai? a cara da mãe? – que irá inaugurar o que denominamos como a linguagem que via os significantes se inscreve como uma rede simbólica.

A escolha do desenho livre como um instrumento de avaliação, mas sobretudo de manejo clínico, permitiu demonstrar que o desenhar é uma forma de expressão que torna possível a produção discursiva necessária ao empreendimento de uma análise. Tal como nos orienta Eliza Santa Roza sobre o brincar, por analogia com o desenho, dentro de uma ótica exclusivamente psicanalítica, destaca-se a dimensão ontológica do desenho como um movimento constituinte da realidade psíquica, capaz de promover o estabelecimento das relações do sujeito com a realidade. O desenho não é um equivalente pleno das associações livres, por suas diferenças lógicas em relação à linguagem verbal, mas é possível ampliar sua definição como uma manifestação não linguística, que é capaz de engendrar sentidos, produzir associações, e proporcionar fundamentalmente a articulação com o significante linguístico. Por essa via o sujeito ao desenhar, seja o desenho livre, seja a figura humana, ou a si mesmo, possibilita as trocas entre os sistemas inconsciente / pré-consciente, proporcionando novas significações no plano simbólico. Sendo assim, os desenhos produzidos pelo sujeito devem ser

interpretados no plano da transferência. O analista deve colocar em jogo significantes que permitam o desdobramento de novas associações (ROZA, 1993, p. 145).

Na contramão da direção da clínica da imagem corporal na psicanálise, a psiquiatria descritiva e as correntes behavioristas utilizam-se de instrumentos de avaliações qualitativos da imagem corporal (ver Anexo 7) e definem a imagem corporal como um construto multidimensional que engloba percepções e atitudes em relação ao corpo, por meio de pensamentos, sentimentos e comportamentos, especialmente, mas não exclusivamente em relação à aparência física. O construto imagem corporal se define pela avaliação da imagem corporal por meio da satisfação e insatisfação com o próprio corpo, incluindo as crenças sobre o mesmo e o investimento em relação à imagem corporal, por meio dos aspectos cognitivos, comportamentais e pela importância afetiva dada ao corpo pela autoavaliação (CASH; PRUZINSKY, 2002).

Alguns pesquisadores utilizaram-se do Desenho da Figura Humana (DFH) como uma técnica de avaliação psicológica que pode informar sobre características da imagem corporal do indivíduo em adultos de diferentes índices de massa corporal (IMCs) – abaixo do peso, peso normal, sobrepeso e acima do peso – e os resultados indicaram poucas diferenças significativas entre os itens avaliados, apontando limites informativos na investigação da imagem corporal de adultos (120 voluntários) por meio desta técnica (SAUR; PASIAN, *et al.* 2010, p. 497-507). Por outro lado, o uso do DFH como alternativa aos instrumentos psicométricos utilizados para essa finalidade, em uma amostra de 10 mulheres anoréxicas, demonstrou que o DFH é uma técnica projetiva gráfica que possibilita a investigação dos processos profundos e, conseqüentemente, remete à representação mental que o sujeito possui de si mesmo (PERES; SANTOS, 2006, p. 361-370). Dois trabalhos associaram o DFH e o estudo de entrevistas, o primeiro com um grupo de 20 adolescentes mulheres revelando um estado

de fragilidade egoica e a existência de formas diferentes de lidar com a sexualidade nesse momento (CAMPAGNA; SOUZA, 2006, p. 9-35). O segundo trabalho foi realizado com mulheres morbidamente obesas. Associando o DFH e entrevistas livres, observou-se que mulheres obesas apresentaram dificuldade de expressar, simbolicamente, sua vivência corporal, sugerindo indicadores de sentimentos de inferioridade, descontentamento e preocupação com o corpo e a beleza (ALMEIDA; LOUREIRO, 2002, p. 283-292).

Verifica-se que os trabalhos que utilizam o DFH – Desenho da Figura Humana – associado a entrevista mantêm a linha de análise da alteração do campo da percepção e da satisfação. Nesse ponto, é importante ressaltar que a utilização do desenho como instrumento metodológico, na presente investigação, é um recurso de manejo clínico e não de avaliação, visto que é possível afirmar que em relação à problemática da imagem corporal não se trata de resgatar o processo lógico, cognitivo ou intelectual.

O trabalho de Campagna e Souza utiliza a expressão “fragilidade egoica” ao investigar imagem corporal na adolescência e sugere intervenções que possibilitem o reforço do eu (CAMPAGNA; SOUZA, 2006, p. 9-35), proposta que coincide com as elaborações de Fenichel (1945), que correlaciona a clínica do *acting-out* com a fragilidade do eu e a proposta de Greenacre (1950) de que se façam intervenções que possibilitem o reforço do eu. Tal proposta de “reforço do eu” será refutada por Lacan, pois o que possibilitaria seria a solidificação imaginária, que exclui a dimensão do desejo (RUBISTEIN, 1993, p. 173).

Na perspectiva da tese que aqui se visa demonstrar dos efeitos significantes sobre o processo constitutivo da vida psíquica com ênfase na constituição do eu e do sujeito, o caso Sálmacis, uma adolescente de 15 anos que nasceu com genitália ambígua, nos permite demonstrar os efeitos da impossibilidade de nomeação – “é

menina?”, “é menino” – que retornam para Sálmacis na adolescência, no momento em que se vê diante dos impasses da sexualidade. Também os dois casos de *Munchausen* por procuração, nos quais prevalece a parceria não dialétizável entre mãe e filho, a constituição de uma parceria sintomática marcada pela pulsão e morte, que coloca em risco a vida das crianças, inscreve o que denomino de hiância do discurso médico ou do discurso científico e apontam para a problemática da constituição da vida psíquica, que por vezes, define o sentido dos sintomas.

Esses casos nos permitem afirmar que o médico é constantemente convocado a ser o parceiro sintomático dos anoréxicos, dos bulímicos e de outros que se apresentem, tal como os casos de *Munchausen* por procuração. Então, uma estratégia possível é que o médico tente localizar o sentido subjetivo da demanda apresentada pelo paciente, não intervindo sobre esse corpo organismo de forma direta (TORRES, 2010).¹⁰ Pois, a investigação demonstra que o sofrimento que se inscreve no nível do corpo, nesses casos, não é da ordem perceptiva, cognitiva ou comportamental. As alterações ou transformações da imagem do corpo são, por vezes, uma solução sintomática precária para questões subjetivas da vida psíquica.

A investigação clínica nos permitiu isolar, a partir de cada caso clínico e da participação direta nas equipes de tratamento, índices clínicos que demonstram tanto a causalidade como as consequências da imagem corporal, tal como: a recusa da feminilidade, a desordem corporal, que se manifesta como agitação ou agressividade, as passagens ao ato, bulímicas e anoréxicas, os fenômenos de corpo. O que se visou foi extrair o que há de único em cada caso, sem excluir o referencial do diagnóstico estrutural mais geral – neuroses e psicoses –, mas enfatizando a problemática da constituição do eu e do sujeito e os fenômenos concernentes aos distúrbios da imagem

¹⁰ Estabelecimento por transcrição da contribuição do professor Dr. Henrique Oswaldo Gama Torres ao exame de pré-defesa desta tese, em 15 de dezembro de 2010.

corporal. Isto nos permite afirmar que a psicanálise constitui-se como eixo condutor que orienta o tratamento clínico no NIAB / HC / UFMG e o Serviço de Saúde do Adolescente / HC / UFMG, e que os casos clínicos da investigação demonstram os efeitos terapêuticos do tratamento analítico e, sobretudo, a tese de que a imagem do corpo traduz a relação do sujeito com a castração. A linguagem via significantes se inscreve como uma rede simbólica que tem efeitos constitutivos sobre a estrutura da vida psíquica. E esses efeitos da linguagem se manifestam no nível do corpo de forma distinta da estrutura de funcionamento do corpo como organismo.

Em suma, esse percurso aqui denominado imagem corporal, a investigação clínica propriamente dita é uma tentativa de transmitir, segundo o modelo dos artigos médicos e da comunicação dita científica, o resultado da investigação realizada. Essa investigação permite transmitir aos médicos que a clínica da imagem corporal não se articula, na perspectiva da psicanálise, ao campo das alterações da percepção sob a qual é possível intervir do ponto de vista cognitivista ou comportamental. Enfim, os efeitos da linguagem, a forma como o sujeito é nomeado desde antes de seu nascimento, a nomeação oriunda dos atos médicos sob o corpo e o que cada um pode dizer de seu sofrimento devem de ser a bússola que oriente a prática clínica.

Parte II: Fundamentos teóricos e a articulação clínica possível

Capítulo 2

Breves percursos históricos e preliminares da questão da imagem corporal

A noção de corpo, em particular a de “corpo humano”, foi objeto de numerosas investigações e especulações da Antiguidade até os dias de hoje. A partir dos gregos considerou-se a noção de corpo em três sentidos – O corpo é um objeto físico que possui propriedades sensíveis, que causam nos organismos biológicos impressões e/ou estímulos, um corpo tem determinada extensão. O segundo sentido considera que o corpo é a matéria orgânica que constitui o homem e os animais. Por último, o terceiro sentido, considera a matéria orgânica que constitui o homem, o “corpo humano”. A aceção – “meu corpo” – ganhou destaque na época contemporânea. No passado, o interesse no corpo humano centrava-se em sua relação com a alma (MORA, 2000, p. 584).

Nesse sentido, a expressão “corpo-alma” tornou-se tradicional para referir-se aos problemas das relações entre processos corporais e processos psíquicos. Os avanços do saber científico sobre o corpo refletem nas elaborações filosóficas, tal como é possível verificar na mudança de expressões, tais como: “corpo-mente”, “físico-psíquico”, “fisiológico-psicológico”. “Mental” vai tornando-se mais comum que “psíquico” ou “anímico”, e “mente” mais comum que “alma”. A tendência atual é da substituição do “mental” para processos cerebrais (MORA, 2000, p. 589).

Aristóteles concebeu o corpo, para além da matéria, penetrado por uma forma.

Alguns platônicos, e possivelmente alguns pitagóricos, tenderam a considerar o corpo humano como o sepulcro da alma. Nesse sentido, o corpo não tem em princípio forma, já que a alma, o cerne essencial do corpo, é prisioneira do corpo e não um elemento que dá forma. A alma é a fonte do corpo vivo. A alma é o ser (MORA, 2000, p. 88-89). Os estoicos e os epicuristas tenderam a considerar a realidade do ponto de vista “corpóreo” ou “corporal”: tudo que há é material ou corporal, porém esse “corpo” não é inerte, mas “vivo”. Por sua vez, os escolásticos conceberam o corpo como união de matéria e de forma (MORA, 2000, p.584).

Na época moderna – séculos XVII, XVIII e XIX – persistiram algumas das noções antigas, mas as mudanças na concepção do corpo material, o deciframento molecular do corpo, proporcionou um radical dualismo entre corpo e alma, sobretudo sob a influência de Descartes (1596-1650) – verificou-se que para os materialistas só há o corporal, e não se pode falar com sentido de nada mental; por outro lado, para os antimaterialistas só há o mental. No século XX, Gabriel Marcel introduz a expressão “meu corpo” – como algo radicalmente meu. Considera a relação com o corpo próprio e o eu de natureza absolutamente singular. O corpo quando objetivável, já não é mais corpo próprio, ele se transformado em objeto de conhecimento científico, torna-se uma simples amostra (MORA, 2000, p. 585-587).

A perspectiva cartesiana decompõe o corpo como uma máquina e, por outro, a aristotélica acentua a unidade do ser vivo, da alma como forma do corpo (MILLER, 2004, p. 10-13). Descartes reduz a matéria à extensão, e esta redução exclui, a princípio, o gozo do corpo, que depende deste. Assim, o desconhecimento constitutivo dessa redução da matéria e do corpo à extensão acaba por separar o corpo de seu

gozo. A fragmentação coloca em questão a identidade do corpo. Por um lado, Lacan nomeia a ação de Descartes de recortar o corpo com a denominação “esse idiota” (LACAN, 1954, p.97-98). Pois, a partir dessa reviravolta do pensamento filosófico, que reflete as mudanças do saber sobre o corpo, também, no contexto da ciência, o médico passa a ter em relação ao corpo a “(...) atitude do homem que está desmontando uma máquina” (LACAN, 1954, p. 97).Então, para Lacan a dualidade entre princípio do prazer e princípio da realidade nos divide como sujeito e o que resta é o corpo como puro organismo, do qual deriva como voz ou olhar o objeto causa de desejo, que vivifica o corpo. Nessa perspectiva a clínica da imagem corporal nos remete ao conceito de vida, que se apresenta para nós sob a forma do corpo individual. Na clínica a expressão “corpo vivo” permite a distinção entre a vida e o corpo. A vida não se reduz ao corpo como unidade. “Há uma evidência do corpo individual, do corpo enquanto Um, que é uma evidência de ordem imaginária.” (MILLER, 2004, p. 8)

A crença da equivalência do ser e do corpo descreve o comportamento em termos de estímulo-resposta, na perspectiva behaviorista que desconsidera toda a dimensão da introspecção, em outros termos, da subjetividade (MILLER, 2004, p. 13-14), que define o campo de interesse da psicanálise. O termo *Behaviorism* em inglês de *behavior*: é o conjunto das teorias psicológicas que postulam o comportamento, a conduta como o mais adequado objeto de estudo da Psicologia e o define por meio das unidades analíticas resposta e estímulos, paradigma pavloviano conhecido como condicionamento clássico (GAROZZO, 1975. p. 133-37) que inspirou John B. Watson (1913), que não nega a existência dos processos mentais, mas propõe o abandono de

seu estudo e a ênfase no observável.

Nessa linha de análise, Edward C. Tolman (1932) propõe o modelo: Estímulo-Organismo - Resposta, introduz os processos mentais no estudo do comportamento e propõe que os sintomas seriam modelos de conduta aprendidos mas não adaptados. O organismo passa por eventos mediacionais, variáveis intervenientes que conectaria os estímulos e as respostas (WINDHOLZ; MEYER, 1994. p. 543 -547). Nessa perspectiva, Tolman é considerado o precursor da Psicologia Cognitiva (MECADANTE; MANASIA, 1994. p. 269). O cognitivismo tem como ponto central as representações cognitivas conscientes de cada indivíduo e considera que os sintomas — tal como o objeto da presente investigação: alterações da imagem corporal — resultam de comportamentos e representações cognitivas disfuncionais, aprendidas e reforçadas pela experiência sociofamiliar (DALGALARRONDO, 2008. p. 36). A perspectiva comportamental – cognitivista é a referência de estudo dos trabalhos que entendem a clínica da imagem corporal como uma alteração perceptiva.

Por um lado, a orientação comportamental e a cognitivista tende a reduzir a psicologia ao estudo das funções nervosas, sensoriais ou cerebrais, cujo método é experimental e visa demonstrar que o fato psicológico é quantitativo (EY, p. 41-42). Na contramão dessa direção, verifica-se o esforço da filosofia contemporânea em reacender a perspectiva aristotélica o que se evidencia através do gestaltismo ou da psicologia da forma (MILLER, 2004, p. 13-14). A psicologia da *Gestalt* propôs fundar a psicologia sobre a noção de “forma”, concebida como um conjunto significativo de relações entre os estímulos e as respostas do comportamento. A noção de forma foi aplicada inicialmente à percepção e, depois, a todos os atos funcionais da memória, da

inteligência e do pensamento (EY, p. 41-42).

Nessa mesma perspectiva, a medicina contemporânea coloca em evidência o declínio da clínica em favor de sofisticados e onerosos exames, o que torna urgente em relação à prática médica resgatar a dimensão do humano, da alma (SICARD, 1999). Como explicar essa mudança de perspectiva clínica a partir do avanço do conhecimento científico sobre o corpo? Uma das hipóteses formuladas por Miller é de que a descoberta da estrutura do DNA por Watson e Crick, em 1953, publicada na revista *Nature* – em “Molecular Structure of Nucleic Acids” –, inaugurou os fundamentos propulsores das investigações atuais no campo da genética (MILLER, 2004, p. 7). Nesse sentido, são inegáveis os avanços no campo diagnóstico e terapêutico propiciados pelas duas novas ciências – a genética e a bioquímica – introduziram o rigor até então desconhecido dos métodos quantitativos. O corpo anatômico passa a ser analisado na perspectiva dos processos físico-químicos e termodinâmicos (JACOB, 1970 [1983], p. 207) e define-se as condições algorítmicas do funcionamento do organismo, a sequência finita de regras, raciocínios ou operações que, aplicadas a um número finito de dados, permitem solucionar classes semelhantes de problemas, protocolos médicos de diagnóstico e de tratamento.

A descoberta da genética introduz a tendência que se orienta mais no sentido cartesiano de decompor o corpo como uma máquina, a fragmentação do corpo – não só no nível de procedimentos especializados na área da beleza, da estética, mas, também, no nível da produção de próteses semissintéticas, neo-órgãos (MILLER, 2004, p. 14).

Segundo Roberto Assis Ferreira a medicina biológica se ajustou perfeitamente

ao modelo tecnológico, resultando na medicina moderna. Para a medicina biológica o homem é visto como organismo vivo distinto da natureza, mas não como ser social e imerso na cultura. Nesse sentido, dentro do paradigma biológico é difícil a compreensão da doença construída por um conflito inconsciente. Evidencia-se a mudança de paradigma de uma medicina que abordava o corpo como um todo para uma medicina que omite a visão unitária do corpo e prioriza os sistemas orgânicos isolados e a especialização. Certamente os avanços tecnológicos contribuíram para essa mudança de paradigma, mas também, a forte influência do *Informe Flexner* sobre o ensino médico dos EUA, no início do século XX, que conseguiu uniformizar a formação médica e consolidar o paradigma biológico, que passa a ocupar lugar de hegemonia na medicina mundial.

O *Informe Flexner* entende a medicina como ciência e ela deve ser ensinada e praticada como ciência. Flexner (1910, 1927) defende o ensino a partir da forte formação científica que deve preceder os primeiros anos do curso médico. Enfatiza-se o conhecimento do corpo anátomo-fisiológico. Depois, a formação clínica deveria dar continuidade ao rigoroso método científico. Na concepção de Flexner o aprendizado do normal deve preceder o patológico, o simples deve preceder o complexo, a lógica deve substituir o empirismo, a teoria deve preceder a prática. Em suma, Flexner propõe a indissolubilidade entre o ensino, a prática e a investigação científica como modelo de ensino médico (FLEXNER, 1910,1927, *apud* FERREIRA, 2000. p. 285-288). Definem-se, assim, profundas mudanças no conceito básico do conhecimento que são claramente percebidas na compreensão de “corpo”, na estrutura da pesquisa médica, nas novas bases do diagnóstico e tratamento (FERREIRA, 2000, p. 289).

No último século ocorreu a passagem de uma posição anteriormente centrada na materialidade do corpo como única referência para o gozo, para o estatuto de um corpo cada vez mais virtual. Atualmente, a medicina transforma o corpo em números e imagens digitalizadas. Assim, os exames, tais como a ecografia, endoscopia, *Doppler* confiscaram para si o lugar anteriormente ocupado pela relação médico-paciente. Essa progressão do uso das imagens virtuais no campo biomédico coloca em questão os limites éticos da intervenção médica sobre o corpo (SICARD, 2002, p. 28). Por outro lado, a prática clínica demonstra que há casos que escapam aos protocolos e colocam em evidência que a vida não se reduz ao corpo como unidade a ser fragmentada ou quantificada.

2.1 Caso AJ

O caso AJ, um menino de 10 anos de idade, é demonstrativo do percurso conceitual da noção de corpo que, aqui, se visa demonstrar. Esse nome é fictício e o caso foi incluído na pesquisa Imagem Corporal na adolescência, de acordo com as normas do protocolo de aprovação no CEP: CAAE – 0144.0.203.000-08.

AJ foi encaminhado ao Serviço de Saúde do Adolescente – SSSA / HC / UFMG para atendimento psiquiátrico. Já realizava atendimentos no Hospital das Clínicas / UFMG desde os 3 anos de idade, devido a Febre de Origem Indeterminada – FOI e a episódios concomitantes de dor abdominal. Realizou exaustiva investigação laboratorial e por imagens em diversas especialidades clínicas, sem definição etiológica da febre. Os episódios de febre persistiram de forma mais espaçada até os 8 anos de idade, momento em que se estabeleceu como uma das hipóteses diagnósticas a

Síndrome de *Munchausen* por procuração, uma forma de abuso físico e emocional, na qual o perpetrador, geralmente a mãe, simula ou produz doenças no (a) filho (a), a fim de obter atenção médica. A mãe provocava os estados febris no filho. Nessa ocasião, aos 8 anos de idade, foi encaminhado para avaliação psiquiátrica, sem continuidade de tratamento. Nos dois anos seguintes, AJ retornou cinco vezes ao serviço de hematologia com crises álgicas e febris. Aos 10 anos de idade, AJ foi encaminhado para o SSA / HC / UFMG, após alta da hematologia.

Barão de *Munchausen* (1720-1797) é um personagem histórico alemão, que combateu os turcos e depois das batalhas divertia-se contando aos seus amigos as mais inverossímeis, absurdas e mentirosas aventuras, então, tornou-se conhecido como o “Barão mentiroso”. A doença ganhou esse nome *Síndrome de Munchaussem* porque assim como o barão os pacientes também inventam sintomas, para chamarem a atenção dos médicos. A expressão *Síndrome de Munchaussem por procuração* passou a ser utilizada em situações que a mãe ou outro responsável produzem na criança um adoecimento fictício (BRAGA, 2007, p. 4-5).

O percurso clínico de AJ demonstra o predomínio da orientação cartesiana, da fragmentação do corpo, da decomposição do corpo como uma máquina. Durante cinco anos, ele fez uma saga de várias internações e tentativas infrutíferas de digitalizar o corpo organismo, quantificá-lo, pois apresentava períodos de febre de origem indeterminada e, tal como afirma Lacan no contexto da ciência, o médico passa a ter em relação ao corpo a “(...) atitude do homem que está desmontando uma máquina” (LACAN, 1954, p. 97).

Sabe-se que a orientação cartesiana de fragmentação do corpo influenciou a

crença da equivalência do ser e do corpo, e as propostas de tratamento se inscrevem no campo das práticas behavioristas, comportamentais, que nesses casos sugerem a ruptura da parceria entre mãe e filho. Por outro lado, ao escutarmos AJ não é possível desconsiderar a dimensão da subjetividade, que é a perspectiva que orienta o tratamento analítico. Nesse sentido, podemos apresentar o caso de AJ, seguindo os seis pontos que irá nos orientar na apresentação dos casos, desenvolvidos na presente tese: o sujeito no discurso do Outro; Do sintoma do Outro ao sintoma do sujeito; Da posição de objeto à pulsão acéfala; A existência do corpo como resultado do processo constitutivo do ser; A estrutura incorporada faz afeto; A imagem do Outro e o corpo próprio.

2.1.1 AJ no discurso do Outro

Realizado entrevistas preliminares com a mãe e será via transferência que se revela o sentido do sintoma – adoecimento do filho. A escuta analítica revela uma mãe atormentada por alucinações auditivas verbais, vozes de comando, cujo conteúdo se refere ao “faça isso, que alguém (o filho) pode morrer”, questões que a remetem à gestação marcada pelo risco eminente de morte, há para essa mãe uma frase que se repete “ou ela, ou o filho.” Visto que tendo tido uma gestação de risco, no momento do parto o obstetra havia anunciado o risco de vida tanto do bebê quanto da mãe, mas tentaria salvar os dois. A angústia suscitada pelo risco da morte do filho encontra como tentativa de solução a demanda incessante de atenção médica. A frase alucinatória: “faça isso, que seu filho pode morrer” funciona como um deflagrador do adoecimento do filho, uma possibilidade de verificar se o filho que poderia ter nascido morto está

vivo.

A mãe, nas entrevistas preliminares, relata que tem premonições, acha que algum parente vai adoecer, fica perturbada, tal como o pavor que tem em perder seu filho. Já no segundo ano de atendimento de AJ, a mãe solicita uma sessão para dizer que agora o filho começou a falar “ não”, “não, para tudo”. Antes era carinhoso, agora é agressivo com ela. Alguns meses depois ela diz que acha que a febre de AJ era mesmo emocional, como afirmou a hematologista e que estava aprendendo com o tratamento que “ temos que desgrudar dos filhos”, “não era ele que era grudado em mim, mas eu era grudada nele”.

A hipótese diagnóstica de Síndrome de *Munchausen* por procuração inaugura uma mudança do olhar clínico em relação a esse par não dialetizável – mãe-criança –, há uma tentativa infrutífera de tratamento psiquiátrico e a equipe da clínica pediátrica, certamente mobilizada e surpresa com o diagnóstico – *Munchausen* por procuração –, torna-se extremamente atenta a esse movimento da mãe em adoecer o filho, o que possibilita intervenções que deslocam o médico da convocação a uma parceria sintomática com a mãe, perpetuando a satisfação sintomática que a impulsiona ao ato de provocar febre no filho. O ato da equipe em colocar um ponto de basta nesse círculo febril patológico permite que ocorra uma redução dos episódios febris. Dois anos depois, quando AJ está com 10 anos de idade, ele constrói seu próprio sintoma – um choro frequente e agressividade – que irá possibilitar o início de um tratamento analítico.

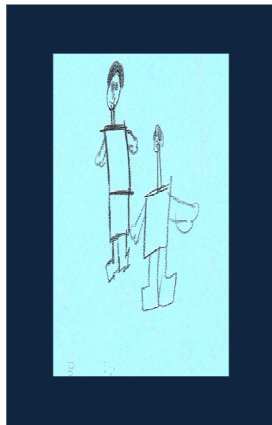
2.1.2 Do sintoma do Outro ao sintoma do sujeito

Esse caso descrito como Síndrome de *Munchausen* por procuração e que à luz

da psicanálise definimos como *folie à deux*, ou loucura a dois, parcerias imaginárias entre mãe e filho(a), nos possibilita localizar as interferências da constituição das relações primordiais entre a mãe e a criança, definindo a estruturação psíquica e o sentido do sofrimento que se inscreve pela via dos sintomas.

Inicialmente AJ falava muito pouco, mas a cada sessão, ao seu modo, foi tratando suas questões. Ele desenha:

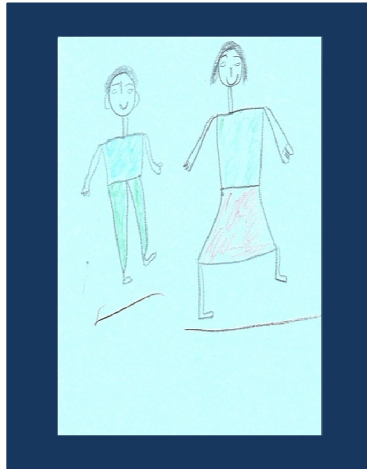
Desenho1:Caso AJ: “Eu e meu pai”



- “Esse é meu pai, ele passeia comigo”
-
- “Meu pai é bom”
-
- “Minha mãe só me leva para o médico”

Somente seis meses após o início do tratamento é que AJ começa a falar um pouco mais sobre a mãe:

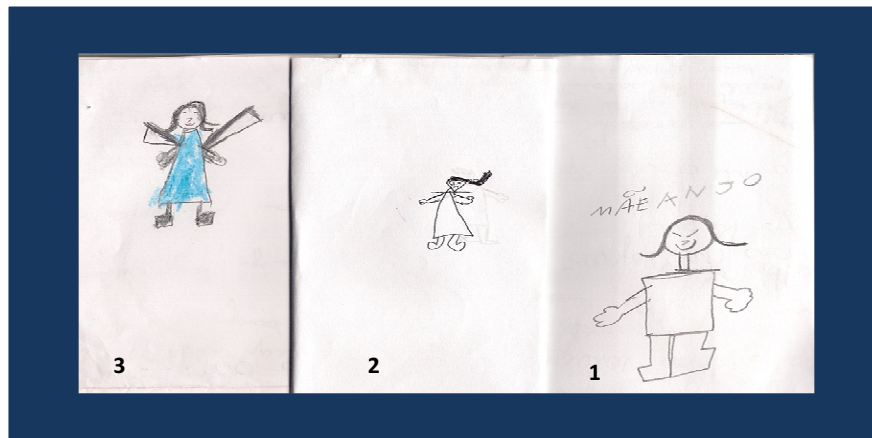
Desenho2:Caso AJ: “Eu e minha mãe”



- “Eu e minha mãe”
-
- “Minha mãe é um ovo” (A analista pergunta a ele porque a mãe é um ovo?) Não responde, insiste: “A mãe um ovo e a avó uma trouxa”

Alguns meses depois, chega ao atendimento muito silencioso, depois diz vou desenhar, desenei minha mãe, escreve: “ mãe anjo”(desenho 1). Pergunto por que sua mãe é a mãe anjo? Ele, um pouco irritado, me pergunta se eu não sei o que é anjo. Então, faz o desenho 2: “ Isso é um anjo”. Depois, faz a mãe anja de asas: “o anjo mau”. Conforme a sequência de desenhos, abaixo:

Desenho3:Caso AJ: “A mãe anjo”



Inicialmente, AJ fazia a tentativa de separação dessa mãe: “anjo mau”, através do ato agressivo, batia nos colegas e tornou-se agressivo também com a mãe. O tratamento analítico permite a construção de um sintoma fóbico: tem muito medo de escuro e de dormir sozinho, tem medo que aconteça com ele como no filme *Brinquedo assassino*, pois o irmão o apelidou de “Chucky”. Na perspectiva da investigação clínica é muito preciosa a forma como esse sujeito constrói suas soluções, pois no filme a que ele se refere o menino que sobrevive aos ataques do *serial killer* — que se apossou de um brinquedo e o transformou em um instrumento de terror e morte —, refez sua vida com o auxílio da família. Mas, na tentativa de salvar sua reputação, os fabricantes do boneco-assassino o reconstróem, para provarem que não há nada de errado com ele. Ao fazerem isso, eles trazem a alma do *serial killer* de volta à vida, e novamente o brinquedo passa a ameaçar a vida do garoto. AJ tem muito medo da morte, medo de ser atacado pelo boneco assassino. Através do sintoma fóbico AJ constrói uma questão

que o possibilita construir sua posição de sujeito.

2.1.3 Da posição de objeto à pulsão acéfala

O caso de AJ é demonstrativo da afirmação de Lacan de que o fenômeno da vida continua a nos escapar por mais que nos empenhemos, pois se trata de um fenômeno cuja essência permanece impenetrável (LACAN, 1955, p. 100). Nessa perspectiva é que podemos formular sobre a constituição do sintoma fóbico e como se dá, neste caso, a passagem da posição de objeto “a pulsão acéfala”.

AJ é objeto do gozo mortífero materno, dessa mãe que recorre à medicina como parceira para impossibilitar que AJ seja um sujeito desejante. Então, inicialmente o atendimento era realizado com a mãe, e AJ estava em atendimento com outro profissional. Até que ele mesmo solicita que eu o atenda, o que eu aceito, prontamente. AJ inicia um percurso que chamaria de reconstrução do campo do Outro, pode simbolizar sua febre, que já não ocorre com frequência. E, para além do quantificável, do mensurável da temperatura de seu corpo ele revela, então, que não gosta de ir à escola, não tem amigos, bate nos colegas. Prefere ficar sozinho e se acha diferente, pois, de menos ele, todos os meninos da face da Terra são chatos.

Após a morte da tia, passou a ter crises de choro e medo. A angústia suscitada pela perda da tia materna, que intermediava minimamente a relação entre AJ e sua mãe, irá possibilitar a formulação de uma demanda de tratamento analítico, que contribui para a melhora da agressividade com os colegas embora persista a dificuldade de laço social. No tratamento analítico, a agressividade que se inscrevia como tentativa de separação desse gozo erotizante da mãe sobre o seu corpo, que o encarcerava na posição de objeto, a ser cuidado pelo outro – seja pela mãe, seja pela

medicina – encontra tentativas de soluções. A dimensão mortífera do gozo materno pode ser simbolizada por AJ através da mãe – “anjo mau” – e da construção do sintoma fóbico, que, aqui, se inscreve como solução – “tenho medo do brinquedo assassino”. Esse medo é o que irá possibilitar a distancia mínima entre AJ e sua mãe, que o possibilita a colocar-se como sujeito do seu próprio desejo. Tal como ele próprio sintetiza em uma sessão: “O menino (referindo se a ele) que estava escutando o MP4 morreu”. “Morreu, de tanto escutar: ‘I gotta a feelling’”. AJ diz que a música é em inglês e quer dizer: “eu tenho sentimentos”, essa é, para AJ, a tradução de sua verdade.

I Gotta Feeling

I gotta feelin'
That tonight's gonna be a good night
That tonight's gonna be a good night
That tonight's gonna be a good good night (x4)

Tonight's the night
Let's live it up
I got my money
Let's spend it up

Go out and smash it
Like Oh My God
Jump off that sofa
Let's get get off

I know that we'll have a ball
If we get down and go out
And just loose it all

I feel stressed out
I wanna let it go
Let's go way out spaced out
And loosing all control

Fill up my cup
Mazal tov
Look at her dancing
Just take it off

Let's paint the town
We'll shut it down
Let's burn the roof
And then we'll do it again

Let's do it
Let's live it up
Let's do it 'cuz
I gotta feelin'
That tonight's gonna be a good night
That tonight's gonna be a good night
That tonight's gonna be a good good night (x2)

Tonight's the night
Let's live it up
I got my money
Let's spend it up

Go out and smash it
Like Oh My God
Jump off that sofa
Let's get get off

Fill up my cup (Drink)
Mazal tov (Le chaim)
Look at her dancing (Move it Move it)
Just take it off

Let's paint the town
We'll shut it down
Let's burn the roof
And then we'll do it again

Let's do it
Let's do it, do it, do it

Eu Posso Sentir

eu posso sentir (uhhhu)
Que hoje a noite vai ser boa
Que hoje a noite vai ser boa
Que hoje a noite vai ser muito boa boa (x 4)

Esta é a noite
Vamos viver ao máximo
eu tenho meu dinheiro
Vamos gastar até

Sair e arrasar
Tipo um Oh Meu Deus
Saia desse sofá
Vamos sair

Eu sei que teremos um baile
Se nós descermos e sairmos
E nos soltarmos

Eu me sinto estressado
Eu quero me livrar disso
Vamos muito mais longe
E perder todo o controle

Encha meu copo
Boa sorte
Olha como ela dança
Só tire isso

Vamos pintar a cidade
Nos vamos acabar com isso
Vamos queimar o teto
E então nós faremos novamente

Vamos fazer
Vamos viver ao máximo
Vamos fazer, porque
Algo me diz (uhhhu)
Que hoje a noite vai ser boa
Que hoje a noite vai ser boa
Que hoje a noite vai ser muito muito boa (x 2)

Esta é a noite (hey)
Vamos viver ao máximo (vamos viver ao máximo)
eu tenho meu dinheiro (vamos)
Vamos gastar até (vamos gastar até)

Sair e arrasar (mash)
Como Oh Meu Deus (como oh meu Deus)
Saia desse sofá (venha)
Vamos sair

Encha meu copo (Beber)
Boa sorte (Saúde)
Olha como ela dança (Se mexa se mexa)
Só tire isso

Vamos pintar a cidade (pintar a cidade)
Nos vamos acaba com isso (acabar com isso)
Vamos queimar o teto (uuuuh)
E Então nós faremos novamente

Vamos fazer
Vamos fazer, fazer, fazer

Aqui, AJ inscreve sua morte simbólica, pois ele está morto, mas pode sentir, pode sentir que a noite vai ser boa. Aqui, o sujeito AJ inscreve sua morte simbólica e por essa via pode ser sujeito com sensações e tal como AJ diz: “sentimentos”. Então, AJ pode dizer da sua dificuldade em ter amigos, os colegas da escola pararam de mexer com ele, mas não tem amigos. Desenha um moço que é feliz sozinho. O pai e a mãe desse moço morreram. Pergunto a ele quem é esse moço. Diz que é um moço feliz. Mas, “eu não estou feliz e nem triste”, porque sabe que ninguém gosta dele. Na próxima sessão chega cantando: “Será que eu posso enlouquecer, ou devo apenas sorrir. Não sei o que eu tenho que fazer para você perceber e dizer que me adora.”

Nessa perspectiva, inscreve-se a dimensão pulsional, AJ pode sair da posição de objeto encarcerado, submetido ao gozo mortífero materno, para construir sua posição de sujeito. Pois, a pulsão é o que produz o desejo, reproduzindo a relação do sujeito com o objeto perdido. A pulsão divide o sujeito e o desejo, o qual só se sustenta pela relação, que ele desconhece, dessa divisão com um objeto que o causa (LACAN, 1966, p. 867). Em “Posição do inconsciente” (1966), Lacan refere-se à imagem da lamela, a qual parece muito apropriada para instaurar aquilo a que chamamos de libido. A lamela representa a parte do ser vivo que se perde no que ele se reproduz pelas vias do sexo. A libido é lamela que o ser do organismo desliza até seu verdadeiro limite, que vai mais longe que o ser do corpo. Essa lamela é órgão por ser instrumento do organismo. O sujeito falante tem o privilégio de revelar o sentido mortífero desse órgão e, através disso, sua relação com a sexualidade. Isso porque o significante como tal, barrando por intenção primeira o sujeito, nele fez penetrar o sentido da morte. Por

isso é que toda pulsão é pulsão de morte (LACAN, 1964, p. 860-861).

A lamela é concebida como um pedaço perdido do corpo, alguma coisa que se perde quando se vem ao mundo. A imagem mais primitiva que se tem dessa coisa perdida do corpo é a placenta. Ao vir ao mundo perdemos este pedaço, que seria da mãe e do filho, que não seria nem de um, nem de outro. No *Seminário 11*, Lacan reformulará a idéia de lamela para introduzir a idéia do resto do homem que, após a ruptura das membranas embrionárias se assemelha a uma ameba. Um pedaço de corpo fora do corpo, que guarda em si a idéia de complementação. É importante apreender como o organismo vem a ser apanhado na dialética do sujeito. É por meio da libido como órgão que o sujeito pode realmente fazer de sua morte objeto de desejo do Outro. A pulsão (Trieb) se empenha em restaurar a perda original, constitutiva do sujeito falante, via objetos parciais – excremento, olhar e voz –, pois a pulsão como representante da sexualidade no inconsciente nunca é senão pulsão parcial. O olhar e a voz são os suportes que o sujeito encontra para o desejo do Outro (LACAN, 1966, p. 860-864).

Se, por um lado, Freud fundamenta a teoria das pulsões na biologia – binarismo entre pulsão de vida e pulsão de morte, por sua vez, Lacan nos apresenta a libido como um órgão, que tem um sentido mortífero. Dessa forma, a morte e a libido têm parte ligada. Em outros termos, a morte está presente nas pulsões sexuais e, simetricamente, a libido está presente na pulsão de morte. Lacan avança em relação às elaborações freudianas, introduzindo o monismo da pulsão – a pulsão reunificada – momento essencial do ensino de Lacan –, que parte da referência binarista: simbólico e imaginário, língua e libido em direção à elaboração de categorias monistas (MILLER, 2004, p. 23). Em suma, a morte não é o complemento da vida, trata-se aqui da morte

em sua relação com a vida, a morte significativa. A preocupação do ser humano com os rituais da sepultura, com a inscrição do nome do morto na lápide, é exemplar para demonstrar que o vivo humano persiste enquanto significativo, além da morte biológica. Esse nome inscrito na pedra tumular é o que em psicanálise se denomina como S_1 – significativo Um \rightarrow , que inscreve o sujeito como sujeito do significativo. Inscreve a unicidade do vivo e o que dele persiste além da vida biológica (MILLER, 2004, p. 25).

O que Lacan chama de a própria relação com a morte é o que faz equivaler à pulsão de morte, à relação subjetiva com a morte. Essa morte antecipada é equivalente ao desaparecimento significativo. É a morte equivalente ao sujeito barrado, ao sujeito enquanto um significativo a menos. Representa o que Lacan denomina como segunda morte é a falta-a-ser, significativo do sujeito. Em outros termos, o organismo humano é marcado por uma primeira morte, a que culturalmente se representa pelo “bater as botas”. Por outro lado, esse organismo humano – o ser vivo – se inscreve como significativo, além da vida natural. Nessa perspectiva, cada ser vivo é duplicado – organismo e a “vida significativa”. Ressalta-se que só há vida enquanto significativo a partir dos modos como o sujeito se inscreve na cadeia significativa.

2.1.4 A existência do corpo como resultado do processo constitutivo do ser

Para Lacan é o ter o corpo e não o ser corpo que caracteriza o homem. O homem não é um corpo a ser reduzido ao puro funcionamento neuro-hormonal ou funcional, mas um corpo habitado pela dimensão do ser. Sendo assim, o ser antecede o ter. O momento inaugural do sentido do ser se constitui a partir da fala. Lacan

utilizou-se da expressão *falasser* [*parlêtre*] – palavra criada por Lacan a partir da junção de *parler* (“falar”) e *être* (“ser”) – um saber enquanto falado, como constitutivo do homem.

A aposta de todo tratamento analítico é de que através da fala o sentido do ser seja definido. No caso de AJ foi utilizado o desenho, de acordo com o manejo da transferência. A analista solicitava a ele que desenhasse. Curiosamente, se a fragmentação do corpo evidencia o corpo máquina, AJ fará um percurso que revela a imagem que pudesse reproduzir de si mesmo, inicialmente se denominando como o “menino-caixa”, até o momento em que se representa por uma figura mais humanizada. Inicialmente, AJ era puro objeto do gozo mortífero materno, até que ao longo de quase dois anos de tratamento pode dizer de suas escolhas, não bate mais nos colegas, pensa em uma menina bonita, mas não pode falar sobre ela. Escreve um poema:

“Eu vi o mar
Cheio de gente
Cheio de areia,
conchas
Eu também vi a
lagoa.
A lagoa é um lugar
Tranquilo, às vezes.

Lá na lagoa tem
muitos
Sapos, peixes

E às vezes quando
está na época
De goiaba eu e meus
colegas
Vamos lá e subimos
no pé.

E é uma demora para

sair de lá.

Voltando ao mar e a
praia
Lá é um lugar muito
agitado
Com todas aquelas
pessoas, crianças
correndo

Uma verdadeira
confusão.”

Autor: AJ (nome
fictício)

Esse texto foi retirado do: CHEIO DE IDEIAS, diz referindo-se a sua cabeça.

Nessa perspectiva, introduz-se a questão: o que é a morte como significante? Freud em “Reflexões para o tempo de guerra e de morte”, em 1915 apresenta a morte própria como não representável, mas, antecipável. É o fato de aceitarmos arriscar a morte ou excluir o risco que nos permite conceber a divisão entre corpo e alma, que dá espaço para a sobrevivência além da morte e introduz o para além da vida. Para Freud, na verdade, ninguém crê em sua própria morte, no inconsciente cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade (FREUD, 1915, p. 327-339).

Por sua vez, Lacan elabora que há duas formas de morte: a natural, conforme recaia sobre o corpo ou as moléculas, e a segunda a verdadeira dupla morte é a morte natural e a morte que tem a ver com o significante. Pensar a morte como significante traduz o fato de que o ser vivo, na espécie humana, antecipa a morte que introduz o duplo status da morte – da morte natural e da morte antecipada (MILLER, 2004, p. 23-24).

2.1.5 A estrutura incorporada faz afeto

E a postulação da localização do afeto na inervação somática é um indicio evidente da concepção inaugural do corpo, solidamente implícita na elaboração freudiana do sintoma conversivo histérico, que tem sua demonstração máxima, na possibilidade de as palavras poderem até mesmo engravidar uma histérica. Tal elaboração se faz possível pelo fato de que para Freud a materialidade das palavras ao incidirem e envolverem o corpo, desde os primeiros balbucios, permite a constituição de um revestimento ficcional do corpo, o que permite supor que o corpo carrega um saber, a partir do qual se pode pensar o sentido da energia libidinal em sintoma conversivo na superfície do corpo (SANTIAGO, 2008, p. 34).

Será a discussão freudiana sobre o sintoma histérico que irá permitir a distinção fundamental para a metapsicologia freudiana entre emoção e afeto. A emoção, expressão mais apropriada ao campo da psicologia, se aplica a um estado que se transpõe de modo direto, sem nenhuma mediação do pensamento ao corpo. Por sua vez, o afeto é o que na experiência analítica se apresenta como efeito deslocado da estrutura de linguagem, definindo seu funcionamento via cadeia de significantes. Lacan, então, formaliza o afeto como o que se processa via deslocamento da cadeia de significantes. Será, pois, a concepção ficcional do corpo em Freud que permite a Lacan adotar o enfoque linguístico do inconsciente estruturado como uma linguagem (SANTIAGO, 2008, p. 35). Tal como afirma Lacan é incorporada que a estrutura faz o afeto, apenas a partir do que se articula do ser (LACAN, 1970, p. 406). O afeto pode ser concebido por meio da estrutura mínima entre dois significantes. Assim, a questão do afeto não pode ser tratada sem a interferência da estrutura da linguagem, o que

reforça a concepção do corpo como linguagem em psicanálise (SANTIAGO, 2008, p. 35). O corpo vivo é o corpo afetado pelo gozo, não é nem o corpo imaginário, nem o corpo simbólico, mas o que se manifesta no nível da repetição dos sintomas corporais, como acontecimento de corpo, cujo sentido é a satisfação da pulsão (MILLER, 2004, p. 19).

2.1.6 A imagem do Outro e o corpo próprio

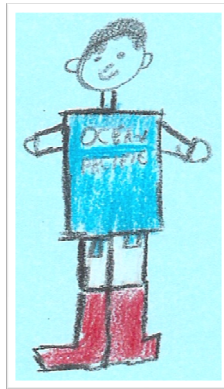
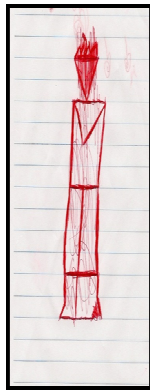
Em psicanálise, a imagem do corpo do outro antecede o corpo próprio. É o que podemos observar ao constatar que uma criança de sete meses não reconhece sua imagem no espelho, mas já reconhece o rosto de seu pai e de sua mãe com grande sensibilidade. Sendo assim, podemos concluir que é por intermédio do corpo dos outros que o corpo se introduz no campo do gozo e não por meio da imagem do corpo próprio. Por isso, o campo visual é um campo de gozo para os bebês. Com o seu acentuado interesse pelos rostos, a criança faz com seus pais um jogo com a imagem visual de forma que em um primeiro momento há uma libidinização intensa do campo visual, o que provavelmente articula-se à sua falta de interesse por sua própria imagem, por isso inicialmente não se reconhece no espelho (MILLER, 2008 p. 17).

Para AJ a oferta possível da imagem do corpo do outro era precária, pois a mãe constituía com ele uma parceria não dialetizável. Será somente depois de quase seis meses de tratamento que AJ passa a dizer de sua dificuldade de relacionamento com os colegas – bate nos colegas –, ato que se inscreve como tentativa de separação do gozo mortífero do Outro. Acha que os colegas ficam rindo dele; parece que encarnam o Outro materno gozador. Então é possível traçar no papel o que denomina: “eu e minha mãe”, a representação que tem de si mesmo é como: “menino caixa”, “só sei

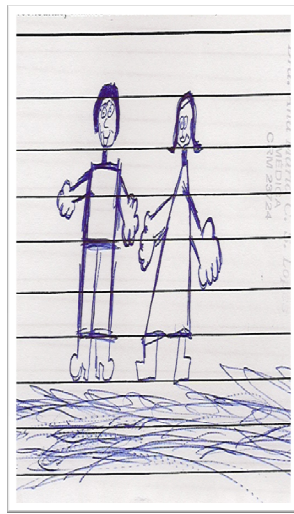
fazer menino-caixa”, ao lado de sua mãe.

No decorrer do tratamento essas figuras se humanizam, até o momento em que pode representar a si mesmo e depois a mãe sozinha. De acordo com a sequência abaixo:

Desenho 4: caso AJ: a construção da figura humana



Desenho 5: caso AJ : AJ e sua mãe



Na perspectiva desenvolvida até aqui, torna-se possível fundamentar a proposição de Lacan de que a vida é a condição de gozo. A psicanálise só se interessa pela vida em sua conexão com o gozo. Sendo assim, só há gozo na condição em que a vida se apresenta sob a forma do corpo vivo (MILLER, 2004, p. 18). Lacan em “A ética da psicanálise” enfatiza que há uma diferença entre a vida e o corpo. A vida como tal, ultrapassa a vida do corpo individual e o corpo não passa de uma forma transitória, uma forma precívél da vida (MILLER, 2004, p. 20).

Lacan distingue a partir do sistema do papa Pio VI que aparece na história de Juliette, de Sade, duas mortes. A primeira, a morte que fulmina a vida do corpo individual e o transforma em cadáver. A segunda fulmina as moléculas do corpo reduzido a esse cadáver. Lacan se apoia no desdobramento sadiano da morte, mas não se reduz a ele. Ao apresentar a existência de duas mortes supõe-se a existência de duas vidas. A primeira vida se realiza sob a forma do corpo, e a segunda, uma vida

molecular, infracorporal. Há em Sade o desejo de acabar não somente com a primeira vida – vida corporal –, mas também com a vida molecular. Lacan recorre à noção de dupla vida e dupla morte introduzida por Sade para demonstrar que a vida ultrapassa a vida do corpo individual e de que o corpo é uma forma precívica de vida marcada pela transitoriedade. O “Wunsch” sadiano será denominado por Lacan de pulsão de morte e visa a vida como tal, além do corpo (MILLER, 2004, p. 19-20). Lacan busca o desdobramento biológico em Sade, pois não há em Freud distinção entre vida e corpo (MILLER, 2004, p. 20).

No *Seminário 20: Mais ainda*, Lacan percorre a interrogação da evidência imaginária da unidade do corpo. Ele afirma: “Não sabemos o que é o ser vivo a não ser, somente, de que se trata de um corpo, e de algo que se goza” (LACAN, 1972, p. 195). O que sabemos é que não há gozo sem a vida. A vida sob a forma de corpo é condição do gozo. Nesse sentido, o gozo é impensável sem o corpo vivo (MILLER, 2004, p. 8). O estatuto do indivíduo em relação à vida é da ordem imaginária (MILLER, 2004, p. 8).

2.2 O contexto científico que antecede a mudança do saber sobre o corpo

Retornando ao percurso histórico e preliminar da questão da imagem corporal é interessante resgatar o contexto científico que antecede a mudança de saber sobre o corpo e que define a perspectiva cartesiana de fragmentação do corpo e de mudanças na própria prática médica.

Mendel (1900) descreve as leis da hereditariedade e fornece a base conceitual para o desenvolvimento da genética, mas até a passagem do século, esta obra permanece ignorada ou negligenciada (JACOB, 1970, p. 212-213). A contribuição da

física quântica atinge sua maturidade em 1927 e fundamenta a biologia molecular a partir dos anos de 1940, até a publicação em 1953, por Watson-Crick, na revista *Nature*, de sete artigos sobre a estrutura e a função do DNA, e apenas um jornal britânico, o *News Chronicle* – no artigo “Nearer Secret of Life” –, fez alguma referência à dupla hélice (VELOSO, 2003, p. 115-122; OLBY, 2003). Somente, duas décadas depois se descobriu o intrincado mecanismo de operação do DNA na célula, abrindo-se as portas para a genética moderna, que repercute, atualmente, em nível de fatos culturais, psicológicos e sociais (VELOSO, 2003, p. 115-122; OLBY, 2003, p. 402-405). O genoma, a genética molecular, abre as perspectivas da supremacia da fragmentação do corpo (MILLER, 2004, p. 15). Tais descobertas ecoam no século XXI, mudando a posição do homem em relação à ciência e ao próprio exercício da clínica médica. Abre-se, portanto, o caminho da engenharia genética, da clonagem à decifração do genoma. O homem parece aproximar-se dos poderes da divindade e da crença no poder de controlar a própria origem da vida (VELOSO, 2003, p. 12)

A teoria evolutiva moderna ou biologia evolucionária do século XX surgiu entre 1936 e 1947, com a síntese evolucionária ou síntese moderna. Essa síntese é a reunião da teoria de Darwin com a genética e as contribuições da sistemática e da paleontologia. É da união entre darwinismo e a genética que nascerá o neodarwinismo. Mayr considera um equivoco o termo neodarwinismo, deveria se chamar simplesmente darwinismo, pois se refere à íntima relação entre variação e seleção. Nesse sentido, a biologia é uma ciência autônoma com princípios e conceitos específicos. E tal como em outros campos, há numerosas controvérsias não resolvidas no campo da biologia (MAYR, 2005).

A biologia moderna tem a ambição de interpretar as propriedades do organismo pela estrutura da molécula que o constitui, mas nem tudo está fixado pelo código genético, o que define um grau de flexibilidade e variações possíveis (JACOB, 1970, p. 9-17). Tanto Freud como Lacan sempre tiveram noção das possibilidades que adviriam com os avanços da biologia, mas por outro lado fizeram a aposta e buscaram transmitir a partir de suas investigações e elaborações teóricas a existência de um para além da biologia. Se a biologia decifra e fragmenta o homem até a unidade molecular, para a psicanálise a especificidade do homem é sua duração, sua perpetuação via significante e não sob a forma de moléculas (MILLER, 2004, p. 15).

Freud em “Além do princípio do prazer” faz uma analogia com a teoria, puramente especulativa, do gérmen de Weismann que propõe a distinção entre a metade mortal – corpo representado pelo conjunto das células somáticas – e uma metade imortal da substância viva – células germinais que se imortalizam ao se desenvolverem formando um novo indivíduo (WEISMANN, 1892, p. 176, apud JACOB, 1970, p. 223 e JACOB, 2004, p. 223-224, citando WEISMANN, 1892, p. 175-176). Em suma, o corpo individual desaparece e por outro lado a célula germinal torna-se imortal (MILLER, 2004, p. 16). A analogia permite que Freud introduza a pulsão de morte, procurando restabelecer o estado inanimado, e a pulsão de vida, pulsão sexual, tendendo à conjunção sexual.

Freud situa a teoria das pulsões a partir da sobreposição entre pulsões de morte ao soma e pulsões de vida ao gérmen. O interesse da psicanálise não se localiza na substância viva, mas nas forças que operam na substância viva – as pulsões. Freud

introduz a teoria das pulsões como a dinâmica que completa a teoria morfológica de Weismann. Lacan também fará referência ao gérmen de Weismann ao afirmar que a função que pode ser dada à letra é que a faz idêntica ao gérmen (LACAN, 1972-1973 [1985], p. 89). Ou seja, se o gérmen se reproduz, a letra também se multiplica, mas supondo a exterioridade do saber em relação ao corpo, ao ser. A letra se reproduz em posição de exterioridade, o saber se suporta no significante e se localiza no Outro, não deve nada ao conhecimento do ser vivo. O imaginário está ligado ao corpo individual, enquanto que o gérmen, o genoma, é o lugar da vida, o real da vida (MILLER, 2004, p. 17-18).

Freud funda um binarismo de pulsões sobre a biologia de Weismann, sobre a diferença entre soma e gérmen. Há a pulsão de morte, que em sua definição mais brilhante pode ser denominada de pulsão do superego e as pulsões sexuais, que seriam as pulsões de vida se opondo às pulsões que conduzem à morte (MILLER, 2004, p. 22). Apresenta a pulsão de morte, procurando restabelecer o estado inanimado – “o objetivo de toda vida é a morte”, e, voltando o olhar para trás, é possível afirmar que ‘as coisas inanimadas existiram antes das vivas’ (FREUD, 1920, p. 56)”. Para Freud, a natureza conservadora dos instintos revela que o fenômeno da vida implica a tendência ao tortuoso caminho para a morte, pois a função da célula germinal só se torna possível se ela fundir-se a outra célula similar a si mesma. As células germinais são representantes de pulsões que trazem de volta as estruturas anteriores da substância viva; é a verdadeira pulsão de vida (FREUD, 1920, p. 58). Weismann analisa morfológicamente a substância viva e Freud as forças que nela operam, estabelecendo um corolário dinâmico à teoria morfológica ao introduzir as forças que operam na

substância viva – as pulsões (FREUD, 1920, p. 66-67).

Por sua vez, a questão do “Eu” deve de ser entendida primeiramente do ponto de vista energético, através da biologia freudiana, que não é uma biologia, que tem somente a vida como objeto, mas sim “os algoritmos do mundo vivo”. Miller considera que essa expressão “algoritmos do mundo vivo” é de François Jacob, tomada de empréstimo por Lacan para expressar a sequência conceitual da noção de vida (MILLER, 2004, p. 7-8).

2.3 Além do princípio do prazer a vida

Freud no capítulo V e VI de “Além do princípio do prazer” considera que o corpo individual segue a mesma lógica que a vida. Então, investiga as manifestações das pulsões desde o início da vida via a tentativa de isolar o movimento em direção à morte, que afetaria o vivo como tal. Ele considera um estado inanimado inicial, sem qualquer tensão, e a vida sobrevém ao inanimado, como uma perturbação exterior. Freud considera que há um fenômeno vital, necessário à repetição, que se opõe à adaptação na espécie humana e inscreve-se como exigência desarmônica, quanto ao ser vivo. Por sua vez, Lacan nega a pertinência biológica da morte, concebida como retorno do animado ao inanimado. Admite a repetição como fenômeno clínico, mas considera a repetição um fenômeno antivital, que se opõe à adaptação na espécie humana (MILLER, 2004, p. 21).

Em continuidade às suas investigações, Freud analisa o princípio de prazer – um dos princípios que rege o funcionamento mental – do ponto de vista econômico correlacionando-o ao princípio de Constância, cuja função é a manutenção da quantidade de energia a mais baixa possível e que tende à restauração de um estado

anterior das coisas. É um princípio econômico, na medida em que o desprazer está ligado ao aumento das quantidades de excitação, e o prazer, à sua redução. A atividade psíquica, no seu conjunto, tem por objetivo evitar o desprazer e proporcionar o prazer. Nesse sentido, Freud fará um percurso elaborado de exposição conceitual em que articula prazer-desprazer e compulsão à repetição. De um lado, o princípio de prazer, de outro, um “mais além”. A compulsão à repetição indica que há algo de mais primitivo, pulsional, que o princípio de prazer. A repetição, a reexperiência de algo idêntico é em si mesma uma fonte de prazer (FREUD, 1920, p. 51-53).

Freud apresenta as pulsões do eu como exercendo pressão no sentido da morte, e as pulsões sexuais, no sentido de um prolongamento da vida. As pulsões do ego se originam da animação da matéria inanimada e procuram restaurar o estado inanimado. (FREUD, 1920, p. 67-69). Freud consagra sua analogia a Weismann ao falar do narcisismo do gérmen – as células germinais se comportam de maneira “narcisista”, utilizando essa expressão, tal como na teoria das neuroses, para descrever um indivíduo total, que retém sua libido em seu ego e nada desembolsa dela em termos de catexias de objeto. A libido que se aloja no ego é descrita como narcisista. E, uma parte das pulsões do ego é libidinal, então pulsões sexuais também operam no ego. Nessa perspectiva, Freud elabora que desde o início a pulsão de morte está associada à pulsão de vida. Nesse sentido, considera que a oposição entre pulsões do ego e pulsões sexuais é inadequada e localiza a libido entre esse binarismo da pulsão (FREUD, 1920, p. 70-72, 78).

Em suma, verifica-se, assim, que as terminologias “pulsão de morte” e “pulsão

de vida” apresentaram certo desenvolvimento ao longo da obra de Freud. Através das descobertas da psicanálise Freud teve que associar menos estreitamente o termo pulsão sexual à função reprodutora. Ao estabelecer a hipótese da libido narcisística e a extensão do conceito de libido às células individuais, a pulsão sexual foi transformada em Eros, que procura reunir e manter juntas as partes da substância viva. Inicialmente, Freud aplica o termo pulsão do ego às pulsões que podiam ser distinguidas das pulsões sexuais, dirigidas no sentido de um objeto, e opôs as pulsões do ego às pulsões sexuais, das quais a libido é a manifestação. Subsequentemente, ao se dedicar mais à análise do ego, reconhece que uma parte das pulsões do ego também é de caráter libidinal e toma o próprio ego do sujeito como seu objeto.

Daí por diante, essas pulsões narcisistas e autoconservadoras tiveram de serem incluídas entre as pulsões sexuais, ou pulsões de vida. A oposição entre as pulsões do ego e as pulsões sexuais transformou-se numa oposição entre pulsões do ego e pulsões de objeto, ambos de natureza libidinal. Em seu lugar surgiu a oposição entre pulsões libidinais (do ego e de objeto) e outras pulsões, que se supõem presentes no ego e que possam ser observadas como pulsões destrutivas. Enfim, transformou-se essa oposição entre pulsões de vida (Eros) e pulsões de morte (FREUD, 1920, p. 82).

Por sua vez, Lacan considera que a adaptação à repetição é de um registro que não é biológico, que se inscreve na ordem da linguagem, como superego – princípio da repetição antivital. Por isso, Lacan considera que Freud introduz o conceito de superego, no lugar de conceito de ego. A pulsão de morte emerge do texto de Freud como a pulsão do superego, pulsão totalmente contrária à autoconservação. Enfim, Freud mantém um binarismo da pulsão – pulsão de morte ou pulsão do superego e pulsões sexuais ou pulsões de vida. Do lado das pulsões de vida há um reservatório da

libido.

Resgatamos os fundamentos conceituais da pulsão orientados pelas premissas de Lacan de que a psicanálise como práxis é o que nos põe em condição de tratar o real pelo simbólico (Lacan, 1964, p. 14). Ou seja, ao longo das construções dos casos clínicos resgataremos a dimensão da pulsão de morte e da pulsão de vida e a dimensão em que afetam o corpo vivo como tal. O que se visa é a transmissão sobre nossa descoberta clínica de que os significantes agem sobre o corpo enquanto organismo, modificando seu estatuto para corpo pulsional, por conseguinte, imagem corporal. Interessa-nos percorrer a concepção libidinal do aparelho psíquico, pois tal como veremos nos próximos capítulos Freud destaca as pulsões como o elemento mais importante e mais obscuro da pesquisa psicológica, representante de todas as forças que se originam no interior do corpo.

2.4 Da libido como órgão à pulsão acéfala

Lacan, em “Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise”, resgata em Freud que a pulsão não é o impulso. E que é importante distinguir quatro termos da pulsão – o *Drang*, o impulso. A *Quelle*, a fonte. O *Objekt*, o objeto, o *Ziel*, o alvo. Esses quatro termos enunciados por Freud só podem aparecer disjuntos. O que caracteriza o impulso da pulsão – o *Drang* – da pulsão é a manutenção da constância, o que faz da pulsão uma força constante. O impulso identifica a pura e simples tendência à descarga. Não é justamente pela apreensão de seu objeto que a pulsão se satisfaz. Pode se distinguir no começo da dialética da pulsão a necessidade e as exigências pulsionais. Nenhum objeto da necessidade pode satisfazer a pulsão. A boca não se satisfaz pelo alimento, mas pelo prazer da boca. Para a pulsão oral, não se trata de

alimento, mas de algo que se chama seio. A esse seio, na sua função de objeto, devemos dar um lugar na satisfação da pulsão. A pulsão contorna o objeto. Se há algo com que parece a pulsão é com uma montagem, no sentido de ser algo que desencadeia uma reação mais ou menos apropriada. A montagem da pulsão é algo que desde o início se apresenta como não tendo nem pé, nem cabeça. No sentido em que se fala de montagem surrealista, ou seja, deliberadamente incoerente, como expressão espontânea e automática do inconsciente. O impulso – *Drang* – inscreve na economia da pulsão a estrutura de borda. O objeto é sempre parcial (LACAN, 1964, p. 153-162).

Lacan resgata que Freud em “As pulsões e suas vicissitudes” nos mostra que em relação à finalidade biológica da sexualidade – a reprodução – as pulsões são parciais em relação à finalidade biológica da sexualidade e estão ligadas a um fator econômico. A pulsão é a montagem pela qual a sexualidade participa da vida psíquica. O fundamental no nível da pulsão é o vaivém em que ela se estrutura. Se a pulsão pode ser satisfeita sem ter atingido aquilo que, em relação a uma totalização biológica da função, seria a satisfação ao seu fim de reprodução, é que ela é pulsão parcial, e que seu alvo não é outra coisa senão o retorno em circuito. Freud afirma que o modelo ideal do auto-erotismo é o de uma só boca que se beijaria a si mesma. Lacan completa essa elaboração freudiana se interrogando se na pulsão essa boca cosida, costurada, tal qual na análise, aponta para certos silêncios – a instância pura da pulsão oral, fechando-se sobre sua satisfação (LACAN, 1964, p. 165-170).

Nessa linha de análise, Lacan mostra, por exemplo, que comer não é meramente uma manifestação da pulsão oral. O objeto ou alvo da pulsão é a comida.

Mas o objetivo da pulsão é o gozo, que pode muito bem ser satisfeito sem qualquer alimento. A anorexia, por exemplo, ilustra todo o alcance da pulsão oral, pois o anorético come o nada, e deriva daí um gozo oral que é elevado até o nível de ser letal – até o nível de pulsão de morte. A anorexia representa o máximo do gozo oral (MILLER, 1997, p. 27-28). O objeto não é a origem da pulsão oral, não é introduzido a título de alimento primitivo, pois nenhum alimento satisfará a pulsão oral. Lacan fará uma crítica às teorias do desenvolvimento e à atribuição da passagem de uma pulsão parcial para outra pelo processo de maturação. A tese de Lacan é de que é a intervenção da demanda do outro que promove a passagem da pulsão oral à anal, mas não como metamorfose natural, ou continuidade. A pulsão se sustenta com uma tensão estacionária, tal como na metáfora utilizada por Freud de uma ejeção de lava, ejeção sucessiva de material energético, que completa a forma de trajeto de retorno, de forma a contornar o objeto. Nesse sentido, Lacan afirma que o objeto da pulsão deve ser situado no nível do que chamou metaforicamente uma subjetivação acéfala, uma subjetivação sem sujeito (LACAN, 1964, p. 173-174).

2.5 O inconsciente e a morte como significante

O inconsciente é um conceito forjado no rastro daquilo que opera para construir o sujeito. O inconsciente é aquilo que dizemos. Por outro lado, a única função homogênea da consciência está na captura imaginária do eu por seu reflexo especular e na função de desconhecimento que lhe permanece ligada. Os psicanalistas fazem parte do conceito de inconsciente posto que constituem seu destinatário. Sendo assim, a presença do inconsciente, por se situar no lugar do Outro, deve ser buscada, em todo discurso na sua enunciação. Nessa hipótese, o próprio analista deve de

sustentar essa presença e experimentar-se sujeitado à fenda significante (LACAN, 1966, p. 843-848). O registro do significante institui-se pelo fato de um significante representar um sujeito para outro significante. Essa é a estrutura de todas as formações do inconsciente – sonho, lapso e chiste. E é, também, a que explica a divisão originária do sujeito. Que o Outro seja para o sujeito o lugar de sua causa significante só faz explicar, aqui, a razão por que nenhum sujeito pode ser causa de si mesmo (LACAN, 1966, p. 849-855). Em suma, esse breve percurso histórico e preliminar da questão da imagem corporal é uma tentativa despretensiosa de trilhar alguns conceitos fundamentais elucidados nesta tese, na tentativa de demonstrar que os significantes agem sobre o corpo organismo, modificando seu estatuto para corpo pulsional, traduzido pela captura imaginário do eu por seu reflexo especular e pelas enunciações que se revelam através dos efeitos de linguagem, que permitem que cada sujeito seja nomeado pelo outro e possa nomear seu sofrimento, o qual por vezes se manifesta na superfície do corpo. Essas mudanças têm conseqüências na prática clínica e nas elaborações teóricas sobre a clínica da imagem.

Capítulo 3

A questão da imagem corporal em psicanálise

O corpo vivo, o que quer dizer? Diz que não se trata somente, do corpo imaginário, do corpo sob a forma de sua forma. Não se trata do corpo-imagem, deste que conhecemos ao qual nos referimos, porque opera no estádio do espelho, este corpo especular que duplica o organismo. Não se trata, também não, do corpo simbólico, aquele que, recorrentemente, faz vir, sob a pena de Lacan, a metáfora do brasão. As armas são um código. Partes do corpo podem, certamente, estar representadas lá, aliás, com outros elementos naturais, mas elas têm valor de significantes. São significantes imaginários, significantes cuja matéria é emprestada da imagem (MILLER, 2004, p. 18).

Neste capítulo, percorremos os marcos conceituais do objeto de investigação proposto – imagem corporal – enfatizando a problemática da constituição do eu e do sujeito, a partir do referencial da psicanálise. A tese que se visa demonstrar é de que a linguagem via os significantes se inscreve como uma rede simbólica que tem efeitos constitutivos sobre a estrutura da vida psíquica. E, esses efeitos da linguagem se manifestam no nível do corpo de forma distinta da estrutura de funcionamento do corpo como organismo. Para a psicanálise, a existência do corpo está condicionada à incorporação da linguagem. Nesse sentido é que Lacan afirma que o ser do sujeito antecede o que virá a se constituir de forma condensada na expressão: “ter um corpo” (LACAN, 1979 [2003], p. 561). O que se visa é demonstrar, através da clínica, a tese de que o sintoma que se manifesta no nível do organismo é, por vezes, um modo de resposta do sujeito à problemática do processo constitutivo da imagem corporal. Sobretudo, nas formações sintomáticas que delimitam nossa amostra clínica – anorexias, bulimias e a clínica das passagens ao ato, dentre outras.

Nessa perspectiva, não há nenhuma dúvida de que a discussão dos efeitos dos significantes sobre o corpo só assume seu apogeu conceitual com Jacques Lacan. Essa

afirmação não anula a concepção original sobre o corpo elaborada na obra de Freud como um desdobramento necessário de sua teoria da libido, a partir da qual se fundamenta o valor metafórico do sintoma histérico, o qual, de forma exemplar, demonstra os efeitos da linguagem sobre o corpo humano. Enfim, o corpo se institui para a psicanálise de forma distinta da estrutura de funcionamento do organismo (SANTIAGO, 2008, p. 33).

O sintoma se manifesta no nível do corpo como satisfação da pulsão, segundo a formulação freudiana apresentada em “Inibição, sintoma e angústia”. A ação do significante vivifica ou mortifica o corpo. O que nos permite afirmar que a vida transborda o corpo, ou seja, só há gozo na condição em que a vida se apresente sob a forma de corpo vivo. E o significante é causa do gozo. É na perspectiva da satisfação pulsional que alguns sintomas podem ser entendidos como acontecimento de corpo, resposta nas diferentes estruturas clínicas, do que afeta o pensamento, a enunciação, a língua.

Então, qual a aplicabilidade clínica de tais elaborações lacanianas sobre o corpo? Como entender essa diferenciação entre corpo biológico e constituição de um corpo psíquico? Iniciaremos a construção de tal resposta a partir do caso clínico de Sálmacis, uma adolescente de 15 anos de idade, encaminhada pelo setor de endocrinologia ao Serviço de Saúde do Adolescente do Hospital das Clínicas da UFMG para avaliação psiquiátrica. Esse caso nos parece exemplar para demonstração da tese freudiana das consequências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos. Há, em relação ao anatômico, uma dimensão paradoxal, a escolha sexual contraria os princípios básicos e gerais do raciocínio médico segundo o qual poderia articular o sexo anatômico ao modo como irá se dar a escolha sexual. A contradição inerente a todo paradoxo será dada pela interferência da subjetividade, que supõe a dimensão da contingência. O caso clínico

demonstra que a contingência, inscreve o particular no universal, a partir do qual é possível localizar o singular de cada caso.

Para a espécie humana não é, tal como para o animal, lícito identificar o ser e o corpo. A supremacia narcísica, característica da espécie humana, procede desta falta de identificação subjetiva com o corpo. O sujeito do significante não pode identificar-se com seu corpo, procede daí sua afeição pela imagem de seu corpo. Evidencia-se, sobretudo na histeria, a falta de identificação corporal, de identificação subjetiva com o corpo (MILLER, 2004, p. 14).

3.1 Sálmacis

Sálmacis tem 15 anos de idade, os sintomas que motivaram sua consulta foram: irritabilidade, perda de apetite e conflitos com a mãe, que não aceitava sua escolha homossexual. Já na primeira entrevista, ela diz: “estou aqui, porque sou bissexual, descobri que gosto tanto de menino, como de menina”.

3.1.1 Sálmacis no discurso do Outro

A história do sujeito Sálmacis inscreve-se desde antes de seu nascimento. É a primeira filha de um casal que vivenciou a primeira gestação com muita angústia, devido à situação de risco materno. Pois, a mãe tinha uma plaquetopenia, com risco de sangramento, agravada ao final da gravidez por uma hipertensão arterial grave. E, imediatamente após o nascimento de Sálmacis os médicos revelaram para os pais que não era possível definir o sexo do bebê, pois tinha uma genitália ambígua. Os pais teriam que esperar um pouco para escolherem o nome – naquela época, 15 anos atrás, o diagnóstico etiológico era mais demorado, somente no início do segundo mês de vida é que confirmaram o resultado do cariótipo como do sexo feminino.

A escolha do pseudônimo “Sálmacis” se faz em referência à mitologia grega.

Sálmacis, uma ninfa aquática atípica, que pede aos deuses a fusão do seu corpo ao corpo de Hermafrodito, filho de Afrodite e Hermes, que é um deus da mitologia grega que representa a fusão dos dois sexos. Hermafrodito foi banhar-se nas águas, momento no qual Sálmacis funde o seu corpo ao dele, até que os dois se transformaram em um único ser.

Imediatamente após o nascimento de sálmacis, as orientações médicas se fizeram no sentido de que “o bebê poderia ficar mulher por dentro e homem por fora, ou ao contrário”, pois tinha a genitália de aspecto masculino, uma virilização da genitália. Os pais se angustiaram diante da dificuldade em comunicarem às respectivas famílias a impossibilidade de definição do sexo do bebê. Um mês após o nascimento de Sálmacis, o marido sentindo-se abandonado pela esposa, que cuidava excessivamente da bebê, resolve revelar que antes do parto os médicos anunciaram que havia risco de morte, tanto para a bebê, como para ela. Tentariam salvar a mãe, mas se possível salvariam as duas. Imediatamente ele, o pai, solicitou aos médicos que se empenhassem em salvar a esposa. Tal fato se inscreveu para essa mulher não como uma predileção do marido por ela, mas como uma dupla rejeição por Sálmacis. Primeiro ao escolher que dessem preferência a ela, ao invés da filha; depois, sempre sentia que havia uma recusa do marido em aceitar que tinha nascido um bebê com o sexo anatômico sem definição – era uma criança com genitália ambígua. O ultrassom revelou que tinha os órgãos sexuais femininos, mas o excesso de hormônio masculino, hiperplasiou, aumentou a genitália externa feminina – clitóris –, conferindo um aspecto masculino.

Segundo os critérios de Danish, a genitália ambígua ocorre tanto no sexo masculino, como no feminino, que é o caso em questão, no qual o cariótipo é feminino, mas ocorre antes do nascimento a virilização da genitália, que adquire aspecto masculino (gônadas não palpáveis e com diâmetro máximo < 8 mm, tamanho

peniano inferior a – 2,5 DP, da média para a idade. Hipospádia e presença de massa inguinal (pode corresponder ao útero e trompas rudimentares). No caso em questão a causalidade da genitália ambígua foi a hiperplasia adrenal congênita (MANTOVANI; CHAGAS, 2010, p. 366).

Ao final do primeiro mês de vida de Sálmacis, os médicos explicaram que a virilização da genitália feminina foi secundária à hiperplasia congênita da suprarrenal, condição clínica que tem uma incidência de 1 para 14.500 nascidos vivos. A deficiência enzimática (em 95 % das vezes a CYP21) causa diminuição das sínteses de cortisol, elevação do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) e, então, hiperplasia das glândulas adrenais. Assim, há elevação dos hormônios precursores do cortisol (progesterona e 17-OH-progesterona), que são desviados para a produção de androgênios (deidroepiandrosterona [DHEA], androstenediona e testosterona). Cerca de 75% das crianças afetadas apresentam a forma perdedora de sal por deficiência da CYP21. No sexo feminino as formas graves cursam com a virilização da genitália, enquanto raramente se observam alterações genitais no sexo masculino (MANTOVANI; CHAGAS, 2010, p. 366). Sálmacis usou acetato de hidrocortisona até 9 anos de idade, para manter os níveis de cortisol normal. Atualmente, não faz mais tratamento medicamentoso.

Ao longo do tratamento, a boa relação médico-paciente que se estabeleceu entre Sálmacis, sua mãe e a equipe do serviço de endocrinologia permitiu que a mãe remetesse, imediatamente, a esses profissionais o retorno de sua angústia, ao saber da escolha homossexual de Sálmacis. Momento em que foram encaminhadas para o Serviço de Saúde do Adolescente.

Percebe-se, aqui, uma articulação do sintoma da filha à subjetividade materna. A mãe sempre buscou velar, tanto da própria Sálmacis, como dos familiares a questão da

genitália ambígua, cuidando de forma excessiva dos seus genitais, para que ninguém os visse. Esse excesso de cuidados exerce uma erotização dos genitais, do corpo infantil, o que acarreta para o sujeito uma desorganização no nível da imagem corporal.

Os pais ficaram numa situação difícil diante dos familiares, não podiam definir o nome da filha, não sabiam se era menina ou menino. Mantiveram por um mês, em suspenso o ato de nomear Sálmacis. Essa impossibilidade de nomeação exerce efeitos no processo de constituição da vida psíquica. A constituição da rede de significantes é marcada por uma hiância, um espaço de suspensão simbólica. Há para esse sujeito uma marca que se inscreve precocemente como significante da indefinição sexual, na superfície do corpo, o que torna sua existência marcada pelas insígnias da angústia materna – menina ou menino?

O interesse dessa mãe pelo órgão sexual da filha marca a incidência da linguagem sobre o corpo, inscreve-se de forma paradoxal – um órgão a ser exibido como objeto de cuidados da mãe e dos médicos. E, por outro lado, um órgão a ser velado, a mãe fazia um enorme esforço para que nem mesmo os familiares pudessem ver a região genital da bebê despida. O olhar vigilante introduz o real do gozo da mãe sobre o órgão da filha, e esta responde com a fixação de gozo no olhar dirigido para as outras meninas.

O tratamento medicamentoso possibilitou que a genitália de Sálmacis fosse retornando ao aspecto feminino, mas a mãe manteve a preocupação em passar sempre pomadas na genitália da filha, até sua idade de 8-9 anos, para que não tivesse assaduras, como se fosse um bebê. Somente aos 12 anos de idade, quando ocorreu a primeira menstruação, é que a própria Sálmacis foi evitando os cuidados corpóreos exercidos pela mãe. Nesse momento da adolescência de Sálmacis, sua mãe questiona se a escolha homossexual da filha teria relação com a genitália ambígua.

3. 1.2 Do sintoma do Outro ao sintoma do sujeito

A angústia materna suscitada pela escolha homossexual de Sálmacis possibilita o início do tratamento analítico. A adolescente tentava, a seu modo soluções, que se faziam via uma série de *acting out*, parece que algo fracassa em termos de um suporte simbólico para a constituição do sujeito. O fato de Sálmacis ter tido sua nomeação adiada no momento inaugural de seu nascimento tem efeitos que demonstram a formulação de Lacan de que o sujeito é o que um significante representa para um outro significante e no sintoma, um desses dois significantes tem seu suporte no simbólico (LACAN, 1975-1976 [2007], p. 24).

Nessa perspectiva, o sentido do sintoma é uma saída encontrada pelo sujeito em resposta ao seu querer saber sobre o sexo. Será via ao “tudo que tem vontade faz” – que inscreve uma série de *acting out*, com prejuízo da vida escolar (Retornarei à discussão sobre o *acting out* no Capítulo VI, em que se definem imagem corporal e as suas consequências – passagem ao ato e fenômenos de corpo).

Para Sálmacis o insuportável é a descoberta materna de sua escolha homossexual – uma namorada do mesmo sexo, mas, sobretudo, o fato de a mãe interditar esse namoro, com conseqüente término dessa relação amorosa. Então, manifestam-se no nível de seu corpo a irritabilidade, agressividade, choro frequente e progressivo emagrecimento. Ela testemunha, à sua maneira, o acontecimento da puberdade, que nos permitirá abordar a problemática do corpo adolescente que reinscreve via linguagem questões cruciais sobre o seu sexo.

Logo no início Sálmacis ressalta sua relação sempre desafiante com a mãe e com professores e colegas na escola. E, revela já na primeira sessão com a analista, o que parece ser um dos pontos fundamentais que irão definir suas relações com o outro – sua curiosidade de como seria “ficar” com meninas. Acha que sua escolha sexual será por

meninas, mas tem medo do preconceito das pessoas e da reação de sua mãe, que é muito chata. Sálmacis espera que a mãe não revele ao seu pai sobre suas escolhas, pois acha que os pais não se gostam muito e que ele não a compreenderia.

Desde os 7 anos de idade, a dimensão do olhar foi se tornando muito intensa para Sálmacis, de forma que na escola se distraia, olhando para as meninas, movida pela curiosidade em saber como seria “ficar” com uma delas. Localiza o início de sua curiosidade desde que nasceu, por isso, passou a fazer tudo o que tinha vontade. A analista relança a afirmação “tudo que tem vontade faz” em forma de questão. Após um breve silêncio, diz que sempre foi muito curiosa, aos 7 anos de idade viu uma novela em que duas garotas se apaixonam, teve vontade de experimentar como seria se apaixonar por uma menina. Aos 12 anos de idade “ficou” pela primeira vez com um menino, mas logo depois passou a preferir a “ficar” com meninas. Sálmacis se fixa em um ponto de gozo que se articula a dimensão do “olhar para as meninas”, na busca da construção de uma resposta sobre o real de seu sexo.

A curiosidade sexual de Sálmacis, a lança na busca de várias experiências, seja com meninos, seja de preferência com meninas. Esse momento adolescente, sua vida acadêmica e o rendimento escolar ficam prejudicados. Ela sente preguiça, cabula as aulas, na tentativa de escapar da vigilância materna e construir seu próprio saber. A resposta do sujeito se traduz pelo modo como diz de si mesma “tudo que tenho vontade faço”, parece que a impossibilidade de resposta, de amarração simbólica, imaginário, real, sobre os olhares e ditos que, até então incidiram sobre seu corpo, a lançam para uma busca irrefreada de satisfação. Esse ponto – “tudo que tem vontade faz” – será ressaltado pela analista, visando que algo se inscreva na cadeia significante para o sujeito.

Desde o nascimento Sálmacis faz tratamento pediátrico e endocrinológico no Hospital das Clínicas. Ela conta que por muitos anos usou medicações para controlar “um probleminha” na região genital. Ela relata não saber de forma detalhada qual o problema que teve, mas o que sabe é que agora tudo está resolvido e nem precisa usar remédios. Nesse ponto, de forma extremamente cuidadosa pode a analista apontar para o sujeito que há em relação ao que acontece com o seu corpo, um não-saber, um vazio da nomeação. Sálmacis pode responder que sempre a incomodou os cuidados excessivos de sua mãe, com seus genitais. A questão da genitália ambígua parece permanecer para ela como um “não-dito”, pois nunca entendeu muito bem por que precisava das medicações, achava que era para evitar uma desidratação grave, mas agora está curada. Considerando que o tratamento analítico é algum tempo depois interrompido por Sálmacis, a hipótese possível é de que esse ponto retorne em um momento posterior da história de vida do sujeito, possibilitando, ou não, uma significação.

Em uma próxima sessão, Sálmacis permanece silenciosa. Proponho se gostaria de fazer alguns desenhos: da família, da figura humana. Ela aceita e os produz na seguinte sequência: a família – na qual ela não se inclui –, desenha o pai, a mãe e o irmão. Depois quando vai desenhar a figura humana, interroga: “Quer que desenhe uma pessoa?” Respondo a ela com um sorriso, para possibilitar que o sujeito revele sua própria questão. “Sálmacis introduz, aqui, o cerne fundamental ao qual a investigação clínica se propõe”: O que é a figura humana? O que é a “pessoa” – a dimensão do ser? Então desenha a figura masculina. Depois, no terceiro momento desenha uma menina, que denomina como sendo ela mesma.

Ao final da série de desenhos, ela diz que tudo aquilo parece “coisa de prézinho”. A analista diz para Sálmacis que não entendeu a correlação entre o desenho e

a expressão – “coisa de prézinho”. Sálmacis explica que o “prézinho” é o período da pré-escola, quando as crianças desenhavam. Então, reintroduzo um ponto que a *posteriori*, juntamente com o “tudo que tem vontade faz”, será norteador do sentido do caso – “Ah outras coisas também aconteciam no “prézinho”. A intervenção analítica permite que a dimensão do recalque se revele. Sálmacis diz de uma cena infantil – no prézinho a professora pediu que ela lesse o calendário, não sabia ler, ficou triste e começou a chorar. Subitamente, uma colega de sala arrancou os óculos de Sálmacis, os quebrou e bateu muito nela. Até esse momento esse acontecimento havia se inscrito para Sálmacis como enigmático, não havia entendido por que a colega a agrediu.

A resposta do sujeito é uma demonstração da elaboração de Lacan de que “é unicamente pelo equívoco que a interpretação opera. É preciso que haja alguma coisa no significante que ressoe” (LACAN, 1975-1976 [2007], p. 18). O momento em que a analista introduz a dimensão de não entendido, de equívoco, em relação ao “prezinho”, esse significante ressoa para o sujeito. Esse momento clínico é demonstrativo de que as pulsões são, no corpo, o eco do fato de que há um dizer, ao qual o corpo é sensível. Será pelo orifício do ouvido, que não pode se fechar, que se tem o viés através do qual responde a dimensão da voz. Nessa mesma perspectiva, Lacan articula a importância de que os efeitos sobre o corpo não são resultado somente do que é possível capturar pelo ouvido, mas também pela dimensão do olhar (LACAN, 1975-1976 [2007], p. 19).

Aqui, será nesse espaço de palavra entre dois significantes – “coisa de prézinho” – onde poderia alojar não seu corpo real, mas uma imagem do que ela é para o Outro, que se inscreve a questão fundamental para o sujeito. Diante da solicitação da analista de que ela desenhe, irá se interrogar se é para desenhar a pessoa ou a figura humana. Sálmacis, desde a infância, encontrou via *acting out* a tentativa de uma solução para inscrever sentido à sua dificuldade em condensar o gozo sintomático no nível do

corpo, construir a unicidade da imagem do corpo, consentir em se alojar sob o significante do Outro, o simbólico (o significante que a representa), o imaginário (a ideia de que ela possa ser para o Outro uma imagem) e o real (o pulsional em jogo em seu corpo), que encontram uma dificuldade de enlaçamento.

Para esse sujeito parece ser necessário construir um mais além do véu, o ver e ser visto, irá permitir uma tentativa de saída para sua relação de objeto. A curiosidade sobre o sexo é respondida via uma série de *acting out*, como tentativa de expressão de algo que o sujeito não alcançou no plano simbólico. A aposta é de que o encontro com a analista possibilitou a esse sujeito alojar não seu corpo real, mas uma imagem do que ela é para o Outro.

Somente *a posteriori* será possível saber quais as soluções construídas por Sálmacis, que inicialmente parece nos apresentar o imaginário, o simbólico e o real como separados uns dos outros. O tratamento analítico é a possibilidade de ligação, enodamento, entre os três registros, via *sinthoma*, permitindo a unicidade da imagem do corpo (LACAN, 1975-1976 [2007], p. 21).

Ressalta-se aqui que essa unicidade da imagem do corpo é da ordem do semblante, pois para a psicanálise é na falha dessa identificação entre o ser e o corpo que o sujeito tem uma relação de “ter” o corpo. Ao contrário, a tentativa de fazer equivaler ser e corpo causa o apagamento do sujeito, pois deixa de lado toda a subjetividade, o particular de cada caso (MILLER, 2004, p. 14). Por isso, que não nos interessa, aqui, estabelecer uma relação de causalidade e efeito, ou descrever o comportamento de Sálmacis na perspectiva do estímulo-resposta, tal como o faria os behavioristas.

O retorno dessa cena infantil a faz se interrogar se essa colega já teria percebido que desde aquela idade ela já tinha curiosidade de como seria ficar com uma menina?

Pois, sempre olhava para as colegas e desejava saber como seria namorar uma menina. Esse arrancar os óculos, que conduz a analista ao ato falho – “arrancar os olhos” –, traduz o ponto de fixação do gozo, que se revela na cena recalcada e seu retorno, que aponta para a homossexualidade, sobretudo na tentativa de mudança de posição da menina olhada, examinada, vista pelo outro para a menina que fixa o olhar nas outras meninas, na busca de uma resposta, um modo de solução do sujeito para lidar com o real de seu próprio sexo. O sintoma se inscreve como modo de organização do corpo.

Em nosso último encontro, Sálmacis pergunta sobre os desenhos que fez na sessão anterior, diz ter comentado com um colega que fez os desenhos, o qual lhe disse que teria que ter feito o chão. Ficou preocupada, queria saber se eu achei que ela estava com a cabeça no mundo da lua, flutuando. Retorno a ela que o importante em relação aos desenhos é o que ela pode dizer sobre eles e se ela se sente, ou não, no mundo da lua. Responde imediatamente: “estou com os pés no chão”, “estou bem centrada no que vou fazer daqui para frente”. Estamos no final do ano letivo, então programo estudar muito no próximo ano, terminar o ensino médio, trabalhar, ser independente, para poder fazer minhas próprias escolhas. Desde os 7 anos de idade, por desejar outras meninas, ficava matando aula, enquanto as colegas estavam preocupadas com a escola, ela no mundo da lua. Agora poderia ser diferente.

O sintoma de Sálmacis é uma tentativa de resposta as suas questões sobre o sexo – um bebê que nasceu com genitália ambígua – fato que a mãe sempre ocultou, tanto dela, quanto dos familiares. O sujeito escapa, algumas sessões depois interrompe o tratamento, talvez porque – o ser agredido pela colega –, seja da ordem da opacidade do real, que não pode ser totalmente apreendido pelos efeitos do sentido e pelo jogo da substituição significante (LACAN, 1957, p. 35).

3. 1.3 Da posição de objeto à pulsão escópica

O tratamento é a possibilidade de Sálmacis construir a separação do gozo materno que a encarcerava na posição de objeto e, por conseguinte, construir a separação mínima do olhar do Outro, possibilitando a disjunção do olhar, que é necessário no processo constitutivo do sujeito e do eu, mas que para Sálmacis adquiriria, aqui, o valor do olhar nocivo. Pode-se localizar a constituição do sintoma em três tempos. Primeiro Sálmacis é objeto de investigação e de cuidados, tanto de sua mãe, como da medicina. Há uma erotização de sua genitália, que revela para o saber médico um ponto de excesso – que é a genitália virilizada – por outro lado, essa alteração anatômica se inscreve na sua vida psíquica como ponto de falta. A tentativa da mãe em velar essa marca de castração, de falta, nos genitais da filha culmina por erotizá-los como objeto de cuidados.

No segundo momento, Sálmacis passa a fixar o olhar nas outras meninas; desde os sete anos imaginava como seria “ficar com uma menina”. O que se verifica, aqui, é que se constitui para o sujeito um ponto de fixação de gozo, que o mantém, em posição de suspensão, de impossibilidade de nomeação. Por isso, sua questão ao desenhar a figura humana: “não desenhei o chão, isso significa que estou no mundo da lua?”. Nesse momento a vida escolar é palco de uma série de *acting out*: Sálmacis cabula as aulas, tem um péssimo rendimento escolar, está submersa na fixação de gozo, que desvia seu olhar curioso para as meninas.

No terceiro momento, na tentativa de separação desse gozo erotizante da mãe sobre o seu corpo e da posição de objeto a ser cuidado pelo outro, ela inscreve a escolha homossexual, na perspectiva de um *sinthoma*, modo de lidar com o real, solução sintomática. O ato analítico de interpretar, capturar na cadeia do discurso do indivíduo, aquilo que parece ser da cadeia significante, discurso da cadeia do inconsciente – “coisa

de pré-zinho” – permite remeter o sujeito a um ponto de pura opacidade, que revela sua verdade radical e subjetiva: desejo que desviava seu olhar da leitura, da aprendizagem, para a curiosidade sobre as meninas. O tempo breve de tratamento parece localizar o ponto de gozo sintomático do sujeito.

Evidencia-se no caso de Sálmacis, primeiro o imperativo do gozo materno – “só a mãe que sabe” – e por isso com seus cuidados erotiza o corpo da filha. E, o segundo ponto – “tudo que tem vontade faz” – fundamenta a hipótese de que será pela via do *acting out* que o sujeito tenta alcançar o plano simbólico, para dar consistência ao corpo.

Sabe-se que segundo Lacan a linguagem, ao ser incorporada, acarreta um efeito de mortificação sobre o corpo. Esse é habitado pela ordem simbólica, ordem qualificada neste caso por sua relação com a morte. O que nos permite dizer que o sujeito habitado pelas palavras é movido pelas formas discursivas que animam sua existência. O corpo se mantém articulado ao valor simbólico que se situa mais além de sua estrutura orgânica e cujos efeitos sobre a economia libidinal se fazem presentes na clínica, quase sempre às expensas de suas funções vitais. Então, afirmar que a incorporação da estrutura simbólica tem efeito mortífero exige discernir de que forma esse efeito se inscreve sobre o corpo. Será esse efeito de mortificação que confere ao corpo uma consistência própria, que se deduz da relação lógica entre a libido, a função vital que afeta o corpo e o campo do outro simbólico (SANTIAGO, 2008, p. 37-38).

Nessa perspectiva, o que o caso de Sálmacis demonstra são os efeitos da não nomeação do corpo do bebe pelo outro, sobre o processo de constituição do sujeito e do eu. Há inicialmente, via não nomeação, um atraso na mortificação do gozo, no nível do corpo. O que faz com que esse gozo circule, retorne metonimicamente, no processo de erotização do corpo da criança pela mãe. O sujeito criança, então, faz a tentativa de construção de seu sintoma, visando à separação do imperativo de gozo materno. Aqui, a

tentativa de efeito de mortificação que confere ao corpo uma consistência própria parece se deduzir da relação lógica entre a libido, a função vital que afeta o corpo – o ver e o ser visto – e o campo do outro simbólico.

Nesse sentido, Sálmacis coloca em evidência que seu corpo biológico é prematuramente marcado pela dúvida sobre a sexualidade, que se inscreve como *falasser*, inconsciente, linguagem, para esse sujeito. Quase uma demonstração científica rigorosa de como para o sujeito a problemática de ter o corpo é antecedida pela questão do ser. É notável a interrogação de Sálmacis: “você quer que desenhe a figura humana ou a pessoa?” Pois, no seu nascimento a figura humana, o corpo como organismo, o corpo biológico, não era suficiente por si só para responder sobre a pessoa, sobre a dimensão do ser, sobre o corpo pulsional, o cerne de gozo.

E, tal como afirma Lacan, sempre tivemos um corpo, marcado pelo dualismo cartesiano – do saber e do corpo – a questão do ser coloca-se do lado do saber, enquanto o corpo está do lado do ter (MILLER, 2004, p. 14). Nessa linha de análise, Sálmacis muito prematuramente se depara com o não dito, o não saber, a dimensão constitutiva do ser fica em suspenso. A tentativa, seja da mãe, seja da medicina, de dar um lugar de unidade – identificação do ser e do corpo – ao erotizar a genitália ambígua, causa o apagamento do sujeito. Será, então, via uma série de *acting out* que Sálmacis irá construir um saber, inscrever-se como sujeito.

3. 2 A existência do corpo como resultado do processo constitutivo do ser

É via linguagem que o homem se constitui como ser e pode apropriar-se do corpo, ou seja, ter um corpo (LACAN, 1979 [2003], p. 561). Em outras palavras, o homem nasce com um corpo biológico, mas o que interessa à psicanálise é que o corpo não é o puro organismo. Ressalta-se, aqui, que a prática da clínica médica demonstra

esse corolário tão enfatizado ao longo desta tese – o corpo não é o puro organismo –, visto que com frequência os médicos, sobretudo os que tentam manter a tradição clínica, testemunham que, apesar de todos os avanços tecnológicos da medicina, há casos nos quais os fatores psicológicos ou emocionais interferem na resposta terapêutica e, por vezes, no processo de diagnóstico. O corpo, em questão, articula-se ao processo de constituição da vida psíquica que se instaura através da linguagem.

Na prática clínica, como se observa a incidência da linguagem sobre o corpo? Por exemplo, o bebê é falado por seus pais desde antes do seu nascimento – “estou grávida”, “é menino”, “menina”–; no momento imediato do nascimento é falado, codificado, protocolado, pelo obstetra, pelo neonatologista, pelos pais e familiares, ocorre assim o processo e a continuidade da constituição do ser – essencial à constituição da vida psíquica – nesse sentido, o ser, como essência antecede o ter o corpo.

O que é o ser? O ser se constitui a partir do momento em que se fala sobre ele, através da ação estruturante das palavras e da rede simbólica. A existência do corpo está condicionada à incorporação da estrutura da linguagem. Porém, o processo de constituição do corpo não pertence somente à ordem simbólica, ao sentido construído via rede de significante, mas destacam-se a simultaneidade, o “pertencer ao mesmo tempo”, tal como um embricamento do corpo, nos três registros simbólicos do imaginário e do real, o que possibilita a constituição da unidade corporal (LACAN, 1979 [2003], p. 561).

O que é ter o corpo? – Lacan usará uma frase um tanto quanto condensada, em relação ao corpo, de que “o sentido do ser é presidir o ter”, o homem “vive do ser (= esvaziar o ser) enquanto tem... seu corpo: só o tem, aliás, a partir disso” (LACAN, 1979[2003], p. 561). Aqui, penso que é importante ressaltar o que é “o sentido do ser” –

para Lacan não há sentido, a não ser metafórico, o sentido não surge senão da substituição de um significante a outro significante, na cadeia simbólica. Lacan enfatiza o predomínio do discurso da cadeia significante na construção do sentido do ser.

Verifica-se que o que se inscreve como inconsciente, como significante, predomina sobre a existência do ser (LACAN, 1979[2003], p. 561). Destacam-se as funções essenciais do significante, que sulca no real o significado, literalmente o evoca, o faz surgir, maneja-o, engendra-o. Trata-se das funções da metáfora e da metonímia. Será pela possibilidade de substituição que se engendrará o mundo do sentido. Será pelo jogo de substituição de um significante por outro que se cria o surgimento de sentido sempre novo, sentido de profundidade àquilo que, no real, não passa de pura opacidade (LACAN, 1957, p. 33-35). A relação de significante a significante, esse engendramento de significação, que já existia como sentido numa base metafórica, preside a criação da língua e do sentido, não apenas percebido, mas no qual o sujeito se inclui (LACAN, 1957, p. 37).

Então, será via consciência de si mesmo que se articulam as marcas do *falasser* sobre o corpo biológico, via processo constitutivo do inconsciente que implica o *falasser [parlêtre]*. Assim, o gênero humano, pode ter o corpo, em sua acepção de corpo psíquico. A posição do sujeito é da ordem do ser, mesmo se formulada como falta-a-ser. A questão do ser coloca-se do lado do saber, enquanto o corpo está do lado do ter. Essa identificação do homem com o seu próprio saber é aquela que Lacan fez culminar no algoritmo ou conceito do sujeito (MILLER, 2004, p. 14).

Ainda continuando a desvelar essa condensação lacaniana que orienta a investigação sobre o corpo psíquico: “o sentido do ser é presidir o ter”. O que é presidir? No latim é *praesid* “estar assentado adiante, ter o primeiro lugar, governar” (HOUAISS, 2009). Nesse momento, importa retornar à etimologia latina de ser – *sed*,

sessum– “estar sentado, assentar-se, ficar sentado e ter” – *tentum* –“segurar, agarrar, pegar em, possuir, ter, ser dono, obter, adquirir”. É nesse sentido que agora é possível entender por que o ser, cuja essência é a linguagem, preside, governa o ter o corpo. Então, formula-se a questão sobre os efeitos clínicos dessa definição de que o sujeito não nasce com um corpo, o ser precede o ter um corpo. Nessa perspectiva, a investigação clínica nos possibilita a construção de uma série de casos – destaca-se, aqui, o de Sálmacis – que ilustra de forma exemplar que o sujeito não nasce com um corpo; o sujeito, de modo incontestável, o precede.

Para Miller, é surpreendente a ênfase atribuída por Lacan na fórmula “o homem tem um corpo”, que aparece pela primeira vez, no *Seminário, livro 2*, na página 97, e será desenvolvida como eixo do texto “Joyce, o sintoma”. A expressão “o homem tem o corpo” está encarnada no direito inglês, sob a fórmula do *habeas corpus*. Lacan critica de forma explícita ou implícita a fenomenologia de Merleau-Ponty, que visa demonstrar o lugar da unidade do corpo, a identificação do ser e do corpo, que tem como resultado apagar o sujeito, pois está centrada na presença corporal e considera a presença no mundo pelo e através do corpo (MILLER, 2004, p. 14).

3.3 A estrutura incorporada faz o afeto

A concepção do corpo como linguagem se instaura desde o momento em que Freud defende o mecanismo da *Verdrängung* como um modo de defesa, típico das conversões histéricas, cuja finalidade é evitar que a inversão libidinal provoque o excesso de desprazer. Neste caso o objetivo da defesa é a separação entre a representação incompatível e o afeto, ocasionando a redução da representação e a recondução da quantidade de afeto para alguma região da inervação somática do corpo. Apesar da terminologia anatômica empregada por Freud, não se deve tomar esse

deslocamento do afeto para a inervação somática como algo que se passa no registro do organismo, mas a materialidade das palavras permite a constituição do revestimento ficcional do corpo.

Sendo assim, sabe-se que o corpo carrega um saber que encontra suas razões no próprio revestimento ficcional que lhe é inerente, tecido pela materialidade das palavras que o envolveram desde os primeiros gritos e balbucios. Para Lacan, a linguagem não é imaterial, e a fala é um dom de linguagem. As palavras se originam de todas as imagens corporais que cativam o sujeito. A linguagem “é um corpo sutil, mas é corpo” (LACAN, 1966 [1988], p. 302).

O corpo humano não existiria se ele não pudesse falar, é a incidência da linguagem sobre o corpo, o processo constitutivo do ser, que dá existência ao corpo. Esse corpo, que antecede o corpo como organismo, é o corpo como simbólico, que tal como no resgate etimológico do termo ser irá “assentar-se” ou incorporar-se ao corpo como organismo.

3.4 A imagem do Outro e o corpo próprio

Sabe-se, que o corpo do outro, cuja matéria é emprestada da imagem e que é marcado pela incidência de significantes, instaura inicialmente a criança, no nível subjetivo, no lugar de objeto. O bebê Sálmacis é objeto de um excesso de manipulação, o que certamente tem consequências na forma como seu corpo se introduz no campo do gozo. Visto que, tal como elabora Miller, operam sobre o corpo da criança as manipulações “úteis”, tais como levá-la para comer ou para dormir, visando satisfazer o que é da ordem da necessidade e das manipulações agradáveis feitas para o prazer da criança e dos que a manipulam. Ou seja, a um só tempo para o gozo da criança e para o gozo do outro. Esse jogo que se estabelece entre a criança e seus pais cria uma

atmosfera superegoica, envolta pelo imperativo: “goza”. De forma que podemos gozar da totalidade do corpo da criança. Seu corpo em sua totalidade é objeto *a*. Miller propõe a correlação da observação de Freud sobre a criança do *fort-da*, com a criança que manipula o carretel, com a criança como objeto *a*. A criança como carretel, como objeto *a*, antecede a entrada da criança no estágio do espelho (MILLER, 2008, p. 17-18).

3.4.1 O estágio do espelho

Lacan, no início de seu ensino, enfatiza a importância da figura da imagem do semelhante no próprio desenvolvimento do organismo animal. Para alguns animais é necessário ver a imagem de um semelhante para a maturação do organismo. A prematuração do humano introduz para os seres humanos uma falta essencial, de forma que a preeminência do corpo próprio tem a ver com a suposição de uma falta, de uma falha que a imagem do corpo viria recobrir (MILLER, 2008, p. 18-19).

A CONSTITUIÇÃO DO EU E DO SUJEITO



10/03/2011

33

Figura 1: Incidência sobre o sujeito dos significantes do campo do Outro

Lacan retoma o tema das identificações e estabelece os parâmetros subjetivos da constituição do eu e suas condições de alteridade em sua apresentação no Congresso de Marienbad, *O estádio do espelho como formador da função do Eu* (LACAN, 1936). Ele consolida o conceito de estádio do espelho, jogo de alternância, fenômeno de transitivismo, sob nova ótica, a da constituição do eu — com base nas referências de Wallon — *As origens do caráter na infância* (1934). O estádio do espelho resume-se no processo pelo qual o bebê assume a imagem de seu corpo como sua, ou seja, identificando-se com ela. O bebê fica capturado por essa imagem — momento fundamental para a constituição do eu, que não existe desde o nascimento, mas é constituído num determinado tempo lógico em que a criança não se vê mais aos pedaços e, sim, como uma unidade. Na verdade, é uma construção, uma invenção necessária, pois o que realmente existe é o vazio deixado pela mãe, que é tamponado por algo.

Deve-se ressaltar o momento do jogo especular, a brincadeira da criança de fazer desaparecer a si mesma diante do espelho, não como um instante pacífico, mas como marcado por certo horror. Ao ver-se no espelho, o bebê pensa que o eu é o outro semelhante e se rivaliza com a sua própria imagem: “O sujeito não se distingue da própria imagem.” Assim, antes que o eu afirme sua identidade, ele se confunde com a imagem que o forma, a imago do duplo, que não contém o outro. Lacan irá atribuir um valor fundamental ao *fort-da* como repetição significativa que supõe que a natureza do objeto seja anulada e simbolizada, simbolização que é mortificação, anulação do objeto, que repercute na cadeia significativa e que define *a posteriori* a constituição do sujeito.



Figura 2: Júbilo do reconhecimento da imagem no espelho

Nesse sentido, no processo constitutivo do corpo como imagem e do corpo simbólico, a representação do gozo do corpo é necessária. Assim, é importante introduzir a diferença entre o gozo do corpo como tal, o corpo entregue ao gozo em sua totalidade, e o gozo fálico, que é a concentração libidinal sobre o órgão (MILLER, 2008, p. 18).

Imaginário na Adolescência



Constituição do eu e do sujeito

10/03/2011

39

Figura3: O gozo fálico organiza o corpo

Como exemplo, Sálmacis testemunha o gozo do corpo como tal. Inicialmente, como em sua posição de puro objeto, para num segundo momento, após uma série de *acting out*, tornar-se possível ao sujeito inscrever a dimensão do gozo fálico, que no caso em questão parece eleger o campo do olhar, do ver e ser visto, gozo situável, circunscritível, fechado sobre si mesmo, um gozo que é realmente o privilégio de um órgão determinado.



Figura 4: O corpo entregue ao gozo em sua totalidade

3.4.2 Três tempos do percurso constitutivo do corpo

Em suma, Miller propõe a divisão do percurso constitutivo do corpo entregue ao gozo até a localização libidinal sobre o órgão em três tempos. Primeiro, a satisfação da criança está livre da concentração do gozo na imagem do corpo próprio. É o que verificamos no momento em que incidem sobre o sujeito os significantes do campo do Outro, tal como para Sálmacis as marcas que sulcam a superfície de seu corpo, as quais

são provenientes do discurso do Outro materno e do discurso médico. No segundo tempo, temos o gozo do corpo imaginário, descrito por Lacan como o júbilo do reconhecimento da imagem no espelho. Aqui, é interessante resgatar que para Sálmacis, nesse momento do gozo do corpo imaginário, parece existir uma fixação de gozo. Isso determina uma supremacia de fenômenos de transitivismo, agressividade, condensados no retorno da cena infantil, em que, por não saber ler, ela chora e uma colega de sala, arranca seus óculos, os quebra e bate nela. No terceiro momento, a série de *acting out*, o “arrancar os olhos” traduz o ponto de fixação do gozo, que se revela na cena recalcada e seu retorno, que aponta para a homossexualidade e, sobretudo na tentativa de mudança de posição da menina olhada, examinada, vista pelo outro para a menina que fixa o olhar nas outras meninas. A localização do gozo fálico fora do corpo permite ao sujeito a organização do corpo. Para tornar mais claro esse percurso constitutivo do corpo, podemos propor o seguinte quadro:

Tabela 4: Percurso constitutivo do corpo (Miller, 2004)		
1º tempo	2º tempo	3º tempo
Incidência sobre o sujeito dos significantes do campo do Outro	Gozo do corpo imaginário Júbilo do reconhecimento da imagem no espelho	Constituição do gozo fálico Ponto de fixação do gozo fálico fora do corpo O falo organiza o corpo

3. 4.3 A lógica da castração

O tema da imagem do corpo próprio pertence aos anos 50 do ensino de Lacan, mas mesmo nas elaborações anteriores e posteriores ele mantém como uma constante a suposição de uma falta, a lógica da castração. Nesse sentido, Miller propõe uma fórmula geral:

$$\frac{i(a)}{(-)}$$

Aqui, $i(a)$ é a imagem do corpo próprio em sua distância, a transcrição da imagem do outro. E, na parte de baixo, o $(-)$, representa a falta que supomos sustentar a imagem. Em Lacan, a primeira versão desse menos é um menos orgânico, a prematuração do humano, proposta no estágio do espelho. A imagem do corpo próprio antecipa a maturação orgânica. Inicialmente, o corpo próprio se experimenta em déficit, em um segundo momento ocorre a completude da imagem por um mecanismo de antecipação e de retroação. Essa imagem do corpo do outro antecede o corpo próprio, o lugar personificado pelo Outro (A) é constitutivo da imagem do corpo. O bebê necessita do Outro (A), do Outro materno como suporte que propicie seu reconhecimento no campo do Outro.

Aqui, é possível resgatar toda a discussão da diferença entre o corpo como organismo e o corpo pulsional constitutivo da vida psíquica, da dimensão do eu e do sujeito. Será o Outro, representado, sobretudo pelo Outro materno, que oferece, via significantes ao bebê em seu estado de prematuração humana, os fundamentos da construção do corpo próprio.

Ressalta-se que a prematuração do humano como situação constitutiva do

desamparo, o júbilo da criança ocorre porque a imagem é sua (da criança) mas também do outro. A criança é capturada pela imagem e se identifica como se fosse a imagem de um outro, operação condensadora do processo constitutivo do eu no humano. O imaginário inscreve a humanização.

A imagem especular

"O estádio do espelho como formador da função do Eu"(Lacan, 1936)



10/03/2011

37

Figura 5: a diferenciação entre a imagem do eu e do outro

No *Seminário, livro 4: a relação de objeto*, Lacan introduz a vacilação entre o júbilo pela imagem e a depressão como uma versão do “menos”, da castração. Então, Miller propõe como fórmula geral a passagem do primeiro matema:

$$\frac{i(a)}{(-)}$$

Para o segundo, a versão freudiana desse “menos”:

$$\frac{i(a)}{(-\varphi)}$$

É a castração, a prematuração do humano, que condiciona o estágio do espelho. Assim, no lugar do Outro colocamos o (- φ), e no lugar do significado do Outro, a imagem do corpo, o amor por sua imagem: $i(a)$ (MILLER, 2008, p. 20).

$$\frac{a}{(-\varphi)}$$

Em Freud, a experiência fundamental da castração incide sobre o corpo do Outro, escreve a castração sobre a imagem do corpo do outro. A lógica da castração é o que realça nossa consideração da imagem. A imagem não se sustenta sem um investimento libidinal, que deve ser regularizado; em outros termos, a regularização do gozo inscreve-se do lado da castração. Nesse sentido, o suporte fundamental da imagem é a ação do Nome-do-pai, quando algo não funciona bem podemos ver as perturbações no próprio nível da percepção das imagens. Sem o suporte do Nome-do-pai não podemos ver, sequer, um semelhante. A imagem do corpo traduz sempre a relação do sujeito com a castração. “O segredo da imagem, o segredo do campo visual, é a castração” (MILLER, 2008, p. 21-22).

3.4.4 O corpo é o Outro

Qual a especificidade da questão do corpo na psicanálise? Lacan fará em “Radiofonia” menção aos estoicos – que constituíram as doutrinas filosóficas do estoicismo, escola filosófica grega e grego-romana, ao mesmo tempo, uma “constante” histórica no pensamento ocidental –, por terem diferenciado a partir do termo incorpóreo a relação entre o simbólico e o corpo. Os estóicos diferenciam o corpo em estado de coisa, o que existe, do que não existe, o incorporal, o que *ex-siste* (MORA, 2001, p. 914). Na física dos estoicos, os elementos racionalistas, materialistas, corporalistas e deterministas que invadem suas doutrinas fundamentam-se em grande parte em sua concepção de realidade física. Para os estoicos, o mundo é essencialmente corporal, mas isso não significa que eles neguem certas realidades denominadas de incorpóreas (MORA, 2001, p. 914). O estoicismo propõe a tese da interpenetrabilidade dos corpos, pois concebe o espaço como um “contínuo” dentro do qual há posições e “ordens” dos corpos. E a disposição dos corpos é que gera os distintos “lugares” em que se encontram, ou podem encontrar-se os corpos. O espaço é como que uma espécie de “matriz” dentro da qual se encontra a possibilidade das diversas “posições” dos corpos e das novas relações entre eles (MORA, 2001, p. 871-872).

A partir da concepção dos estoicos Lacan postula que o afeto provém daquilo que no sujeito se articula como linguagem, e simultaneamente a estrutura é incorporada. Será na forma incorporada que a estrutura faz o afeto. Lacan utiliza, por várias vezes, o verbo incorporar para resgatar a especificidade da noção de corpo em psicanálise. Ele considera que inicialmente o significante se apresenta como elemento incorporal, para num segundo momento, apresentar-se como estrutura significante, ser incorporado, ao nível do que é possível definir como incorporação do Outro.

A definição do corpo como Outro é considerada canônica no ensino de Lacan como uma solução para a questão dos efeitos da estrutura da linguagem sobre os corpos. Nesse sentido é importante que se pergunte sobre os usos e efeitos de tal formulação. Verifica-se que o problema das relações entre as palavras e os corpos já se colocava desde as formulações de Lacan sobre o Estádio do Espelho como formador da função do eu. Momento em que o corpo é tomado na dimensão do corpo fragmentado, que se torna um elemento primordial das elaborações clínicas de Lacan (SANTIAGO, 2008, p. 36).

3.4.5 O olhar do Outro

Lacan se interessou pelas elaborações de Merleau-Ponty em *Fenomenologia da percepção* pela percepção da luz e as variações perceptivas. Enquanto a Luz nos permite ver, enquanto ela dá visibilidade, o visual continua como alguma coisa análoga ao lugar do Outro. É como se a luz incluísse a visão. Na própria luz, na própria visibilidade, há uma encarnação do Outro, o que dá visibilidade a um sentido de violação, profanação. Assim, o pudor do corpo não implica somente que o outro não deva vê-lo, mas também que não devemos gozar de ver nosso corpo. O olhar está contido na própria visibilidade; além da visão que o outro pode ter de mim, há o olhar suplementar do Outro, do Outro escondido. Isso permite uma releitura do estágio do espelho, uma mudança da ênfase na atividade do sujeito, no olhar do sujeito que reconhece ou não sua imagem, para além da passividade – ser olhado –, que precede a atividade de ver e considerar a imagem do corpo próprio. Nesse sentido, é o Outro que nos permite ver e que, além disso, e antes mesmo de nossa visão, olha (MILLER, 2008, p. 25).

Freud em *Um distúrbio de memória na acrópole* (1936) introduz que o sentimento de estranheza retorna e pode ser traduzido pela expressão “o que vejo aí não é real”. Esse episódio fez surgir para Freud, que estava acompanhado de seu irmão, o

olhar do Outro, diz a si mesmo tratar-se de um esquecimento ou de um distúrbio de memória, pois ao ver a Acrópole se interroga se tudo aquilo existe realmente, Freud aponta que ele produziu uma curiosa frase – “o que vejo aí não é real” – para se defender contra o sentimento de estranheza, da vacilação da realidade perceptiva, ergue-se a figura de seu pai. Há nesse momento para Freud um gozo intenso e um júbilo excessivo. Freud ao estar em Atenas, local onde seu pai nunca esteve, considera que esse era um momento em que estava em uma situação melhor do que a do seu pai. Neste ponto, evoca Napoleão que, no momento de ser coroado imperador, volta-se para seu irmão e diz: “O que diria nosso pai se ele pudesse estar aqui, agora, se ele pudesse nos ver.” Em suma, o distúrbio de memória na Acrópole é causado pelo olhar do pai que se faz presente no espetáculo. O olhar do pai os olha de um lugar destacado de qualquer lugar, assim é como se a Acrópole os visse, encarnando o olhar do Outro.

Esse episódio das imagens fascinantes do espetáculo revela o caráter de estranheza, correlato do desamparo, da castração. O estranhamento surge em uma situação na qual um fenômeno esporádico, que o remete à sensação de irreal, exige o anteparo do recalado, que garante a constituição do campo do inconsciente, será a extração do objeto *a* como olhar que nos permite ter um sentimento de realidade perceptiva. Por outro lado, cada vez que se impõe o mais de gozar visual, o olhar pode surgir e se impor a nós. Por outro lado, verifica-se que quando o olhar não encontra o recalado como anteparo, há uma persistência dessa imposição do olhar do outro, condição usual da paranoia (MILLER, 2008, p. 27).

Nesse sentido, o mesmo organismo deve suportar dois corpos distintos. De um lado, um corpo de saber, o corpo que sabe o que lhe é necessário, o corpo-prazer, o corpo ego. De outro lado, o corpo libidinal, o corpo-gozo, desregulado. Sobre esse corpo, temos a ação do recalque, representação que impede outras de se tornarem

conscientes. E o ego é o grupo de representações capazes de recalcar outras, o grupo de representações recalcentes. A pulsão é a dinâmica mesma das representações. As pulsões do ego são aquelas que servem à autoconservação do indivíduo. Freud nos apresenta um corpo sob o qual se inscreve um campo de batalha pulsional entre o ego e as pulsões parciais. E o que chama de prazer sexual é este prazer tornado gozo. O corpo histórico apresentado por Freud é um corpo disputado pela autoconservação, de um lado, e o gozo pulsional fragmentado, de outro (MILLER, 2004, p. 47-48). Podemos representar essa formulação de que o mesmo organismo deve suportar dois corpos distintos, de acordo com o seguinte quadro:

Tabela 5: O organismo suporta dois corpos distintos (MILLER, 2004)	
Corpo de saber	Corpo libidinal
Corpo prazer	Corpo gozo
Corpo ego	Corpo desregulado

Em suma, sobre esse corpo incide o sintoma como acontecimento de corpo, quando o sintoma constitui, como tal, um gozo, satisfação substitutiva de uma pulsão. O sintoma passa pelo corpo, como forma, como modo de vida. E, outra definição do sintoma que eclipsou a definição de sintoma como acontecimento de corpo é o sintoma como advento de significação estabelecida por Lacan a partir da equivalência entre sintoma e metáfora. Sendo assim, no próximo capítulo, a imagem especular: fenômeno e estrutura, percorreremos um pouco da psicopatologia desses sintomas que incidem sobre o corpo e que se fazem revelar a partir da clínica da imagem corporal.

Capítulo 4

A clínica da imagem corporal: fenômeno e estrutura

Fenômeno e estrutura descrevem com precisão a trajetória do tema da imagem corporal na psiquiatria e na psicanálise e destaca a oposição de concepções que definem sua situação na atualidade. A psiquiatria clássica se orienta pelo método empirista da descrição e classificação dos fenômenos. Este método não permitiu a formulação de hipóteses teóricas e a construção de conceitos que não tivessem uma definida e imediata referência à observação. Surgiu, assim, um saber psiquiátrico que reconhecia e descrevia sintomas, síndromes e entidades clínicas que se distribuía e proliferavam em diferentes nosografias.

No começo do século XX, a ressonância da psicologia chamada científica chegou à psiquiatria, transformando os ideais clássicos, resultando no movimento psicopatológico representado por Ribot e Janet, em Paris, Bleuler em Burgholzli, culminando com Jaspers, na Alemanha. Através do método descritivo era possível formular hipóteses explicativas sobre natureza, origem, causas e mecanismos das diferentes entidades clínicas. O termo psicopatologia foi criado por Jeremy Bentham, em 1817. *Psyché* significa alma; *páthos*, sofrimento ou doença; e *logos*, estudo ou ciência. Embora sejam Esquirol, na França (1837), e Griesinger, na Alemanha (1845), considerados os criadores da psicopatologia. Desse modo se constituiu uma psiquiatria das estruturas psicopatológicas em que as contribuições da psicanálise, mesmo fortemente criticadas, ocuparam um lugar de destaque. A psicopatologia estuda os métodos de investigação da doença mental e visa à descrição do fenômeno e a natureza essencial do adoecimento, relacionando suas causas, alterações estruturais, funcionais e

suas formas de manifestação. Segundo Jaspers o objeto da psicopatologia é o fenômeno psíquico, mas só os patológicos. Porém, a distinção entre normal e patológico é imprecisa. Na psicopatologia, muitas vezes, é a visão do anormal que fornece elementos para a explicação do normal. A psicopatologia é o fundamento da psiquiatria (CHENIAUX, 2008).

Na atualidade, os avanços tecnológicos da medicina permitem, de forma surpreendente, quantificar, especificar com certa consistência a causalidade das doenças, enfim denominá-las como entidades nosológicas ou transtornos específicos, considerando certos fatores causais, um curso relativamente homogêneo, antecedentes familiares e genéticos, algo específico e respostas ao tratamento mais ou menos previsíveis. Nessa perspectiva, desde as últimas décadas do século XX a psiquiatria tem realizado um esforço árduo no sentido de identificar entidades nosológicas precisas.

A psiquiatria americana classifica os fenômeno de acordo com o DSMR-IV – Diagnóstico em Saúde mental IV e pela CID-10 – Classificação Internacional de Doenças através de uma prática reducionista do sofrimento psíquico numa série de nomeações, que devido à vasta divulgação pela mídia se incorporaram ao vocabulário cotidiano, tal como síndrome do pânico, transtorno obsessivo compulsivo (TOC), anorexias, bulimias. As entidades nosológicas passam a serem substituídas pelas síndromes – agrupamentos constantes e estáveis de determinados sinais e sintomas – tal como a anorexia.

Por sua vez, a psicanálise funda sua construção clínica em estruturas. Freud desde o começo de seu trabalho se inscreve no movimento psicopatológico como um de seus representantes mais eminentes e inaugura sua teoria delimitando os mecanismos psíquicos da formação dos sintomas histéricos. Lacan, mais tarde, resgatará em suas elaborações as estruturas freudianas: neuroses, psicoses e perversão, produzindo, assim,

uma máxima redução em relação às nosografias psiquiátricas vigentes. Para isso, foi necessário o deslocamento do conceito de estrutura na perspectiva perceptiva da *gestalt* para introduzir o registro simbólico da linguagem. Em seguida, definiu-se que a estrutura não é transfenomênica, a estrutura, a linguagem, está implícita no próprio fenômeno. Então, primeiro predomina o fenômeno. Em segundo, surge mais além a estrutura e, em terceiro, a estrutura e o fenômeno.

A psicopatologia é uma tradição clínica que se constitui como base de sustentação da formação do profissional de saúde mental, tal como a semiologia médica é a base, o pilar fundamental da atividade médica. A semiologia psicopatológica estuda os sinais e os sintomas produzidos pelos transtornos mentais, que se traduzem como signos que contêm a dimensão dupla de ser índice (indicador) e também símbolos no interior de uma linguagem. O sintoma como índice indica uma disfunção que tem relação de contiguidade com o processo de base. Além da dimensão de índice, o simples fato de o paciente, o meio cultural e o médico nomearem os sintomas os elevam ao status de símbolo (DALGALARRONDO, 2008).

Na anorexia o emagrecimento extremo é para a semiologia médica e para a psicopatologia um sinal de adoecimento do corpo. Os sintomas são o não querer comer, o que se traduz em queixa para o paciente ou, na maioria das vezes, para seus familiares. Embora o que se verifica atualmente é uma despreocupação em definir precisamente os sinais e sintomas, reconhecê-los na prática clínica. É notório que o avanço tecnológico em exames complementares de investigação diagnóstica parece promover um descaso quanto à semiologia, que não é exclusivo da psiquiatria (CHENIAUX, 2008).

Por um lado, a formulação do diagnóstico e da terapêutica médica privilegia a questão dos sinais e sintomas articulados a identificações das alterações físicas e

mentais. Por outro lado, no campo da psicopatologia, deve se priorizar a vivência subjetiva relatada pelo paciente. Geralmente, as anoréxicas vivenciam o emagrecimento, a alteração corporal, de forma paradoxal – não se percebem extremamente emagrecidas, e o objetivo é de se manterem abaixo do peso ou emagrecerem mais – tais casos nos permitem diferenciar o corpo somático, orgânico, do corpo psíquico. A forma como a anoréxica se queixa de seu corpo: “estou muito gorda”, por vezes, tem relação com o processo de formação psíquica do sintoma anoréxico. Então, dentro de um sistema simbólico dado, em determinado universo cultural, o sintoma é, ao mesmo tempo, índice e símbolo.

4.1 A psicopatologia da imagem corporal

Nesse campo de investigação – imagem corporal – destacam-se, entre as muitas obras publicadas, a interessante *Sémiologie psychiatrique*, de Paul Bernard e Simone Trouvé (1977). Este é um dos poucos trabalhos que dão ênfase à psicopatologia da esfera instintivo-pulsional, como o comportamento alimentar, o sexual, o sono e a experiência corporal (BERNARD; TROUVÉ, 1977).

Paul Bernard e Simone Trouvé dedicam um capítulo do livro *Sémiologie psychiatrique* aos problemas da imagem do corpo, que é avaliada do ponto de vista da neurologia, da psiquiatria e da medicina. Consideram que a prática com pacientes com doenças orgânicas nos possibilita pensar a imagem do corpo para além do modelo médico. Consideram que a concepção neuropsicofisiológica nos permite definir o conceito de esquema corporal e o de imagem do corpo (BERNARD; TROUVÉ, 1977, p. 149-153).

Paul Bernard reserva o termo esquema corporal para referir-se à representação que cada indivíduo faz de seu próprio corpo. No final do século XIX, denominava-se

cenestesia ao conjunto de sensações internas oriundas de todos os pontos do corpo que se dirigem e terminam no córtex cerebral, principalmente pelas vias vegetativas. A *cenestesia normal* produz um sentimento de existência agradável, de bem-estar. Por outro lado, a *cenestopatia* é o conjunto de sensações incômodas, de mal-estar difuso. As conexões corticais intra e inter-hemisféricas conferem ao lobo parietal um papel central na integração sensorial somato-sensitivo e vestibular, permitindo a *somatognosia*, ou *consciência do corpo* (BERNARD; TROUVÉ, 1977, p. 151).

Aqui, é importante resgatar a definição de percepção como a tomada de consciência, pelo indivíduo, do estímulo sensorial. Atribui-se a sensação a dimensão neuronal, ainda não plenamente consciente, no processo de sensopercepção. E a percepção é a dimensão neuropsicológica do processo, a transformação do estímulo puramente sensorial em fenômenos perceptivos conscientes. Dessa forma, a sensação é um fenômeno passivo e a percepção um fenômeno ativo que articula o sistema nervoso e a mente do sujeito para construir um percepto, ou percepção final, que é construída a partir das experiências passadas registradas na memória, nas relações com o meio sociocultural, através das quais é possível atribuir significado às experiências que acontecem no nível do corpo. Há uma tendência a não se separar a sensação da percepção, então, utiliza-se a expressão fenômeno de sensopercepção. Define-se como elemento básico do processo de sensopercepção a imagem perceptiva real, ou simplesmente imagem (DALGALARRONDO, 2008, p.119-121).

Paul Bernard enfatiza que há um complexo sistema neurofisiológico que permite o funcionamento adequado ou não da representação que cada indivíduo faz de seu próprio corpo. Contudo, a percepção do corpo refere-se a um processo complexo de constituição e de organização de uma imagem sobre o corpo, para além da percepção objetiva propriamente dita. O autor resgata as elaborações de Paul Schilder (1935), que

define a imagem corporal como ligada à experiência afetiva, imposta pela relação com o outro. Schilder acrescenta ao modelo da psicologia da forma (Gestalt) a teoria freudiana, propondo a compreensão do corpo via a teoria das zonas erógenas, considerando a estrutura libidinal do corpo. Relaciona as experiências infantis, a forma como a criança lida com a energia libidinal das pulsões parciais com a gênese de comportamentos sexuais na vida adulta: exibicionismo, voyeurismo, sadismo, masoquismo, fetichismo, dentre outros. Schilder considera que o termo imagem do corpo é mais adequado do que esquema corporal, pois a questão da imagem corporal não se restringe ao campo da simples percepção (que define o investimento privilegiado ou não em uma determinada pulsão parcial corporal) (BERNARD; TROUVÉ, 1977, p. 151).

Paul Bernard descreve a semiologia das alterações corporais em dois eixos: a despersonalização e a hipocondria. A despersonalização é o sentimento da perda ou de transformação do Eu – há uma perda da familiaridade inequívoca do Eu consigo mesmo. O paciente vivencia a sensação de estranhamento de si mesmo. Considera-se que o sentimento de despersonalização pode ocorrer no sujeito normal e acentua-se na adolescência devido às alterações da percepção do corpo ocasionadas pela puberdade. Nos estados depressivos, o deprimido vivencia seu corpo como lentificado, difícil e incapaz frente às exigências da vida. A astenia se refere a esse tipo de vivência corporal do paciente deprimido. Em pacientes graves pode ocorrer o delírio de negação dos órgãos, no qual o indivíduo sente que um dos órgãos, ou parte dele, apodrece ou não está mais lá, ou que está fisicamente morto, descrita também como Síndrome de Cottard. Por outro lado, o paciente maníaco vive no corpo o excesso de ação motora (BERNARD; TROUVÉ, 1977. 168-169).

Nessa perspectiva da despersonalização destacam-se as alterações do esquema corporal na esquizofrenia. Tal como as vivências de influência sobre o corpo, ela

manifesta a sensação de que alguém ou algo ou uma força externa age sobre seu corpo e também delírio de negação ou de apodrecimento dos órgãos. As psicoses tóxicas produzidos por alucinógenos podem induzir experiências de deformação do esquema corporal. As histéricas paradoxalmente à erotização excessiva de todo o corpo podem apresentar sensações de frigeidez ou anestesia genital. Nos quadros ansiosos são frequentes a despersonalização corporal e a sensação de morte iminente, sensação de que o corpo vai desorganizar-se. E nos quadros obsessivos o paciente sente seu corpo como sujo ou contaminado, tendo de esforçar-se para limpá-lo (BERNARD; TROUVÉ, 1977, p. 165-170).

O segundo eixo de alterações da imagem do corpo considerado por Paul Bernard e Simone Trouvé é a hipocondria em que o paciente vive seu corpo de forma peculiar, no corpo se inscreve todo seu sofrimento e investimento libidinal na produção de sintomas. Incluem-se no campo da hipocondria a anorexia nervosa, o transtorno dismórfico corporal, estados hipocondríacos na fobia, na histeria, na paranoia e na esquizofrenia. Nas psicoses os delírios hipocondríacos se inscrevem como uma experiência delirante que se passa no nível do corpo. Tal fato dificulta a distinção entre estado neurótico ou psicótico. Nesses casos, os delírios hipocondríacos mais comuns são o de transformação corporal, de possessão demoníaca, ou como parte de delírios da melancolia (BERNARD; TROUVÉ, 1977, p. 165-170).

Nessa perspectiva, Bernard e Trouvé discutem alguns fenômenos do cotidiano da clínica psiquiátrica que têm em comum a problemática da imagem corporal, embora não sejam todos patológicos em si. Esses casos nos ajudam a isolar certos aspectos exemplares a partir de fatos rotineiramente observáveis, introduzindo a problemática da estrutura especular.

Pretendemos ilustrar dois modos diferentes de decomposição da função especular: primeiro as situações em que a alteração da forma da imagem especular é habitualmente o apoio concreto para o reconhecimento do sujeito, e o segundo modo é quando se coloca em primeiro plano a estrutura de duplicação específica do registro especular. Estas duas condições podem estar associadas na clínica, mas também são identificáveis separadamente.

No que diz respeito à questão da forma e do reconhecimento da imagem no espelho, evocamos em primeiro lugar o que tem sido isolado com o nome de “sinal do espelho” nos esquizofrênicos. No que concerne à estrutura de duplicação do registro especular, encontramos uma ilustração rica e complexa de fenômenos que não são atualmente muito estudados, tal como o amigo imaginário da infância, e outra modalidade, também, significativa e mais sistematizada é a alucinação há muito conhecida: o que se chama Alucinação autoscópica – variedade de alucinação visual em que o paciente percebe a sua própria imagem corporal diante de si próprio. O fenômeno foi descrito com a denominação de “alucinação especular ou autoscópica”. Caracteriza-se pelo aparecimento súbito diante do paciente de um verdadeiro duplo de si mesmo, acompanhado da sensação anormal de estar vendo o próprio corpo fora de si mesmo (BERNARD; TROUVÉ, 1977, p. 154-155).

O sinal do espelho

O sinal do espelho foi descrito na mesma época em que o falso reconhecimento das síndromes psicóticas por dois autores, simultaneamente, Paul Abely e F.-Achille Delmas. Abely o resume, assim: esse sinal consiste, como o próprio nome indica, em uma necessidade que certos sujeitos têm de se examinarem por longo tempo diante do espelho. Eles utilizam-se muito frequentemente do espelho. Concentram-se não somente

na verificação da face, mas também de todo o corpo. Achille descreve a possibilidade da ocorrência desses sintomas nas várias psicoses, mas também na demência precoce. A extensão e a profundidade do exame diante do espelho definem situações, nas quais o paciente passa a maior parte do dia diante do espelho, chegando até a tocar a imagem no espelho, avaliando pontos minúsculos da face. Fazem expressões faciais variadas, às vezes com sorrisos fixos, ou rindo alto, num jogo de afastar e de aproximar o rosto diante do espelho. Ambos, Delmas e Abely, consideram que esse sinal se observa geralmente nos pacientes, antes ou no início do desencadeamento psicótico, como os primeiros sintomas de automatismo que se inscrevem como sensação de estranheza em relação ao corpo num momento em que ainda não se estabeleceu uma explicação interpretativa ou delirante (ABELY, 1927, p. 251-257; DELMAS, 1929, p. 227-233 *apud* THIBIERGE, 1999, p.16-17).

4.1.2 O transtorno dismórfico corporal

A preocupação excessiva com a aparência física tem sido descrita desde tempos remotos. Dismorfia origina-se do grego, *dis*, anormal, e *morfia*, forma do corpo. Heródoto, historiador do século V a.C. em Halicarnasso, hoje Turquia, utilizou esse termo para referir-se ao mito da menina feia de Esparta, que era levada por sua enfermeira, todos os dias, ao templo para livrar-se de sua falta de beleza e de atrativos. Séculos depois, a expressão dismorfofobia foi criada por Enrico Morselli, um conceituado psiquiatra italiano, em seu artigo “Sulla dismorfofobia e Sulla telefobia”, de 1891, onde relatava a existência de indivíduos atormentados pela ideia de terem deformidades físicas. Descreveu esse sentimento como um sentimento subjetivo de feiúra acompanhada pela sensação de que seus “defeitos” eram percebidos por terceiros. Porém, sua aparência situava-se dentro dos limites da normalidade. Na visão

de Morselli, a dismorfofobia poderia representar tanto uma insanidade com ideias fixas como uma forma primitiva de paranóia. Pierre Janet (1859-1947), psicólogo e médico Francês, descreveu que nesses casos prevalecia a obsessão e a vergonha do corpo – os pacientes se sentiam feios e ridículos – era uma das formas de obsessão e deveria ser diferenciada de outros quadros mentais, como a anorexia e a bulimia. Por sua vez, Kraepelin (1856-1926) na oitava edição do “Tratado sob a rubrica de neurose compulsiva” descreveu a dismorfofobia como uma das formas clínicas da série de medos obsessivos que surgem do contato com outras pessoas.

Na Classificação Internacional das Doenças (CID 10) a dismorfofobia não representa uma entidade nosológica independente, sendo incluída na categoria de hipocondria. No DSM-III (1980) a dismorfofobia passou a ser mencionada como exemplo de um transtorno somatoforme. Somente em 1987 é que ocorre a mudança de nomenclatura de dismorfofobia para transtorno dismórfico corporal, com a revisão do DSM-III, que passa a DSM-III-R, porque alguns autores consideraram o termo inadequado, pois não envolvia uma evitação fóbica verdadeira. Atualmente, no DSM-IV-TR (2000) é denominada como transtorno dismórfico corporal.

4.1.3 A vigorexia

A vigorexia tem origem no grego *orexis*, que significa desejo. É o desejo de vigor e força e suas mais variáveis formas de expressão. Manifesta-se por uma busca pela valorização da musculatura, visando à perfeição física. Embora ainda não faça parte dos manuais de classificação CID-10 e DSM-IV, trata-se de uma patologia mental de característica obsessiva, que acarreta alterações de comportamento do indivíduo. O psiquiatra Harrison Pope, da Faculdade de Medicina de Harvard, publicou uma investigação clínica sobre os adictos à musculação, na revista *Psychosomatic Medicine*,

no qual descreve que esses pacientes constroem um processo delirante a respeito de sua identidade física e emocional. Rejeitam a imagem projetada no espelho. No geral, observa-se uma fragilidade do ego diante das solicitações da vida moderna. Apresentam-se mais comumente nos homens, enquanto o paralelo nas mulheres seria a anorexia (transtorno alimentar). A vigorexia se inscreve como um sintoma da moda, resultante dos valores culturais contemporâneos em que o culto da imagem e da aparência física passa a ter inestimável valor. A vigorexia tem sido denominada também como Síndrome de Adônis – Deus da beleza, fruto do incesto de Mirra com seu pai (Tirante, rei da Síria).

Na mesma perspectiva das vigorexias, podem ser compreendidas as tatuagens, os *piercings* e o excesso de cirurgias plásticas, através dos quais pacientes tentam demonstrar pela aparência do corpo um bem estar que muitas vezes não corresponde aos sentimentos emocionais vivenciados.

4.2 Os transtornos alimentares

Os transtornos alimentares (TA) apresentam-se sob a forma de anorexia nervosa, a bulimia e o transtorno da compulsão alimentar periódica, são mais prevalentes em mulheres jovens e podem resultar em consequências sérias à saúde, como insuficiência renal, doenças cardíacas e comorbidades psiquiátricas. Caracterizam-se por distúrbios na imagem corporal e no comportamento alimentar, resultando em alterações físicas e psicológicas. Os transtornos alimentares (TA) caracterizam-se por distúrbios na imagem corporal e no comportamento alimentar, resultando em alterações físicas e psicológicas.

Os critérios diagnósticos adotados para a classificação dos Transtornos alimentares são determinados pelo DSM-IV e pela CID-10, em anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e transtornos alimentares sem outra especificação (TASOE).

Neste último são incluídos os transtornos alimentares denominados atípicos, o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e outras alterações do comportamento alimentar sem critérios específicos.

A causa dos transtornos alimentares tem natureza multifatorial. Há trabalhos que os relacionam a fatores biológicos (genética e alterações da via de neurotransmissores moduladores da fome e da saciedade, como os adrenérgicos, serotoninérgicos e colecistoquinina), psíquicos e socioculturais. Atualmente a prevalência do ideal de beleza centrado na magreza é dos fatores, que sem dúvida, contribui para o desencadeamento desses transtornos.

4.2.1 Anorexia: “Não se trata disso”

Nas discussões clínicas do NIAB, um dos pontos que cotidianamente retornava às discussões clínicas era sobre o estatuto da anorexia. Um dos norteadores para essa discussão passou a ser a questão introduzida por Roberto Assis Ferreira – “Não se trata disso?” Então, é preciso resgatar um pouco sobre as diferentes perspectivas de diagnóstico dos transtornos alimentares, sobretudo na clínica psicanalítica, para se definir do que se trata em cada caso. Ou seja, os sintomas da moda, por vezes, são roupagens sintomáticas que se apresentam em diferentes estruturas clínicas e que se articulam a formações sintomáticas que revelam o particular de cada caso.

Então, diante de cada novo caso a questão que norteia o trabalho do Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia (NIAB) é a interrogação sobre o sentido singular, caso a caso, de cada paciente encaminhado como anoréxico ou bulímico. Diante, de cada sujeito torna-se necessário reintroduzir a questão: “Não se trata disso?”, que possibilitará avaliar cada caso para além da semiologia médica e psiquiátrica. É na investigação das causalidades e consequências do que se apresenta sob a vestimenta de

transtornos alimentares – anorexias e bulimias – que se introduz a psicanálise como terceiro elemento do tripé de sustentação das estratégias clínicas possíveis. A questão – “Não se trata disso” – torna-se articuladora entre os três campos: medicina, psiquiatria e psicanálise.

A clínica da anorexia e bulimia convoca a intervenção da medicina e da psiquiatria sobre esses corpos que desafiam sua condição de mortal. Nesse sentido, na abordagem clínica desses casos a psicanálise tem sido o eixo de articulação entre os campos de intervenções necessárias sobre esse corpo que não é só puro organismo, mas que em sua superfície inscreve as perturbações nascidas no campo da palavra e da linguagem. A medicina, em sua premissa fundamental, tenta sustentar a vida desses seres que desfilam em seus corpos o risco de morte. A aposta é de que a intervenção psicanalítica produza um reposicionamento desses pacientes a partir da reinvenção de um novo sintoma.

Para a psicanálise a anorexia e bulimia se inscrevem como novas formas sintomáticas, que com frequência inscrevem na superfície do corpo as interrogações do sujeito nesse século. A anorexia pode pertencer a uma das três clássicas estruturas: neurose, perversão ou psicose. Esses sujeitos são marcados por uma certeza – comer o “nada” – que demonstra uma decisão incompreensível para aqueles que desconhecem o valor do ser.

Na perspectiva, da psiquiatria descritiva, a característica essencial da anorexia é a recusa do paciente em manter um peso corporal na faixa normal mínima, associada a um temor intenso de ganhar peso. Uma perturbação significativa na percepção do esquema corporal, ou seja, da autopercepção da forma e/ou do tamanho do corpo. Considera-se como um dos critérios diagnósticos da CID-10 – Classificação Internacional de Doenças — para a anorexia nervosa a presença da distorção da imagem

corporal. O pavor de engordar persiste como uma ideia intrusiva e supervalorizada, e o paciente impõe um baixo limiar de peso a si próprio. Ocorre um transtorno endócrino generalizado, envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal, manifestando-se como amenorreia, nas mulheres, e perda de interesse e de potência sexual, nos homens. O DSM-IV acrescenta uma subdivisão da anorexia em restritiva, quando o paciente não recorre a comportamentos de ingestão compulsiva ou purgativa. E, anorexia purgativa, quando o paciente apresenta ingestão compulsiva, seguida por métodos purgativos.

Os pacientes que chegam ao NIAB já possuem uma nomeação do sintoma dentro de um sistema simbólico determinado. Em termos semiológicos, as anoréxicas não exigem uma habilidade semiotécnica acurada, uma observação minuciosa, atenta e perspicaz, pois ao desfilarem pelos corredores do ambulatório seus corpos desvanecidos, pálidos, emagrecidos traduzem e formulam, por si só, um diagnóstico: anorexia. Aqui, a ênfase nesses casos deve ser deslocada da erupção de um corpo em situação de risco orgânico para o que em semiologia se define como semiogênese, investigação da origem, dos mecanismos, do significado e do valor diagnóstico e clínico dos sinais e sintomas.

Evidentemente, o campo de investigação “anorexia” exige uma habilidade sutil da equipe de tratamento, pois estamos diante de um paradoxo extremo, um corpo orgânico, em situação de risco, que do ponto de vista da medicina deve ser mensurado, equilibrado, recuperado. Mas, por outro lado, a ênfase da intervenção terapêutica deve se deslocar desse corpo anoréxico para a gênese singular de cada caso. Nesse sentido, elege-se, aqui, o resgate da tradição clínica, da investigação das causalidades para além do puro organismo como condição preliminar ao tratamento. Visto que, ao se delimitar uma síndrome – anorexia –, não se trata ainda da definição e da identificação das causas específicas da natureza essencial do processo patológico.

Nesse momento propõe-se a seguinte questão: Qual a finalidade do diagnóstico? Pode se formular tal pergunta considerando cada um dos eixos que se articulam nos casos em que a questão fundamental é a psicopatologia da imagem corporal? Ou seja, deve-se estabelecer um diagnóstico em cada campo, na medicina e na psiquiatria, e a proposta que se faz é de que a psicanálise seja não só um dos pontos do tripé, mas eixo de articulação entre eles. Define-se um diagnóstico médico em relação ao qual é preciso quantificar, dosar, intervir, mas de forma estratégica, sem colocar em evidência a importância dessa quantificação do corpo. No campo psiquiátrico deve-se definir o diagnóstico nosológico: *noso*, do grego, cujo significado é “doença”. Pode seguir o modelo categorial, no qual as doenças se distinguem entre si, e o dimensional, que estabelece o *continuum* entre saúde e doença, a diferença entre ambas seria quantitativa.

Por exemplo, o caso de Bê, uma jovem anoréxica, é demonstrativo da convergência da problemática clínica que deve se sustentar no tripé – medicina, psiquiatria e psicanálise –, sendo que a psicanálise se torna uma pragmática que permite a articulação entre medicina e psiquiatria clássica. Há uma percepção pelo próprio sujeito de que a abordagem estritamente orgânica de seu sofrimento, a intervenção que se restringe ao corpo como organismo, não é eficaz como terapêutica. Bê é acolhida no NIAB/HC/UFMG sem desconsiderar a rigorosa abordagem clínica que casos de anorexia com grave comprometimento nutricional exigem, mas o foco se desvia do corpo para o sujeito. Será via transferência que Bê pode tratar os fenômenos da imagem do corpo, na perspectiva de seu sofrimento subjetivo, o que se revela é o sentido de seus sintomas.

A intervenção médica adquire um valor que se inscreve na vida subjetiva. Evidencia-se, aqui, que a ciência não sabe como o sujeito vai se conectar a esses objetos – tal como os exames de imagem, as dosagens eletrolíticas e os níveis séricos dos íons

(cálcio, potássio, sódio, magnésio, dentre outros). Por exemplo, uma das grandes preocupações do ponto de vista médico é com a tendência a redução dos níveis de potássio, devido ao excesso de uso de diuréticos e pela provocação de vômitos. Então, de forma surpreendente a dosagem de potássio se inscreve como um objeto ao qual o sujeito se conecta, e em torno do qual gira toda a dinâmica da satisfação pulsional. Ao abordarmos cada caso como único é imprescindível estarmos atentos aos efeitos das intervenções médicas sobre o corpo. O ato de medicar deve se articular ao sentido do sintoma de cada sujeito.

4.2.2 A anorexia

Do ponto de vista da psiquiatria a anorexia é definida no campo da conação, que se define como o conjunto de atividades psíquicas direcionadas para a ação. Incluem-se dentre as funções conativas os impulsos e a vontade. O impulso é definido como estado motivacional, vivência afetiva, um estado interno que induz o indivíduo a atuar no sentido de satisfazer uma necessidade, basicamente uma necessidade corporal. A vontade é uma elaboração cognitiva realizada a partir dos impulsos, sendo influenciada por fatores intelectivos e socioculturais (CHENIAUX, 2008).

A perda do apetite (anorexia) é uma alteração da diminuição da atividade conativa, tal como a redução da sede e da libido, além da insônia, que representam uma redução das tendências naturais à satisfação das necessidades corporais. Dentre os quadros de aumento da atividade conativa, verificam-se, as intensificações de impulsos específicos, como a bulimia, a hipersonia (CHENIAUX, 2008).

A anorexia é, também, observada na depressão, na anorexia nervosa, em alguns quadros de ansiedade e em condições médicas gerais. É importante distinguir a anorexia da sitiofobia, que é a recusa alimentar proveniente de manifestações fóbicas ou

delirantes, não havendo uma real redução do apetite. Por sua vez, a bulimia (ou sitiomania, ou sitiofilia) consiste num aumento patológico do apetite. Pode ocorrer em quadros de ansiedade, casos de depressão, distúrbios hipotalâmicos, na síndrome de abstinência relacionada à anfetamina, no transtorno disfórico pré-menstrual (CHENIAUX, 2008).

Na anorexia nervosa, além da perda de apetite, que inicialmente pode estar ausente, encontra-se uma perda de peso autoinduzida, através de dietas, exercícios físicos, vômitos provocados, uso de anorexígenos. Associada à indução de perda de peso, tem-se a distorção de autoimagem e os distúrbios endócrinos, como a amenorreia. Por sua vez, na bulimia nervosa, o comportamento alimentar é impulsivo, enquanto na obesidade hiperfágica predominam os atos compulsivos.

4.2.3 A bulimia

Os ataques de hiperingestão da bulimia nervosa, que se caracterizam pelo comportamento de comer rapidamente uma grande quantidade de alimentos e, principalmente, pela sensação de perda de controle sobre a ingestão, podem ter as características de um ato impulsivo, em que ocorre a passagem direta da intenção para a ação (CHENIAUX, 2008).

Segundo os Critérios Diagnósticos do DSM-IV, a bulimia nervosa (BN) é um transtorno alimentar em que a pessoa afetada ingere grandes quantidades de alimentos (episódios bulímicos) e depois elimina o excesso de calorias através de jejuns prolongados, vômitos autoinduzidos, uso de diuréticos, de laxantes ou de enemas, e da prática exagerada de exercícios físicos. Algumas pessoas utilizam todas essas maneiras de compensação dos episódios bulímicos. Em geral, inicia-se na adolescência ou no princípio da vida adulta, sendo 18 anos a idade média. Habitualmente, os pacientes

mantêm o peso normal, mas devido à tendência à cronicidade do transtorno acabam aumentando de peso pela intensidade crescente dos episódios de descontrole alimentar.

No diagnóstico de bulimia nervosa, O DSM-IV considera os seguintes critérios:

- episódios recorrentes de comer compulsivo, caracterizado pela ingestão de uma quantidade de comida superior à que normalmente seria consumida em certo espaço de tempo, e sensação de falta de controle sobre o comportamento alimentar.
- comportamentos compensatórios inadequados e recorrentes, de modo a evitar o aumento de peso, tais como vômitos autoprovocados, uso inapropriado de laxantes, diuréticos, jejum e exercício físico.
- os episódios de ingestão compulsiva ocorrem, em média, pelo menos duas vezes por semana durante três meses.
- a avaliação de si próprio é exageradamente influenciada pela forma do corpo e pelo seu peso.
- o quadro não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

O DSM-IV orienta a especificação do tipo de bulimia nervosa, em:

- purgativo: durante o episódio de bulimia nervosa, o indivíduo recorre regularmente a vômitos autoprovocados e ao uso de laxantes.
- não purgativo: durante o episódio de bulimia nervosa, o indivíduo usa outros componentes inadequados, como jejum ou exercício físico, não recorrendo regularmente a vômitos ou laxantes.

Definem-se como Critérios diagnósticos da CID-10 para a bulimia nervosa:

- preocupação persistente com o comer e desejo irresistível por comida. O paciente sucumbe aos episódios de hiperfagia, nos quais grandes quantidades de alimento são consumidas em curtos períodos de tempo.

- O paciente tenta neutralizar os “efeitos” de engordar dos alimentos através de um ou mais dos critérios que se seguem: vômitos autoinduzidos, abuso de purgativos, períodos alternados de inanição e uso de drogas, tais como anorexígenos, hormônios tireoidianos ou diuréticos.
- Pavor mórbido de engordar, com a colocação para si mesmo de um limiar de peso nitidamente definido bem abaixo de seu peso pré-mórbido, que constitui o peso ótimo ou saudável na opinião do médico. Há frequentemente episódios prévios de anorexia.

Em suma: Certamente os pacientes que apresentam como vestimenta sintomática o sofrimento que se manifesta no corpo como anorexias e/ou bulimias desfilam em seus corpos tênues ou transbordantes a problemática da pulsão de vida e da pulsão de morte. Sujeitos marcados pelos efeitos significantes que vivificam ou mortificam o corpo.

4.3 A imagem especular e a teoria do Eu na obra de Jacques Lacan

Supor que a teoria do eu em Lacan se esgota em sua conceitualização do estágio do espelho seria um reducionismo, pois há distintos momentos no ensino de Lacan, que nos obrigam a reler suas primeiras elaborações à luz das formulações posteriores (MILLER, 1881-1882). Diana Rabinovich nos convida, a partir das referências de Miller, a percorrermos a teoria do eu e do estágio do espelho com base na citação de Lacan de 1967 – no Discurso à Escola Freudiana de Paris, publicado em *Scilicet* 2/3. Lacan retoma o i(a), sigla que em sua álgebra designa o eu e seu narcisismo (LACAN, 1967, p. 11). Essa citação localiza o ponto essencial da mudança da teoria do eu em Lacan. Sabe-se da relação do eu com o imaginário, a relação do eu com o simbólico. Porém, a articulação do eu com o real tem sido, até agora, muito menos enfatizada (RABINOVICH, 1983 [2007]).

Partiremos da conceitualização do estágio do espelho para culminar na problemática do real e do eu. Em “De nossos antecedentes” Lacan afirma que sua teoria do eu se fundamenta em dois elementos da teorização freudiana do eu: a imagem do próprio corpo e a teoria das identificações (LACAN, 1966). Na época do artigo sobre o estágio do espelho, a identificação é definida por Lacan como a transformação que sofre o sujeito pela assunção de sua imagem, identificação que configura a forma mesma da causalidade psíquica. Causalidade é um termo que reaparece em Lacan e que sofrerá uma virada quando a identificação fundante do sujeito se situa no nível do objeto (a), definido como objeto causa do desejo. A assunção da imagem fornece uma unidade ortopédica à incoordenação motora que caracteriza o humano. A imagem é assumida com júbilo, com alegria, e dá ao sujeito uma primeira imagem alienada e totalizante, prematura da unidade. Alienação é outro termo que mudará em Lacan; a alienação especular, a alienação a imagem, será substituída em sua posição fundante pela alienação estrutural na cadeia significante. Basta recordarmos a formulação que Lacan faz da operação de alienação no *Seminário XI* e em seu artigo “Posição do inconsciente”. Esta imagem alienante é antecipada e esboça, já, a articulação própria da temporalidade em Lacan, capturada sempre no vaivém entre antecipação e retroação, temporalidade própria do efeito da estrutura significante, temporalidade impossível de definir segundo um padrão preestabelecido, uma maturação biológica ou uma mera cronologia que escapa a objetividade de qualquer modelo. Essa imagem determina também o que se denomina “o limiar do mundo visível”. Organizam as coordenadas espaçotemporais da suposta percepção objetiva. A alienação nesta imagem ortopédica estabelece uma discordância primordial entre o eu e o que se denomina o “ser do sujeito”, discordância que marcará toda a sua história (RABINOVICH, 1983 [2007]).

Lacan afirma no *Seminário livro 10: A angústia* que “a conquista freudiana nos ensina, por sua vez, que o inquietante é que, no irreal, é o real que os atormenta”, e não é por acaso que, embora essa tese – imagem corporal: uma abordagem clínica – vise demonstrar essa problemática, é a inquietante dimensão do real que se apresenta como pano de fundo de cada caso clínico. Contudo, não considero um erro metodológico que a problemática do real não ocupe posição de destaque, pois o que as elaborações de Lacan nos ensinam é que a imagem é o véu da castração. As produções sintomáticas que se manifestam no nível do corpo, por vezes, são tentativas ou soluções de cada sujeito para lidarem com o real que os atormenta.

4.3.1 Caleno: a polissindactilia e a imagem ortopédica do corpo

O pediatra em sua prática se depara com uma série de situações em que a criança é portadora em seu corpo de anomalias congênitas, tal como o caso de Caleno, um escolar com polissindactilia – união de dois artelhos com fusão dos ossos e da pele entre os dedos dos dois pés, formando um tecido membranoso único – segundo a mãe: como essa alteração é nos dedos dos pés e não ocasiona problemas funcionais, a correção cirúrgica poderia ser feita na adolescência.

Caleno tinha 12 anos de idade quando foi encaminhado para avaliação no âmbito da investigação clínica – imagem corporal – devido à agressividade em casa e na escola e à dificuldade de alfabetização. Caleno no início do tratamento pode tratar a questão da agressividade, que prejudica as suas relações na escola e em casa. A escuta analítica favorece uma organização desse corpo que se manifesta via agitação e desatenção. Aqui, formularia que Caleno parece vivenciar um impasse em relação ao júbilo, que proporciona ao sujeito uma primeira imagem alienada e totalizante – a alienação especular – ou seja, a posição fundante pela alienação estrutural na cadeia significativa,

temporalidade impossível de definir, pois escapa à objetividade de qualquer modelo.

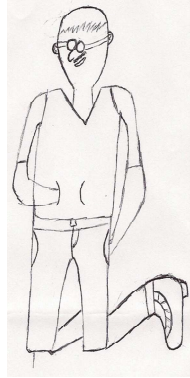
Essa impossibilidade de articular maturação biológica com a temporalidade constitutiva da alienação nessa imagem ortopédica que estabelece uma discordância primordial entre o eu e o que se denomina o “ser do sujeito” é evidenciada na direção do tratamento como uma dificuldade de Caleno frente à prematuração biológica. Então, uma questão que merece ser investigada no particular de cada caso é de quais são os efeitos das alterações anatômicas do corpo nesse processo constitutivo do eu e do “ser do sujeito”?

Aqui, recorro à referência de Miller do processo constitutivo do corpo em três tempos: primeiro, o júbilo do reconhecimento da imagem no espelho; depois, os efeitos significantes do campo do Outro; e no terceiro momento, o que se tem é a reconstituição do gozo fálico, a localização do gozo fálico fora do corpo. Então, verifica-se na direção do tratamento: 1º tempo - o sujeito trata os significantes do campo do Outro; no 2º tempo - o sujeito localiza seu modo de satisfação sintomática: gozo do corpo imaginário através do júbilo do reconhecimento de sua imagem no espelho. Revela a fixação de gozo no transativismo infantil e na agressividade como correlata aos impasses da relação especular. Então, Caleno desenha: o desenho 1 – inicia o desenho da mãe, mas apaga e diz, que precisava desenhar a cadeira, pois queria desenhar a mãe assentada. No desenho 2 – representa a si mesmo, faz uma figura que oculta as mãos e um dos pés, para depois poder fazer o desenho 3, no qual representa a mãe.

Desenho 6: caso Caleno: a representação de si mesmo e da mãe



1



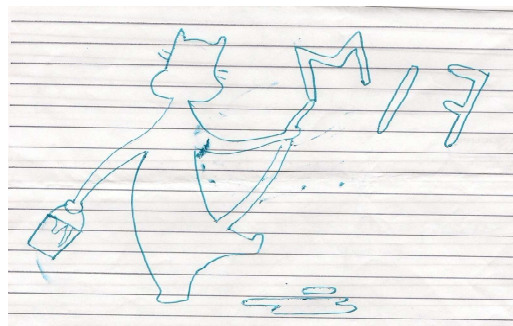
2



3

Em uma sessão Caleno encontra na sala de espera um livro que, segundo ele, conta a estória de um gato que escreve de trás para frente. Então, ele pode dizer de seus impasses em relação ao processo de alfabetização e encontra na escrita espelhar do gato a representação da sua própria escrita.

Desenho 7: caso Caleno: a escrita espelhada



No terceiro tempo do tratamento, Caleno constrói um sintoma fóbico, que aos poucos irá ofertar a possibilidade de que o sujeito possa reconstituir um ponto de fixação do gozo fálico fora do corpo, o que permite a reorganização do corpo. Renarcisação da imagem do corpo próprio.

No *Seminário I*, Lacan distingue dois narcisismos: o primeiro fundado na imagem do corpo próprio, o segundo, na imagem do semelhante, no transitivismo infantil, no outro com minúscula. Este outro com minúscula é designado como (a), vale dizer a mesma sigla que logo designará o objeto (a). Lacan abandonará essa distinção, pois ambas as identificações cumprem uma função central: permitir ao sujeito fazer frente à prematuração do nascimento, à hiância, inicialmente conceitualizada a partir da prematuração biológica. Esta hiância assume um caráter bastante diferente e que será próprio da estrutura enquanto tal.

A teoria do estágio do espelho é indissociável da teoria da agressividade proposta por Lacan, o que implica consequências clínicas. A agressividade é definida como intrínseca à relação especular. Em Klein, a agressividade é correlata à pulsão de morte, o mesmo não é considerado por Lacan. O masoquismo, para Lacan, como para Freud, é primordial e se situa do lado da insistência da cadeia significante do lado da fantasia e sua articulação com a constituição do sujeito.

4.3.2 O conceito de Eu e as modificações do conceito de objeto e fantasia

A virada da conceitualização do eu é inseparável das modificações que sofrem o conceito de objeto e o conceito de fantasia em Lacan. Podemos observar claramente se compararmos o esquema L com o grafo da subversão do sujeito. No esquema L a linha a'–a situa a linha imaginária, a da relação do eu com o outro especular, e nessa linha Lacan localiza – no *Seminário II* – o que ainda chama as fantasias. No grafo, a fantasia,

definida agora por sua fórmula, é colocada no singular, se situa na linha das respostas retroativas à questão que desperta o desejo do Outro, e o eu também se situa nessa linha. No caminho entre ambos os esquemas, o desejo do outro passa a ser o desejo do Outro com maiúscula, e o objeto a ser objeto causa do desejo, objeto real, e não mais imaginário, ou simbólico; a fantasia e suas fórmulas substituem as fantasias, cuja pertinência, contudo localiza-se entre a' e (a) (RABINOVICH, 1983 [2007]).

Lacan já definia no *Seminário II* o eu como um objeto peculiar, sendo que a teoria do narcisismo em Freud nos diz exatamente isso. Não é por acaso que uma das descobertas do narcisismo é de que o eu pode ser um objeto libidinal. A dimensão libidinal do eu é privilégio do ser falante e ocupa a dimensão do instinto no animal. O eu como objeto libidinal não é a imagem própria do sujeito, mas a de um outro. Lacan ocupa uma parte importante de seu seminário sobre o eu para discutir o conceito de consciência e percorrer seus impasses na teorização freudiana. Enfim, Lacan distingue consciência e eu. O eu é objeto próprio do humano e sua existência se funda na inserção do eu no mundo do significante. A consciência, definida por Lacan de um ponto de vista materialista, é um fenômeno heterotópico no que diz respeito à subjetividade. O subjetivo não é imanente à sensibilidade, mas à articulação significante; subjetividade e sensibilidade não se confluem. A consciência, em sua definição materialista, é a capacidade de produção de uma imagem, capacidade objetiva, não subjetiva, cuja condição é a presença de um complexo aparato simbólico. Lacan introduz o apólogo de uma câmara fotográfica que filma um lago, depois do desaparecimento de toda a humanidade, devido a uma catástrofe. A câmara seguirá filmando e Lacan a compara a um eu (je) sem eu (moi), um eu que não necessita de uma instância de sínteses.

A autoconsciência é precisamente a confusão entre a consciência e a percepção que esta tem do objeto particular que se chama eu (*moi*). É o eu que cria a ilusão de uma

síntese possível, e que cria a matriz de uma unidade antecipada e alienante, cujo caráter objetivo a autoconsciência mascara. Nem a consciência nem o eu são a subjetividade, nem a fundam, somente o sistema significante torna possível a existência do sujeito.

Assim, a teoria do eu leva, desde o início, a marca de sua articulação com o objeto. O desejo do outro com minúscula (a) organiza, pois o mundo dos objetos humanos em objetos de competência e de rivalidade. Se no nível do imaginário os objetos do desejo são incompatíveis, se a rivalidade que se estabelece em função dos mesmos gera uma agressividade mortífera, a pacificação ocorre através de um terceiro, o Outro simbólico (MILLER, curso de 1981-1982, citado por RABINOVICH, 1983 [2007]).

Em *O seminário sobre A carta roubada* Lacan diz que a insistência da cadeia significante esboça uma nova forma de objeto, o objeto perdido, objeto impossível de se reencontrar, o qual se relaciona com a repetição. A repetição e o objeto perdido, sua busca, já estão mais além do imaginário e o determinam. Esse objeto é impossível de se reencontrar, visto que por definição está perdido (RABINOVICH, 1983 [2007]).

4.4 John João: o duplo na neurose

John João tem 19 anos de idade quando a equipe de um serviço de assistência social que o acompanha solicita que seja realizada sua avaliação psiquiátrica, pois achavam que ele tinha um desdobramento da personalidade. As entrevistas com John João revelam que ele constrói via o duplo de si mesmo uma tentativa do sujeito para lidar com o seu encontro com a castração, que tem o aparato do recalado e seu retorno como solução.

Desde a infância John João revelou-se um menino com excelente desempenho

acadêmico, o que motivava o orgulho de suas professoras. Mas, por outro lado, vivenciava em casa situações de violência familiar, devido o alcoolismo do pai. No início da adolescência, tornou-se irreconhecível, chegou a agredir a professora e a diretora da escola. Envolveu-se em inúmeras situações de passagens ao ato, seja contra os outros e, também, contra si próprio. Aos 16 anos de idade, ele tentou o autoextermínio com a ingestão de um grande número de medicamentos. Devido à inscrição de uma série de atos violentos passou a ser acompanhado por um serviço de assistência social.

Nessa instituição de profissionalização e de assistência, John João tem atendimento psicológico em grupo e individual e será via tratamento que constrói para si aquele que seria o duplo de si mesmo: torna-se um jovem bem-sucedido, irmão de um promotor, seu pai é um médico, sua família tem uma excelente situação financeira. Aos poucos, as entrevistas no referencial da psicanálise revelam que esse duplo John que João oferece de si mesmo é uma tentativa de lidar com as questões da infância sobre as quais não pode falar. Acha que na vida escolar ele é um sucesso e na pessoal, um fracasso. Aos poucos o que João revela são suas dificuldades em lidar com uma infância difícil, marcada pelos atos agressivos do pai e por problemas financeiros. Depois de uma tentativa de suicídio, o risco de ter morrido lhe permitiu pensar que a vida não pode se comprada. Em uma sessão, João John diz: “Eu me sinto sozinho e abandonado, meu pai é vigia de um prédio, mas aprendi na escola a fazer teatro, quando subo no palco, dou uma pausa para mim mesmo e deixo entrar o personagem. É muito mais fácil fazer as pessoas rirem do que chorarem. E na vida é muito mais fácil chorar, a vida é muito difícil”.

4.5 Wilson Wilian: o duplo na psicose

Wilson Wilian tem 13 anos quando o acolho para atendimentos devido as repetidas situações de agressividade e a promessa de que quando fizer 15 anos vai matar o pai e a mãe. Um dia Wilian Wilson estava brincando com uma carta de barulho do dragonóide, de repente a carta falou com ele, assustado levou a carta até a boca e a mastigou. Esse episódio no qual engoliu e mastigou a carta o prejudicou muito. Imediatamente depois, ele sentiu que tinha dentro dele as forças do bem e as forças do mau. Na escola sempre acha que os colegas e as professoras estão fazendo alguma coisa para prejudicá-lo ou estão contra ele.

No tratamento, Wilson Wilian pode reescrever seu romance familiar: quando ele tinha 7 meses a mãe natural o abandonou com a avó paterna, diz não aceitar ter duas mães, por isso vai matar a mãe natural. Intervenho dizendo a ele que se matamos alguém tem conseqüências e que como ele mesmo me disse em outro momento: mãe é a que cria. Ele acha que a mãe tentou abortá-lo, então, não tem medo de nada, porque ele não é humano. Aos poucos, o tratamento analítico e o início de uma medicação antipsicótica possibilitam que algo vacile onde só havia certeza delirante.

Um primo disse para ele que se apaixonasse por uma humana iria se transformar em humano. Ele se nomeia como o dragonoide que vive dentro dele e que não consegue sair. As pessoas acham que ele é maluco, mas ele é nervoso como o dragão e seu nome é a reencarnação do nome do pai biológico – Ken - e do pai do outro mundo, ele se chama Kend.

O que o tratamento possibilita é que Wilson Wilian se apaixone por uma humana, um colega de escola, agora entrou na dimensão humana, pois na das

criaturas todas as pessoas o odiavam porque ele tinha o demônio no corpo. Ele se apaixonou, mas prefere que a amada não dê confiança para ele, pois só pode fazer sexo aos 21 anos de idade. Alguns meses depois, Wilson Wilian diz que melhorou muito, não bate mais nas pessoas e como estava aproximando o dia dos namorados ia comprar uma caixa de bombons para a colega.

O que o caso de João John e de Wilson Wilian nos demonstra é a dimensão do duplo na neurose como correlato da fantasia fundamental e do duplo quando a ausência da dialética presença-ausência instaura o campo da psicose.

4.6 Para além da percepção, a questão da estrutura

Freud em suas elaborações sobre *Unheimlich* no artigo “O estranho” (1919) afirma que o problema de sensação de estranheza ou duplicação do eu não se trata de uma alteração do campo da percepção ou de incerteza intelectual. A sensação de estranheza é uma manifestação do inconsciente.

Freud, com muita clareza, formula que *Unheimlich*, a sensação de estranheza, surge no cerne do retorno do recaiado, momento de presentificação da castração para o sujeito neurótico. Ele sublinha também a correlação de *Unheimlich* à constituição arcaica do eu, inscrevendo-o como duplo imaginário, salienta-se, em Freud que, nas neuroses, o duplo é correlato da problemática da fantasia fundamental, das formas como se inscreve para o sujeito o seu encontro com a castração, que tem o aparato do recaiado e seu retorno como solução, via formações sintomáticas e identificações.

Lacan, a partir de sua experiência clínica com a paranoia, eleva o duplo da categoria do fenômeno à categoria de conceito. Define-se, assim, o que se qualificou como o duplo imaginário, ao longo de seu ensino, exatamente 30 anos depois da tese *Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade* (LACAN, 1932). Mais tarde,

é possível observar, nas elaborações de Lacan que ecoam no Seminário livro 10: *A angústia* (LACAN, 1962), – o que lhe permite conceber a lógica do inconsciente e construir sua teoria do eu [*moi*], instância imaginária. Pode-se afirmar que o “caso Aimée” constitui-se como ponto de partida, “ensaio clínico” que o permite elaborar inicialmente o campo da “causalidade psíquica” e, a seguir, o campo da “causalidade significante”. Em suma, Lacan aproxima psicose e inconsciente: “(...), o psicótico é um mártir do inconsciente, dando ao termo mártir seu sentido, que é o de testemunhar” (LACAN, 1955, p. 153). Por via de consequência, o neurótico testemunha a existência do inconsciente encoberto que é preciso decifrar, e o psicótico é testemunha aberta. Pode-se afirmar que, na neurose, o duplo real encontra-se encoberto pela fantasia e, na psicose, o duplo imaginário é uma tentativa de solução precária, que visa afastar a presentificação do gozo do outro como real e que, nas situações de desencadeamento, o duplo adquire a dimensão persecutória, revela-se como duplo real, manifestação do inconsciente a céu aberto na paranoia.

A modo de conclusão pode-se recorrer a Lacan no *Seminário livro 10 – A angústia*, no qual fornece uma chave de leitura do artigo de Freud “O estranho” (Freud, 1919), em que introduz a diferença entre duplo imaginário e duplo real. Salienta-se, em Freud que, em *Unheimlich*, o momento em que o *Heim* (familiar) torna-se *Unheimlich* (não familiar) corresponde ao momento em que a fantasia perde seu caráter de jogo. Lacan salienta que há relação entre *Unheimlich* e a estrutura da fantasia que, segundo sublinha, já era assinalada por Freud, o qual enfatiza a função da fantasia de encobrir o encontro do sujeito com o real da castração (Lacan, 1962, p. 60).

A dimensão da fantasia traduz a forma de encontro do sujeito com o Outro, tal como ressalta Lacan: é no ponto situado no Outro para além da imagem que o homem encontra, exatamente, no ponto, que representa a ausência, a sua posição no desejo do

Outro. Evidencia-se, assim, a operação de alienação e separação, correlata da dimensão paradoxal, em que a ausência se inscreve nesse lugar no Outro. Em outras palavras, é a presença em outro lugar que produz esse lugar como ausência. Dessa forma, esse lugar situado no Outro para além da imagem se torna o “rei do jogo”, pois se apodera da imagem que o sustenta. A imagem especular transforma-se na imagem do duplo com o que traz de estranho; revela-se, aí, a não autonomia do sujeito, que se faz aparecer como objeto (Lacan, 1962, p. 58). Então, para Lacan o *Heim* (casa, familiar) revela não somente o desejo do Outro, mas o desejo no Outro. Enfim, o desejo do sujeito entra nesse lugar no Outro sob a forma do objeto que é. Determina-se, por essa via, que “[...] o sujeito só tem acesso ao seu desejo substituindo sempre um de seus próprios duplos” (Lacan, 1962, p. 59). Sendo assim, no momento *Unheimlich*, o sujeito se experimenta em sua não autonomia de sujeito, com puro objeto.

Lacan salienta a importância de Freud ter articulado o campo da ficção ao *Unheimlich* porque aí é possível ver a função da fantasia, momentos fugidios da vida real. A literatura fantástica – a exemplo, de *O homem da areia* – hierarquiza o instante de ver. Sendo assim o sujeito se vê como o objeto no qual se transforma no desejo do Outro, o que permite explorar a cena fantasmática por revelar o momento que escapa ao “como si”, quando se perde a dimensão significante, a proteção metafórica. O fantástico se associa ao valor fálico, produz o efeito de comicidade, mas no, fantástico puro, o cômico está ausente, o que se inicia como cômico culmina no efeito de estranho, nesse momento em que tem sua aparição no real. A fantasia é a possibilidade de que o outro se desvaneça diante do objeto que é, e essa dedução só é possível a partir do que o sujeito vê em si mesmo. Lacan retoma a noção paradoxal da alternância da presença-ausência da mãe, jogo com o qual a criança satisfaz. É através da ausência que se constitui a segurança da presença. Por sua vez, nos casos em que a mãe é pura presença,

em que não há possibilidade de falta, aí se instaura a angústia (LACAN, 1962, p. 6-63).

Pode-se, nesse ponto, inferir que a ausência da dialética presença-ausência instaura o campo da psicose.

Para Lacan, o estranho se produz quando, nesse lugar caracterizado pela ausência, aparece o objeto *a*, como presença invisível que organiza o mundo visível, ou seja, o mundo do que se vê. Essa presença no visível só se vê como uma ausência, pois o que organiza a visibilidade é o objeto *a* como real. Na neurose, no lugar da presença invisível, instala-se a demanda do Outro, constituindo o lugar do familiar *Heim*, onde se pode situar a demanda. Se a presença invisível adquire a forma de presença, tem-se o *Unheimlich*, a aparição do desejo do Outro no lugar da demanda do Outro. Nesse ponto o sujeito se encontra desamparado, como objeto à mercê do desejo do Outro.

Enfim, o que é o duplo especular para Lacan? O exemplo clássico é o da situação em que duas crianças disputam um mesmo brinquedo; o duplo especular inscreve-se de forma invisível nesse processo de luta por um objeto de desejo que é disputado. Por outro lado, na estrutura do duplo real, o que se joga é o próprio corpo do sujeito como passível de cair à mercê do Outro, como objeto-causa do desejo do Outro. Em geral tende-se a confundir o Outro especular, o outro da rivalidade, o outro que ocupa o lugar da unidade e da integração com o duplo imaginário, que está em uma relação de exclusão com o sujeito, e pode manifestar-se de modos diferentes: sob a forma de dois sujeitos que querem o mesmo objeto, ou um objeto que compete com o outro objeto pelo desejo de alguém concreto, pois, mais além do lugar que cada um ocupa sempre está inscrita a ordem do imaginário. Sendo assim, o caráter imaginário do duplo do sujeito não deve ser confundido com o lugar do duplo como real, que se esboça muito claramente nos olhos arrancados do *O homem da areia* (LACAN, p. 98-99).

A única lei do jogo permitida em *Unheimlich* é a do desejo do Outro. Essa experiência revela a nossa não autonomia como sujeito, momento de desamparo, quando a imagem especular devolve a imagem do duplo, isso quer dizer que o próprio corpo passa a ser objeto *a*. Esse momento em que o sujeito se vê como puro objeto é exatamente aquele no qual se revela o duplo real, instante em que o duplo do sujeito se revela como objeto-causa do desejo do Outro, posição impossível de suportar, instante fugitivo, a partir do qual se pode ver a fórmula da fantasia. A fantasia oculta e revela o desejo do Outro. A aparição do duplo real no cotidiano se dá nos momentos em que a cena fantasmática não é suficiente para encobrir o objeto *a* que se revela como real. Por sua vez, na psicose, na ausência do funcionamento da fantasia fundamental, nos termos em que se pode referir acima, no momento no qual se desfaz o duplo imaginário, que pode ser entendido como tentativa de cura, solução psicótica, surge o duplo como puro real, sem o aparato da fantasia que se articula ao objeto *a*. Surge a confusão entre o eu e o Outro; a impossibilidade do jogo de engano; a dimensão invasiva do gozo do Outro e a demanda do Outro adquirem o caráter persecutório da paranóia.

Em suma, a questão do duplo à luz da experiência analítica revela o caráter universal do objeto olhar no processo de constituição do eu e do sujeito, ao qual é inerente o duplo imaginário, no momento constitutivo do sujeito, em que prevalece a dimensão do ver e ser visto. Nessa perspectiva, pode-se formular uma questão: Qual o estatuto do objeto olhar, nesse momento constitutivo do sujeito, que define a sua posição no desejo do outro? Em outros termos, quais as consequências da não extração do objeto olhar, que lhe confere o estatuto de puro real na paranoia? Nesse sentido, “A conquista freudiana nos ensina, por sua vez, que o inquietante é que no irreal é o real que os atormenta” (LACAN, 1962, p. 91).

Capítulo 5

A imagem do corpo na anorexia e bulimia

No início da minha prática em psicanálise com crianças, deparei-me muitas vezes com crianças em mutismo total ou parcial. Um dos manejos possíveis para essa situação é a tentativa de introduzir, nas sessões de atendimentos, papel e lápis de cor, o que hoje me possibilita afirmar que os desenhos são um meio de expressão espontânea para a maioria das crianças, sobretudo a partir do momento em que falam a respeito de seus desenhos à analista. Na clínica com adolescentes, também nos deparamos com situações de puro mutismo. Em alguns casos é possível localizar a que ponto da subjetividade se articula a recusa a falar, em outros não. Da mesma forma, diante dos casos clínicos nomeados como anoréxicos ou bulímicos, deparei-me novamente com pacientes em situação de mutismo, que se revela de duas formas: recusa total da fala ou repetição ritualística das práticas purgativas ou de restrição alimentar, impossibilitando que algo escape como formação do inconsciente.

É possível formular que, na clínica que, aqui, denominamos como o campo da imagem corporal as formações sintomáticas revelam uma desmontagem da organização do corpo, uma ruptura do ponto de fixação do gozo fálico fora do corpo. Nesse sentido, o sintoma aparece como o que perturba a harmonia e revela a forma como a castração se inscreve para determinado sujeito. O sintoma analítico é uma mensagem ou uma maneira de gozar? Lacan em “Função e campo da palavra e da linguagem” aborda o sintoma como uma mensagem e no seminário RSI, por exemplo, o situa como uma

maneira de gozar (MILLER, 1994, p. 11) Nesses casos em que há um predomínio de uma fixação de gozo do corpo imaginário, o sintoma se revela inicialmente como uma maneira de gozar.

A investigação nos permite isolar nos casos clínicos fragmentos através dos quais os sujeitos testemunham sua relação com o espelho. Tal como no caso hortênsia, que diz: “O espelho me condena, não sou muito bonita.” “Ao se olhar no espelho, se vê com amplitude maior, como se o espelho ampliasse os detalhes”. Por sua vez, Bê nos diz que evita o espelho, mas as pessoas a olham. Se ela estiver muito magra, se olha no espelho e não come porque não está engordando. No caso de Ismênio, em que houve um desencadeamento a partir de um significante proveniente do campo do outro: “tetinha”, que o desorganiza. Ele diz que conseguiu entender o apelido quando ao se olhar no espelho, teve a impressão de que tinha mamas de mulher.

5.1 O caso Gê

Gê é uma adolescente de 13 anos de idade, com uma anorexia, perda grave de peso corporal e nos demonstra o que tivemos oportunidade de trabalhar no Capítulo 3, a imagem corporal em psicanálise, de acordo com a proposição de Miller sobre os três tempos do percurso constitutivo do corpo. Formulo que uma das vias do tratamento analítico, neste caso, é possibilitar ao sujeito a passagem dessa fixação de gozo do corpo imaginário, através do deciframento de sua inscrição no campo do Outro. Então, em um primeiro tempo, o sujeito trata os efeitos significantes do campo do Outro; no segundo tempo é possível ao sujeito localizar o júbilo do reconhecimento da imagem no espelho, seu ponto de fixação de gozo. No terceiro momento, o que se tem é a reconstituição do gozo fálico, a localização do gozo fálico fora do corpo, que permite ao sujeito a

reorganização do corpo. Para tornar mais claro esse percurso constitutivo do corpo, podemos propor o seguinte quadro:

Desenho 8: Caso Gê: 1º tempo do percurso reconstitutivo do corpo

o sujeito trata os significantes do campo do Outro

- “barriguda”
- “Perna gorda”
- “Braço muito grosso”
- “Quadril muito largo”
- A perda da avó materna, quando Gê tinha 6 anos de idade, é seguida por uma dieta rigorosa para perda de peso, perdeu 15 kg, pois o médico disse que ela estava obesa e com o colesterol alto. Prosseguiu emagrecendo, em quatro anos perdeu 25 kg.
- Aos poucos, Gê revela os significantes através dos quais ela se inscreve no campo do Outro:
 - O médico: “Se você quiser emagrecer, emagreceu. Pois gordo é feio.”
 - Os colegas: “gorda”, agora virou: “magra demais”.
 - A mãe: “minha mãe falou que não queria que eu passasse pelas mesmas coisas que ela, pois me chamariam de elefante e baleia.”



Desenho 9: Caso Gê: 2º tempo do percurso reconstitutivo do corpo

Gozo do corpo imaginário

- o sujeito localiza seu modo de satisfação sintomática: Gozo do corpo imaginário através do júbilo do reconhecimento de sua imagem emagrecida no espelho.
- As pessoas dizem que ela emagreceu muito, mas não se vê magra. Se come a mais, se vê gorda. Se come menos, se vê normal.
- Frequenta a comunidade do Orkut: “te incomodo, que pena!” e “Sou assim e sou feliz”.

Desenho 10: Caso Gê: 3º tempo do percurso reconstitutivo do corpo

Renarcisação da imagem do corpo próprio

- o sujeito reconstituiu um ponto de fixação do gozo fálico fora do corpo, o que permite a reorganização do corpo.



5.1.1 Gê no discurso do Outro

Gê aos 13 anos de idade chegou ao NIAB / HC / UFMG devido uma anorexia grave, foi solicitado à psiquiatria a avaliação de uso de medicação. Optei por não medicá-la, mas mantive um acompanhamento do caso. Gê inicialmente era atendida por uma analista da equipe, que algum tempo depois liberou Gê dos atendimentos, pois a mesma localiza que suas dificuldades estavam em lidar com a preocupação constante da mãe, que me foi, então, encaminhada para atendimento.

Tanto a mãe quanto Gê localizam o início da anorexia a partir da fala do médico, ao entregar a dieta para perda de peso: “isto aqui é para você, não é para mim, nem para sua mãe. “Se você quiser emagrecer, emagrece. Pois, gordo é feio.” Então, Gê realizou de forma obsessiva a dieta, perdendo 25 kg, nos últimos quatro anos.

A mãe sentia-se culpabilizada pela anorexia de Gê, localiza o início da anorexia

como consequência da forma rigorosa como incentivava a filha a seguir o tratamento para perda de peso, devido à sua preocupação com a obesidade. Agora, Gê não se sentia emagrecida e se angustiava com a demanda da mãe: “coma”, “coma”, “coma”. Por quase um ano atendi a mãe que pode tratar essa angústia, suscitada pelo risco de morte da filha. A mãe passou a perceber Gê como uma sombra que a impedia de viver, pois pensava o tempo todo de que forma faria Gê alimentar normalmente. Aos poucos, se descupabiliza em relação à escolha sintomática da filha, o que irá permitir que Gê formule uma demanda de tratamento.

5.1.2 Do sintoma do Outro ao sintoma de Gê

Gê formula uma demanda de tratamento, mas não gostaria de ser atendida no NIAB / HC / UFMG, pois não suporta ver aquelas anoréxicas cadavéricas na sala de espera. Conseguiu ganhar um pouco de peso e não se acha “uma anoréxica”. Então, solicita se eu poderia atendê-la no SSA/ HC / UFMG. Acolho sua demanda. Ela diz que seu problema é a dificuldade em relacionar-se com a mãe, que acha que ela não pode ter liberdade para sair porque é muito nova. A mãe implica se ela passa baton, diz que só vai poder namorar quando tiver 15 anos de idade. É possível formular que o despertar da sexualidade de Gê inscreve impasses na sua relação com a mãe e sua resposta via sintoma anoréxico se inscreve como uma forma de apagar as formas femininas que se inscrevem na superfície do corpo. Gê se encarcera na posição de objeto do gozo materno. O percurso da análise permite que ela trate sua posição subjetiva de uma adolescente, que por um lado era chamada pelos colegas de gorda, mas por outro lado era desejada, queria poder namorar, viver a vida com um pouco de liberdade.

5.1.3 Da posição de objeto à pulsão escópica

Gê, na posição de objeto do gozo materno, encontra no sintoma anoréxico, um modo de satisfação e fixação de gozo no corpo imaginário, por isso condensa a sua posição na escolha dos grupos do Orkut: “te incomodo, que pena!” e “Sou assim e sou feliz”.

5.1.4 A existencia do corpo como resultado constitutivo do ser

É via linguagem que Gê pode apropriar-se do seu corpo. Reconstruir um sentido via rede de significantes, o que possibilita tratar a fixação de gozo por uma via da simultaneidade, pois o tratamento do simbólico tem efeitos no imaginário e no real e possibilita a unidade corporal. É via o resgate do ser, pois o que se inscreve como significante, como inconsciente, predomina sobre a existência do ser. Então, ao tratar sua posição no discurso do Outro, as formas como é falada pelo outro e os efeitos do falasser sobre o corpo biológico, Gê pode localizar sua posição de gozo – responde às proibições da mãe via a recusa extrema do alimento, inscreve na superfície do corpo o apagamento do sujeito. Aqui, a materialidade das palavras, seja do médico ao lhe entregar a dieta – “isto aqui é para você, não é para mim, nem para sua mãe”, “Se você quiser emagrecer, emagrece. Pois, gordo é feio” e seja da mãe: – “ não quero que a chamem de elefante e baleia” – parece causar a ruptura do revestimento ficcional do corpo. Então, gê impossibilitada em localizar fora do corpo o gozo fálico, fica encarcerada no gozo do corpo imaginário.

5.1.5 A imagem do Outro e o corpo próprio

Inicialmente, Gê responde à demanda materna com uma parceria na qual não se distingue da sua própria imagem e tal como afirma a mãe: “ela parece minha sombra”. Ao construir via o tratamento a distância mínima para lidar com o gozo materno, pode fazer a passagem do júbilo do reconhecimento de sua imagem no espelho para a renarcisação da imagem do corpo próprio. Nesse momento torna-se possível resgatar o jogo da presença e de ausência, instante em que introduz em seu desenho o “seria bom” – “perder um pouco de barriga seria bom, braço musculoso, perder gordura na perna seria bom” –, diferente do imperativo do ser magro. O sujeito reconstitui um ponto de fixação do gozo fálico fora do corpo, o que permite a reorganização do corpo. Em sua última sessão conta que a blusa da escola estava muito cumprida, então, tal como a maioria das colegas, cortou um pedaço na altura da blusa. Estava mostrando um pouco a barriga. A diretora da Escola achou ruim. Então, Gê diz que ficou rindo sozinha, pois antes ficava extremamente magra porque falavam que ela era gorda, agora não está importando se tiver sobrando um pouquinho de gordura na barriga, pois o importante é que seu namorado gosta dela do jeito que ela é.

5.1.6 A lógica da castração

O caso de Gê nos revela a lógica da castração. A imagem não se sustenta sem um investimento libidinal, que deve ser regularizado. O significante que vem do outro – obesidade – se inscreve como índice da castração, pois esse significante com valor “de menos” adquire o valor de representação. Desse modo, a dimensão do pulsional em jogo em seu corpo causa a fixação de gozo na ideia de que possa ser para o Outro uma imagem.

5.2 O segredo da imagem é a castração

Para a psicanálise, os pacientes que apresentam como vestimenta sintomática o sofrimento que se manifesta no corpo evidenciam toda a problemática da pulsão. As anoréxicas desfilam em seus corpos tênues a problemática da pulsão, dos impasses do “corpo vivo”, em situações extremas que demonstram o conceito de duas mortes lacanianas: a morte do organismo e a morte significativa.

Miller propõe em relação às imagens do corpo um momento de anorexia imaginária e um outro de bulimia. Ele considera que todas as análises de Lacan sobre o campo visual desenvolvem o fato de que o segredo da imagem é a castração. O momento de anorexia imaginária corresponde ao surgimento no caminho da arte do desejo de matar a imagem do corpo, matar todas as imagens desprovidas de sentido, desconectar imagem e sentido.

Por outro lado, a bulimia imaginária é o padecimento atual de imagens intensa e acelerada, tal como quando se liga a televisão e tem sempre pessoas falando. O sujeito histérico chega a certo estado de negligência, de decadência imaginária, será via o tratamento analítico que será possível produzir uma certa renarcisação da imagem do corpo próprio (MILLER, 2008, p. 22). Na bulimia, o objeto oral é utilizado para servir de tampão ao (-φ); podemos dizer que a imagem do corpo é sacrificada, o amor narcísico é sacrificado ao gozo oral (MILLER, 2008, p. 22).

5.3 O caso Hortênsia: da passagem ao ato bulímico ao sintoma

Hortênsia nos coloca em relação à direção clínica do tratamento duas questões: primeiramente, qual a abordagem possível da bulimia na adolescência e a dificuldade em se estabelecer inicialmente um diagnóstico estrutural na maioria desses casos, pois no geral tanto o sujeito anoréxico como o bulímico já se nomeiam assim: “sou

bulímica” ou “sou anoréxica”, e a demanda de tratamento é feita pelos familiares, pois o próprio sujeito não se preocupa com seus sintomas. O transtorno alimentar não se articula, em um primeiro momento, a uma questão subjetiva; o “sou bulímica” cria um discurso dificilmente dialetizável. A possibilidade de uma pergunta está tamponada pela comida. Nesse sentido, o tratamento analítico é a aposta de deslocamento desse ponto de gozo, ou satisfação pulsional, que está em jogo na passagem ao ato bulímico e que impossibilita o surgimento de uma questão que traduza o sofrimento inconsciente do sujeito. A dimensão da passagem ao ato inscreve o apagamento do sujeito, formulação a ser desenvolvida de forma mais detalhada no próximo capítulo.

5. 3.1 Do sintoma do Outro ao sintoma de Hortênsia

Hortênsia chega ao tratamento comigo aos 18 anos de idade, após o acolhimento e a abordagem inicial pela clínica médica. Ela, como a maioria dos pacientes que chegam ao NIAB/HC/UFMG – que se constitui como um serviço de referência para casos mais graves –, conta sobre seu percurso anterior em vários clínicos, psiquiatras e psicólogos. Desde os 15 anos de idade, quando seus pais se separaram, tornou-se muito retraída, deprimida e angustiada, então tinha compulsões alimentares e depois vomitava. Anteriormente, fez uso de vários antidepressivos que não resolveram seu problema – “um vazio insuportável, que só melhora quando come”. Então, visto que as inúmeras medicações que tomou não foram eficazes, opto por não medicá-la e sustentar um espaço em que ela possa traduzir em palavras o que tanto a angústia.

Nesse primeiro momento do tratamento, Hortênsia demonstra uma preocupação em fazer uma descrição de seu comportamento bulímico, quantifica o tanto que comeu, quantas vezes provocou vômitos e se ganhou ou perdeu peso, como se descrevesse um protocolo. Tento não enfatizar esse desfile monótono de atos bulímicos, introduzindo

algumas questões que a remetam à possibilidade de localizar em sua história de vida o início de seus sintomas.

Numa sessão, diz que gostaria que eu olhasse sua garganta, que certamente está ferida porque provocou muito os vômitos, nos últimos dias. Respondo a ela que eu não posso olhar sua garganta e que solicite a avaliação para a médica que a atende do ponto de vista clínico. Hortênsia se espanta: “você não é médica?”, “É médica residente?”, “Há quanto tempo você se formou?” Respondo a ela que já sou médica há muitos anos, mas que gostaria que seu exame físico fosse realizado pela clínica médica, pois é importante que a clínica cuide do que a incomoda como queixa orgânica e que no atendimento comigo ela poderia dizer de seus sentimentos em relação ao seu corpo.

Nesse mesmo dia, um pouco depois, ela retorna até a sala de atendimento e diz não ter encontrado a médica clínica para olhar sua garganta, digo que aguarde, então, até a próxima avaliação. Nesse momento, ela me abraça e diz, como expressão do amor de transferência, que gosta muito do meu perfume e que volta na próxima semana.

Aqui, o ato analítico de localizar para o sujeito que há algo que possa ser dito para além desse sofrimento, que retorna metonimicamente no corpo via passagem ao ato bulímico, permite que comece a falar de algo que podemos pensar como um sintoma analítico, produzido via manejo da transferência. Hortênsia passa da posição de um sujeito acéfalo da pulsão a um sujeito dividido. Na primeira posição, se inscrevia a passagem ao ato – “eu não penso” – redução do simbólico à sua mínima expressão: o primeiro par de significantes que se opõe como presença e ausência (o cheio e o vazio), para, no segundo momento, na posição de sujeito dividido se introduzir a possibilidade de separação do Outro, permitindo desta maneira um rodeio mais amplo ao redor do objeto oral, caminho que introduz toda a cadeia significante para além do par cheio-vazio, que se traduzia no ato bulímico, produzindo o sintoma. Minha hipótese é que a

condição que cria a passagem do ato bulímico ao sintoma analítico é a minha proposta de que Hortênsia me fale sobre o que sente em seu corpo, introduzindo o registro da palavra, ali onde havia puro ato.

Nesse momento, para além da queixa monótona em torno da bulimia, Hortênsia diz: “Acho que tenho um problema de identidade, como se me olhasse no espelho e não me reconhecesse.” “Por me preocupar muito com as pessoas, mudei tanto que não me reconheço,” “fiquei trabalhando comigo mesma para ser aceita pelas pessoas”. “Às vezes, é como se eu fosse outra pessoa, sinto tristeza e desânimo, antes era mais alegre, de tanto pensar que me achavam boba e ingênua, fiquei assim.” Ela acha que mudou de alegre e espontânea para retraída, de esperta para boba! Coitadinha! Bobinha. Intervenho dizendo a ela que ao se fazer de boba visa garantir o amor e a aceitação das pessoas.

5.3.2 A lógica da castração

O sonho de Hortênsia até os seus sete anos de idade era de ser como a mãe: uma mulher reconhecida pelos seus estudos, bem-sucedida, diretora de escola, até a mãe ter apresentado uma depressão grave, que inscreveu na vida de Hortênsia uma perda drástica do padrão de vida, do ponto de vista financeiro e afetivo. Verifica-se, então, a passagem da mãe idealizada para a mãe depreciada enquanto profissional, e algum tempo depois abandonada pelo marido, que não suportou o estado depressivo da esposa. Essa mudança de posição materna repercute no desempenho escolar de Hortênsia. Ela tenta, através de uma dedicação exagerada aos estudos, reconstituir esse ideal materno, que lhe garantia o amor do Outro. Era a filha da diretora da escola, todos a admiravam, tal como a sua mãe. De repente, ocorre a queda da posição falicizada pelo desempenho escolar à posição de nada – perde a escola, perde a mãe idealizada, perde tudo. Nessa

posição de nada tenta através do ato bulímico a incorporação do objeto perdido, possibilidade de reconstituição do modelo de identificação, de reconstrução de um Outro materno sem falha.

5.3.3 Da posição de objeto à pulsão acéfala

Aqui, o neurótico, de forma diferente do perverso, identifica a falta do outro como sua demanda, tomando a demanda do outro como função de objeto em sua fantasia, com a qual o sujeito se reduz à pulsão – pulsão acéfala, sem sujeito. Nessa perspectiva, o sujeito pode chegar ao tratamento com duas posições diferentes: primeiro, na posição do sujeito dividido, que coloca em jogo uma demanda no lugar da falta no Outro, recalçada, a qual via transferência se articulará como demanda de amor, constituindo-se o sintoma como máxima expressão desta posição. E uma segunda possibilidade, que poderia ser a identificação ao objeto da demanda, em que se coloca em jogo uma modalidade particular de relação ao Outro, que no caso da demanda oral, fará surgir a fantasia de onipotência do outro, que tudo tem e dá ou não, de acordo com a lei caprichosa do Outro. Frente a isso o sujeito seria pura demanda, sem fala, impossibilitado de colocar-se como sujeito da palavra que seja veiculada para alcançar o Outro (SORIA, 2000, p. 16).

Minha hipótese é de que no segundo tempo do tratamento Hortênsia nos revela a posição de divisão do sujeito que coloca em jogo a demanda de amor no lugar da falta no Outro e fará do sintoma a máxima expressão desta posição.

Aqui, no caso de Hortênsia, a regressão temporal refere-se apenas aos significantes (orais) da demanda e só concerne à pulsão corresponde a esses significantes. Por isso, o ato analítico visa introduzir a possibilidade de uma construção pelo sujeito, para que coloque palavras, onde fazia transbordar a comida, produzindo

dessa maneira um esvaziamento da consistência imaginária do objeto oral e a satisfação da demanda de amor por outra via que não seja o empanturrar-se de alimento. No início do tratamento, o sujeito encontra-se na posição de objeto que dá consistência ao seu ser, o que dificulta a entrada em análise, pois há uma forte satisfação pulsional que se coloca em jogo na passagem ao ato bulímico.

5.3.4 A existência do corpo como resultado do constitutivo do ser

Aos poucos, o ato bulímico não se faz mais presente, a angústia depressiva que se expressava no vazio a ser preenchido pelo alimento é substituída pela cadeia significativa; cessa a consistência imaginária do objeto oral, tentativa de reincorporação dos ideais perdidos para a construção de novas identificações.

Resolveu fazer medicina, por ser o curso mais difícil; se estudar para passar em medicina pode passar em qualquer outro curso. Sente-se sensibilizada com o sofrimento das pessoas, com a dor do outro. O que a perturba não é ver a cena de sofrimento, mas é porque se coloca no lugar de quem sofre, como se tudo estivesse acontecendo com ela. Acha que seria insuportável se seus pacientes morressem. Hortênsia acredita que a medicina é uma possibilidade de saber muito e garantir a estabilidade financeira.

Tal como Lacan observa em “A direção da cura”: “É na demanda mais antiga que se produz a identificação primária, aquela que se efetua pela onipotência materna, ou seja, a que não apenas torna dependente do aparelho significativo a satisfação das necessidades, mas que as fragmenta, as filtra e as molda nos desfilamentos da estrutura do significativo (LACAN, 1958, p. 624). O desejo evoca a falta-a-ser sob as três figuras do nada: o amor, o ódio, que vêm negar o ser do outro e a ignorância, dimensão do indizível. Mas não se deve confundir a identificação com o significativo onipotente da

demanda, e a identificação, com o objeto da demanda de amor, que é uma regressão (LACAN, 1958, p. 624, 633, 635-636).

5.3.5 A imagem e o corpo próprio: “o espelho me condena”

Durante uma sessão, Hortênsia retira da bolsa uma foto 3/4 e me mostra. Diz que se sente horrível: “coitada de mim se eu for desse jeito”, “o espelho me condena, não sou muito bonita”. Hortênsia diz que para ela uma barriga era uma coisa enorme. Ao se olhar no espelho se vê com amplitude maior. É como se o espelho ampliasse os detalhes. Pode estar magra, mas as curvas do corpo são vistas de forma exagerada. Como se pegasse na própria carne e tivesse muita coisa. Exige muito de si mesma, sempre escolhe como padrão o extremo, esteve esquelética, engordou e criou um estereótipo perfeito, pois dizem que ela é estranha e diferente.

Aos poucos, simultaneamente ao desaparecimento dos sintomas bulímicos, passa a se importar menos com o incômodo ao ver sua imagem no espelho. Acha que talvez não seja tão feia assim. Alguns meses depois interrompe o tratamento, pois precisa dedicar-se de forma mais intensa para conquistar seu novo ideal: passar no vestibular de medicina. Em um primeiro momento, demonstra o padecimento que o imaginário, sob a forma do próprio corpo, lhe impõe. Tenta situar nesse ponto um excesso, que, como sabemos, responde a subtração simbólica, excesso com o qual sabe-fazer: “que não sobre e nem falte nada”. O espelho deformante em que a bulímica se olha a leva ao rechaço de si mesma. Perfilam-se em este tempo as estratégias de separação do Outro materno, que devolvem ao sujeito a mais pura alienação, o situando no “não penso”, corroborado pelo “sou” – bulímica –, que se reitera em seu discurso. Estas estratégias são o corte no real do corpo, a passagem ao ato sob a forma da indução do vomito (SORIA, 2000).

5.3.6 O percurso de reorganização do corpo

Tabela 6: Caso Hortênsia: O percurso de reorganização do corpo		
1º tempo	2º tempo	3º tempo
O sujeito trata os significantes do campo do Outro, a angústia depressiva que se expressava no vazio a ser preenchido pelo alimento é substituída pela cadeia significativa.	“Posição de nada”, diante da queda das insígnias maternas, Hortênsia identifica a falta do outro como sua demanda, toma a demanda do outro como função de objeto em sua fantasia, com a qual se reduz à pulsão – pulsão acéfala, sem sujeito. Então, fica encarcerada no gozo do corpo imaginário que a impossibilita de reconhecer sua própria imagem.	3º tempo: O sujeito reconstitui um ponto de fixação do gozo fálico fora do corpo, o que permite a reorganização do corpo. Dedicase muito aos estudos para passar no vestibular de medicina, como garantia de “saber muito” e da estabilidade financeira. Ocorre a renarcisação da imagem do corpo próprio. Reconstrói o modelo de novas identificações

5.4 O caso Bê

O caso de Bê elucidada a tese que aqui se visa demonstrar de que a linguagem via significantes se inscreve como uma rede simbólica que tem efeitos constitutivos sobre a estrutura da vida psíquica. E, esses efeitos da linguagem se manifestam no nível do corpo como sintoma, um modo de resposta do sujeito à problemática do processo constitutivo da imagem corporal.

O caso de Bê é demonstrativo de como a prática da psicanálise em nosso tempo exige estratégias para se lidar com o excesso de classificações e nomeações que remetem o sujeito a uma impossibilidade de simbolização de seu sofrimento. E, exemplifica o percurso de um sujeito que, nos últimos seis anos, foi nomeado sucessivamente por vários diagnósticos que catalogam sintomas que têm sua expressão máxima na dimensão do corpo como organismo – anorexia, síndrome do pânico e depressão. Tais classificações funcionaram como semblantes com eficácia terapêutica temporária e definiram o consumo de vários ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos, estabilizadores do humor e repetidas hidratações venosas em serviços de urgência clínica. No geral, tais intervenções médicas visam tratar os sintomas, mas não a causalidade dessas manifestações. Tal fato torna extremamente comum que esses pacientes façam um longo percurso por várias especialidades médicas, que solicitam um número crescente de exames complementares até concluírem que esses sintomas que se emolduram na superfície do organismo têm em sua gênese a causalidade psíquica.

Bê chega ao tratamento comigo para avaliação psiquiátrica após ter sido acolhida pela clínica médica da equipe do NIAB / HC/ UFMG. Após seis anos de início de seu adoecimento, decide procurar um serviço de referência, especializado em tratamento de anorexia e bulimia. Bê apresenta-se muito emagrecida, extremamente triste, retraída e com a fala muito reticente.

Bê percebeu que na sua cidade já não se importavam com o seu sofrimento. Foram seis anos de progressão para um estado de emagrecimento extremo. Quando chegava ao pronto-socorro, os médicos não perguntavam nada, antes que falasse qualquer coisa já iniciavam o soro endovenoso para que ela não morresse. Inicialmente, Bê exige um rigoroso cuidado clínico, apresenta-se visivelmente emagrecida e queixa-se de vômitos repetidos, insônia e tristeza. Não consegue trabalhar ou fazer as tarefas de

casa, pois sente-se muito fraca. No momento em que a recebo para atendimento proponho a atendê-la como psiquiatra e também escutá-la, na perspectiva de que se possa construir uma demanda de um tratamento analítico.

5.4.1 Bê no discurso do Outro

Ela é a segunda filha de uma prole de três, se designa como “entre dois irmãos”. Aos poucos, ao revelar sua história, é possível isolar alguns significantes que se destacam: “depressão” e “tristeza”, sofrimento que se inscreve em sua família nas três gerações – a avó, a mãe, e agora Bê. Sua infância foi marcada pela convivência com uma mãe que desencadeou uma depressão pós-parto após o nascimento de Bê e que se manteve deprimida a vida toda. Essa mãe nunca emitiu opinião em relação às atitudes do pai, mas exigia a obediência dos filhos a ele. Por sua vez, o pai não é como um pai para ela – “é só o marido da mãe”. Desde os quatro anos de idade ele exerceu sobre Bê uma postura de exigências rigorosas e de superproteção que a impedia de viver; não podia brincar nem com os primos. A resposta de Bê à posição do pai foi de deixar que ele “fizesse dela o que quisesse”.

Inicialmente, mantém metonimicamente suas queixas – não comer, pois não pode engordar tristeza, desesperança – antes vomitava até desidratar, nessa época já havia reduzido muito os vômitos. Em um primeiro momento, articula seu adoecimento a depressão e à morte da avó materna, sua defensora que impediu, muitas vezes, as reações agressivas do pai, ocasionadas pelo evento que definirá seu adoecimento psíquico, que se manifesta na superfície do corpo.

5.4.2 Do sintoma do Outro ao sintoma de Bê

Bê é evangélica e tinha 19 anos de idade quando namorava o filho da pastora da igreja que frequentava. Uma viagem de seus pais se inscreve para ela como uma

suspensão no espaço da interdição paterna, então, ela teve uma relação sexual com o namorado na cama dos pais. Esse acontecimento é seguido pelo sentimento de culpa, por ter traído a confiança de seus pais.

Aqui, verifica-se que o sujeito procura repelir ou manter no inconsciente as representações ligadas a satisfação pulsional, mas algo não funciona, e a culpabilidade torna-se intensa. Então, o encontro sexual com o namorado torna-se uma ameaça, o que passa a provocar desprazer. Assim, o mecanismo de defesa – *Verdrangung* –, o recalque, típico das conversões histéricas define a solução sintomática do sujeito – a suspeita de uma gravidez, que na nossa hipótese é da ordem de uma conversão histérica. Alguns dias depois, diante de um atraso menstrual, Bê irá comentar com uma amiga sobre o receio de estar grávida, pois está nauseosa e vomitando muito. Essa amiga, de forma traiçoeira, comenta com outras pessoas, inclusive com a pastora, mãe do namorado. A pastora recrimina que o filho tenha praticado o ato sexual antes do casamento e exige que Bê faça um exame de urina e um ultrassom, ambos negativos para gravidez. Tais exames ficam com a pastora. Para surpresa de Bê, alguns dias depois, a pastora, sabendo que o boato da possível gravidez havia se espalhado pela cidade, resolve “calar a boca do povo”: Então, mostra os exames para toda a assembleia de fiéis, durante um culto em que Bê estava presente. Segundo Bê, nesse momento, toda a igreja dirige um olhar de recriminação para ela que será denominada pela pastora como “a inimiga que queria destruir seu lar”.

Esse ato de recriminação, desmoralização diante do público, é extremamente desorganizador da vida psíquica de Bê, a hipótese possível é de que essa desmoralização moral remeta o sujeito a um desenlaçamento dos registros imaginário, simbólico e real. Até aqui, para Bê, o mecanismo de recalque funcionava de forma a permitir a construção sintomática de uma conversão histérica. A partir dessa exibição da imagem

do seu próprio ventre, que será interpelada pelo olhar de julgamento do outro, o sujeito perde as referências simbólicas para sustentar sua imagem, sua unidade corporal, diante de toda a cidade.

Se inicialmente a culpabilidade converge nos sintomas de uma suspeita de gravidez, após esse momento em que o sujeito é exposto ao olhar do outro recriminador, ocorre uma desorganização do revestimento ficcional do corpo, que terá um destino oposto ao sintoma inicial. O sintoma desloca-se da gravidez conversiva histérica para uma anorexia grave. Dessa forma, a energia libidinal é transformada em sintoma anoréxico na superfície do corpo. É preciso manter o corpo magro para que não retorne o julgamento do outro. Será que está grávida?

5.4.3 Da posição de objeto à pulsão escópica

A desmoralização moral e a dimensão do olhar do Outro se inscrevem para Bê via a recusa em se olhar no espelho. Ela evita o espelho, mas as pessoas a olham. Se muito magra, olha no espelho e não come, porque não está engordando. O olhar do Outro adquire a dimensão de sua imagem no espelho, só que agora não é Bê enquanto sujeito que se reconhece no espelho, mas ela adquire a posição de puro objeto, é o olhar do Outro que diz algo sobre ela.

Bê transborda a pura angústia reeditada diariamente através de cada olhar que se dirige para ela, retorna metonimicamente o olhar recriminador do público de fiéis, seguido pela condenação de seus pais e irmãos pela sua perda da virgindade e pela frase da pastora: “a inimiga que quer destruir meu lar”. Sente-se culpada, inscreve na magreza extrema do corpo a dimensão da autopunição. Diz: “A minha esperança já morreu há muito tempo.” Estava sempre a pedir que deus lhe tirasse a vida.

O olhar das pessoas na rua remete Bê à frase proferida pelo pai: “podem esquecer que ela perdeu a virgindade, mas perdoar não”. Perdeu a vontade de viver, “a esperança acabou e a única solução é a morte”. Essa fase do tratamento é marcada por algumas tentativas de autoextermínio, em que Bê faz uso de quantidades excessivas das medicações prescritas (antidepressivos e estabilizadores do humor). Opto por uma redução gradual das medicações, pois percebo que ela as utilizava para manter-se dormindo o tempo todo para não ter que sair na rua e enfrentar o olhar das pessoas, ou para as tentativas de autoextermínio.

5.4.4 A existência do corpo como resultado do processo constitutivo do ser

Aos poucos, se revela que a angústia de Bê oscila entre a tirania paterna e a vertente do amor ao pai. Um pai extremamente arbitrário e agressivo, que não a perdoou pela perda da virgindade. O manejo possível era fazer vacilar essa posição petrificada na qual se colocava como vitimizada, a que necessitava de ser perdoada. Então, é possível ao sujeito sair dessa demanda de perdão, que se articula sem dialética a uma posição de autorrecriminação, para reconstruir para si outra posição.

Uma sessão permitirá uma ressignificação da culpabilidade pela perda da virgindade. Bê fala da passagem bíblica de Madalena, a partir da qual pela primeira vez parece que se inscreve do lado do sujeito o olhar do Outro, em uma dimensão diferente da recriminação. Pergunta à analista se ela sabe o que Jesus disse para Madalena. Respondo que sim, mas aguardo que Bê diga a sua própria versão. Nesse intervalo de silêncio, ela chorando muito diz: “Quem não tem pecado, atire a primeira pedra.” Encontro nesse ponto uma brecha para intervenção em sua posição subjetiva, pois se até então Bê não encontrava uma possibilidade de ressignificação da cena em que é desmoralizada diante do olhar do outro, aqui ela introduz uma cena que traz em si a

representação simbólica da possibilidade de perdão.

Surpreendida pela cena bíblica introduzida pelo sujeito que chora, a analista ri e diz para Bê: – “Eh, é engraçada essa passagem – “atire a primeira pedra quem não tem pecado?” Introduz-se, assim, algo que se articula ao ponto deflagrador do sofrimento do sujeito e que promove um deslocamento da repetição de queixas, que até então se inscreviam – “não quero comer”, “quero morrer”, “perdi a esperança”, “estou mais magra”, “todos me recriminam” – Bê irá resgatar a possibilidade do perdão e do amor. Ela constrói uma passagem da desmoralização diante da assembleia de fiéis de sua igreja, para um momento de busca de espaços de evangelização de crianças carentes. Após alguns meses ela diz para a analista que tenta acreditar que “o passado da gente é deixado no lar do esquecimento”. Antes, não conseguia olhar para as pessoas, se sentia julgada como alguém sem moral e para quem a vida não tem sentido, ficou mal falada em toda a cidade. Agora pode ser vista, passando de casa em casa e buscando as crianças para levá-las para a evangelização. Torna-se possível para Bê a disjunção do olhar do Outro da situação vivenciada como sua desmoralização moral.

Acha que perdeu muito tempo preocupada com o que pensavam sobre ela. Agora entende que o povo é assim: “se estiver cheinha, está grávida”. “Não sabem o que dizem, pois já ouviu falarem, também, que se estiver magrela está grávida.” Acha que com o tratamento aprendeu a dar respostas para as pessoas. Antes se falavam que ela estava magra, perdia a alegria. Agora, diante do dito: “você continua magra”, ela diz: “e você gorda”. Antes as vizinhas perguntam para quê ela arrumava o cabelo, se esqueceu de arrumar o corpo. Agora acha que tem sido irônica com os comentários das pessoas. Uma amiga perguntou se ela estava fazendo curso para burra em Belo Horizonte, pois só dava más respostas. Acha graça da prima que brinca com ela: “enche a mão de remédio e vai para o caixão, depois vai ser engraçado – você lá dentro do caixão e eu

aqui do lado de fora”. Ri. O sujeito agora pode rir do que antes era pura pulsão de morte. Digo a ela que agora é, então, possível não levar o outro tão a sério.

5.4.5 A imagem do corpo como tampão da falta de significante do sujeito

O sujeito histérico é por excelência uma falha, uma falta de significante representativo no Outro. Sendo assim, a imagem do corpo próprio pode ter uma importância máxima como tampão da falta de significante do sujeito. Ou seja, a imagem do corpo – o corpo emagrecido – pode funcionar como um significante que traduza para o outro a mensagem: “não estou grávida”, revelando a lógica da castração. Na histeria o sujeito se faz representar no campo do Outro pela imagem de seu corpo próprio, de tal forma que essa imagem e sua manipulação funcionam como uma mensagem ao Outro e, ao mesmo tempo, dependem da mensagem recebida do Outro. A imagem do corpo pode ter um valor significativo, significante cifrado, limite de todas as figuras sociais, que implique uma imagem estandardizada. Mas a imagem do corpo pode também ter valor de objeto excrementício, quando o que se mostra é uma negligência provocadora dessa imagem (MILLER, 2008, p. 22).

Após a cena de desmoralização moral o namorado rompe o namoro com Bê, que ficou por três anos isolada em casa e somente no último ano iniciou um novo namoro com um rapaz pelo qual não se interessava muito, mas era quem tinha aceitado a sua perda de virgindade. Se na adolescência era o pai que a vigiava muito, agora era o namorado, que não a deixava fazer nada. Pontua para Bê que ela atribuía o mesmo papel exercido antes pelo pai, agora ao namorado. Achava que o namorado estava com ela por temer a piora de sua depressão e suas reações imprevisíveis; por várias vezes havia tentando o autoextermínio com as medicações prescritas. Diz de seu desejo de morte por perceber que o namorado não a valoriza e a está fazendo de otária, fica com

ela com medo de suas atitudes. Aqui, a analista destaca para Bê que ela reedita o romance familiar – o pai nunca rompeu o casamento, temendo as consequências da depressão da esposa. Nessa parceria amorosa, torna-se possível localizar que há um modo de satisfação pulsional que fazia perpetuar a depressão e as tentativas de autoextermínio, sua forma de manter-se enlaçada a esse namorado.

Durante seis anos Bê constrói uma série de sintomas na superfície do corpo, uma depressão grave, que não responde aos tratamentos ofertados pela medicina. Depois substitui a depressão por uma síndrome do pânico. Essas nomeações são insuficientes para construir uma significação da cena traumática – exposição de sua imagem e a incidência do olhar de recriminação do outro. A saída sintomática será via uma anorexia grave, uma tentativa de manter o corpo extremamente magro. Era preciso manter o corpo magro para evitar qualquer suspeita de gravidez e o julgamento do outro.

Verifica-se, via transferência, a constituição do envelope formal do sintoma em três tempos: Primeiro – na infância, aos seis anos de idade – a frase proferida pelo pai, diante da eterna depressão materna – “sua mãe não serve para mais nada” – a remete à inexistência das relações sexuais entre os pais. Então, para evitar o sofrimento da mãe passa a vigiar o pai nos bares e pelas festas, a fim de impedi-lo de envolver-se com outras mulheres, que colocaria em risco o casamento de seus pais. Estabelece-se uma parceria sintomática entre filha e pai – Bê fixa um olhar vigilante sobre o pai.

Após algum tempo, Bê rompe o relacionamento com o namorado, mas as tentativas de novas parcerias amorosas repetem o encontro com rapazes com algum ponto de destituição fálica – desempregados, usuários de drogas. Bê enlaça-se a parceiros nos quais localiza a questão do erro, pois “quem nunca errou na vida”. Diante dessas escolhas amorosas o pai intervém com tirania e severidade, se opondo a esses relacionamentos. Ele busca transmitir para a filha um homem que tem o traço fálico ser

operário, tal como ele. Ele só pode dizer sim para a filha se o objeto de escolha dela coincidir com ele próprio. O movimento de Bê se dá no sentido contrário, quer ficar com qualquer um que aceite sua perda da virgindade. A intervenção analítica é de possibilitar que o sujeito se interrogue sobre essas escolhas amorosas. Aos poucos, Bê irá se interrogar se é possível amar quando ainda não gosta de si mesma, se estaria pronta para gostar de alguém.

Então, Bê até os 15 anos de idade vigia o pai da aproximação de outras mulheres. Aos 19 anos em um momento de suspensão da interdição paterna tem o relacionamento sexual com o namorado, que culmina em sua desmoralização moral como a inimiga que deseja a destruição de um lar. Diante da passividade da mãe, que nem a defendia da tirania do pai e dos irmãos, encontra acolhimento em uma tia paterna, que quando jovem havia também sido vítima da tirania do irmão. Então, vai morar na casa da tia, não pretende voltar para a casa dos pais, só voltaria “morta ou casada”.

No segundo tempo: Bê tinha 15 anos de idade, o pai alcoolizado provoca um acidente automobilístico, diante da afirmação do médico de que o pai poderia ter matado o filho, que estava com ele no carro. Isso contribui para a cura do alcoolismo paterno, ele não frequenta mais os bares. Sendo assim, ocorre nesse momento uma inversão na posição de Bê: da menina que vigiava o pai, passa a ser vigiada, a ficar sob o olhar vigilante do pai.

Em um terceiro tempo da constituição sintomática: Bê é lançada numa situação de extrema angústia que parece perpetuar por seis anos sem possibilidades efetivas de simbolização. A incidência do olhar dos fiéis na igreja e a frase proferida pela pastora – “o inimigo queria destruir meu lar, mas não conseguiu” – a remete à pura angústia, impossibilidade de significação dessa cena; ela sentiu-se traída pela pastora e pelo namorado, que imediatamente depois a abandonou. A angústia se traduz no nível do

corpo como um desânimo profundamente penoso, perde seu interesse pelo mundo externo, pelo trabalho, pelos amigos. Inscreve-se nesse terceiro tempo uma ampliação da dimensão do olhar do Outro. A passagem do olhar vigilante do pai para o olhar de todos os fiéis da igreja e depois de toda a cidade.

A desmoralização moral diante da sua família e de toda a cidade torna-se uma cena suspensa, que retorna como puro real, sem aparato significativo. Por conseguinte, ocorre uma paralisação do sujeito, que gira entre dois extremos: da impossibilidade de significação, perplexidade do vazio, ao excesso de culpabilidade, se responsabilizava pela piora depressiva da mãe, a ruína moral da família, a impossibilidade de ser amada e conseguir um bom casamento.

5.4.6 A restituição da imagem do corpo e a reconstrução de novas parcerias

O caso de Bê é demonstrativo da função que, por vezes, a fotografia pode ocupar de representação da imagem do corpo. Nesse processo de refazer a unidade da imagem corporal, falicizar esse corpo quase reduzido ao esqueleto. Bê resolve fazer um book de fotos. Trouxe-o para me mostrar, fotos de estúdio, várias poses e estilos de roupas diferentes. A fotógrafa fez um banner de propaganda com a foto dela a fim de chamar a atenção dos clientes. Essa reprodução de sua imagem a fez sentir-se melhor, principalmente porque o pai viu as fotos e falou: “não sabia que tinha uma filha bonita assim”. Ocorre aqui um efeito de ressignificação que introduz outra perspectiva para o olhar do pai.

Os irmãos, no exercício constante de tirania, dizem a ela que as fotos eram photoshop, que ela só servia para ser “manequim de cemitério”. Mas, o pai intervém a seu favor dizendo que os irmãos estão com “dor de cotovelo”. Essa intervenção do pai tem um efeito para Bê de um possível resgate do amor do pai, que nos últimos tempos só

dirigia a ela palavras de reprovação. A analista diz para Bê que as fotos são produzidas a partir de sua própria imagem e que essas fotos tiveram efeitos sobre seu irmão e sobre o seu pai. Bê retorna à cena em que a pastora mostra, na igreja, a fotografia do seu ultrassom uterino, como comprovação de que ela não estava grávida. Naquela hora, foi como se todo mundo estivesse olhando para ela, como se o ultrassom fosse a sua própria foto. Agora sabe que precisa de amar a si mesma, para depois poder amar as outras pessoas. O que importa é que ela se sinta feliz ao se ver naquelas fotos. Afinal, nem ela sabia que era tão bonita.

Verifica-se que nos casos graves de anorexia, os pacientes apresentam de forma incansável o blá, blá, blá monótono sobre seus rituais alimentares e a constante preocupação com o ganho de peso. Essa fala monótona em torno do significante petrificado – “sou anorético” – impede a revelação da subjetividade desses pacientes. Quase sempre, o que está em jogo é a dimensão do objeto nada, a desfalicização do corpo. Tal como no caso Bê, em relação ao qual se tornou necessária a interrogação se os fenômenos que se manifestavam ao nível do corpo tinham em sua gênese a estrutura psicótica ou uma estrutura histérica, cujo sujeito vivenciou um desenlace do simbólico, imaginário e real, que seria possível reenlaçar. Verificam-se os efeitos sobre o sujeito dos excessos de diagnósticos que funcionam como semblantes precários e de como o pragmatismo nominalista do DSM-IV fracassa na tentativa de nomear o real do gozo e impede ou protela o processo de luto ao não ofertar ao sujeito a possibilidade de simbolizar o que se apresenta pela via das contingências como sofrimento, que inicialmente parece ser uma dor de existir e se mostra como pura angústia. O que se verifica é a possibilidade de se construir uma borda para a pura angústia, permitindo ao sujeito consentir com a vertente do amor ao pai.

Em suma, o que o caso nos ensina é que a desordem psíquica parece irremovível, o sujeito apresenta algo da petrificação mortífera – não comer, esperança que já morreu – energia libidinal que se inscreve em um corpo extremamente emagrecido. Aos poucos a possibilidade de que o sujeito seja escutado permite que a pura desordem psíquica encontre soluções. Introduce-se a dimensão do amor e do perdão, é possível construir uma tessitura que reenlace os três registros. Será no terceiro tempo da constituição sintomática que Bê chega ao tratamento. A cada sessão se inscrevia a dúvida se a dimensão de perda de objeto lançava o sujeito a um processo de luto “praticamente melancólico”, ou não. Porém, a direção do tratamento, a possibilidade de tratar o gozo do corpo imaginário que encarcerava o sujeito no júbilo da recusa de ver sua própria imagem no espelho, permitirá a reorganização do corpo, via a localização fálica fora do corpo.

5.4.7 O percurso de reorganização do corpo

Tabela 7: Caso Bê: O percurso de reorganização do corpo		
1º tempo	2º tempo	3º tempo
Trata os significantes do campo do Outro, a desmoralização moral, a incidência dos significantes do julgamento do Outro que inscrevem na superfície do corpo o sintoma anoréxico.	Localiza sua posição de encarceramento no gozo do corpo imaginário. O não comer nada é uma tentativa de desviar o olhar do outro, que fixa sua posição do gozo e marca sua recusa, a tentativa de apagamento da sua posição feminina.	3º tempo: O sujeito reconstitui um ponto de fixação do gozo fálico fora do corpo, o que permite a reorganização do corpo. Dedicar-se a cuidar das crianças e às atividades de evangelização.

5.4.8 O belo e a representação do corpo perfeito sem castração

Nessa perspectiva, o caso de Bê demonstra os efeitos históricos da reprodução da imagem do corpo. Herdamos da Antiguidade grega as imagens da forma do corpo humano, presentes em nossa cultura, do corpo idealizado, que nos oferece uma imagem de homeostase perfeita, a imagem de um corpo sem gozo e sem castração. Verifica-se na representação grega do corpo o elemento dionisíaco, que dá um lugar regularizado ao não regrado. No dionisíaco, prevalece a representação do corpo perfeito, sem castração, e o cristianismo nos faz adorar a representação da castração, o corpo mutilado, torturado, o Cristo adulto na cruz. Por outro lado, o Cristo como criança representa o corpo glorificado – o Cristo nos braços da virgem – imagem de felicidade, mas por baixo dessa imagem se inscreve a falta feminina. Essa felicidade é a falta preenchida. O dionisíaco, que é o predomínio da representação do falo, se faz presente pela exposição dos genitais (MILLER, 2008, p. 23-24).

Nessa perspectiva, a arte abstrata apresenta duas vertentes: imagens antecipadas do significante que pretendem ser uma beleza pura, nas quais a cor domina ou nos apresenta a vertente do significante matando a imagem significativa. A arte abstrata nos apresenta a castração em contato direto, sem mediação, é um esforço para enfatizar, isolar o gozo puro, encenar o conflito, o desacordo entre o significante e o objeto *a* (MILLER, 2008, p. 24).

A questão da imagem do belo, do júbilo diante da imagem especular que faz com que o sujeito fique encarcerado no gozo do corpo imaginário. Impossibilitado de reconhecer sua própria imagem foi simbolizada pelo mito de Eco e Narciso, que apreende a dimensão do real entre imaginário e o simbólico. É nessa perspectiva que o

mito de Eco e Narciso adquire importância capital, sobretudo por fundamentar o conceito de narcisismo como campo constitutivo do eu em Freud que, por sua vez, será definido por Lacan como imaginário. Se Narciso se faz coincidir com seu reflexo, sem distinção mínima entre um e outro, o que se tem é a morte. Há no mito, portanto, o fundamento das formas de escolha de amor e de investimento libidinal em si mesmo via duplicação da própria imagem.

Até os séculos XVIII e XIX, a arte visa ao belo. Porém, no final do século XIX, e durante o século XX, a introdução da subjetividade modifica a relação entre arte e técnica, passando a predominar a expressão criadora por meio artístico de uma outra realidade. O que confere à arte um sentido novo, que revela a dimensão do real, em suma, a divisão do sujeito. Ressalta-se a arte, antes de tudo, como expressão do “homem fragmentado”. Por outro lado, as produções artísticas do renascimento, até o final do século XIX, têm como contrapartida o elemento da repetição, manifesto na estética da mimese, que evidencia a analogia e semelhança, que culmina na invenção da fotografia (MELO, 2004). Em suma, o culto ao belo é uma forma de velar a dimensão do real, tentativa de velar a castração.

5.5 O caso Ismênio

Ismênio é um nome fictício, de origem grega, que significa aquele que é desejado. Escolhido em contraponto à posição subjetiva de um sujeito que não foi desejado pela mãe e que tal como veremos na construção do caso, esse “não desejo” define as possibilidades do que se constitui ou não como Outro materno.

Em “Histórico e preliminares da questão da imagem corporal”, discutimos o que é a morte significativa. O caso de Ismênio nos permite ilustrar clinicamente essa questão. Trata-se de um sujeito adolescente às voltas com o fator desarmônico do superego. A

dificuldade de efetuar a passagem do corpo infantil ao corpo adolescente inscreve um imperativo superegoico que se traduz em uma pergunta dirigida à mãe – se comer, vai alterar (o corpo)? Na adolescência o sujeito tem que consentir com o que Lacan elabora como segunda morte – a morte significativa, a face do desaparecimento. Será a segunda morte que irá permitir a entrada do significante unário na cadeia significativa, termo através do qual é possível denominar o sujeito, nomeá-lo como único. Será esse “único o que o significante converte do ser, a despeito de todas as transformações do vivo para fazer disto um absoluto” (MILLER, 2004, p. 25). No caso de Ismênio, o significante cumpre uma eternização, algo não funciona nesse momento – não há a possibilidade de o sujeito se inscrever na cadeia significativa em sua função de eternização do sujeito em sua unicidade.

Nesse sentido há duas faces do sujeito, a face do desaparecimento e a face que se identifica à segunda morte – a morte significativa. Para reunir os termos da face denominada como morte significativa, Lacan introduz o termo significante único como sujeito do significante da segunda morte. Esse único é o que o significante converte do ser. No caso de Ismênio a impossibilidade da morte significativa paralisa o sujeito no imperativo superegoico da repetição: “se comer... vai alterar o corpo?”

Ismênio tem 19 anos de idade, foi encaminhado ao Setor de Urgência do hospital psiquiátrico, proveniente de uma cidade distante 700 km, devido à persistência de bulimia que iniciou há mais ou menos cinco anos. O psiquiatra da urgência o medicou com clorpromazina, medicação neuroléptica, que na dose utilizada tem efeito antiemético. Após essa primeira avaliação foi encaminhado para tratamento no NIAB – Núcleo de Anorexia e Bulimia/HC/UFMG, onde foi acolhido inicialmente pela clínica médica, realizado exames de rotina e solicitado acompanhamento psiquiátrico. O caso de Ismênio nos demonstra a exigência do retorno de uma satisfação primária e, então, a

exigência de um gozo. A doutrina do superego se centra sobre o fator desarmônico (MILLER, 2004, p. 24).

Na primeira avaliação Ismênio diz que prefere viajar muitos quilômetros e tentar encontrar o tratamento correto para sua doença. Diz ter muitas manias, assim a descreve: “como alguma coisa”, pergunto para minha mãe: – “vai engordar?” – “vai alterar o peso?” e a mãe tem que responder certinho: – “não vai alterar nada”. Ismênio relata que se as coisas acontecem nessa sequência ele fica muito nervoso, “algo acontece na cabeça dele”, tem vontade de chorar, de gritar. Iniciou o uso do neuroléptico, pois percebe que a medicação o está ajudando. Sabe que precisa de uma medicação, pois “tem alguma coisa mandando na sua cabeça”, mandando que ele pergunte se seu corpo vai alterar. Quer comer, mas fica com medo. O negócio de perguntar várias vezes o incomoda, não para de perguntar sobre todos os alimentos que come. Sacrifica a mãe mesmo sem querer. Achou bom o remédio que está usando, pois pelo menos diminui os vômitos repetidos, pois se come, teme que o alimento altere o corpo, então vomita.

Ismênio diz que sua bulimia – “vômitos repetidos após comer muito” – começou quando tinha 15 anos de idade. Ele foi a uma lanchonete comer um sanduíche com a mãe e ao voltar para casa notou que espontaneamente o alimento retornou um pouco para a boca, vomitou, aí não conseguiu parar mais de comer e vomitar. Estava acima do peso, 1 metro e 80 cm e 80 kg, agora pesa 45. Só consegue comer se fizer muitas horas de exercício físico. Para Ismênio, há “alguma coisa mandando na sua cabeça, mandando que ele pergunte se seu corpo vai alterar”.

Algumas sessões depois, o início de um antipsicótico permite a Ismênio

conseguir comer coisas leves. Diz que está menos ansioso e às vezes consegue não perguntar se o corpo vai alterar. Medo de comer, medo de beber água, se acha viciado em vomitar, tinha que esvaziar tudo que comia do corpo. Quando tinha 15 anos descobriu que se vomitasse emagreceria rápido. Viu que os colegas mais magros corriam mais, jogavam mais bola e tinham o corpo melhor, mais bonito. Os colegas deram-lhe o apelido “Tetinha”. A direção do tratamento permitirá localizar, a partir desse significante, o desencadeamento psicótico, como veremos a seguir.

Em resposta ao apelido “Tetinha” o sujeito não se reconhece no espelho, o corpo se transforma em “uma mulher”? A bulimia é uma tentativa de manter o corpo infantil inalterado, e para isso é preciso que a mãe certifique, afirme como garantia, que o corpo não vai alterar. É como se Ismênio não pudesse ter o corpo, o órgão grande que é exposto, visto pelo olhar invasivo da mãe, que não se colocou como objeto de desejo de um homem que operasse a interdição de que uma mãe não tome o filho como puro objeto de gozo.

5.5.1 A imagem e o corpo próprio

Sabe-se que o suporte fundamental da imagem é a ação do Nome-do-pai. A consistência da realidade perceptiva, que nos permite ficar em nosso lugar e perceber os semelhantes em seus lugares é fundamentada no Nome-do-pai. As perturbações perceptivas nas psicoses são um contraexemplo. Tal como em Schreber, vemos que quando sua libido se retira do mundo a imagem dos outros se deslibidiniza e ele percebe tão somente “sombras de homens”. Quando a libido invade a imagem, vemos nele seu extremo gozo narcísico e ao contrário, quando a carga libidinal do objeto *a* se retira temos um mundo povoado de sombras. Após experimentarmos a retirada da libido das imagens dos outros, observamos a concentração da libido na imagem do corpo próprio.

A imagem é invadida por libido não castrada. Ismênio, tal como Schereber, percebe a imagem do corpo próprio como feminina, corpo dotado de um gozo que não se reduz ao gozo fálico, um gozo que o invade totalmente (MILLER, 2008, p. 21-22).

O significante “Tetinha” o remete à possibilidade de transformação do corpo em um corpo feminino. Desorganiza-se diante da possibilidade de ter “tetãs”, como uma mulher. Conseguiu entender o apelido quando ao se olhar no espelho teve a impressão de que tinha mamas de mulher, Ficou atormentado. Parou de estudar, passou a exagerar nos exercícios físicos, pois tinha que ficar magro para perder o apelido. Se voltar a estudar pensa em fazer Nutrição para poder ajudar as pessoas e saber sobre os alimentos. Ainda tem muitos pensamentos ruins. Se vai engordar ou não.

Outro acontecimento da adolescência será perturbador para Ismênio. Ele tem 19 anos, nunca beijou, nunca ficou com uma garota. Denomina-se como muito tímido. Quando estava com 15 anos de idade, última vez que frequentou a escola, manteve durante todo o ano uma paixão platônica por uma colega de classe. Nunca teve coragem de aproximar-se dela e declarar esse amor, mas um dia escreveu num de seus cadernos escolares: “Eu amo Amanda.” O ano escolar terminou e Ismênio acreditava que essa declaração de amor na página do caderno fosse um segredo velado consigo mesmo. Terminado o ano letivo, ao arrumar o material escolar, para desfazer-se do que não tivesse mais utilidade, depara-se com a resposta de Amanda à sua declaração: “Eu Amanda amo Ismênio”. De forma surpreendente ter sido correspondido em sua declaração de amor foi um acontecimento extremamente desorganizador para a vida de Ismênio.

A interpretação de Ismênio foi de que havia perdido a única chance de ter seu amor correspondido, e o mais perturbador era que Amanda certamente teria pensado que ele não correspondeu ao seu amor declarado nas páginas do caderno. Esse

acontecimento ocorre quase que simultaneamente com a denominação que Ismênio passou a receber dos colegas – “Tetinha” – e contribuiu para aumentar seu isolamento social. No ano seguinte não quis voltar para a escola.

5.5.2 A lógica da castração

Percebe-se, aqui, a relação de Ismênio com a castração, não se inscreve para ele o falo, para rir um pouco da miséria, dos desencontros humanos. Há uma impossibilidade de fazer desse desencontro um encontro, uma comédia da vida amorosa, a comédia dos sexos. O psicótico lida com isso de modo dramático. Essa correspondência da declaração de amor de Amanda não se inscreve como signo do amor para Ismênio ou, melhor dizendo, é um signo do amor que fica suspenso, como um S_1 isolado, pois o Outro não está construído simbolicamente para ele.

Nesse sentido, verifica-se que Ismênio se apropria tanto do “Tetinha” como da declaração de amor não correspondida: “Eu Amanda amo Ismênio”, com o valor de S_1 . Um significante inteiramente só, a partir do qual constrói a anorexia. Ele tem que manter o corpo magro, senão a possibilidade do retorno das “Tetinhas” faria a feminização desse corpo.

5.5.3 A tentativa de constituição simbólica do outro materno

Nesse caso temos que explicar um pouco o Outro desse sujeito, pois o Outro para ele não se constitui simbolicamente. Visto que o Outro não é um Outro dialetizável, ele convoca o Outro materno através da questão: “se comer vai alterar o corpo?”. Se o Outro fosse construído simbolicamente para esse sujeito, ele poderia dar outra tradução a essa injúria: “Tetinha”, outra significação. O significante “Tetinha” tem, aqui, valor de real. Valor de coisa. O Outro funciona para ele como um Outro hostil.

Esse Outro hostil constitui-se a partir de um não desejo da mãe pela gravidez de Ismênio, que acontece em um momento de desilusão conjugal, devido ao alcoolismo do marido. O sentimento de não desejo e de culpabilidade foi o que marcou o momento inaugural do sujeito Ismênio. Nesse sentido, tornou-se necessário realizar, no início do tratamento, algumas sessões de atendimento com a mãe para retificar sua posição em relação ao filho e possibilitar o tratamento de Ismênio. A angústia materna evidenciava o sentimento de culpabilidade por não ter desejado esse filho. O adoecimento de Ismênio torna essa mãe muito angustiada, pois ele constrói uma pergunta dirigida a ela: “o corpo vai alterar?” E ela tem que responder sempre, sem qualquer alteração da frase: “Não vai alterar nada”. A solução encontrada pela mãe para suportar tal situação é de passar períodos em casa de familiares. Ela afasta-se de Ismênio e nesses períodos coincide que ele alimenta-se um pouco melhor.

A mãe já não sabe se o filho tem só bulimia, ou se tem também TOC – Transtorno Obsessivo Compulsivo. Há um ano a mãe tem que responder às perguntas: “se comer vai alterar”? A resposta tem que ser correta – “não vai alterar”. Se não responde exatamente assim, ele fica muito nervoso. Essa sequência se repete inúmeras vezes. Escolhe as coisas que vai comer para vomitar. Escolhe alimentos caros, especiais, para que a mãe os compre, vomita e às vezes exige laxante.

Após um mês do início de tratamento, a mãe relata que o filho melhorou, mas se sente saturada e percebe que o comportamento de Ismênio com o pai e o irmão é diferente. As perguntas sobre a alteração do corpo são dirigidas para ela, que tem sempre que responder: “não, não”. Acha que o filho a pegou para cristo. Pergunta se poderia afastar-se dele, não suporta mais, não tem folga. A mãe, então, passa 15 dias na casa de um irmão. E mantém essa mudança de rotina, pois isso possibilita reduzir o

sofrimento que se inscreve para ela a partir dessa parceria não dialetizável, a qual é convocada pelo filho.

Após os períodos de afastamento entre os dois a mãe retorna mais tranquila. Diz, muitas vezes, se culpabilizar por se sentir tão cansada das perguntas do filho. Por outro lado, acha que o fato de não tê-lo desejado a fez se agarrar muito a ele, como se tivesse que compensar a rejeição inicial. Fala muito desse sentimento de culpa, da rejeição e do erro do excesso de apego, nesse dia conta que o filho dorme na cama com ela. Demonstro certo espanto... “Ah é, um homem de 19 anos de idade dormindo com a mãe”. O filho mais velho conseguiu barrar essa mãe. Desde a adolescência, passou a levar a namorada para dormir com ele. Ismênio não conseguiu sair da cama da mãe e acha absurdo o fato de o irmão ter relações sexuais com a namorada dentro de casa. A mãe diz que se preocupa com o fato de Ismênio não ter ainda namorada, “será que não faz mal, pois o órgão dele é muito grande”. Faço uma interjeição: “como?” A mãe se surpreende com minha interjeição e diz que na casa dela os filhos se mostram, os veem tomando banho, sem problemas. Aqui, parece que não se inscreve a dimensão de um interdito de que a mãe goze do corpo do filho. Aos poucos, essa mãe diz que tem sido importante para ela poder se desculpar um pouco por tê-lo rejeitado. Ao final agradece porque, agora, é possível suportar melhor o filho.

5.5.4 O sintoma como acontecimento de corpo

Aqui, o sintoma obsessional, que se apresenta como sintoma do pensamento por excelência, mas tem seu cortejo de sintomas corporais. De forma a poder ser entendido como acontecimento de corpo, pois faz o impasse sobre todos os sintomas que, nas diferentes estruturas clínicas, afetam por excelência o pensamento, a enunciação, a

língua. Revela o sintoma como gozo condicionado pela vida sob forma de corpo, como satisfação da pulsão, que determina a repetição da sintomatologia a partir do acontecimento de corpo (Miller, 2004, p. 19). “A repetição é para a espécie humana um fator de inadaptação, que a repetição, tal como emerge da clínica, aparece como condicionante de um comportamento fundamentalmente inadaptado com relação às exigências da vida, do bem estar do corpo” (MILLER, 2004, p. 21). A necessidade de repetição é uma exigência desarmônica, o superego inscreve-se como princípio de repetição antivital (MILLER, 2004, p. 21). O caso de Ismênio nos demonstra a exigência do retorno de uma satisfação primária e, então, a exigência de um gozo. A doutrina do superego se centra sobre o fator desarmônico (MILLER, 2004, p. 24).

5.5.5 O desencadeamento da psicose e soluções

Consideremos como chave de leitura do caso Ismênio o acontecimento: ser denominado “Tetinha” pelo Outro. Para Lacan, na neurose, o sujeito recebe sua mensagem de forma invertida (LACAN, 1955-1956, p. 61). Por sua vez, na psicose se distingue pela relação profundamente pervertida com a realidade, que se chama delírio. Mas a realidade não é homônima da realidade exterior. Resgata em Freud que na psicose há em certo momento uma ruptura com a realidade exterior, um buraco, uma hiância.

Lacan ilustra essa perda da realidade na psicose a partir de um exemplo da apresentação de enfermos, em que entrevista mãe e filha; diz tratar-se de um delírio a dois. A entrevistada relata que um dia tinha tido que se haver com uma espécie de mal-educado, desprezível homem casado que era amante regular de uma de suas vizinhas de hábitos levianos. Ao passar pelo homem, ele disse a ela um palavrão, o qual não estava disposta a repetir, pois isso a depreciava. Depois de algum tempo de entrevista, revela

que esse homem disse a ela: “Porca”, após algo dito por ela: “eu venho do salsicheiro”. A paciente e sua mãe viviam em estado de isolamento social, fechadas sobre si mesmas, encontravam-se na posição de não receberem a mensagem do outro, mas de elas próprias a dizerem ao outro. Aqui, a injúria “porca” é a própria mensagem do sujeito, o significante “porca” foi ouvido no real. Aqui, é a realidade que fala, ela não diz que teve o sentimento de que ele respondeu “porca”, mas afirma que disse: “ eu venho do salsicheiro, e ele disse: “ porca”. Para o sujeito é alguma coisa de real que fala, “ porca” é replicado no real. Lacan se questiona sobre o mecanismo de formação dos fenômenos psicóticos. Fenômeno alucinatorio “porca”, no qual o sujeito faz da frase vinda do Outro, uma interlocução delirante: “Eu venho do salsicheiro” (LACAN, 1955-1956, p. 61).

Ressoa para o sujeito sua própria mensagem de que quem vem do salsicheiro é um porco cortado, corpo despedaçado, delirante. O significante sozinho coloca o sujeito em estado de perplexidade, o Outro está verdadeiramente excluído. O que é dito ao sujeito é dito realmente pelo outro com minúscula, que apresenta um caráter irreal. Nos relatórios médicos da paciente é possível localizar os motivos da parceria mãe-filha, que permaneceram estreitamente ligadas na existência, após o casamento da paciente, posteriormente desfeito, em que ela era ameaçada pelo marido em ser cortada em rodelas. Nesse caso a vizinha adquire o estatuto de invasora da relação mãe-filha, pois vinha sempre bater à porta quando elas estavam se arrumando, ou fazendo qualquer outra coisa (LACAN, 1955-1956, p. 55-69).

Miller considera que, apesar de Lacan trabalhar a injúria “porca”, na perspectiva da construção delirante e não como acontecimento de corpo, já se inscrevia aí fundamentos para se pensar o fenômeno de corpo na psicose (MILLER, 2004. p.19). Poderíamos pensar a forma como o significante “Tetinha” se apresenta como

significante sozinho, a uma equivalência a injúria “porca”. Para Ismênio há: “alguma coisa mandando na minha cabeça, mandando que eu pergunte se meu corpo vai alterar”.

Lacan introduz a questão dos fenômenos elementares no *Seminário, livro 3, as psicoses* e faz uma referência explícita a Clérambault e aos fenômenos de automatismo mental. A psiquiatria clássica, segundo as definições de Kraepelin, não considera a presença de alucinações e fenômenos de automatismo mental na paranoia, na qual se observa é o desenvolvimento progressivo de um delírio sistemático. Embora não seja o delírio o único fenômeno reconhecido na paranoia, que é o que parece se tratar no caso de Ismênio, mas há fenômenos elementares específicos, tais como aqueles anteriores à formação delirante, que se produzem no registro do significado, tal como a experiência de estranhamento, experiência enigmática vivenciada por Ismênio no nível do corpo (LACAN, 1955-1956 [1981], p. 14, 28).

No caso de Ismênio, “Tetinha” é um significante isolado – S_1 elevado ao estatuto de injúria, e o sujeito constrói a anorexia a partir disso. O “Tetinha” vindo do Outro não o remete a uma solução neurótica, mas desencadeia a anorexia como um fenômeno psicótico, pois tem que ter um corpo magro, para que não aconteça a feminização do corpo. “Tetinha” é um significante inteiramente só. O S_1 é um significante que rompe com o que é da ordem da série, se destaca da cadeia significante. O S_1 se torna uma chave de leitura e através dele é possível encontrar uma lógica de funcionamento, de um determinado sistema. O significante desencadeia uma relação distorcida do sujeito com a imagem do corpo. Verificam-se, aqui, os efeitos do significante sobre a imagem do corpo, por isso é que Miller refere-se à biologia lacaniana, que são os efeitos desencadeados no corpo a partir dos significantes.

O caso de Ismênio é demonstrativo de como os efeitos significantes determinam a lógica de funcionamento do corpo para cada sujeito, poderemos denominar de

delirante ou não. A alteração do crescimento da glândula mamária no homem é denominada pela medicina de ginecomastia e trata-se de uma ocorrência comum na puberdade. Pelo menos 70 % dos rapazes normais apresentam nódulo mamário de 1 a 2 cm de diâmetro em ambos os lados, que após alguns meses regridem. O caso de Ismênio coincide com o que ocorre com um número menor de adolescentes, para os quais o crescimento mamário atinge proporções maiores, assemelhando-se às mamas femininas. Tal fato é constrangedor para os adolescentes, que tendem a se isolarem da turma de amigos e se afastarem das atividades esportivas. No geral, indica-se a correção estética, por cirurgia plástica (MAAKAROUN, 1991, p. 328, 782), fato que nunca foi pensado por Ismênio, pois segundo o qual, de forma diferente do que ocorre para a maioria dos adolescentes, ele ao se olhar no espelho acreditou, interpretou delirantemente que seu corpo estava se tornando feminino.

Percebe-se que as interpretações que Ismênio faz das alterações do corpo são delirantes. O ato de comer aumentaria os seus seios, ele não pode mais ser visto como um garoto gordo, correndo, balançando os seios, as “Tetinhas”, que o remetem à possibilidade de tornar-se feminino. O significante teve efeito de eclosão da anorexia.

Retorno aqui a dois pontos da infância de Ismênio que merecem ser destacados: desde pequeno, tinha umas esquisitices, era retraído, tinha muito pavor de palhaço, pavor em tirar retrato. E, quando tinha três anos de idade o desmame da mamadeira foi seguido por um emagrecimento intenso, chegaram a pensar que fosse diabetes, mas depois ele recuperou o peso.

Aqui é importante resgatar que Lacan em “Os complexos familiares” formula que a prematuração do humano define que as sensações extero-próprio e interoceptivas ainda não estão suficientemente coordenadas para que seja concluído o reconhecimento do corpo próprio, nem correlativamente à noção do que é exterior ao corpo. Nesse

momento o eu não está constituído, não é possível falar de imagem do eu. Mas muito cedo, certas sensações exteroceptivas se isolam em unidades de percepção e esses elementos de objetos correspondem, como é de se prever, aos primeiros interesses afetivos. Por isso, a criança apresenta, em torno dos seis meses de idade, capacidade de reconhecer as pessoas que cuidam dela e se angustiam e choram quando essas pessoas se afastam do seu campo de alcance visual. E devemos considerar à parte, como um fato de estrutura, a reação de interesse que a criança manifesta diante do rosto humano, reação extremamente precoce perceptível desde os primeiros dias. Então, Lacan destaca o fato da potencia reativada, inefável, que a máscara humana assume no conteúdo mental das psicoses, dando testemunho do arcaísmo de sua significação (LACAN, (1938) [1985], p. 22-25).

Nesse sentido, que formularia que esse pavor de palhaço, e pavor de tirar retrato, considerados como esquisitices da infância, já seriam sinais constitutivos da estrutura psicótica. Uma impossibilidade de lidar com a presença e a ausência da máscara humana, que a figura do palhaço introduz. Ismênio não pode reconhecer sua imagem no semelhante, não pode ser fotografado. Tal fato inscreve precocemente a problemática da constituição da imagem especular, o sujeito não se distingue da própria imagem. Antes que o eu afirme sua identidade ele se confunde com a imagem que o forma, mas o aliena primordialmente. Essa intrusão primordial faz compreender toda projeção do eu constituído, que se revela como transitivista no paranóico, cujo eu regride num estádio arcaico. O sistema de um eu paranoico objetiva-se no tipo do perseguidor, externo ou íntimo. Manifesta-se, então, revelando a estrutura narcísica nos temas da paranóia de intrusão, da influência, do desdobramento, do duplo e de todas as transmutações delirantes do corpo (LACAN, (1938) [1985], p. 41). Ismênio isola-se em casa, pois o olhar dos outros colegas pode vir acompanhado da injúria “Tetinha”. Só é possível,

então, não comer e fazer excesso de exercícios físicos para manter o corpo emagrecido, sem tetas.

5.5.6 A supremacia da pulsão de morte

Ismênio apresenta um desmame tardio que se inscreve no corpo com um emagrecimento extremo, aos três anos de idade. Retorno, aqui, as considerações de Lacan em “Os complexos familiares”, ao considerar que o desmame, por quaisquer das contingências operatórias que comporta, é frequentemente um traumatismo psíquico cujos efeitos individuais, anorexias ditas mentais, toxicomanias pela boca, neuroses gástricas, revelam suas causas à psicanálise. Traumatizante ou não, o desmame deixa no psiquismo humano o traço permanente da relação biológica que ele interrompe. O desmame é o primeiro momento em que uma tensão vital se resolve em intenção mental. A intenção é elementar, pois se tem ainda um eu no estado de rudimento, de forma que a aceitação ou recusa não podem ser concebidas como escolha. Será a recusa do desmame que funda o positivo do complexo, a saber, a imago da relação nutriente que ele tende a restabelecer. Lacan opõe o complexo do desmame ao instinto, mas não nega a esse complexo todo e qualquer fundamento biológico, pois supre uma insuficiência vital definida pela prematuração do humano. Tal fato define que a imago da mãe se atenha às profundezas do psiquismo e que sua sublimação seja particularmente difícil, o que se manifesta na ligação da criança “às saias da mãe” e na duração anacrônica desse elo. A imago materna deve ser sublimada para que novas relações se introduzam com o grupo social. Na medida em que há uma resistência a essas novas relações, a imago materna torna-se fator de morte. Essa tendência psíquica à morte, sob a forma original que lhe dá o desmame, revela-se nos suicídios “não

violentos”, ao mesmo tempo que aí aparece a forma oral do complexo: greve de fome da anorexia mental, envenenamento lento de certas toxicomanias pela boca. A análise desses casos mostra que, em seu abandono à morte, o sujeito procura reencontrar a imago da mãe (LACAN, 1938 [1985], p. 22-29).

Tal como em outros casos de anorexia grave, prevaleceu, de início, a monotonia da descrição dos sintomas, as intervenções iniciais através dos atendimentos realizados com a mãe foram fundamentais para que ela não se ofertasse a ocupar a parceria não dialetizável com Ismênio. Uma convocação a uma solução pela “folie à deux”, ele perguntando: “vai alterar” e a mãe respondendo: “não vai alterar nada”. A aposta de oferta de um espaço de escuta analítica permite que Ismênio, repetidas vezes, seja convocado pela analista a dizer, localizar em seu blá... blá... blá... como iniciou seu adoecimento. Repete várias vezes sobre o pavor de sua imagem no espelho, a percepção de que a injúria “Tetinha” se referia à presença, em seu corpo adolescente, de tetas, mamas, que fariam de seu corpo, um corpo feminino.

A possibilidade de que o sujeito nomeie seu sofrimento para além do slogan – sou anoréxico – permite que algo se localize para esse sujeito que não tem a menor ideia do corpo que tem, por não ter o corpo. Numa das sessões, o sujeito em sua fala arrastada, enfraquecida, elide o significante “te-tinha”. A analista imediatamente retorna esse S_1 , que tem estatuto de injúria para o sujeito, introduzindo a dimensão de um trocadilho: “te-tinha, mas não tem mais”. Pela primeira vez, em quase um ano de tratamento, Ismênio esboça um sorriso cadavérico. Em outras sessões sempre que esse S_1 retorna a estratégia que tem orientado a direção do tratamento é relançar o trocadilho – “te-tinha, mas não tem mais”. Algo opera do lado do sujeito. Aos poucos, ele tem se interessado em aprender atividades de informática com um amigo do pai. E as ausências da mãe, nos períodos em que ela opta por ir para a casa de alguns parentes, introduziram

a possibilidade de que Ismênio tenha que se interessar por preparar sua própria comida com a ajuda do pai. Ainda exige ingredientes caros para preparar dietas especiais, mas consente com a possibilidade de fazer uso da medicação, que melhora um pouco o pavor de que seu corpo possa alterar. A aposta possível é que a elisão desse S_1 , que se inscreve como significante sozinho, permita ao menos que algo circule para além da pura pulsão de morte.

5.6 “Não se trata disso”

O trabalho clínico com os pacientes anoréxicos e bulímicos no NIAB/HC/UFMG tem se orientado pelo trabalho multidisciplinar de médicos clínicos, psiquiatras, endocrinologistas, nutricionistas e psicólogos que elegeram a psicanálise como eixo de articulação e sustentação da direção clínica. Desde o acolhimento dos casos no serviço o que se propõe é a introdução da questão formulada por Roberto Assis Ferreira – “Não se trata disso” –, o que motiva a construção de cada caso clínico, a partir da premissa de que os transtornos alimentares não se reduzem a doenças orgânicas. A construção do caso clínico utilizando a teoria psicanalítica convoca o caso em particular, mostrando o que em um sintoma alimentar ultrapassa a questão do alimento apontando para o desejo e o gozo. Evidencia-se aí, o limite do saber universal que desconsidera o sujeito e sua singularidade. A clínica do particular tem um valor paradigmático e dá ao caso seu valor metodológico, ensinando sobre a direção do tratamento.

O NIAB/HC/UFMG, por ser um serviço de referência terciária dentro de um hospital de ensino, propõe desde o momento de acolhimento do paciente uma interrogação paradoxal. “Não se trata disso” é uma forma de revolucionar todo o trajeto de excesso de nomeações classificatórias que trouxeram esses pacientes a um hospital

de ensino, para o qual a demanda é sempre demanda de saber, de que o discurso do mestre e o discurso da ciência nomeiem e intervenham nesses casos, os quais as outras instâncias de tratamento não conseguiram resolver.

Aqui, é necessário testemunhar o quanto, para um pesquisador clínico que fundamenta sua prática na psicanálise, e ocupa o lugar de investigação em uma posição inicial de extimidade ao serviço, foi angustiante, aproximar-se como um observador silencioso, porém ativo, dessa prática clínica em que prevalece a aposta decidida nas premissas da psicanálise, na clínica do sujeito. O desfile desses corpos anoréxicos, suas alterações de risco da homeostase hídrica e metabólica, seus corpos moribundos, mortíferos, acentuavam em mim o *furor curandis* que acredito eu, fundamentou em algum momento, senão minha escolha pelo exercício da medicina, mas todo o meu treinamento médico. Nas reuniões clínicas do serviço, surpreendia-me com a garantia da equipe de tratamento de que não se tratava de intervir somente sobre esses corpos como organismo. Não se tratava de alimentá-los, considerando o risco eminente de morte, de reparar a qualquer preço os desequilíbrios iônicos, ou o Índice de Massa Corporal.

À medida que comecei a acolher alguns pacientes em tratamento, pude perceber que a escuta analítica rapidamente nos permite sustentar essa aposta de que “Não se trata disso”. Contudo, aqui, cabe também uma ressalva. Hoje, acredito que, considerando a gravidade orgânica ocasionada nesses sujeitos pelo sofrimento psíquico, o que sustenta a possibilidade de uma direção analítica do tratamento desses casos são a experiência e o manejo adequado da clínica médica, pilar essencial para o tratamento desses casos. Nessa perspectiva, convoca-se a prática feita por muitos, pelo encontro de vários saberes, que possam sustentar esse lugar de “não saber”, que orienta a possibilidade de oferta de um tratamento analítico. Uma proposta de tratamento clínico nos moldes do NIAB/HC/UFMG coloca à prova a psicanálise aplicada e seus efeitos, o

que se faz possível pela aposta de cada um dos profissionais da equipe na clínica do risco. Porém, nada melhor que o tempo, a observação silenciosa, a coragem de assumir a condução clínica de alguns casos para, agora, poder afirmar com um pouco menos de angústia: – Não se trata disso.

Nessa perspectiva, a dimensão da angústia é suscitada pela prática clínica contemporânea, extremamente intervencionista sobre o corpo, que condiz com o fato de que, hoje, os tempos lógicos da clínica foram abortados. Privilegia-se o polo do saber, principalmente o universal, já que o particular, fruto da experiência não mais se aplica, e nega-se o polo ligado ao não-saber. Acredita-se que tudo pode ser sabido e o problema seria apenas de dominar a técnica (o meio) necessária para esse fim. Contudo, como interrogante desse tudo saber da técnica, surge o doente com suas novas formas de adoecer. E, se os médicos se angustiam diante dos novos doentes, não seria porque a ferramenta utilizada por eles não vem tendo bom emprego nas afecções que eles tentam curar? (FERREIRA; FERREIRA, 2008, p. 227-228). Será a partir dessa hiância da onipotência médica que a psicanálise irá possibilitar a construção de respostas que se formam a partir de cada caso e fogem à clínica dos protocolos.

E, então, do que se trata? Os três casos aqui desenvolvidos demonstram como a classificação dos pacientes em categorias diagnósticas, mostra-se insuficiente para a condução dos casos. Possibilita dados globais do problema: o diagnóstico impõe padrões terapêuticos, mas não acrescenta sobre a singularidade do caso. Uma clínica das questões subjetivas confirma o fato de que a anorexia e a bulimia não constituem fundamentalmente um transtorno alimentar, levando à afirmação do “Não se trata disso”. Esses fenômenos clínicos são expressões sintomáticas em resposta a conflitos psíquicos. A psicanálise propõe a clínica do um a um, do singular. Ao se desvelar o envoltório universal do sintoma, a anorexia e a bulimia de cada sujeito adquirem outra

conotação. Trata-se, a partir da série monótona e genérica dos fenômenos anoréxicos-bulímicos (rituais, vômitos, restrições alimentares), de possibilitar a elaboração dos conflitos psíquicos. Pois o deslocamento do quadro clínico ao caso clínico desvela vivências psíquicas que apontam para a singularidade do sujeito e reorientam a clínica (FERREIRA; AMARAL, 2008, p. S5-S12).

A clínica psiquiátrica do NIAB/HC/UFMG tem se referenciado nas classificações psiquiátricas atuais, na psiquiatria clássica, na teoria psicanalítica. De modo geral, o serviço acolhe casos graves que colocam em xeque o tratamento anteriormente instituído, ou as condições de sua tratabilidade, desafiando a equipe e exigindo esforços e inovações terapêuticas. Verifica-se que a gravidade dos casos não depende apenas da estrutura psíquica dos sujeitos (neurose, psicose ou perversão), mas dos impasses que se revelam a partir de cada caso, tal como: o empuxo para a morte, o rechaço do outro, a deriva pulsional, a simbiose mortífera resultando em uma relação transferencial difícil. A clínica psiquiátrica fundamentada na psicanálise permite identificar o papel do sintoma anoréxico e/ou bulímico em cada caso, que pode ser a expressão de um conflito ou sofrimento psíquico, de uma estrutura melancólica, ou de formas de estabilização na psicose não desencadeada, por compensação imaginária ou suplência. Essas diferentes possibilidades clínicas nos exigem considerar cada caso como único (FERREIRA; SILVA, 2008).

O que a investigação da imagem corporal nos demonstrou é a importância da introdução da afirmação, ou em alguns momentos da interrogação paradoxal, que se torna, aqui, um paradigma a ser seguido, um pressuposto que deve orientar a investigação clínica no campo da anorexia e da bulimia. A identificação desse paradigma que se inscreve em sua dimensão paradoxal – “Não se trata disso” –, ao introduzir uma contradição lógica, diante desses sujeitos que chegam nomeados como

anoréxicos, bulímicos, deprimidos, dentre outras nomeações, irá permitir o avanço das elaborações em torno de questões cruciais nesse campo. E, em relação ao problema da imagem corporal nos permite afirmar que esses corpos que desfilam seus sofrimentos anoréxicos ou bulímicos demonstram a incidência e os efeitos dos significantes sobre o corpo, esse corpo que não é puro organismo.

Capítulo 6

A imagem corporal e as patologias do ato

A investigação clínica sobre a imagem corporal no âmbito do Serviço de Saúde do Adolescente e do Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais nos possibilitou confirmar que na clínica contemporânea nos deparamos com uma significativa incidência de novos sintomas, sobretudo, aqueles que se inscrevem como sintomas da moda, como as vigorexias, as anorexias, os excessos de tatuagens e/ou de *piercings*. De forma cada vez mais precoce adolescentes aderem ao imperativo dos atos estéticos e cirúrgicos sobre o corpo. Formula-se, então, a hipótese de que há nesses sintomas o privilégio do registro do ato, da convocação do corpo, que por vezes supõe uma precariedade do registro simbólico, uma tentativa de apagamento da dimensão subjetiva, que evidencia a posição singular de cada sujeito.

Nessa perspectiva, desfilam-se pelas ruas da contemporaneidade os atos que se inscrevem via drogadições, o ato compulsivo de utilização de substâncias tóxicas, os atos infracionais que expõem o sujeito adolescente a situações de risco. Os jornais e revistas anunciam o aumento dos atos violentos no espaço das escolas e da cidade. Na linha de análise que desenvolveremos a seguir, em que o ato é sempre “auto” – autocastigo, autopunição –, podemos inscrever alguns casos de transtornos alimentares que se inscrevem via atos bulímicos e anoréxicos. Verifica-se, enfim, a clínica da supremacia do imaginário, da impossibilidade de amarração simbólica,

independente da estrutura clínica. E, por conseguinte, o imperativo da clínica do ato.

6.1 A imagem corporal como percepção e a teoria da fragilidade do eu

A investigação sobre a imagem corporal na psiquiatria clássica e na psiquiatria atual nos permitiu o percurso conceitual da questão da imagem. Fenichel, discípulo de Freud, tende a estabelecer a psicopatologia a partir da psicanálise e formula o *acting-out* como a incapacidade para tolerar a frustração, que tem em sua gênese a fixação oral com sua elevada necessidade narcisista e intolerâncias às frustrações, a presença de traumas na mais tenra infância que produzem situações clínicas em que o sujeito apresenta *acting-outs* repetitivos (FENICHEL, 1945, *apud* GREENACRE, 1950).

Para Lacan, no *acting out* está em jogo a questão do objeto, por isso não se trata de intervirmos no sentido de um fortalecimento ou não do ego. O *acting-out* articula-se à cena analítica, a clínica do *acting-out* coloca em jogo o que não pode ser dito, não por um déficit do simbólico, mas por questão de estrutura (RUBISTEIN, 1993, p. 32-38).

6.2 Em Lacan o eu é função da imagem

Lacan trata a questão da função da imagem por duas vias: a primeira é como uma alteração da própria constituição dos ideais, da constituição da imagem para o sujeito. Depois desenvolve a tese da extração do objeto, postula a teoria do eu, a distinção entre eu e sujeito. O eu é a função da imagem. O que faz a unidade do eu são as identificações e para que se tenha a possibilidade da construção dessas identificações supõe-se a extração do objeto. Pois como podemos ver em Joyce é a criação de um eu, que o possibilita construir “um corpo”, e isto se dá via a

possibilidade de fazer um corpo, ele cria isso com a obra, com um nome. O corpo para Lacan é o imaginário. O eu é que dá estruturação ao esquema corporal, de forma que podemos afirmar que o imaginário ocupa lugar de importância na última clínica de Lacan.

Lacan no *Seminário 23, O sinthoma*, recorre à obra literária de James Joyce para demonstrar que o eu é função da imagem e que será através da obra literária que Joyce constrói seu corpo próprio. James Joyce é considerado um dos autores de maior relevância do século XX, pelo seu estilo próprio. Lacan recorre a algumas de suas obras como *Ulisses* (1922), *Finnegans wake* (1939) e *Portrait of the Artist as a Young Man* (retrato do artista quando jovem) (1916) para demonstrar a função da escrita como solução, pois será via a escrita como sinthoma que Joyce pode ter um corpo. O método joyceano de livres associações oníricas foi levado até o limite em *Finnegans Wake*. Com o uso frequente de neologismos, trocadilhos multilíngues, James Joyce tem a proposta de uma escrita cíclica, de forma que quando o leitor chegasse ao final, retornasse a primeira página, e vice-versa.

Lacan considera que para Joyce a escrita é essencial ao seu ego (LACAN, 1975-1976 [2007], p. 143). Ressalta uma passagem relatada por Joyce em *Portrait of the Artist as a Young Man* em que alguns colegas o prenderam contra uma cerca de arame farpado e lhe deram uma surra. Então, ele irá se interrogar sobre o que fez com que, passada a situação, ele não guardasse rancor. A formulação de Lacan é de que Joyce metaforiza sua relação com o corpo, pois a surra se esvaiu e seu corpo é largado “como uma casca”, diz Joyce. Lacan considera curioso haver pessoas que não têm afeto quanto à violência sofrida corporalmente. Mas, tornam-se impressionante as

metáforas utilizadas por Joyce. Destaca-se a forma de Joyce deixar cair o corpo próprio – “(...) só há alguma coisa que exige apenas sair, ser largada como uma casca (LACAN, 1975-1976 [2007], p. 145-146). Prosseguindo nessa linha de formulação, Lacan considera que se o ego é dito narcísico é porque, em certo nível, há alguma coisa que suporta o corpo como imagem.

Então, em Joyce o ego tem uma natureza diferente, pois diante da surra ele chega a se livrar de seus colegas, mas o ego não funciona prontamente, pois o ego não encontra suporte na imagem. Desse modo, se a ruptura do ego libera a relação imaginária, será a escrita enigmática de Joyce uma tentativa de solução, de construção sinthomática (LACAN, 1975-1976[2007], p. 149-51).

Nessa perspectiva, considera-se que a desorganização do esquema corporal, tal como na esquizofrenia, faz com que a função do eu se apresente alterada, o que é a esquizofrenia senão as alterações da identidade e da unidade do eu, o corpo fragmentado, alterações das funções do corpo, pois a questão fundamental é a não extração do objeto que dá a unidade do eu. Até o delírio é mais fragmentado, onde os temas de influência são mais importantes do que os temas persecutórios. Verificam-se as alterações na semiologia do eu e do pensamento. E, na paranoia, por sua vez, temos a construção de um outro imaginarizado. Na constituição da paranoia e da esquizofrenia o que será possível observar é a presença de um Outro que não se constituiu simbolicamente.

6.3 A extração do objeto e os efeitos do significante sobre o corpo

Como entender, nos casos em que se verifica a psicopatologia da imagem corporal, a articulação dos três registros: real, simbólico e imaginário? O simbólico dá

sustentação para o imaginário, então ao tentarmos demonstrar que o significante tem efeitos sobre o corpo ressalta-se que a constituição do simbólico tem efeitos sobre o imaginário. Será a extração do objeto que estará intrinsecamente articulada a esses efeitos do significante sobre o corpo. Há uma interligação, pois o simbólico tem valor de simbólico, distinto dos efeitos imaginários. A estruturação da cadeia significante apenas se deu porque houve a extração do objeto. Se não há extração do objeto, temos uma paralisação no S_1 – tal como no caso Ismênio, em que o significante “tetinha” fica solto – sem entrada na cadeia significante.

Em “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose” Lacan acrescenta uma nota em 1966, extremamente esclarecedora para nossa questão: “o sujeito barrado do desejo, suporta o campo da realidade, e este campo só se sustenta pela extração do objeto a , que fornece ao sujeito o enquadre na realidade perceptiva.” (Lacan, 1966, p. 560. Nota de rodapé acrescida a Lacan, 1955-1966, p. 560). Muito mais importante que a forclusão do Nome-do-pai é a extração do objeto, que não se dá na psicose. Será a ausência da extração do objeto a que pode fundamentar nossa elaboração de que o efeito do imaginário na psicose articula-se à não extração do objeto, que impossibilita a constituição da cadeia significante de modo que pudesse ordenar os efeitos do imaginário. É como se os efeitos do imaginário agissem à solta, de maneira autônoma.

A tese de que os significantes têm efeitos sobre o corpo é uma tese clássica de Lacan: a questão do corpo como Outro, o corpo como simbólico, dando lugar ao final do ensino de Lacan a formulação de que o corpo o imaginário. Verifica, então, que a tese demonstrada sofre um tensionamento teórico em relação aos diferentes

momentos do ensino de Lacan entre o corpo imaginário e o corpo simbólico. Nesse sentido, o objeto da tese que aqui se visa demonstrar – a imagem corporal – sofre os efeitos desse tensionamento conceitual ao longo da obra de Lacan. Contudo, é possível estabelecer uma chave de leitura fundamental: a problemática da extração do objeto, que supõe a ordenação do simbólico e a introdução de um efeito de simbolização fundamental pela via do Nome-do-pai nos permite a leitura, desde o fenômeno do duplo, primórdio da questão do eu, até a clínica que se revela via as patologias do ato.

6.4 A clínica do ato

Então, é preciso perguntar: Qual a função que está em jogo na clínica do ato? Lacan faz do ato suicida o modelo de ato, pensa o ato a partir do suicídio, independente da estrutura (neurose, psicose ou perversão). Há algo no sujeito que não trabalha para o seu bem, não trabalha para o útil; ao contrário, trabalha para a destruição. Na elaboração de Lacan, todo ato verdadeiro é um “suicídio do sujeito”. O sujeito renasce desse ato de modo diferente. O sujeito não é o mesmo depois do ato. Há um antes e um depois. Todo ato é transgressão, no sentido que contém em si um atravessamento de uma lei, de um conjunto simbólico.

Dizer que todo ato verdadeiro é, na verdade, um suicídio do sujeito é homólogo à questão da pulsão de morte. Há no ato suicida a disjunção total entre corpo psíquico e organismo. O ato tem uma dimensão paradoxal, pois o sujeito ao cometer o ato contra o próprio organismo visa a homeostase. O ato se direciona ao cerne do ser: ao gozo. Nesse ponto, torna-se essencial distinguir passagem ao ato e *acting out*. Podemos falar de *acting out* quando há uma cena; esta cena é a palavra, e o sujeito se

coloca a atuar sobre esta cena sob o olhar do Outro. Necessita do Outro, do espectador. Ao contrário, a passagem ao ato não tem um espectador, o que se tem é a desaparecimento da cena; digamos que o sujeito está eventualmente morto. Por essa razão o ato é sempre “auto”, autocastigo, a autopunição, clínica que introduziu Lacan aos primórdios de suas elaborações no campo da psicanálise.

6.4.1 A passagem ao ato

A clínica da passagem ao ato evidencia a problemática da supremacia do imaginário nos sintomas atuais. Sabe-se que a expressão “passagem ao ato” tem sua origem na psiquiatria francesa dos anos 20 do século XX, articulada à criminologia, e é utilizada para referir-se, de forma exclusiva, a atos violentos, delituosos. Lacan na tese de 1932, *Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade*, e na análise do caso das irmãs Papin (1933), introduz a passagem ao ato como solução mecanicista, liberadora do *Kakon*, palavra grega que significa “dor”, “desgraça” (VON MONAKOW; MORUGUE, 1928). Nas psicoses autopunitivas, que se traduzem pelo “delírio de interpretação”, as energias autopunitivas do superego se dirigem contra as pulsões agressivas provenientes do inconsciente do sujeito e visam a retardar, atenuar e desviar o impulso assassino. Guiraud (1931) apoia-se em Monakow e Morurgue e destaca o *Kakon* como liberação de um complexo de natureza automática, que por ato reflexo encontra uma saída mecanicista. Nesse sentido, faz uma distinção entre os assassinatos imotivados, que se classificariam como crimes do ego – em que entram todos os crimes de interesse – e os crimes de Id – em que entram os crimes puramente pulsionais (LACAN, 1955-1956, p. 559). Por sua vez, Lacan acrescenta entre as duas classes de crime – do Ego e do Id – um outro tipo: os crimes do Superego – que são os

crimes dos delírios dos querelantes e dos delírios de autopunição (LACAN, 1932, p. 306).

Ainda em relação ao *Kakon*, deve-se destacar que, nas psicoses, ele está na origem dos sentimentos de perseguição por projeção. O sujeito necessita livrar-se do mal interior por meio da nova produção delirante ou, até mesmo, do suicídio. Para Guiraud, o objetivo da passagem ao ato é o de desembaraçar o sujeito da sensação dolorosa que o invade, concepção adotada por Lacan na tese de 1932, quando aproxima a passagem ao ato de Aimée ao mecanismo liberador do *Kakon*, o inimigo interno (LACAN, 1932, p. 236). Em “Agressividade em psicanálise” (LACAN, 1948) o *Kakon* surge a propósito das reações violentas na psicose. Em *Formulações sobre a causalidade psíquica* (Lacan, 1946), sublinha que Guiraud reconhece que o sujeito atinge no objeto que ele fere o *Kakon* de seu “próprio ser” (LACAN, 1946, p. 176). Silvia Tendlarz ressalta que Guiraud não relaciona o *Kakon* ao ser do sujeito, e sim ao mal, à doença, transposto no mundo externo, de forma que Lacan utiliza o “próprio ser” para tratar o ser do sujeito, a saber, o conceito de gozo, como se *Kakon* nomeasse algo que estivesse fora de teorização naquela época e que seria abandonado posteriormente (TENDLARZ, 1990).

De forma interessante, verificam-se ressonâncias da problemática da passagem ao ato no *Seminário Livro 10: A angústia*, quando, então, Lacan articula passagem ao ato, angústia e objeto, e retorna às elaborações sobre o fenômeno do duplo e do ato, inicialmente elaborada em 1932. Salienta-se que dará lugar de destaque à discussão sobre *Unheimlich* freudiana e à noção de imagem especular e angústia, que já havia sido introduzida por Otto Rank, permitindo formular que a noção de “duplo especular”

antecede um longo percurso, que culmina na teorização de Lacan, realmente, inédita, do objeto *a*. Destaca-se, também, no âmbito do seminário sobre a angústia que Lacan concebe o *acting out* como dirigido ao outro, e a “passagem ao ato”, como o instante em que o sujeito se coloca no lugar de puro objeto.

6.4.2 A relação entre passagem ao ato e imagem

O *Seminário – livro 10: A angústia* torna-se imprescindível para a articulação que aqui se pretende realizar sobre: Qual a relação entre passagem ao ato e imagem? Pode-se dizer que as elaborações da passagem ao ato, na tese de 1932 se encontram, ainda, muito fundamentadas na psiquiatria. Será em 1962-1963 que, ao tratar o tema da angústia, Lacan realmente avançará na elaboração conceitual de tal noção na psicanálise. Então, no primeiro momento (1932), pode-se afirmar que o sujeito passa ao ato para liberar-se do mal interior, ou, por um imperativo superegoico, atinge no outro a imagem de si mesmo. No segundo momento (1962), a passagem ao ato representa o instante em que nenhuma mediação é possível e visa promover uma separação radical do outro. O sujeito “deixa-se cair”, sai de cena (LACAN, 1963, p. 118).

O sujeito passa ao ato no momento em que não é possível a distância mínima entre o eu e o outro, numa regressão tópica ao especular. Ressalta-se, aqui, o que Lacan introduz como a situação de júbilo da criança diante do espelho, em que ela pede ao outro uma confirmação do que experimenta, ao ver sua imagem no espelho. A criança via o olhar, a voz do outro, pode fazer a passagem dessa imagem, ainda não unificada do eu, para a unificação da imagem. Então, antes do estágio do espelho o que se tem é a falta de contorno que a imagem do espelho poderia dar ao sujeito como eu. Diante da ausência da identidade especular se inscreve o fantasma do corpo

despedaçado, da esquizofrenia. E, na paranoia, tem-se o objeto que aparece como olhar, como voz, o objeto não é capturado pelo eu.

Em suma, o sujeito se encontra face ao não reconhecimento da imagem especular, algo que não é reconhecido como especularizável pelo sujeito, não é passível de ser proposto ao reconhecimento do outro. Aí o sujeito é capturado por essa vacilação, por essa experiência despersonalizante, cuja saída é a passagem ao ato que se inscreve na dimensão do deixar cair, daquilo que é resto. Na passagem ao ato o sujeito sai da cena (LACAN, 1962: p. 128-145). Em outros termos, o suicídio do sujeito, enquanto tal, antecede o ato. No instante da passagem ao ato, na psicose, o sujeito se depara com uma não função da cena fantasmática, uma não ancoragem da cena, no objeto a , é o sujeito que cai, como puro objeto real. Enfim, as estabilizações imaginárias ou uma metáfora delirante que estabiliza o sujeito cai e ele passa ao ato, na tentativa de inscrever no real uma distância mínima entre o eu e o outro.

Dessa forma, o sujeito não dispõe de recurso simbólico para estabelecer a intermediação entre o eu (a) e o outro (a'), seu semelhante. Estabelece-se, assim, uma revelação da rivalidade com o outro, em outros termos a relação especular. E será por meio da erotomania, forma de escolha do amor na paranoia, que o sujeito define seus duplos, que inicialmente estabelece – via “Eu o amo” – a escolha do objeto de amor, que representa o ideal do eu, pura imagem, que se inscreve com valor de suplência – o “duplo imaginário” – do sujeito.

Porém, se a dimensão do amor torna-se persecutória o sujeito encarna o puro objeto do gozo do Outro, revela-se o “duplo real” – momento em que o gozo retorna sobre o sujeito. Então, por vezes, a saída possível é o ato homicida, ou suicida, se

inscrevem aqui também, casos em que se verifica a tendência psíquica à morte, tal como os suicídios “não violentos”, greve de fome da anorexia mental, envenenamento lento de certas toxicomanias pela boca, tal como formula Lacan em “Os complexos familiares”, 1938. O sujeito pensando matar o perseguidor, mata a si mesmo na paranoia. E nas patologias especulares em que há uma regressão ao momento paranoico inerente à própria estruturação do eu humano, seguindo o mesmo modelo pulsional da paranoia, o sujeito mata a si mesmo.

O que se visa na clínica do ato – a prática clínica com sujeitos que tentam sua inscrição no mundo via passagem ao ato ou *acting out* – é construir um lugar de acolhimento em que a psicanálise se faça presente e sustente a aposta de que o encontro com o analista possibilite a construção de uma outra saída!

6.4.3 O *acting out*

Fenichel (1945), no artigo intitulado “Neurotic Acting-Out”, considera que o *acting out* alivia inconscientemente a tensão interna e produz uma descarga parcial de impulsos, como, por exemplo, sentimentos de culpa. A presente situação se encontra conectada com o conteúdo recalado e é utilizada como uma ocasião para a descarga de energias recaladas. O *acting* é, então, considerado como uma descarga de energia egosintônica. É uma forma especial de representação na qual a recordação antiga é representada de uma maneira mais ou menos disfarçada. A experiência recordada conserva sua organização original (FENICHEL, 1945, *apud* GREENACRE, 1950).

Fenichel considera que estar em análise favorece o *acting-out*, há sempre uma qualidade motora da ação que se difunde a todo o *acting-out*. A gênese do *acting-out* encontra-se na fixação oral com sua elevada necessidade narcisista e intolerâncias às

frustrações, a presença de traumas na mais tenra infância que produzem situações clínicas em que o sujeito apresenta *acting-outs* repetitivos. No *acting-out* a ação é mais importante do que a linguagem. Em geral, a criança que sofreu frustrações orais, expressa seu sofrimento através de uma motilidade difusa e exacerbada incapacidade para tolerar frustrações. E, possuem, também, uma exacerbação em relação ao ver e ser visto, que marca a fragilidade narcisista do eu. Apresentam uma dificuldade de fazerem a passagem do pré-verbal ao verbal (FENICHEL, 1945, *apud* GREENACRE, 1950).

Por sua vez, a proposta de Greenacre (1950) é de que via tratamento analítico se possa privar o paciente de cometer o *acting-out*, que o *acting* seja interpretado e que se façam intervenções que possibilitem o reforço do eu (GREENACRE, 1950). Na contramão dessa direção, a formulação de Lacan no *Seminário, livro 10: A angústia*, na aula de 23/01/1963, irá articular o *acting-out* à cena analítica e enfatizar que não se trata da questão da fragilidade do eu, de casos não analisáveis, e da prevalência do domínio do pré-verbal. A clínica do *acting-out* coloca em jogo o que não pode ser dito, não por um déficit do simbólico, mas por questão de estrutura, em relação àquilo que o simbólico delimita como resto, o objeto *a*. Se o que está em questão no *acting-out* é o objeto *a*, a interpretação é inútil. O *acting* coloca em jogo a clínica do impossível de dizer a clínica do real (RUBISTEIN, 1993, p. 32-38).

Em Lacan, o *acting-out* tem uma estrutura simbólica, mas se inscreve onde falta um significante. Tal como vimos no caso de Sálmacis, a adolescente que nasceu com a genitália ambígua e que, devido à falta de significante que a inscreva no campo do Outro, a impossibilidade de nomeação, inscreve a clínica do *acting-out*, revelando a

dimensão do impossível do dizer, que faz erupção em seu corpo marcado pela indefinição da genitália ambígua. O que está em jogo é a dimensão do ser, do cerne de gozo, do objeto *a*. O *acting-out* não deve de ser interpretado, mas pode ser respondido, via manejo da transferência. Greenacre propunha a proibição do *acting-out* e o tratamento, na perspectiva, do reforço do eu. Ao contrário, Lacan refuta as intervenções que visam o fortalecimento do eu, pois o que se possibilitaria seria a solidificação imaginária que exclui a dimensão do objeto *a*. O *acting-out* não deve de ser interpretado, mas pode ser respondido, via manejo da transferência.

Nessa linha de investigação, Sálmacis via clínica do *acting-out* colocava em jogo, desde a tenra infância, a causa do desejo, via o ato que se dirigia ao Outro. E, foi via linguagem que se constituiu como ser de gozo e pode apropriar-se do corpo, ou seja, ter um corpo. Em outras palavras, a marca biológica no corpo – “genitália ambígua” – inscreve no seu percurso constitutivo como eu e como sujeito o *acting-out* como modo de colocar em evidência sua causa do desejo. Demonstra, dentre os outros casos, que o que interessa à psicanálise é que o corpo não é o organismo. O corpo, em questão, articula-se ao processo de constituição da vida psíquica que se instaura através da linguagem.

6.5 “Paranoia de autopunição”

A clínica da imagem corporal evidencia em algumas situações a impossibilidade de distinção mínima entre o eu e o outro, revelando a dimensão da “paranoia de autopunição”, do autocastigo. Esse índice clínico – ausência de distinção mínima entre o eu e o outro – encontra, muitas vezes, como solução para a dimensão pulsional da erotomania mortífera a passagem ao ato, que se inscreve como autocastigo. A partir da

investigação clínica é possível formular que se a dimensão do autocastigo se inscreve nesses sintomas que se apresentam via as anorexias graves, as parcerias sem dialética entre mãe e filha. Observa-se que independente da estrutura clínica – neurose ou psicose – esses casos revelam que no processo constitutivo do eu e do sujeito temos a paranoia nativa do eu.

6.5.1 A paranoia nativa do eu

A partir da noção de paranoia de autopunição (Lacan, 1932) é que será possível formular posteriormente a dimensão da paranoia nativa do eu. Em Lacan, no processo constitutivo do eu e do sujeito temos a paranoia nativa do eu. A paranoia é um modelo que nos permite fazer a leitura das patologias da imagem, nesse sentido do processo constitutivo do eu humano. E não devemos desconsiderar as observações de Fenichel de que há para os sujeitos que se apresentam via patologias do ato graves, acontecimentos “traumáticos”, na tenra infância que repercutem no processo constitutivo do eu, que são, por essência, paranoicos.

O laço social é paranoico, correlativo à paranoia nativa do eu. Então, formulamos que nas psicopatologias da imagem, como o elemento persecutório, da paranoia nativa do eu se faz presente, verifica-se em alguns casos, considerando a gravidade, a clínica da paranoia nativa do eu e em outros casos, poderemos falar em uma estrutura paranóica propriamente dita. O distúrbio da imagem apresenta-se, então, em duas vias: para se defender da paranoia nativa do eu, ou para aprofundar essa paranoia, via delírio paranoico, nos casos em que a estrutura é paranoica. Assim, a resposta do sujeito é na concretude não dialetizável do real do corpo.

É evidente que as formulações de Lacan avançaram a passos largos após sua

contribuição em sua tese – *Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade* (Lacan, 1932) – que fundamenta a última categoria nosológica da psiquiatria clássica, a qual constitui: a “paranoia de autopunição”. Contudo, a riqueza clínica da tese de Lacan de 1932, certamente, possibilitou sua entrada na psicanálise a partir da formulação do estágio do espelho como condensador de um primeiro passo da formulação clínica do processo constitutivo do eu e do sujeito, através do observável na clínica da paranoia e da *folie à deux*.

6.5.2 Aimée: a paranoia de autopunição e a clínica da *folie à deux*

É nessa perspectiva que resgato, aqui, essas elaborações percorridas por Lacan na tese de 1932. Lacan formula que há uma dimensão pulsional no cerne da paranoia, a qual define a forma de apresentação fenomenológica do “delírio a dois”, ou *folie à deux*. Nesse sentido, a hipótese inicial de Lacan é de que há uma estabilização precária entre dois sujeitos, cada um com sua estrutura psicopatológica, dentre as quais se destaca a paranoia, que se correlaciona, com frequência, com a “passagem ao ato” homicida ou suicida. Evidencia-se, assim, a articulação da paranoia à *folie à deux* e aos atos criminosos. Ressalta-se nesses casos, a situação na qual o sujeito, encontrando-se impedido de dar prosseguimento à distinção mínima entre o eu e o outro, depara-se, então, com a clínica do ato, que se inscreve como autocastigo, o que permite a Lacan introduzir a noção de “paranoia de autopunição”.

Nessa linha de elaboração teórica, Lacan publica um número surpreendente de artigos e comunicações científicas que culminam em sua tese de doutoramento, na qual elege um único caso clínico – Aimée – como protótipo da “paranoia de autopunição” e que, também, preenche os critérios para ser classificado pela

psiquiatria vigente como *folie à deux*, devido ao laço afetivo intenso entre Aimée e sua mãe. Incontestavelmente, um dos pontos principais do caso é a relação estreita entre mãe e filha, que se manifesta no tema frequente dos lamentos de Aimée de que deveria ter morrido ao lado da mãe, que apresentou por muito tempo um delírio interpretativo, o qual a levava a problemas constantes com a vizinhança. Realmente, à medida que a doença de Aimée avança, culminando em sua internação, constata-se que o delírio interpretativo da mãe presentifica-se no fato de que passa a crer que os vizinhos fariam mal, seja a ela, seja à filha. Sublinha-se, também, que, de forma semelhante, o delírio de Aimée se constrói em torno do mesmo tema e núcleo basal que o de sua mãe: as pessoas ao seu redor farão mal ao seu filho.

Na tese de 1932 – *Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade* – Lacan evidencia o binômio clínico paranoia e perturbações do ato, dentre as quais se destaca a passagem ao ato. A apreensão desse binômio se dá pela experiência clínica em que se ressalta a simultaneidade de casos de paranoia que se apresentam aos pares. Em outros termos, revela-se o fenômeno psicopatológico da *folie à deux*, que se constitui como precedente indispensável para a introdução da noção de “paranoia de autopunição”. Lacan revela-se bastante crítico à teoria do “contágio mental” na *folie à deux*. Sem dúvida alguma, ele faz referência aos fatores que devem se opor ao contágio mental e ressalta a especificidade da dimensão pulsional na constituição paranoica. Por esse meio, delimita e constrói a hipótese de que o “fenômeno do duplo” é inerente à estrutura da paranoia e à própria estruturação do eu humano.

Nesse ponto, Lacan introduz as alterações das pulsões instintivas e agressivas primitivas para explicar as reações criminosas. Ele recorre também ao narcisismo

secundário em Freud para discutir as formas de escolhas amorosas na psicose, o que é demonstrável, na clínica, pela frequência dos temas de ciúme, megalomania e persecutório, em certos fenômenos maiores do delírio. Isso permite a ele fundamentar a noção de “paranoia de autopunição”, introduzindo a articulação entre a dimensão pulsional e o modo reacional da personalidade. Assim, rejeita a concepção da psiquiatria clássica, tanto a “reacional” como a “constitutiva”. Na verdade, Lacan prioriza a psicopatologia jasperiana articulada à teoria freudiana do narcisismo e do supereu e à “fixação” evolutiva de Abraham o que inscreve sua tese no campo da psicanálise (LACAN, 1932, p. 313, 328, 393-397).

Sob esse ponto de vista, fica evidente que Lacan define a “psicose paranoica” segundo a noção de “processo psíquico” em Jaspers. No segundo momento, ele delimita o conceito de “personalidade” como unidade de um desenvolvimento regular e orientado, que possibilita a análise dos fenômenos manifestos pela via da psicogênese. Em suma, opõe “desenvolvimento da personalidade” e “processo psíquico”, para demonstrar que há, na gênese do desencadeamento do processo mórbido, um conflito ou “anomalia psíquica anterior” (LACAN, 1932, p. 141-142, 255) que deve ser compreendido pela análise do fenômeno do delírio típico, em função da história concreta do sujeito articulada à noção de pulsão punitiva que adquire um valor mórbido e, portanto, patogênico (LACAN, 1932, p. 393-397). Lacan prosseguirá ainda nessa via, afirmando que o comum é crer que o delírio é secundário e reacional, porém ele sustenta que o delírio é primário e tão mórbido como os sintomas primitivos, tal como Jaspers, segundo o qual o delírio é vivência primária originária (MAZZUCA, 2004, p. 220, 225).

Destaca-se, então, que o essencial, na análise do delírio, é o aspecto central de que as alterações da percepção na paranoia não se inscrevem como alteração do campo da lógica, cognitivo ou intelectual, mas como resultado da interpretação delirante articulada à dimensão pulsional. Nesse ponto, define-se o modo de construção da interpretação delirante como expressão direta no consciente do que é inconsciente. Em outras palavras, o delírio é uma atividade interpretativa do inconsciente, dotado de “imprecisão lógica”, porém com “clareza significativa” para o próprio sujeito. O que confere a “clareza significativa” ao delírio é o “distúrbio da crença”, que faz com que o doente associe a imagem evocada pela associação delirante ao “coeficiente da crença”, que integra a imagem ao passado, na categoria de uma “imagem-lembrança”, o que impossibilita apreender seu encadeamento temporal, espacial e causal e define as alterações de percepção como inerentes à estrutura do delírio (LACAN, 1932, p. 296-297).

No horizonte dessa concepção, Lacan conclui sua tese de 1932 enfatizando a importância de refutar, nos casos de “delírios a dois”, a “indução” fundada na pretensa debilidade de um dos elementos da dupla e introduz a noção de “paranoia de autopunição” como operadora conceitual na gênese dos atos criminosos e como modo pelo qual é captado o fenômeno do duplo na paranoia – um outro que se incorpora ao eu do sujeito e age inteiramente sobre ele, como um perseguidor devastador. Lacan utiliza-se da *folie à deux* como uma metodologia que lhe permite desenvolver a demonstração de sua hipótese.

No *Seminário 3: As psicoses*, Lacan não apenas resgata e põe em primeiro plano a concepção de Clérambault, de “automatismo mental” – processo autônomo, com

teor essencialmente neutro (no início), de caráter não sensorial que se apresenta como sinais primeiros da psicose – mas, também, a articula à teoria freudiana, usando a mediação da linguística estrutural (MAZZUCA, 2004, p. 116). Introduce na perspectiva mecanicista da alucinação verbal, que não é redutível, nem ao sensorio particular, nem ao *percipiens*, a noção de unidade, de síntese subjetiva que confere ao sujeito a percepção singular (LACAN, 1955-1956, p. 541-542). Define-se, assim, a saída da nosografia geral da psiquiatria que inscreve a paranoia no campo do déficit constitucional ou intelectual para a inscrição da interpretação delirante como tentativa de cura, que, por vezes, define a natureza das alterações de percepção, e não o contrário.

Nessa mesma linha de análise, é possível formular que o aspecto central da problemática da imagem corporal não é o que se inscreve como alteração da percepção, pois esta não se inscreve como alterações do campo da lógica cognitivo ou intelectual, mas o que se evidencia é a dimensão da paranoia nativa do eu articulada à dimensão pulsional.

6.6 Caso BJ: *Munchausen* por procuração ou *folie à deux*

BJ tinha 6 anos de idade, quando foi admitido em um Centro de Tratamento Intensivo de um hospital público, devido a *Status epilepticus*, ou seja, crises convulsivas de difícil controle que exigiram o uso de anticonvulsivantes em infusão contínua e, por conseguinte, o uso de ventilação assistida e monitorização. Se não fosse o fato de que ao longo do ano ele tivesse realizado, aproximadamente oito internações, esse caso seria conduzido como mais uma de tantas epilepsias de difícil controle. Nessas situações, após o controle das convulsões é necessária a definição da

etiologia da epilepsia para a escolha adequada do tratamento.

Por volta do terceiro episódio de internação em *Status epilepticus*, um fato chamou a atenção da equipe médica. A mãe, sempre muito abnegada ao lado do filho, estava muito assustada, pois sua urina tinha ficado de cor azul. Imediatamente, toda a equipe, seja de pediatras, seja de neurologistas, mobilizou-se na investigação da etiologia das crises epiléticas. Definiu-se, então, que se tratava da doença de *Hartnup*.

A *Hartnup* é uma doença metabólica de herança genética autossômica recessiva, devido à absorção deficiente de aminoácidos neutros, tanto pelo intestino como pelos túbulos renais proximais. A perda urinária anormal de triptofano, um precursor da niacina, causa a deficiência de nicotinamida, que se manifesta por erupção cutânea sensível à luz, ataxia cerebelar e instabilidade emocional. Em algumas situações aparece associada a convulsões (POSSATI, 2006, p. 461-464).

Rapidamente, tanto a equipe médica como também a mãe já tinham um aprofundado domínio teórico sobre a doença de *Hartnup*. Aqui, a mãe convoca a medicina para a constituição de uma parceria sintomática. Porém, a despeito de todas as orientações que deveria seguir e das dosagens de níveis séricos adequados das drogas anticonvulsivantes, BJ insistia em entrar em *Status epilepticus*, com consequente internação. Curiosamente, essa mãe permanecia tranquila, até com certa serenidade ao lado do filho. A última internação de BJ, no Centro de Tratamento Intensivo, ocorreu com um intervalo de no máximo cinco horas, após ele ter recebido alta do CTI para a enfermaria, pois havia entrada em estado de coma rapidamente, necessitando, novamente de respiração assistida.

Havia uma atitude de estranheza dessa mãe ao entregar seu filho, pela oitava vez, à equipe de terapia intensiva. A plantonista revelou para a mãe a surpresa provocada pela reação de satisfação e tranquilidade que ela demonstrava, ao que ela respondeu: “me sinto muito tranquila quando ele está aqui”, disse que aproveitaria para ir para casa e voltaria no dia seguinte.

Alguns dias depois BJ já havia recebido alta do hospital, a equipe médica suspeitou que a mãe estivesse provocando o adoecimento o filho: *Munchausen por procuração*. Definiu-se, então, um esquema de ações que visava definir a suspeita diagnóstica. Dessa forma, no novo episódio de coma, seguido por *Status epilepticus* apresentado por BJ, foi realizado o exame toxicológico – a investigação do nível sérico de drogas –, que confirmou a etiologia orgânica do que acontecia com BJ. Sua mãe o medicava com altas doses de anticonvulsivantes induzindo um estado de coma farmacológico. À medida que os anticonvulsivantes eram metabolizados, BJ inicia uma quadro de convulsões de difícil controle.

O caso de BJ demonstra a clínica da *folie á deux* e da paranoia de autopunição. Diante da comprovação das tentativas homicidas contra o filho, houve a proibição imediata de que a mãe entrasse no hospital e, por ordem judicial, por medida de proteção, a mãe perdeu a guarda de BJ e foi encaminhada para tratamento psiquiátrico. Nesse momento, essa mãe é acolhida no âmbito da investigação clínica intitulada “Imagem corporal na adolescência” diante da assinatura do TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido – em duas entrevistas, pois já havia iniciado tratamento psiquiátrico e psicológico no Centro de Saúde. O que a mãe de BJ tem a dizer? Diz que ele teve uma crise convulsiva, um ano atrás, quando foi medicado com

anticonvulsivantes. Nessa mesma época, o pai de BJ havia solicitado para a esposa a separação, mas diante do adoecimento do filho, desistiu. Então, diante da possibilidade de ser abandonada pelo marido, ela passou a “agir por impulso”, quando percebia já havia dado altas doses de medicação para o filho. Imediatamente após o ato sentia-se culpada e, então, corria para o hospital. As internações de BJ passaram a ser uma forma de garantir a presença do marido ao seu lado.

Essa mãe diz: “estava fora de mim”, só pensava em reconquistar o marido, pois este havia se afastado dela. Desde o nascimento de BJ, sentia-se muito gorda, tentou perder peso e não conseguiu. Agora, estava com muito medo de que o filho não ficasse com ela, mas antes pensava só no marido e no filho, agora vai pensar em si mesma. De forma muito serena e sem crítica ela me diz: “lá na enfermaria do hospital tem 37 leitos, eu agora vou voltar a fazer artesanato, vou fazer uns palhacinhos de pano, 37, um para cada leito, vou levar no dia da criança, espero que até lá eu já tenha sido liberada para entrar no hospital”.

Após essa primeira entrevista, a mãe não compareceu ao próximo atendimento marcado. Estava internada devido a uma tentativa de suicídio. Realizei somente mais um contato com essa mãe, em que ela estava muito silenciosa, entristecida por ter perdido a guarda do filho. Há algum tempo, tivemos a informação de que essa mãe já havia realizado mais três tentativas de suicídio. Aqui, o caso demonstra uma mãe que, após a ruptura da parceria sintomática que estabelecia com o filho, tem o retorno do gozo mortífero sobre o seu próprio corpo. Então, ocorre uma mudança da passagem ao ato homicida para o ato suicida, na tentativa de autocastigo, de uma autopunição.

O que o caso nos demonstra é que o gozo mortífero da mãe estava na gênese

de suas tentativas de ato homicida em relação ao filho. A decisão jurídica de separação dessa parceria mortífera faz com que o ato que era dirigido contra o filho retorne sobre o seu próprio eu, sobre a sua própria imagem. Essa mãe era movida por uma desordem pulsional, o ato homicida – o exercício extremo da pulsão mortífera era seguido pela busca de socorro, pois do ponto de vista da satisfação pulsional era necessário que BJ permanecesse vivo, uma vez que o seu adoecimento vivificava sua mãe.

A vertente mortífera do narcisismo, a supremacia imaginária, explica a gênese do crime. Esses sujeitos matam no outro a imagem de si mesmo diante da ausência do aparato simbólico. Será a imagem atroz do crime que provoca no outro social a inscrição do registro da culpa para o sujeito que praticou o ato, produz a função de castigo.

6.7 *Folie à deux*

Lacan resgata da fenomenologia psiquiátrica o fundamento da simultaneidade do delírio entre dois sujeitos, que se define como *folie à deux*, motivado por uma série de casos em que se observam atos homicidas e delírios convergentes entre irmãos, entre mãe e filha, entre pai e filho. O que o permite publicar, conjuntamente com Henri Claude e Mignault, o artigo “Folies simultanées” (LACAN, 1931), no qual os autores analisam dois casos de delírios simultâneos em mãe-filha, mas independentes um do outro, em que uma reconhece o delírio da outra, situação que se opõe à concepção de contágio mental via indutor-induzido.

A noção *folie simultanée*, ou “loucuras simultâneas”, foi introduzida como subdivisão da *folie à deux* por Régis em 1880, se refere a dois sujeitos em contato íntimo, que têm o mesmo delírio, as mesmas alucinações e a mesma linguagem patológica, e a separação dos dois não produz nenhum benefício. Sendo assim, ressalta-se no caso da mãe e sua filha que há uma simultaneidade do delírio, porém seu conteúdo, ou “núcleo basal”, é diferente. Lacan aponta para a insuficiência da concepção psiquiátrica vigente de “contágio mental”, pois na análise desses casos se observa o paralelismo entre mãe e filha, mas os quadros psicopatológicos são distintos em cada uma e não se resolvem com a separação das duas, de acordo com a orientação vigente pela psiquiatria clássica. Lacan não transpõe a concepção de *folie à deux* para a psicanálise, mas retira de seu âmbito o conceito forjado por ele como “paranoia de autopunição” e deixa claro que não pretende dar a *folie à deux* os limites de uma verdadeira entidade mórbida (LACAN, 1932, p. 269-270).

A gênese do termo *folie à deux* foi inicialmente descrita por Legrand du Saulle, em 1871, que em seu livro magistral *Os co-delirantes* afirma que em todos os casos citados é notório estarem os pacientes unidos por um laço familiar ou uma vida comum antiga. Ao recorrer à origem do termo, sabe-se que, em 1860, Jules Baillarger descreveu pela primeira vez essa síndrome, chamando-a de *folie communiquée*, embora a primeira descrição seja atribuída, mais frequentemente, a Ernest Lasègue (1873) e a Jules Falret (1873), que a designaram *folie à deux*.

Lacan no âmbito da *folie à deux* isola o “fenômeno do duplo” e o eleva à categoria de conceito, desde os primórdios de suas elaborações sobre a paranoia. A nocividade mortífera da imagem, inerente à estrutura, mesma, da *folie à deux* e da

paranoia de autopunição, permitirá a Lacan construir, daí em diante, sua entrada na psicanálise, introduzindo, em seguida, no “estádio do espelho” (1936); o espelho como operador conceitual, quando retoma a problemática da libido em Freud, a partir da função da imagem.

6.7.1 O fenômeno do duplo

O ponto de vista teórico que mais se destaca em relação ao binômio duplo e imagem especular é a sua origem no cerne da interpretação delirante paranoica, em relação à qual se introduz como ponto fundamental o que se denomina de “identificação iterativa ao objeto”, noção que introduz a problemática da duplicação do eu do sujeito. Em *Formulações sobre a causalidade psíquica* (LACAN, 1946) Lacan afirma que o estudo dos fenômenos característicos dos “momentos fecundos do delírio” o conduziu a uma série de análises das quais originou a sua concepção do eu, que se estabelece, até aquele momento, 1946, como “conhecimento paranoico” (LACAN, 1946, p. 181). Em outras palavras, a clínica da paranoia propicia a observação do “fenômeno do duplo” e permite que, no âmbito da discussão sobre a imprecisão lógica da interpretação delirante, se determine o caráter de duplo, triplo e múltiplo emprego que, no delírio, apresentam os perseguidores em seu papel de simbolizar um protótipo do real (LACAN, 1932, p. 300).

Em seguida, em junho de 1933, Lacan publica na revista *Le Minotaure* “O problema do estilo e a concepção psiquiátrica das formas paranoicas da experiência”, artigo que sintetiza as ideias fundamentais da tese de 1932, na qual ele destaca, sob a

forma de citação, o que já havia descrito, ou seja, que a noção de imprecisão lógica do delírio remete à:

(...) identificação iterativa do objeto: o delírio se revela, com efeito, muito fecundo em fantasias de repetição cíclica, de multiplicação ubiquista, de retornos periódicos sem fim dos mesmos acontecimentos, em pares e triplas de mesmos personagens, às vezes como alucinações de desdobramento da pessoa do sujeito (LACAN, 1933, p. 379).

Destaca-se, aqui, a “identificação iterativa do objeto” como fundamento, mesmo, do delírio paranoico que contém em seu cerne o “(...) desdobramento da pessoa do sujeito” (LACAN, 1933, p. 379). Revela-se, então, a problemática do duplo na paranoia e a sua dimensão de inércia imaginária constitutiva, que define a “multiplicação ubiquista”, a repetição que comemora a anulação do gozo (Lacan, 1958), o que permite inferir se o duplicar-se seria, para o paranoico, uma forma de anulação do gozo, de afastar o insuportável do gozo, que se presentifica pela erotomania mortífera. É nos moldes desse funcionamento que o delírio se revela, como solução precária para a ausência de um aparato simbólico, para lidar com a problemática da castração, que, na paranoia, se presentifica no real.

6.8 Observações sobre o par mãe-filha(o) na anorexia mental

Na clínica da anorexia a demanda de tratamento é feita habitualmente pelo outro, sobretudo pela mãe. A escuta desses sujeitos quase sempre revela uma dimensão passional da relação entre mãe e filha (o). As pacientes anoréxicas transbordam em suas falas testemunhos da onipresença perturbadora da mãe. O caso de Ismênio – anorexia psicótica – revela esta parceria não dialetizável entre mãe e filho, de como sua intimidade sofreu um arrombamento que remete à sedução

exercida pela presença materna. Os cuidados corporais maternos prolongaram-se até a adolescência. Não se fecha a porta do banheiro, por isso a mãe ao ver o tamanho do órgão sexual do filho dirige à analista um dos pontos de sua preocupação, de que Ismênio não tem uma namorada, mesmo tendo esse órgão sexual, tão grande. Ismênio dorme na cama da mãe. Verifica-se a ausência de limites ao olhar da mãe, que fixa o filho como objeto incestuoso, com seu olhar de intrusão sedutora.

Nesse ponto, Ismênio ilustra do ponto de vista clínico o observável em vários outros casos de transtornos alimentares, sobretudo nas anorexias. Ele convoca sua mãe a constituir uma parceria sintomática através da pergunta: “vai alterar alguma coisa” (em seu corpo); ele exige a resposta “não vai alterar nada”. Há uma convocação de Ismênio dirigida a essa mãe, que certamente é respondida. Estabelece entre eles uma parceria sem dialética, uma clínica da *folie à deux*. Nesse sentido, foi fundamental acolher essa mãe na dimensão do sofrimento psíquico, para possibilitar o tratamento de Ismênio.

Ressalta-se, aqui, que Lacan retoma a dimensão libidinal das psicoses em Freud a partir da função da imagem. A libido não pode ser colocada como pano de fundo, nem mesmo no momento em que Lacan, ao longo de seu ensino, passa da “imago” ao significante, visto que a questão libidinal continua na gênese da própria estrutura da paranoia. Nesse sentido, a análise do duplo realiza-se via transferência erotomaniaca, que define o valor representativo das imagens das perseguidoras.

Haveria, pois, no ato anoréxico de Ismênio a dimensão da “paranoia de autopunição”, ou crime do superego, que se realiza via necessidade superegoica de castigo, que necessita passar pela sanção do outro social somente depois que a

finalidade do ato se efetua, por isso nenhum alívio se segue imediatamente ao ato. Por conseguinte, Ismênio persiste na compulsão do comer e vomitar e na repetição incessante de uma pergunta dirigida à mãe: “Se comer, vai alterar?” Se o corpo vai se transformar em um corpo feminino. Aí se inscreve a dimensão de autocastigo, a impossibilidade de ter um corpo.

Nesse sentido, a função escópica que se constitui no campo do outro; será a imagem atroz do crime que provoca no outro social a inscrição do registro da culpa, para o sujeito que praticou o ato a função de castigo. Articula-se pulsão e imagem, demonstra-se que a “natureza da cura revela a natureza da doença”. Confere-se, assim, ao conceito freudiano de narcisismo, sua referência na imagem do próprio corpo, para, a partir da estrutura mesma da paranoia, definir a estrutura constitutiva do eu.

Para a psiquiatria descritiva, a problemática das alterações da percepção fundamenta a questão crucial da clínica das patologias da imagem corporal. Na contramão desse desenvolvimento teórico a investigação clínica realizada nos permite afirmar que não se trata de resgatar o processo lógico, cognitivo ou intelectual, que é a proposta dos tratamentos comportamentais, que visam restaurar cognitivamente as formas de percepção da imagem do corpo próprio.

6.8 .1 A dimensão do autocastigo ou da autopunição nas anorexias

Uma hipótese que consideramos importante de ser investigada nos casos em que predominam a clínica do ato, em especial nas anorexias, é se a alteração perceptiva da imagem não corresponde em alguns casos ao cerne de um processo delirante articulado à dimensão pulsional que inscreve o ato de não comer, como uma

patologia do ato e que em alguns casos esse ato tem a dimensão de “autopunição”. Sobretudo, porque tal como nos esclarece Miller o ato é sempre auto, autocastigo, autopunição. E o modelo do ato a partir do suicídio, independe da estrutura.

Em outros termos, o “fenômeno do duplo” como inerente à estrutura da paranoia e à própria estruturação do eu humano nos permitiria uma chave de leitura para alguns casos de anorexia grave. As formulações de Lacan sobre a autopunição nos permitem afirmar que, sendo a estrutura especular inerente à estruturação do humano, esses casos graves que colocam em jogo a problemática da imagem corporal fundamentam-se, em alguns momentos, via a “autopunição”, que poderia ser pensada para além do diagnóstico estrutural, neurose ou psicose.

Nesse sentido, torna-se possível formular que os casos das patologias da imagem do corpo convocam a dimensão do olhar do Outro, momentos em que se verifica a clínica do *acting out*, mas na passagem ao ato não tem um espectador, tem-se a desapareição da cena, o ato é um autocastigo. Nessa linha de articulação teórico-clínica, no caso de Bê – anorexia em uma neurose histérica – se inscreve a clínica da passagem ao ato, no momento de suspensão da interdição paterna. Ela tem uma relação sexual com o namorado na cama dos pais, seguida pela inscrição da culpabilidade, que é respondida com um sintoma conversivo histérico ao nível do corpo. A desmoralização moral pela pastora, que ao revelar a sua não gravidez difunde para toda a cidade a perda da sua virgindade, ocasionará o início de seu isolamento social e da anorexia. Bê nos diz que tem que manter o corpo emagrecido para que os outros não afirmem que ela está grávida, porém não poderíamos formular que há nesse emagrecimento cadavérico do sujeito a dimensão de um autocastigo? Bê segue

com várias tentativas de passagens ao ato suicida ao longo do tratamento; será a possibilidade de reconstituição de um arcabouço simbólico que possibilita a redução tanto do ato anoréxico como das tentativas suicidas.

6.8.2 Para além da imagem e do ato: a questão do feminino na anorexia

Nessa investigação clínica definiu-se como objeto de estudo a clínica da imagem corporal, sobretudo a partir da experiência clínica que nos fornecia índices de que os sintomas contemporâneos são marcados pela supremacia do imaginário e por um campo do registro do simbólico precário. Uma das tentativas de soluções sintomáticas nessa clínica atual é a passagem ao ato e o *acting out*. Por isso, embora tenhamos escolhido dois campos de investigação – SSA/HC/UFMG e o NIAB/HC/UFMG –, houve uma tendência a priorizar um pouco mais as elaborações teórico-clínicas em relação aos casos de anorexias e bulimias. Penso que um dos fatos que contribuíram para isso foi a forma paradigmática como esses casos permitem pensar a clínica da imagem corporal. Ressalta-se, assim, que abordar os transtornos alimentares via clínica da imagem corporal não implica deixar de lado outras elaborações possíveis, tal como a questão do feminino, dentre outras articulações teóricas.

Nessa perspectiva, será que o caso de Ismênio poderia ser tomado como um paradigma das anorexias. Ou seja, se a questão central das anorexias e bulimias não é uma recusa a feminização do corpo, mais do que pensar a anorexia e bulimia pela via dos transtornos da imagem corporal? Se não caberia nas anorexias e bulimias muito mais a vertente dos impasses da sexuação feminina. Pois, de forma freudiana, o segredo do feminino é a castração. Se o corpo magro anoréxico não seria uma forma

de o sujeito defender-se da feminização? (MANDIL, 2010).¹¹ A partir da investigação clínica, creio ser possível formular que a imagem corporal e a problemática do feminino não são pontos excludentes, tal como nos demonstram tanto o caso de Bê como o de Ismênio.

Sendo assim, vemos que Bê, tal como várias anoréxicas, se vê às voltas com a questão da sexualidade feminina. Freud nos propõe levar em conta o que precede a entrada no Édipo: a intensidade e a duração do amor pela mãe. “Encontramos na pré-história edipiana das meninas a fantasia de sedução, mas o sedutor, regularmente, é a mãe. (...) Há exclusividade da ligação com a mãe, com negligência completa do objeto-pai” (FREUD, 1931, p. 149).

A passagem à feminilidade está ligada a uma renúncia, ao abandono da crença no falo da mãe, na mãe onipotente, e ao recalque da atividade fálica. Tendo dirigido seu amor a uma mãe fálica, com a descoberta de que a mãe é castrada, torna-se possível para a menina abandoná-la como objeto de amor. Do reconhecimento da castração da mãe ao interesse que o pai representa agora, elabora-se uma dupla renúncia: ao gozo fálico e à fantasia de possuir o órgão. Essa dissolução desse primeiro laço passional com a mãe, misturado de ódio e amor, irá possibilitar a constituição do pai como objeto sexual. E será a partir do lugar que a menina ocupa no desejo do pai que a menina irá aceder à feminilidade.

Nesse ponto, formulo que a problemática da possibilidade de aceder à feminilidade que os casos de anoréxicas demonstram articula-se à questão do eu ou, em outros termos, da imagem corporal. Pois a menina tem que realizar uma dupla

¹¹ Formulações de Ram Avraham Mandil, a partir do exame de pré-defesa da presente tese.

renúncia: ao gozo fálico e à fantasia de possuir o órgão. E exatamente esse ponto de renúncia ao gozo fálico parece ser o ponto crucial em relação à anorexia. Tal como formulamos na construção dos casos clínicos, esses sujeitos estão encarcerados no gozo do corpo imaginário, o que os impossibilita de construir um ponto de fixação do gozo fálico fora do corpo. Então, o que se tem é um sujeito diante dos impasses em relação à renúncia do gozo fálico, encarcerado na relação imaginária e impossibilitado de aceder a feminilidade.

Na perspectiva da feminilidade Bê nos diz das dificuldades inaugurais de sua relação com sua mãe, deprimida desde a época de seu nascimento; ela nunca emitiu opinião em relação às atitudes do pai, mas exigia a obediência dos filhos a ele. Bê faz rapidamente do pai seu objeto de amor. Um pai que não é como um pai para ela – “é só o marido da mãe”. Bê faz a passagem da menina que vigia o pai à menina a ser vigiada por ele, o que deflagra a tirania paterna e somente através da análise será possível para Bê reconstruir a vertente do amor ao pai.

Por sua vez, o caso de Ismênio é paradigmático, uma figura masculina que apresenta a sintomatologia anoréxica no discurso médico, mas se trata de um caso de psicose. A presença de uma interpretação delirante na injúria “tetinha”, a partir da qual ele crê que seu corpo diante do espelho se transforma em um corpo feminino, é possível demonstrar que na análise do delírio destacam-se como aspecto central as alterações da percepção, que na paranoia não se inscrevem como alteração do campo da lógica, cognitivo ou intelectual, mas como resultado da interpretação delirante articulada à dimensão pulsional. Ocorre, então, a luta de Ismênio para manter o corpo magro para que não ocorra a feminização.

6.9 A articulação entre clínica da imagem corporal e as patologias do ato

O percurso teórico desenvolvido ao longo desse capítulo – A imagem corporal e as patologias do ato – visa demonstrar os antecedentes clínicos da *folie à deux* e da “paranoia de autopunição”, o predomínio da supremacia do imaginário, que propiciou a Lacan, a partir da clínica, a metodologia de construção teórica do conceito de eu e de sujeito. A demonstração da articulação desses conceitos fundamenta toda a investigação clínica do objeto de estudo – imagem corporal – desenvolvida ao longo da exposição teórica da investigação clínica.

O tema da imagem corporal é extremamente atual e há uma série de referências teóricas que abordam o tema, sobretudo com ênfase nas alterações perceptivas e nas propostas de tratamentos via cognitivismo. Certamente, a grande contribuição da psicanálise que aqui se visa demonstrar é que a imagem corporal se articula ao modo como o sujeito se constitui, ao modo como a linguagem é incorporada, e todo esse processo coloca em jogo a questão da castração. Interessa, aqui, demonstrar que há vários tipos de soluções sintomáticas escolhidas pelo sujeito – as anorexias, as bulimias, os ditos transtornos dismórficos corporais, as vigorexias, os atos violentos, a passagem ao ato, o *acting out*, os fenômenos de corpo, a agressividade, as parcerias não dialetizáveis, entre outras. A psicanálise lida com essas variáveis da clínica no contexto da transferência de forma mais interpretativa.

Nessa perspectiva, podemos pensar a clínica da imagem fundamentada em um tripé básico que articula a problemática da imagem, a castração e o sintoma. E, por sua

vez, a passagem ao ato e o *acting out* são tentativas, por vezes, precárias, de soluções.

Conclusão: um semblante de argumento

“Se você procurar bem, você acaba encontrando não a explicação (duvidosa) da vida, mas a poesia (inexplicável) da vida.”

Carlos Drummond de Andrade

O que é concluir? Concluir no sentido filosófico nos remete ao verbete argumento, que de forma mais geral é a tentativa de provar ou refutar uma tese, convencendo alguém da verdade ou falsidade desta última. Define-se, assim, a partir da investigação clínica, a escolha do argumento fundado no caso particular, que se supõe típico, pois o objeto de investigação – imagem corporal – não oferece o caráter lógico-formal que permita a análise científica ou a quantificação de resultados. A aproximação da psicanálise com a poesia tornou-se ponto fundamental do ensino de Lacan, a palavra oracular tem função de ser uma frase que não se presta ao julgamento sobre sua verdade ou falsidade (MILLER, 2002). A psicanálise tal como a poesia tem em si a dimensão do irreal, marcado por algo que escapa traduzido nos versos do poeta: “Se você procurar bem, você acaba encontrando não a explicação (duvidosa) da vida, mas a poesia (inexplicável) da vida”, encontrar o inexplicável traz em si a impossibilidade do encontro, tal como formula Lacan: “a conquista freudiana nos ensina, por sua vez, que o inquietante é que no irreal é o real que os atormenta” (LACAN, 1962, p. 91).

O progresso da ciência define um discurso que passou a ser a referência da cultura ocidental, ecoando seus efeitos no campo da medicina na ênfase da quantificação do corpo do vivente e da mudança da perspectiva aristotélica para a cartesiana. A prematuração do humano é marcada pela insuficiência da coordenação

sensoperceptiva, que contribui para o reconhecimento do corpo próprio. Inicialmente, o eu não está constituído, não é possível falar de imagem do eu. Somente em torno dos seis meses de idade a criança tem capacidade de reconhecer as pessoas que cuidam dela e se angustia e chora quando essas pessoas se afastam do seu campo de alcance visual. (LACAN, (1938) [1985], p. 22-25). Depois, o desmame traumatizante ou não, deixa no psiquismo humano o traço permanente da relação biológica que ele interrompe.

Verifica-se um tensionamento teórico em relação aos diferentes momentos do ensino de Lacan entre o corpo imaginário e o corpo simbólico. Os significantes têm efeitos sobre o corpo, o corpo como simbólico, teorização que dá lugar ao final do ensino de Lacan, a formulação de que o corpo é o imaginário. Define - então, a problemática da extração do objeto, que supõe a ordenação do simbólico e a introdução de um efeito de simbolização fundamental pela via do Nome-do-pai que nos permite a leitura, desde o fenômeno do duplo, primórdio da questão do eu, até a clínica que se revela via as patologias do ato.

Dessa forma, refutam-se as concepções das alterações da imagem corporal como patologias do senso percepção, para as quais se definem ações egossintônicas que assegurem o reforço do eu. O corpo não é só corpo imaginário ou só corpo simbólico, a unicidade da imagem do corpo é da ordem do semblante, pois é na falha dessa identificação entre o ser e o corpo que o sujeito tem acesso ao “ter” o corpo. E a tentativa de fazer equivaler ser e corpo causa o apagamento do sujeito, pois deixa de lado toda a subjetividade, o particular de cada caso (MILLER, 2004, p. 14). Não interessa à psicanálise estabelecer uma relação de causalidade e efeito, ou estímulo-resposta. Em suma, na neurose o duplo é correlato da fantasia fundamental, das formas como se inscreve para o sujeito o seu encontro com a castração, que tem o aparato do recalado e seu retorno como solução, via formações sintomáticas e identificações.

A construção clínica dos casos de *folie à deux nos* oferece o cerne de toda a problemática do eu e do sujeito via a “fenomenologia do duplo”, sobretudo na clínica da paranoia, que se constitui como uma metodologia através da qual Lacan formula a questão do duplo imaginário e concebe a lógica do inconsciente, construindo sua teoria do eu [*moi*], instância imaginária. Lacan elabora o campo da “causalidade psíquica” e, a seguir, o campo da “causalidade significante”, e constrói a teoria do eu [*moi*] como instância imaginária. A questão “quem sou eu?” tem necessariamente um caráter imaginário. Freud articula o duplo como o outro nome de *Unheimlich*, que surge no cerne do recalcado, momento de presentificação da castração para o sujeito neurótico. Ele sublinha também a correlação do duplo com a constituição arcaica do eu.

A teoria do eu leva, desde o início, a marca de sua articulação com o objeto. O desejo do outro com minúscula (a) organiza, pois, o mundo dos objetos humanos em objetos de competência e de rivalidade. Se no nível do imaginário os objetos do desejo são incompatíveis, se a rivalidade que se estabelece em função dos mesmos gera uma agressividade mortífera, a pacificação ocorre através de um terceiro, o Outro simbólico (MILLER, curso de 1981-1982, *apud* RABINOVICH, 1983 [2007]). A autoconsciência é precisamente a confusão entre a consciência e a percepção que esta tem do objeto particular que se chama eu (*moi*). O “eu” cria a ilusão de uma síntese possível e a matriz de uma unidade antecipada e alienante, cujo caráter objetivo a autoconsciência mascara. É o sistema significante que torna possível a existência do sujeito e funda a subjetividade.

Será a noção de paranoia de autopunição (Lacan, 1932) um modelo que nos permite fazer a leitura das patologias da imagem, nesse sentido, do processo constitutivo do eu humano. Verifica-se que o processo constitutivo do eu e do sujeito tem no seu cerne a paranoia nativa do eu, que evidencia a fixação narcísica do corpo. Na

neurose, a regressão à paranoia nativa do eu é uma forma de lidar com um ponto de falta da fantasia fundamental. Por outro lado, nos casos em que a estrutura é paranoica, observa-se a resposta do sujeito na concretude não dialetizável do real do corpo.

Em suma, o sintoma se inscreve como o que perturba a harmonia e revela a forma como a castração se inscreve para determinado sujeito. O mito de Eco e Narciso apreende a dimensão do real entre imaginário e o simbólico e fundamenta o conceito de narcisismo como campo constitutivo do eu em Freud que, por sua vez, será definido por Lacan como imaginário. A existência do corpo está condicionada a incorporação da linguagem. Nesse sentido, Lacan afirma que o ser do sujeito antecede o que virá a se constituir de forma condensada na expressão: “ter o corpo”(LACAN, 1979 [2003], p. 561). E a ação do significante vivifica ou mortifica o corpo. E o significante é causa de gozo. E é na perspectiva da satisfação pulsional que alguns sintomas podem ser entendidos como acontecimentos de corpo.

Na representação do corpo as imagens são significantes imaginários, significantes cuja matéria é emprestada da imagem (MILLER, 2004.p.18). A supremacia do imaginário, que se manifesta como acontecimento de corpo, fixação narcísica, revela uma desmontagem da organização do corpo, uma ruptura do ponto de fixação do gozo fálico fora do corpo. O que impossibilita o sujeito a ter acesso à unicidade da imagem do corpo que é da ordem do semblante.

A investigação clínica possibilitou evidenciar um ponto comum entre os diversos casos – a fixação do gozo do corpo imaginário –, momento em que a dimensão da fantasia não permite ao sujeito o acesso à ordem do semblante. Então, o sujeito, na fixação do gozo imaginário, depara-se com a desorganização da unicidade do corpo, e será a tentativa de fazer equivaler ser e corpo que inscreve o apagamento do sujeito. Miller propõe um percurso constitutivo do corpo em três tempos: o primeiro, a

incidência sobre o corpo do sujeito dos significantes do corpo do outro; no segundo momento, inscreve-se o gozo do corpo imaginário. E, no terceiro momento, um ponto de fixação do gozo fálico fora do corpo.

O segredo da imagem é a castração, o que pode ser verificado ao seguir a direção do tratamento de cada caso construído a partir da investigação. O processo de reconstituição da unidade do corpo através da definição de alguns eixos da construção do caso clínico, visando localizar a dimensão do sujeito no discurso do Outro; a articulação possível entre o sintoma do Outro ao sintoma do sujeito; o momento em que na direção do tratamento é possível localizar a mudança da posição de objeto à pulsão acéfala; A existência do corpo como resultado do processo constitutivo do ser; e localizar em alguns casos que é a estrutura incorporada que faz afeto.

A modo de conclusão, é possível afirmar que para a psicanálise o sentimento de realidade perceptiva é definido a partir do processo constitutivo do eu e do sujeito. As alterações perceptivas que se inscrevem como estranhamento de situações vivenciadas, ou da própria imagem no espelho, são correlatas, em Freud, às elaborações sobre *Unheimlich* no artigo “O estranho”(1919), no qual se define que o problema de sensação de estranheza ou duplicação do eu não é correlato das alterações do campo da percepção ou de incerteza intelectual. A sensação de estranheza é uma manifestação do inconsciente que surge no cerne do retorno do recaiado, momento de presentificação da castração para o sujeito neurótico.

Um fenômeno esporádico qualquer remete o sujeito à sensação de irreal, momento que exige o anteparo recaiado. A partir das elaborações de Lacan podemos afirmar que o que nos permite ter um sentimento de realidade perceptiva é a extração do objeto *a*. O não encontro do recaiado como anteparo mantém a persistência do olhar do outro, condição usual da paranoia. Por sua vez, na neurose é a fantasia fundamental que

permite ao sujeito via objeto lidar com a realidade perceptiva.

Os casos clínicos de Bê, de Gê, Sálmacis e Hortênsia nos permitem demonstrar que ocorre a ruptura do revestimento ficcional do corpo, da amarração dos registros simbólico, imaginário e real que sustenta a unidade corporal. Diante de uma situação que revela o real da castração o sujeito vivencia o resultado da desorganização da constituição psíquica do corpo. Por conseguinte, a fixação do gozo narcísico torna-se uma tentativa de solução para a perda da realidade perceptiva. Algo se inscreve de forma desarmônica na dimensão da fantasia fundamental que oculta e revela o desejo do Outro.

Em “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose” Lacan acrescenta uma nota em 1966 extremamente esclarecedora para nossa questão: “o sujeito barrado do desejo suporta o campo da realidade, e este campo só se sustenta pela extração do objeto *a*, que fornece ao sujeito o enquadre na realidade perceptiva.” (LACAN, 1966, p. 560. Nota de rodapé acrescida a Lacan, 1955-1966, p. 560). Por sua vez, na psicose surge o duplo como real, sem o aparato da fantasia que se articula ao objeto *a*. Sabe-se que o suporte fundamental da imagem é a ação do Nome-do-pai. A consistência da realidade perceptiva, que nos permite ficar em nosso lugar e perceber os semelhantes em seus lugares, é fundamentada no Nome-do-pai. As perturbações perceptivas nas psicoses são um contraexemplo. Tal como em Schreber, vemos que quando sua libido se retira do mundo a imagem dos outros se deslibidiniza e ele percebe tão somente “sombras de homens”. Quando a libido invade a imagem, vemos nele seu extremo gozo narcísico e, ao contrário, quando a carga libidinal do objeto *a* se retira, temos um mundo povoado de sombras. Após experimentarmos a retirada da libido das imagens dos outros, observamos a concentração da libido na imagem do corpo próprio. A imagem é invadida por libido não castrada.

Nessa linha de elaboração teórica, a investigação clínica nos permite afirmar que, nessas situações, a perda da realidade perceptiva ocorre tanto na psicose como na neurose. Porém, as tentativas de soluções encontradas pelo próprio sujeito ou via direção do tratamento é que se articulam ao modo de extração do objeto *a*, nas neuroses, e na impossibilidade estrutural da extração de objeto, nas psicoses. Será a ausência da extração do objeto *a* que pode fundamentar nossa elaboração de que o efeito do imaginário na psicose articula-se à não extração do objeto, que impossibilita a constituição da cadeia significativa de modo que pudesse ordenar os efeitos do imaginário. É como se os efeitos do imaginário agissem à solta, de maneira autônoma.

Nessa perspectiva, considera-se que a desorganização do esquema corporal, tal como na esquizofrenia, faz com que a função do eu se apresente alterada, o que é a esquizofrenia senão as alterações da identidade e da unidade do eu – o corpo fragmentado, alterações das funções do corpo –, pois a questão fundamental é a não extração do objeto que dá a unidade do eu. Até o delírio é mais fragmentado, onde os temas de influência são mais importantes do que os temas persecutórios. Verificam-se as alterações na semiologia do eu e do pensamento. E, na paranoia, por sua vez, temos a construção de um outro imaginarizado. Na constituição da paranoia e da esquizofrenia o que será possível observar é a presença de um Outro que não se constituiu simbolicamente.

Em continuidade à elaboração sobre as situações vivenciadas pelo sujeito que exigem o anteparo do recalcado é importante ressaltar que a ação do recalque é funcionar como representação que impede outras de se tornarem conscientes. E o ego é o grupo de representações capazes de recalcar outras, o grupo de representações recalcentes. A pulsão é a dinâmica mesma dessas representações. As pulsões do ego servem à autoconservação do indivíduo. Segundo Miller, Freud nos apresenta um corpo

sob o qual se inscreve um campo de batalha pulsional entre o ego e as pulsões parciais. Então Miller formula que um mesmo organismo deve suportar dois corpos distintos. E é sobre esse corpo que incide o sintoma como acontecimento de corpo, quando o sintoma constitui, como tal, um gozo, satisfação substitutiva de uma pulsão. O sintoma passa pelo corpo, como forma, como modo de vida. E outra definição do sintoma que eclipsou a definição do sintoma como acontecimento de corpo é o sintoma como advento de significação estabelecido por Lacan a partir da equivalência entre sintoma e metáfora. Miller (2004) propõe que o organismo suporta dois corpos distintos: o primeiro o corpo de saber, corpo prazer; e o segundo: o corpo libidinal, corpo gozo ou corpo desregulado.

Em relação à imagem, Miller (2008) propõe, ainda, um momento de anorexia imaginária, e um outro, de bulimia. Na anorexia imaginária desconectar imagem e sentido. Na anorexia imaginária inscreve-se o Desejo de matar a imagem do corpo. Matar todas as imagens desprovidas de sentido. E na bulimia imaginária O objeto oral é utilizado para servir de tampão ao $(-\phi)$. A imagem do corpo é sacrificada.

Partiremos da conceitualização do estádio do espelho para culminar na problemática do real e do eu. Em “De nossos antecedentes”, Lacan afirma que sua teoria do eu se fundamenta em dois elementos da teorização freudiana do eu: a imagem do próprio corpo e a teoria das identificações (LACAN, 1966). Na época do artigo sobre o estádio do espelho, a identificação é definida por Lacan como a transformação que sofre o sujeito pela assunção de sua imagem, identificação que configura a forma mesma da causalidade psíquica. Causalidade é um termo que reaparece em Lacan e que sofrerá uma virada quando a identificação fundante do sujeito se situa no nível do objeto (a), definido como objeto causa do desejo. A assunção da imagem fornece uma unidade ortopédica à incoordenação motora que caracteriza o humano. A imagem é assumida com júbilo, com alegria, e dá ao sujeito uma primeira imagem alienada e totalizante,

prematura da unidade. Alienação é outro termo que mudará em Lacan; a alienação especular, a alienação a imagem, será substituída em sua posição fundante pela alienação estrutural na cadeia significante.

Lacan afirma no *Seminário livro 10: A angústia* que “a conquista freudiana nos ensina, por sua vez, que o inquietante é que, no irreal, é o real que os atormenta”, e não é por acaso que, embora essa tese – imagem corporal: uma abordagem clínica – vise demonstrar essa problemática, é a inquietante dimensão do real que se apresenta como pano de fundo de cada caso clínico. Contudo, não considero um erro metodológico que a problemática do real não ocupe posição de destaque, pois o que as elaborações de Lacan nos ensinam é que a imagem é o véu da castração. As produções sintomáticas que se manifestam no nível do corpo, por vezes, são tentativas ou soluções de cada sujeito para lidarem com o real que os atormenta.

Em *O seminário sobre A carta roubada* Lacan diz que a insistência da cadeia significante esboça uma nova forma de objeto, o objeto perdido, objeto impossível de se reencontrar, o qual se relaciona com a repetição. A repetição e o objeto perdido, sua busca, já estão mais além do imaginário e o determinam. Esse objeto é impossível de se reencontrar, visto que por definição está perdido (RABINOVICH, 1983 [2007]).

O neurótico se serve de sua fantasia de forma inteiramente particular e ela está inteiramente situada no lugar do Outro, e é via fantasia que o neurótico se defende da angústia e a encobre. Nesse sentido, o neurótico transporta para o Outro a função do objeto *a* – o que se define como demanda –, de forma que deseja que lhe peçam alguma coisa. E é na medida em que não lhe pedem nada que se instaura a dialética da frustração – agressão/regressão, sendo que a dimensão da agressividade entra em jogo para repor a questão do eu, inerente à imagem especular. O sujeito tem que esgotar sua raiva contra a imagem por uma sucessão de demandas que modula a regressão. Tal

como na análise, é à medida que se esgotam as demandas até a “demanda zero” que se revela a relação do sujeito com a castração (LACAN, 1962, p. 6-63).

A questão da sexualidade surge tal como os impasses das mudanças físicas que transformam o corpo na puberdade para o sujeito adolescente. Gê inscreve impasses na sua relação com a mãe, e sua resposta via sintoma anoréxico se inscreve como uma forma de apagar as formas femininas que se inscrevem na superfície do corpo.

É via linguagem que o sujeito pode apropriar-se do seu corpo. Reconstruir um sentido via rede de significantes, o que possibilita tratar a fixação de gozo por uma via da simultaneidade, pois o tratamento do simbólico tem efeitos no imaginário e no real e possibilita a unidade corporal. É via o resgate do ser, pois, o que se inscreve como significante, como inconsciente, predomina sobre a existência do ser. Então, ao tratar sua posição no discurso do Outro, as formas como é falado pelo outro e os efeitos do falasser sobre o corpo biológico, o sujeito pode localizar sua posição de gozo.

A partir do caso de Ismênio, um jovem que diante da certeza delirante de que seu corpo poderia se transformar em um corpo de mulher, Ram Mandil indaga se uma das questões centrais das anorexias e bulimias não seria a recusa a feminização do corpo; mais do que pensar a anorexia e bulimia pela via dos transtornos da imagem corporal? Certamente, evidencia-se nos casos clínicos a vertente dos impasses da sexuação feminina. Pois, de forma freudiana, o segredo do feminino é a castração. Então, o corpo magro anoréxico seria uma forma de o sujeito defender-se da feminização? (MANDIL, 2010).¹² Formulo que a imagem corporal e a problemática do feminino não são pontos excludentes, tal como nos demonstram tanto o caso de Bê como o de Ismênio.

¹² Formulações de Ram Avraham Mandil, a partir do exame de pré-defesa da presente tese.

Bê, tal como várias anoréxicas, se vê às voltas com a questão da sexualidade feminina. Freud nos propõe levar em conta o que precede a entrada no Édipo: a intensidade e a duração do amor pela mãe. “Encontramos na pré-história edipiana das meninas a fantasia de sedução, mas o sedutor, regularmente, é a mãe. (...) Há exclusividade da ligação com a mãe, com negligência completa do objeto-pai”(FREUD, 1931, p. 149). A passagem à feminilidade está ligada a uma renúncia, ao abandono da crença no falo da mãe, na mãe onipotente, e ao recalque da atividade fálica. Tendo dirigido seu amor a uma mãe fálica, com a descoberta de que a mãe é castrada, torna-se possível para a menina abandoná-la como objeto de amor. Do reconhecimento da castração da mãe ao interesse que o pai representa agora, elabora-se uma dupla renúncia: ao gozo fálico e à fantasia de possuir o órgão. Essa dissolução desse primeiro laço passional com a mãe, misturado de ódio e amor, irá possibilitar a constituição do pai como objeto sexual. E será a partir do lugar que a menina ocupa no desejo do pai que a menina irá aceder à feminilidade. Então, a menina tem que realizar uma dupla renúncia: ao gozo fálico e à fantasia de possuir o órgão. Aqui, o ponto crucial em relação à anorexia é o ponto de renúncia ao gozo fálico. Pois o sujeito está encarcerado no gozo do corpo imaginário, o que o impossibilita de construir um ponto de fixação do gozo fálico fora do corpo.

No ato bulímico a imagem do corpo, o amor narcísico é sacrificado ao gozo oral, o que se tem é o apagamento do sujeito. O objeto oral é utilizado para servir de tampão ao (-φ) da castração. E nas anorexias, quase sempre, o que está em jogo é a dimensão do objeto nada, a desfalicização do corpo. Há nesses sintomas o privilégio do registro do ato, da convocação do corpo, que por vezes supõe uma precariedade do registro simbólico, uma tentativa de apagamento da dimensão subjetiva, que evidencia a posição singular de cada sujeito.

Em suma, o sujeito se encontra face ao não reconhecimento da imagem especular, algo que não é reconhecido como especularizável pelo sujeito, não é passível de ser proposto ao reconhecimento do outro. O sujeito é capturado por essa vacilação, por essa experiência despersonalizante, cuja saída é a passagem ao ato que se inscreve na dimensão do deixar cair, daquilo que é resto, o sujeito sai da cena (LACAN, 1962, p. 128-145). Na psicose, no instante da passagem ao ato o sujeito se depara com uma não função da cena fantasmática, uma não ancoragem da cena, no objeto *a*, é o sujeito que cai, como puro objeto real. Enfim, as estabilizações imaginárias ou uma metáfora delirante que estabiliza o sujeito cai e ele passa ao ato, na tentativa de inscrever no real uma distância mínima entre o eu e o outro. Por outro lado, a clínica do *acting out* coloca em jogo a questão do objeto, por isso não se trata de intervirmos no sentido de um fortalecimento ou não do ego. O *acting out* articula-se à cena analítica, coloca em jogo o que não pode ser dito, não por um déficit do simbólico, mas por questão de estrutura (RUBISTEIN, 1993, p. 32-38). Sabe-se que o *acting out* é dirigido ao outro, e a “passagem ao ato”, como o instante em que o sujeito se coloca no lugar de puro objeto.

A extração do objeto articula-se aos efeitos do significante sobre o corpo. O simbólico tem valor de simbólico distinto dos efeitos imaginários. A estruturação da cadeia significante apenas se deu porque houve a extração do objeto. O simbólico dá sustentação para o imaginário, então ao tentarmos demonstrar que o significante tem efeitos sobre o corpo ressalta-se que a constituição do simbólico tem efeitos sobre o imaginário.

Em suma, esta tese é a demonstração de que a linguagem via significantes se inscreve como uma rede simbólica que tem efeitos constitutivos sobre a estrutura da vida psíquica. E, esses efeitos da linguagem se manifestam no nível do corpo como sintoma, um modo de resposta à problemática do processo constitutivo do eu e do

sujeito. A questão da imagem deve de ser abordada via os movimentos possíveis de um caleidoscópio que nos remete à questão do belo, ou *Kalos* + a forma *eidos* + *Skopein* “olhar”, pontos fundamentais que definem em cada caso as soluções encontradas por cada sujeito para velar o encontro com o real da castração.

Referências bibliográficas:

Introdução:

ALVARENGA, Marle dos santos; PHILIPPI, Sonia Tucunduva; LOURENÇO, Barbara; SATO, Priscila de Moraes; SCAGLIUSI, Fernanda Baeza. Insatisfação com a imagem corporal em universitárias brasileiras. *J. Bras. Psiquiatria*, 59 (1): 44-51, 2010.

ALVES, Emilaura; VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de; CALVO, Maria Cristina Marino; NEVES, Janaina das. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*; 24(3): 503-512, mar. 2008.

ANDRADE, Carlos Drummond de. Um escritor nasce e morre. 19. ed. In: _____. *Contos de aprendiz*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1981 [1951].

BIREME – Biblioteca Regional de Medicina: <<http://regional.salud.org>>. Acesso em:01/02/2011

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; LUIZ, Ronir Raggio; UCHIMURA, Kátia Yumi; OLIVEIRA, Fátima Palha de. Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de educação física. *J. Bras. Psiquiatria* [online]. 2008, v. 57, n. 1, p. 28-33.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; *et al.* Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. *J. Bras. Psiquiatria* [online]. 2006, v. 55, n. 2, p. 108-113.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; UCHIMURA, Kátia Yumi; RAGGIO, Luiz Ronir. Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de Psicologia. *J. Bras.*

Psiquiatria [online]. 2009, v. 58, n. 3, p. 150-155.

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde: <<http://regional.bvsalud.org>>. Acesso em: 01/02/2011

CARROL, Lewis. *Aventuras de Alice no país das maravilhas & Através do espelho e o que Alice encontrou por lá*. Trad. Maria Luiza Borges. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Edição digital. [1865]. 2010. 177 p.

KANNO, Patrícia; RABELO, Misael; MELO, Gislane Ferreira de; GIAVONI, Adriana. Discrepâncias na imagem corporal e na dieta de obesos. *Nutr*; 21 (4): 423-430, jul.-ago. 2008.

PRUZINSKY, T; CASH, T.F. Assessing body image and quality of life in medical settings. In T.F. CASH; PRUZINSKY. *Body Images: A handbook of theory, Research, and Clinical Practice* (p. 171-179). NY, Guilford Press.

CASTRO, Inês Rugani Ribeiro de *et al.* Imagem corporal, estado nutricional e comportamento com relação ao peso entre adolescentes brasileiros. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online]. v. 15, supl. 2, p. 3099-3108, 2010,

FIATES, GMR, SALLES, R. K. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitários. *Nutr*. 2001, v. 14, supl. S 3-6

FERMINO, Rogério César; PEZZINI, Mariana Ramos e REIS, Rodrigo Siqueira. Motivos para prática de atividade física e imagem corporal em frequentadores de academia. *Ver. Bras. Med. Esporte* [online]. 2010, v. 16, n. 1, p. 18-23.

HASS, Aline nogueira; GARCIA, Anelise Cristina Dias; BERTOLETTI, Juliana. Imagem corporal e bailarinas profissionais. *Rev. Bras. Med. Esporte* [online]. 2010, v. 16, n. 3, p. 182-185.

HOUAISS, A; VILLAR, M. *Dicionário eletrônico da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva (Windows 95, 98, ME, 2000, NT e XP).

LOPES, Ana Maria C. S.; FERREIRA, Roberto A.; SANTIAGO, Jésus. Psicopatologia da imagem corporal: causalidades e conseqüências. *Revista de Saúde Mental e Subjetividade*, UNIPAC, Ano VI, n. 11, p. 35-52, jul.-dez. 2008.

LOPES, Ana Maria C. S.; FERREIRA, Roberto A.; SANTIAGO, Jésus. Psicopatologia da imagem corporal na adolescência causalidades e conseqüências. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 19, n. 1, supl. 1, jan.-mar. 2009. *Anais*. Resumo, p. 37.

LOPES, Ana Maria C. S.; FERREIRA, Roberto A.; SANTIAGO, Jésus. Relato de caso: Munchausen por procuração ou folie à deux à luz da psicanálise. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 19, n. 1, supl. 1, jan-mar. 2009. *Anais*. Resumo. p. 65.

LOPES, Ana Maria c. S.; FERREIRA, Roberto A.; SANTIAGO, Jésus. O “Estudo de caso” como metodologia de pesquisa em Saúde Mental. *Revista da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro*, v. 11, n. 4, p. 86, 2008. Resumo.

MEIRELLES, Cecília. Retrato. In: _____. *Cecília de bolso*. CARPINEJAR, Fabrício (Org). Porto Alegre: L&PM POCKET, 2010. p. 29.

PEREIRA, Érico Felden *et al.* Percepção da imagem corporal de crianças e adolescentes com diferentes níveis socioeconômicos na cidade de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* [online], v. 9, n.3, p. 253-262, 2009.

RIBEIRO, Lena Guimarães; VEIGA, Glória Valeria da. Imagem corporal e comportamentos de risco para transtornos alimentares em bailarinos profissionais. *Rev. Bras. Med. Esporte* [online]. 2010, v. 16, n. 2, p. 99-102.

TRIBESS, Sheila; VIRTUOSO JUNIOR, Jair Sindra; PETROSKI, Édio Luiz. Estado nutricional e percepção da imagem corporal de mulheres idosas residentes no nordeste do Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online], v. 15, n. 1, p. 31-38, 2010.

VIEIRA, José Luiz Lopes; OLIVEIRA, Leonardo Pestillo de; VIEIRA, Lenamar Fiorese;

VISSOCI, João Ricardo Nickenig; HOSHINO, Elton Fernando; FERNANDES, Saulo Luders. Distúrbios de atitudes alimentares e sua relação com a distorção da auto-imagem corporal em atletas de judô do estado do Paraná. *Rev. Educ. Fís*; 17(2): 177-184, jul.-dez. 2006.

Capítulo 1: Imagem corporal: a investigação clínica propriamente dita

ALMEIDA, Graziela Aparecida Nogueira de; LOUREIRO, Sonia Regina; SANTOS, José Ernesto dos. A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliada através do desenho da figura humana. *Psicol. Reflex. Crit*; 15 (2): 283-292, 2002.

BRUYNE, P. HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. *Dinâmica da pesquisa nas ciências sociais: os pólos das práticas metodológicas*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

CAMPAGNA, Viviane Namur; SOUZA, Audrey Setton Lopes de. Corpo e imagem corporal no início da adolescência feminina. *Bol. Psicol*; 56 (124): 9-35, jan-jun. 2006.

CASH, T.F.; PRUZINSKY, T. Assessing body image and quality of life in medical settings. In T.F. CASH; PRUZINSKY. *Body images: A handbook of theory, Research, and Clinical Practice*. NY: Guilford Press, 2002. p. 277-286.

CAULLEY, D. N.; DOWDY, I. Evaluation case histories as a parallel to legal case histories. *Evaluation and Program Planning*, v. 10, p. 359-372, 1987.

DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4. ed. Texto revisado. *American Psychiatric Association*. Editora Artmed.

FENICHEL, O. Teoria psicanalítica das neuroses. Rio de Janeiro: Ateneu. 1945 [1981]. Citado por LOMBARDI, Gabriel. *Infortúnios Del acto analítico*. Buenos Aires: Atuel, 1993. p. 31-38.

FREUD, Sigmund. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1990. v. XVII. p. 275- 318. (Edição Standard Brasileira).

FERREIRA, RA. *A pediatria da UFMG: inserção na mudança do ensino médico implantado em 1975 e sua relação com o saber (paradigma científico) e a prática médica*. Tese. UFMG.

FREUD, Sigmund. (1914) Sobre o narcisismo: uma introdução. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1914. (Edição Standard Brasileira) v. XII.

FREUD, Sigmund. Além do princípio do prazer. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1920. (Edição Standard Brasileira). v. XVIII. p. 17-85.

GREENACRE, P. (1950). General problems of acting out. *Psychoanalytic Quarterly*, n. 19, p. 455-467.

HOUAISS, A; VILLAR, M. *Dicionário eletrônico da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva (Windows 95, 98, ME, 2000, NT e XP).

LACAN, Jacques. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, J. (1936) O estádio do espelho como formador da função do eu. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

MÈREDIEU, Florence de. *O desenho infantil*. São Paulo: Cultrix, 1974.

MINAYO, Maria C. S. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo – Rio de Janeiro, HUCITEC – ABRASCO.

LOMBARDI, Gabriel (Org.). *Infortúnios Del acto analítico*. Buenos Aires: Atuel, 1993.

PERES, Rodrigo Sanches; SANTOS, Manoel Antonio dos. Contribuições do desenho da figura humana para avaliação da imagem corporal na anorexia. *Medicina* (Ribeirão Preto); 39 (3): 361-370, jul.-set.2006.

RANK, Otto. *Don Juan et le double*. Études psychanalytiques. (1914). 1922. Paris: Payot, 1932. 196 p.

RUBISTEIN, Adriana. Acerca Del comentário de Lacan ao artículo de Greenacre: problemas generals Del acting out. In: _____. *Infortúnios Del acto analítico*. Buenos Aires: Atuel, 1993. p. 31-38.

ROZA, E.S. *Quando brincar é dizer*. Rio de Janeiro: Contracapa, 1993. p. 145.

SAUR, Adriana Martins; PASIAN, Sonia Regina; LOUREIRO, Sonia Regina. Desenho da figura humana e a avaliação da imagem corporal. *Psicol. Estud*; 15 (3): 497-507, p. 497-507. 2010.

SORIA, N. *Psicoanálisis de la anorexia y la bulimia*. Buenos Aires: Tres Haches, 2000. 127 p.

STERN, A. Une grammaire de l'art enfantin. [S.1]: [s.n], 1966. Citado por MÈREDIEU, Florence de. *O desenho infantil*. São Paulo: Editora Cultrix, 1974.

WALLON, Henri. (1930), De l'image au réel dans la pensée de l'enfant. *Revue Philosophique*, Paris, 5-6, p. 446-458.

_____. (1931) Comment se développe chez l'Enfant la notion du corps propre. *Enfance*, Paris, spécial Henri Wallon, p. 111-120, 1959-1963.

YIN, R. K. (1981a). The case study as a serious research strategy. *Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization*, 3, p. 97-114.

YIN, R. K. (1981 b). The case study crisis: Some answers. *Administrative Science Quartely*, 26, p. 58-65.

YIN, R. K. (2005) *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman. 212 p.

Capítulo 2: Percurso e histórico e preliminares a questão da imagen corporal.

CID-10. *Classificação dos transtornos mentais da CID-10: descrições clínicas e diretrizes*

diagnósticas. Organização Mundial da Saúde (Coord.). Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4. ed. Texto revisado. American Psychiatric Association. Porto Alegre: Artmed.

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 36.

FLEXNER (1910, 1927). *Informe Flexner*. Citado por FERREIRA, R.A. p. 285-288.

FLEXNER, A. *Medical Education in the United States and Canada*. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. 1910 (Bulletin, 4) .Citado por FERREIRA, R.A. p. 285-288.

FREUD, S. Reflexões para o tempo de guerra e morte. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1915. v. XIV. p. 311-344. (Edição Standard Brasileira).

JACOB, François. *A lógica da vida: uma história da hereditariedade*. Rio de Janeiro: Graal, [(1970) (1983)]. p. 207.

LACAN, Jacques. *O seminário, livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise (1954-1955)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.p.97.

LACAN, J. (2003 [1967]). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: _____. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 357.

LACAN, J. *O seminário, livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise (1954-1955)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

LACAN, J. *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente (1957-1958)*. Jacques Lacan; texto estabelecido por Jacques-Alain Miller. Trad. Vera Ribeiro; Rev. Marcus André Vieira. Rio

de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

LACAN, J. (2003 [1970]). Radiofonia. In: _____. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 406.

LACAN, Jacques. *O seminário, livro 5: As formações do inconsciente (1957-1958)*. Jacques Lacan; texto estabelecido por Jacques-Alain Miller. Trad. Vera Ribeiro; Rev. Marcus André Vieira. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

LACAN, J. Joyce, o Sintoma. In: _____. *Outros escritos / Jacques Lacan*. Trad. Vera Ribeiro; versão final Angelina Harari e Marcus André Vieira; preparação do texto André Telles]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

LACAN, Jacques (1964). Do “Trieb” de Freud e do desejo do psicanalista. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, Jacques. (1964). Posição do inconsciente. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, Jacques. *O seminário, livro 20: Mais, ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

LACAN, Jacques. *O seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964)*: Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

MILLER, J. A. Biologia lacaniana e acontecimentos de corpo. *Opção Lacaniana*, São Paulo, Edições Eólia, n. 41, p. 7-67, 2004.

MILLER, J. A. A imagem do corpo em psicanálise. *Opção Lacaniana*, São Paulo, Edições Eólia, n. 52, p. 17-27, 2008.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; ROS, Marco Aurélio da. O Relatório Flexner para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação médica*, 32(4): 492-499, 2008.

- MAYR, Ernst. *O que é a evolução?* Trad. Ronaldo Di Biasi. ROCCO, 2009. 342 p.
- MAYR, Ernst. *Biologia, ciência única: reflexões sobre a autonomia de uma disciplina científica.* Trad. Marcelo Leite. São Paulo: Companhia das Letras. 2005.
- MORA, J. Ferrater. Dicionário de filosofia. São Paulo: Loyola. 2001. Tomo I. p. 88-89.
- MORA, J. Ferrater. *Dicionário de filosofia.* São Paulo: Edições Loyola, 2001. Tomo II. p. 584-589.
- SANTIAGO, J. Las palabras y los corpos. Nuevas intervencioones sobre el cuerpo. *Mediodicho.* Revista de Psicoanálisis n. 33, abr. 2008.
- OLBY, Robert. Quiet debut for the double helix. *Nature*, v. 421, p. 402-405, 2003.
- SICARD, Didier; HADDAD, Gerard. *Hippocrate et le scanner: réflexion sur la médecine contemporaine.* Paris: DDB. 1999. p. 171.
- SICARD, Didier. *La médecine sans le corps, une nouvelle réflexion éthique.* Paris: Plon, 2002. 280 p.
- WATSON, J. D.; CRICK. H. C. Molecular Structure of Nucleic Acids. Reprinted from *Nature*, Apr. 25, v. 171, p. 737-738, 1953. *Resonance: Journal of Science Education*, v. 9, n. 11, p. 96-98, nov. 2004.

Capítulo 3: A questão da imagem corporal em psicanálise

- LACAN, J. Joyce. O sintoma. In: _____. *Outros escritos / Jacques Lacan.* Trad. Vera Ribeiro. Versão final Angelina Harari e Marcus André Vieira. Preparação do texto André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, [1979] 2003.
- LACAN, Jacques, O seminário, livro 5; as formações do inconsciente (1957-1958). Jacques Lacan; texto estabelecido por Jacques-Alain Miller. Trad. Vera Ribeiro; Rev. Marcus André

Vieira. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

LACAN, J. Joyce. O sintoma. In: _____. *Outros escritos* / Jacques Lacan. Trad. Vera Ribeiro; versão final Angelina Harari e Marcus André Vieira; preparação do texto André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

LACAN, J. *O seminário, livro 4: A relação de objeto, 1956-57*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

LACAN, J. *O seminário, livro 23: O sintoma, 1975-1976*. Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller. Trad. Sergio Laia. Rev. André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem (1966) [1998]. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, J. (1936) O estádio do espelho como formador da função do eu. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

MANTOVANI, R. M.; CHAGAS, A. J. Genitália. MARTINS, Maria Aparecida *et al.* *Semiologia da criança e do adolescente*. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. 608 p.

MILLER, J. A. A imagem do corpo em psicanálise. *Opção Lacaniana*, São Paulo, Edições Eólia, n. 52, p. 17-27, 2008.

MILLER, J. A. Biologia lacaniana e acontecimentos de corpo. *Opção Lacaniana*, São Paulo, Edições Eólia, n. 41, p. 7-67, 2004.

SANTIAGO, J. Las palabras y los corpos. Nuevas intervencioones sobre el cuerpo. *Mediodicho*. Revista de Psicoanálisis n. 33, abr. 2008.

WALLON, Henri. *As origens do caráter na criança: os prelúdios do sentimento de personalidade*. São Paulo: Difusão Europeia do livro, (1934) [1971]. 256 p.

Capítulo 4: A clínica da imagem especular: fenômeno e estrutura

CID-10. Classificação Internacional de Doenças. 1990. Artmed.

DSM-IV-TR. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4. ed. Texto revisado. American Psychiatric Association. Editora Artmed.

CHENIAUX, E. *Manual de psicopatologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FREUD, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974. (Edição Standard Brasileira).

FREUD, S. Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1990. v. XII. (1911). (Edição Standard Brasileira).

FREUD, S. Sobre o narcisismo uma introdução. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1990. v. XIV. (1914). (Edição Standard Brasileira).

FREUD, S. Conferências introdutórias sobre a psicanálise. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1990. Parte III. v. XVI. (1917). (Edição Standard Brasileira).

FREUD, S. O ego e o id. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1990. v. XIX. (1923). (Edição Standard Brasileira).

FREUD, S. O estranho. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1990. v. XVII. (1919). (Edição Standard Brasileira).

LACAN, J. *O seminário, livro 3: As psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, (1955-56) [1985].

366 p.

LACAN, J. (2003 [1967]). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: _____. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 357.

LACAN, J. O seminário sobre A carta roubada. [1955-1957]. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, J. *O seminário, livro 11*. [1964]. Rio de Janeiro: J.Z.E, 1986. 270 p.

LACAN, J. O seminário, *livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. J.Z.E. Rio de Janeiro: [1978 (1985)]. 413 p.

LACAN, J. O seminário, *livro 10: O seminário10, A angústia*. [1962-63 (2005)]. Rio de Janeiro: J.Z.E. 367 p.

TROUVÉ, Simone; BERNARD, Paul. *Sémiologie Psychiatrique*. Paris: Masson, 1977. 260 p.

RABINOVICH, Diana. *La teoria del yo en la obra de Jacques lacan*. Fundacion del campo freudiano en Argentina. Ediciones Manantial. 1984. 89 p.

Capítulo 5: A imagem do corpo na anorexia e na bulimia

CAMPBELL, R. J. Dicionário de psiquiatria. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

CID-10. *Classificação dos Transtornos Mentais da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Organização Mundial da Saúde (Coord.). Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993

CHENIAUX, E. *Manual de psicopatologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

FERREIRA, Roberto Assis; AMARAL, Tatiana Mattos. Anorexia e Bulimia: um transtorno alimentar: não se trata disso. *Revista Médica de Minas Gerais*, 18, 4, supl. 1, S5-S12, nov. 2008.

FERREIRA, Roberto Assis; FERREIRA, Beatriz, E. S. N. O lugar do médico e seus impasses a partir da clínica contemporânea da anorexia e bulimia. Tese de Doutorado. UFMG. 2008. p. 227-228. <<http://hdl.handle.net/1843/ECJS-7KVE-JO>>. Acesso em: 19 nov. 2010.

FERREIRA, Roberto Assis; SILVA, Ana Raquel, C. Anorexia e bulimia nervosa: um estudo de casos graves à luz da psiquiatria e da psicanálise. Dissertação (Mestrado) – UFMG, Belo Horizonte, 2008. <<http://hdl.handle.net/1843/ECJS-7JRPAC>>. Acesso em: 19 nov. 2010.

FREUD, Sigmund. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1990. (Edição Standard Brasileira).

_____. (1911-1913). *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia*. v. XII, p. 15-108 .

_____. (1922). *Certos mecanismos neuróticos no ciúme, na paranóia e no homossexualismo*. v. XVIII.

KAPLAN. SADOCK. GREBB. *Compêndio de psiquiatria*. Ciência do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1977. p. 102-103, 470.

LACAN, J. *Os complexos familiares*. Trad. Marco Antônio Coutinho Jorge. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, (1938) [1985]. 92 p.

LACAN, J. A Direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: _____. *Escritos*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998 (1958). p. 591-652.

MAAKAROUN, M, F. *et al.* Desenvolvimento mamário e afecções da mama na adolescência. In: _____. *Tratado de adolescência: um estudo multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1991.

MAZZUCA, R. Fenômenos elementares. In: _____. *Las psicosis [fenômeno y estrutura]*. Buenos Aires: Berggasse, 2004. p. 203-208.

MILLER, J. A. Biologia lacaniana e acontecimentos de corpo. *Opção Lacaniana*, São Paulo, Edições Eólia, n. 41, p. 7-67, 2004.

MILLER, J. A. A imagem do corpo em psicanálise. *Opção Lacaniana*, São Paulo, Edições Eólia, n. 52, p. 17-27, 2008.

NOBRE, M. E.; CABRAL, M. D. Transtornos alimentares. In: GAMA FILHO, Leonardo (Org.). *De mal com o espelho: o Transtorno Dismórfico Corporal*. Rio de Janeiro: TSOMKT, 2007. 154 p.

SORIA, N. *Psicoanálisis de la anorexia y la bulimia*. Buenos Aires: Tres Haches, 2000. 127 p.

WEISMANN, A. Essais sur l'herédité. Paris, 1892. p. 176. Citado por Jacob, F. *A lógica da vida uma história da hereditariedade*. Citado por JACOB, François. *A lógica da vida: uma história da hereditariedade*. Trad. Angela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983. Traduzida de *La logique du vivant*. Paris: Editions Gallimard, 1970. Rio de Janeiro: Graal, [(1970) (1983)]. p. 207.

Capítulo 6: A imagem corporal e as patologias do ato

CLAUDE, H. MIGNAULT, J. LACAN, J. *Folie simultanée: Société médico-psychologique*, 21 de maio 1931.

FENICHEL, O. *Teoria psicanalítica das neuroses*. Rio de Janeiro: Ateneu. 1945 [1981]. Citado por LOMBARDI, Gabriel. *Infortúnios Del acto analítico*. Buenos Aires: Atuel, 1993. p. 31-38.

LACAN, J. *O seminário, livro 23: O sintoma*. 1975-1976. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, (2007).

LACAN, J. *O seminário, livro 10: A angústia*. 1962-1963. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, (2005).

_____. *O seminário, livro 3: As psicoses (1955-56)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: JZE, 1998.

LACAN, J. (1966, p. 560. Nota de rodapé acrescida a Lacan (1955-1956). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro JZE, 1998. p. 541-542.

LACAN, J. (1950) Formulações sobre a causalidade psíquica. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro JZE, 1998.

_____. (1955). “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose.” In: *Escritos*. Rio de Janeiro JZE, 1998.

LACAN, Jacques. *Os complexos familiares* (1938). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1984.

LACAN, Jacques. (1949). O estágio do espelho como formador da função do eu. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

MONAKOW, Von. Introduction biologique à la neurologie pathologique, Alcan. 1928. In: LACAN, J. *Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade* (1932). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

MAZZUCA, Roberto y cols. *Las psicosis [fenômeno y estructura]*. 2. ed. 3. reimp. Buenos Aires: Berggasse 19, 2004. 254 p.

POSSATI-Resende J C; OLIVEIRA,LR.; TEODORO, LGVL.,SANTIAGO, LB. Pelagra endógena e ataxia cerebelar sem aminuacidúria. Doença de Hartnup? *R.Bras. Dermatol.* 2006; 81 (5): 461-464.

RUBISTEIN, Adriana. Acerca Del comentário de Lacan ao artículo de Greenacre: problemas generals Del acting out. In: _____. *Infortúnios Del acto analítico*. Buenos Aires: Atuel, 1993. p. 31-38.

Referências bibliográficas gerais

LACAN, Jacques. *Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade* (1932). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

LACAN, Jacques. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. 1966 (1998). A ciência e a verdade. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: J.Z.E, 1998. p. 869.

_____. (1950) Formulações sobre a causalidade psíquica.

_____. *O seminário, livro 1: Os escritos técnicos de Freud (1953-1954)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1979.

ALLOUCH, J. Sur l'introduction du Lui en psychanalyse et son articulation à la fonction paternelle. Une femme a du letaire. *Litoral*, n. 11-12, fev. 1984, Ed. Érès.

_____. *Marguerite ou Aimée de Lacan*. Companhia de Freud, 1997. 575 p.

ALVARENGA, Elisa. *O supereu e o Nome-do-pai*. Papers do Comitê de Ação da Escola Una de 14/19/2004, n. 1. Nueva Série.

BENETI, Antonio. Syster my sister: o filme sobre o duplo crime das irmãs Papin. *EBP, Curinga*, p. 73-79.

BENETI, Antonio. Kakon e passagem ao ato na psicose. *Curinga*, Belo Horizonte, p. 89-91 set. 1996.

CLÉRAMBAULT, G.G. Definição do automatismo mental. (1924). A clínica da Psicose: Lacan e a psiquiatria. v. 1: os fenômenos elementares. *Tempo Freudiano*. Rio de Janeiro, 2004. p. 193-196.

CHOURAQUI-SEPEL, Colete. Christine Papin et son chapelet de femmes idéales. *Cause freudienne*, n. 20, p. 86.

DUPRÈ. *La solution du passage à l'acte; Le double crime des soeurs Papin*. Toulouse: Littoral, Fabrique du Cas. Érès, 1984.

_____. (1922) Certos mecanismos neuróticos no ciúme, na paranóia e no homossexualismo. v. XVIII.

SAUSSURE, F. *Curso de linguística geral*. São Paulo: Cultrix, 1970.

MORRIS, C. *Signs, language and behavior*. New York: G. Brazillan, 1946.

CAMPBELL, R. J. *Dicionário de psiquiatria*. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

LACAN, J. (1966) [1998]. Função e campo da fala e da linguagem. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

PONTY, M. M. *Fenomenologia da percepção*. Trad. Carlos Alberto Ribeiro de Moura. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, (1945) [1999].

Artigos de revistas científicas

BROWN, T. A; CASH, T. F; MIKULKA PJ. Attitudinal body-image assessment: factor analysis of the Body-Self Relations Questionnaire. *J Pers Assess*; 55(1-2): 135-44, 1990.

CORDÁS TA, Neves JEP. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. *Rev. Psiq. Clin.* 1999; 26:41-8.

CORDÁS TA, Hpchgraf PB. O "BITE": instrumento para avaliação da bulimia nervosa versão para o português. *J. Bras. Psiquiatr*, 1993, 42:141-144.

FICHTER, M.M.; ELTON, M.; ENGEL, K.; MEYER, A.E.; Mall, H.; POTSKA, F. - Structured Interview for Anorexia and Bulimia Nervosa (SIAB): Development of a New Instrument for the Assesment of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 10: 571-592, 1991.

COOPER. P, Taylor MJ, COOPER Z, Fairburn CG. The development and validation of the

- Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 1987; 6:485-94.
- GAMA FILHO, Leonardo. *De mal com o espelho: o transtorno dismórfico corporal*. Rio de Janeiro: AC farmacêutica/SOMKT, 2007. 154 p.
- GARNER, D.M. Eating Disorders Inventory-2. *Psychological Assesment Resources*, 1991.
- GARNER, David M., GARFINKEL, Paul E. The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 1979, 9, 273-279.
- GARDNER, R. M.; FRIEDMAN, B. N. & JACKSON, N. A. (1998) Methodological concerns when using silhouettes to measure body image. *Perceptual and Motor Skills*, 85, 387-395.
- Citado por Campana, Angela N. N. B.; Campana, Matheus B.; Tavares, Maria da Consolação G.C.F. escalas para avaliação da imagem corporal nos transtornos alimentares no Brasil. *Avaliação Psicológica*, 8 (3), p. 437-446, 2009.
- GROSS, J.; ROSEN, J.C.; LEITENBERG, H.; WILLMUTH, M.E. Validity of the Eating Attitudes Test and the Eating Disorders Inventory in Bulimia Nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54: 875-876, 1986.
- ROSEN, J. C; JONES, A.; RAMIREZ, E.; WAXMAN, S. Body Shape Questionnaire: studies of validity and reliability. *Int. J. Eat Disord*; 20 (3): 315-319, Nov. 1996.
- ROSEN J.C., Reiter J, OROSAN P. Assessment of body image in eating disorders with the body dysmorphic disorder examination. *Behaviour Research and Therapy*, 1995 Jan, v. 33, p. 77-84.
- WILLIAMSON, D.A. Assesment of Eating Disorders: Obesity, Anorexia and Bulimia Nervosa. *Pergamon Press*, New York, 29-79, 1990.
- STUNKARD A, Sorensen T, SCHULSINGER F. Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. In: Kety *et al.* (Editors). The genetics of neurological and

psychiatric disorders. *Raven Press*, New York, 1983.

THIBIERGE, Stéphane. *L' image et le double; La fonction spéculaire en pathologie*. Paris: Érès, 1999. 220 p.

MAZZUCA, Roberto y cols. *Las psicosis [fenômeno y estructura]*. 2. ed. 3. reimp. Buenos Aires: Berggasse 19, 2004. 254 p.

TROUVÉ, Simone; BERNARD, Paul. *Sémiologie Psychiatrique*. Paris: Masson, 1977. 260 p.

LOPES, Ana Maria Costa da Silva. *Duplo: A supremacia do imaginário nos primórdios das elaborações lacanianas sobre a paranóia*. Dissertação (Mestrado) – Belo Horizonte: FAFICH/UFMG. 10 abr. 2006.

RABINOVICH, Diana. *La teoria del yo en la obra de Jacques Lacan*. Fundacion del campo freudiano en Argentina. Ediciones Manantial, 1984. 89 p.

SAUSSURE, F. *Curso de linguística geral*. São Paulo: Cultrix, 1970.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FREUD, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974. (Edição Standard Brasileira).

FREUD, S. Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XII. (1911). (Edição Standard Brasileira).

FREUD, S. Sobre o narcisismo uma introdução. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XIV. (1914). (Edição Standard Brasileira).

FREUD, S. Os instintos e suas vicissitudes. In: _____. *Obras psicológicas completas de*

Sigmund Freud. v. XIV (1915). (Edição Standard Brasileira).

FREUD, S. Luto e melancolia. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XIV (1915). (Edição Standard Brasileira).

FREUD, S. Conferências introdutórias sobre a psicanálise. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974. Parte III. v. XVI. (1917). (Edição Standard Brasileira).

FREUD, S. O ego e o id. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XIX. (1923). (Edição Standard Brasileira).

FERREIRA, Roberto Assis; AMARAL, Tatiana Mattos. Anorexia e Bulimia: um transtorno alimentar: não se trata disso. *Revista Médica de Minas Gerais*, 18, 4, supl. 1, S5-S12, nov. 2008.

FERREIRA, Roberto Assis; FERREIRA, Beatriz, E. S. N. *O lugar do médico e seus impasses a partir da clínica contemporânea da anorexia e bulimia*. Tese de Doutorado. UFMG. 2008. p. 227-228. <<http://hdl.handle.net/1843/ECJS-7KVE-JO>>. Acesso em: 19 nov. 2010.

FERREIRA, Roberto Assis; SILVA, Ana Raquel, C. *Anorexia e bulimia nervosa: um estudo de casos graves à luz da psiquiatria e da psicanálise*. Dissertação (Mestrado) – UFMG, Belo Horizonte, 2008. <<http://hdl.handle.net/1843/ECJS-7JRPAC>>. Acesso em: 19 nov. 2010.

LACAN, J. A Direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: _____. *Escritos*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998 (1958). p. 591-652.

MILLER, J. A. Biologia lacaniana e acontecimentos de corpo. *Opção Lacaniana*, São Paulo, Edições Eólia, n. 41, p. 7-67, 2004.

MILLER, J. A. A imagem do corpo em psicanálise. *Opção Lacaniana*, São Paulo, Edições Eólia, n. 52, p. 17-27, 2008.

NOBRE, M. E.; CABRAL, M. D. Transtornos alimentares. In: GAMA FILHO, Leonardo

(Org.). *De mal com o espelho: o Transtorno Dismórfico Corporal*. Rio de Janeiro: TSOMKT, 2007. 154 p.

E. B. P. *A imagem rainha – as formas do imaginário nas estruturas clínicas e na prática psicanalítica*. Rio de Janeiro: Sette Letras, 1995.

E. C. F. Images indélébiles. La cause freudienne. *Revue de Psychanalyse*, n. 30. 148 p., maio 1995.

FREUD, Sigmund. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1990. (Edição Standard Brasileira).

_____. (1911-1913). Sobre os mecanismos neuróticos no ciúme, na paranóia e na homossexualidade.

GUIRAUD. Les meurtres immotivés. *Evol. Psych*, 2^a série, mar. 1931.

JALLEY, Émile. *Freud Wallon Lacan L'enfant au miroir*. E.P.E.L. 1998. 392 p.

LACAN, Jacques. Motifs du crime paranoïaque: le crime des soeurs Papin. *Revue le Minotaure*, n. 3 déc. 1933.

LACAN, J. CLAUDE, H. MIGNAULT, J. *Folie simultanée: Société Médico-Psychologique*, 21 maio 1931. p. 48-70.

LACAN, Jacques. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. (1936) Para além do princípio da realidade.

_____. (1945) O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada.

_____. (1948) A agressividade em psicanálise.

_____. (1955-56). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. p. 541-542.

LACAN. Duas notas sobre a criança. Trad. Ana Lydia Santiago. *Opção Lacaniana*. Revista

brasileira internacional de psicanálise, São Paulo, n. 21, p. 5-6, abr. 1998.

LACAN, J. De um discurso que não seria do semblante. *Publicação Interna da Associação Freudiana Internacional*, p. 5-13, 1995/1996.

LAURENT, Eric. La Psychose chez l'enfant dans l'enseignement de Jacques Lacan. Quarto, IX, 1982. p. 3-19.

_____. *Estabilizações na psicose*. Buenos Aires: Siglo Veinteuno, 1987.

MATTÉI, J.F. Etranger et le Simulacre. Épiméthée. Puf. p. 73-145.

MILLER, J. Concepto del acto en Lacan. *Revista Del Cercle Psicoanalític de Catalunya*, n. 6, 3-11, oct. 1988.

MILLER, J.A. *Percurso de Lacan*. Uma Introdução. 2 ed. Rio de Janeiro: JZE, 2002, p. 7-26.

MILLER, J.A. Prefácio. In: TENDLARZ, Silvia. *Aimée con Lacan*. Buenos Aires: Le Lugar Editorial, p. 1-11.

MILLER, J. A imagem rainha. In: _____. *Lacan elucidado*. Rio de Janeiro: JZE, 1997. p. 575-598.

MILLER, J. “De la naturaleza de los semblantes”. 1991-1992. p. 10-12, 113-123.

MON, Martha. O homem da areia ou o espanto se introduziu em sua vida. Do original: “El Hombre de arena o el espanto se introdujo en su vida”. Trad. Paloma Vidal. In: CONSENTINO, Juan Carlos (Org.). *O estranho na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: [Contracapa](#), 2001.

PERNOT, Pascal. La théorie lacanienne de la psychose avant 1953. La cause freudienne. *Revue De Psychanalyse*, 4º trimestre de 2000.

RABINOVICH, Diana. El doble real, el fantasma y el deseo del Otro. In _____. La angustia y el deseo del Otro. 1993. p. 93-119. Manantial Estudios de Psicoanálisis. Buenos Aires, Argentina.

SANTIAGO, J. Inconsciente e sintoma: uma questão para os usos da letra, p. 225-226. In: _____. *O estilo na contemporaneidade*. Belo Horizonte: Faculdade de Letras das UFMG, 2005.

TENDLARZ, S; GOROG, F.; CHOURAQUI-SEPEL, C. Nouvelles considérations sur les Meurtres immotivés. *Nervure*, t. III, n. 6, sept. 1990.

TENDLARZ, Silvia. *Aimée con Lacan*. Buenos Aires: Le Lugar Editorial. 239 p.

TROBAS, Guy. La structuration de la réalité, son ratage, ses effets. Actes. *ECF*. n. 19, p. 43-50, nov. 1991. Lyon, maio 1991.

Dicionários

CHEMAMA, Roland. *Dicionário de psicanálise*. Porto Alegre. 1995. p.76.

HANNS, L. *Dicionário comentado do Alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

HOUAISS, A. E VILLAR, M. *Dicionário eletrônico da língua portuguesa*. Rio de Janeiro. Windows 95, 98, ME, 2000, NT e XP. Objetiva.

KRUTZEN, Henry. Jacques Lacan Seminaire 1952-1980 Index référetiel. *Antithropos*, 2000.

LAROUSSE. *Dicionário de psicanálise*. Artes médicas. 1995. 240 p.

MEILLET, A. *Dictionaire etymologique de la Langue Latine*. Histoire des mots. Paris: Libraire. C. Kline, 1951.

MORA, FERRATER, J. *Dicionário de filosofia*. Brasil, São Paulo: Edições Loyola, 2001. 3 v.

TOCHTROP, Leonardo. *Dicionário alemão-português*. 10. ed. Editora Globo. p. 113.

WAHRIG, Gerhard. Deutsches Wörterbuch. *Dicionário alemão-português*. p. 356.

FILOSOFIA

MORA, FERRATER, J. *Dicionário de filosofia*. Brasil, São Paulo: Edições Loyola, 2001. 3 v.

ROSSET, Clément. *O real e seu Duplo*. Ensaio sobre a ilusão. Trad. José Thomaz Brum. Porto Alegre: Artes Gráficas Guaru, 1988. 88 p.

METODOLOGIA

BECKER, H.S. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Hucitec, 1997.

BRITTEN, N. Qualitative research methods in general practice and primary care. *Fam. Pract.*, 12(1):104-14.

BRUYNE, P. *Dinâmica de pesquisa em Ciências Sociais*. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Cortez, 2000.

GIL, A.C. A entrevista (cap10). In: _____. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1991.

GOLDENBERG, M. *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Record, 1998.

HAGUETTE, T. M.F. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis: Vozes, 1990.

MUCCHELLI, R. *A entrevista não-diretiva*. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

MAINGUENEAU, D. *Novas tendências em análise do discurso*. Campinas: Pontes/UNICAMP, 1993.

THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez, 1998.

TURATO, E.R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-*

epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

Psiquiatria e Psicopatologia

CAMPBELL, R. J. *Dicionário de psiquiatria*. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

CHENIAUX, E. *Manual de psicopatologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

KAPLAN. SADOCK. GREBB. *Compêndio de psiquiatria*. Ciência do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1977. p. 102-103, 470.

MAZZUCA, R. Fenômenos elementares. In: _____. *Las psicosis [fenômeno y estrutura]*. Buenos Aires: Berggasse, 2004. p. 203-208.

CAMPBELL, R. J. *Dicionário de psiquiatria*. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

CHENIAUX, E. *Manual de psicopatologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

FILHO, Leonardo Gama. *De mal com o espelho: O transtorno dismórfico corporal*. Rio de Janeiro: AC farmacêutica/SOMKT. 007.154 p.

THIBIERGE, Stéphane. *L'image et le double; La fonction spéculaire en pathologie*. Paris: Érès, 1999. 220 p.

MORRIS, C. *Signs, language and behavior*. New York: G. Brazillen, 1946.

BERNARD, P.; TROUVÉ, S. *Semiologie psychiatrique*. Paris: Masson, 1976.

JASPERS, Karl. *Psicopatologia geral*. Psicologia compreensiva, explicativa e fenomenologia. V. 2. Atheneu (1913). 2ª edição brasileira, tradução da 9ª edição alemã. v. 1.p. 531. v. 2. p. 835-851.

KAPLAN. SADOCK. GREBB. *Compendio de psiquiatria*. Ciência do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1977. p. 102-103, 470.

LOUZÃ, Mario *et al.* *Psiquiatria básica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 13.

MAZZUCA Y COLS. *Las psicosis [fenômeno y estructura]*. Buenos Aires, 2004.

MAZZUCA, R. GODOY, C. SCHEJTMAN, F. ZLOTNIK, M. *Psicoanálisis y Psiquiatria: Encuentros y Desencuentros. Temas Introdutorios a la Psicopatología. Berggasse* 19. ediciones. p. 97-176.

MELO, Nobre de Melo. *Psiquiatria*. Psiquiatria clínica aplicações psiquiátrico-legais. Rio de Janeiro. 1979. p. 217-218. v. II.

MIRANDA, Sá Luiz Salvador. *Psicopatologia e Propedêutica* 1. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984. p. 314.

Teses, Dissertações e Projetos

DUTRA, Maria Cristina Bechelany. *As relações entre psicose e periculosidade: contribuições clínicas da concepção psicanalítica da passagem ao ato*. Dissertação de Mestrado – Orientador Dr. Jésus Santiago. Fafich/UFMG, 1999.

LOPES, S, C. Ana Maria. *Duplo: supremacia do imaginário nos primórdios das elaborações lacanianas sobre a paranóia*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Concentração em Estudos Psicanalíticos. Orientador Dr. Jésus Santiago, Fafich/UFMG, 2006. 132 p.

MELO, P, Marcelino. *Duplo Semelhança e dessemelhança, igualdade e diferença*. Dissertação de Mestrado em Artes Visuais. Concentração em Arte e tecnologia da imagem. Orientadora: Dra. Lucia Gouvêa Pimentel. Escola de Belas Artes da UFMG, 2004. 46 p.

SALIBA, Ana Maria Portugal Maia. *O vidro da palavra: O estranho como objeto-limite entre a literatura e a psicanálise*. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Letras (Estudos Literários) da Faculdade de Letras de Minas Gerais da UFMG, 2003. 242 p.

Parte III – Anexos

Trabalhos publicados ou aceitos para publicação, como parte da investigação teórico-clínica, e instrumentos metodológicos

Anexo 1 - Psicopatologia da imagem corporal: causalidades e consequências

Anexo 2: Resumo: *Psicopatologia da imagem corporal na adolescência: causalidades e consequências*

Anexo 3: Relato de caso: *Munchausen* por procuração ou *Folie à deux* à luz da psicanálise

Anexo 4: O estudo de caso como metodologia de pesquisa em Saúde Mental

Anexo 5: Pareceres de autorização da investigação e aprovação pelo Comitê de ética e pesquisa

Anexo 6: Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para participação em pesquisa de acordo com faixa etária (Resolução CNS 196/96)

Anexo 7: Escalas de avaliação de imagem corporal e de transtornos alimentares

Anexo 1:

Psicopatologia da imagem corporal: causalidades e consequências

Artigo publicado: *Mental*, Barbacena, ano VI, n. 11, p. 35-52, jul.-dez. 2008.

Ana Maria Costa da Silva Lopes

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e Adolescente da Faculdade de Medicina UFMG e Mestre em Estudos Psicanalíticos/Fafich/UFMG.

Jésus Santiago

Doutor em Psicanálise pela Universidade de Paris VIII e professor do Programa de Pós-Graduação em Estudos Psicanalíticos/Fafich/UFMG.

Roberto Assis Ferreira

Doutor em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina UFMG e professor do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e Adolescente da Faculdade de Medicina UFMG.

Resumo

Para fins de estudo e investigação sobre a imagem corporal na adolescência definem-se quatro eixos teóricos básicos: a imagem especular, a autopunição, a passagem ao ato e os fenômenos de corpo. Os dois primeiros – imagem especular e autopunição – constituem elementos de definição do objeto de investigação, aqui proposto, enquanto o terceiro e o quarto se inscrevem como consequências. A hipótese principal visa demonstrar o que ocorre no momento da constituição psíquica do sujeito quando se define a estrutura clínica – neurose ou psicose – em casos em que predominam alterações psicopatológicas da imagem corporal.

Palavras-chave: Imagem especular; psicoses; duplo especular; passagem ao ato; autopunição; paranóia.

Psychopathology of the corporal image: causalities and consequences

Abstract

For purposes of studying and probing into our body image in adolescence, four main theoretical pillars have been defined: the speculate image, self punishment, passage to the act and the body phenomena. Speculate image and self punishment are elements that define the object of research proposed in this work, while the third and fourth pillars fall represent its consequences. The main hypothesis aims to demonstrate what happens at the moment of the subject's psychic constitution when the clinical structure is defined - neurosis or psychosis - in cases where psychopathological changes in body image predominate.

Keywords: Image speculate, psychosis, double speculate, passage to the act, self punishment, paranoia.

Artigo recebido em: 17/10/2008

Aprovado para publicação em: 14/11/2008

INTRODUÇÃO

Atualmente, é significativo observar como a prevalência dos sintomas contemporâneos está absolutamente associada a uma era em que se verifica a supremacia do imaginário. Em outros termos, diante da falência dos grandes ideais, o sujeito busca a identidade pessoal, centrada na imagem de si mesmo. Podemos dizer, então, que não só se tem uma identidade, mas se é sujeito de uma identidade, já que, como produto de uma sucessão de identificações, ela tem necessariamente um caráter imaginário. Nesse sentido, a busca de identificações, por vezes, define parcerias imaginárias que encontram explicações no campo da psicanálise, nas formulações sobre o processo de constituição do eu e do sujeito, momento inaugural que revela a supremacia imaginária, presente nesse momento constitutivo da imagem corporal.

Nessa perspectiva, a psicopatologia da imagem corporal pode explicar uma série de fenômenos clínicos frequentes na contemporaneidade, como: as parcerias sem dialética entre adolescentes que definem os comportamentos em bandos ou gangues; os atos de violência extremos; as alterações da imagem corporal que têm na anorexia e bulimia expressões, por vezes, radicais; e os excessos de modulações sobre o corpo via

tatuagens, *piercings* e, até mesmo, mutilações.

Na prática clínica, observamos a crescente demanda de pacientes insatisfeitos com a sua aparência, que apresentam queixas em relação ao corpo. Às vezes, essa insatisfação com o aspecto é exagerada e faz com que o sujeito eleja dietas rigorosas, excesso de exercícios físicos e medicamentos milagrosos. Esses sujeitos buscam a perfeição de uma imagem ideal e de um padrão estético de beleza, determinados pela sociedade de consumo e pela supremacia da mídia contemporânea. Porém, essa busca desenfreada da satisfação pela imagem afasta o sujeito das amarras simbólicas da própria subjetividade e o lança no circuito marcado pela pulsão mortífera, que se fundamenta no mito do Narciso, paixão mortal. Tornam-se imperativos o padrão estético e a tentativa de uma reparação narcisística, localizada na autoimagem, na aparência física.

Nessa perspectiva do ideal narcisista, o sujeito se depara com a impossibilidade de atingir um ideal de si mesmo, uma singularidade própria, o que define a distorção da própria imagem corporal, causando uma crise de identidade e até mesmo uma despersonalização, em casos graves. As tentativas de alcançar o ideal de si mesmo são sustentadas pelo desejo de restaurar o laço narcísico com o objeto, busca irreparável que remete à ferida narcisística e às primeiras identificações, que já se perderam para sempre. Segundo Freud, em “O ego e o id” (1923), o ego pode ser considerado como a projeção mental da superfície do corpo e, além disso, ele representa a superfície do aparelho psíquico. Nesse sentido, a imagem corporal tem papel importante na primeira fase da vida, no desenvolvimento da identidade e da constituição do eu. Sendo assim, por essa via, ou seja – a imagem corporal –, define-se a primeira hipótese, que justifica a presente investigação: se no processo de constituição da relação mãe-criança é possível localizar índices da problemática da constituição do eu e do sujeito, que se articulam aos fenômenos concernentes aos distúrbios da imagem corporal; em um segundo momento, se alguns elementos da alteração da imagem corporal como autoscopia, sósia e duplo podem ser considerados correlatos da *Unheimlich* freudiana, do não reconhecimento da imagem especular, articulando-se *Unheimlich* e as formas de resposta ao signo do espelho como um índice que possa orientar o diagnóstico diferencial entre neurose e psicose. Por fim, postula-se que as novas formas de sintomas contemporâneos em que prevalecem as supremacias do imaginário podem ser consideradas formas de estabilização, formas de suplência, ou seja, uma tentativa de

solução para a precariedade simbólica, que se observa tanto na psicose como também em casos graves de neurose.

Nessa perspectiva, para fins de estudo e de investigação sobre a imagem corporal, definem-se quatro eixos teóricos básicos: a imagem especular, a autopunição, a passagem ao ato e os fenômenos de corpo. Os dois primeiros – imagem especular e autopunição – constituem elementos de definição do objeto de investigação aqui proposto, enquanto o terceiro e o quarto se inscrevem como consequências. A hipótese principal visa demonstrar o que ocorre no momento da constituição psíquica do sujeito quando se define a estrutura clínica – neurose ou psicose – em casos em que predominam alterações psicopatológicas da imagem corporal. O que se visa é investigar as manifestações sintomáticas que se evidenciam por meio da psicopatologia da imagem corporal e que possam ser elevadas à categoria de índices clínicos.

Nesse sentido, o objetivo do presente artigo é percorrer algumas das referências teóricas que possam fundamentar o “estudo de caso”, articulando os índices clínicos e o conceito de imagem corporal e suas alterações psicopatológicas com ênfase na problemática da constituição do eu e do sujeito.

Imagem especular

O tema da imagem especular é introduzido por Lacan com o caso Aimée (1932), inscrito por ele no campo da paranoia e no qual também se observa a fenomenologia da *folie à deux*. Sabe-se que o sujeito paranoico pode, na ausência de sua divisão pelo significante, desdobrar-se especularmente e mesmo falar com o seu duplo. Este fato pode ser demonstrado pela tendência, não rara nesses casos, de o paranoico quebrar vidraças e espelhos, na medida em que estes lhe mostram o duplo do seu eu, sem a mediação do outro simbólico.

Nessa perspectiva, as elaborações de Lacan sobre o estágio do espelho respondem a questões por ele formuladas na tese de 1932, em que define o caso Aimeé como uma forma particular de “paranoia de autopunição”, porque sua etiologia, seu desencadeamento, sua estrutura e seu mecanismo de cura são decididos por uma pulsão autopunitiva, que será articulada pelo autor à problemática da imagem. O tema do delírio de Aimée não é nada mais que a imagem de uma forma moderna de participação social, como a vedete do teatro ou a personagem do livro. Tal como no caso Aimée, a imagem serve de motivo comum ao ideal e ao ódio (LACAN, 1932, p. 325). Todas as

perseguidoras de Aimée são apenas imagens. Isola-se, assim, o segundo eixo teórico básico de investigação, aqui proposto: a autopunição, que com a imagem especular se inscreve como elemento de definição conceitual do objeto de nosso tema de investigação – imagem corporal.

Nesse eixo teórico – da problemática da imagem especular –, é importante assinalar que, imediatamente após a tese de 1932, Lacan retoma o tema das identificações e estabelece os parâmetros subjetivos da constituição do eu e suas condições de alteridade, em sua apresentação no Congresso de Marienbad, no texto “O estádio do espelho como formador da função do Eu”. Nele, Lacan consolida o conceito de estádio do espelho com base nas referências de Wallon – jogo de alternância, fenômeno de transitivismo. Assim, a tese de 1932 precede a invenção do estádio do espelho e a distinção entre o imaginário e o simbólico. O estádio do espelho resume-se no processo pelo qual o bebê assume a imagem de seu corpo como sua, ou seja, identificando-se com ela. O bebê fica capturado por essa imagem – momento fundamental para a constituição do eu, que não existe desde o nascimento, mas é constituído num determinado tempo lógico, em que a criança não se vê mais aos pedaços, e sim como uma unidade. Na verdade, é uma construção, uma invenção necessária, pois o que realmente existe é o vazio deixado pela mãe, que é tamponado por algo.

Verifica-se, então, nessa linha de análise, que Freud já havia tratado, de forma lateral, a questão da imagem no espelho em dois textos: “O estranho” (1919) e “Além do princípio do prazer” (1920). Neste último, como anexo ao jogo do fort-da, acrescenta, como nota de rodapé, a questão da percepção pela criança de sua imagem no espelho, relacionando o jogo e a imagem com a descoberta de um método utilizado pela criança de fazer desaparecer a si mesma (FREUD, 1920, p. 27). Segundo Freud (1914), o que se ama é, na verdade, uma imagem de si mesmo.

Nesse sentido, na elaboração teórica do estádio do espelho, Lacan descreve o momento do jogo especular, a brincadeira da criança de fazer desaparecer a si mesma diante do espelho, não como um instante pacífico, mas como marcado por um certo horror. O bebê, ao se ver no espelho, pensa que o eu é o outro semelhante e rivaliza com a sua própria imagem: “O sujeito não se distingue da própria imagem” (LACAN, 1938, p. 38). Assim, antes que o eu afirme sua identidade, ele se confunde com a imagem que a forma. A imago do duplo, a ilusão da imagem, não contém o outro.

Autopunição

A partir da ideia de que a natureza da cura demonstra a natureza da doença, Lacan introduz de forma original a entidade clínica – “paranóia de autopunição” –, por meio da análise da causalidade do duplo especular em Aimée, que arrebatada na atriz a imagem de si mesma, sua própria duplicidade e a necessidade de autopunição, na medida em que ao golpear a atriz golpeia a si mesma. Na luta pelo objeto de desejo, alguém precisa morrer, porque nesse lugar só há espaço para um. Há o desejo de um autocastigo e o sentimento de culpa. Aimée atinge, em sua vítima, seu ideal exteriorizado, o próprio duplo, a mulher que sonha ser, com valor de puro símbolo – não sente, porém, com seu gesto nenhum alívio. Devido à ausência do outro simbólico, a paciente ataca seu eu ideal localizado em um pequeno outro, ou seja, a atriz de teatro. A autopunição explica o sentido do delírio: “Eu fiz isso porque queria matar meu filho” (LACAN, 1932, p. 249-252).

Porém, não há um alívio imediato que se segue ao ato – somente após 20 dias, algo muda do lado do agressor. Entretanto, é com seu gesto que se torna culpada diante da lei, atingindo a si mesma. A satisfação pulsional inclui a intencionalidade de um crime, o sentido de uma punição, uma atitude subjetiva de culpa. O mecanismo de cura se dá via satisfação da pulsão autopunitiva. Verifica-se que no caso Aimée encontram-se índices clínicos das novas formas de sintomas que predominam na contemporaneidade, como os atos violentos, as parcerias sem dialética, entre outros. Sendo assim, faz-se possível relacionar autopunição e imagem especular, tendo como referência a questão do pulsional introduzido por Lacan, em termos de causalidade, e retomando as elaborações de Freud sobre o mecanismo da erotomania, via fixação narcísica e pulsão homossexual. Na expectativa de elucidar o fenômeno da autopunição, Lacan recupera, em Freud (1922), a concepção libidinal das psicoses, buscando compreender a autopunição por meio da “fixação narcísica” e da “pulsão homossexual”.

Nesse sentido, na análise do caso Schreber (FREUD, 1911), ele recorre aos diferentes temas do delírio na paranoia, por intermédio da análise gramatical da proposição “Eu o amo”, ou seja, as principais formas de paranoia conhecidas podem ser representadas como contradições da proposição única, “eu (um homem, ou uma mulher) amo (um homem, ou uma mulher)”, e que exaurem todas as maneiras possíveis em que

tais contradições poderiam ser formuladas. Observa-se, nessa análise, a oposição entre a denegação e a dimensão libidinal. Em “Eu o amo”, é objeto de amor homossexual. A primeira denegação – “Eu não o amo. Eu o odeio”, projetada secundariamente em “Ele me odeia” –, fornece o tema da perseguição. A segunda denegação - “Eu não o amo. É ela ela (objeto do sexo oposto) que eu amo”, projetado secundariamente em “Ela me ama” – fornece o tema erotomaniaco. A terceira denegação – “Eu não o amo. É ela quem o ama” – fornece, com ou sem inversão projetiva, o tema do ciúme. A quarta denegação - “Eu não o amo. Eu não amo ninguém. Amo somente a mim” – fornece o tema da onipotência e da grandeza, que chega a um estágio completamente primitivo do narcisismo. Assim, o perseguidor principal é sempre do mesmo sexo que o sujeito e é idêntico ou, pelo menos, representa a pessoa do mesmo sexo a que o sujeito se liga por sua história afetiva.

Nessa perspectiva, isolam-se pela via da erotomania vários tipos de saídas para a problemática do amor. Entre elas, a passagem ao ato, que define nosso terceiro eixo de investigação proposta, tendo-se como referência o registro do imaginário, para possibilitar a análise das consequências do duplo especular.

Passagem ao ato

Sabe-se que a expressão “passagem ao ato” tem sua origem na psiquiatria articulada à criminologia e é utilizada para se referir, de forma exclusiva, a atos violentos, delituosos. Na tese de 1932, Lacan introduz algumas hipóteses que vão orientar a investigação. Uma de suas referências é a psiquiatria francesa dos anos de 1920, que introduz a passagem ao ato como solução mecanicista, liberadora do *Kakon*, palavra grega que significa “dor”, “desgraça” (VON MONAKOW; MOURGUE, 1928). A exemplo dessa formulação, Guiraud (1931), com base no corpo teórico da psicanálise, faz uma distinção entre os assassinatos imotivados, que se classificariam como crimes do ego – em que entram todos os crimes ditos de interesse – e crimes do id – em que entram os crimes puramente pulsionais. Lacan (1932) acrescenta a esses um outro tipo: os crimes dos delírios dos querelantes e dos delírios de autopunição, que são crimes do superego (LACAN, 1932, p.307). A exemplo, Aimée agride uma mulher famosa, a quem odiava por representar o ideal que tinha para si mesma.

Nessa perspectiva, os sintomas contemporâneos que se inscrevem como psicopatologias do ato em situações de supremacia imaginária nos remetem ao

seminário sobre a angústia, em que Lacan concebe o *acting out* como dirigido ao outro e a “passagem ao ato” como o instante em que o sujeito se coloca no lugar de puro objeto. A concepção adotada por Lacan na tese de 1932 – “Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade” –, quando aproxima a passagem ao ato ao mecanismo liberador do Kakon (LACAN, 1932, p. 236), é modificada em “Formulações sobre a causalidade psíquica” (LACAN, 1946), quando Lacan reconhece que, ao atingir no objeto que ele fere o Kakon de seu próprio ser, o sujeito passa ao ato para liberar se do seu mal interior, ou, por um imperativo superegoico, atinge no outro a imagem de si mesmo (LACAN, 1946, p. 176). O termo Kakon é empregado de modo diferente por Guiraud e Lacan. Para Guiraud, há certa imprecisão a respeito da passagem ao ato em alguns sujeitos esquizofrênicos. Já Lacan indica que o inimigo interior de Aimée é puramente especular e revela a supremacia do registro imaginário (TENDLARZ, 1998, p. 126-128).

Nesse momento da elaboração teórica de Lacan, ele parece recorrer ao termo grego Kakon pela necessidade de nomear de alguma maneira o que ainda não elaborou teoricamente (que integra principalmente o simbólico e o imaginário). Lacan considera que Melaine Klein, ao nos mostrar a primordialidade da “posição depressiva”, o extremo arcaísmo da subjetivação de um Kakon, amplia os limites através dos quais é possível localizar a função subjetiva da identificação e, particularmente, permite-nos situar a formação primária do supereu (LACAN, 1948, p. 118). Nesse sentido, o Kakon é um objeto extimo que Aimée golpeia no exterior o seu ser mais íntimo, não se trata de uma projeção. O inimigo exterior que Aimée golpeia representa a si mesma. O Kakon é seu próprio ser identificado ao objeto *a* – como mais de gozar. No “Seminário livro 10 – A angústia” – é que Lacan articula a *Unheimlich* freudiana e a noção de imagem especular. A passagem ao ato representa o instante em que nenhuma mediação é possível e visa promover uma separação radical com o outro. O sujeito “deixa-se cair”, sai de cena (LACAN, 1963, p. 118).

Em resumo, a passagem ao ato, tendo-se como referência o registro do imaginário, nos possibilita a análise de um dos eixos do que se define como consequências do duplo especular. Até aqui, é possível formular a questão que constitui nosso quarto eixo de investigação – os fenômenos de corpo –, que nos remete à etimologia grega: “fenômeno” é o que aparece, o que causa surpresa e pode se constituir como um sintoma para o sujeito.

Fenômenos de corpo

Na vertente das psicoses ordinárias temos os excessos de investimento no corpo próprio fora do registro da imagem fálica, modo pelo qual o neurótico se serve de seu corpo. Para Lacan, o homem tem um corpo e este é prévio ao ser. É o ser que preside o ter, ou seja, através do ser, via linguagem, o homem pode se arranjar com o corpo que tem (LACAN, 1979, 2003, p. i561).

Nesse sentido, o que se verifica em relação aos sintomas atuais é que as manifestações no corpo e sua resposta à intervenção do analista nos permitem localizar o modo de relação do sujeito ao nome-do-pai. A histérica recusa em reconhecer em seu corpo a castração, via a recusa em tomar o corpo como enigma e via a recusa do corpo do outro, especialmente do outro sexo (MILLER, 1999, p. 65). Aqui, o gozo pulsional subjacente à afecção corporal está sob recalque, é o corpo simbólico que é afetado. Por sua vez, os efeitos do corpo provocados pela recusa psicótica se manifestam, sobretudo, em situações em que não se tem o desencadeamento clássico da psicose, mas sucessivos desligamentos e religamentos do sujeito ao outro, evidenciando a ausência da referência ao nome-do-pai (MILLER, 1999, p. i70). Na psicose, o gozo pulsional está foracluído do simbólico e retorna como acontecimento de corpo no real. No ponto de ausência do saber do outro que nomeia, e assim simboliza o sujeito, que o Outro vai responder como corpo, em nível do real. Podemos dizer que os fenômenos corporais, que não são efeitos de recalque, se manifestam, por vezes, como efeitos da desorganização imaginária como tentativa de solução. Nesse sentido, considerando que o suporte fundamental das imagens dos corpos dos outros e do corpo próprio é a ação do nome-do-pai, isolamos na clínica da anorexia, das parcerias sem dialética, dos novos sintomas em que predominam a problemática da imagem corporal, uma possibilidade de retorno aos primórdios das elaborações lacanianas sobre a *folie à deux*, campo propício à análise da supremacia imaginária e que a nosso ver despertou o interesse teórico-clínico de Lacan e possibilitou as elaborações de questões que culminaram nas formulações teóricas sobre a tópica do imaginário e da clínica das psicoses que se evidenciam ao longo de seu ensino. Ou seja, o tema da *folie à deux*, ao nos permitir isolar a problemática dos atos homicidas, das passagens ao ato e da supremacia do imaginário, torna-se um campo metodológico propício à investigação dos novos sintomas à luz do percurso teórico de

Lacan.

Do fenômeno do duplo a folie à deux

O tema da *folie à deux* é reintroduzido por Lacan em sua tese de doutoramento em psiquiatria – “Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade” (1932) –, na qual, após uma vasta revisão dos fundamentos teóricos da paranoia, ele relata o caso Aimée e, nele, ressalta o valor representativo das perseguidoras dela, como os “duplos, os triplos e as sucessivas tiragens de um protótipo. Por essa via de investigação, Lacan discute a noção de *folie à deux* no âmbito da psiquiatria, a partir de um breve estudo da gênese do termo desde Legrand du Saulle, em 1871, que, em seu livro magistral –*Os codelirantes*–, afirma que em todos os casos citados é notório estarem os pacientes unidos por um laço familiar ou uma vida comum antiga. Por sua vez, Lange, hostil a toda conclusão prematura sobre a hereditariedade das psicoses paranoicas, ressalta a frequência de similaridade do conteúdo do delírio nos ascendentes diretos de alguns sujeitos paranoicos, mas afasta a concepção de contágio mental. Ao recorrer à origem do termo, sabe-se que, em 1860, Jules Baillarger descreveu pela primeira vez essa síndrome, chamando-a de *folie communiquée*, embora a primeira descrição seja atribuída, mais frequentemente, a Ernest Lasègue (1873) e a Jules Falret (1873), que a designaram *folie à deux*. Ao longo dos anos, esse transtorno recebeu outras denominações, como insanidade comunicada, insanidade contagiosa, psicose de associação e insanidade dupla, perturbação paranoide compartilhada; ou, em outras referências, psicose induzida, delírio induzido e transtorno paranoide induzido.

No artigo “Folies simultanées” (LACAN *et al.*, 1931, p. 48-70), os autores analisam dois casos de delírios simultâneos em mãe-filha, mas independentes um do outro, em que uma reconhece o delírio da outra, situação que se opõe à concepção de contágio mental via indutor-induzido. Lacan considera, então, que essa descrição clínica aponta para a insuficiência da concepção psiquiátrica vigente de “contágio mental”. Ressaltam-se o estreito laço afetivo entre mãe e filha via erotomania e a frequência de uma anomalia psíquica similar à do sujeito no progenitor do mesmo sexo, que, na maioria das vezes, foi o seu único educador. Lacan refuta a perspectiva do indutor-induzido e enfatiza o paralelismo psicopatológico.

Lacan utiliza o termo “imaginário” para designar o registro psíquico correspondente ao eu do sujeito, cujo investimento libidinal é designado por Freud de

narcisismo. Nesse sentido, isola, na obra deste, a noção de imagem, tendo como ponto de partida o artigo “O estranho” (FREUD, 1919), que apresenta o problema da representação do eu e a imagem do duplo. Tanto Freud como, posteriormente, Lacan referem-se à obra de Otto Rank – *Don Juan et le double* (1914) –, em que o autor introduz os conceitos de imagem especular, duplo especular e identificação com a irmã. Com base nesse autor, Freud postula que a representação do duplo comporta um aspecto positivo distinto e, ao mesmo tempo, indissociável de um aspecto negativo. No texto de Lacan, as contribuições de Otto Rank tornaram possível a conceituação da identificação especular na formação primordial do eu.

Em seguida, Lacan inicia um percurso de elaborações, visando explicar a nosologia e a patogenia da paranoia, tendo como ponto de partida a *folie à deux*, bem como o enigma do duplo, e elabora uma sequência de trabalhos, em que constrói uma problemática própria centrada, em parte, na função da imagem. Trata-se da elaboração teórica de Lacan que se inicia com “Para além do princípio da realidade” (1936), passa pelos “Complexos familiares”, pelas “Formulações sobre a causalidade psíquica” (1946), “A agressividade em psicanálise” (1948), “O estádio do espelho” (1936), até a introdução teórica de “As funções de psicanálise em criminologia” (1950). A maior parte desses textos, elaborados no período de 1936 a 1950, está reunida nos “Escritos”. Assim, o imaginário é um dos grandes temas do ensino lacaniano, que irá representar a relação imaginária como especular e narcísica, ponto inicial do desenvolvimento teórico e clínico do retorno a Freud. Via enigma da *folie à deux*, Lacan analisa a inter-relação entre o mito de Narciso, a paixão mortal e o tema do duplo, considerando a questão da pulsão. Nesse ponto, remete-se às elaborações freudianas, em especial a “Sobre o narcisismo: uma introdução” (1914), que deve ser percorrida ao se investigar a questão de “o que acontece com a libido que foi afastada dos objetos externos na esquizofrenia? A libido afastada do mundo externo é dirigida para o ego e assim dá margem a uma atitude que pode ser denominada de narcisismo” (FREUD, 1914, p. 91).

Nesse ponto, deve-se ressaltar que Lacan, em nenhum momento, propôs uma analogia entre a nosografia psiquiátrica *folie à deux* e o que se define ao longo desta proposta de trabalho como “fenômeno do duplo”. Dessa forma, a *folie à deux* se definirá em Lacan como forma fenomenológica de apresentação das parcerias imaginárias que se estabelecem quase como inerentes à paranoia e se constituem como metodologia de investigação do fenômeno do duplo, da imagem especular, dos primórdios do

imaginário, da constituição psíquica do eu e do sujeito. Em suma, esse percurso da investigação em Lacan nos remete à *Unheimlich* freudiana – correlato do duplo em Freud.

O duplo – correlato do *Unheimlich* freudiana

A problemática da supremacia imaginária tem como uma das expressões o duplo – correlato do *Unheimlich* freudiana –, que se relaciona à questão da angústia e surge descortinando o véu da castração. O *Unheimlich* introduz a dimensão do real como uma tentativa de dar conta do estado de fenda, de *Spaltung*, manifestação da marca da divisão do sujeito que, como Lacan aponta, o psicanalista situa em sua práxis, de maneira cotidiana, bastando o simples reconhecimento do inconsciente para motivá-la. Freud, ao inscrever o tema do estranho no campo da psicanálise, o faz via qualidades do sentir, conferindo ao tema um estatuto até então inédito. Cabe ressaltar, para além do ponto de vista linguístico, que o *Unheimlich* (o que está oculto e se mantém fora da vista, o que não é doméstico) desenvolve-se na direção de seu oposto – *Heimlich* (doméstico, familiar e agradável).

Freud postula que “algo tem que ser acrescentado ao novo e não familiar, para torná-lo estranho” (FREUD, 1919). A meu ver, Freud, ao isolar o *Un* da palavra *Unheimlich* como marca do recalque, define uma hipótese que parece poder explicar o gozo desregrado no mal, pois o cerne da sensação de estranheza remete ao recalque. Nesse sentido, a ambiguidade inerente ao fenômeno do estranho torna-se um índice clínico da contemporaneidade, que se traduz como ambivalência pulsional e revela a dimensão real inerente ao estranho. A prática clínica revela o *Unheimlich* como um índice clínico importante. Salienta-se, em Freud, que o momento em que o *Heim* (familiar) torna-se *Unheimlich* (não familiar) corresponde ao momento em que a fantasia perde seu caráter de jogo (LACAN, 1962, p. 60). Lacan ressalta que há relação entre *Unheimlich* e a estrutura da fantasia que, segundo sublinha, já era assinalada por Freud, que enfatiza a função da fantasia de encobrir o encontro do sujeito com o real da castração. A dimensão da fantasia traduz a forma de encontro do sujeito com o Outro, tal como ressalta Lacan: é no ponto situado no Outro, para além da imagem, que o homem encontra, exatamente no ponto que representa a ausência, a sua posição no desejo do Outro, ou seja, é a presença em outro lugar que produz esse lugar como ausência. Dessa forma, esse lugar situado no Outro para além da imagem se torna o “rei do jogo”, pois se apodera da imagem que o sustenta. A

imagem especular transforma-se na imagem do duplo com o que traz de estranho; revela-se, aí, a não autonomia do sujeito, que se faz aparecer como objeto (LACAN, 1962, p. 58). O *Heim* (familiar) revela não somente o desejo do Outro, mas o desejo no Outro. Enfim, o desejo do sujeito entra nesse lugar do Outro sob a forma do objeto que é. Para Freud, a relação entre retorno do recalado e *Unheimlich* não se evidencia rotineiramente na vida dos neuróticos, visto que o sujeito encontra uma solução no sintoma. Por sua vez, em tempos de “forclusão generalizada”, de falência generalizada do recalque, o que se verifica é a série de sujeitos à deriva, mergulhados na supremacia imaginária das identificações precárias e dos excessos, das passagens ao ato. *Unheimlich* se inscreve como imaginário, mas revela o ponto exato em que o sujeito se defronta com o real. No *Unheimlich*, o sujeito se experimenta em sua não autonomia de sujeito, como puro objeto.

A modo de conclusão

A imagem do corpo traduz a relação do sujeito com a castração. Na contemporaneidade, a busca irrefreada da perfeição estética do corpo é uma das formas de tentar velar a castração, que por vezes se apresenta como o sentimento de estranheza. Será a extração do objeto *a* como olhar que nos permitirá ter o sentimento de realidade perceptiva. Por sua vez, na paranoia a presença do olhar do outro se impõe. Nesse sentido, em sua prática, o analista se depara cada vez mais com a generalização de um mau funcionamento da realidade perceptiva, um dos pontos que define o campo da psicopatologia da imagem corporal. Como exemplo, podemos localizar nos excessos de investimento no corpo próprio, fora do registro da imagem fálica, a vertente das psicoses ordinárias e, também, as implicações clínicas quando a cultura favorece a constituição da suplência pela via do corpo – da supremacia imaginária –, em detrimento da cura pela vertente da palavra.

Lacan, ao isolar a paranoia de autopunição no cerne da *folie à deux*, a utilizou como uma metodologia que o permitiu elaborar a tópica do imaginário, estabelecer que não é por meio da imagem do corpo próprio que o corpo se introduz no campo do gozo, mas sim por intermédio do corpo dos outros. Nessa perspectiva, o processo constitutivo do corpo próprio é facilmente perceptível na clínica da *folie à deux*, que revela casos em que se estabelece uma parceria imaginária entre dois indivíduos – adolescente e adolescente ou mãe-filho (a) –, que exerce a função de estabilização da psicose, tal como indicado por Lacan em termos da causalidade psíquica que define essas parcerias, ou seja, a parceria

imaginária que o psicótico estabelece com um indivíduo próximo melhora, mesmo que de forma precária, a doença.

Sendo assim, a proposta de separação dos sujeitos envolvidos nem sempre se constitui como uma boa intervenção terapêutica. Dessa forma, a estabilização da psicose pela parceria imaginária pode ocorrer entre um número maior de indivíduos, especialmente em situações de grupos de adolescentes que se unem por traços identificatórios comuns e em situações familiares em que um dos pais é o caso primário, e os filhos, às vezes em graus variados, adotam suas crenças delirantes. Sendo assim, se a erotomania fundamenta a maioria das parcerias imaginárias, nossa hipótese é de que os atos violentos que se inscrevem via passagem ao ato são tentativas precárias de solução da erotomania mortífera.

Nesse ponto, a hipótese clínica a ser testada é se, nos casos em que predominam as parcerias imaginárias, a causalidade pode ser localizada no campo da constituição da imagem corporal, que fundamenta a constituição do eu e do sujeito. Se a criança, em nível subjetivo, ocupa a posição de objeto, como se dará através do outro a constituição do corpo próprio e quais as consequências clínicas diante dos impasses dessa constituição que passa pelo outro? Nesse lugar do objeto *a*, a imagem não se sustenta sem uma carga libidinal que deve ser regularizada, por meio da metáfora paterna que regulariza o gozo do lado da castração. Em suma, o suporte fundamental das imagens do corpo próprio é o nome-do-pai. A realidade perceptiva é fundamentada pelo nome-do-pai (MILLER, 1995, p. 21).

Evidencia-se que Lacan isola, a partir da clínica da *folie à deux*, o fenômeno do duplo como correlato da *Unheimlich* freudiana, que se articula à constituição arcaica do eu e que se apresenta como momentos de fugazes desamarrações dos três registros – Real, Simbólico, Imaginário – nas neuroses graves, ou na supremacia imaginária, que se revela por meio dos índices clínicos da psicopatologia da imagem especular, da autopunição, da passagem ao ato e dos fenômenos de corpo. Enfim, o mal-estar do sujeito contemporâneo o leva à busca de soluções imediatistas para suas angústias, e o que se revela como sintoma são as marcas da precariedade simbólica, das dificuldades de construção da imagem corporal e da identidade, que definem uma série de patologias graves da atualidade, como dismorfismos corporais, anorexias e bulimias. Nesses casos em que se verifica a supremacia imaginária, por vezes o que se revela é uma tentativa de suplência no campo das psicoses e, por outras vezes, esses sintomas são índices clínicos das desamarras da contemporaneidade que revelam a clínica da forclusão generalizada.

Referências bibliográficas:

- CLAUDE, H.; MIGNAULT, J.; LACAN, J. *Folie simultanée: Société médicopsychologique*, Paris, 21 maio 1931. p. 48-70.
- FREUD, S. (1909). Cinco lições de Psicanálise. In: _____. *Obras completas*. Vol. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- FREUD, S. (1911-1913). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia. In: _____. *Obras completas*. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1990. p. 15-108.
- FREUD, S. (1911-1913). Sobre os mecanismos neuróticos no ciúme, na paranóia e na homossexualidade. In: _____. *Obras completas*. Vol. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- FREUD, S. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: _____. *Obras completas*. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- FREUD, S. (1919). O estranho. In: _____. *Obras completas*. Vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1990. p. 275- 318.
- FREUD, S. (1920). Além do princípio do prazer. In: _____. *Obras completas*. Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1990. p. 17-85.
- FREUD, S. (1922). Certos mecanismos neuróticos no ciúme, na paranóia e no homossexualismo. In: _____. *Obras completas*. Vol. VIII. Rio de Janeiro: Imago, 1990.
- GUIRAUD, P. Les meurtres immotivés. *Evol. Psych.* 2. série, mar. 1931.
- LACAN, J. (1933). Motifs du crime paranoïaque: le crime des soeurs Papin. *Revue le Minotaure*, n. 3, décembre 1933.
- LACAN, J. (1932). *Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.
- LACAN, J.; LACAN, J. (1938). *Os complexos familiares*. Rio de Janeiro: Zahar, 1984.
- LACAN, J. (1936). Para além do princípio da realidade. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- LACAN, J. (1945). O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- LACAN, J. (1948). A agressividade em psicanálise. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

- LACAN, J. (1949). O estágio do espelho como formador da função do eu. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- LACAN, J. (1950). Introdução teórica das funções da psicanálise em criminologia. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- LACAN, J. (1950). Formulações sobre a causalidade psíquica. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- LACAN, J. (1955-1956). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 541-542.
- LACAN, J. (1962-1963). Livro 10 – *O seminário a angústia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.
- LACAN, J. (1953-1954). O seminário, livro 1: *Os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.
- LACAN, J. (1954-1955). O seminário, livro 2: *O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro. Zahar, 1985.
- LACAN, J. (1955-1956). O seminário, livro 3: *As psicoses*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
- LACAN, J. Joyce, o sintoma. In: _____. *Outros escritos*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar, 2003. p. 561.
- MILLER, J. A. *Elementos de biologia lacaniana*. Belo Horizonte: EBP-MG. 1999. p. 65.
- MILLER, J.A. (1995). A imagem do corpo em psicanálise. In: _____. *Opção lacaniana*, 2008, p. 17-27.
- RANK, O. (1914). *Don Juan et le double*. 1922. Études psychanalytiques. Paris: Payot, 1932.
- TENDLARZ, S. *Aimée con Lacan*. Buenos Aires: Le Lugar Editorial, 1998.
- VON MONAKOV; MORGUE. *Introduction biologique à l'étude de la neurologie et de la psychopathologie*. Paris: Alcan, 1928.

Anexo 2:

Resumo: Psicopatologia da imagem corporal na adolescência: causalidades e consequências

Autores: Lopes, A.M.C.S; Ferreira, R.A.; Santiago, J.

Instituição: Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e Adolescente / Faculdade de Medicina / UFMG. Belo Horizonte / MG

Introdução: A imagem do corpo traduz a relação do sujeito com a castração. A busca irrefreada da perfeição estética do corpo é uma das formas de tentar velar a castração, que por vezes se apresenta como o sentimento de estranheza em relação ao próprio corpo. Verificam-se na atualidade casos nos quais se destacam alterações perceptivas que definem o campo da psicopatologia da imagem corporal.

Objetivo geral - Investigar a “Imagem corporal na adolescência”, com ênfase nas manifestações sintomáticas que se revelam no nível do corpo.

Metodologia: nº do protocolo de aprovação no CEP: CAAE – 0144.0.203.000-08. Os pesquisadores declaram a não existência de conflitos de interesses. A pesquisa é qualitativa por “estudo de casos”, através dos atendimentos psiquiátricos com referencial psicanalítico. O número de casos foi definido pelo critério de saturação da amostra e foram incluídos na pesquisa mediante a aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Fonte dos dados: 15 casos de adolescentes em tratamento no NIAB: Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia e no Serviço de Adolescentes do Hospital das Clínicas / UFMG.

Conclusões: A análise dos casos estudados é demonstrativa de que os sintomas que se manifestam no nível da percepção da imagem corporal são correlatos da dificuldade de expressão do sofrimento psíquico através da linguagem, o que resulta em dificuldades de construção da imagem corporal e da identidade, que definem uma série de patologias graves da atualidade, tais como dismorfismos corporais, anorexias, bulimias e psicoses.

Anexo 3: Relato de caso: *Munchausen* por procuração ou *Folie à deux* à luz da psicanálise

Autores: Lopes, A.M.C.S; Ferreira, R.A.; Santiago, J.

Instituição: Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e Adolescente / Faculdade de Medicina / UFMG. Belo Horizonte / MG

Introdução: Discutir caso de Síndrome de *Munchausen* por procuração.

Objetivos: Relato de caso incluído na pesquisa Imagem Corporal na adolescência. N° do protocolo de aprovação no CEP: CAAE – 0144.0.203.000-08. Descrição do caso: AJ, 10 anos de idade, em atendimento no Hospital das Clínicas / UFMG desde os 3 anos com Febre de Origem Indeterminada – FOI - e episódios concomitantes de dor abdominal. Realizou interconsulta em diversas especialidades clínicas e exaustiva investigação laboratorial e por imagens sem definição etiológica. Os episódios de febre persistiram de forma mais espaçada até os 8 anos de idade, momento em que se estabeleceu como uma das hipóteses diagnósticas a Síndrome de *Munchausen* por procuração, uma forma de abuso físico e emocional, na qual o perpetrador, geralmente a mãe, simula ou produz doenças no (a) filho (a), a fim de obter atenção médica. Realizaram-se três atendimentos com psiquiatra, sem continuidade de tratamento. Nos dois anos seguintes, AJ retornou cinco vezes ao serviço de hematologia com crises algícas e febris. Aos 10 anos de idade, AJ foi encaminhado para o Serviço de Saúde do Adolescente, após alta da hematologia. AJ é escutado, criando um espaço no qual ele pode simbolizar sua febre para além do quantificável; revela, então, que não gosta de ir à escola, não tem amigos, bate nos colegas. Prefere ficar sozinho e se acha diferente, pois, de menos ele, todos os meninos da face da Terra são chatos. Relata que, após a morte da tia, passou a ter crises de choro e medo. A angústia suscitada pela perda da tia materna, que intermediava minimamente a relação entre AJ e sua mãe, irá possibilitar a formulação de uma demanda de tratamento analítico, que contribui para a melhora da agressividade com os colegas, embora persista a dificuldade de laço social. Alguns meses depois, a mãe aceita o atendimento analítico e será via transferência que se revela o sentido do sintoma – adoecimento do filho. A escuta analítica revela uma mãe atormentada por alucinações auditivas verbais, vozes de comando, cujo conteúdo se refere ao “faça isso, que alguém (o filho) pode morrer”, questões que a remetem à

gestação marcada pelo risco eminente de morte; há para essa mãe uma frase que se repete “ou ela, ou o filho.” Visto que tendo tido uma gestação de risco, no momento do parto o obstetra havia anunciado o risco de vida tanto do bebê quanto da mãe, mas tentaria salvar os dois. A angústia suscitada pelo risco da morte do filho encontra como tentativa de solução a demanda incessante de atenção médica. A frase alucinatória: “faça isso, que seu filho pode morrer” funciona como um deflagrador do adoecimento do filho, uma possibilidade de verificar se o filho que poderia ter nascido morto está vivo.

Comentários: A Síndrome de *Munchausen* por procuração nos remete ao enigma da *folie à deux*, ou loucura a dois, parcerias imaginárias entre mãe e filho(a), que nos possibilita localizar as interferências da constituição das relações primordiais entre a mãe e a criança, definindo a estruturação psíquica.

Anexo 4: O estudo de caso como metodologia de pesquisa em Saúde Mental



Introdução: O “Estudo de caso” é a única metodologia de pesquisa que permite questionar uma teoria ou estabelecer uma proposição a partir da especificidade de cada caso e estabelecer um debate teórico que possibilite a análise dos paradigmas sobre um tema, o que o torna um método de pesquisa efetivo em Saúde Mental. **Objetivos:** Analisar a validade metodológica, confiabilidade e fidedignidade do “Estudo de caso”, como método de pesquisa. Avaliar a validade de generalizações teóricas a partir do “Estudo de caso”. **Método:** Revisão da literatura sobre “Estudo de Caso”, conversação entre os participantes do grupo de pesquisa qualitativa da pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da UFMG e interlocução com pesquisadores de outras áreas de conhecimento. **Resultados:** Destacam-se na literatura sobre o tema dois reconhecidos especialistas: Robert Yin e Robert Stake. Os dois autores estão de acordo de que nem todo estudo de uma única unidade pode ser considerado um “Estudo de caso”, e que a validade da metodologia exige o rigor na coleta e análise exaustiva de dados. Os autores divergem em relação à validade ou não de generalizações a partir do “Estudo de caso”. Yin considera que é sempre possível criar hipóteses que podem ser testadas em outros contextos e que permitem a generalização analítica. Para Stake, se a generalização for uma exigência excessiva, pode afastar o pesquisador da compreensão do caso em si. Destaca-se a análise do caso apresentado por Oliver Sacks – O caso do pintor daltônico – como exemplo do “Estudo de caso” enquanto metodologia que pode ser considerada para a análise de uma patologia orgânica – daltonismo – sem desconsiderar a singularidade do caso. **Conclusão:** O “Estudo de caso” pode se constituir como metodologia de pesquisa essencial em Saúde Mental. Torna-se importante diferenciar o “Estudo de caso” como metodologia de pesquisa, do relato de caso e da construção do caso clínico. O “Estudo de caso” pode utilizar-se de nenhum, de um ou de vários casos clínicos, que serão submetidos a uma análise mais ampla por triangulação com um determinado referencial teórico.

**Anexo 5: Pareceres de autorização da investigação e aprovação pelo Comitê de Ética
e Pesquisa**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Parecer nº. ETIC 144/08

**Interessado(a): Prof. Roberto Assis Ferreira
Departamento de Pediatria
Faculdade de Medicina - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 21 de maio de 2008, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"Imagem corporal na adolescência"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**



Universidade Federal de Minas Gerais
Hospital das Clínicas
Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão

UFMG

DECLARAÇÃO

Declaramos para fins de comprovação no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos – COEP/UFMG que o projeto de pesquisa intitulado, "A **IMAGEM CORPORAL NA ADOLESCÊNCIA.**" foi recebido na Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão/HC-UFMG para registro e avaliação.

Belo Horizonte, 15 de maio de 2008.


Denise Afonso de Almeida
Secretaria da DEPE/HC-UFMG

Av. Prof. Alfredo Balena, 110 – 1º andar – ala leste
Bairro Santa Efigênia - CEP 30130.100 – Belo Horizonte – MG
Telefones: 31-3409-9375 / 3408-9379 - FAX 31-3409-9380 – depe@hc.ufmg.br

Universidade Federal de Minas Gerais
Departamento de Pediatria – FM/UFMG

PARECER 02/08

Título: Imagem corporal na adolescência

Pesquisadores: Professor Roberto Assis Ferreira - orientador
Professor Jésus Santiago – co-orientador
Ana Maria Costa da Silva - doutoranda

Instituição responsável: UFMG.

Data prevista para o início do projeto: primeiro semestre de 2008;

Data prevista para o término do projeto: segundo semestre de 2009.

Documentos analisados:

1. Carta de encaminhamento do protocolo de pesquisa para análise à Chefia do DPE-FMG/UFMG;
2. Protocolo da Pesquisa com justificativa, objetivos, antecedentes científicos, desenvolvimento do estudo e métodos, descrição das características da população, análise dos riscos e benefícios, relevância e plano de divulgação dos resultados;
3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (único), em anexo, para faixas etárias definidas pela Norma 196/96 do CNS;
4. Autorização para realização do estudo no Setor de Medicina do Adolescente do HC-UFMG;
5. Curriculum Vitae dos pesquisadores: disponível na plataforma Lattes.

Sumário do Projeto

Estudo de casos utilizando-se de metodologia qualitativa para investigar a "imagem corporal na adolescência" com ênfase nas manifestações sintomáticas presentes nas psicoses e fundamentando-se nas vertentes fenomênicas básicas: imagem especular, auto-punição, passagem ao ato e fenômenos do corpo. A amostra será composta a partir de adolescentes com alterações da imagem corporal atendidos no Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia e no Serviço de Adolescentes do HC-UFMG. O número de casos será definido por saturação, quando a entrada de novos pacientes não acrescentar conteúdo às entrevistas, conforme os objetivos definidos pelo estudo. Serão realizadas entrevistas individuais, a primeira delas gravada, nos moldes psiquiátricos, com referencial psicanalítico. Os dados serão analisados por meio da análise qualitativa de conteúdo proposto por Turato, 2003 (referência completa no corpo do projeto).

Segundo os pesquisadores o estudo proposto, fundamentado em atendimento clínico aos pacientes, não oferece riscos aos pacientes.

Os resultados serão divulgados em artigos científicos garantindo o anonimato e privacidade dos participantes.

MÉRITO

O estudo, inserido em uma das áreas temáticas do Grupo de Medicina do Adolescente do DPE da FM-UFMG, contempla objetivo de grande prevalência com índices de morbidade significativos na adolescência, conforme fundamentação teórica apresentada pelos pesquisadores. Os resultados poderão contribuir para o plano terapêutico dos pacientes, com melhores resultados a curto, médio e longo prazos.

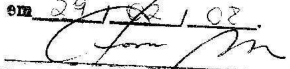
Voto:

S.M.J. opto por aprovação do projeto.

Belo Horizonte, 29 de fevereiro de 2008
Maria Albertina Santiago Rego

Aprovado o parecer do relator

em 29/02/08


Prof.ª Eleonice de Carvalho Coelho Mota
Chefe do Departamento de Pediatria
Faculdade de Medicina / UFMG



Universidade Federal de Minas Gerais
Hospital das Clínicas
Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão - DEPE

UFMG

Belo Horizonte, 27 de fevereiro de 2009.

PROCESSO: N°087/08

TÍTULO: "A IMAGEM CORPORAL NA ADOLESCÊNCIA"

SR(A) PESQUISADOR(A):

Reportando-nos ao projeto de pesquisa acima referenciado, considerando sua concordância com o parecer da Comissão de Avaliação Econômico-financeira de Projetos de Pesquisa do HC e a aprovação pelo COEP/UFMG em 21/05/2008, esta Diretoria aprova seu desenvolvimento no âmbito institucional. Solicitamos enviar à DEPE **relatório** parcial ou final, após um ano.

Atenciosamente,


PROF. HENRIQUE VITOR LEITE
Diretor da DEPE/HC-UFMG

Ao Sr.
Profª. Roberto Assis Ferreira
Depto. Pediatria
Faculdade de Medicina/UFMG

CGC: 17.217.985/0034-72 - Av. Prof. Alfredo Balena, 110 - 1º andar
Bairro Santa Efigênia - CEP 30130-100 - Belo Horizonte - MG
Telefone: (31) 3409-9379 - 3409-9375 - FAX: (31) 3409-9380 - depe@hc.ufmg.br

Anexo 6:

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO
EM PESQUISA PARA MAIORES DE 18 ANOS (de acordo com a Resolução CNS 196/96).
FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPANTES MAIORES DE 18
ANOS**

Prezado (a) participante,

A pesquisa cujo título é “Imagem corporal na adolescência” tem como objetivo o atendimento clínico e estudo de casos de adolescentes com questões que se refletem na percepção da imagem corporal. Serão recrutados pacientes encaminhados ao Setor de Medicina do Adolescente e ao NIAB – Núcleo de Investigações de Anorexia e Bulimia pelas diversas especialidades do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

Sua participação consiste em se submeter a uma avaliação psiquiátrica e atendimento clínico no referencial psicanalítico, cuja frequência, na maioria das vezes semanal, será definida, pelo quadro clínico. A primeira entrevista será gravada para que seja feita uma análise posterior do material gravado, após a transcrição, será destruído. Estamos nos propondo a investigar particularidades da adolescência que possam estar interferindo na condução do seu tratamento, pretendendo, assim, promover seu bem estar e sucesso no tratamento médico.

O atendimento clínico está proposto por um ano, período necessário para efetivar a pesquisa, mas poderá ser estendido, sem qualquer custo para o participante, caso haja indicação terapêutica e seja do seu desejo. Sua participação nesta pesquisa é gratuita e voluntária, podendo ser interrompida, caso seja o seu desejo, a qualquer momento, sem perda de nenhum benefício e sem prejuízo para o seu atendimento no Hospital das Clínicas/UFMG. Todos os dados pessoais dos participantes serão guardados no mais absoluto sigilo. Sendo assim, sua identidade não será revelada em nenhuma publicação resultante deste projeto. O procedimento não oferece qualquer risco ao participante, nem ao seu tratamento, e suas dúvidas poderão ser esclarecidas quando desejar (COEP: Unidade Administrativa II, sala 2005. Campus Pampulha da UFMG. 3499-4592).

O relatório final estará disponível para todos quando estiver concluído o estudo, inclusive para apresentação em encontros científicos e publicações em revistas especializadas. Caso concorde com sua participação nesse estudo, favor preencher o termo de consentimento pós-informado anexo.

Prof. Dr. Roberto Assis Ferreira

Prof. Dr. Jesús Santiago

Doutoranda Ana Maria Costa da Silva Lopes

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO
EM PESQUISA PARA MAIORES DE 18 ANOS (de acordo com a Resolução CNS 196/96)**

Este termo, será assinado em duas vias, para certificar que eu, concordo em participar, na qualidade de voluntário (a), do estudo “ Imagem corporal na adolescência” realizado pela Doutoranda Ana Maria Costa da Silva Lopes, médica psiquiatra, durante os atendimentos no Setor de Medicina do Adolescente ou no NIAB – Núcleo de Investigação sobre Anorexia e Bulimia. Afirmando que li o preâmbulo desse termo e tenho conhecimento dos objetivos desse projeto científico. Dou permissão para que as informações obtidas durante meu atendimento sejam utilizadas em discussões clínicas entre os profissionais da equipe, mas sempre submetidas às normas do sigilo profissional. Declaro meu consentimento livre e esclarecido para essa participação, tendo assegurado o meu direito de me retirar do experimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma, concordando com a divulgação, para fins científicos, dos dados encontrados nos atendimentos, e estando ciente do sigilo quanto a dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

Belo Horizonte,de.....de 200.....

Assinatura do participante maior de 18 anos:

.....

Obs: este documento será impresso em 2 cópias, sendo uma entregue ao participante da pesquisa e a outra arquivada pelo pesquisador.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA PARA MENORES DE 18 ANOS (de acordo com a Resolução CNS 196/96)

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPANTES MENORES DE 18 ANOS

Prezados responsáveis e participante,

A pesquisa cujo título é “ Imagem corporal na adolescência” constitui-se uma investigação clínica que tem como objetivo o atendimento clínico e estudo de casos de adolescentes com questões que se refletem na percepção da imagem corporal. Serão recrutados pacientes encaminhados ao Setor de Medicina do Adolescente e ao NIAB – Núcleo de Investigações de Anorexia e Bulimia pelas diversas especialidades do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.

Sua participação/ a participação do adolescente pelo qual é responsável consiste em se submeter a uma entrevista psiquiátrica no referencial psicanalítico, que será gravada e transcrita para melhor compreensão dos dados de sua história. Seguida por atendimentos mensais ou em menor intervalo de tempo, de acordo com a indicação clínica. Os atendimentos poderão ser anotados para que seja feita uma análise posterior do caso, o material da primeira entrevista gravado, após a transcrição, será destruído.

O atendimento psiquiátrico está proposto por um ano, período necessário para efetivar a pesquisa, mas poderá ser estendido, sem qualquer custo para o participante, caso haja indicação terapêutica e desejo do paciente. Todos os dados pessoais dos participantes serão guardados no mais absoluto sigilo. Os pesquisadores se comprometem a manter total privacidade de todas as pessoas envolvidas nesta pesquisa. Sendo assim, a identidade dos participantes não será revelada em nenhuma publicação resultante deste projeto.

A participação nesta pesquisa é gratuita e voluntária, podendo ser interrompida, caso seja o desejo do participante, a qualquer momento, sem perda de nenhum benefício e sem prejuízo para o seu atendimento no Hospital das Clínicas/UFMG. O procedimento não oferece qualquer risco ao paciente nem ao seu tratamento e suas dúvidas poderão ser esclarecidas quando desejar. Caso concordem com a sua participação / a participação do adolescente pelo qual são responsáveis nesse estudo, favor preencher o termo de consentimento pós-informado anexo. _____

Prof. Dr. Roberto Assis Ferreira

Prof. Dr. Jesús Santiago

Doutoranda Ana Maria Costa da Silva Lopes

Obs: este documento será impresso em 2 cópias, sendo uma entregue ao responsável pelo participante da pesquisa e a outra arquivada pelo pesquisador.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA PARA PARTICIPANTES COM 18 ANOS (de acordo com a Resolução CNS 196/96)

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

(para participantes com 18 anos)

Concordo com a minha participação na pesquisa “Imagem corporal na adolescência” Estou ciente dos objetivos e procedimentos a serem realizados nesta pesquisa. Concordo com a divulgação, para fins científicos, dos dados encontrados sabendo que os responsáveis pela pesquisa se comprometem a manter em total sigilo a identidade dos participantes e respeitar os demais aspectos éticos, de acordo com a Resolução número 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

Belo Horizonte, de de

Responsáveis pela pesquisa:

Ana Maria Costa da Silva Lopes - RG: M 3 509 289. Endereço: Av. Contorno 5351 / 1403 Cruzeiro (031)3225 00 81

Prof. Dr. Roberto Assis Ferreira Telefone: 3248 33 95

Prof. Dr. Jesús Santiago - Telefone: 3225 46 55

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Obs: este documento será impresso em 2 cópias, sendo uma entregue ao participante ou responsável e a outra arquivada pelo pesquisador.

Comitê de Ética da UFMG: Av. Pres. Antônio Carlos, 6627- Unidade Administrativa II, sala 2005/2º andar. CEP: 31270-901 Belo Horizonte- MG - Telefone: (031) 3499-4592

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA PARA PARTICIPANTES ENTRE 12 E 18 ANOS (de acordo com a Resolução CNS 196/96)

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

(para participantes com idade entre 12 e 18 anos)

Concordo com a minha participação / com a participação do adolescente pelo qual sou responsável na pesquisa “ Imagem corporal na adolescência”. Estamos cientes dos objetivos e procedimentos serem realizados nesta pesquisa. Concordamos com a divulgação, para fins científicos, dos dados encontrados sabendo que os responsáveis pela pesquisa se comprometem a manter em total sigilo a identidade dos participantes e respeitar os demais aspectos éticos, de acordo com a Resolução número 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

Belo Horizonte, de de .

Responsáveis pela pesquisa: Ana Maria Costa da Silva Lopes - CRM 23724

Doutoranda / Pós-Graduação Medicina / UFMG

Endereço: Av. Contorno 5351 / sala 1403. Telefone: (031) 3225 00 8

Prof. Dr. Roberto Assis Ferreira - Telefone: 3248 33 95. Prof. Dr. Jésus Santiago - Telefone: 3225 46 55.

Assinatura do responsável legal: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Obs: este documento será impresso em 2 cópias, sendo uma entregue ao participante ou responsável e a outra arquivada pelo pesquisador.

Comitê de Ética da UFMG: Av. Pres. Antônio Carlos, 6627- Unidade Administrativa II, sala 2005/2ºandar. CEP: 31270-901 Belo Horizonte- MG - Telefone: (031) 3499-4592

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA PARA PARTICIPANTES ENTRE 12 E 18 ANOS (de acordo com a Resolução CNS 196/96)

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

(para participantes menores de 12 anos)

Concordamos com a participação do adolescente pelo qual somos responsáveis na pesquisa “Imagem corporal na adolescência” Estamos cientes dos objetivos e procedimentos a serem realizados nesta pesquisa. Concordamos com a divulgação, para fins científicos, dos dados encontrados sabendo que os responsáveis pela pesquisa se comprometem a manter em total sigilo a identidade dos participantes e respeitar os demais aspectos éticos, de acordo com a Resolução número 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

Belo Horizonte, de de .

Responsáveis pela pesquisa:

- Doutoranda Ana Maria Costa da Silva Lopes - CRM 23724
- endereço: Av. Contorno 5351 / sala 1403. Telefone: (031) 3225 00 81
- Prof. Dr. Roberto Assis Ferreira - Telefone: 3248 33 95.
- Prof. Dr. Jesús Santiago - Telefone: 3225 46 55.

Assinatura dos responsáveis legais: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Obs: este documento será impresso em 2 cópias, sendo uma entregue aos responsáveis e a outra arquivada pelo pesquisador.

Comitê de Ética da UFMG: Av. Pres. Antônio Carlos, 6627- Unidade Administrativa II, sala 2005/2º andar. CEP: 31270-901 Belo Horizonte- MG - Telefone: (031) 3499-4592

Anexo 7: Escalas de avaliação de imagem corporal e de transtornos alimentares

O objetivo desse anexo é de fornecer informações sobre os tipos de escalas de avaliação que orientam atualmente a maioria das investigações sobre imagem corporal. Segundo vários pesquisadores, um fator importante na abordagem dos transtornos alimentares está no sintoma distorção de imagem corporal, que apresenta várias facetas: distorção da imagem corporal, insatisfação corporal e evitação da imagem corporal (ROSEN et al., 1995). Segundo Táki Cordas, vários questionários foram usados para a abordagem das atitudes com relação à imagem corporal, mas a mais promissora e útil escala considerada por este pesquisador é o *Body Shape Questionnaire* (BSQ; Cooper et al., 1987), que mede as preocupações com a forma do corpo e a autodepreciação, devido à aparência física e à sensação de estar "gorda". Verifica-se que em muitos pacientes com transtornos alimentares é comum a ansiedade em relação à aparência física, ocasionando situações de evitação da imagem corporal. Táki Cordás considera que existem poucos instrumentos para avaliação da evitação da própria imagem corporal. Dentre eles a *Body Image Avoidance Questionnaire* (BIAQ; Rosen et al., 1995) é uma escala de autoavaliação de 19 itens para abordagem desse aspecto da imagem corporal. Um outro instrumento muito utilizado na década de 1990, do século XX, foi o *Body-Self Relations Questionnaire* (BSRQ; BROWN; CASH, 1990), que tem 140 itens que o paciente responde com uma escala de 5 pontos. Os itens referem-se às atitudes e ações do paciente em três áreas somáticas: aparência física, forma física e saúde física (WILLIAMSON, 1990).

Descrevo, a seguir, as escalas mais utilizadas atualmente e que foram citadas ao longo da tese. Essas escalas objetivam a mensuração da imagem corporal, de episódios

bulímicos, anoréxicos, da atividade física e da alimentação. As escalas mais utilizadas são: *Bulimic Investigatory Test Edinburgh* / Teste de Avaliação Bulímica de Edimburgo (BITE), *Eating Attitudes Test* / Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26), Questionário de Imagem Corporal (BSQ), Escala de nove silhuetas de Stunkard. Segundo Táki Cordas, o EAT diferencia pacientes anoréxicos dos controles e também diferencia pacientes bulímicos dos controles. A análise fatorial de seus 40 itens resultou numa versão resumida, o EAT-26 (GROSS *et al.*, 1986). O EAT foi originariamente desenvolvido para avaliar atitudes e comportamentos típicos de pacientes com anorexia nervosa. O aumento da importância epidemiológica da bulimia nervosa, instrumentos específicos como o *Bulimic Investigatory Test Edinburgh* (BITE) foram recentemente elaborados.

sim

não

12. Caso sim, descreva com detalhes:

1. Você tem um padrão de alimentação diário regular?

sim

não

2. Você segue uma dieta rígida?

sim

não

3. Você se sente fracassado quando quebra sua dieta uma vez?

sim

não

4. Você conta as calorias de tudo o que come, mesmo quando não está de dieta?

sim

não

5. Você já jejuou por um dia inteiro?

sim

não

*6. Se já jejuou, qual a frequência?

dias alternados(5)

de vez em quando(2)

2 a 3 vezes por semana(4)

somente 1 vez(1)

1 vez por semana(3)

*7. Você usa alguma das seguintes estratégias para auxiliar na sua perda de peso?

x dia	Nunca	De vez em quando	1x/ sem.	2 a 3x/ sem.	Diariamente	2 a 3x/ sem.	5 ou +
tomar comprimidos	0	2	3	4	5	6	7
tomar diuréticos	0	2	3	4	5	6	7
tomar laxantes	0	2	3	4	5	6	7
vômitos	0	2	3	4	5	6	7

8. O seu padrão de alimentação prejudica severamente sua vida?

sim não

9. Você poderia dizer que a comida dominou sua vida?

sim não

10. Você come sem parar até ser obrigado (a) a parar por sentir-se mal fisicamente?

sim não

11. Há momentos em que você só consegue pensar em comida?

sim não

12. Você come moderadamente com os outros e depois exagera quando sozinho(a)?

sim não

13. Você sempre pode parar de comer quando quer?

sim não

14. Você já sentiu incontrolável desejo para comer e comer sem parar?

sim não

15. Quando você se sente ansioso(a), tende a comer muito?

sim não

16. O pensamento de tornar-se gordo(a) o(a) apavora?

sim não

17. Você já comeu grandes quantidades de comida muito rapidamente (não uma refeição)?

sim não

18. Você se envergonha de seus hábitos alimentares?

sim não

19. Você se preocupa com o fato de não ter controle sobre o quanto você come?

sim não

20. Você se volta para a comida para avaliar algum tipo de desconforto?

sim não

21. Você é capaz de deixar comida no prato ao final de uma refeição?

sim não

22. Você engana os outros sobre quanto come?

sim não

23. Quanto você come é determinado pela fome que sente?

sim não

24. Você já teve episódios exagerados de alimentação?

sim não

25. Se sim, esses episódios deixaram você se sentindo mal?

sim não

26. Se você tem episódios, eles ocorrem só quando está sozinho (a)?

sim não

*27. Se você tem esses episódios, qual a frequência?

quase nunca (1) 1 vez por mês (2)

uma vez por semana (3) 2 a 3 vezes por semana (4)

diariamente (5) 2 a 3 vezes por dia (6)

28. Você iria até as últimas consequências para satisfazer um desejo de alimentação exagerado?

sim não

29. Se você come demais, você se sente muito culpado (o)?

sim não

30. Você já comeu escondido (a)?

sim não

31. Seus hábitos alimentares são o que você poderia considerar normais?

sim não

32. Você se considera alguém que come compulsivamente?

sim não

33. Seu peso flutua mais que 2,5 quilogramas em uma semana?

sim não

Avaliação de resultados

1. Escala de gravidade:

1.1. Itens 6, 7, 27 = maior que 5 _ significativo
maior ou igual a 10 _ grande intensidade

2. Escala de sintomas

2.1. Itens 1, 13, 21, 23, 31 _ pontua-se não

2.2. Outros itens _ pontua-se sim

2.3. Total:

2.3.1. Máximo escore = 30

2.3.2. Maior ou igual a 20 _ escore elevado, presença de comportamento alimentar compulsivo, grande possibilidade de bulimia.

2.3.3. Entre 10 e 19 _ escore médio, sugere padrão alimentar não usual, mas não estão presentes todos os critérios para bulimia. Deve ser seguido de entrevista.

Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26)

S (sim) MF (muito frequente) F (frequente) AV (R N

1. Costumo fazer dieta.

2. Como alimentos dietéticos.

3. Sinto-me mal após comer doces.

4. Gosto de experimentar novas comidas engordantes.

5. Evito alimentos que contenham açúcar.

6. Evito particularmente alimentos com alto teor de carboidratos (pão, batata, arroz etc.).

7. Estou preocupado(a) com o desejo de ser mais magro(a).

8. Gosto de estar com o estômago vazio.

9. Quando faço exercício penso em queimar calorias.

10. Sinto-me extremamente culpado(a) depois de comer.

11. Fico apavorado(a) com o excesso de peso.

12. Preocupa-me a possibilidade de ter gordura no meu corpo.

13. Sei quantas calorias têm os alimentos que como.

14. Tenho vontade de vomitar após as refeições.
15. Vômito depois de comer.
16. Já passei por situações em que comi demais achando que não ia conseguir parar.
17. Passo muito tempo pensando em comida.
18. Acho-me uma pessoa preocupada com a comida.
19. Sinto que a comida controla a minha vida.
20. Corto minha comida em pedaços pequenos.
21. Levo mais tempo que os outros para comer.
22. As outras pessoas acham que sou magro(a) demais.
23. Sinto que os outros prefeririam que eu comesse mais.
24. Sinto que os outros me pressionam a comer.
25. Evito comer quando estou com fome.
26. Demonstro autocontrole em relação à comida.

Body Shape Questionnaire / Questionário sobre a imagem corporal (BSQ)

Gostaríamos de saber como você vem se sentindo em relação à sua aparência nas últimas quatro semanas. Por favor, leia cada questão e faça um círculo apropriado. Use a legenda abaixo:

- | | |
|--------------|-------------------------|
| 1. Nunca | 4. Frequentemente |
| 2. Raramente | 5. Muito frequentemente |
| 3. Às vezes | 6. Sempre |

Por favor, responda a todas as questões.

Nas últimas quatro semanas:

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Sentir-se entediada faz você se preocupar com sua forma física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Você tem estado tão preocupada com sua forma física a ponto de sentir que deveria fazer dieta? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Você acha que suas coxas, quadril ou nádegas são grandes demais para o restante de seu corpo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Você tem sentido medo de ficar gorda (ou mais gorda)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Você se preocupa com o fato de seu corpo não ser suficientemente firme? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

6. Sentir-se satisfeita (por exemplo, após ingerir uma grande refeição) faz você sentir-se gorda? 1 2 3 4 5 6
7. Você já se sentiu tão mal a respeito do seu corpo que chegou a chorar? 1 2 3 4 5 6
8. Você já evitou correr pelo fato de que seu corpo poderia balançar? 1 2 3 4 5 6
9. Estar com mulheres magras faz você se sentir preocupada em relação ao seu físico? 1 2 3 4 5 6
10. Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem espalhar-se quando se senta? 1 2 3 4 5 6
11. Você já se sentiu gorda, mesmo comendo uma quantidade menor de comida? 1 2 3 4 5 6
12. Você tem reparado no físico de outras mulheres e, ao se comparar, sente-se em desvantagem? 1 2 3 4 5 6
13. Pensar no seu físico interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como por exemplo, enquanto assiste à televisão, lê ou participa de uma conversa)? 1 2 3 4 5 6
14. Estar nua, por exemplo, durante o banho, faz você se sentir gorda? 1 2 3 4 5 6
15. Você tem evitado usar roupas que a fazem notar as formas do seu corpo? 1 2 3 4 5 6
16. Você se imagina cortando fora porções de seu corpo? 1 2 3 4 5 6
17. Comer doce, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gorda? 1 2 3 4 5 6
18. Você deixou de participar de eventos sociais (como, por exemplo, festas) por sentir-se mal em relação ao seu físico? 1 2 3 4 5 6

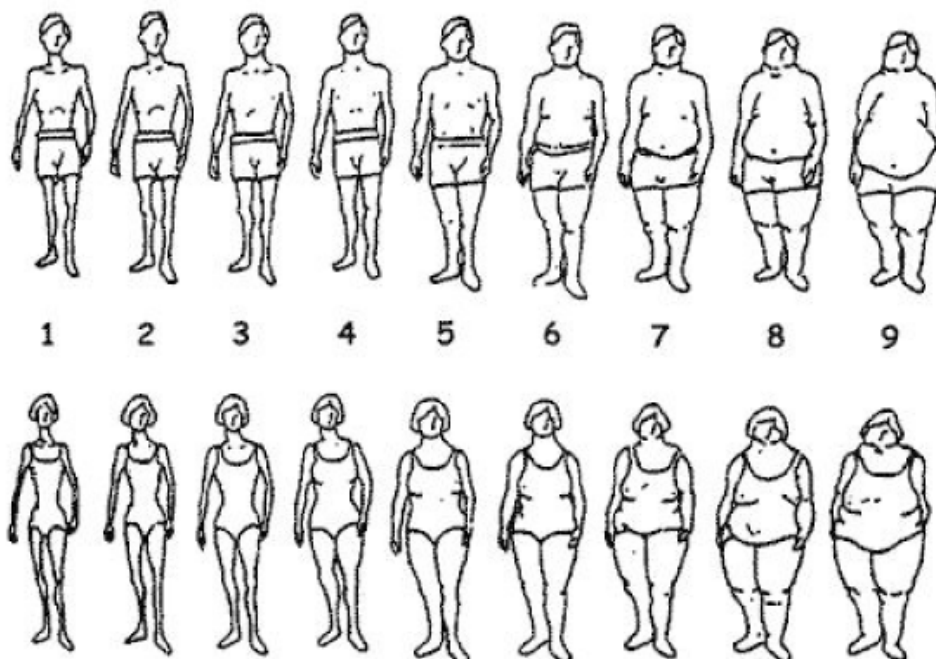
19. Você se sente excessivamente grande e arredondada? 1 2 3 4 5 6
20. Você já teve vergonha do seu corpo? 1 2 3 4 5 6
21. A preocupação diante do seu físico leva-lhe a fazer dieta? 1 2 3 4 5 6
22. Você se sente mais contente em relação ao seu físico quando de estômago vazio (por exemplo pela manhã)? 1 2 3 4 5 6
23. Você acha que seu físico atual decorre de uma falta de autocontrole? 1 2 3 4 5 6
24. Você se preocupa que outras pessoas possam estar vendo dobras na sua cintura ou estômago? 1 2 3 4 5 6
25. Você acha injusto que as outras mulheres sejam mais magras que você? 1 2 3 4 5 6
26. Você já vomitou para se sentir mais magra? 1 2 3 4 5 6
27. Quando acompanhada, você fica preocupada em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentado num sofá ou no banco de um ônibus)? 1 2 3 4 5 6
28. Você se preocupa com o fato de estarem surgindo dobrinhas em seu corpo? 1 2 3 4 5 6
29. Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico? 1 2 3 4 5 6
30. Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura? 1 2 3 4 5 6
31. Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários ou banhos de piscina)? 1 2 3 4 5 6

32. Você toma laxantes para se sentir magra? 1 2 3 4 5 6
33. Você fica particularmente consciente do seu físico quando em companhia de outras pessoas? 1 2 3 4 5 6
34. A preocupação com seu físico faz-lhe sentir que deveria fazer exercícios? 1 2 3 4 5 6

Escala de nove silhuetas de Stunkard

Figura 1

Conjunto de silhuetas proposto para avaliação da imagem corporal.



Fonte: Stunkard AJ. *et al.* Use of Danish adoption register for the study of obesity and thinness. In: Key SS *et al.* The genetics of neurological. New York; 1983.¹⁶

A escala de nove silhuetas de Stunkard é uma das técnicas mais usadas em estudos populacionais para a mensuração do componente perceptivo e / ou atitudinal da imagem corporal e foi validada no Brasil por Conti e Latorre (2009). A escala consiste em desenhos de silhuetas (vide acima) de figuras humanas, dentre as quais o avaliado escolhe, em uma série que varia do mais magro ao mais gordo, a imagem que mais se aproxima de como se percebe e outra imagem que se aproxima de como gostaria de ser (MENDELSON; MENDELSON; WHITE, 2001). Dessa forma é possível avaliar a satisfação ou não com a imagem corporal, sendo entendida como a diferença entre o corpo real, percebido e o ideal, desejado.

A literatura aponta uma série de falhas metodológicas e conceituais da escala de Stunkard, dentre elas – o número de silhuetas e os detalhes da face que influenciam na escolha da silhueta como um todo, o intervalo de variação entre as silhuetas e a apresentação em série de todas as silhuetas em um único papel (GARDNER; FRIEDMAN & JACKSON, 1998).

Nome do arquivo: 18 04 2011 FINAL
Diretório: E:\FINALMENTE
Modelo: C:\Users\xx\AppData\Roaming\Microsoft\Modelos\Normal.d
otm
Título:
Assunto:
Autor: xx
Palavras-chave:
Comentários:
Data de criação: 25/03/2011 11:05:00
Número de alterações: 18
Última gravação: 26/03/2011 20:24:00
Salvo por: xx
Tempo total de edição: 180 Minutos
Última impressão: 26/03/2011 20:44:00
Como a última impressão
Número de páginas: 314
Número de palavras: 80.774 (aprox.)
Número de caracteres: 436.185 (aprox.)