UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Maria Carolina Cerqueira Cesar Garcia

**Anorexia e bulimia na clínica psicanalítica:
um estudo a partir da obra de Didier Anzieu**

São Paulo
2015

MARIA CAROLINA CERQUEIRA CESAR GARCIA

Anorexia e bulimia na clínica psicanalítica:
um estudo a partir da obra de Didier Anzieu
(Versão Corrigida)

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo para a
obtenção do título de Doutora.

Área de Concentração: Psicologia Escolar
e do Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Maria Loffredo

São Paulo
2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Garcia, Maria Carolina Cerqueira Cesar.

Anorexia e bulimia na clínica psicanalítica: um estudo a partir da obra de Didier Anzieu / Maria Carolina Cerqueira Cesar Garcia; orientadora Ana Maria Loffredo. -- São Paulo, 2015.

91fs

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: **Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano**) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Clínica psicanalítica 2. Anorexia 3. Bulimia 4. Anzieu, Didier, 1923-1999 5. Limites I. Título.

RC454

Garcia, Maria Carolina Cerqueira Cesar Garcia

Título: Anorexia e bulimia na clínica psicanalítica: um estudo a partir da obra de Didier Anzieu.

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Doutora em Psicologia

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof.Dr. ANA MARIA LOFFNERO (ORIENTADORA)
Instituição: IPUSP Assinatura:

—
Prof.Dr. _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

—
Prof.Dr. _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

—
Prof.Dr. _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

—
Prof.Dr. _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Para Maria Celina, minha mãe

(in memoriam)

Agradecimentos

A Ana Maria Loffredo, por sua orientação sempre cuidadosa e sensível, seu apoio constante, e também pela grande amizade que esse percurso nos permitiu construir.

Aos professores Nelson Ernesto Coelho Junior e Monah Winograd, pela leitura atenta e pelas importantes e valiosas sugestões feitas no exame de qualificação.

Ao CNPQ, pelo financiamento da pesquisa.

À Capes, pela bolsa concedida para a realização do estágio-sanduiche na Universidade Paris VII.

Ao professor Luis Eduardo Prado de Oliveira, pela orientação no estágio-sanduiche em Paris.

A Olivia e Sandra, da secretaria do departamento, sempre disponíveis na resolução das questões burocráticas.

Aos funcionários da secretaria de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia.

A Camilla Leite, pela cuidadosa revisão.

Ao grupo de orientação, pelas ricas contribuições à pesquisa, pela importante interlocução e pela amizade: Débora, Zé, Priscila, Paulo, Cris, Marília, Lucas e Tiago.

A Mara Caffé, por sua presença fundamental.

A Marion Minerbo, Myriam Uchitel e Janete Frochtengarten, pelo acompanhamento de meu trabalho como analista.

Aos meus ex-alunos, que, com suas questões, muito me instigaram.

Aos amigos que, além da importância que têm na minha vida, de diferentes maneiras tornaram este trabalho possível: Kika, Fê, Luiz, Ilana, Camila Munhoz, Miranda, Renata Mourão e Marina.

Aos amigos queridos - em particular, Gon, Aninha, Luisa, Gabi, Andrea, Katia, Elena, João, Daniela Mountian, Zé, Renata, Piero, Tu, Dindo, Cecília, Renata Lins, Camila Junqueira, Alexandre, Perla, Manu, Cibebe, Cristina Herrera, Helô, André Luiz, Carmo, Bruno.

Aos amigos “parisienses”, Pri, Márcio, Mari, Vivi, José, Daniel.

Ao Nicolas, grande amor.

Ao meu pai, José Milton, a meu irmão Rodrigo e minha cunhada Agnes, pelo afeto, apoio e incentivo, presentes na minha vida e na elaboração deste trabalho.

Análise

Tão abstrata é a idéia do te ser
Que me vem de te olhar, que, ao entreter
Os meus olhos nos teus, perco-os de vista,
E nada fica em meu olhar, e dista
Teu corpo do meu ver tão longemente,
E a idéia do teu ser fica tão rente
Ao meu pensar olhar-te, e ao saber-me
Sabendo que tu és, que, só por ter-me
Consciente de ti, nem a mim sinto.
E assim, neste ignorar-me a ver-te, minto
A ilusão da sensação, e sonho,
Não te vendo, nem vendo, nem sabendo
Que te vejo, ou sequer que sou, risonho
Do interior crepúsculo tristonho
Em que sinto que sonho o que me sinto sendo.

Fernando Pessoa

Resumo

Garcia, M. C. C. C. (2015). *Anorexia e bulimia na clínica psicanalítica: um estudo a partir da obra de Didier Anzieu*. 91 fs. Tese (Doutorado), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Esta tese tem como perspectiva a hipótese segundo a qual os conceitos de Eu-Pele e de Envelopes Psíquicos, desenvolvidos pelo psicanalista Didier Anzieu, permitem um viés importante na compreensão da questão da constituição dos limites e fronteiras psíquicos, nas patologias da anorexia e da bulimia na clínica psicanalítica. Tomando como eixo principal na abordagem desses quadros patológicos o tema dos limites - eu/outro, dentro/fora, corpo/psique, são discutidas as concepções dos autores Brusset, Jeammet e McDougall, referentes às condições necessárias para o estabelecimento dos limites nessas patologias alimentares. É realizado um percurso pela obra de Didier Anzieu de tal forma a permitir, a partir dos conceitos de eu-pele e envelopes psíquicos, a compreensão da teorização do autor acerca dos limites e fronteiras, que serão, posteriormente, articulados a sua presença na anorexia e na bulimia. Por fim, é possível afirmar que falhas nas funções e constituição do eu-pele e dos envelopes psíquicos, acarretam um sério comprometimento na constituição dos limites do psiquismo nas patologias alimentares da anorexia e da bulimia.

Palavras-chave: Anorexia e Bulimia; Limites; Didier Anzieu; Clínica Psicanalítica.

Abstract

Garcia, M. C. C. C. (2015). *Anorexia and bulimia in psychoanalytic clinic: a study based on Didier Anzieu's works*. 91 fs. Tese (Doutorado), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

This thesis is based on the perspective that the concepts of skin-ego and psychic envelope, developed by the psychoanalyst Didier Anzieu, bring an important contribution for the comprehension of the problematic of the constitution of psychic limits and boundaries in the disorders of anorexia and bulimia in the psychoanalytic clinic. Taking this as the main theoretical framework for the understanding of these pathological frames, the question of the limits - I/other, inside/outside, body/psyche - is discussed based on contributions from Brusset, Jeammet and McDougall, concerning the necessary conditions for the establishment of the limits within these pathologies. It is undertaken, therefore, a reading of the work of Didier Anzieu, in a way to allow, from the concepts of skin-ego and psychic envelope, the comprehension of the proposition of the author on the limits and boundaries for the articulation with anorexia and bulimia. Finally, we argue that the lack in the function and constitution of the skin-ego and psychic envelope, brings serious consequences to the constitution of the psychic limits in the eating disorders of anorexia and bulimia.

Keywords: Anorexia and Bulimia; Limits; Didier Anzieu; Psychoanalytic Clinic.

Sumário

Introdução	11
 Primeira parte: As patologias alimentares da anorexia e da bulimia.....	15
1.1 Raízes freudianas	20
1.2 Os limites e a dimensão aditiva.....	28
 Segunda parte: Didier Anzieu e a psicanálise do continente	54
2.1 O Eu-pele	55
2.2 Os envelopes psíquicos	73
 Considerações finais	76
 Referências	79

Introdução

“Não suporto ficar perto dela, mas também não suporto ficar longe (...) Não sei o que me acontece, quando começo a comer sem parar, me sinto bem com a sensação de estar cheia, eu sinto meu corpo. Mas logo depois vem uma angústia, uma urgência, tenho que arrancar isso de dentro de mim, mas aí não aguento o buraco que fica”.

É assim que A., uma paciente bulímica, refere-se à relação com sua mãe e com a comida. Vazio, cheio, buraco, perto, longe, excesso, falta, ausência e presença. São esses os termos que regem essa relação com a mãe, consigo mesma e com o alimento.

A homologia entre a organização das relações estabelecidas com os objetos internos e externos na anorexia e na bulimia, a conduta alimentar e o funcionamento mental, constitui um dos principais eixos de pesquisa sobre a clínica da anorexia e da bulimia na literatura psicanalítica mais recente, na qual se destacam os autores Corcos (2005/2011), Brusset (1998/2008), Jeammet (2004/2010) e McDougall (2001/2010).

Dentre as diversas possibilidades de abordagem da anorexia e bulimia, tomo como eixo central de minha pesquisa a homologia acima referida, para o entendimento da problemática dos limites - eu/outro, fora/dentro, corpo/psique, constitutiva dessas patologias. Para tal compreensão, considero que a teoria

psicanalítica sobre a constituição dos limites, conforme desenvolvida pelo psicanalista francês Didier Anzieu - tido como referência para o estudo do tema – e, particularmente, suas concepções de eu-pele e envelopes psíquicos, permitem um esclarecimento da problemática dos limites na anorexia e bulimia. Trabalho com a hipótese segundo a qual o sério comprometimento na instauração dos limites nessas patologias alimentares pode ser articulado a uma possível falha nas funções e constituição do eu-pele e dos envelopes psíquicos.

A temática das fronteiras e limites do Eu constituiu parte do objeto da pesquisa teórica realizada em minha Dissertação de Mestrado, intitulada “A recusa e a constituição das fronteiras do Eu: aproximações metapsicológicas e psicopatológicas”¹, que teve como foco principal a articulação do mecanismo psíquico da recusa com a formação das fronteiras do Eu. Foi examinada a gênese conceitual da recusa na obra freudiana, assim como os atuais desenvolvimentos teóricos acerca do conceito, e pesquisada a constituição das fronteiras do Eu, a partir das obras de Federn, Anzieu e Green. Procurou-se compreender de que maneira o predomínio da recusa poderia comprometer o estabelecimento das fronteiras/limites do Eu, e também a relação dessa articulação com a possibilidade/impossibilidade de um bom processo de separação eu-outro. A articulação com a psicopatologia proposta na pesquisa de doutorado permite, a meu ver, uma importante ampliação do que foi anteriormente problematizado.

Pretende-se realizar um aprofundamento das discussões mais recentes sobre as patologias da anorexia e bulimia, tendo como foco a temática dos limites:

¹ Realizada sob orientação do professor Nelson Ernesto Coelho Junior e defendida em 2009, no Departamento de Psicologia Experimental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

como eles se estabelecem e sua articulação com os conceitos de Eu-pele e envelopes psíquicos definidos por Anzieu. Como eixo de articulação entre as patologias da anorexia e da bulimia e a constituição de limites será feito o estudo das condições necessárias para que a constituição desses limites não seja comprometida, de tal forma que a anorexia e a bulimia surjam como uma saída psicopatológica frente a esse comprometimento.

Esta pesquisa pretende, portanto, contribuir para a compreensão teórico-clínica dos quadros patológicos da anorexia e bulimia, cuja prevalência vem aumentando de maneira significativa nas formas de sofrimento observadas na atualidade. Visa, além disso, a dar continuidade ao meu interesse de pesquisa sobre os processos de constituição de limites, ligados à questão da separação eu-outro, buscando, assim, criar condições para a produção de conhecimento a partir da necessária e fecunda articulação da metapsicologia com a clínica.

Na primeira parte, “As patologias alimentares da anorexia e da bulimia”, são apresentadas as fontes históricas relativas a esse campo conceitual, suas raízes na obra freudiana e a discussão sobre essas patologias na teorização psicanalítica dos autores Brusset (1998/2008), Jeammet (2004/2010) e McDougall (2001/2010), escolhidos por serem referência no âmbito contemporâneo na questão dos limites na anorexia e na bulimia.

Na segunda parte, “Didier Anzieu e a psicanálise do continente”, são apresentados os conceitos de Eu-pele e de envelopes psíquicos conforme definidos pelo autor,² articulados à temática dos limites nas patologias alimentares.

² Para tal, são retomadas e aprofundadas algumas das ideias sobre o autor desenvolvidas em minha dissertação de mestrado.

Nas considerações finais é retomado o percurso realizado pela pesquisa, na perspectiva da hipótese que inspira este trabalho.

Primeira parte: As patologias alimentares da anorexia e da bulimia

De forma geral, a anorexia é caracterizada por uma recusa a alimentar-se, vinculada à impossibilidade da manutenção de um peso corporal, minimamente normal, para um funcionamento saudável. Está presente um intenso medo de engordar, associado a um investimento maciço na restrição alimentar, assim como um excesso na realização de exercícios físicos com o objetivo de emagrecer. Deve ser destacada, também, uma grande perturbação na percepção da forma e do peso do próprio corpo nessa patologia, que se manifesta principalmente, ainda que não de forma exclusiva, em meninas adolescentes. Essas jovens não apresentam preocupação alguma frente à significativa diminuição de peso, ao contrário, essa perda é sentida como um triunfo e uma conquista, e um eventual aumento de peso é vivido como um fracasso e uma perda do autocontrole. A anorexia leva, muitas vezes, dada a gravidade de suas consequências físicas, à hospitalização e, eventualmente, à morte. O tratamento de pacientes anoréxicas envolve, quase sempre, uma equipe multidisciplinar, composta por psiquiatras, nutricionistas, psicanalistas, psicólogos e terapeutas familiares.

A bulimia apresenta uma importante repetição de episódios de compulsão alimentar, seguidos de comportamentos compensatórios, tais como vômitos auto-induzidos, jejuns e uso de laxantes e diuréticos. Geralmente são ingeridos alimentos hipercalóricos e os episódios bulímicos podem se repetir várias vezes ao dia. Esses episódios costumam ser precedidos por uma excitação, eventualmente sem causa

aparente, mas, geralmente, ligada a situações que despertam sentimentos de desamparo, solidão e fracasso, assim como situações prazerosas. As pacientes relatam que essas condutas de descontrole se dão, quase sempre, de forma automática, e que se sentem como meras espectadoras. Na bulimia, diferentemente do que se passa na anorexia, essas jovens não apresentam grandes alterações de peso, porém, uma alteração na percepção da imagem corporal também pode estar presente, sendo percebido um corpo disforme e desvalorizado.

Ainda que, por muito tempo, a bulimia tenha sido considerada o pólo oposto da anorexia, sendo a passagem da anorexia à bulimia muito mais frequente do que o contrário, na teoria psicanalítica atual voltada às patologias alimentares, vários autores consideram a existência de uma síndrome mista, *anorexia-bulimia*. Em relação à anorexia, assinala Brusset³ (1998/2008):

mais recentemente, em vez de considerar formas particulares de anorexia que comportam fases bulímicas, têm-se questionado se todas as anoréxicas não seriam virtualmente bulímicas, e se não seria necessário compreender essa síndrome em função desse risco. Quanto mais as pacientes são acompanhadas de perto e a fortiori durante o curso de uma psicoterapia, mais se tem considerado os acessos bulímicos como frequentes, ainda que essa frequência seja muito diferentemente avaliada segundo os autores. (p.6)

A anorexia, a bulimia e as adições aparecem com grande destaque na psicopatologia da adolescência. No caso da bulimia, ainda que ela possa estar presente em diferentes contextos clínicos, assim como em diversos quadros psicopatológicos, temos certo consenso na literatura sobre a existência de sua especificidade. Segundo Brusset (1991/2003a), “elas têm, em suas relações com a

³ Todas as traduções realizadas nesta tese são de minha autoria.

anorexia mental das adolescentes, uma especificidade que permite lhes reconhecer um estatuto de uma síndrome que revela, senão uma estrutura, pelo menos uma problemática psicopatológica original” (p.141).

Com relação ao tratamento da bulimia, assim como no caso da anorexia, é frequente a atuação de uma equipe multidisciplinar, porém raramente há a necessidade de uma internação hospitalar, o que não significa que a conduta bulímica não possa trazer também graves problemas de saúde, que vão desde uma úlcera até um desequilíbrio eletrolítico que pode levar a problemas cardíacos.

Do ponto de vista de um traçado histórico, as primeiras descrições sobre jovens mulheres que jejuam surgem nos escritos teológicos compreendidos entre o século V e o século XVI. A abstinência alimentar era vista inicialmente como tentativa de purificação e escolha divina, sendo essas jovens alçadas às categorias de santas e milagrosas. Já a partir do século XVI, essa conduta de devoção é entendida como insanidade ou ato demoníaco, e se a anorexia como expressão divina não causa grandes inquietações, quando compreendida como heresia, traz como consequência um grande incômodo por parte da Igreja, que passa a questionar seu real significado. Com o Renascimento surgirá um maior interesse pelas “doenças da alma”, o que, pouco a pouco, abrirá espaço para o início de estudos específicos com caráter científico.

Em 1689, Morton publica o trabalho “Tisiologia sobre a doença da consunção”, no qual a *atrofia* ou *consunção nervosa* é baseada em três sintomas - perda de apetite, amenorréia e emagrecimento - cuja causa deveria ser procurada no sistema dos nervos. Na França, em 1789, Nadeau descreve uma doença dos nervos na qual há uma enorme repulsa aos alimentos. Bidaud (1998) salienta que a

primeira reflexão acerca da dimensão social e cultural da conduta alimentar será feita por Pinel, em 1813, e tanto a anorexia como a bulimia serão incluídas no grupo das “neuroses das funções nutritivas”, nas quais as práticas alimentares fazem parte de um conjunto de rituais, regras e interdições que convém situar no contexto de cada época.

No século XIX, surgem os importantes relatos clínicos referentes propriamente à clínica da anorexia, com os trabalhos de William Gull (1874), na Inglaterra, nos quais encontramos o termo *anorexia nervosa*, e os de Lasègue (1873), na França, que a denomina *anorexia histérica*. A importância dos estudos desse último é ressaltada por Caroline Eliacheff (1972, citado por Bidaud, 1998):

Pode-se adiantar, sem grande risco, que sempre houve anoréxicas, mas pode-se afirmar que elas só existiram a partir do momento em que foram inscritas num discurso, o de Lasègue, que constitui um acontecimento no campo da medicina. (p.16)

A recusa alimentar aparece como característica da anorexia mental para Charcot e para Déjerine, e é designada como “doença da vontade” por Janet.

Em relação à bulimia, as primeiras referências surgem na literatura médica anglo-saxônica do início do século XVIII, e são mais detalhadas que os estudos sobre a anorexia (Couvreur, 1991/2003). Em 1708, ela é caracterizada por Blankaart como um “apetite extraordinário” associado à “fraqueza de espírito”. Em 1743, James a descreve detalhadamente, estabelecendo uma relação com uma disfunção digestiva decorrente de um “humor ácido gástrico”. Uma distinção entre três formas de bulimia é feita por Motherby, em 1785: as que terminam em vômito, as puras e as acompanhadas por sensações de desmaio e perda de consciência.

Em 1869, na França, Blanchet refere-se à bulimia como “uma forma gástrica de desordem nervosa” e destaca sua relação com a anorexia, sugerindo um termo específico – *fringale* (fome devorante) -, quando os sintomas bulímicos se alternam com a recusa alimentar. Em 1873, Gull e Lasègue também apontam a presença frequente dessa alternância entre voracidade e recusa nas anoréxicas. Posteriormente, em 1903, a relação anorexia-bulimia é discutida detalhadamente por Janet.

Binswanger (1944), ao referir-se a sua paciente Ellen West, ressalta a dialética entre o medo de engordar e a voracidade, além de comparar a fome da paciente e sua compulsão a pensar em comida, ao alcoolismo crônico, no qual o sentimento de vazio é preenchido apenas por um uso toxicomaniaco da alimentação:

Fica o grande buraco não cheio. A compulsão de sempre ter de pensar em comer torna-se o centro de minha vida: é como um mau espírito... isso me persegue como os remorsos perseguem um assassino e faz do mundo uma caricatura. (citado por Couvreur, 2003, p.20)

Nessa direção, encontra-se também a primeira tentativa de compreensão psicanalítica do quadro bulímico⁴, feita pelo psicanalista russo M. Wulff (1932/2003). Em seu trabalho “Sobre um interessante complexo sintomático oral e sua relação com a adição”, o autor aproxima a bulimia das toxicomanias, das neuroses obsessiva e histérica, e da melancolia; na mesma linha, em 1945, Otto Fenichel (1981) refere-se à bulimia como uma “toxicomania sem droga”.

⁴ Como veremos a seguir, tanto a anorexia como a bulimia estão presentes na teorização freudiana em sua articulação à histeria, à melancolia e à neurose de angústia, não se configurando como quadros patológicos autônomos.

É importante ressaltar que a relação das patologias alimentares com as adições constitui uma importante vertente de investigação, que será examinada mais adiante, na linha de pensamento de Bernard Brusset (1998/2008), Philippe Jeammet (1999) e Joyce McDougall (1991/2010), autores para os quais a dimensão aditiva presente nessas patologias ocupa papel fundamental.

Cabe assinalar, também, que outros elementos, já presentes nas formas de compreensão dessas patologias ao longo desse panorama histórico, aparecem como chaves das formulações teóricas psicanalíticas posteriores sobre a anorexia e a bulimia: a relação entre anorexia e histeria; a alternância entre sintomas anoréxicos e sintomas bulímicos, a qual abre caminho para o estudo da relação entre a anorexia e a bulimia e que trará importantes aportes para as condutas psicoterapêuticas a serem adotadas; e, por fim, a inserção dessas patologias numa dimensão social, que estará presente na discussão sobre os diferentes quadros de sofrimento psíquico que se destacam na atualidade.

1.1 Raízes freudianas

No âmbito da produção teórica freudiana há poucas referências sobre as patologias da anorexia e da bulimia, nas quais é apontada a enorme complexidade desses quadros clínicos.

Em linhas gerais, Freud busca compreender a anorexia a partir do modelo da histeria, destacando a importância da oralidade na organização da sexualidade,

assim como sua relação com a melancolia. Embora em relação à bulimia essas referências sejam ainda mais escassas, suas elaborações teóricas sobre os processos de descarga da excitação pulsional, seu interesse pela questão das adições e sua conceituação acerca das neuroses atuais constituem um terreno fértil a partir do qual a bulimia é compreendida na clínica psicanalítica atual (Fernandes, 2006).

No texto “Um caso de cura por hipnose” (Freud, 1892-1893/1992c), encontra-se o único relato de caso de anorexia na obra freudiana. Trata-se de uma mulher que se tornou anoréxica após o nascimento de seu primeiro filho, situação que tem como consequência a interrupção da amamentação devido à falta de leite, decorrente dos sintomas anoréxicos. Os mesmos sintomas – depressão, vômitos, inapetência e repugnância à comida - reaparecem no nascimento do segundo filho. Os sintomas cedem após sessões de hipnose e, no entanto, ressurgem quando nasce o terceiro filho. Freud vê o caso como uma “histeria ocasional”, não oferecendo uma interpretação psicanalítica (Bidaud, 1998).

Ainda que possa ser visto como uma ilustração da equação simbólica comer-amamentar, evidenciando a questão da relação mãe-bebê na anorexia, temos também um importante assinalamento oferecido por Fernandes (2006), para quem esse caso clínico “remete, de forma exemplar, às questões relativas à feminilidade, equacionadas a partir da maternidade e da função alimentar desempenhada pelo corpo da mulher” (p. 99), ressaltando que, em 1893, a potencialidade traumática de um primeiro parto já estava presente no texto freudiano. Para essa autora, ao considerarmos que essa potencialidade está ligada a acontecimentos que acometem o corpo da mulher de forma direta e que

promovem transformações corporais “espetaculares e imprevisíveis”, poderíamos ver o elemento surpresa e a dimensão do excesso, que, para Freud, são constitutivos do trauma.

Em “Estudos sobre a histeria” (1893-1895/1992), a propósito do caso de Emmy von N. - a paciente que pede para falar livremente, dando assim subsídios para a formulação do que viria a ser a regra da associação livre -, Freud refere-se à anorexia histérica, relacionando sua recusa alimentar a um sintoma de conversão. O ato de comer estaria vinculado a lembranças repulsivas, relacionadas à infância da paciente, na qual ela era obrigada a finalizar suas refeições, mesmo com os alimentos já frios. A anorexia da paciente é explicada pela impossibilidade da diminuição de sua repulsa à comida, que só poderia ocorrer caso ela não fosse obrigada a reprimi-la, livrando-se dela por meio da ab-reação: “Ela comia pouco porque não gostava do sabor, e não podia apreciar o sabor porque o ato de comer, desde os primeiros tempos, estava vinculado a lembranças de repulsa, cuja soma de afeto não havia diminuído de grau” (p.108). Dessa forma, a origem dos sintomas alimentares na anorexia histérica aparece vinculada ao trauma psíquico, que, nesse momento da teorização freudiana, articulava-se a afetos penosos oriundos de acontecimentos externos que não poderiam ser eliminados por meio da ab-reação.

No “Manuscrito G.”, de 1895, presente na correspondência com Fliess, Freud destaca a dimensão melancólica presente na anorexia: “A neurose ligada ao alimentar-se, paralela à melancolia, é a anorexia. A célebre *anorexia nervosa* das juvenzinhas me parece (mediante observação cuidadosa) ser uma melancolia em que a sexualidade não está desenvolvida” [Itálicos do autor] (Masson, 1986, p.99). Junto a essa consideração de Freud em relação à anorexia, podemos ver a questão

da perda insuportável do objeto na melancolia como uma importante contribuição do autor para se pensar a bulimia, qual seja, a problemática narcísica, ligada a um luto impossível de ser elaborado, e às diferentes angústias frente à perda do objeto presentes nessa patologia.

Em outra carta à Fliess, de 1899, Freud apresenta a anorexia mental como derivada da corrente auto-erótica na histérica, interpretando-a como sintoma de conversão, no qual o recalque incide no erotismo oral. Nesse contexto, “A zona buco-labial fortemente erotizada faz surgir, na sequência de uma inversão, a repulsa alimentar” (Bidaud, 1998, p.20). Posteriormente, no estudo do caso Dora (Freud, 1905 [1901]/ 1992a), a repulsa corresponde a um sintoma do recalque da zona labial.

Mas, ainda que Freud compreenda os sintomas da anorexia a partir do modelo da histeria, ele questiona a indicação de análise:

Os casos crônicos de psiconeuroses com sintomas pouco violentos e pouco perigosos são os mais acessíveis à psicanálise, sobretudo, as diversas formas de neurose obsessiva, pensamentos e atos obsedantes e casos de histeria nos quais as fobias e as abulias desempenham o papel principal, e, ainda, as manifestações somáticas da histeria, *quando o médico não tenha como tarefa peremptória, a rápida eliminação dos sintomas, como ocorre na anorexia*. [grifos nossos] (1905[1901]/1992a, p.241)

É interessante destacar que a questão da indicação do tratamento psicanalítico no âmbito das patologias da anorexia e da bulimia continua sendo objeto de reflexão dentro do campo da psicanálise até os dias atuais (Chabert, 1999; Corcos, 2005/2011; Brusset, 1998/2008; Jeammet, 2004/2010). O que parece ser consenso entre os psicanalistas é que as maiores dificuldades estão

relacionadas à questão do manejo clínico, mais especificamente, à possibilidade de se encontrar a “boa distância” entre analista e paciente, a qual permitirá o trabalho com as angústias de separação e de intrusão, ligadas diretamente à constituição de limites, e verdadeiramente centrais nessas patologias. Para Figueiredo (2003),

O manejo da distância nos jogos transferenciais e contratransferenciais é essencial para a criação dos espaços (espaços potenciais, na acepção winnicottiana) em que um psiquismo possa se estruturar, pois, correspondendo à precariedade das fronteiras externas, haveria sempre uma igual precariedade nas fronteiras internas. Os limites internos mal-definidos e mal-estruturados teriam como consequência uma estruturação psíquica tendente à instabilidade. (p.82)

Se a anorexia aparece na obra freudiana tanto identificada à histeria, como, em outros momentos, à melancolia, a bulimia surge, em uma das primeiras referências, relacionada às neuroses de angústia. Como vemos no texto “Sobre a justificativa de separar da neurastenia uma determinada síndrome chamada de neurose de angústia” (Freud, 1895/1992b),

Talvez se possa dizer que está presente, nesses casos, um *quantum de angústia livremente flutuante*, que, na expectativa, controla a escolha das representações e está sempre pronto a se ligar a qualquer conteúdo de representação que lhe seja conveniente. Acessos de *fome devoradora*, frequentemente acompanhados de vertigem... o sintoma de fome devoradora pode, por si só ou junto com outros sintomas (congestões), representar um acesso de angústia rudimentar. [Itálicos do autor] (p.94-98)

A neurose de angústia, na qual não há mediação simbólica e a angústia é concebida como descarga somática do acúmulo da tensão sexual que não pôde seguir as vias adequadas para a satisfação, permite diversas articulações entre as neuroses atuais, dentre as quais temos a neurose de angústia, e quadros de

sofrimento psíquico observados atualmente. Junqueira e Coelho Jr. (2006), no texto “Freud e as neuroses atuais: as primeiras observações psicanalíticas dos quadros borderline?”, ao considerarem que as “patologias atuais”, nas quais se incluem as adições, as doenças psicossomáticas e os transtornos alimentares, não constituem propriamente novos quadros psicopatológicos, sugerem que as “neuroses atuais”, conforme definidas por Freud, corresponderiam às primeiras observações psicanalíticas das manifestações de sofrimento psíquico apresentadas na atualidade. Para os autores, ainda que a hipótese etiológica de Freud para as neuroses atuais necessite ser revista, ambas têm em comum a impossibilidade de elaboração psíquica:

Com isso, a questão passa a ser porque essa mediação não ocorreu. Hipóteses sobre as falhas na relação mãe-bebê ajudam a compreender que a mediação psíquica pode falhar não apenas em situações traumáticas, onde há um excesso pulsional, *mas também em razão de prejuízos na constituição do aparelho psíquico, entendido aqui como aparelho mediador.* [Itálicos nossos] (p.31)

Nessa mesma linha de pensamento, em seu trabalho “Contribuições do pensamento freudiano para a teoria psicanalítica da atualidade”, Loffredo (2013) assinala que as graves dificuldades na capacidade de simbolização presentes nas diversas expressões do sofrimento psíquico atual, remetem-nos às neuroses de angústia, tais como concebidas por Freud.

Especificamente em relação à bulimia, Brusset (1991/2003b) ressalta que o modelo freudiano de “neurose atual” constitui uma referência frequente na compreensão dessa patologia. Esse modelo é sugerido, de forma implícita ou explícita, “pelo que nela aparece como excitação e descarga, e subentende muitas

palavras e metáforas constantemente utilizadas para sua explicação, tais como as de quantidade, de trabalho, de curto-circuito, de falta de mentalização, ou de elaboração psíquica” (p.141).

Em duas cartas dirigidas à Fliess, ambas de 1897, Freud (Masson, 1986), apresenta algumas ideias sobre certas adições que, podendo ser aplicáveis à bulimia, permitem enxergar uma possível referência à associação entre diferentes comportamentos aditivos. Na carta de 11 de janeiro, em relação a um paciente que apresenta um quadro de dipsomania, é destacada essa compulsão como uma possível substituição de uma pulsão sexual reprimida: “Sua dipsomania surgiu pela intensificação, ou melhor, pela *substituição* do impulso sexual associado por esse impulso. (Provavelmente, o mesmo se aplica à mania de jogar do velho F.)” [Itálicos do autor] (p.223). Ao final do mesmo ano, na carta de 22 de dezembro, a masturbação é colocada como protótipo da adição originária e é destacada a dúvida sobre o alcance terapêutico sobre esse vício:

Despontou em mim a descoberta intuitiva de que a masturbação é o grande hábito, o “vício primário”, e de que é apenas como substitutos e sucedâneos dela que os outros vícios – o álcool, a morfina, o fumo e coisas parecidas – passam a existir. O papel desempenhado por esse vício na histeria é imenso, e talvez seja aí que se encontra, no todo ou em parte, meu grande obstáculo ainda por superar. E nesse ponto, é claro, surge a dúvida entre saber se um vício dessa espécie é curável, ou se a análise e a terapia devem deter-se nesse ponto e contentar-se em transformar a histeria em neurastenia. (p.288)

Muitos anos depois, em “Inibição, sintoma e angústia” (1926[1925]/2014a), a bulimia reaparece no texto freudiano. Aqui, a função alimentar não é mais considerada dentro de um registro diferente do das pulsões sexuais, e a “inapetência” corresponde a uma retirada da libido:

O mais frequente distúrbio da função da nutrição é a falta de vontade de comer, devido à retirada da libido. O aumento da vontade de comer também não é raro; a compulsão de comer, que busca justificar-se pelo medo de passar fome, é pouco estudada. O sintoma do vômito nos é conhecido como defesa histérica contra a alimentação. (p.16-17)

Esse importante texto freudiano também permite retomar a questão do lugar ocupado pela angústia nas denominadas “patologias atuais”. Para Loffredo (2013),

Essa dificuldade no exercício da capacidade de simbolização, nomeada anteriormente, deverá ter consequências de peso na operação desse dispositivo crucial, que é o *sinal de angústia*, responsável por colocar o processo defensivo em andamento... Não deve nos surpreender, portanto, que a palavra de ordem da atualidade, que se expressa com proeminência na clínica psicanalítica, se vincula aos excessos de todo tipo, pois a angústia como “sinal” supõe justamente uma capacidade de operação de uma atividade de “interpretação e de “leitura”, que deve se fundar numa capacidade elaborativa pertinente à simbolização. [Itálicos do autor] (p. 112)

Para Couvreur (1991/2003), “O texto ‘Inibição, sintoma e angústia’ (1926) permite compreender bem quanto a bulimia permanece impotente ante o aumento da tensão da necessidade tributária de uma situação econômica e da perda do objeto – sua condição determinante”⁵ (p.33).

⁵ Escreve Freud: “Se o bebê exige ter a percepção da mãe, isso ocorre porque sabe, por experiência, que ela satisfaz rapidamente todas as suas necessidades. A situação que ele avalia como perigosa, contra a qual deseja estar garantido, é a da insatisfação, do *aumento da tensão gerada pela necessidade*, diante da qual é impotente....a situação de insatisfação, em que magnitudes de estímulo alcançam nível desprazeroso, não sendo controladas mediante utilização psíquica e descarga, deve ser análoga à vivência do nascimento do bebê, uma repetição da situação de perigo. Comum a ambas é a perturbação econômica gerada pelo aumento das magnitudes de estímulo a pedir solução, sendo esse fator, portanto, o autêntico núcleo do “perigo”.... tendo-se constatado que um objeto externo apreensível pela percepção pode pôr fim à situação perigosa que lembra o nascimento, o teor do perigo se desloca da situação econômica para sua condição, a perda do objeto” [Itálicos do autor] (1926[1925]/2014a, p.79)

Como vemos, ao longo da obra freudiana, podemos encontrar várias referências à compulsão a beber e às adições, que contribuem para um esclarecimento “lateral” da questão da bulimia (Couvreur, 1991/2003). Em outro âmbito, em seu trabalho “O humor” (1927/2014b), Freud aponta a lógica aditiva como uma das estratégias possíveis, ao lado do humor, frente ao sofrimento humano: “uma série que tem início com a neurose e culmina na loucura, e na qual se incluem também a intoxicação, o ensimesmamento e o êxtase” (p.325-326).

Alguns anos depois, em “O mal-estar na civilização” (1930[1929]/2010c), Freud evoca o aspecto “tóxico dos processos psíquicos”, antecipando, assim, importantes descobertas neurofisiológicas relacionadas aos transtornos alimentares:

Mas deve haver, na química de nosso corpo, substâncias que realizem algo semelhante, pois conhecemos ao menos um estado patológico, a mania, em que se produz esse comportamento análogo à embriaguez sem ter havido ingestão de estupefaciente. Além disso, nossa vida psíquica normal apresenta oscilações entre uma maior ou menor dificuldade em experimentar prazer, paralelamente às quais há uma receptividade acentuada ou diminuída ao desprazer. (p.33)

Vimos que, inicialmente, dois modelos são apontados por Freud para a compreensão da anorexia: o da neurose e o das neuroses narcísicas, sendo a anorexia comparada à histeria e à melancolia. Ao longo de sua teorização, outros modelos passam a prevalecer, vinculando-se mais estreitamente à bulimia: o das neuroses atuais, o da psicose e o das adições. Dessa forma, ele oferece um solo fértil a partir do qual nascerão diferentes formulações sobre a anorexia e a bulimia

no tronco da psicanálise. As “raízes”, digamos assim, escolhidas para serem trabalhadas nessa tese se desdobram em duas vertentes: as que se referem mais diretamente às neuroses atuais, no que diz respeito à impossibilidade de elaboração psíquica e ao excesso, vinculados a descargas pulsionais, tais como aparecem nas patologias alimentares e ligados à constituição de limites; e as referentes ao modelo das adições, naquilo que concerne a uma forma de se relacionar com o objeto/alimento.

1.2 Os limites e a dimensão aditiva

Como nossa intenção é examinar de que maneira as concepções teóricas de Didier Anzieu relativas ao “Eu-pele” e aos “envelopes psíquicos” permitem um viés importante na compreensão da constituição dos limites nas patologias alimentares, a discussão sobre a anorexia e a bulimia será feita, mais particularmente, a partir dos autores franceses Bernard Brusset (2008) e Philippe Jeammet (2010), que, além de serem autores de referência nessa temática, têm a questão dos limites nessas patologias como foco principal de seu trabalho.

G. está em sua terceira análise. Procurou a primeira quando apresentou um quadro bulímico, o que ocorre após uma longa viagem ao exterior, na qual, pela primeira vez, passa dois anos longe de sua mãe. Quando retorna, muito deprimida e “descontrolada com a comida”, inicia sua primeira análise. Procura também um psiquiatra, começa um tratamento com antidepressivos, vai morar com o namorado

e, segundo ela, “se cura”. Interrompe a análise. Após um certo tempo, surge um quadro de anorexia, no qual praticamente parou de comer e, quando comia, “precisava vomitar”. Procura outra análise e a interrompe em pouco tempo porque “não melhorou muito”. Chega ao meu consultório em um momento no qual, após se separar do namorado, alterna o que denomina de “fases anoréxicas” e “fases bulímicas.”

Para Brusset (1998/2008), é a relação com a estrutura da anorexia mental que permite a compreensão da especificidade bulímica. A partir das relações estruturais entre as duas patologias, propõe a anorexia como um tipo de organização reativa ao impulso sem controle da bulimia e também ao desejo regressivo de fusão com o objeto primário. De fato, a maior parte dos estudos psicanalíticos contemporâneos têm como foco as possíveis correlações entre ambas as patologias. Na clínica, como vemos na vinheta acima, é muito raro um caso no qual, em algum momento, não tenha ocorrido essa alternância de “fases anoréxicas” e “fases bulímicas”:

As condutas bulímicas não tem, na anorexia mental, relações de contingência, mas de estrutura. Elas remetem a uma mesma problemática das relações do sujeito à alimentação, mas sobretudo ao “vivido” corporal da ingestão e da digestão, da fome e da saciedade. A lógica da anorexia tal qual esclarece a compulsão bulímica, supõe que se estabeleça esse processo defensivo, que se pode dizer antimetafórico, pelo qual o desejo, descrevendo um trajeto inverso ao do apoio, “faz-se passar pela necessidade”. Como resultado, tem-se uma maior urgência da necessidade de descarga efetiva; daí o reforço das tentativas de se libertar dela na busca de controle, da onipotência, da auto-suficiência, resultando na busca de um “self-objeto” ideal. (Brusset, 1998/2008, p.27)

Se na anorexia há uma verdadeira sujeição à necessidade de controle, na bulimia temos a sujeição ao descontrole. Controle e descontrole na relação com o alimento e na dificuldade de gerir as distâncias em suas relações de objeto. Há uma analogia entre a relação que essas pacientes mantêm com o alimento e seus corpos e suas relações de objeto, assim como com suas modalidades de investimento em geral, havendo o predomínio da avidez e da rejeição.

No fragmento clínico anterior, as dificuldades da paciente em gerir as distâncias aparecem tanto quando vemos que no momento em que está separada de sua mãe, por conta de sua viagem, ela apresenta uma bulimia, como quando, ao ir morar com o namorado, apresenta uma anorexia: estava muito longe de sua mãe e muito perto de seu namorado. Para Jeammet (1999a), a patologia alimentar surge como uma defesa contra o medo da invasão do objeto e sua função é de pára-excitações e de estabelecimento de limite entre o eu e o objeto. O alimento é um substituto objetual cuja perda leva a um verdadeiro desfazimento. Trata-se da busca de um neo-objeto de substituição, por meio de uma conduta aditiva, na qual é necessário

manter um contato com o objeto para assegurar-se de sua presença e de sua não destruição, mas um contato que mantenha esse objeto nos limites do Eu, externo ao Eu suficientemente próximo para não ser perdido e suficientemente externo para não correr o risco de ser invadido.(p.40)

Em seu trabalho “Desregulações narcísicas e objetais na bulimia”, Jeammet (1991/2003) considera que a relação dessas pacientes com a alimentação configura-se como o protótipo do conjunto das relações objetais, feitas de uma luta

ativa contra um desejo de se apropriar daquilo que lhes falta. O recurso à busca de sensações substitui o apagamento progressivo da ligação objetal.

“Não tenho mais vontade de sair. Sair pra quê? Já sei que vai ser tudo igual...vontade de encontrar alguém que sempre termina em frustração. Se já fico em casa mesmo, pelo menos garanto um certo prazer ao comer um monte e depois vomitar. Assim eu controlo e não dependo dos outros”.

A fala de G. expressa claramente seu medo de esperar algo do outro e cair num vazio ao ser frustrada em sua expectativa. Dessa forma, ela recorre à conduta bulímica numa tentativa onipotente de controlar esse vazio, na medida em que ela mesma o preenche e depois o instaura. Essa desobjetalização progressiva no conjunto de seus investimentos tem para esses pacientes “uma função de refúgio e de apoio para o sujeito poder reencontrar nele mesmo uma relação asseguradora e de prazer nutridor da qualidade anterior da relação de objeto” (Jeammet, 1999a, p.31). O autor se vale da expressão “anorexia progressiva dos investimentos” para se referir ao empobrecimento das ligações.

L., uma paciente anoréxica, apresenta vários sintomas fóbicos importantes em relação aos alimentos. Alguns podem estar “estragados” (iogurtes que mesmo não tendo seu prazo de validade vencido são evitados), peixes que podem intoxicar, frutos do mar que comportam o risco de uma reação alérgica, alimentos ingeridos fora de casa que podem conter um corpo estranho e até mesmo o orégano, que com seu “cabo”, pode “entalar” na garganta. Para L., é extremamente penoso

participar de situações sociais como jantares ou almoços, com o namorado ou com amigos, comemorações familiares, como Natal e Ano-Novo, com suas respectivas ceias. Sente vergonha de mostrar suas limitações alimentares e, ao mesmo tempo, não se permite experimentar o que lhe assusta e ver o que acontece. O resultado disso é a quase total retirada de sua participação nesse tipo de programação, terminando por ficar sozinha em muitas situações.

Em relação à necessidade de controle absoluto das anoréxicas, chama a atenção que, se por um lado o pavor de L. é vomitar ao comer algo que intoxique, que esteja estragado, por outro, quando acha que está “gorda”, não tem problema algum em provocar vômitos. A importância do controle aparece claramente quando ela diz: *“uma coisa é não saber o que vai me acontecer se eu comer algo estranho, outra é decidir que preciso vomitar”*.

Podemos ver também sua progressiva reclusão, na qual ela não tem a possibilidade de investir em algo que não seja seu universo alimentar particular.

Nas alternâncias entre restrição e excesso alimentar, segundo Brusset (1999), temos o antagonismo do narcisismo e dos movimentos em direção aos objetos, determinando alternâncias de vazio e excesso na relação consigo mesmo e com os objetos. O autor propõe um modelo geral dos conflitos fundamentais das patologias alimentares, a partir de uma dupla dimensão: da indiferenciação parcial sujeito-objeto, defensivamente localizada no corpo, na qual a organização edípica não desempenha seu papel estruturante, já que as identificações secundárias encontram-se comprometidas pela identificação primária fusional (o outro como si mesmo, o si mesmo como o outro); e da ambivalência pulsional, que implica nestas

patologias a angústia da perda do objeto como equivalente à perda de si e, como consequência, a falta de elaboração simbólica, de atividade transicional e introjetiva:

Assim se explica que a boa distância sujeito-objeto não seja encontrável; longe demais ou perto demais, em excesso ou insuficiente, bulimia ou anorexia – a saciedade imediata ou nunca mais. Colar na mãe é estar ao abrigo da intrusão assim como do abandono, ao preço da perda do sentimento do limite”. (p.58)

Essa extrema vulnerabilidade presente nas relações de objeto carrega consigo uma notável sensibilidade à regressão, que, caracterizada pela passagem do pensamento ao ato-comportamento, revela o fracasso das zonas erógenas em deter a regressão e organizá-la (Kestemberg, 1972). Esse fracasso refere-se ao seu papel de ligação libidinal e de organização do auto-erotismo que “associa intimamente ligação objetal, construção de fronteiras do ego e autonomia narcísica incluindo o objeto e seu funcionamento” (Jeammet, 1991/2003, p.119).

Para esse autor, nas patologias alimentares haveria uma confusão entre o desejo, seu objeto e o Eu. O fracasso na constituição dos limites, entre corpo e psique, entre percepção e representação, remonta aos traumatismos infantis, sua impossibilidade de inscrição e seus efeitos na constituição do psiquismo. O comportamento repetido é uma tentativa de evacuar os traços das ligações objetais libidinais, ou melhor, a excitação resultante da impossibilidade de inscrição das experiências em proveito do que o autor designou como “pura funcionalidade mortífera”. A busca de sensações (fome, excesso e vazio), ainda que possa ser vista como uma tentativa de presentificar o objeto e de se proteger contra o vazio

interno e o risco da perda do objeto, acaba por substituir o progressivo apagamento da ligação objetal e de seu traço libidinal. Escreve Jeammet (1991/2003):

O arranjo pós-regressivo de novas modalidades relacionais é o que há de mais específico na conduta bulímica, já que ela mesma é sua expressão essencial. Sua função primeira é recriar condições de compatibilidade entre investimento objetal e narcísico ao preço de arranjos mais ou menos custosos para o ego. É na relação que a bulímica mantém com *seu objeto sintoma, a crise bulímica*, que procuramos suas características. [tálicos do autor] (p.120)

A procura das sensações, que evita o confronto com as emoções, com os desejos e com os objetos, é, para o autor, uma característica comum às condutas de dependência. Nelas, há uma utilização defensiva da realidade perceptivo-motora como contra-investimento de uma realidade psíquica ameaçadora e uma tentativa de se defender de uma dependência afetiva que seria aniquilante.

Do ponto de vista da articulação das patologias alimentares ao modelo das *adições*, devemos destacar que o tema das adições na teoria psicanalítica privilegia, em geral, dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito ao funcionamento psíquico presente nos adictos, em detrimento do objeto específico por eles eleitos, e o segundo, ao predomínio das relações de objeto como modelo explicativo. Ambos os aspectos estão presentes nos trabalhos de Brusset (1998), Jeammet (2004/2010) e McDougall (1991/2003; 2001/2010), autores para os quais a dimensão aditiva presente nas patologias alimentares evidencia a problemática da separação eu/outro, fora/dentro, psique/corpo e, portanto, a constituição dos limites.

Em seu trabalho “Dependência aditiva e dependência afetiva”, Brusset (1998/2008) ressalta três características das adições nas patologias alimentares: a repetição compulsiva de uma atividade; sua persistência apesar das consequências

perigosas; e uma obsessão por ela. A conduta aditiva evita a relação com o outro, por meio de um apagamento do Eu e do objeto, tornando possível uma experiência de onipotência no processo de indiferenciação. O encontro com o outro se torna perigoso, pois ele explicita a diferença na qual a alteridade comporta a possibilidade de destruição do objeto e de si mesmo. A dependência afetiva é insuportável, na medida em que a fusão de desejos e de pensamentos abole a diferença, não deixando outra alternativa, senão o vazio e a angústia. De forma que a dependência aditiva tem por base uma dependência afetiva insuportável ao sujeito, incapacitando-o, não apenas de estar só, mas também de recusar, de dizer não ao outro.

Na problemática da dependência, há um antagonismo entre a necessidade do objeto e a salvaguarda narcísica, implicando o uso de medidas defensivas precárias (Jeammet, 1991/2003). No estabelecimento dessas medidas defensivas, frequentemente, estão em ação “a recusa da realidade da perda da mãe pré-edípica, clivagem perversa no nível do corpo, assim como sobreinvestimento da coisa alimentar” (Couvreur, 1991/2003, p. 48).

Para McDougall (2001/2010), a economia aditiva visa à descarga imediata de toda tensão psíquica, tanto a criada por acontecimentos internos quanto por acontecimentos externos. Essa descarga se dá por meio do que a autora denomina “atos-sintoma”, que surgem no lugar de uma elaboração mental. Os sujeitos adictos utilizam esse recurso defensivo para lidar com a dor mental ligada a traumas psíquicos ocorridos nos primórdios da constituição psíquica. Assim, as adições seriam verdadeiras “técnicas de sobrevivência psíquica” frente às experiências traumáticas. É necessário ressaltar que, para a autora, essa tensão não está ligada

necessariamente apenas a afetos penosos, mas também a excitações oriundas de situações agradáveis, inconscientemente perigosas.

Em uma sessão, diz a paciente A.:

“não entendo, aquilo era muito bom, estava feliz com a notícia, mas parecia que eu não sabia o que fazer com aquilo... fui comer e vomitar”.

A paciente não dispõe de recursos psíquicos para gerir/digerir a excitação e, então, “come para vomitar⁶”. Diferentemente do que se passa num acesso bulímico “clássico”, muitas vezes a paciente ingeria pouca quantidade de comida, porém, com a tensão psíquica presente e a impossibilidade de sua elaboração, a única saída possível era vomitar para livrar-se dela: *“Eu sei que não comi muito, mas tinha uma sensação subjetiva de excesso”*. Colocar a comida para fora, independentemente de ser muita ou pouca, é a via pela qual a descarga pulsional é alcançada. Para Brusset (1999), nas patologias alimentares, haveria um funcionamento em exterioridade, explícito na evitação de conflitos, por meio da busca de uma saída na exteriorização e nas passagens ao ato.

A origem da economia aditiva tem suas raízes nas primeiras transações entre a mãe e o bebê. Escreve McDougall (1991/2003):

A problemática não é tanto a da castração, mas sim de seu protótipo, a angústia de perda do objeto primário, perda da própria vida. Quando essa angústia não é transformada pela integração do objeto perdido como objeto interno (o que abre caminho para uma

⁶ Em seu trabalho “De la boulimie au vomissement addictif”, Brusset (2000) ressalta que em muitos casos de bulimia há uma verdadeira adição ao “vomitar”, sendo este o “objetivo” do paciente, que, para isso, faz uso da comida.

identificação que permite ao sujeito ser pai e mãe para si próprio), haverá em seu lugar essa busca incansável e ilusória no mundo externo para encontrar esse objeto ausente. (p.190)

Os indivíduos adictos, não dispondo de uma representação interna da mãe como objeto introjetado, terão o comprometimento da capacidade de uma elaboração mental de natureza simbólica dos estados emocionais primitivos. Se houver um fracasso da função materna de pára-excitação, o bebê não conseguirá enfrentar de outra maneira, que não pela conduta aditiva, as tempestades afetivas e os estados de excitação ou de dor impossíveis de elaborar. Ele então buscará de forma compulsiva e repetitiva, em um objeto real, a função maternante tranquilizadora para substituir o objeto fantasístico que está faltando ou que sofreu danos no mundo interno.

Ao discutir a questão das patologias alimentares, Fernandes (2006) ressalta a necessidade de que a mãe exerça a função de pára-excitação em relação às excitações internas e externas do bebê, tendo essa função três papéis fundamentais: o de proteção, o de mediação e o de libidinização. Segundo a autora, “será a introjeção da função de pára-excitação materna que irá garantir a constituição de um objeto interno que, na ausência da mãe, será capaz de assegurar as possibilidades de enfrentar os excessos e adversidades” (p.210). Porém, se houver alguma falha do objeto nessa função, temos o comprometimento da introjeção, o que, segundo Fernandes, pode deixar as anoréxicas e bulímicas aprisionadas à necessidade de incorporar o objeto para lidar com a emergência pulsional. A falha no estabelecimento da função de pára-excitações e de limite entre sujeito e objeto pode levar a uma tentativa de substituição por meio das condutas

alimentares patológicas. Como assinala Jeammet (1999b), teríamos a falha materna em sua função de pára-excitação, seguida do comportamento alimentar, que tenta cumprir essa função.

McDougall (2001/2010) denomina “objetos adictivos” àqueles que “tomam o lugar dos objetos transicionais da infância, os quais corporificavam o ambiente materno e, ao mesmo tempo, liberavam a criança da dependência total da presença da mãe” (p.22). De modo diferente do que se passa com os objetos transicionais, os objetos adictivos falham em sua função, proporcionando apenas um alívio temporário. Trata-se de um “objeto transitório”, incapaz de “resolver de forma durável a falta interna, a ausência” (p.22-23).

O objeto transicional, o papel de espelho da mãe e o estabelecimento da capacidade para estar só são alguns dos elementos da teoria winnicottiana (Winnicott, 1971/ 1975a, 1967/1975b, 1958/1983) que auxiliam na compreensão das patologias da anorexia e da bulimia. Isso tanto em relação à incapacidade das atividades de simbolizar e de representar, características dessas patologias, como à grande dependência da presença concreta do objeto/alimento.

Grande parte da teoria winnicottiana é dedicada a compreender o fracasso nas primeiras relações mãe-ambiente/bebê. Um de seus principais pontos diz respeito ao fracasso na posse e funcionamento do objeto transicional, em consequência do comprometimento do ajuste presença e ausência e de como isso inviabiliza a sustentação de uma função simbólica.

Como nos lembra Roussillon (2000), em seu trabalho “Atualidade de Winnicott”, a teoria da simbolização nesse autor é inerente aos fenômenos transicionais e possui importância fundamental na própria emergência do

psiquismo. Uma certa ausência do objeto precisa ser tolerada para que o aparelho psíquico se estruture, no entanto, a ausência pode ser tolerada apenas se houve o encontro do objeto suficientemente bom: tanto a qualidade do encontro com o objeto necessário como a forma com a qual o bebê lidará com sua presença/ausência serão fundamentais. A partir de um primeiro tempo de presença materna, um “sim” ligado a experiências de satisfação, torna-se possível um bom resultado no processo de negociação com o “não”. Esse “não” é estruturante e constitutivo, na medida em que, a partir dele, é que será possível a discriminação entre a indiferenciação anterior e o presente diferenciado; porém, se esse “sim” não houver sido suficientemente verdadeiro, abre-se a possibilidade não mais de uma constituição psíquica saudável, mas sim, de um colapso psíquico:

Como é bem conhecido, quando a mãe ou alguma outra pessoa de quem o bebê depende está ausente, não há uma mudança imediata pelo fato de que o bebê possui uma lembrança ou imagem mental da mãe, ou o que podemos chamar de uma representação interna dela, a qual continua viva durante certo período de tempo. Se a mãe ficar longe por um período de tempo além de um certo limite mensurado em minutos, horas ou dias, então a lembrança, ou a representação interna, se esmaece. À medida que isso toma efeito, os fenômenos transicionais se tornam gradualmente sem sentido e o bebê fica incapaz de experienciá-los. Podemos observar o objeto tornando-se descatexizado. (Winnicott, 1971/1975, p. 31)

Para Winnicott, o que importa é a experiência que o objeto transicional veicula e o uso que se faz dele, e não se ele representa a mãe, o seio da mãe, o objeto interno ou o externo. A respeito da transicionalidade em seu pensamento, diz Green (2003): “Recordemos que espaço transicional não está apenas 'entre': é um espaço onde o sujeito futuro está *em transição*, uma transição em que ele toma

posse de um objeto criado na vizinhança de um objeto externo real, antes de alcançá-lo.” [Itálicos do autor] (2003, p.72). Temos aqui uma dimensão temporal,

um fenômeno temporal de liberdade: liberdade de trânsito e liberdade objetual com relação à dependência da concretude do objeto e do agora. Quando um bebê se apropria da transicionalidade frente à ausência materna, ele está se libertando da exigência da mãe em si. (Maduenho, 2010, p.119-120)

A negociação entre presença e ausência é feita a partir do objeto transicional em duas direções: uma simbólica, compartilhada e interpessoal, e outra, inversa, de intrasubjetividade e da capacidade de estar só. O objeto é criado, possuído, para depois então passar a desempenhar a função transicional, permitindo, assim, o surgimento de um mundo interno e representacional.

Se considerarmos que na teoria winnicottiana a negociação entre presença e ausência é feita a partir do objeto transicional, e que na anorexia e na bulimia ocorreram graves falhas nessa negociação, que permite a separação do objeto, é possível pensarmos que o aprisionamento das anoréxicas e bulímicas em relação ao objeto-alimento indique que algo falhou no âmbito da transicionalidade e que o objeto foi tomado em sua concretude. Nesse sentido, poderíamos considerar as patologias da anorexia e bulimia como *patologias do transicional*.

Se, para Winnicott (1971/1975), no caso clínico do menino do cordão, a função do cordão torna-se a negação da separação - o cordão como coisa em si -, nas patologias alimentares também teríamos o alimento “como coisa em si”, tanto na tentativa de se separar da mãe, no caso da anoréxica, como na negação da separação, no caso da bulímica. Retomando a dimensão aditiva presente na anorexia e na bulimia, vale lembrar que, no caso do menino do cordão, Winnicott

(em nota acrescentada em 1969) formula a pergunta: “um investigador que efetuasse um estudo desse caso de vício em drogas daria a devida consideração à psicopatologia manifestada na área dos fenômenos transicionais?” (p.37).

Voltemos ao caso da paciente G., anteriormente mencionado, que apresenta uma alternância entre fases anoréxicas e fases bulímicas:

Ao sair da maternidade, ela está com uma infecção bacteriana que a faz, em seus primeiros dez dias de vida, emagrecer violentamente devido a uma diarreia que não passa. A paciente diz que sua mãe conta ter demorado muito a perceber que “algo estava errado”, e justifica-se para a filha dizendo que era seu primeiro bebê e portanto não tinha experiência, além de estar em depressão pós-parto (exatamente no período do nascimento de G., sua mãe descobre que seu marido tem uma amante, o que nos faz pensar na ‘mãe morta’ de Green). G. é internada, fica três dias longe de sua mãe, tomando apenas soro, e quando deixa o hospital, a orientação médica é de que o leite materno seja reintroduzido gradualmente. A paciente relata que sua mãe disse que “aproveitou a oportunidade de passar imediatamente para a mamadeira já que A. machucava seu seio ao mamar”, além de ficar perdida em relação ao que seria essa reintrodução gradual do leite.

A experiência de G. com sua mãe foi a de um enorme desencontro, um mundo confuso, no qual podemos pensar que a necessária ilusão de G. de ter criado o seio não teve espaço. Temos um bebê que sentia fome e dores não reconhecidas, o alimento apresentado de forma desordenada e desconstruída em relação às suas necessidades, assim como uma “mãe morta” e uma efetiva

separação mãe-bebê, quando da internação de G.

Segundo Winnicott (1971/1975),

A mãe, no começo, através de uma adaptação quase completa, propicia ao bebê a oportunidade para a *ilusão* de que o seio dela faz parte do bebê, de que está, por assim dizer, sob o controle mágico do bebê. O mesmo se pode dizer, em função do cuidado infantil em geral, nos momentos tranquilos entre as excitações. A onipotência é quase um fato da experiência. Em outra linguagem, o seio é criado pelo bebê repetidas vezes, pela capacidade que tem de amar ou (pode-se dizer) pela necessidade. Desenvolveu-se nele um fenômeno subjetivo, que chamamos de seio da mãe. A mãe coloca o seio real exatamente onde o bebê está pronto para criá-lo, e no momento exato. [itálicos do autor] (p. 26)

Na patologia alimentar de G., a tentativa de controle absoluto sobre o alimento, da qual ela não conseguiu prescindir, pode ser pensada em termos da onipotência que não pôde ser vivida. Não podendo criar a mãe, a realidade externa e o mundo se apresentam por conta própria. É necessário que haja uma ausência gradativa do seio da mãe para que seja possível ao bebê fazer uso da ilusão para criar o objeto transicional, o que, no caso de G., não ocorreu. Escreve Winnicott (1971/1975):

A principal tarefa da mãe (após propiciar oportunamente para a ilusão) é a desilusão. Esta é preliminar à tarefa do desmame. Se tudo corre bem nesse processo gradativo de desilusão, o palco está pronto para as frustrações que reunimos sob a palavra desmame. Se a ilusão-desilusão se extravia, o bebê não consegue chegar a uma coisa tão normal quanto o desmame, nem a uma reação ao desmame. (p.28)

Quando o objeto transicional perde sua função, seja pela insegurança de seu funcionamento seja porque o limite temporal das ausências maternas foi ultrapassado, ele é tomado como um objeto com um fim em si-mesmo. A perda do

espaço que o objeto transicional criaria seria traumática, à medida que comprometeria a emergência do mundo interno e representacional. A capacidade psíquica de representar e de simbolizar é resultado de um processo que, para ocorrer, depende de certas condições extrínsecas e intrínsecas. Tanto a possibilidade de representar como a de simbolizar são consideradas por Winnicott como atividades intersubjetivas, estando, portanto, subordinadas às condições de funcionamento da intersubjetividade.

Green (1994) ressalta a importância das contribuições de Winnicott ligadas à questão da ausência, frente à qual temos alguns destinos possíveis. Em uma primeira solução, criativa, a angústia potencial da perda é reconhecida por meio da separação e enfrentada com a atribuição de um outro estatuto ao objeto que já existe; para isso, é necessária a contribuição do Eu, assim como da representação objetal interna, de tal forma que o aparelho psíquico não fique limitado nem à produção do objeto transicional nem a um sobreinvestimento representativo.

Outra possibilidade é que, frente à falta, a negatividade apareça cristalizada:

Winnicott sugere que experiências traumáticas que colocaram à prova a capacidade de espera da criança em relação à resposta ardentemente esperada da mãe, conduzem, por falta dessa resposta, a um estado em que só o negativo é real. Além disso, a marca destas experiências seria tal que se estenderia a toda a estrutura psíquica e se tornaria independente, por assim dizer, dos aparecimentos e desaparecimentos futuros do objeto. Isto significa que a presença do objeto não poderia modificar o modelo negativo, que se tornou a característica das experiências vividas pelo sujeito. O negativo se impôs como uma relação objetal organizada, independente da presença ou ausência do objeto. (p.29)

Para que não ocorra essa cristalização do negativo, a mãe precisa garantir a possibilidade da instauração do vazio, que permitirá – junto ao contato corporal por

meio de seu corpo, voz e olhar – o estabelecimento da diferenciação dentro e fora. Essa experiência se dá à medida que a mãe introduz intervalos de tempo entre as necessidades do bebê e a sua resposta, de forma tal que esses intervalos se ajustem às condições do bebê de suportá-los. Haveria, então, um ajuste entre a presença e a ausência em uma medida “suficientemente boa”.

Em seu trabalho “O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil”, Winnicott (1967/1975) propõe que será o rosto da mãe, particularmente o seu olhar, que cumprirá uma função fundamental para o desenvolvimento do Eu. A importância do rosto da mãe como espelho do bebê, junto a outras funções, como o *holding*, o manejar e a apresentação do objeto são necessárias para a integração, assim como para o inter-relacionamento psicossomático e a relação de objeto. O bebê não olha para o seio quando mama, mas sim, para o rosto da mãe. Para o autor, o que o bebê vê no rosto materno abrirá caminho para um desenvolvimento normal ou patológico. Se a mãe pode se identificar com o bebê, o que o bebê vê é ele mesmo: “Em outros termos, a mãe está olhando para o bebê e aquilo com o que ela se parece se acha relacionado com o que ela vê ali” (p.154). No entanto, pode ser que o bebê veja ali apenas o reflexo do humor e das defesas da mãe: “Eles olham e não se vêem a si mesmos”. Essa mãe de “rosto fixo” pode oferecer alguma reação quando o bebê está doente ou quando é agressivo.

Após algum tempo, o bebê se acostuma à ideia de que, quando olha, vê somente o rosto da mãe. A percepção toma o lugar da apercepção, ocupando o lugar do que poderia ser o início de uma troca significativa e criativa com o mundo: “um processo de duas direções no qual o auto-enriquecimento [*sic*] se alterna com a

descoberta do significado no mundo das coisas vistas” (Winnicott, 1967/1975, p.155). No entanto, existem fases intermediárias nas quais pode ser que o bebê tente fazer de tudo para ver no objeto algum significado e, nessa tentativa, o bebê é levado a sempre precisar fazer uma previsão das reações do objeto, tendo assim suas próprias necessidades afastadas. Em direção à patologia, frente a uma capacidade de predizibilidade precária, o bebê é forçado aos limites de sua capacidade de permitir acontecimentos. Isso traz como consequência uma ameaça de caos, e o bebê organizará, segundo Winnicott, ou uma retirada do olhar ou não olhará mais.

Se o olhar materno não for capaz de olhar para o bebê e reconhecer um bebê com suas necessidades, o bebê não poderá começar a constituir um espaço psíquico privado, no qual o corpo erógeno e pulsional seja sentido como próprio e real. Para o autor, existir e sentir-se real não constituem a mesma experiência - sentir-se real consiste no sentimento de existir como si mesmo, relacionar-se aos objetos como si mesmo e ter um Eu para o qual se retirar.

L., a paciente que tem um quadro de anorexia, tem um namorado fotógrafo e gosta muito de ser fotografada por ele. Quando está angustiada, sente uma necessidade “incontrolável” de que ele a fotografe (de corpo inteiro) e que a deixe ver a foto imediatamente. Ela diz precisar ver-se na foto para “sentir-se inteira”. Quando seu namorado comenta apenas a qualidade técnica da foto, se ficou boa ou não, ela pergunta incessantemente: “Mas eu tô bem? Como que eu tô?” E muitas vezes, ao ver na foto seu corpo retratado, pergunta: “Não sei se tô gorda, eu tô gorda?”

Há muitas dimensões importantes nessa situação. Pensando no papel de espelho da mãe, parece ser fundamental para L., em seus momentos de maior angústia, garantir que o que o outro (nesse caso, o namorado) vê ali é ela mesma, e assim poder “obter de volta o eu” (Winnicott, 1963/1975, p 161). Daí sua irritação quando ele não fala diretamente sobre ela, apenas sobre como ficou a foto. Sua necessidade de ver-se na fotografia para “sentir-se inteira” pode ser vista como uma defesa contra uma angústia de fragmentação. Está presente também a questão da distorção da imagem corporal, mais específica da patologia da anorexia. Assim como quando olha no espelho e não tem certeza sobre as dimensões do corpo que vê refletido, L. busca no olhar do namorado uma referência sobre seu corpo – se é gordo, magro, grande ou pequeno.

Para Winnicott (1958/1983), a capacidade para estar só constitui um dos sinais mais importantes do amadurecimento individual. Trata-se de uma capacidade que pode ser alcançada pela pessoa no decorrer de seu desenvolvimento, após a presença de relações triádicas estarem estabelecidas ou, e é este o ponto de interesse do autor, um fenômeno do início da vida. A experiência necessária para que essa capacidade seja obtida é a do bebê poder ficar só na presença da mãe. Essa presença tem que ser confiável, podendo até ser representada em algum momento pela atmosfera geral do ambiente. Isso implica um ego materno consistente o suficiente para servir de apoio à imaturidade do ego do bebê, num estágio muito precoce de seu desenvolvimento; e, com o passar do tempo, o indivíduo introjeta esse ego auxiliar da mãe, passando assim a ser capaz de ficar só, sem o apoio frequente da mãe ou de um símbolo dela. Há o estabelecimento de

um “meio interno”, o que, para Winnicott, é algo mais primitivo do que a introjeção da mãe.

Vimos que, nas patologias da anorexia e da bulimia, o ajuste necessário entre as presenças e ausências da mãe frente às necessidades do bebê encontrava-se comprometido. Pode-se depreender que essa mãe não teria sido, então, uma “presença confiável”, necessária para o desenvolvimento da capacidade para estar só da criança. Quando ocorre esse desajuste, temos também o comprometimento dos limites – eu/outro, dentro/fora – e essa mãe “misturada” não será consistente o suficiente para servir de apoio ao ego frágil da criança, o que poderá impedir o estabelecimento do “meio interno” necessário para seu desenvolvimento saudável.

A capacidade para estar só na presença do outro é considerada por Winnicott como uma forma de intersubjetividade na qual não é exercida uma influência da presença do outro no decorrer dos eventos psíquicos do indivíduo, o que lhe permite a possibilidade de alcançar um estado de relaxamento. Porém, numa situação patológica, o indivíduo se encontra seja sob o jugo da influência desse outro seja aprisionado inteiramente numa reação a essa presença. Nessa situação, de um jeito ou de outro, pode-se observar uma incapacidade do sujeito de se abstrair da presença do outro. É possível pensar que tendo havido o comprometimento da capacidade para estar só nos pacientes anoréxicos e bulímicos, encontraremos esses pacientes lançados numa sujeição à intrusão de uma presença traumática, necessitando recorrer à tentativa de controle da ausência/presença do objeto/alimento para se defenderem.

Em seu livro “A incapacidade de estar só – ensaio sobre o amor, a solidão e as adições”, a psicanalista francesa Catherine Audibert (2008/2011) toma a transicionalidade como modelo central de seu trabalho, e insere a importância da capacidade de estar só na temática das adições. Frente ao fracasso na criação do espaço de ilusão, o bebê, lançado ao desamparo de um vazio ou ao excesso de uma presença, pode tentar se defender, utilizando, posteriormente, objetos (drogas, alimentos) para garantir um resguardo em relação ao objeto primário e uma solidão serena, constituindo, assim, um espaço de proteção:

[os adictos] tentam fazer o vazio uma vez que o outro preencheu tudo, por sua presença ou por sua ausência mortífera, mas *este vazio é um vazio necessário, aquele da área de solidão* da qual a psique tem uma necessidade absoluta. O preenchimento tem por função se proteger do outro, impedir-se de ser sua presa e permitir a existência de um vazio sereno. [Itálicos do autor] (p.126)

Nesse sentido, a solução adicta vem como uma tentativa de passar sem o outro, buscando evitar a intersubjetividade vivida como insuportável. No entanto, o adicto, na sua busca por não depender do outro, acaba por depender do objeto externo substituto. Conforme essa autora,

O que torna a estratégia adictiva paradoxal é, naturalmente, que, na ânsia por não depender do outro, corre-se o risco de passar a depender de forma primária de um objeto externo, do qual a pessoa se torna escrava. Este é o sentido primitivo do termo “adicto”. A relação com o objeto transita do campo do desejo e do prazer para o da autoconservação, com a criação do que já se convencionou chamar de *neonecessidade*. (p.217)

Podemos ver claramente essa dimensão de escravidão e dependência na fala da paciente A.:

Não suporto isso, não me sai da cabeça, dia e noite: comida, comida, comida. É muito cansativo. Não tem espaço pra mais nada. Ou tô [sic] presa na ideia de que quero comer, ou tô [sic] presa na ideia de que não posso comer. Nunca cheirei cocaína, mas deve ser igual. Em outra sessão: hoje consegui não pensar em comida, estranho. Em compensação, passei o dia inteiro pensando no M. (o namorado). O que fazer, o que ele quis dizer com isso, com aquilo, como agir. Liguei pra trocentos [sic] amigos pra falar disso. Também não consegui fazer mais nada, foi insuportável. Sabe, não consigo ficar em paz, relaxar.

Temos a presença de um mesmo funcionamento psíquico, no qual há uma dependência de objetos “diferentes” – o que salta aos olhos em seu uso da expressão “*em compensação*” –, porém, ela ainda não consegue estabelecer uma relação entre ambas as situações. A paciente não encontra “paz” e um espaço de relaxamento, seja no corpo, seja na mente.

O ato aditivo garante ao sujeito algum grau de organização frente à sua enorme fragilidade narcísica, sendo a exacerbada preocupação com o peso – regulada pela atuação adicta – uma tentativa de organização interna, um reassseguramento narcísico. Como assinala Scazufca (1998), o peso é aquilo que sustenta, permite uma forma e algum equilíbrio.

Para a paciente L., controlar seu peso anotando os valores e tomando nota de suas medidas não é suficiente. Ela necessita fotografar a quantidade de kilos que aparece a cada vez que sobe na balança e vê um “resultado positivo,” como ela

o chama, mas que na verdade refere-se a um negativo. Acha que se apenas anotar o peso, pode pensar depois que anotou errado. “Quando me sinto ansiosa por qualquer motivo, olho aquelas fotografias e fico mais calma”. Um reassseguramento não é possível a não ser em sua concretude indubitável. Em uma determinada sessão, na qual L. quer me “garantir” que está muito bem, ela diz estar com vontade de me mostrar a última fotografia ‘positiva’ tirada de seu peso, a qual carrega sempre com ela. A necessidade dessa “concretude”, pode ser vista também quando ela precisa ver a si mesma nas fotografias tiradas por seu namorado, e, assim, “sentir-se inteira”.

A busca incessante por algum grau de organização interna nas patologias alimentares é também mortífera. McDougall (2001/2010), em seu trabalho “L’économie psychique de l’addiction”, ainda que fale sobre as adições como “técnicas de sobrevivência psíquica”, não deixa de apontar a presença da pulsão de morte. Assim escreve sobre uma paciente bulímica: “[ela] me dizia recentemente que não conseguiria jamais vencer sua eterna vontade de comer: [diz a paciente] pode ser que eu tenha um infarto do miocárdio se continuar desse jeito, mas o que posso fazer?” (p.34-35).

Na discussão de um caso de anorexia, Zaltzman (1994) considera que se o objeto de prazer passa para o registro da necessidade, necessidade fisiológica, não há mais possibilidade de sobreviver à sua perda, abrindo-se então o campo da ameaça de morte. Para a autora, essa passagem ocorre como efeito da pulsão de morte na cena psíquica, estando esta mais ligada ao apoio corporal do que à pulsão libidinal. As pulsões libidinais configuram uma geografia dos prazeres erógenos do

corpo, enquanto as pulsões de morte apresentam uma função corporal diferente, a da individuação:

Não há caso de análise em que transpareça a atividade dominante de Thanatos, sem que se ouça falar de jejum, de anorexia, de bulimia, de façanhas físicas à procura dos limites de esgotamento, de ascese, de excesso, de fascinação irrepreensível por todas as maneiras de se expor a perigos diversos e medir os limites da resistência física e da resistência mental através da provação física. (p.49)

Se a vida fantasmática inconsciente está tomada por um trabalho em torno da morte, a morte em sua realidade torna-se inimaginável. Para Zaltzman, não se trata de uma falha de autoconservação, mas sim, de uma intensa atividade pulsional. O recurso ao corpo e a seus limites pode ser considerado como o único que resta para lidar com a excessiva ascendência mental de um outro, que é potencialmente mortífera.

Esse combate mental acaba sendo acompanhado de um progressivo evitamento do objeto, que conduz, nos termos de Green, a uma desobjetalização progressiva do conjunto de investimentos, assim como das bases autoeróticas que tem função de refúgio e apoio em que o sujeito pode se reencontrar. Se estas não se encontram bem instaladas, esse movimento leva, então, à substituição de um autoerotismo de prazer por um autoerotismo negativo, que consiste em uma *autoestimulação* à procura de sensações, caracterizando-se por um aumento de sua violência e de suas potencialidades autodestrutivas.

Fenichel (1945/1981) utiliza a expressão “adicções sem drogas” para um conjunto de vícios nos quais não há uso de drogas; por exemplo, o vício de ler, a adicção ao sexo, assim como ao amor, incluindo a compulsão alimentar como uma

das principais dessas “adições sem drogas”. No entanto, nos estudos recentes sobre as patologias alimentares, temos a descoberta de que está presente uma produção intracerebral de substâncias opióides com um leve efeito morfínico, o que, segundo Couvreur (1991/2003), retiraria as patologias alimentares dessa designação. Ainda que não haja uma autoadministração de substâncias, há uma dimensão de efeito farmacológico, na medida em que temos uma produção endógena de substâncias psicoativas. Na mesma linha de pensamento, em seu texto “Anorexia mental y toxicomania”, Brusset (1996) ressalta que os comportamentos aditivos produzem modificações somáticas que, também, por sua vez, produzem efeitos no psiquismo, por exemplo, a excitação psíquica da “toxicomania endógena”. O sujeito, através de seu comportamento alimentar aditivo, age sobre seu corpo, e este, por sua vez, age sobre seu psiquismo, em uma espiral na qual o que é sentido e o que é desejado não são discerníveis. Esse “curto-circuito” provocado pelo comportamento aditivo, tão evidenciado na relação corpo-psiquismo, pode ser visto como resultado de uma tentativa de restabelecimento das funções do Eu-pele e dos envelopes psíquicos que foram comprometidas, temática que será examinada a seguir.

2 Segunda parte: Didier Anzieu e a psicanálise do continente

Anzieu foi um importante psicanalista francês, autor de uma obra cuja pluralidade passa pela filosofia, pelos métodos projetivos, pelo psicodrama grupal, pelos processos criativos e pela teorização relativa à estruturação do espaço psíquico. Mais especificamente em relação à questão da constituição do psiquismo, a preocupação do autor volta-se para a proposição de um modelo no qual existe uma relação de correspondência entre o aparelho psíquico e a superfície do corpo e, para isso, trabalha com dois conceitos fundamentais: o Eu-pele e os envelopes psíquicos.

A obra de Anzieu permite, nas palavras de Green, em uma homenagem ao autor, que falemos de uma “psicanálise do continente” (Mano, 2013). De forma geral, pode-se dizer que as questões do “dentro” e do “fora”, assim como da realidade interna e externa, constituem o interesse maior de Anzieu e estarão presentes em praticamente toda a sua teorização.

Dentro de sua vasta produção teórica interessa-nos particularmente discutir as concepções de Eu-pele e de envelopes psíquicos, fundamentais para a compreensão do autor acerca da constituição das fronteiras do psiquismo, concepções essas que permitem um viés de entendimento a respeito do comprometimento da construção das fronteiras do psiquismo nas patologias da anorexia e da bulimia. Como assinala Séchaud (2007), em comunicação feita por

ocasião de um colóquio em homenagem à Anzieu, a ideia de Eu-pele constitui uma resposta original à questão colocada por certas organizações psíquicas a respeito do alcance dos limites do Eu ou da indistinção desses limites e, como foi visto anteriormente, esse é o ponto central de nossa investigação sobre as patologias alimentares.

2.1 O Eu-pele

No interessante trabalho “Du Moi-peau aux enveloppes psychiques. Genèse et développement d’un concept”, apresentado no mesmo colóquio acima referido, Kaes (2007) discute o “movimento do pensamento” de Anzieu. Para essa reflexão o autor parte da consideração de que “As novas ideias são filhas do Espírito do tempo, da herança recebida e adquirida, mas talvez, primeiramente, dos enigmas inscritos no corpo antes de sua simbolização, depois retomados pelo trabalho do intelecto” (p.1). Dessa forma, para Kaes, o conceito de Eu-pele nasce a partir de três eixos presentes no pensamento de Anzieu: alguns aspectos de sua própria história corporal precoce, o trabalho psicanalítico individual e grupal e as diferentes correntes culturais, tanto artísticas como teóricas.

Em relação à história corporal precoce de Anzieu, Kaes parte de algumas conversas tidas com o autor e de uma entrevista dada para Tarrab, em 1986. Em discussões sobre as dificuldades encontradas na clínica, a partir das angústias

arcaicas despertadas e os pensamentos que apareciam como tentativa de contê-las e simbolizá-las, Anzieu relatou que, no trabalho com grupos, ele se defendia dessas angústias com a fantasia de que nas sessões ele era “tanto o touro na arena, procurando dar cabeçadas antes de receber a estocada do matador, como o matador que corre o risco de ser estripado, mas que termina por submeter o animal e matá-lo” (Kaes, 2007, p.2). Ao falar com Kaes sobre essa angústia e sua posição heróica, os traços mnésicos de uma ferida precoce no ventre retornam: “a lembrança era intensa no afeto, mas bastante confusa na representação de coisa” (p. 3). Posteriormente, Kaes fica sabendo através da esposa de Anzieu que essa ferida tinha sido uma operação de apendicite à qual Anzieu foi submetido quando tinha por volta de cinco anos, na qual não houve complicações físicas, mas sim, psíquicas. Anzieu tinha um verdadeiro terror em relação a essa experiência e Kaes não lhe fez perguntas a respeito. Em sua comunicação no colóquio, escreve esse autor:

Quando Anzieu começou a trabalhar com a noção de Eu-pele, eu pensei que o dano profundo ao seu corpo, à pele e ao continente constituiu uma forte experiência que impôs ao seu Eu encontrar, em primeiro lugar, em uma metáfora, a simbolização desse corte superado por um traço de união, comparável a um ponto de sutura entre o Eu e a pele. (Kaes, 2007, p. 3)

Com relação aos envelopes psíquicos, retoma a entrevista de Anzieu com Tarrab (1986), na qual o autor relata que criou a noção de envelopes psíquicos quando tomou consciência das “cascas” que o recobriam em sua infância. Anzieu refere-se ao que se passou a partir do lugar que ocupou no seio familiar como substituto de uma irmã mais velha que faleceu ainda criança. Lugar marcado

também para sua mãe, que perdeu uma irmã mais nova queimada viva, e que “cercou” Anzieu de cuidados, a tal ponto que o autor se dizia uma “criança incubada”. Não era possível sair na rua sem estar coberto por várias camadas de vestimentas: “Os envelopes superpostos de cuidados, preocupações e calor com que meus pais me cercavam não me abandonavam, mesmo quando eu me afastava deles. Eu carregava essa carga sobre as costas. Minha vitalidade se escondia no coração de uma cebola, debaixo de várias cascas” (Tarrab, 1986, p. 9). Para Anzieu (1985/1989),

O Eu - pele é uma estrutura intermediária do aparelho psíquico: intermediária cronologicamente entre a mãe e o bebê, intermediária estruturalmente entre a inclusão mútua dos psiquismos na organização fusional primitiva e a diferenciação das instâncias psíquicas que corresponde à segunda tópica freudiana. Sem as experiências adequadas no momento oportuno, a estrutura não é adquirida ou, com maior frequência, encontra-se alterada. (p.19)

Em seu livro *O Eu-pele*, de 1985, aponta uma mudança na natureza do sofrimento psíquico dos pacientes da clínica analítica atual, a qual exigiria tanto modificações na técnica quanto uma renovação conceitual psicanalítica:

estes doentes sofrem de uma falta de limites: incertezas sobre as fronteiras entre o Eu psíquico e o Eu corporal, entre o Eu realidade e o Eu ideal, entre o que depende do Self e o que depende do outro, bruscas flutuações destas fronteiras....vulnerabilidade à ferida narcísica devido à fraqueza ou às falhas do envelope psíquico, sensação difusa de mal-estar. (Anzieu, 1985/1989, p. 22)

A metáfora do Eu-pele é desenvolvida a partir da problemática mais geral dos envelopes psíquicos. Para o autor, se dentre as funções da pele encontramos as de proteger e envelopar o corpo, oferecer continência aos conteúdos internos e servir

de fronteira que separa externo e interno — ao mesmo tempo, colocando-os em contato —, também o Eu se desenvolveria apoiado nessas funções. Dessa forma, o Eu-pele também envolveria, protegeria, conteria e delimitaria o psiquismo, assim como permitiria o contato entre realidade interna e externa.

A percepção psíquica de um envelopamento corporal permite o sentimento de unidade física no espaço, da coesão do indivíduo como um todo, e isto se dá, justamente, a partir da superfície do corpo. Nesse sentido, a formação do Eu-pele é a constituição do Eu como envelope psíquico, cuja matriz é a própria pele. Para que o Eu-pele funcione de forma eficaz em suas funções, Anzieu (1985/1989) considera a necessidade da existência de um bem-estar de base, que, por sua vez, permitirá a construção de fronteiras e limites psíquicos estáveis e definidos. Estes limites referem-se tanto à diferenciação entre o mundo externo e a realidade psíquica como, também, às fronteiras intrapsíquicas. O bem-estar de base decorre do contato corporal primário do bebê com o que Anzieu denomina “círculo maternante”, sendo essas proposições desenvolvidas, principalmente, a partir da “pulsão de apego” de Bowlby (1961)⁷. Dessa forma, a pulsão de apego

tem por objetos o referencial, primeiro em relação à mãe, depois em relação ao grupo familiar que a substitui, os sinais – sorriso, delicadeza de contato, calor físico do abraço, variedades das emissões sonoras, firmeza no carregar, embalo, disponibilidade em dar o alimento, os cuidados, o atendimento – que fornecem os índices sobre a realidade externa e sua manipulação e também sobre os afetos experimentados pela parceira, em resposta principalmente

⁷ Em linhas gerais, para este autor, o apego seria uma intenção de homeostase constitutiva do bebê. Para poder suportar as ausências da mãe, o bebê procuraria manter a mãe a uma distância sempre acessível.

aos afetos do bebê. Falamos então não mais no registro da satisfação das necessidades vitais de auto-conservação (alimentação, respiração, sono) sobre as quais os desejos sexuais e agressivos vão se constituir por sustentação, mas no registro da comunicação (pré-verbal e infralingüística) sobre a qual a troca de linguagem encontra o momento propício para se estabelecer. (Anzieu, 1985/1989, p. 128)

A díade bebê-círculo maternante é formada a partir do contato corporal primário do bebê com sua mãe, que se dá numa relação tranquilizadora de apego, mais a amamentação e os cuidados oferecidos pela mãe. Se essa experiência ocorrer assim, o bebê estará envolvido por um envelope externo formado por mensagens que asseguram uma base narcísica forte, que, por sua vez, permitirá a gradual organização de sua percepção ainda indiferenciada do meio e da sua pele como superfície. A pele do bebê é um palco de experiências sensoriais repletas de fantasias, fantasias cutâneas que vestirão o seu Eu nascente com representações. (Anzieu, 1985/1989). Dessa forma, a superfície corporal aparece como superfície fantasmática originária, base para o funcionamento psíquico primário.

Anzieu (1985/1989) assim define o Eu-pele:

Por Eu-pele designo uma representação de que se serve o Eu da criança durante fases precoces de seu desenvolvimento para se representar a si mesma como Eu que contém os conteúdos psíquicos, a partir de sua experiência da superfície do corpo. Isto corresponde ao momento em que o Eu psíquico se diferencia do Eu corporal no plano operativo e permanece confundido com ele no plano figurativo. (p. 61)

A organização do bem-estar de base, a partir do apego, permitirá uma estruturação saudável do Eu-pele e o estabelecimento desta base se dá a partir de três etapas: a fantasia de fusão narcísica primária, a fantasia de pele comum e o

reconhecimento de um Eu-pele próprio.

Na fantasia de fusão narcísica primária, o bebê vive num mundo de percepções indistintas, confusas e obscuras; trata-se da fantasia intrauterina que nega o nascimento.

Na fantasia de pele comum, o bebê sente que possui uma superfície e também que esta superfície o contém, que ele possui um espaço interno contido e protegido por um envelope. É a experiência de uma face interna de uma fronteira, que é comum ao ambiente e ao bebê. Essa fronteira se apresenta como uma interface entre a mãe e o bebê, na qual há um envelope externo concomitante a um envelope interno.

É importante que haja por parte do círculo maternante uma flexibilidade de ajuste, que assim permitirá ao bebê perceber o seu espaço interno, ao mesmo tempo em que percebe que esse espaço interno está envolvido pelo envelope externo. Ou seja, deve existir um espaço entre o envelope externo e o interno para que seja possível que o Eu-pele da criança, em construção, prossiga na direção da diferenciação gradual do Eu-pele da mãe, o que parece não ocorrer no caso das patologias alimentares da anorexia e da bulimia.

Quando o envelope externo está muito colado à pele do bebê, o Eu pode ser sufocado, invadido. Já se ele é frouxo, o Eu perde consistência. Se, por um lado, essa interface do Eu-pele institui uma verdadeira simbiose entre a mãe e seu bebê, por outro, será ela mesma a proporcionar uma abertura para funcionamentos psíquicos separados, a partir do êxito no ajuste do envelope.

Para Anzieu, a experiência da perda da pele comum deve ocorrer de maneira que o bebê não fique preso nas angústias de uma excitação pulsional

difusa, que viriam da sensação de um conteúdo interno sem envelope, e nem nas angústias de um envelope cheio de buracos, que o autor denomina como Eu-pele escorredor. A última fase importante, que assegura o estabelecimento de uma base narcísica forte, necessária para uma boa constituição das fronteiras psíquicas, refere-se justamente ao desaparecimento da pele comum e à consequente possibilidade de reconhecimento de que tanto a mãe quanto o bebê possuem, cada um, seu próprio Eu-pele. Nesse processo de diferenciação estão presentes angústias de abandono, e a instauração de um bem-estar de base firme protegeria a criança de uma experiência de desamparo.

Anzieu (1985/1989) propõe algumas funções fundamentais do Eu-pele:

Meu trabalho de pesquisa concentra-se em dois pontos: por um lado, estudar as diversas configurações que adquire o Eu-pele...por outro lado, relacionar cada déficit de uma função psíquica a um tipo particular de invasão precoce patógena exercida pelo ambiente sobre o Eu-pele em via de constituição, e precisar o tipo de trabalho psicanalítico a realizar face a tal déficit. (p.65)

A primeira função do Eu-pele seria a de manutenção do psiquismo, em paralelo à função da pele humana de sustentar o esqueleto e a musculatura. Essa função psíquica seria desenvolvida a partir do encontro do bebê com um objeto que o segura, e estaria apoiada na necessidade que o psiquismo tem, inicialmente, de possuir um objeto-suporte para poder encontrar seu próprio centro de gravidade. O Eu-pele seria, então,

uma parte da mãe — particularmente suas mãos — que foi interiorizada e que mantém o psiquismo em estado de funcionar ao menos durante a vigília, tal como a mãe mantém nesse mesmo tempo o corpo do bebê num estado de unidade e solidez. (Anzieu, 1985/1989, p. 130)

Como segunda função, há a continência, que corresponde à função da pele de recobrir a superfície corporal e conter os conteúdos corporais. Se ocorrer ausência ou confusão na representação de continência do psiquismo, surge uma angústia que, para Anzieu, é a de uma excitação pulsional difusa, referida a uma topografia psíquica de um núcleo sem casca. Se há a casca, mas ela é falha, sendo sentida como cheia de buracos que deixariam o interior ser esvaziado, temos o Eu-pele escorredor.

Cabe aqui uma observação de Jeammet (1991/2003), relativa ao quadro bulímico, que poderia ser pensada em termos de uma falha nessa função do Eu-pele:

Essa função de colagem a esse neo-objeto externalizado que realiza a conduta bulímica pode ser igualmente encarada sob o ângulo da dialética continente – conteúdo. Observam-se nela, então, uma oscilação e uma indeterminação continente – conteúdo que conferem a um a função do outro. O objeto alimento passa, assim, de sua qualidade de conteúdo a um papel de continente, em que suporta e sustenta o sujeito que se sente, ao mesmo tempo, envolvido por sua sensação de repleção e dela tira um sentimento de existir e de continuidade que em outras circunstâncias lhe falta. Na bulimia, o objeto alimento deve permanecer no limiar entre continente e conteúdo. Ele ameaça, sem cessar, invadir o sujeito ou ser perdido. (p.125-126)

Na vinheta clínica referente à paciente A⁸, uma paciente bulímica que fala de como se sente bem quando come sem parar e tem a sensação de estar cheia, de que então sente seu corpo, vemos o alimento transformado de conteúdo a continente, o corpo podendo ser “sentido” somente a partir do momento em que está “cheio”, repleto de comida; é assim que a paciente consegue manter um

⁸ Ver página 11.

sentimento de existência. O alimento como “conteúdo” não pode ser contido dentro do corpo, havendo a necessidade imperiosa de expulsá-lo, por meio do vômito. Dessa forma, ela tenta controlar essa ameaça constante de invasão e perda do objeto.

A terceira função do Eu-pele é a de proteção psíquica, também em correspondência com a proteção ao corpo que a pele exerce. Aqui também podemos estabelecer um paralelo com o papel de proteção exercido pela relação que as pacientes anoréxicas e bulímicas mantêm com a comida: sua não ingestão pela anoréxica, supostamente deixando-a ao abrigo da invasão do objeto, e sua ingestão desenfreada pela bulímica, protegendo-a de uma perda insuportável.

A quarta função refere-se à possibilidade de individuação, que assegura o sentimento de ser único, assim como a pele humana é pessoal, com sua textura, odor e cor. Se há um enfraquecimento das fronteiras psíquicas, este sentimento de individualidade fica ameaçado, já que o interno e o externo ficam mal diferenciados, podendo então surgir uma angústia de estranheza da realidade. Na anorexia, temos uma busca incessante de separação da mãe, representada pelo alimento recusado, que poderia ser vista como uma tentativa de restabelecer a individuação comprometida; na conduta bulímica, além de um aprisionamento na falha dessa função, na medida em que a paciente não suporta a separação, ingerindo o alimento, também temos a procura dessa individuação por meio dos vômitos. Podemos pensar na alternância dos quadros de bulimia e anorexia apresentada pela paciente G.⁹, que se sente extremamente ameaçada quando se separa de sua mãe ao viajar, apresentando episódios bulímicos, assim como, também, quando vai

⁹ Ver página 29.

morar com o namorado, não suporta a proximidade - que a faz sentir-se, em suas palavras, “misturada com ele” – e, então, apresenta episódios de anorexia.

A quinta função é a de intersensorialidade, na qual o aparelho psíquico faz a ligação de sensações de naturezas diferentes. Sua analogia com a função da pele é feita a partir da capacidade da pele humana de alojar as cavidades dos diferentes órgãos do sentido, além do próprio tato presente na superfície do corpo. Com uma falha dessa representação intersensorial, pode ocorrer uma angústia de fragmentação corporal, devido a uma sensação de funcionamento anárquico dos órgãos dos sentidos. Como foi discutido anteriormente, as pacientes anoréxicas e bulímicas relatam uma extrema dificuldade em discriminarem suas sensações, não sendo possível uma percepção nítida da fome, do excesso e do vazio, o que poderia ser visto como uma falha na função da intersensorialidade. Na busca de sensações, tão evidente nessas patologias, temos um uso defensivo da realidade perceptivo-motora como contra-investimento de uma realidade psíquica ameaçadora.

A sexta função é a de inscrição dos traços sensoriais táteis, que surge a partir da apreensão dos objetos apresentados pelo ambiente ao bebê, assim como a pele recebe e registra informações do mundo externo de acordo com sua capacidade intersensorial.

A sétima função do Eu-pele diz respeito à sustentação de excitação sexual no envelope psíquico, que irá permitir a diferenciação e localização das zonas erógenas.

A oitava função é relativa à recarga libidinal do aparelho psíquico, viabilizando a recepção das excitações exógenas, a manutenção de uma tensão

energética interna e a divisão entre os sistemas psíquicos, da mesma forma que a pele serve de superfície de estimulação sensório-motora.

No trabalho de 1985, “O Eu-pele”, Anzieu propõe ainda uma última função do Eu-pele, que será posteriormente retirada, por ser considerada mais próxima ao trabalho do negativo. É a função tóxica que estaria a serviço da autodestruição, tanto da pele como de si mesmo. Para tal, o autor baseia-se, principalmente, nos fenômenos autoimunes de doenças psicossomáticas, nos quais o sistema de defesa ataca o próprio corpo.

Vimos, anteriormente, as proposições de Kaes (2007) a respeito das origens da elaboração do conceito de Eu-pele no pensamento de Anzieu; agora, é importante destacar onde, dentro da teorização psicanalítica, o próprio Anzieu localiza elementos a partir dos quais é possível identificar o esboço de seu conceito de Eu-pele. O autor considera que tanto na obra de Federn como na obra de Freud podemos enxergar esse esboço.

Federn fez parte do grupo de psicanalistas que, a partir de 1902, se reunia à volta de Freud nas famosas reuniões das quartas-feiras, as quais viriam a formar a Sociedade Psicanalítica de Viena, em 1908. Foi um dos poucos membros fundadores a permanecer na Sociedade até sua dissolução pelos nazistas, em 1938; e, quando Freud fica doente, é a Federn que ele confia sua vice-presidência. Ele também receberá de Freud as minutas da Sociedade Psicanalítica de Viena, quando este emigra, e as levará para seu exílio, nos Estados Unidos, que serão, posteriormente, publicadas por seu filho.

O foco de interesse de Federn era a psicose, tendo sido supervisionado por Freud no início de sua prática clínica. Porém, ainda que este reconhecesse a

importância de suas contribuições, de modo algum encorajava seu discípulo em seu “mergulho” nas questões suscitadas a partir da clínica com psicóticos.

É um autor que obteve um reconhecimento um tanto tardio dentro da própria psicanálise; no entanto, já há algum tempo, vem sendo resgatado¹⁰ por vários autores pela fecundidade de suas ideias sobre a constituição das fronteiras do Eu e sobre o sentimento do eu. Tais conceitos levam em direção a uma “psicologia do Eu”, que, como afirma Carvalho (1999), podemos chamar mais propriamente de “uma concepção psicanalítica do Eu” (p.128). Escreve Anzieu (1985/1989):

Federn é um pensador dos limites. Ele pensa o limite não apenas como um obstáculo, uma barreira, mas como a condição que permite ao aparelho psíquico estabelecer diferenciações no interior de si mesmo, assim como entre o que é psíquico e o que não é, entre o que decorre do Self e o que provém dos outros. (p. 119)

Da obra de Federn, o autor resgata diversos elementos para sua teorização:

a noção de interface, uma relação não linear entre Eu-corporal e o Eu-psíquico, a concepção de uma plasticidade estrutural do Eu, a relação entre a estrutura do Eu e o sentimento de existência, uma valorização clínica do investimento narcísico como condição de existência. (Mano, 2013, p.98)

Segundo Anzieu, o Eu-corporal é o estado primário do Eu, no qual a existência é sensorial:

não há representação da ausência, nem da ausência do objeto, nem da presença do indivíduo na mente do objeto ausente. No estado de Eu-corporal, a comunicação, a continuidade, a continência e o espaço estão atrelados à sensação despertada, no

¹⁰ Anzieu, 1985/1989; Carvalho, 1996; Figueiredo, 2003; Laplanche, 1985; Mano, 2013.

corpo, pelo objeto. (Mano, 2013, p.99)

Para Anzieu (1981; 1985/1989), a identificação das origens teóricas de seu conceito de Eu-pele no desenvolvimento da teoria freudiana se daria principalmente em dois momentos. O primeiro seria no “Projeto para uma psicologia científica” (Freud, 1895[1950]/1992), no qual são apresentadas as noções de barreiras de contato, de facilitação e de tela de proteção, estruturas responsáveis pelas funções de percepção, memória e proteção do aparelho psíquico. Para o autor, ainda que no texto freudiano não haja uma correspondência explícita entre estas funções e as que são desempenhadas pela pele, ao estudar os fenômenos existentes entre os neurônios e entre o indivíduo e o exterior, Freud está justamente abordando fenômenos que ocorrem nas fronteiras internas e externas do aparelho psíquico.

O segundo momento seria em “O Eu e o id” (Freud, 1923/2011b), quando é proposto um paralelo explícito entre o aparelho psíquico e a pele, segundo a hipótese de um Eu formado por uma parte modificada do Id, através das percepções diretas do mundo externo, das percepções da superfície corporal. Escreve Freud: “O Eu é, primeiro e acima de tudo, um Eu corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície” (p. 39). Numa nota de rodapé, acrescenta: “o Eu em última análise deriva das sensações corporais, principalmente das que se originam da superfície do corpo” (p. 39).

Além de se originar da superfície corpórea, o Eu ocupa a posição de superfície do próprio aparelho psíquico, recobrando-o como uma casca, um envelope, e regulando as relações entre o mundo externo, o supereu e o id. Dessa

forma, o Eu possuiria uma caracterização de fronteira, tal qual as funções que a pele cumpre em relação ao corpo. Para Anzieu, portanto, o seu conceito de Eu-pele encontra correspondência na descrição freudiana do Eu em seu estado originário. O Eu, com sua origem epidérmica e proprioceptiva, herdaria a dupla possibilidade de estabelecer barreiras — que se tornariam mecanismos de defesa psíquicos — e de filtrar as trocas com o Id, o Supereu e o mundo exterior.

Com o objetivo de compreender melhor a constituição do Eu-pele, Anzieu ressaltava ainda uma modificação importante introduzida por Freud na Conferência XXXI, “A dissecação da personalidade psíquica”, em suas “Novas conferências introdutórias sobre psicanálise” (1933/2010b). No novo esquema topográfico proposto para o aparelho psíquico, há uma abertura na parte inferior do envelope e, se por um lado essa abertura materializa a continuidade do Id e suas pulsões com o corpo, por outro, ela afirma uma descontinuidade na superfície que confirmaria o fracasso do Eu em se constituir como envelope total. O autor considera que esta dupla tensão de continuidade/descontinuidade da superfície psíquica desembocaria em uma diversidade de configurações clínicas, que exigiriam especificidades interpretativas relativas ao excesso ou falta de continuidade/descontinuidade e também à capacidade de expansão das instâncias psíquicas. Nesse sentido, pode-se ver que ele faz o importante apontamento sobre a necessidade de modificações na própria concepção do trabalho analítico, tanto nas questões técnicas, por exemplo, o enquadre, como na compreensão das particularidades das questões de ordem metapsicológica.

Em seu artigo “Le Moi-peau et la réflexivité”, escrito por ocasião de um Colóquio em homenagem à Anzieu, Roussillon (2007) ressaltava a atualidade da obra

de Anzieu para a teorização sobre as experiências precoces e sua importância para a constituição psíquica, fazendo algumas considerações sobre o conceito de Eu-pele e propondo algumas aproximações com conceitos importantes de outros autores.

A diferenciação Eu – não-Eu constitui a problemática central da metáfora do Eu-pele, cuja função será a de propor uma primeira forma de delimitação entre o Eu e seu ambiente. A diferenciação mãe - bebê e a diferenciação Eu-psíquico - Eu-corporal ocorrerão em um mesmo movimento, porém, apenas após um tempo, no qual é construída uma “pele comum” entre a mãe e o bebê.

Segundo Roussillon essa ideia permite aproximações com a noção de “duplo limite” de Green (1982/1988b). A qualidade dessa “pele comum” vai depender da qualidade dos cuidados maternos e da satisfação da pulsão de apego, bem como da comunicação precoce por ela subentendida. Para o autor, a noção de “pele comum” estaria ainda próxima à teoria de McDougall (1989/1996) sobre “um corpo para dois”, assim como aos trabalhos de Pankov sobre a imagem do corpo de pacientes psicóticos.

A qualidade dos processos de diferenciação estará condicionada às transformações e à qualidade dessa “pele comum”, seja a diferenciação bebê – ambiente seja a que ocorrerá entre corpo e psique. Comprometimentos na construção da “pele comum” e na diferenciação do Eu-pele psíquico darão origem às dificuldades características das patologias narcísico-identitárias, nas quais o que é interno e o que é externo se confundem.

Retomando a questão da importância dada por Anzieu à intersensorialidade, Roussillon propõe, no mesmo artigo, que “a passagem progressiva do sentir

corporal ao status de mensagem intersubjetiva” (p.18) estará na origem “do primeiro descolamento do pele à pele, do descolamento da pele de um e da pele do outro, ao mesmo tempo que se opera a passagem e a transformação do propriamente corporal à representação psíquica” (p.18). Para o autor,

Dessa forma as experiências sensoriais que subjazem o Eu-pele corporal poderão ser retomadas na ordem representativa e significante para produzir essa formação psíquica que é o Eu-pele e que representa tanto o envelope psíquico do sujeito como a representação de sua superfície de contato e de encontro com o objeto. (Roussillon, 2007, p.18)

Segundo Anzieu (1985/1989), para que o Eu tenha um sentimento de continuidade temporal, é necessário que o Eu-pele se constitua como um envelope permeável às interações com os seres humanos e o meio, e que também seja capaz de conter o que está envolvido pelo envelope psíquico. O Eu-pele é considerado como uma interface, sendo o bebê circundado por um envelope externo, que, por sua vez, deve deixar um espaço disponível ao envelope interno. Este envelope sob medida é o que permite ao bebê reconhecer e confirmar sua individualidade. A característica de interface permite um funcionamento psíquico cada vez mais aberto, o que leva o bebê e sua mãe para funcionamentos cada vez mais separados. Ao mesmo tempo, essa interface os mantém inicialmente numa simbiose, de modo que o processo de separação requer o desaparecimento desta pele comum, através do reconhecimento de que cada um tem sua própria pele e seu próprio Eu.

O autor faz uma diferenciação no quadro das patologias: nos estados-limite haveria uma perturbação do sentimento de continuidade do Eu e, nas psicoses, a

perturbação atingiria o sentimento de unidade do Eu. Ele aponta a necessidade de delimitação e explicitação das configurações topográficas correspondentes, o que seria feito a partir do esquema proposto em “O Eu e o Id” (Freud, 1923/2011b) e em “Notas sobre um bloco mágico” (Freud, 1925/2011a). Assim, propõe que a perspectiva topográfica na qual está inserido seu conceito de Eu-pele pode contribuir para a discussão sobre as diferenças e semelhanças entre as personalidades narcísicas e os estados-limite.

Na constituição de um Eu-pele “normal”, não há um envolvimento total do aparelho psíquico. Ele apresenta uma dupla face — externa e interna — que, através de uma separação, permite alguma flexibilidade. Nas personalidades narcísicas, essa separação pode desaparecer, o que afetaria o sentimento de coesão do Eu. O indivíduo procura ser suficiente com seu próprio envelope psíquico e não possuir com o outro uma pele comum que marcaria sua dependência. No entanto, seu Eu-pele em início de estruturação, está fragilizado e, para seu fortalecimento, podem ocorrer duas operações, que, por sua vez, têm um custo. A primeira é relativa a uma abolição da separação entre as duas faces do Eu-pele, entre a excitação interna e as estimulações externas. Solidificado desta forma, buscando envolver o psiquismo em sua totalidade, apesar das certezas e seguranças obtidas, o Eu-pele fica sujeito a um rompimento, ao menor ferimento narcísico. A segunda operação visa à duplicação exterior do Eu-pele, que ficará então colado em uma pele maternal simbólica. Apesar deste colamento, essa forma de organização permitirá que a relação continente-conteúdo seja preservada, com o Eu-psíquico integrado ao Eu corporal.

Já nos estados-limite, é a própria estrutura do Eu-pele que sofre alterações. As

duas faces do Eu-pele seriam uma e esta é torcida como o anel de Moebius (que para Anzieu é uma configuração específica dos estados-limite); com essa torção, fica misturado o que vem de dentro e o que vem de fora. A parte do sistema percepção-consciência que se localiza na interface entre a realidade interna e o mundo exterior acaba deslocada e posicionada como observadora externa (daí o paciente como expectador de fora de sua própria vida). A parte que permanece como interface garante uma adaptação suficiente para que não surja uma psicose.

Em relação aos afetos, eles tendem a migrar do centro para a periferia, já que sua contenção fica dificultada pela distorção do Eu-pele; aí eles ficam enquistados e fragmentados, retornando, às vezes, bruscamente, à consciência. Dessa forma, “o de fora se torna o de dentro, que se torna o de fora, e assim sucessivamente, o conteúdo mal contido se torna um continente, que contém mal” (Anzieu, 1985/1989, p. 162). O Eu se torna esvaziado, o que parece ocorrer quando as duas faces do Eu-pele, ao se tornarem uma única face, dificultam a possibilidade de circulação. Aqui podemos estabelecer uma relação direta com os quadros bulímicos: em relação às dificuldades de circulação no psiquismo, presentes nessas patologias, Brusset (1991/2003b) considera que “A passagem ao ato bulímico resultaria da ausência de elaboração psíquica e de simbolização, e talvez principalmente das descontinuidades do funcionamento psíquico”(p.143).

Nessa mesma linha de reflexão, o funcionamento psíquico presente nessas patologias é assim caracterizado por Jeammet (1991/2003):

A importância da relação de domínio; o movimento de deslibidinização e desligamento; o lugar destinado às sensações, principalmente cutâneas, e ao olhar, em detrimento das emoções; a recusa da interioridade em prol da exterioridade, e mais precisamente

da superfície, e, correlativamente, uma vontade de objetualização, em detrimento do laço empático; a onipresença da morte que pode assumir a forma de destruição (do objeto e do ego), ou da fusão, com perda total dos limites; uma necessidade repetitiva de gerar a emergência regular de excitação, cujo devir, que poderia ameaçar a identidade, é preciso incessantemente controlar, excitação que, no entanto, é necessária à manutenção do sentimento de continuidade; em suma, uma constante reafirmação dos limites. (p.127)

2.2 Os envelopes psíquicos

Se a psicanálise muito se interessou pelo estudo e pelo tratamento dos conteúdos psíquicos, é necessário considerar que não há conteúdo se não houver um continente; o estudo dos continentes é tão importante quanto o estudo dos conteúdos, eles os condicionam. Nós podemos não fazer a investigação dos continentes quando eles contêm bem, e nos dedicarmos à análise dos conteúdos; mas quando o continente contém mal, ou contém de modo falho, é necessário realizar um trabalho analítico sobre o continente. É isso que chamo de envelopes psíquicos. (Anzieu, 1986/2007, p.229)

Para exemplificar a importância atribuída à configuração do aparelho psíquico, Anzieu (1986/2007) retoma o caso de uma colega, analista de crianças, cuja paciente nunca se lembra de nada do que se passou na sessão anterior, seja do que ela tenha feito ou do que a analista tenha dito. As interpretações de mecanismos de defesa, dos conteúdos recalçados, se mostram ineficazes. Um dia, a analista, “um pouco em desespero de causa”, diz à paciente: “Em suma, você tem uma cabeça – escorredor”. Ao que a paciente, imediatamente, responde: “Mas como você sabe?” (p.226).

Nesse caso, a interpretação da configuração espacial se mostrará bem mais eficaz do que as que se referem aos conflitos, que, posteriormente trabalhados, permitirão a compreensão dos “furos e buracos” no aparelho psíquico.

Penso em uma paciente bulímica, com a qual, de forma análoga, após muito tempo de tentativas frustradas de interpretação dos “conteúdos” expulsos pelo vômito, algo começa a se movimentar após uma intervenção minha na qual digo a ela que é como se ela fosse “um tubo”, tudo passa, nada é retido.

Alguns princípios fundamentam as reflexões do autor sobre os envelopes psíquicos.

O desenvolvimento do aparelho psíquico e do Eu passa por uma diferenciação progressiva dos envelopes de excitação e de comunicação, a partir da criação de uma articulação entre eles que instaure uma “abertura suficiente”, que se vincularia, para Anzieu, à estrutura topográfica do que Winnicott denomina “área transicional”.

Nesse processo de diferenciação e novas articulações, podemos encontrar toda uma gama de patologias dos envelopes psíquicos, como, por exemplo, uma patologia ligada à ausência de abertura ou a um excesso. O autor propõe uma configuração patológica específica dos envelopes psíquicos nos estados-limite: os envelopes de excitação e de comunicação, em parte diferenciados, estão justapostos, havendo assim um só envelope que apresenta, às vezes, o paraexcitação e, às vezes, a superfície de inscrição. Essa justaposição dos envelopes traz consequências tanto para a organização como para o funcionamento do psiquismo, havendo dificuldades na distinção entre o que vem de dentro e o que vem de fora, e na distinção entre continente – conteúdo.

Anzieu (1986/2007) atribui a etiologia desse tipo particular de patologia dos envelopes psíquicos a uma relação originária com o ambiente maternal, na qual há uma brusca alternância entre a excitação e a comunicação, dentro das quais também se alternam subitamente excesso e retirada de excitação, assim como ausência de comunicação e descarga massiva de comunicação. Quanto mais próximo à psicose e aos estados-limite, mais o Eu tende a se localizar na periferia, sobre o envelope psíquico; nas patologias graves, o Eu se desconstrói.

O autor considera que o espaço psíquico possui propriedades psíquicas, já que o espaço é criado pelo próprio psiquismo, sendo que o envelope psíquico de base é o envelope tátil. Os envelopes sensoriais, que têm como estrutura originária o envelope tátil, vão se encaixar nele, segundo uma articulação justamente de “encaixe”. O termo “encaixe” é particularmente importante, já que, como vimos acima, a questão topográfica está diretamente ligada à possibilidade de uma diferenciação dos envelopes que não se dê de forma patológica.

Para Widlocher (2007), a obra de Anzieu coloca a seguinte questão fundamental: como definir e descrever a passagem de um espaço corporal unificado para um espaço psíquico unificado? Para Widlocher, a metáfora espacial que constitui o espaço psíquico ajuda a representar um lugar no qual as operações podem ser figuradas, mas não desenha a estrutura do aparelho psíquico à imagem do espaço físico. O autor sublinha, desse modo, a importância de se distinguir a metáfora do conceito.

Considerações finais

Partindo da proposição dos autores Brusset (1998/2008) e Jeammet (2004/2010), segundo a qual existe uma homologia entre a organização da relação que as pacientes anoréxicas e bulímicas estabelecem com seus objetos internos e externos, sua conduta alimentar e seu funcionamento mental, foi investigado de que maneira ocorre o comprometimento da constituição dos limites psíquicos nessas patologias.

Vimos que a fragilidade desses limites está ligada a dificuldades nos processos de diferenciação entre eu – outro; interno – externo e corpo – psique. Tais processos dependem, por sua vez, da qualidade das experiências vividas pelo bebê nos primórdios de sua constituição psíquica. Falhas no cumprimento da mãe da função de pára-excitação em relação às excitações internas e externas do bebê podem deixar as anoréxicas e bulímicas aprisionadas à necessidade de incorporar o objeto para lidar com a emergência pulsional, ou seja; a falha no estabelecimento da função de pára-excitações e de limite entre sujeito e objeto pode levar a uma tentativa de substituição por meio das condutas alimentares patológicas, que tentam cumprir essa função.

O funcionamento aditivo presente nas patologias da anorexia e da bulimia é uma resposta aos estados de excitação ou de dor impossíveis de serem elaborados, caracterizada por uma busca compulsiva e repetitiva, em um objeto real, da função maternante tranquilizadora. Com a constituição dos limites

comprometida, o indivíduo não encontra outra via para lidar com a tensão psíquica que não a descarga imediata pelo ato.

No comportamento alimentar aditivo, temos um “curto-circuito” na relação corpo-psique, que pode ser visto como uma tentativa de restabelecimento das funções do Eu-pele e dos envelopes psíquicos que foram comprometidas.

Retomando as ideias de Anzieu (1985/1989) sobre o Eu-pele, vimos que seu papel fundamental é proteger, envolver, conter e delimitar o psiquismo, permitindo, assim, o contato entre a realidade interna e externa. Para que esse papel seja cumprido de forma eficaz, é necessário um bem-estar de base, que, então, possibilitará a constituição de fronteiras e limites estáveis, tanto inter-psíquicos como intrapsíquicos. Também foi visto que a estruturação do Eu-pele acontece por meio de três etapas: a fantasia de fusão narcísica primária, a fantasia de pele comum e o reconhecimento de um Eu-pele próprio.

Na fantasia de pele comum, a experiência vivida é a de uma fronteira que funciona como uma interface entre o bebê e sua mãe, com um envelope externo envolvendo um interno. No entanto, é necessário um ajuste flexível entre os envelopes para ser possível uma progressiva diferenciação, ou seja, não podem estar ‘colados’ demais e nem ‘frouxos’ demais. Esse ajuste conduzirá a funcionamentos psíquicos separados. Tanto esse ajuste como a possibilidade de um funcionamento psíquico separado estão gravemente comprometidos nas patologias alimentares da anorexia e da bulimia.

No processo de complexificação do aparelho psíquico, o Eu-pele atua como uma estrutura topográfica de base, intermediária entre a fusão primária e a progressiva diferenciação das instâncias psíquicas. As experiências adequadas

irão permitir um bom estabelecimento das fronteiras e limites do Eu, garantindo, assim, um sentimento de unidade e continuidade de si. A alteração da própria estrutura do Eu-pele, quando ocorre, acarreta alterações e rupturas no espaço psíquico, tendo como possível resultado o comprometimento do trânsito entre os diferentes espaços psíquicos e, assim, a própria estrutura do Eu.

Vimos que as funções psíquicas do Eu-pele que parecem estar mais comprometidas na anorexia e na bulimia são as de continência, de proteção, de individuação e de intersensorialidade. Como foi dito, Anzieu (1985/1989) concentrou suas pesquisas sobre o Eu-pele em dois pontos: o estudo de suas diferentes configurações, relacionando falhas nas suas funções psíquicas aos tipos particulares de invasão patógena precoce, e o trabalho psicanalítico a ser feito mediante tal falha.

Dessa forma, é possível estabelecer relações entre as falhas nas funções psíquicas do Eu-pele presentes nas patologias alimentares e as especificidades do trabalho a ser feito na clínica e, nesse sentido, considero que esta tese pode contribuir para o campo de pesquisas voltado ao tratamento dessas modalidades de sofrimento psíquico.

Referências

- André, J. (1999). O objeto único. *Caderno de Psicanálise da SPCRJ*, 15(18).
- Anzieu, D. (1981). Quelques précurseurs du Moi-peau chez Freud. *Revue Française de Psychanalyse*, 45(5), p. 1163-1185.
- Anzieu, D. (1989). *O eu-pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo. (Trabalho original publicado em 1985).
- Anzieu, D. (1994). *Les contenants de pensée*. Paris: Dunot.
- Anzieu, D. (2007). *Psychanalyse des limites. Textes réunis et présentés par Catherine Chabert*. Paris: Dunot.
- Anzieu, D. (Org), Anzieu, A., Doron, J., Enriquez, M., Guillaumin, G., Houzel, D., Lecourt, E., Missenard, A. & Nathan, T. (2003). *Les enveloppes psychiques*. Paris: Dunot. (Trabalho original publicado em 1987).
- Audibert, C. (2011). *L'incapacité d'être seul: essai sur l'amour, la solitude et les addictions*. Paris: Payot. (Trabalho original publicado em 2008).
- Bidaud, E. (1998). *Anorexia mental, ascese, mística: uma abordagem psicanalítica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Blanchez, P. F. (1869). Boulimie. In: *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. X. (p. 318-325). Paris: Masson. (citado em Brusset, B; Couvreur, C, Fine, & A. (Orgs.). (2003). A bulimia. São Paulo: Escuta).
- Blankaart, S. (1708). *The physical dictionary*. Londres: S. Crouch & J. Sprint. (citado em Brusset, B; Couvreur, C, & Fine, A. (Orgs.). (2003). A bulimia. São Paulo: Escuta).

- Bowlby, J. (1961). L'éthologie et l'évolution des relations objectales. *Revue Française de Psychanalyse*. (24). 623-631.
- Brusset, B. (1996). Anorexia mental y toxicomania. *Psicoanálisis*, 18(2), 189-221.
- Brusset, B. (1999). Anorexia mental e bulimia do ponto de vista de sua gênese. In R. Urribarri (Org.). *Anorexia e Bulimia*. São Paulo: Escuta.
- Brusset, B. (2000). De la boulimie au vomissement addictif. In: Poulichet, S. (Dir). *Les addictions*. Paris: PUF.
- Brusset, B. (2003a). Conclusões Terapêuticas. In B. Brusset, C. Couvreur, & A. Fine (Orgs.). *A Bulimia*. São Paulo: Escuta. (Trabalho original publicado em 1991).
- Brusset, B. (2003b). Psicopatologia e metapsicologia da adição bulímica. In B. C. Brusset, C. Couvreur, & A. Fine (Orgs.). *A Bulimia*. São Paulo: Escuta. (Trabalho original publicado em 1991).
- Brusset, B. (2004) Dépendance addictive et dépendance affective. *Revue Française de Psychanalyse*. 68(2),405-420.
- Brusset, B. (2008). *Psychopathologie de l'anorexie mentale*. Paris: Dunod. (Trabalho original publicado em 1998).
- Carvalho, M. T. M. (1996). *Paul Federn: une autre voie pour la théorie du moi*. Paris: PUF.
- Carvalho, M. T. M. (1999). Paul Federn no movimento psicanalítico: uma teoria do Eu que permaneceu ignorada. *Cadernos de Psicanálise*. 15(18), 123-145.
- Carvalho, M. T. M. (2003, junho). As fronteiras do Eu nas psicoses: o trabalho pioneiro de Paul Federn. *Psicologia em Revista*. 9(13), 43-58.
- Chabert, C. (1996). *Psychanalystes d'aujourd'hui: Didier Anzieu*. Paris: Presses Universitaires de France.

Chabert, C. (Org.). (1999). *Nevrose e fonctionnements limites*. Paris: Dunod.

Chabert, C. (Dir.). Ciavaldini, A., Jeammet, P & Schenckery (006). *Actes et dépendances*. Paris: Dunod.

Chabert, C. (Dir.), André, J., Azoulay, C., Bernateau, I., Cohen de Lara, A., Denis, P., Emmanuelli, M., Estellon, V., Konicheckis, A., Missonnier, S., Roussillon, R. & Verdon, B. et al. (2013). *Victoires et catastrophes*. Paris: Éditions érès.

Charcot, J. M. (1890). *Ouvres Complètes II*. Ed. Lecrosnier et Babé. (citado em Bidaud, 1998).

Coelho Junior, N., & Getlinger, P. V. (2006). Fronteiras no trabalho clínico com estados-limite. *Jornal de Psicanálise*. 39(71), 151-159.

Corcos, M. (2009). *La terreur d'exister: fonctionnements limites de l'adolescence*. Paris: Dunod.

Corcos, M. (2011). *Le corps insoumis: psychopathologie des troubles des conduites alimentaires*. Paris: Dunod. (Trabalho original publicado em 2005).

Couvreur, C., & Fine, A. (Orgs.). (2003). *A bulimia*. São Paulo: Escuta.

Couvreur C. (2003). Fontes históricas e perspectivas contemporâneas. In B. Brusset, C. Couvreur, & A. Fine (Orgs.). *A bulimia*. São Paulo: Escuta. (Trabalho original publicado em 1991).

Eliacheff, C. (1972). *De l'isolement de l'anorexie à l'isolement de l'anorexique*. (Tese de Doutorado em Medicina). ed. Dupuytren copy. p.62. (citado em Bidaud, 1998).

Federn, P. (1979). *La psychologie du moi et les psychoses*. Paris: PUF. (Trabalho original publicado em 1952).

Fenichel, O. (1981). *Teoria psicanalítica das neuroses*. São Paulo: Atheneu.

(Trabalho original publicado em 1945).

Fernandes, M. H. (2006). *Transtornos alimentares*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Figueiredo, L. C. (2000). Presença, implicação e reserva. In L. C. Figueiredo; & N. Coelho Junior (Orgs.). *Ética e técnica em psicanálise*. São Paulo: Escuta.

Figueiredo, L. C. (2003). *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta.

Figueiredo, L. C. (2003). O caso-limite e as sabotagens do prazer. In: *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta.

Figueiredo, L. C., & Cintra, E. M. U. (2004). Lendo André Green: o trabalho do negativo e o paciente limite. In M. R. Cardoso (Org.). *Limites*. São Paulo: Escuta.

Fine, A. (2003). Sobre a bulimia. Entrevista com Joyce McDougall. In B. Brusset; C. Couvreur, & A. Fine (Orgs.). *A Bulimia*. São Paulo: Escuta. (Trabalho original publicado em 1991).

Freud, S. (1895). Proyecto de psicologia. In: S. Freud. *Obras Completas*. (Vol. 1). (J. L. Etcheverry, trad.). Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1992a). Fragmento de análisis de un caso de histeria. In S. Freud. *Obras Completas*. (Vol. 7). (J. L. Etcheverry, trad.). Buenos Aires: Amorrortu (Trabalho original publicado em 1905 [1901]).

Freud, S. (1992b). Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de “neurosis de angustia”. In S. Freud. *Obras Completas*. (Vol. 3). (J. L. Etcheverry, trad.). Buenos Aires: Amorrortu (Trabalho original publicado em 1895 [1894]).

Freud, S. (1992c). Un caso de curación por hipnosis. In S. Freud. *Obras Completas*. (Vol. 1). (J. L. Etcheverry, trad.). Buenos Aires: Amorrortu (Trabalho original publicado em 1893 [1892]).

Freud, S. (2010a). Introdução ao narcisismo. In: S. Freud. *Obras Completas*. (Vol. 12). (P. C. Souza, trad.). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1914).

Freud, S. (2010b). XXXI conferência – A dissecação da personalidade psíquica. Novas conferências introdutórias à psicanálise. In: S. Freud. *Obras Completas*. (Vol. 18). (P. C. Souza, trad.). São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (2010c). O mal-estar na civilização. In: S. Freud. *Obras Completas*. (Vol. 18). (P. C. Souza, trad.). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1930 [1929]).

Freud, S. (2011a). Nota sobre o “Bloco Mágico”. In: S. Freud. *Obras Completas*. (Vol. 16). (P. C. Souza, trad.). São Paulo: Companhia das Letras.

Freud, S. (2011b). O Eu e o Id. In: S. Freud. *Obras Completas*. (Vol. 16). (P. C. Souza, trad.). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1923).

Freud, S. (2014a). Inibição, sintoma e angústia. In S. Freud. *Obras Completas*. (Vol. 17). (P. C. Souza, trad.). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1926 [1925]).

Freud, S. (2014b). O humor. In S. Freud. *Obras Completas*. (Vol. 17). (P. C. Souza, trad.). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1927).

Freud, S. & Breuer, J. (1992). Estudios sobre la histeria. In S. Freud. *Obras Completas*. (Vol. 2). (J. L. Etcheverry, trad.). Buenos Aires: Amorrortu (Trabalho original publicado em 1893-1895).

Garcia, M. C. C. C. (2009). *A recusa e a constituição das fronteiras do Eu: aproximações metapsicológicas e psicopatológicas*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Green, A. (1988a). *A pulsão de morte*. São Paulo: Escuta.

Green, A. (1988b). *Sobre a loucura pessoal*. Rio de Janeiro: Imago.

Green, A. (1994). *O desligamento – psicanálise, antropologia e literatura*. Rio de Janeiro: Imago.

Green, A. (1999). Genèse et Situation des états limites. In J. André (Org.). *Les États Limites*. Paris: PUF.

Green, A. (2006). *El trabajo de lo negativo*. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1993).

Green, A. (2008). *Orientações para uma psicanálise contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 2002).

Green, A., Jeammet, P., Brusset, B., & Gutton, P. (1999). Objectalisation. *Adolescence*. 17(33) 61-87.

Houzel, D. (2010). *Le concept d'enveloppe psychique*. Paris: In Press Éditions.

James, R. (1743). *A medical dictionary*. Londres: T. Osborne. (citado em Brusset, B; Couvreur, C, & Fine, A. (Orgs.). (2003). *A bulimia*. São Paulo: Escuta).

Janet, P. (1908). *Obsessions et psychasténie. Vols I. e II.* Paris: Félix Alcan. (Trabalho original publicado em 1898-1903). (citado em Brusset, B; Couvreur, C, & Fine, A. (Orgs.). (2003). *A bulimia*. São Paulo: Escuta).

Jeammet, P. (1999a). Abordagem psicanalítica dos transtornos das condutas alimentares. In R. Urribarri (Org.). *Anorexia e Bulimia*. São Paulo: Escuta.

Jeammet, P. (1999b). As condutas bulímicas como modalidade de acomodação das desregulações narcísicas e objetais. In R. Urribarri (Org.). *Anorexia e Bulimia*. São Paulo: Escuta.

Jeammet, P. (2003). Desregulações narcísicas e objetais na bulimia. In B. Brusset, C. Couvreur, & A. Fine (Orgs.). *A Bulimia*. São Paulo: Escuta. (Trabalho original publicado em 1991)

Jeammet, P. (2010). *Anorexie boulimie : les paradoxes de l'adolescence*. Paris: Librairie Arthème Fayard/Pluriel. (Trabalho original publicado em 2004).

Junqueira C., & Coelho Jr, N. E. (2006). Freud e as neuroses atuais: as primeiras observações psicanalíticas dos quadros. borderline? *Psicologia Clínica*, 18(2), 25-35.

Kaës, R. (2007). Du Moi-peau aux enveloppes psychiques. Genèse et développement d'un concept. *Le Carnet PSY*, 4(117), 33-39. doi: 10.3917/lcp.117.0033

Kaës, R. (Dir.), Bonnet, G., Corcos, M., Gibello, B., Richard, F. & Tisseron, S. (2011). *Penser l'inconscient : développements de l'oeuvre de Didier Anzieu*. Paris: Dunod.

Kestenberg, J., Kestenberg, E., & Decobert, S. (1972). *La faim et le corps*. Paris: PUF.

Klautau, P., Winograd, M. & Campos, F. S. (2013). Comer para existir: trauma, oralidade e contornos do Eu. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31 (3), 522-531.

Laplanche, J. (1985). O ego e a ordem vital. In: *Vida e morte em psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Lasègue. (1970). *De la anorexie hystérique*. Paris: Analectes. (Trabalho original publicado em 1873).

Loffredo, A. M. (2013). Contribuições do pensamento freudiano para a teoria psicanalítica da atualidade. In E. B. V. Campos, & C. C. E. Mouammar (Orgs.). *Psicanálise e questões da contemporaneidade*. (p. 101-116). Curitiba, PR: CRV.

Masson, J. M. (1986). *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess 1887-1904*. Rio de Janeiro: Imago.

Mcdougall, J. (2010). L'économie psychique de l'addiction. In V. Marinov. *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*. Paris: Press Universitaires de

- France. (Trabalho original publicado em 2001).
- Mcdougal, J., Marinov, V., Brelet-foulard, F., Lanouziere, J. (2010). *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*. Paris: Presses Universitaires de France. (Trabalho original publicado em 2001).
- Maduenho, A. A. M. (2010). *Nos limites da transferência: dimensões do intransferível para a psicanálise contemporânea*. (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Mano, B. C. (2013). *Clínica do continente*. São Paulo, SP: Casa do psicólogo.
- Motherby, G. (1785). A new medical dictionary: Or a general repository of physic. Londres: J. Johnson & J. Robinson (citado em Brusset, B; Couvreur, C, & Fine, A. (Orgs.). *A bulimia*. 2003. São Paulo: Escuta).
- Naudeau, M. (1789). Observation sur une maladie nerveuse. *Journal de médecine, chimie et pharmacie*. 79, (pp. 197-200). (citado em Bidaud, 1998).
- Norsa D., & Seganti, A. (1999). A anorexia e sua organização relacional. In R. Urribarri (Org.). *Anorexia e Bulimia*. São Paulo: Escuta.
- Roussillon, R. (2000). Atualidade de Winnicott. *Trieb* (9), 55 - 71.
- Roussillon, R. (2007). Le Moi-peau et la réflexivité. *Le Carnet PSY*, 5(118), 23-27. doi: 10.3917/lcp.118.0023
- Scazufca, A. C. M. (1998). *Abordagem psicanalítica da anorexia e da bulimia como distúrbios da oralidade*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia. PUC-SP, São Paulo.
- Scazufca, A. C. M., & Berlinck, M. T. (2004). Sobre o tratamento psicoterapêutico da anorexia e da bulimia. In M. R. Cardoso (Org.). *Limites*. São Paulo: Escuta.
- Séchaud, É. (2007). La pensée de Didier Anzieu. *Le Carnet PSY*, 4(117), 18-23. doi: 10.3917/lcp.117.0018

Wildlocher, D.(1999). Clivage et sexualité infantile dans les états limites. In J. André (Org.). *Les États Limites*. Paris: PUF.

Widlöcher, D. (2007). Espace psychique, espace corporel. *Le Carnet PSY*, 4(117), 29-33. doi: 10.3917/lcp.117.0029

Winnicott, D. W. (1975a). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. *O Brincar & a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971).

Winnicott, D. W. (1975b). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. *O brincar & a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1967).

Winnicott, D. W. (1983). A capacidade para estar só. *O ambiente e os processos de maturação - Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1958).

Wulff, M. (2003). Sobre um interessante complexo sintomático oral e sua relação com a adição. In B. Brusset, C. Couvreur, & A. Fine (Orgs.). *A Bulimia*. São Paulo: Escuta. (Trabalho original publicado em 1932).

Zaltzman, N. (1994). *A pulsão anarquista*. São Paulo: Escuta.

Obras consultadas

Bernard, G. (2007). Les signifiants formels comme un lointain écho du bébé que nous avons été. *Le Carnet PSY* 4(117), 39-47. doi: 10.3917/lcp.117.0039

Brusset, B. (1989). Silence, transfert et fonction des objets. *Revue Française de Psychanalyse*. 53(4), 1069-1085.

Brusset, B. (1990). La jouissance de l'anorexique. *Revue Française de Psychanalyse*. 54(1), 76-163.

Brusset, B. (1991). *L'assiette et le miroir: l'anorexie mentale de l'enfant e de l'adolescent*. (4e ed.). Toulouse:Privat. (Trabalho original publicado em 1977)

Brusset, B. (1996). Las vicisitudes de una deambulaci3n adictiva – Ensayo metapsicol3gico. *Psicoanálisis ApdeBA*. XVIII(3). 439-460.

Brusset, B. (1998). La adicci3n anor3xica a la marcha y el trabajo psicoanalítico. *N/A Psicoanálisis con niños y adolescentes*. 18, 152-169.

Brusset, B. (2005). La figure de l'anorexique dans l'adolescence. *Adolescence*. 23(53), 86-575.

Brusset, B. (2005). *Psychanalyse du lien: les relations d'object*. Paris: PUF.

Brusset, B. (2006). Metapsicologie des liens e troisième topique. *Revue Française de Psychanalyse*. 5, 1213-1282.

Cardoso, M. R., & Villa, F. C. (2004). A quest3o das fronteiras nos estados-limite. In M. R. Cardoso (Org.). *Limites*. S3o Paulo: Escuta.

Chabert, C. (1999). Les fonctionnements limites: quelles limites? In J. André (Org.). *Les États Limites*. Paris: PUF.

Chabert, C. (2004) La voie du père: une seconde chance. In J. André (Org.). *L'oubli du père*. Paris: PUF.

Chabert, C (2007). L'interdit du toucher et le transfert paradoxal. *Le Carnet PSY*, 4(117), 24-28. doi: 10.3917/lcp.117.0024

Cupa, D. (2006). Une topologie de la sensualité: le Moi-peau. *Revue française de psychosomatique* 1(29), 83-100. doi: 10.3917/rfps.029.0083

Cupa, D. (2007). Tendresse au négatif. *Le Carnet PSY*, 5(118), 27-33. doi: 10.3917/lcp.118.0027

Duprac, F. (2000). *André Green*. São Paulo: Via Lettera.

Figueiredo, L. C., Salvietto, B., & Souza, O. (Orgs.). (2013). *Elasticidade e limite na clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta.

Gauthier, S. (1996). Réinvestissement de la réalité et élaboration des défenses psychotiques. *Revue Française de Psychanalyse*. 2, 465-483.

Green, A. (2007). Didier Anzieu vu par son jumeau imaginaire. A propos de Le penser, du Moi-peau au Moi-pensant. *Le Carnet PSY*, 5(118), 33-37. doi: 10.3917/lcp.118.0033

Guinard, F. (2000). *Cartas ao objeto*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1997).

Gurfinkel, D. (2011). *Adicções*. São Paulo: Casa do psicólogo.

Jeammet, P. (1997). L'anorexique et son corps: de l'idéal à la destruction. *Journal de la . Psychanalyse de l'enfant*. 20,146-167.

- Jeammet, P. (2002). Aux limites de l'analysable: le paradigme de l'adolescence. In C. Bottela (Dir.). *Penser les limites: écrits em l'honneur d'André Green*. (pp. 58-249). Paris: Delachaux et Niestlé.
- Jeammet, P., & Corcos, M. (2005). *Novas problemáticas da adolescência: evolução e manejo da dependência*. São Paulo: Casa do psicólogo. (Trabalho original publicado em 2001).
- Loffredo, A. M. (2012). Anotações sobre a leitura freudiana da angústia. *Tempo Psicanalítico*, 44(1), 105-130.
- McDougall, J. (1989). *Em defesa de uma certa anormalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mcdougall, J. (1996). *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1989).
- McDougall, J. (1998). Neonecessidades e soluciones adictivas. *Revista Psicoanálisis com Niños y Adolescentes*. 11, 62-78.
- Nicolò, A. M. (2008). *Une ou plusieurs anorexiques*. 26(66), 925-940.
- Pontalis. (2005). *Entre o sonho e a dor*. São Paulo: Idéias e Letras.
- Poulichet, S. (2010). *Les chimères du corps – de la somatisation à la création*. Paris: Flammarion.
- Roussillon, R. (2007) A função limite da psique e a representância. *Revista de Psicanálise da SPPA*. 14(2), 13-33.
- Roussilon, R. (2008). Configuración de los estados limites. *Revista de Psicoanálisis LXV*(1), 17-27.
- Roussilon, R., & Chouvier, B. (2008). *Corps, acte et symbolization: psychanalyse aux frontières*. Bruxelles: De Boeck Université.

Soto de Ceppi, A. (2007). Adicción: una visión psicoanalítica. *Transiciones*. 12, 28-215.

Winnicott, D. W. (2000). *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1958).

Zukerfeld, R. (1996). *Acto bulímico, Cuerpo y Terceira tópica*. Buenos Aires: Paidós