UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

JAQUELINE PINTO CARDOSO

Anorexia e Identificação: um modelo epidemiológico em psicanálise

SÃO PAULO

2016

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

Cardoso, Jaqueline Pinto.

Anorexia e identificação: um modelo epidemiológico em psicanálise/ Jaqueline Pinto Cardoso; orientador Christian Ingo Lenz Dunker. -- São Paulo, 2016.

217 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Anorexia nervosa 2. Identificação 3. Epidemiologia 4. Psicanálise I. Título.

RC552.A5

JAQUELINE PINTO CARDOSO

Anorexia e Identificação: um modelo epidemiológico em psicanálise

Dissertação apresentada ao
Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo
para obtenção do título de
Mestre em Psicologia

Área de concentração:
Psicologia Clínica

Orientador: Prof. Dr.
Christian Ingo Lenz Dunker

SÃO PAULO

2016

CARDOSO, J.P. Anorexia e Identificação: um modelo epidemiológico em psicanálise. Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

À minha grande família: paulista, mineira, baiana; aos que estão perto,
longe; aos que se foram, mas continuam presentes, *mais ainda*.

AGRADECIMENTOS

A Christian Ingo Lenz Dunker, por me acompanhar na travessia de uma escrita, entre a alienação e a separação dos significantes do Outro, entre a identificação e a criação, tornando produtivas as experiências de indeterminação. Agradeço pelas valiosas sugestões, pela leitura atenta e pelo alto-astrol nas orientações.

A Maria Livia Tourinho Moretto e Nivaldo de Oliveira Santos, por estarem presentes em minha banca examinadora e pelas sugestões valiosas na qualificação, fundamentais para a continuidade da pesquisa.

Ao CNPq, pelo apoio à pesquisa.

A todos os colegas do grupo de orientação — Dulce, Clarice, Hugo, Rafael Franco, Marcus Cesar, Rafael Cossi, Maria Letícia, Rafael Lima, Daniele, Rogério, Natalie, Lígia, Luciana, Beto, Pedro, Ilana, Mayla, Renata, Karen, João Felipe, Vanessa —, que contribuíram com indicações bibliográficas, sugestões e leituras atentas, tornando o trabalho de pesquisa menos solitário.

A Dulce Coppedê, por sua generosidade e amizade cheia de humor, que foram fundamentais neste percurso.

A Pepita, por me acompanhar no difícil processo de “largar o objeto” e soltar as palavras.

Ao grupo do Ateliê sobre o Feminino, do Clin-a — Renata, Tatiana e Juliana —, pelas sugestões teóricas e pela leveza das discussões num terreno tão enigmático.

Ao meu querido pai, Sergio, muito obrigada por todo o apoio, estando sempre por perto, com seu jeito tranquilo e divertido, transmitindo o essencial sobre a arte de pescar — arte que é de cada um, única.

A minha querida mãe, Sandra, gratidão sem palavras pela sua doação, apoio; por acolher minhas angústias e comemorar minhas conquistas.

Aos meus irmãos, Luciana e Rodrigo, pela amizade e palavras de incentivo.

Ao meu marido Ricardo, por seu amor, pela parceria e por acreditar em mim.

Ao meu filho Theo, pelo seu entusiasmo contagiante com a vida.

“Parece que um trabalho científico é amplamente baseado na teoria oral sexual e que uma pessoa somente pode dar vida a uma criança se, inicialmente, partes dos corpos dos pais forem oralmente apropriadas e incorporadas”.

(Melitta Schmideberg, 2000, p. 63)

RESUMO

CARDOSO, J. P. **Anorexia e Identificação: um modelo epidemiológico em psicanálise**. 2016. 217f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

Esta pesquisa parte da constatação clínica de que os sujeitos anoréxicos apresentam subjetividades uniformizadas e uma propensão à homogeneidade discursiva e atitudinal entre si. Tal identidade levanta a hipótese sobre a presença de um tipo de contágio psíquico entre as pacientes anoréxicas. Consideramos a epidemia anoréxica como um movimento coletivo definido por uma mesma narrativa de sofrimento, que possui uma frequência significativamente relevante, entre mulheres jovens, de aproximadamente 0,4% ao ano. Investigamos o conceito de identificação em Freud e em Lacan, e encontramos comentadores que tratam da identificação na anorexia, sugerindo a presença de um tipo especial de identificação necessário para explicar a noção de epidemia anoréxica. Tal hipótese nos levou simultaneamente a um modelo epidemiológico psicanalítico para certas formas de sofrimento que se propagam, historicamente, sob a forma de um contágio psíquico. Localizamos a epidemia anoréxica na identificação imaginária, do estágio do espelho, e a relacionamos ao discurso do capitalista e a uma comunidade de gozo. O fracasso da identificação narcísica nas anorexias severas — mais especificamente as falhas na constituição da unidade da imagem — é responsável por um excesso no plano da identificação imaginária entre as anoréxicas, que se identificam com o semblante do sintoma. Os sujeitos nas anorexias severas fazem epidemia para se livrarem do saber inconsciente, e se fixam num gozo autístico, que exclui o Outro. A psicanálise — que se propõe a tratar o sofrimento, e não o sintoma — aborda o que fica de fora da comunidade de gozo. Como resultado, postulamos que o conceito de identificação na epidemia anoréxica é importante para o tratamento institucional da anorexia, incluindo a fundamentação de projetos terapêuticos.

Palavras-chave: Anorexia Nervosa; Identificação; Epidemiologia; Psicanálise.

ABSTRACT

CARDOSO J. P. Anorexia and Identification: An Epidemiologic Model in Psychoanalysis. 2016. 217p. (Master's Dissertation) – Institute of Psychology, University of Sao Paulo, Sao Paulo.

This research is based on the clinical finding that anorexic subjects show, among them, standardized subjectivities and a tendency to homogeneity in discourse and attitude. That identity leads to the hypothesis of the presence of a type of psychic transmittion among anorexic patients. We have considered anorexic epidemics as a groupal movement defined by the same suffering narrative, with significantly relevant frequency among young women, of approximately 0.4% per year. We have investigated the concept of identification in Freud and in Lacan theories and found commentators who treat anorexia identification suggesting the presence of a special type of identification necessary to explain the notion of anorexic epidemics. Simultaneously, such hypothesis has led us to a psychoanalytic epidemiologic model for certain forms of suffering historically spread as psychic transmittion. We have found the anorexic epidemics in the imaginary identification of the mirror stage and established its relationship to the capitalist discourse and to a joy community. Failure of a narcissist identification in severe anorexics – more specifically failures in the constitution of the image unit –, is responsible for excess in the level of the imaginary identification among anorexics who identify themselves with the symptom semblance. The subjects in severe anorexia make epidemics to become free from the unconscious knowledge, and stick to an autistic joy which excludes the Other. The Psychoanalysis that proposes treating the suffering and not the symptom, addresses to what is outside the joy community. As a result of this research, we have postulated that the concept of identification in anorexic epidemics is important to the institutional treatment of anorexia and serves as basis for therapeutic projects.

Key words: Anorexia Nervosa; Identification; Epidemiology; Psychoanalysis.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
Observações sobre o Método	26
1- A DIVERSIDADE METAPSICOLÓGICA NA COMPREENSÃO PSICANALÍTICA DA ANOREXIA	35
1.1) A história do jejum religioso e as santas jejuadoras	35
1.2) Primeiras descrições da anorexia na história: relação com a histeria	45
1.3) Freud: da histeria à melancolia	50
1.4) Lacan: do objeto <i>nada</i> como desejo ao objeto <i>nada</i> como gozo	55
1.5) Psicanalistas contemporâneos: masoquismo, melancolia e arranjo perverso	64
2- TIPOLOGIA DAS IDENTIFICAÇÕES	74
2.1) Identificação primária: canibalismo e incorporação	75
2.2) Identificação histérica: O Caso da Bela Açougueira	79
2.3) Identificação Narcísica, Ideais e Identificação Imaginária	84
2.4) Identificação com o traço unário	100
2.5) Formação das Massas	101

3-	ANATOMIA DAS IDENTIFICAÇÕES NAS ANOREXIAS SEVERAS	108
3.1)	A ineficácia do banquete totêmico: incorporação e identificações edípicas comprometidas	108
3.2)	A experiência da falta de unidade do corpo: perturbações da identificação imaginária e predomínio do Eu ideal	118
3.3)	O fracasso das identificações na contemporaneidade: carência de significantes mestres consistentes e anorexia como paradigma	131
4-	A IDENTIFICAÇÃO NA EPIDEMIA ANORÉXICA	137
4.1)	Modelos epidemiológicos na psicanálise: identificação histórica e identificação imaginária	137
4.2)	Epidemia anoréxica	145
5-	A ESCUTA DO SOFRIMENTO DO SUJEITO: EXTRAÇÃO DA COMUNIDADE ANORÉXICA	168
5.1)	Quadro clínico de anorexia: “O contrato”	173
5.2)	Contribuições do saber do psicanalista na vertente institucional do tratamento da anorexia	177
5.3)	Questões preliminares no tratamento psicanalítico da anorexia	182
5.4)	A inversão da demanda em um caso de anorexia e a criação de um traço próprio	185
6-	MOMENTO DE CONCLUIR...	193
	REFERÊNCIAS	201
	ANEXOS	213

INTRODUÇÃO

“Nas últimas décadas, a anorexia nervosa evoluiu de uma entidade clínica rara e pouco conhecida para um transtorno ‘na moda’, com apelo para o público em geral”.

(VAN DETH; VANDEREYCKEN, 2012, p. 934)

Querida leitora,

Permita me apresentar. Meu nome, ou como sou chamada, pelos também chamados “doutores” é Anorexia. Anorexia Nervosa é meu nome completo, mas você pode me chamar de Ana. Felizmente nós podemos nos tornar grandes parceiras. (...) Você não é perfeita, você não tenta o bastante! Você perde muito tempo pensando e falando com amigos! Logo, esses atos não serão mais permitidos. Seus amigos não te entendem. (...) E sem falar nos seus pais! (...) Bem no fundo, eles estão desapontados com você. A filha deles, que tinha tanto potencial, se transformou em uma gorda, lerda, e sem merecimento de nada! Mas eu vou mudar isso! Eu espero muito de você. Você não tem permissão para comer muito. (...) Eu vou te forçar até o limite! Eu preciso fazer isso, pois você não pode me derrotar! Eu estarei começando a me colocar dentro de você. (...) Eu sou sua cabeça, seu coração e sua alma. A dor da fome, que você finge não sentir, sou eu dentro de você! Logo, eu não vou estar te dizendo o que fazer com comida, mas o que fazer o tempo todo! (...) Diminua esse estomago gordo, Droga! Deus, você é uma vaca gorda!!! Quando as horas das refeições chegarem, eu vou te dizer o que fazer. (...) Se você comer, todo o controle será quebrado... E você quer isso? (...) Quando você olhar no espelho, eu vou distorcer sua imagem, e te mostrar uma lutadora de sumô, mas na verdade existe apenas uma criança com fome. Mas você não pode saber da verdade, pois se você souber, você pode começar a comer de novo e nossa relação pode vir a cair, e me destruir (...) Às vezes você vai ser rebelde (...) colocando sua mão naquele pacote de biscoitos, e você vai simplesmente engoli-los, sem sentir gosto nenhum na verdade (...) Quando isso acabar, você vai vir desesperada para mim de novo, e me pedindo conselhos porque você não quer ficar gorda! Você quebrou uma regra, e comeu, e agora você me quer de volta. (...) Pensamentos de raiva, tristeza, desespero e solidão podem ser anulados, pois eu vou tirar eles de você, e encher sua cabeça com contas metabólicas de

calorias. Vou te tirar a vontade de sair com pessoas de sua idade, e tentar agradar todos eles. Pois agora eu sou sua única amiga, eu sou a única que você precisa agradar!(...) Eu criei você, magra, perfeita, minha criança lutadora! Você é minha, e só minha! Sem mim, você é nada! Então, não me contrarie.

Com sinceridade,

Ana

(*Blog Ana e Mia*, disponível em: <http://tudosobreanaemia.blogspot.com.br/2008/05/carta-da-anacompleta.html>. Acesso em: fevereiro de 2015).

Essa narrativa – presente no *blog Ana e Mia* da internet – é um recorte da carta de apresentação da Anorexia, que se apresenta como uma entidade, uma voz que conversa com as seguidoras e que lhes apresenta sua proposta de vida, ancorada no ideal do corpo magro e no papel da anorexia como única relação possível, excluindo outros laços sociais. Os significantes *Ana e Mia* podem ser traduzidos como representantes da anorexia e da bulimia, respectivamente. A comunidade *Ana e Mia* se intitula como “pró-ana e mia” e defende tanto a anorexia como a bulimia como “estilos de vida”, e não como uma patologia ou doença. Reúne pessoas que possuem anorexia e bulimia, ou mesmo aquelas que gostariam de “se tornar” anoréxica ou bulímica e que pedem ajuda ou sugestões para esse “devir”. Nos depoimentos de algumas seguidoras do *blog* percebemos que a anoréxica possui um reconhecimento maior, como se tivesse mais força que uma bulímica, que cede mais frequentemente às tentações alimentares.

Os transtornos alimentares são descritos e classificados pelo DSM-V (MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DOS TRANSTORNOS MENTAIS – 2013) como transtornos que envolvem perturbações relacionadas à alimentação, trazendo consequências significativas para “a saúde física ou para o funcionamento psicossocial” (p. 329). Os tipos descritos são: pica, transtorno de ruminação, transtorno de ingestão de alimentos esquiva/restritiva, transtorno da compulsão alimentar, anorexia nervosa e bulimia nervosa. Os critérios diagnósticos para esses transtornos são particulares a cada um, pois, apesar de possuírem aspectos psicológicos e comportamentais comuns, existem diferenças importantes relacionadas à evolução clínica de cada transtorno e as necessidades de cada tratamento. Há uma relação dos transtornos alimentares com os transtornos de uso de substâncias quanto a um padrão

compulsivo. A obesidade não é considerada um transtorno alimentar por ser causada por fatores genéticos, fisiológicos, comportamentais e ambientais, apesar de estar associada a outros transtornos mentais, como depressão, comer compulsivo e esquizofrenia. Ela também pode representar um fator de risco para o desenvolvimento de alguns transtornos, como a depressão.

A bulimia nervosa é caracterizada por episódios recorrentes de compulsão alimentar, com a ingestão de grandes quantidades de alimento, em um curto espaço de tempo, seguida da sensação de culpa e perda de controle, de comportamentos compensatórios para perda de peso – como indução de vômitos, uso de laxantes, diuréticos, jejuns e exercícios físicos em excesso – e uma autoavaliação influenciada pelo peso e pela forma corporal. A bulimia acomete mais adolescentes ou jovens adultos, do sexo feminino, que apresentam o peso normal ou um sobrepeso, e o início da compulsão alimentar acontece geralmente depois de dietas para emagrecer. Existe um alto risco de suicídio e de um histórico de tentativas de suicídio, havendo uma taxa de mortalidade de 2% por década. A letalidade pode ser decorrente tanto de suicídio como por complicações físicas do transtorno. A bulimia apresenta algumas comorbidades, como transtorno depressivo e bipolar, transtorno de ansiedade, transtorno *borderline*, e 30% dos casos apresenta uso de álcool e outras substâncias estimulantes.

A anorexia é mais frequente em adolescentes e jovens adultos, do sexo feminino, e caracteriza-se por uma restrição alimentar continuada; manutenção do peso em uma faixa abaixo do considerado normal, representado pelo IMC (índice de massa corpórea) abaixo de 17kg/m^2 ; medo intenso de ganhar peso ou de torna-se gorda, mesmo quando o peso apresenta-se muito baixo; distúrbio da imagem corporal e amenorreia. Há dois subtipos: *restritivo*, em que a perda de peso é causada pela restrição alimentar e por exercício físico em excesso; e *purgativo*, em que, além da restrição alimentar, há um predomínio de compulsões alimentares e comportamentos purgativos – como uso de laxantes, diuréticos e indução de vômitos. Existe um elevado risco de suicídio, com uma taxa aproximativa de 12 por 100.000 por ano. Algumas comorbidades se destacam, como transtorno bipolar, depressivo e de ansiedade. Nos casos do subtipo restritivo é comum o transtorno obsessivo compulsivo; no subtipo purgativo, o uso de álcool e outras substâncias.

Apesar de a anorexia e bulimia serem descritas pelo DSM como patologias diferentes, muitos autores, entre eles Girard (2011), consideram-nas como patologias associadas e

inseparáveis, visto que em muitos casos há uma constante alternância entre a privação e o excesso. Jeammet (1999) esclarece que, tanto na bulimia como na anorexia, existe um mesmo tipo de relação objetal caracterizada por uma relação narcísica maciça e um fracasso na diferenciação entre sujeito e objeto. A relação passional e o comportamento de evitar e desinvestir objetos podem ser vistos como verso e reverso da mesma moeda, sendo comum a oscilação entre eles tanto na anorexia como na bulimia. Tal dualismo expressa uma oscilação de dois tipos distintos de laço com o outro: o primeiro, inteligível a partir da intrusão; e o segundo, a partir do abandono.

No entanto, Magtaz (2008, p. 18) traz uma diferenciação importante entre uma e outra, dizendo que o “orgulho anoréxico” presente no desinvestimento extremo dos objetos revela uma recusa da castração e uma postura autossuficiente que se coloca acima do mundo humano. As anoréxicas almejam fundir-se narcisicamente com um ideal, o corpo descarnado, para alcançar a perfeição e negar a falta; já a bulimia aproxima-se mais de um funcionamento neurótico, estando presentes no ato bulímico tanto a ilusão de completude no descontrole alimentar quanto a castração, que é trazida à tona pelo vômito e pela sensação de culpa. A diferença entre a anorexia e a bulimia também foi apontada na pesquisa de Cardoso e Fabri (2000), que observou que as bulímicas parecem menos comprometidas psiquicamente do que as anoréxicas, apresentando diferenças nas modalidades de regulação narcísica e objetal. Enquanto as anoréxicas demonstram uma atitude de contrainvestimento e evitamento da relação com o analista, falando pouco de si e mantendo uma atitude de “nada a dizer”, as bulímicas demonstram um excesso pulsional, presente no falar demais e na dificuldade de digerir as intervenções analíticas.

Segundo Van Deth e Vandereycken (2012, p. 930), o termo ‘anorexia’ possui uma evolução histórica que começa na Antiguidade, denotando um apetite insuficiente e sendo descrita pelo médico Galeno como “falta de apetite ou ódio à comida”, estando associada aos “maus humores”. Na Idade Moderna, a anorexia aparecia relacionada aos problemas gástricos e, portanto, a uma etiologia física – apesar de os fatores emocionais serem sempre mencionados. No início do século XIX, a anorexia ainda não era considerada uma entidade clínica autônoma e aparecia como um sintoma dentro de um quadro de problemas gástricos. É somente na metade desse século, em 1840, que o termo *anorexia nervosa* é introduzido pelo fisiologista francês, Fleury Imbert, que a diferenciou da *anorexia gástrica*. Enquanto essa última era decorrente de

problemas no estômago, na anorexia nervosa a recusa alimentar se dava por uma falta de estimulação do apetite pelo cérebro, sendo “acompanhada por sintomas neuróticos como uma mudança de ideação, induzindo melancolia, raiva e ansiedade” (VAN DETH; VANDEREYCKEN, 2012, p. 931). A descrição de Imbert não foi levada em conta pela psicopatologia. Somente em 1874, com o médico inglês Gull, o termo *anorexia nervosa* torna-se reconhecido em seu estatuto diagnóstico.

Contudo, o significado do termo ‘anorexia’ que se refere a uma perda de apetite aponta para um equívoco, já que, na grande maioria dos casos de anorexia nervosa, não ocorre perda da fome, mas uma luta acirrada contra a vontade de comer e uma “tensão entre a necessidade e a recusa de apaziguá-la” (BIDAUD, 1998, p. 25). A verdadeira perda de interesse e indiferença diante da comida serve de signo diferencial para a depressão ou para a melancolia, não para a anorexia.

Trouxemos essa carta de apresentação da anorexia presente no *blog Ana e Mia* para ilustrar a anorexia na sua dimensão de comunidade, como um fenômeno social, um exemplo de identidade grupal, marcado pela ilusão de “todos iguais” (ZACK, 2011). O significado etimológico da palavra “comunidade¹” pode ser definido pelo francês antigo “*comunité*”, que significa ‘comunidade’, ‘comum’, ‘universal’, ‘habitual’; pelo latim “*communitatem*”, que se refere a ‘sociedade’, ‘companheirismo’, ‘solidariedade’, ‘irmandade’, ‘confraternidade’, ‘comunidade de relações e sentimentos’; por “*communis*”, que significa ‘público’, ‘compartilhado por todos ou por muitos’. O que é comum e compartilhado na comunidade *Ana e Mia* é o ideal de corpo magro, que pode ser alcançado através da luta contra uma das necessidades mais básicas do ser humano: a fome. Uma regularidade importante, que se observa na anorexia, diz respeito à sua maior prevalência em países de alto desenvolvimento como Estados Unidos, Inglaterra, Austrália e Nova Zelândia. Seria isso sugestivo para supormos que tal forma de sofrimento estaria ligada à experiência do excesso, como se deve presumir nesses países? Admitindo-se uma concomitância entre a expansão do diagnóstico de anorexia, notadamente a partir dos anos 1970, e a expansão, no mesmo período, da forma de vida neoliberal, particularmente nesses países, seria possível pensar que o assoreamento das relações

---

¹ Cf. <www.etymonline.com>. Acesso em: 20. mar. 2015.

de comunidade e compartilhamento, disso decorrente, interfere na etiologia e na expressão narrativa dessa forma de sofrimento?

Esta pesquisa nasceu de uma constatação clínica no atendimento psicanalítico com pacientes com anorexia nervosa, tanto no âmbito institucional como no consultório. A pesquisadora foi membro da Ceppan – Clínica de Estudos e Pesquisas em Psicanálise da Anorexia e Bulimia Nervosas, de 2001 a 2012, onde atendia pacientes com transtornos alimentares; e trabalhou como psicóloga colaboradora no AMBULIM – Ambulatório de Bulimia e Anorexia Nervosa do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, em 2000 e 2001.

Ali constatamos a homogeneização e padronização na maneira de as anoréxicas expressarem seus sofrimentos, podendo-se pensar em subjetividades uniformizadas que se apresentam através de uma modalidade de transferência regular. Os comportamentos estereotipados como recusa a comer, jejuns, preocupação excessiva com o corpo e com o peso, distorção da imagem corporal são acompanhados por discursos padronizados. A enunciação que ocupa um lugar central poderia se reduzir a: “sofro com meu corpo porque sou gorda”. A singularidade, entendida como a conjunção entre o limite formado pelo universal como agregação e o contingente efetivamente verificado na existência, não aparece nas narrativas da grande maioria dos sujeitos com anorexia nervosa.

A partir da constatação clínica de subjetividades uniformizadas surgiram perguntas que delinearam o problema desta pesquisa: por que as anoréxicas se apresentam com tamanho apelo de identidade, segundo um mesmo discurso, não aparecendo a singularidade de cada sujeito que fala? Por que se unem em uma comunidade, considerando a anorexia como um significante com o qual alguns se identificam? O fenômeno das identidades que se dá a ver na anorexia nos fez querer investigar o mecanismo de identificação em jogo na epidemia anoréxica, tentando traçar um modelo epidemiológico em psicanálise, para compreender o que possibilitou essa homogeneidade.

Nossa pesquisa caminha no sentido de tentar compreender a anorexia como uma patologia social, um fenômeno que cresce há 150 anos. O interesse pela relação entre modalidades de sofrimento e seu contexto histórico de produção, deslocando a ênfase de sua dimensão individual – o que tem sido focado pela maioria das pesquisas científicas –, nos levou a propor uma espécie de modelo psicanalítico para entender o contágio e a disseminação da

anorexia. Pretendemos contribuir formando um modelo epidemiológico sobre esse transtorno, mais preciso do que sua mera aproximação genérica com alterações de modos de produção e formas de vida.

Sustentamos que a importância de se estudar a identificação na epidemia anoréxica – abordando a anorexia como um fenômeno clínico e social, marcado por uma identidade grupal – ultrapassa a abordagem clássica, do atendimento psicanalítico de cada sujeito com esse diagnóstico, assim como o campo da metapsicologia, com as contribuições teóricas. Ela abrange também o tratamento institucional, muito frequente nestes casos, envolvendo uma interlocução com as equipes multidisciplinares que tratam desse sintoma e a possibilidade de montagem de projetos terapêuticos. Os dispositivos de tratamento em muitas instituições psiquiátricas excluem a singularidade de cada sujeito e pretendem tratar o sintoma, e não o sofrimento. Se nossa hipótese é correta, tal procedimento pode aumentar o risco de efeitos iatrogênicos, derivados da exposição a uma sanção comunitária dessa narrativa de sofrimento, o que pode acarretar ainda o fracasso do tratamento. Por outro lado, podemos entender por que esse risco é pouco percebido pelos que se dedicam a tratar a anorexia, no quadro da abordagem médica, uma vez que nesta o impacto simbólico do diagnóstico reforça essa pertinência ao grupo e, conseqüentemente, pode promover a perda da diversidade dos sofrimentos que se encontram por trás da universalidade do quadro clínico da anorexia. Em outras situações clínicas, o impacto subjetivo do diagnóstico pode favorecer a aderência ao tratamento, a diluição do estigma, a redução do sentimento de isolamento, decorrente do reconhecimento de que outros atravessam e atravessaram situação semelhante. No caso da anorexia, eventualmente tais efeitos benéficos podem ser sobrepujados pela aderência a uma identificação específica, a que chamamos identificação imaginária. A situação se agrava pelo fato de que o tratamento hospitalar é uma estratégia muito empregada:

Mesmo nos estágios iniciais do tratamento é desejável tentar alterar as atitudes anormais, pois o curso da doença é muito alterado pelo estado psicológico. Portanto é melhor que o tratamento seja administrado em uma unidade psiquiátrica, mas é essencial que existam bons recursos de enfermagem. O objetivo de longo prazo do tratamento é reduzir a duração da doença e prevenir recaídas. (WYNGAARDEN; SMITH, 1985, p. 1190; tradução nossa)

Conhecer o conceito de identificação e o processo de identificação em jogo na epidemia anoréxica é importante para a equipe que trata da anorexia, para provocar uma reflexão sobre a formação de uma “comunidade anoréxica” que reúne sujeitos que ficam com as subjetividades uniformizadas, promovendo a necessidade da criação de dispositivos de tratamento que propiciem uma singularização e uma separação do significante ‘anorexia’, abrindo espaço para a construção de uma narrativa de sofrimento do sujeito e sua escuta. É importante notar que essa tendência à uniformização e homogeneização do tratamento é inerente às exigências do tratamento hospitalar, como mostraram Goffman (1961) e Ilich (1975).

Primeiramente, antes de entrarmos na questão da identificação, é importante esclarecer o que entendemos por epidemia anoréxica, já que não se trata de uma pesquisa epidemiológica. Mesmo que a anorexia severa ainda seja rara na população, com um índice de 0,4% ao ano, atingindo mais mulheres, achamos importante compreender esse aumento do número de casos e a uniformização da maneira de sofrer. Recorrendo ao significado etimológico da palavra “epidemia”² temos as seguintes definições: uma doença epidêmica, especialmente a peste; a prevalência temporária de uma doença por toda a comunidade. O termo “epidemia” pode ser atribuído à anorexia por representar um fenômeno social, que possui um aspecto “contagioso”, incluindo, portanto, discussões a respeito da transmissão e da identificação, que possibilitam abordar a homogeneidade na expressão da anorexia.

Segundo Pinzon e Nogueira (2004), o fato de os estudos epidemiológicos adotarem metodologias e amostras muito variáveis dificulta um resultado epidemiológico mais acurado. Dados gerais sobre a prevalência da anorexia nervosa na população apontam para um índice entre 0,5 e 3,7%, e na bulimia varia entre 1,1 e 4,2%. Tais dados levam em conta tanto casos que seguem os critérios diagnósticos do DSM quanto casos mais abrangentes, que não fecham todos os critérios diagnósticos.

Os transtornos alimentares em geral afetam mais mulheres jovens, com a proporção em relação aos homens de 1:10 ou mesmo de 1:20 (KLEIN; WALSH, 2004). Já em populações mais novas, os meninos representam de 19% a 30% dos casos de anorexia (PINZON; NOGUEIRA, 2004). A incidência da anorexia entre as mulheres é de 8 por 100 mil indivíduos e entre os

---

² Cf. <www.etymonline.com>. Acesso em: 15 mar. 2015.

homens é de menos de 0,5 por 100 mil indivíduos por ano. A bulimia, por sua vez, tem uma incidência de 13 por 100 mil habitantes por ano (NIELSEN, 2001).

Apesar de alguns autores afirmarem que o aumento da incidência dos transtornos alimentares em países ocidentais nos últimos anos seja questionável, em função da contradição entre os resultados (PINZON; NOGUEIRA, 2004; HAY, 2002), outros dizem que a anorexia atingiu uma dimensão epidêmica nos últimos tempos – nos EUA e em países industrializados, principalmente a partir dos anos 80 – que ocorreu juntamente com a popularização do controle de peso entre mulheres adolescentes (BRUMBERG, 1988 apud ROBELL, 1997). Segundo Raimbault e Eliacheff (1991), até 1950 foram descritos duzentos e cinquenta casos; e já em 1981 houve uma grande progressão, contabilizando mais de cinco mil casos clínicos.

Alguns estudos atestam que os transtornos alimentares são patologias do Ocidente, mais frequentes em países industrializados e desenvolvidos (PINZON; NOGUEIRA, 2004); porém existem pesquisas no Brasil que demonstram um aumento do número de casos em populações de baixa renda, principalmente entre meninas que tomam como ideal o modelo de beleza das classes mais favorecidas (GONZAGA; WEIBERG, 2005) e outros estudos que apontam para um crescimento de casos em países onde antes era raro, como em Hong Kong (LEE, 1995; LEE *et al.*, 1998; LEE, S.; LEE, A.M., 2000).

Ethan Watters (2010) fez um minucioso estudo sobre o aumento do número de casos de anorexia em Hong Kong, baseando-se no trabalho do psiquiatra chinês Sing Lee, e discutiu os efeitos da globalização das crenças ocidentais sobre as doenças mentais, que apontam para uma homogeneização da maneira de adoecer e enlouquecer no mundo. A crítica do autor recai sobre o DSM, que se constituiu como um padrão internacional de crenças, definições e tratamentos sobre as doenças mentais, e ele aponta o risco de se perder a diversidade tanto das expressões do sofrimento como das teorias do sofrimento humano. O autor aponta para uma indissociabilidade entre a doença mental e a cultura em que está inserida.

O psiquiatra Sing Lee, pesquisador pioneiro dos transtornos alimentares na China, que trabalha no Prince of Wales Hospital, desenvolveu um trabalho de pesquisa notável onde constatou não só um grande aumento do número de casos de anorexia em Hong Kong a partir da década de 90, após a morte de uma adolescente com anorexia, como a mudança na maneira de expressão dessa patologia (WATTERS, 2010).

Dentro de um cenário em que a anorexia parecia quase inexistente na China, Lee achou dados que o levaram a supor que, entre 1983 e 1988, houve somente 10 casos de anorexia. Sua explicação para essa taxa tão baixa foi de que a cultura chinesa tinha mecanismos de proteção contra a anorexia, como, por exemplo, uma crença que valoriza pessoas gordas e o ganho de peso associados à sorte; porém, achava que havia mais algum fator que justificava tão poucos casos em Hong Kong.

Lee foi o primeiro a documentar a anorexia em uma mulher chinesa em 1988 e sua grande notabilidade decorreu da percepção de que seus primeiros casos de anorexia nessa época em Hong Kong, não se manifestavam como a anorexia do Ocidente, marcada principalmente pelo medo de engordar e pela distorção da imagem corporal. Ele denominou como “anorexia atípica” essa forma de anorexia em que não estavam presentes esses dois comportamentos descritos acima, que fazem parte dos critérios diagnósticos da anorexia segundo o DSM. O que marcava esse modo atípico era a relação entre o comportamento de privação alimentar autoinduzida e as dores e desconfortos gástricos ou outras causas físicas. Não havia a presença de preocupações com a comida ou com o corpo e elas não pararam de comer depois de uma dieta. A maioria das pacientes era de família simples, não possuíam bom desempenho escolar e nem um ideal de perfeccionismo, como a maioria das anoréxicas do Ocidente. O que intrigou Lee era que as pacientes não tinham ideia do que estava acontecendo com elas, não sabiam ainda como nomear seu mal-estar.

Em vista da grande propagação dos transtornos alimentares pelo mundo, Lee acreditava que a causa não era somente pela exposição à cultura ocidental, marcada pela valorização de dietas e controle do peso. “Se, como Lee havia descoberto, formas locais de anorexia fossem frequentemente diferentes da versão da doença proposta pelo DSM, talvez não houvesse nenhuma causa universal para a anorexia porque não havia uma doença singular, única” (WATTERS, 2010, p. 27; tradução nossa).

O que Lee observou nos estudos de um pesquisador canadense chamado Edward Shorter³ (WATTERS, 2010) sobre a história da anorexia foi que a forma de expressão do sofrimento de anoréxicas da metade do século XIX era similar ao que estava vendo em Hong Kong. A

---

³ Cf. E. Shorter (1987) “The first great increase in anorexia nervosa.” *Journal of Social History*, 21 (1), pp. 69-96.

similaridade se dava pela relação que as pacientes faziam entre a falta de apetite e desconfortos gástricos e físicos, não havendo a presença do desejo de perder peso ou o medo de engordar.

Observando a história da anorexia, percebemos que suas evidência e incidência oscilam ao longo do tempo e dos lugares. Por exemplo, após o reconhecimento e a nomeação formal da anorexia como uma doença em 1873 por Lasègue – como *anorexia histérica* e, posteriormente, como *anorexia nervosa* – houve um grande aumento da incidência da doença. Se em 1850 a anorexia era um sintoma raro e geralmente associado à histeria, no final do século XIX tornou-se muito frequente, havendo inúmeras descrições nos livros médicos. Shorter acredita que esse grande aumento do número de casos no século XIX deve-se a uma relação com o reconhecimento oficial da doença, já que tem a hipótese de que as pessoas se associam inconscientemente a comportamentos ou sintomas reconhecidos culturalmente para expressar e legitimar seus sofrimentos (WATTERS, 2010).

Em 1940, como constatou Hilde Bruch (1978), psiquiatra e grande estudiosa dos transtornos alimentares, a anorexia era rara e praticamente desconhecida pela sociedade e as pacientes não sabiam o que lhes ocorria e nem conheciam outros casos similares. A psiquiatra chama a atenção para a condição de originalidade de suas pacientes, que não haviam se influenciado por outros casos de anorexia ou pelo conhecimento teórico e científico da patologia. Já em 1983 houve um aumento do número de casos e do número de publicações científicas sobre a anorexia, principalmente após a morte da cantora Karen Carpenter, nesse mesmo ano - que tinha anorexia e era muito popular nos EUA e no resto do mundo.

Lee constata, portanto, que a anorexia possui uma história social, e não natural, já que não pode ser separada do tempo e do lugar em que aparece, tendo uma relação direta com o contexto histórico e social. Referindo-se a suas pacientes atípicas, Lee conclui em uma conversa com Watters: “Eu começo a pensar que essas pacientes atípicas que eu estou vendo podem trazer alguma luz ao início do surgimento da privação alimentar autoinduzida antes de se tornar conhecida como anorexia” (WATTERS, 2010, p. 37; tradução nossa). O que Lee acreditava era que, estudando casos atípicos que se remetiam a uma época em que a anorexia ainda não estava em evidência e nem possuía uma nomeação, pudesse encontrar uma diversidade de expressões e significados pessoais, distanciando-se da universalização proposta pelo DSM.

No entanto, Lee percebeu que, rapidamente, a maneira de a anorexia se apresentar mudou em Hong Kong, no meio dos anos 90, começando a se parecer com os casos do Ocidente, juntamente com um grande aumento em sua incidência. O psiquiatra analisa que, após a morte de uma adolescente com anorexia no meio da rua, houve uma enorme repercussão pública, com inúmeras reportagens na mídia, especulações das causas da morte e uma importação de explicações ocidentais sobre a anorexia – colocando-a em evidência nas ruas de Hong Kong. O ambiente cultural do país estava passando por mudanças nas estruturas governamentais e familiares, causando muita tensão e incertezas, principalmente nos adolescentes, que se encontravam desconectados em relação à sua cultura tradicional e representam um público propício a aderir a determinados sintomas em evidência, que podem representar seus conflitos e sofrimentos. As mudanças incidiram sobre alguns valores tradicionais da cultura asiática, que representavam uma proteção a certos conflitos que ocorrem normalmente na adolescência ocidental, como a crise da adolescência. Por exemplo, a concepção tradicional asiática sobre a passagem para a vida adulta não incluía concepções de identidade individual ou de autonomia, próprias do Ocidente, mas era marcada por uma interdependência e obediência à família (WATTERS, 2010).

A conclusão de Lee, então, foi que a importação dos diagnósticos ocidentais, incluindo o DSM, provocou uma mudança não só na maneira de se compreender a anorexia, mas mudou a própria doença. E, assim como Lee, Bruch já havia percebido as diferenças na manifestação da anorexia, e distinguia dois grupos através de sua experiência: um primeiro – que ela havia conhecido e tratado em 1940 – que poderia ser nomeado como “casos raros”, em que não havia um conhecimento prévio sobre a anorexia e nem os sintomas típicos das anoréxicas da década de 70; e outro grupo, que a partir de 1970 passou a apresentar essa semiologia típica, como medo de engordar e distorção da imagem corporal, que ela nomeou “*anorexia mee too*” (*anorexia eu também*), marcada pela competição e reconhecimento mútuo entre as anoréxicas.

Bruch (1978,1982) destaca um comportamento de imitação na anorexia, que, segundo ela, relaciona-se a perturbações na constituição da identidade e da autonomia. Ela compara a anoréxica com uma lousa em branco, que vai sendo preenchida com as características das pessoas com quem ela vai se relacionando. O fenômeno da imitação representaria, segundo a autora, um fator determinante para o grande aumento do número de casos.

Dunker (2015, p. 259) comenta o “impacto potencialmente epidêmico gerado pela nomeação do mal-estar”, dizendo que, à medida que um mal-estar é nomeado, transformando-se num sintoma reconhecido socialmente, ele pode desencadear uma adesão dos sujeitos a esse sintoma. Por isso, acrescenta-se à nomeação uma experiência de reconhecimento, que, juntos, podem promover um efeito transformativo no sofrimento. Contudo, a nomeação não age sozinha no processo epidêmico, é preciso que uma mesma narrativa seja produzida comunitariamente para que a causa comum se expresse segundo uma história comum.

Observamos nas descrições de Lee, por exemplo, os efeitos da nomeação da anorexia como uma patologia não só no aumento de sua incidência, mas na modificação da expressão da anorexia em si. E essa constatação nos leva a pensar que “a mudança de nome muda a ‘coisa’” (DUNKER, 2015, p. 265) podendo-se com isso criticar a ideia do modelo patoplástico, que pensa que uma patologia mental possui uma essência que se mantém ao longo do tempo e que se expressa em diferentes roupagens sintomáticas culturalmente determinadas.

No processo de nomeação da anorexia, o que antes era um sofrimento indeterminado, complexo e cheio de contradições transforma-se em um sintoma unificado e universal. Concomitantemente com o diagnóstico, entendido como ato de nomeação, há efeitos relativos à sua inscrição discursiva. O paciente torna-se um caso, seu processo forma parte em índices epidemiológicos, seu tratamento se torna objeto de procedimentos e protocolos, ele se torna apto ou exposto a determinadas contingências laborais e jurídicas. Em síntese, seu sofrimento é reconhecido pelo Estado. Essa inclusão em um discurso não faz uma mera tradução daquilo que ainda não estava reconhecido em um sistema diagnóstico; ela impõe um novo registro de homogeneização que se soma ao processo comunitário ou familiar que produzira, até então, uma determinada narrativa de sofrimento, com sua gramática de reconhecimento. Nas palavras de Dunker:

Até que ponto é possível advogar que existem causas universais para a anorexia, e que, portanto, esta é uma doença simples e unificada, sem que sejamos colhidos pelo contra-argumento de que são procedimentos normalistas e convencionalistas como os que se encontram nos sistemas DSM ou CID ou mesmo nas operacionalizações metodológicas que produzem esse quadro como tal. Seria a anorexia um sintoma? Um grupo de sintomas? Ou uma forma de sofrer que se faz valer da narrativa alimentar para articular uma demanda? (DUNKER, 2015, p. 264)

Dunker nos ajuda a pensar que a explicação do aumento da incidência da anorexia não deve se dar prioritariamente pelas correntes da importação dos valores ocidentais, como o padrão de beleza do corpo magro. “Há mimetismo, contágio e identificação, mas essas são formas preliminares e globais de determinação do mal-estar que formam sintomas típicos de uma cultura”; e as diferentes formas de sofrimento entram em um processo de “livre concorrência” (DUNKER, 2015, p. 263), e mergulham no que Shorter chamou de “*symptom pool*” (aglomerado sintomático), que representam os sinais de sofrimento que podem ser entendidos e reconhecidos culturalmente em seu tempo (WATTERS, 2010).

Com essa discussão sobre o empuxo à universalização da expressão da anorexia voltamos ao nosso ponto de partida da pesquisa, que é a constatação clínica da homogeneização dos discursos das anoréxicas e a falta de singularidade na expressão do sofrimento de cada sujeito colado no significante “anorexia”, permitindo assim a formação de uma “comunidade anoréxica”. Podemos observar essa homogeneidade discursiva nos relatos repletos de monotonia de muitas pacientes que descrevem seu dia a dia com a comida, práticas de exercícios físicos para não engordar, e na repetição de algumas frases como “*não estou doente*”, “*não tenho fome*”, “*os outros são loucos de acharem que não estou bem*”. Outro enunciado bem típico, e que se refere à certeza de ser gorda, é encontrado no seguinte dito de uma paciente: “*não é que sou magra e me acho gorda, como as pessoas me dizem, mas sou gorda e me vejo gorda, há uma diferença aí*”. O efeito da instauração da anorexia se assemelha a um disco riscado que só toca um trecho da música, de maneira monotemática, pois existe uma exclusividade dos pensamentos em emagrecer, não comer, se pesar várias vezes ao dia, não dando espaço para outros interesses ou mesmo para uma relação do mal-estar com algum aspecto da história do sujeito.

Na pesquisa sobre a identificação na anorexia encontramos os seguintes diagnósticos: perturbações no âmbito da identificação narcisista; dificuldade na transição do Eu ideal para o ideal do Eu; dificuldades no processo de identificação primária com o fracasso da introjeção e prevalência da incorporação; identificação alienante com a mãe e comprometimento das identificações edípicas. Partindo desse cenário das identificações na anorexia, coloca-se uma questão: poderíamos entender a anorexia como uma tentativa de separação de uma relação

alienante com a mãe, ou com os significantes da demanda do Outro, através da saída pela identificação com um ideal – do corpo magro – tão cruel e alienante como a relação com a mãe?

Diante de todos esses diagnósticos, poderíamos pensar que há um denominador comum que é o fracasso nas identificações anoréxicas. Dessa forma a anorexia será considerada um paradigma de algumas formas de subjetivação contemporâneas onde os sujeitos se mostram quase desidentificados e encontram uma saída imaginária para terem uma segurança subjetiva em resposta à queda dos ideais. “A suposta identidade grupal, a ilusão de todos iguais, denuncia a fragilidade das identificações subjetivas que os sujeitos das tribos possuem para se sustentarem no mundo atual” (ZACK, 2011, p. 2).

Segundo Laurent (2007), o capitalismo promove a fragilidade dos laços sociais, destruindo identificações tradicionais, relacionadas às histórias familiares cheias de furos e idiosincrasias, dando lugar a novas identificações que se reconstróem a partir de crenças frágeis, formando comunidades instáveis ou artificiais. Segundo o autor, crenças de baixo nível generalizam o sujeito, promovendo a era do multicomunitarismo, cuja filosofia é manter-se no lugar comum ao invés de pensar por si mesmo. Assim, com a dissolução das identificações no mundo capitalista e a presença de poucos significantes mestres que orientam os sujeitos, os véus representados pelos semblantes declinam e o objeto *a*, em suas diferentes declinações de angústia, é desvelado, provocando compulsões a gozar a partir da tirania do superego. E segundo Tendlarz (2007), quanto maior a submissão ao ideal maior o empuxo à obediência até a morte.

Na carta apresentada do *blog Ana e Mia* a voz encarnada pela entidade “Anorexia” demonstra claramente o que podemos chamar de tirania do superego, considerando o superego não somente como lei, mas também como um “imperativo de gozo”: “Nada força ninguém a gozar, senão o superego. O superego é o imperativo do gozo – Goza!” (LACAN, 1972-73/1985, p.11). Estamos diante de uma relação de domínio entre a “entidade” anorexia, incluindo seu ideal, e a pessoa que se submete a ela, como mostra um trecho da referida carta: “*Você não tem permissão para comer muito. (...) Eu vou te forçar até o limite! (...) Logo, eu não vou estar te dizendo o que fazer com comida, mas o que fazer o tempo todo! (...)*”. A anoréxica encontra no espelho uma sentença superegoica, que a obriga a perseguir o ideal de corpo magro, tornando-se serva do impossível, uma vez que esse ideal de perfeição nunca consegue ser alcançado, como

revela o seguinte comentário de uma paciente com anorexia: “Minha meta era chegar aos 38 kg, mas quando alcancei esse peso queria perder mais e mais, não estava satisfeita”.

Portanto, em uma cultura onde existe uma carência de significantes mestres para servir de referência aos sujeitos, o ideal de corpo magro não poderia tomar o lugar de um significante mestre, principalmente para as mulheres? Nesse caso, voltariamos ao consenso psicanalítico da anorexia como uma forma de histeria, com seu desejo insatisfeito, com seu masoquismo e com sua identificação típica. Não obstante, tal explicação, ainda que eficaz no âmbito individual de alguns casos localizados na neurose, parece deixar de lado a peculiaridade anoréxica de formarem grupo e de gozarem em uma unidade definida por uma experiência comum, o que nem sempre é o caso na histeria em geral.

Observações sobre o método

Esta pesquisa está inserida no campo da psicanálise, considerada como um método de investigação e de tratamento, bem como um conjunto de conhecimentos e saberes decorrente da prática deste método. Freud incluiu a Psicanálise dentro das *Naturwissenschaften*, ou ciências da Natureza, e não nas *Geisteswissenschaften*, ciências “do espírito” ou ciências humanas, como a inserimos atualmente (MEZAN, 2007). No entanto, ele teve suas razões para situá-la dessa forma, em função de como eram pensados esses dois campos de saber em sua época: ele não faz uma divisão entre as duas ciências, para ele há só uma.

Em “Os instintos e seus destinos” (1915a) Freud aborda a obscuridade provisória de alguns conceitos não só da psicanálise – dá como exemplo o ‘instinto’ – como de outros campos da ciência da Natureza, como a física e a biologia, e que isso não as exclui do campo científico:

Não é raro ouvirmos a exigência de que uma ciência deve ser edificada sobre conceitos fundamentais claros e bem definidos. Na realidade, nenhuma ciência começa com tais definições, nem mesmo as mais exatas. O verdadeiro início da atividade científica está na descrição de fenômenos, que depois são agrupados, ordenados e relacionados entre si. Já na descrição é inevitável que apliquemos ao material certas ideias abstratas, tomadas daqui e dali, certamente não só da nova experiência. Ainda mais indispensáveis são essas ideias – os futuros conceitos fundamentais da ciência – na elaboração posterior da matéria. Primeiro elas têm de comportar certo grau de indeterminação; é impossível falar de uma clara delimitação de seu conteúdo. (FREUD, 1915a/2010, p. 52)

Existe, portanto, um processo de construção na investigação científica em que a psicanálise se insere, que engloba um certo grau de indeterminação para depois chegar a uma delimitação mais clara – mas que, de forma alguma, comporta uma rigidez ou uma ausência de abertura para reformulações posteriores.

Apenas depois de uma exploração mais radical desse âmbito de fenômenos podemos apreender seus conceitos científicos fundamentais de maneira mais nítida e modificá-los progressivamente, tornando-os utilizáveis em larga medida e ao mesmo tempo livres de contradição. Então pode ser o momento de encerrá-los em definições. Mas o progresso do conhecimento também não tolera definições rígidas. (FREUD, 1915a/2010, pp. 52-53)

Em um trecho de *Um estudo autobiográfico* (1925 [1924]) fica mais clara a razão pela qual Freud distancia a psicanálise das ciências humanas, considerada por ele um método de “construção intelectual sistemática”, prevalecendo o pressuposto sobre a observação e desconsiderando as ideias que não entram no sistema formado pelas primeiras convicções do pesquisador:

Escutei muitas vezes a ideia depreciativa de que nada se pode pensar de uma ciência cujos conceitos principais são tão imprecisos como os de libido e pulsão na Psicanálise. Mas a essa crítica subjaz um total desconhecimento da situação. Conceitos fundamentais claros e definições com contornos precisos só são possíveis nas *Geisteswissenschaften*, na medida em que estas querem incluir um domínio de fatos no quadro de uma construção intelectual sistemática. Nas *Naturwissenschaften*, entre as quais se conta a Psicanálise, esta clareza dos conceitos básicos é supérflua, e mesmo impossível. A Zoologia e a Botânica não começaram com definições corretas e abrangentes de “animal” e de “planta”; a Biologia ainda hoje não sabe como preencher com um conteúdo seguro a noção de “ser vivo”. Até a Física teria se privado de todo o seu desenvolvimento, se tivesse de ter esperado até que seus conceitos de matéria, força e gravitação alcançassem a clareza e a precisão desejáveis. (FREUD, 1925 [1924]/1976, p. 85)

Na última conferência de “Novas conferências introdutórias à psicanálise” (1933), chamada “Acerca de uma visão de mundo”, Freud desenvolve o que entende por “visão de mundo” (*Weltanschauung*) como uma construção de ideias fundamentais que explicam os problemas que fazem parte do ser humano e que não deixa espaço para interrogações. A crença

nessa suposição fundamental prescinde de qualquer justificativa ou comprovação e traz uma segurança para o ser humano, fazendo parte de uma aspiração ideal. Freud critica tal suposição e distancia a psicanálise dessa concepção de mundo, definindo-a como uma “psicologia da profundidade” e uma “ciência específica” (FREUD, 1933/2010, p. 322), cuja contribuição para a esfera científica encontra-se na investigação do psiquismo.

Freud enfatiza a importância da investigação, feita através de uma observação cuidadosa, de formulação de hipóteses e da abertura para testá-las e descartá-las caso se mostrem ineficientes. A psicanálise é concebida por ele como sendo incapaz de criar uma visão de mundo própria, pois faz parte da ciência, que não consegue contemplar tudo e que, por isso mesmo, não constitui um sistema fechado e completo. Torna-se claro, então, que ele aproxima as ciências do espírito ou humanas das visões de mundo, colocando-as como construções sistemáticas, enquanto que a psicanálise ocupa uma posição oposta (MEZAN, 2007), tratando-se de um método de investigação que lida com causas supostas e não demonstráveis, como por exemplo, na investigação do inconsciente – em que não há a possibilidade de acessá-lo diretamente, mas somente por meio de representações.

Saindo das contribuições freudianas para o debate da epistemologia em psicanálise, e chegando em Lacan, constatamos que esse autor “deslocou o fundamento epistemológico da psicanálise das ciências biológicas para as ciências da linguagem”, uma vez que a psicanálise é um método de análise do discurso. “O psicanalista só faz o que faz porque lida com a linguagem, e os sintomas são reversíveis por uma operação de linguagem, porque eles possuem uma estrutura de linguagem” (DUNKER; PAULON; MILÁN-RAMOS, no prelo). Ele, em sua prática clínica, lida com o discurso do paciente, através da associação livre, e resiste ao fechamento absoluto de sentido. Fazem parte da experiência analítica, portanto, certos impasses de nomeação do real, enganos e incertezas, e o exercício de seu método prioriza a manutenção da opacidade do seu objeto de pesquisa. No entanto, quando a psicanálise é utilizada como uma narrativa-mestre, referência fixa para a tradução e comensurabilidade de fenômenos, anula a experiência que a funda e que toca o real, e se distancia de sua estrutura de ficção da verdade.

Retornando à nossa pesquisa, pensamos que seu alcance pretende abarcar não só contribuições para o tratamento psicanalítico de pacientes com anorexia e avanços para a teoria psicanalítica, mas também contribuições para o tratamento institucional da anorexia, que engloba

diferentes campos de saber. Outra questão epistemológica desta pesquisa encontra-se, portanto, na interdisciplinaridade do objeto, ou de parte dele, já que estamos investigando a identificação na epidemia anoréxica, sendo que a anorexia é um quadro clínico estudado por vários campos de saber – começando pela medicina, psiquiatria, nutrição, psicologia, psicanálise, entre outros. E não só estudado como também tratado por diferentes posições epistêmicas, uma vez que há um protocolo de tratamento institucional que engloba uma equipe multidisciplinar.

Seguindo a proposição de Bakhtin (2003) sobre a importância de um texto abrir espaço para uma discussão com todo o campo em que se insere, situamos nossa pesquisa no campo da psicanálise, que tem suas particularidades, mas que não pretende alcançar um lugar de mestria frente aos outros campos de saber – e sim de promover diálogos e discussões ao redor do tema estudado, abrindo a possibilidade para uma transdisciplinaridade. O autor pontua em seu trabalho a existência, na estrutura da linguagem, do *dialogismo* – que, é o diálogo constante dos assuntos discutidos – e da *polifonia* – que é o discurso da singularidade que contempla outros discursos, que podem não estar visíveis, mas estão presentes. Sua proposição vai na direção da manutenção da perspectiva da alteridade, resistindo a um monologismo que defende a afirmação do único e trazendo a dimensão do inconcluso e da abertura de novas indagações para o âmbito da pesquisa. Podemos incluir, nessa mesma direção, o que Freud propôs a respeito da psicanálise ao longo de toda sua obra: não um discurso que soterra os outros, mas uma visão de mundo parcial, incompleta e que lida com um real difícil de apreender – uma vez que a experiência analítica é formada por impasses e enganos, tornando opaco seu objeto de investigação.

Realizamos uma revisão da literatura científica psicanalítica sobre a anorexia em artigos científicos, teses e livros, principalmente sobre o que se relaciona com a metapsicologia da identificação na anorexia e a identificação na epidemia anoréxica. Encontramos em dois autores – um psicanalista e um filósofo e crítico da psicanálise – hipóteses sobre a epidemia anoréxica. Como nosso objetivo é investigar o processo de identificação na epidemia anoréxica, traçamos um caminho que parte do conceito de identificação em Freud e em Lacan, para depois traçarmos um panorama da metapsicologia das identificações anoréxicas e, por fim, tentar traçar um tipo de identificação característico e indutor da epidemia anoréxica.

O conceito de identificação estudado pela metapsicologia freudiana apresenta uma série de sentidos e significados que apontam para diferentes caminhos teóricos. Tivemos, portanto, o

cuidado metodológico de não nos prendermos à definição do conceito de identificação, uma vez que a definição não é a melhor forma de abordá-lo, pois há um risco de excluí-lo dos momentos de conceituação dos autores, de seu contexto. Se definir é colocar um fim, o que contraria o próprio método de investigação da psicanálise – que resiste ao absolutismo do fechamento de sentido –, procuramos, construir uma compreensão do campo metapsicológico das identificações, levando em conta a impossibilidade de esgotar o mapeamento e mantendo a opacidade do objeto. Por isso, optamos por fazer um recorte da temática das identificações, em Freud, que nos servisse para as discussões sobre as identificações na anorexia e na epidemia anoréxica; e pesquisamos algumas contribuições de Lacan às identificações freudianas, chegando ao conceito de *traço unário*, que possibilita pensar a identificação não no sentido mítico, mas na sua relação com o significante.

O caminho metodológico que procuramos seguir na leitura dos textos e na pesquisa do objeto da pesquisa vai ao encontro do que propõe Goldschmidt (1963) sobre o método estrutural, que busca o sentido no texto, colocando em primeiro plano a ordem e a forma ao invés do conteúdo.

Esse método se volta para a reconstrução da temporalidade, distinguindo o tempo lógico do tempo histórico de um texto. O tempo lógico abarcaria a ordem da razão e da verdade, e o tempo histórico seria da ordem da matéria, do corpo do texto e de sua cronologia.

Segundo o autor, quando se interpreta um sistema filosófico, existe a possibilidade de se interrogar sobre sua verdade ou sobre sua origem. No primeiro método, que ele nomeia como *dogmático* e *filosófico*, buscam-se as razões do sistema e os dogmas são considerados verdadeiros, ainda que sob ressalva; a intenção do autor na construção de sua doutrina é levada em conta e os questionamentos sobre a verdade permanecem em evidência. Trata-se de um método que se subtrai ao tempo, já que teses distintas dentro de uma mesma doutrina são consideradas verdadeiras. O segundo método, nomeado como *genético* e *científico*, interroga um sistema a partir de suas causas, havendo o risco de explicá-las além da intenção do autor; e recorre ao tempo, em uma tentativa de dissolver as contradições dentro de uma doutrina. Goldschmidt (1963, p. 143) propõe que, através da reconstrução da temporalidade lógica do texto, é possível “refazer, após o autor, os movimentos de que a estrutura da obra guarda o traçado, repor em movimento a estrutura e, desse modo, situar-se num tempo lógico”.

O problema desta pesquisa – que é compreender o mecanismo de identificação que possibilitou a homogeneidade na expressão do sofrimento das anoréxicas – originou-se de questionamentos feitos pela pesquisadora a partir de sua experiência clínica em psicanálise com sujeitos diagnosticados com anorexia. Trouxemos ao longo da dissertação alguns recortes de casos clínicos de anorexia, atendidos pela pesquisadora em consultório e em instituição psiquiátrica. Procuramos na construção dos casos, respeitando a exigência ética do sigilo, dar voz a cada sujeito velado pelo sintoma anoréxico, tirando-os do anonimato próprio do sintoma generalista, buscando algo de particular: seja um significante novo que se instalou na cadeia monotemática da anorexia, seja uma saída singular da identificação imaginária com o Outro materno, ou mesmo emprestando palavras para construir uma história do sofrimento de um sujeito que se encontra no silêncio da pulsão.

Portanto, é fundamental para a discussão epistemológica desta pesquisa esclarecer o que entendemos por *caso clínico*, assim como por *construção do caso clínico* em psicanálise. O caso clínico articula a experiência privada de tratamento do sujeito com o âmbito público das pesquisas científicas e do compartilhamento no social do saber produzido em cada encontro entre analista e analisando. Ele representa “a principal peça na argumentação psicanalítica em favor de sua eficácia, na explicitação da ação de seu método e no diálogo com a psicopatologia” (DUNKER, 2011a, p. 537). Um caso clínico não precisa ser necessariamente aquele que é atendido por quem o escreve; pode ser uma análise crítica de um caso atendido por outro psicanalista, assim como de filmes e personagens da literatura. Pode ser a escrita da experiência de análise por um analisante ou até um caso inventado ficcionalmente. Aparece tanto como um fragmento ou como uma história cheia de pormenores (DUNKER, 2011a). Por isso também utilizamos, para fins de pesquisa, essas outras formas de casos clínicos, como um recorte do filme *Cisne Negro* (2011) – em que a personagem principal apresentava sintomas de anorexia –, cuja análise contribuiu com a discussão em torno do fracasso das identificações edípicas e do domínio das pulsões e do excesso de gozo. Recorremos também ao “Caso Ellen West” (1957) do psiquiatra suíço Ludwig Binswanger, para discutir sobre uma jovem anoréxica com funcionamento melancólico, que viveu e morreu em devoção ao seu ideal de corpo magro, remetendo-se a uma subjetividade marcada por um corpo sem sujeito, não havendo a elaboração do sofrimento.

Dunker (2011a, p. 538) ressalta um ponto fundamental na inclusão de um relato ou fragmento de caso dentro da categoria de caso clínico: “que ele se inscreva em um determinado sistema de transmissão”. E a psicanálise, inserida no campo de pesquisa, compromete-se com a transmissão de um saber, sendo o caso seu instrumento principal enquanto um método que “se presta à verificação, comparação e crítica de fenômenos, conceitos e hipóteses sobre os quais é apresentado no quadro de uma comunidade de pesquisa”. Quando pensamos, então, na *construção de casos clínicos* em psicanálise, nos remetemos tanto ao significado de *caso* – que tem uma conotação de acontecimento, mas também de queda (*Fall*) e de morte – como ao conceito psicanalítico de *construção* encontrado na teoria freudiana⁴ – que se encontra relacionado ao método de tratamento e de investigação em psicanálise. O que está em jogo na ideia de construções em análise é a produção de uma verdade a partir da construção do que foi esquecido, enquanto uma rememoração de uma lembrança. Não se trata de uma descrição fidedigna à realidade dos fatos, mas do caso como uma ficção.

Construir um caso clínico, diferentemente de relatar um tratamento, implica acrescentar ao caso o que não pode ser lembrado, nem pelo analisante, nem pelo analista, na cena do tratamento. (...) A rigor um paciente em análise, um psicanalisante, não tem nada a ver com um caso clínico. Ele se torna um caso clínico apenas quando é escrito, e como tal desaparecido, rasurado por esta operação. Em acordo com a ideia de queda presente na etimologia da palavra caso (*Fall*) talvez a escrita clínica seja uma forma de nos separarmos da experiência acontecida na análise, uma forma de inventarmos o que nela não encontrou inscrição, tempo e representação. (DUNKER, 2011a, pp. 572-573)

O analista escreve o caso para se separar dele, saindo da dimensão hiperindividualizada em que se encontra o mito do sujeito, em vista de seu sofrimento, e retomando a dimensão coletiva do mito através do endereçamento à comunidade de pesquisa⁵. Reiteramos a importância da construção do caso clínico nesta pesquisa como forma de transmissão da psicanálise, de estabelecimento de uma interlocução produtiva com outros saberes que tratam da anorexia, assim como de formação da pesquisadora como analista.

Estruturamos nossa pesquisa da seguinte forma: no primeiro capítulo - intitulado “A diversidade metapsicológica na compreensão psicanalítica da anorexia” – mostraremos a história

⁴ Cf. S. Freud (1937) “Análisis terminable e interminable”. In: *Obras Completas Sigmund Freud*, v. XXIII. Trad. J. L. Etcheverry. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 1988.

⁵ Seminário sobre a obra de Jacques Lacan, ministrado pelo Prof. Dr. Christian Ingo Lenz Dunker no IPUSP, em Abril de 2015: *O Seminário, livro 12: Problemas cruciais da psicanálise, 1964-1965*.

do jejum e das santas jejuadoras, bem como um panorama da história da anorexia, suas primeiras descrições e sua relação inicial com a histeria – observada inicialmente por Lasègue, Charcot, Freud, e posteriormente por Lacan. Problematizaremos essa relação, percorrendo os desenvolvimentos teóricos de Freud, que tomaram um rumo na direção da melancolia, e de Lacan, que apontaram para um sintoma fora de discurso, marcado por um gozo que não está circunscrito pelo campo fálico. Em seguida, mostraremos uma rearticulação da teoria psicanalítica no campo da anorexia, através das contribuições de alguns psicanalistas contemporâneos que expandiram o seu cenário psicopatológico, trazendo associações com a melancolia, com o masoquismo e com um arranjo perverso.

No segundo capítulo, “Tipologia das identificações”, trabalharemos o conceito de identificação em Freud e em Lacan, traçando uma tipologia que servirá para fundamentar a metapsicologia das identificações anoréxicas e da identificação na epidemia anoréxica, elegendo os seguintes tipos de identificação para trabalhar: a) identificação primária; b) identificação histórica; c) identificação imaginária do estágio do espelho; d) identificação com o traço unário; e) identificação da formação de massa.

No terceiro capítulo, “Anatomia das identificações nas anorexias severas”, apresentaremos a anorexia severa como uma patologia da oralidade e do olhar, descrevendo primeiramente as dificuldades no processo de identificação primária e a predominância da incorporação em relação à introjeção; a alteração na lei simbólica da comensalidade e o comprometimento das identificações edípicas em função de identificações primárias alienantes. Em seguida, introduziremos as perturbações no âmbito da identificação narcisista e no processo de identificação do sujeito com sua imagem corporal; a identificação imaginária em relação ao Eu ideal e um aprisionamento nesse ideal de perfeição. Terminaremos esse capítulo descrevendo o contexto cultural da contemporaneidade marcado por identificações frágeis em decorrência da ausência de significantes mestres consistentes, pois acreditamos que a anorexia possa ser considerada um paradigma desse fracasso das identificações.

No quarto capítulo – intitulado “A identificação na epidemia anoréxica” – tentaremos estabelecer modelos epidemiológicos na psicanálise para pensar as diferentes formas de identificações epidêmicas de sintomas psicopatológicos, que seriam: a identificação histórica e a identificação imaginária. Em relação à discussão sobre a identificação epidêmica na anorexia,

recorremos principalmente a dois autores que possuem posições contrárias: Girard (2011), que, através de sua teoria do *desejo mimético*, defende que a epidemia anoréxica se relaciona com a identificação histórica e com uma comunidade de desejo, e Schejtman (2001), que defende que na epidemia anoréxica não se trata de desejar o desejo do outro, como na identificação histórica, mas de uma identificação imaginária e de uma comunidade de gozo relacionada ao discurso do capitalista. Nossa hipótese vai nessa segunda direção.

No quinto e último capítulo – nomeado como “A escuta do sofrimento do sujeito: extração da comunidade anoréxica” – discutiremos que a fundamentação de projetos terapêuticos no tratamento da anorexia deve estar pautada na escuta do sofrimento do sujeito, tratando o que fica de fora da comunidade de gozo e possibilitando uma subjetivação. Discutiremos o tratamento dos transtornos alimentares em instituições psiquiátricas tradicionais, fundamentadas pelo saber médico que enquadra o sofrimento do sujeito em um sistema diagnóstico universal. Para ilustrar essa lógica institucional universalizante, apresentaremos um relato de caso descrito no DSM-IV-TR, que nomeamos como “quadro clínico” de anorexia. Em seguida, discutiremos as contribuições do saber do psicanalista na vertente institucional e clínica do tratamento da anorexia, trazendo um recorte de um caso clínico para pensar em uma narrativa onde aparece a singularidade do sujeito e a criação de um traço próprio endereçado ao Outro.

1- A DIVERSIDADE METAPSICOLÓGICA NA COMPREENSÃO PSICANALÍTICA DA ANOREXIA

1.1) A história do jejum religioso e as santas jejuadoras

Segundo Van Deth e Vandereycken (2012) a história da privação voluntária de alimentos não foi desde o início considerada uma patologia – por exemplo, nas práticas cristãs de ascese, em que o jejum pertencia a todo um ritual de penitência e proximidade com Deus. Muitas doenças de ordem física ou psiquiátrica também eram acompanhadas pela evitação de alimentos; e quando esse comportamento passou a ser independente de sintomas ou transtornos, começou a ser considerado algo demoníaco ou consequência de um transtorno mental.

Na Antiguidade o jejum era incentivado e considerado uma maneira de purificar-se, e no Oriente era uma prática comum – entre algumas religiões e filosofias – para se alcançar um distanciamento das coisas materiais. Já nos povos gregos o jejum fazia parte de prescrições médicas para a cura de determinadas doenças:

Hipócrates (460 a.C.-370 a.C.), por exemplo, costumava receitar jejuns, vômitos e enemas para o tratamento de quase todas as doenças. A própria palavra ascese (do grego *askesis*) designava, originalmente, os exercícios físicos dos atletas, acompanhados de rigorosa dieta como preparo para as competições. (WEINBERG, 2010, p. 226)

Segundo Weinberg, houve uma mudança no significado do ascetismo anos mais tarde, remetendo-se a comportamentos de autopunição e de absoluto controle das necessidades físicas do corpo, incluindo “jejuns, abstinência sexual, privação de sono, autoflagelação e muitas outras formas de tortura” (WEINBERG, 2010, p. 226). Tanto nos mitos gregos como nos escritos bíblicos, a alimentação aparece como tema central na relação dos homens com os deuses, carregando uma significação de interdição e de sagrado (BIDAUD, 1998). Interdição alimentar, que, segundo Freud (1912-13), aparece ligada à interdição do incesto, em que os tabus eram muitas vezes ligados a determinados alimentos considerados proibidos. Segundo Freud, os tabus eram necessários para proteger o homem de suas paixões e desejos, visto que onde há uma proibição há um impulso à satisfação de um desejo. Uma ascese representa, portanto “uma

oferenda, isto é, a privação voluntária de um prazer ou de um bem, na medida em que essa renúncia é a própria via do poder” (BIDAUD, 1998, p. 40). Quanto mais um asceta se priva dos prazeres, mais poderoso fica, afastando-se da condição de humano e se igualando aos Deuses. Nas palavras do asceta São João da Cruz:

Procurem, de preferência, não o mais fácil, mas o mais difícil
 Não o que agrada, mas o que desagrada;
 Não o que consola, mas o que aflige;
 Não o que repousa, mas o que fatiga;
 Não o mais, mas o menos.⁶

Segundo Bidaud, o elemento comum das religiões é o caminho para a espiritualidade através da morte da vida profana, que resulta no renascimento; e a que mais se destacou pelo avanço da renúncia foi a ascese cristã – tendo na figura de Jesus um exemplo, em seus quarenta dias de jejum no deserto. Exemplos de ascetismo podem ser vistos no século IV, com os “santos do deserto”, que eram homens das regiões do Egito, da palestina e da Síria, que se isolavam da civilização para meditar. A ideia central era que, para se aproximar de Deus e viver como ele, havia a necessidade de morrer: “não morrer como desapareição passiva de si, nadificação, mas a trajetória gigantesca de uma negação, ativa e voluptuosa, daquilo que serve à manutenção comum da vida, como condição de plenitude”. O jejum e todas as outras privações que o acompanhavam revelavam “uma conduta de ultrapassamento, de uma infinita superação de si mesmo para se pegar com a morte” (BIDAUD, 1998, p. 44).

Na Idade Média as santas jejuadoras se destacaram pelo comportamento ascético, adquirindo uma dimensão epidêmica principalmente nos séculos XIII e XIV (FENDRICK, 1997). Dentre elas estão: Santa Vilgefortis (século VIII e X), Santa Clara de Assis (1193-1253), Santa Catarina de Siena (1347-1380), Santa Maria Magdalena de Pazzi (1566–1670), Santa Rosa de Lima (1586-1617), Santa Veronica Giuliani (1660-1727) (WEINBERG, 2010).

---

⁶ São João da Cruz, “Avis et maximes”. In: *Euvres spirituelles*. Trad. R. P. Grégoire de Saint-Joseph. Paris: Seuil, 1947. Citado em: Bidaud (1998, p. 40).

Santa Catarina de Siena: do sacrifício da mãe ao corpo sacrificado da filha

“Ela aspirava a comer espiritualmente a todos os membros da Igreja de Deus e mastigar o mundo inteiro por meio de sua oração, como se se tratasse de seus dentes”

Ermite de Lecceto, a propósito de Catarina de Siena⁷

Catarina de Siena representou, por quase dois séculos, um modelo e uma inspiração para outras mulheres que também mantinham uma relação de paixão pela santidade, tendo escrito muitas cartas direcionadas a Deus (RAIMBAULT; ELIACHEFF, 1991). Ela nasceu prematuramente em Siena, em 1347, junto com sua irmã gêmea Giovanna. Sua mãe, Lapa, decidiu-se por amamentar Catarina e entregou sua irmã para uma ama de leite, porém ela não sobreviveu. O início da vida de Catarina ficou marcado então por um tom de sacrifício, pois sua mãe sempre repetia que tinha sacrificado a vida da irmã para que ela vivesse, pois era sua preferida. Ela foi a única filha amamentada por tanto tempo e tinha privilégios em relação aos irmãos. Lapa teve 25 filhos, porém só sobreviveram onze, seis meninas e cinco meninos (BIDAUD, 1998). Depois de 18 meses do nascimento de Catarina, nasceu uma irmã, a quem chamaram de Giovanna - o nome de sua irmã gêmea falecida.

Sempre foi uma criança querida por todos e, aos sete anos, teve uma visão de Jesus que a fez tomar a decisão de “dedicar sua virgindade à Virgem” (BIDAUD, 1998, p. 121) – e, a partir daí, começou a se privar de carne, dando aos seus irmãos ou ao seu gato a sua parte. Suportou desde cedo ataques violentos por parte de sua mãe, como, por exemplo, quando viajou para Avignon: sua mãe, tentando fazê-la desistir da ideia, disse que não sobreviveria à sua ausência. Quando retornou, escreveu uma carta endereçada à mãe, representando “uma prova da maneira como percebia o universo materno” (RAIMBAULT; ELIACHEFF, 1991, p. 128):

A verdadeira mãe deseja não somente meu corpo, mas também minha alma. Penso que se você ama mais minha alma do que meu corpo, toda a exagerada ternura morreria em você e não sofreria ao estar privada de minha ausência corporal. Pelo contrário, teria você um consolo, pois se pensa que se trata de honra a Deus, queria sofrer esta pena [...] Você sabe que é necessário que siga a vontade de Deus e eu sei que você quer que eu a siga. Sua vontade tem sido que

---

⁷ Citado em Raimbault; Eliacheff (1991, p. 124; tradução nossa).

eu viaje e essa partida não ocorreu sem um secreto propósito de sua providência e sem resultados muito úteis [...] Não confunda as pequenas coisas com as grandes, pois as grandes lhe parecem pequenas quando se trata de sofrer por Jesus crucificado. (CATARINA DE SIENA apud RAIMBAULT; ELIACHEFF, 1991, pp.128-129; tradução nossa)

Essas palavras apontam para uma mãe que tinha necessidade do corpo da filha para sobreviver; e Catarina lhe faz um apelo de que se desligasse de seu corpo e das coisas corporais e que a relação delas se sustentasse pela alma, pela espiritualidade. No entanto, sua mãe sempre viveu apegada ao bem estar material e tinha uma demanda incessante de que Catarina se submetesse à sua vontade e ao que ela acreditava que era o melhor para a vida.

Aos 12 anos Catarina começou a ser preparada para o casamento pela mãe, que insistia que ela cuidasse mais da vaidade para agradar os homens – ao que ela resistiu intensamente. Lapa decidiu então mandá-la para morar com sua outra filha, Bonaventura, que era a irmã preferida de Catarina e que a convenceu de que se cuidar não era algo que desagradava a Deus. No entanto, Bonaventura morreu no parto de uma filha, desencadeando em Catarina um enorme sentimento de culpa pela morte da irmã, como se estivesse recebendo uma punição por ter se preocupado com a vaidade. “Tanto no nascimento como na puberdade, cada avanço de sua vida estava associado com o sacrifício de uma irmã” (RAIMBAULT; ELIACHEFF, 1991, p. 129; tradução nossa). Logo em seguida, sua irmã mais nova, Giovanna, que tinha recebido o mesmo nome da irmã gêmea falecida de Catarina, morre aos 14 anos. Certa de que seus pecados desencadeavam a morte de algum ente querido, Catarina decidiu não se relacionar mais com as pessoas e com o mundo externo.

Lapa propôs que Catarina se casasse com seu cunhado viúvo e estava convicta de que seria melhor para a filha um casamento, por assegurar uma segurança financeira e para manter os negócios da família. Casar-se com o marido de uma irmã falecida parece ser a ocasião real para que a culpa por sobreviver ao morticínio das irmãs encontrasse um suporte na realidade, colocando uma identificação a serviço do masoquismo em nome de uma demanda. “Catarina é reduzida ao nível de mercadoria negociável, mas ela se nega a ter outro esposo que não seja Cristo: culpada por estar viva, se interna na solidão e na penitência, e metodicamente empreende a redução de sua alimentação” (RAIMBAULT; ELIACHEFF, 1991, p. 129; tradução nossa).

Seguindo o conselho de um padre, Catarina cortou os cabelos curtos para representar sua entrada na sociedade laica e para tentar fazer a mãe desistir da ideia de ela se casar. No entanto Lapa se enfureceu e não aceitou as atitudes da filha: “[...] você cortou o cabelo, mas por acaso pensa que vai fazer o que quiser? Mesmo que não queira, seu cabelo voltará a crescer e mesmo que seu coração se parta, será obrigada a casar. Não terá descanso até que não haja cedido às nossas exigências” (RAIMBAULT; ELIACHEFF, 1991, p. 130; tradução nossa). Quando atingiu a maioridade, declarou à família sua escolha por Deus e a decisão de não se casar com homem algum.

Agora, que pela graça de Deus atingi a idade da razão e possuo uma maior sabedoria, vocês devem saber que em mim há certas coisas que estão tão arraigadas que seria mais fácil derreter uma pedra do que extirpá-la do meu coração. É inútil que percam tempo. Em consequência lhes aconselho que desistam de qualquer projeto de casamento, porque não tenho a menor intenção de ceder. Eu devo obedecer a Deus, não aos homens. [...] tenho um esposo tão rico e tão poderoso que nunca deixará que me falte o imprescindível e satisfará todas as minhas necessidades. (RAIMBAULT; ELIACHEFF, 1991, p. 130; tradução nossa)

A partir dos 16 anos Catarina vai restringindo cada vez mais sua alimentação, comendo às vezes pão e bebendo água – e muitas vezes ficando em jejuns absolutos por dias. E, apesar de perder quase metade de seu peso, mantinha sua energia e alegria. Manifestava uma virilidade em si e tinha um lema de suportar virilmente o sofrimento. Dormia também muito pouco, às vezes uma hora de dois em dois dias. Ficou três anos em voto de silêncio e se flagelava com uma corrente de ferro três vezes por dia, uma vez para pagar seus pecados, outra pela vida e outra pela morte. Essa conduta de sacrifício revela, segundo Raimbault e Eliacheff (1991, pp. 130-131), “o vínculo entre o sacrifício inicial de Lapa e o corpo sacrificado de Catarina [...] o que por sua vez lembra a necessidade de destruir realmente o objeto sacrificado”.

O confessor de Catarina, suspeitando que sua conduta de não comer fosse obra do diabo, ordenou que ela comesse pelo menos uma vez ao dia, e ela obedeceu. No entanto, ela acabou ficando doente e quase morreu, e em uma carta explicou ao padre que sua saúde melhorava quando ela não comia:

Se por um jejum excessivo expusesse meu corpo à morte, não me proibiria jejuar para impedir que eu morra e ser homicida de mim mesma? Por acaso não é mais grave expor-se à morte comendo do que jejuando? Dado que a experiência te demonstrou que a comida me faz ficar doente, por que não me proíbe comer do mesmo modo que me proibiria jejuar no caso inverso? (RAIMBAULT; ELIACHEFF, 1991, p. 131; tradução nossa)

Seu confessor acabou concordando com os argumentos de Catarina; no entanto, sua santidade foi sempre questionada ao longo de sua vida, devido às suas condutas alimentares de jejuns excessivos, suspeitando-se de influências diabólicas ou de bruxaria. O sentido de sua vida estava na dominação de suas sensações físicas - como fome, dor, cansaço, desejo sexual – e seu corpo era atravessado por um ideal: alcançar a proximidade com Deus. Se, por um lado, suas condutas despertavam admiração, por outro também geravam desconfiança e hostilidade. Em um trecho de uma carta escrita no século XIV, por Catarina a François Pepin, *tailleur* de Florence, e à sua mulher, Madame Agnès, ela explica a importância do jejum na luta contra o que ela denomina “sensualidade” e “vícios”:

Eu quero então, meus doces filhos, que em tudo vocês se analisem, a fim de matar essa vontade sensível, que quer sempre se revoltar contra Deus; e eis o meio de matá-la: é preciso que a razão se estabeleça sobre o tribunal de sua consciência, e não deixe jamais passar o menor pensamento contrário a Deus, sem repreendê-la severamente. (...) É preciso não dar nunca o que a sensualidade pede (...). Se ela quer dormir, é preciso recorrer às vigílias e à humilde oração; se ela quer comer, é preciso jejuar; se ela quer escutar a concupiscência, é preciso ter disciplina; se ela quer se abandonar à negligência, é preciso fazer santos exercícios; se ela se deixa entranhar por sua fragilidade ou pelas ilusões do demônio aos pensamentos desonestos, é preciso repreendê-la severamente, assustá-la pelo lembrar da morte (...). É preciso assim fazer violência a si em tudo (...) a fim de que o corpo, como instrumento, possa ajudar a alma a servir a Deus. De certa maneira, pela violência que você fará a essa lei de sua carne e de sua vontade própria, você ganhará de todos os vícios (...) eu desejaria vê-lo despojado de si, e revestido de Jesus crucificado (...). Seja depois espelhos de virtude na presença de Deus (...). (CATARINA DE SIENA apud BANHOS, 2015, p. 9)⁸

Observamos nesse trecho uma referência a um processo de identificação com a imagem de Jesus, quando aparece uma menção a se despojar de si e revestir-se de Jesus, e uma proposta de ser “espelho de virtude”. O corpo, enquanto instrumento de violação e violência, permite o

⁸ Original disponível em: <www.abbaye-saint-benoit.ch/saints/catherine/oeuvres/lettres.2.htm>.

acesso a Deus, existindo aí uma proposta de transgressão das leis do corpo, que podemos entender como a não satisfação das suas necessidades para alcançar a proximidade com Deus.

Catarina, como todo asceta ou místico, entrava em contato com as tentações através de desejos ou pensamentos pecaminosos. “As cenas mais sujas, os espetáculos de embates carnis sob formas abomináveis, vêm macular sua imaginação exacerbada, atizar seus sentidos em revolta. Ela fica obcecada por isso, a ponto de desejar a morte” (BIDAUD, 1998, p. 125). Em sua conversa com Jesus, ele lhe incentiva a sofrer por ele, aguentando o sofrimento e o transformando em algo bom. Bidaud conclui que o gozo de Catarina se dava em identificar-se com o sofrimento de Jesus. Contudo, há muitas formas de se identificar com Jesus, desde tomar o sacrifício como traço de caráter até capturar seu desejo como desejo do Outro, reter sua irmandade com os apóstolos ou deixar-se cair, melancolicamente, sob a sombra de sua mortalidade. No caso de Catarina, a imagem mesma de Jesus em sua exangue fragilidade e magreza parece ter exercido papel decisivo.

Um gozo que transcende o mundo carnal, das necessidades físicas e que está por vir no alcance dos “alimentos dos anjos” – expressão usada por Catarina em uma carta endereçada à sua sobrinha Eugenia: “Mas pensa, querida filha minha, que esse alimento não se come na terra, se não no alto. [...] Mas você me dirá: O que é esse alimento dos anjos? Eu te respondo: É o desejo de Deus, esse desejo que atrai a alma e faz dela uma mesma coisa com ele” (CATARINA DE SIENA apud RAIMBAULT; ELIACHEFF, 1991, p. 139; tradução nossa). Um gozo, portanto, de união com Deus, trazendo uma onipotência e um ideal a ser alcançado à custa da mortificação do corpo e da morte mantida em vida.

Segundo as reflexões de Pierre Legendre⁹ e de sua teoria espiritual:

Se o destino do corpo está em outra parte, diferente do espaço terrestre, nesse espaço em que o eu que sou eu não pode falar porque esse eu não está morto; se esse corpo espera ser o Outro, quer dizer, espera aceder ao lugar celeste em que se realizará o desejo do amor com um corpo-outro, essa vida fora do tempo, a única desejável, deve ser merecida - quer dizer, negociada, pois teremos algo para trocar. A vida terrestre é essa espera sofrida, quando o corpo sofre por não estar ali onde está o desejo, *o desejo de ser absolutamente*. A teologia moral definiu esta desgarradora espera não como uma indiferença passiva (pecado de acídia), senão como um paciente rechaço do descaramento que implica este

---

⁹ Cf. P. Legendre (1978) *La passion d'être un autre – Étude pour la danse*. Paris: Seuil.

mundo, em que o caminho do desejo está fechado, pois nossa condição é a de viver abaixo da lei da qual ressoamos. (LEGENDRE apud RAIMBAULT; ELIACHEFF, 1991, p. 140; tradução nossa)

Nesse sentido, através de suas penitências, jejuns e da mortificação de seu corpo, Catarina tenta em vida alcançar esse gozo de união com Deus e “ser absolutamente”; e por isso seu “corpo espera ser o Outro”, como diz Legendre, configurando um gozo transcendental, que escapa à ordem terrena. Segundo Raimbault e Eliacheff (1991) a compreensão do modo de vida de Catarina pautado nos sacrifícios e penitências deve abranger as condições históricas de sua vida que a levaram à conversão a Deus:

(...) sem vacilar, compromete seu corpo na via descrita depois da morte de suas duas irmãs: como as viúvas, está de luto; sobrevivente desde seu nascimento no fantasma materno, coloca o falecimento de sua irmã preferida no eixo de que ela mesma tenha aceitado entrar no mundo; a morte da segunda Giovanna lhe confirma a ideia de que ela vive do sacrifício de outra pessoa. Mediante um contrato estabelecido com Deus, assume a tarefa de encarnar o fantasma materno, segundo o qual uma pessoa viva não é mais que um representante de uma pessoa morta (Lapa trouxe ao mundo 25 filhos e poucos são os que sobreviveram) e aperfeiçoando incansavelmente sua posição mediante suas penitências, garantia a sobrevivência espiritual de todos os seus. (RAIMBAULT; ELIACHEFF, 1991, pp. 133-134; tradução nossa)

Ela se dedicou com muito fervor a cuidar dos desfavorecidos e participou ativamente da reforma da Igreja, ficando muito conhecida por esse feito. Essa causa se fundamenta na crença de que o que importa e representa a verdadeira riqueza é a alma, e não o mundo material.

Em 1380, ano de sua morte por inanição voluntária, Catarina decidiu parar de comer completamente e escreveu uma carta falando sobre essa decisão: “Meu corpo não aceita alimento algum, nem mesmo uma gota de água, e [sofro] tantos doces tormentos corpóreos como nunca os tive iguais, a ponto de minha vida estar por um fio¹⁰” (CAPOUE apud BIDAUD, 1998, p. 128). Em suas últimas palavras confirma-se a tese de que na anorexia não há um desaparecimento da vontade de comer, tal como se denuncia no emprego do significante “doce”, de evidências ressonâncias gustativas.

---

¹⁰ In: R. de Capoue, “Lettre XLIX aux seigneurs de Florence”, *Vie de Catherine de Sienne*. Trad. R. P. Hugeny. Paris: Lethielleux, 1905, p. 1137.

O declínio do jejum religioso

Alguns autores analisam os possíveis motivos do declínio do jejum das santas jejuadoras a partir do século XVI, como Bell (1985, p. 253), que afirma que antes da Reforma da Igreja Católica o comportamento de resistir ao domínio de qualquer coisa era bem visto e considerado uma forma de sustentar a personalidade, mas depois da reforma passou a ser considerado “heresia ou obra do diabo”. É importante lembrar como nesse transcurso formam-se algumas das figuras de individualização feminina na modernidade: a bruxa, a possessa, a mística, e – por que não? –, a jejuadora. Vandereycken e Van Deth (1994) também descrevem a não aceitação, pela Igreja Católica Romana, dos comportamentos extremados das santas jejuadoras; que se antes eram vistas como santas e sagradas, passaram a representar o oposto do que o ideal de piedade feminina pregava – como, por exemplo, mulheres que se dedicavam à caridade e ao cuidado com o próximo.

Weinberg (2010) comenta os motivos do declínio religioso levantado pelos autores:

(...) a crescente oposição da Igreja Católica Romana ao elevado número de santas jejuadoras e seus imitadores; a mudança no ideal de piedade feminina, com a valorização da caridade, do ensino e da ajuda, em detrimento dos jejuns e autoflagelações; a interpretação dos jejuns autoimpostos como sinais de bruxaria e possessão demoníaca; a valorização do jejum como espetáculo, com as “virgens jejuadoras” (*fasting girls* ou *miraculous maidens*), cuja capacidade de viver sem comer era explicada como milagre, e com os artistas da fome que se apresentavam nas feiras; a anexação do jejum prolongado às ciências médicas emergentes, como um sintoma patológico: de virgens miraculosas, as mulheres passaram a ser vistas como pacientes histéricas. (WEINBERG, 2010, p. 229)

Podemos observar nesses fatores apontados algo em comum, que é a desvalorização do jejum das santas pela cultura da época; ou seja, o que antes era incentivado e valorizado pelos ideais cristãos, passou a ser criticado e considerado “obra do demônio” e sinal de patologia, provocando o declínio desse comportamento.

Anorexia mental e santas jejuadoras

Alguns autores aproximam a anorexia mental dos comportamentos de privação alimentar das santas jejuadoras (BELL, 1985; BIDAUD, 1998; WEINBERG, 2010), defendendo uma semelhança entre os quadros. Na análise de Weinberg, existe uma relação entre ambas, mesmo que os ideais e as motivações para a recusa alimentar sejam diferentes; pois, enquanto nas santas jejuadoras existe um ideal ascético, de proximidade com Deus, nas anorexias atuais o ideal é de um corpo magro. A autora questiona a ideia de que a modernidade seja a causa principal da anorexia, justificando o fato de esse sintoma ter existido em outros séculos e em culturas distintas, manifestando-se sob a forma de diferentes roupagens.

Outros autores como Russell (1985), Russell e Treasure (1989) e Habermas (1996) não consideram a anorexia mental e a recusa alimentar das santas jejuadoras como quadros semelhantes, pois observam que alguns critérios essenciais da anorexia, como medo de engordar e distorção da imagem corporal, estão ausentes nas santas jejuadoras.

Banhos (2015, p. 128), em sua tese de doutorado, defende uma ausência de identidade entre a recusa alimentar das santas, das anoréxicas e das histéricas, alegando que “encarnam formas de subjetivação diferentes e remetem a regimes de saber e poder distintos”. No caso das santas jejuadoras que estão submetidas à ética cristã, existe uma ideia de que é possível o domínio das paixões – entre elas a gula – para se tornar um indivíduo que renuncia a si mesmo em prol de tornar-se moralmente digno, valorizado e mais próximo de Deus. A ideia é a de que o ser humano está dominado pelo mal e pelo pecado, e a gula representa um impulso interno que, por ter uma origem no corpo, torna-se o responsável pelo desencadeamento de todos os outros impulsos, inclusive a fornicção.

Banhos conclui:

Daí a importância da recusa alimentar como forma de renunciar à carne, tal como mostram as narrativas de Catarina de Siena e Clara de Assis, que revelam o sentido da recusa alimentar como exercício de mortificação da carne, pois é nesta superfície corporal onde brotam os impulsos internos do par gula-fornicação (...). (BANHOS, 2015, p. 130)

Segundo a autora, a subjetivação da histeria do século XIX ocorre na relação do sujeito com seu desejo; e, portanto, a recusa alimentar nas históricas tem como operador fundamental o desejo, podendo ser entendido “como sintoma do recalçamento do sujeito desejante” (BANHOS, 2015, p. 133). A ética da modernidade que rege esse modo de subjetividade histórica engloba a sexualidade, a infância e a família, que são os elementos elegidos pelos sujeitos para a constituição de si, e que procedem dos “dispositivos médicos e psicanalíticos para que os sujeitos se reconheçam assim” (BANHOS, 2015, p. 94).

E por fim, Banhos afirma que a subjetividade na anorexia contemporânea centra-se “no cuidado com a saúde, o bem-estar, a qualidade de vida e a educação do comportamento” (BANHOS, 2015, p. 103), representando uma ética que se fundamenta em uma normatividade, característica do saber médico e do sistema diagnóstico dominante, o DSM. A anorexia, com sua recusa alimentar, representaria um avesso dessa ética da norma, não se enquadrando nessas exigências de educação alimentar da contemporaneidade.

Poderíamos pensar, também, que a anoréxica – através de seu “transtorno” alimentar – transgride as normas ou faz delas um uso em excesso. Ou seja, insinua-se a hipótese de que, considerada a identificação como uma forma de defesa, esta consiste em aprofundar a interdição contra a qual se pretende opor. Diante de uma demanda, interpretada como lei, haveria uma substituição entre a oposição desafiadora por uma exageração do mandamento. Isso promove uma espécie de pseudosseparação da demanda do Outro, uma vez que esta é subvertida por um desejo mais além de sua própria expectativa.

1.2) Primeiras descrições da anorexia: aspectos históricos e relação com a histeria

O primeiro relato médico de anorexia nervosa é feito em 1689 por Richard Morton, que escreveu *Tisiologia sobre a doença da consunção*, onde descreveu dois casos – que nomeia como “consumpção de origem nervosa” – que se assemelhavam à anorexia nervosa da contemporaneidade. A consunção refere-se a um “definhamento progressivo”, cujos sintomas eram: diminuição do apetite, aversão à comida, perda de peso significativo, amenorreia e hiperatividade. A questão que chama a atenção do autor é a atitude de indiferença em relação ao quadro de desnutrição e o fato de as faculdades mentais básicas das pacientes estarem

preservadas, destacando a importância das emoções como papel patogênico (CORDÁS; CLAUDINO, 2002).

Louis-Victor Marcé publicou, em 1859, um trabalho cujo título foi “Note sur une forme de délire hypochondriaque consécutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par le refus d’aliments” [Nota sobre uma forma de delírio hipocondríaco em consequência de dispepsias e caracterizada principalmente pela recusa de alimentos], onde observou certos casos de dispepsia que possuíam um fator mental específico, que era o fato de acometer jovens meninas púberes que levavam ao extremo sua inapetência. As jovens opunham-se fortemente quando orientadas a fazer uma dieta saudável, apresentando uma impossibilidade de comer e sofrendo de uma interrupção na menstruação. A conclusão foi que os casos não se enquadravam em uma dispepsia, mas num quadro de insanidade (CORDÁS; CLAUDINO, 2002).

Somente em 1873, na segunda metade do século XIX, é que a anorexia foi descrita como uma entidade clínica autônoma, separada de outros quadros clínicos. Dois autores publicaram, quase que simultaneamente, relatos de anorexia nesse ano: o médico inglês Gull e o psiquiatra francês Lasègue. Gull fez uma referência anterior ao termo “Apepsia histérica”, em 1868, em uma conferência da “British Medical Association”, mas não recebeu tanta importância (CORDÁS; CLAUDINO, 2002).

Em 1873 Lasègue publicou o artigo “De l’anorexie hystérique” [Da anorexia histérica], nos *Archives générales de médecine*, que representa um marco fundamental na história da psicopatologia da anorexia mental, pelo fato de sistematizar teoricamente os conhecimentos nessa área (PEREIRA, 1998). A nosografia psiquiátrica nessa época está dominada pelos estudos sobre a neurose – e, em particular, sobre a histeria –; e uma nova forma de descrever as patologias levando em conta não só o saber médico, mas a fala dos pacientes, entra em cena - inicialmente com Charcot e suas histéricas. O que predomina então na condução do tratamento e na descrição de Lasègue sobre as anoréxicas é essa articulação do que ele via como médico e do que elas diziam sobre si (RAIMBAULT; ELIACHEFF, 1991).

O método de Lasègue (1873) era estudar cada grupo de sintomas que fazia parte da histeria; e, nesse texto em específico, o sintoma em destaque eram os distúrbios digestivos: vômitos frequentes, dores gástricas, vômitos de sangue, distúrbios intestinais e perturbações na alimentação – como a inapetência. Ele nomeou esse quadro como “anorexia histérica”,

representando um sintoma histérico. Lasègue descreve um quadro alimentar que apresentava variações, podendo manifestar-se através de aversões a determinados alimentos e uma sensação de serem prejudiciais, por causa das dores e desconfortos; de falta de apetite sem nenhuma explicação específica; ou por outro lado, de uma “fome imaginária”, associada à ideia de que o alimento resolveria o mal-estar.

Destaca duas formas de a histérica se posicionar diante das perturbações alimentares: ou deseja livrar-se de seus medos, esforçando-se por continuar alimentando-se, mesmo sob o preço do sofrimento; ou há uma postura mais resistente e a decisão de não comer acaba prevalecendo. O autor constrói um histórico a partir desses casos de histeria que se caracterizam pela abstenção da comida, onde inicialmente o discurso é marcado pela posição de não poder comer porque isso causa sofrimento. Ele relata o caso de uma jovem entre 15 e 20 anos que começou a sentir um mal-estar vago e indefinível após as refeições e também nos intervalos, decidindo diminuir a alimentação progressivamente.

Aos poucos, ela reduz sua alimentação, sob pretexto ora de uma dor de cabeça, ora de uma aversão momentânea, ora ainda do receio de ver as impressões dolorosas que sucedem às refeições se repetirem. Passadas algumas semanas, não são mais repugnâncias supostamente passageiras, mas uma recusa da alimentação que será prolongada por tempo indefinido. (LASÈGUE, 1873/1998, pp. 160-161)

Lasègue faz um alerta aos médicos na condução do tratamento quanto à ineficácia da insistência em alimentar-se ou da tentativa de dar conselhos ou de convencer dos riscos da diminuição da alimentação. “Nesse estágio inicial, a única conduta sensata é a de observar, de se calar e de lembrar que, quando a inanição voluntária já dura várias semanas, ela já se tornou um estado patológico a longo prazo” (LASÈGUE, 1873/1998, p. 161).

A natureza desse mal-estar difuso e sem uma localização exata é investigada e diferenciada dos problemas gástricos ocasionados por alguma lesão de órgão. O uso de medicação para outras gastralgias mostra-se ineficaz. Apesar da progressiva diminuição na alimentação, é observada uma manutenção da boa saúde da paciente, que não perde peso e apresenta um aumento na força muscular e em sua disposição física. “Conhecemos a força de resistência da saúde geral nas histéricas o suficiente para não estranharmos ver como suportam

sem danos uma inanição sistemática, à qual mulheres robustas não se exporiam sem riscos” (LASÈGUE, 1873/1998, p. 163).

Em seguida ele descreve uma nova fase no curso da doença, em que as dores gástricas se atenuam dando lugar a um estado mental de quietude e de contentamento patológico. A sensação de bem-estar e a melhora da disposição física provocam uma sensação de otimismo e o discurso inicial marcado pela fórmula “não posso comer porque soffro” é substituído por “não soffro, portanto estou bem de saúde” (LASÈGUE, 1873/1998, p. 165). Assim, com a manutenção desse quadro de recusa em alimentar-se, apesar dos esforços do médico e dos familiares, Lasègue associa a anorexia histérica com uma perversão intelectual e atribui muita importância ao estado mental.

Um terceiro estágio da doença descrita por Lasègue é seguida de complicações, como a ausência da menstruação, alterações abdominais, constipação, ressecamento da pele, emagrecimento progressivo, fraqueza, vertigens, alterações cardíacas, anemia. Com essas complicações a preocupação da família se acentua muito e a paciente é colocada no lugar de doente. A implicação da família no processo de adoecimento da paciente é muito valorizada pelo autor:

Ora, é uma lei não menos positiva essa de que a histeria se deixa levar por seu meio e que a doença aumenta ou se condensa à medida que o círculo no qual os sentimentos e as ideias da paciente evoluem vai se estreitando. A culpa não pode ser imputada apenas a um vício patológico do caráter. (LASÈGUE, 1873/1998, p. 164)

Com a percepção do desespero familiar, Lasègue conclui que a paciente passa da satisfação e contentamento a uma certa inquietude com o sofrimento familiar, o que pode abrir um caminho para a possibilidade de um tratamento moral, não sem dificuldades. É interessante perceber, em todo caso, na descrição de Lasègue, a forma como a doença inicia-se – através de dores gástricas e desconfortos após a alimentação – não havendo nenhuma referência à preocupação com o peso ou com a forma física, presentes nos sintomas anoréxicos da contemporaneidade (PEREIRA, 1998).

Vejamos agora o que Charcot (1887)¹¹ escreveu sobre o tratamento, na Salpêtrière, de uma jovem de 18 anos que estava apresentando o sintoma de inapetência, por não gostar muito dos alimentos em geral e ter uma sensação de engasgo ou asfixia quando os engolia. A entrevista é feita com a paciente e sua mãe, e esta revela que os sintomas começaram após um acidente em que a filha presenciou o atropelamento de uma criança, que morreu na hora, vendo a cabeça desta presa entre dois veículos. A jovem responde para Charcot que seu sofrimento era porque não podia mais comer, desde o dia 18 de março (o acidente ocorrera dia 7 ou 8 de janeiro). A mãe conta que, desde o acidente, a filha ficou muito triste, apresentando mudanças significativas em sua personalidade; e que no dia 18 de março disse, após ter comido: “Eu engasgo” (sufoco) – e a partir daí não quis mais comer, dizendo que não tinha fome e que os alimentos não lhe pareciam bons.

Charcot afirma que se tratava de uma “anorexia histérica” e a diferencia dos casos típicos descritos por Lasègue, pelo fato de a recusa alimentar na jovem se dar em decorrência da sensação de asfixia após a ingestão de comida. Como a jovem conseguia tomar leite, ele acredita que a anorexia ainda não estava totalmente dominante. O autor afirma que o estômago da paciente passou a representar uma “zona histerógena”, em função da sensação da jovem de sentir uma bola subindo até o pescoço, sempre que comia. Charcot conclui:

Em resumo, nós nos encontramos, eu creio, na presença de um caso de anorexia histérica, que não é a grande forma. A não alimentação, aqui, não é absolutamente sistemática, a recusa do comer é mais a consequência do receio de ver sobrevir após a ingestão dos alimentos acidentes nervosos sensíveis. Eu sou levado a acreditar que o tratamento geral será suficiente para acabar facilmente com a razão de tudo isso. Não seria aí mesmo anorexia nervosa primitiva (...). (CHARCOT, 1887 apud BANHOS, 2015, p.84)

Charcot relaciona esse caso que ele denomina de anorexia histérica com o trauma vivido pela jovem, tendo este uma função determinante na produção do sintoma e prevalecendo em relação a conteúdos sexuais.

---

¹¹ Cf. J.-M. Charcot (1887) *Leçons du mardi à La Salpêtrière: notes de cours de M. M. Blin, Charcot et Colin*. Paris: Librairie A. Delabaye et Emile Lecrosnier.

1.3) Freud: da histeria à melancolia

É importante dizer que as observações de Freud sobre a anorexia foram feitas no momento da pré-história da psicanálise. Ele não chegou a atender muitos casos de anorexia e nem a formular uma teoria específica sobre o tema. No entanto, as poucas referências que faz apontam primeiramente para a relação com a neurose histérica. Podemos pensar os sintomas histéricos, a partir de Freud, como substitutos de desejos recalcados e “como efeitos e resíduos de excitações que atuaram sobre o sistema nervoso como traumas” e que não sofreram descarga através de uma reação ou do pensamento (FREUD, 1895a/1996, p. 115). Parte dessa excitação traumática transforma-se em sintomas somáticos, o que caracteriza a *conversão*, que pode variar de intensidade a cada caso de histeria.

Em “Um caso de cura pelo hipnotismo”, Freud (1893a) descreve o que pode ser considerado seu único relato de caso sobre a anorexia, tratando-se não de um filho que se torna anoréxico, mas de uma mãe que fica anoréxica com a chegada de um filho (RAIMBAULT; ELIACHEFF, 1991). O caso é de uma jovem senhora de 23 anos que não conseguia amamentar seus filhos recém-nascidos antes da intervenção hipnótica. Como a inibição para amamentar se repetiu com o filho anterior e com o posterior, essas experiências “serviram de controle do êxito terapêutico, tal como raramente se consegue lograr” (FREUD, 1893a/1996, p. 159).

A paciente não era considerada neurótica pelo seu médico de família, tratando-se de uma *histeria ocasional* – expressão nomeada por Charcot, que se refere a uma categoria da histeria em que a saúde nervosa não apresenta perturbações em outros aspectos. Freud começa a apresentar o caso referindo-se ao irmão da paciente, que teve seus planos de vida arruinados por uma gonorreia associada a uma neurastenia juvenil e uma dispepsia acompanhada de uma obstrução intestinal inexplicável. Freud traz uma dúvida em relação à predisposição hereditária à neurose na família.

Apesar de o parto do 1º filho da paciente ter transcorrido normalmente sem nenhuma intercorrência, e de ela possuir uma constituição corporal favorável, o leite não era abundante e a criança causava dores durante as tentativas de amamentação. Logo ela mesma se tornou inapetente e passava as noites em claro excitada e insone. Depois de 15 dias a criança foi entregue para uma ama de leite. Três anos depois, uma nova gestação trouxe manifestações ainda

mais penosas para a paciente – incluindo depressão, vômitos e o retorno da insônia. Freud a encontra irritada por sua incapacidade para amamentar, “mas contra a qual ela lutava com todas as suas forças” (FREUD, 1893a/1996, p. 161). Ela mesma não se alimentava para evitar os vômitos e queixava-se de gosto amargo na boca.

Freud hipnotiza a paciente, que entra em estado de catalepsia e é exposta à seguinte dose de sugestão: “Não tenha receio! Você vai poder cuidar muito bem do seu bebê, ele vai crescer forte. O seu estômago está perfeitamente calmo, o seu apetite está excelente, você já está na expectativa da próxima refeição etc.” (FREUD, 1893a/1996, p. 161). A paciente acorda amnésica, mas antes disso Freud tem que acalmar o marido, que estava preocupado que a hipnose pudesse prejudicar ainda mais os nervos da sua esposa. Na manhã seguinte ela acorda com apetite, come e dá de mamar para a criança. No entanto, o almoço lhe parece excessivo e ela volta a vomitar. Freud é chamado e faz a seguinte declaração, de natureza psicoterapêutica: “Não consegui nenhum resultado com minha argumentação de que a batalha já estava quase ganha, de que agora ela estaria convencida de que o problema podia desaparecer e que de fato havia desaparecido durante meio dia” (FREUD, 1893a/1996, p. 162).

Isso combina com o fato de que, na segunda sessão de hipnose, ele tenha agido com mais energia e confiança. Freud fala então assertivamente que, cinco minutos depois de ele sair, ela deve comer e a interpela: “como poderia ela amamentar a criança, se ela mesma não tinha nada para comer?” (FREUD, 1893a/1996, p. 162). Ela obedece, para surpresa do marido, que aparentemente confirma o tom crítico usado por Freud. No dia seguinte ela já não requeria mais tratamento e amamenta o filho durante 8 meses. O que chama a atenção de Freud é o fato de a paciente não ter falado com ele sobre esse sucesso terapêutico.

Um ano depois sobrevém uma nova gravidez, seguida dos mesmos sintomas anteriores: anorexia, sentimento de nojo para consigo mesma e incapacidade de satisfazer seu filho. Dessa vez, a primeira hipnose só faz com que ela perca ainda mais suas esperanças, “pois sua vontade nada conseguia fazer contra sua aversão aos alimentos e contra seus outros sintomas” (FREUD, 1893a/1996, p. 162). É só depois de uma segunda sessão de hipnose que ela pode amamentar seu filho e que todos seus sintomas cessam. É então que vem à luz a fala retida da paciente sobre o êxito do tratamento: “Eu me sentia envergonhada, porque uma coisa como a hipnose podia obter

resultado, ao passo que eu, com toda a minha força de vontade, não conseguia nada” (FREUD, 1893a/1996, p. 162).

Na elucidação do mecanismo psíquico da perturbação da paciente, Freud começa distinguindo dois tipos de representação que se conectam com afetos: as que indicam intenções e as que indicam expectativas. Tais ideias, por sua vez, dividem-se segundo o significado de seu desenlace e segundo seu grau de incerteza. Quando o grau de incerteza combina com a expectativa contrária surgem as “*ideias antitéticas aflitivas*”, cuja expressão narrativa no caso das intenções é: “Não vou conseguir executar minha intenção, porque isto ou aquilo é demasiado difícil para mim, e eu sou incapaz de fazê-lo; sei, também, que algumas outras pessoas igualmente fracassaram em situação semelhante” (FREUD, 1893a/1996, p. 163).

Nas pessoas de “vida sã”, as ideias antitéticas aflitivas relacionadas à intenção são sufocadas ou inibidas o máximo possível. Ao contrário, na neurose – e nesse caso ele não se refere à histeria, apenas, mas ao “*status nervosus em geral*” –, cabe pressupor uma “tendência à depressão e à diminuição da autoconfiança, tal como as encontramos muito desenvolvidas e individualizadas na melancolia” (FREUD, 1893a/1996, p. 163).

Nas neuroses, as ideias antitéticas contrárias às intenções recebem grande atenção; e quando se relacionam com as expectativas, podem expressar-se como uma inclinação ao pessimismo e por associação com impressões contingentes que geram os sintomas fóbicos e a mania de dúvida dos neurastênicos. Se na neurastenia a ideia antitética se enlaça com a ideia volitiva em “um único ato da consciência”, na histeria há uma dissociação da consciência e a ideia antitética é desligada de seu desígnio e permanece separada no inconsciente. Na ocasião de realizar o desígnio retido, a ideia antitética se objetiva “através da inervação do corpo” – surgindo, assim, a experiência de uma “*contravontade*”, que deixa a vontade consciente impotente (FREUD, 1893a/1996, p. 164).

Freud argumenta que, se a paciente fosse neurastênica, sua conduta em relação à amamentação teria sido diferente:

Ela teria sentido um temor consciente da tarefa que lhe competia, teria estado muito preocupada com os vários acidentes e perigos possíveis e, depois de muito contemporizar com ansiedades e dúvidas, teria, afinal, conseguido amamentar sem qualquer dificuldade; ou então, se a ideia antitética se tivesse

tornado dominante, a paciente teria abandonado seu encargo, por sentir-se receosa do mesmo. (FREUD, 1893a/1996, p. 165)

Se a neurastenia sofre com uma *fraqueza da vontade*, a histeria padece de uma *perversão da vontade*. Os sintomas subjetivos como a inapetência, a repugnância aos alimentos e as dores coligem-se com os sintomas que controlam o corpo, como a suscetibilidade do trato intestinal e os vômitos. Confirma-se, assim, a hipótese da histeria de ocasião, tendo por causa a excitação causada pela primeira gestação ou esgotamento do parto, considerado “o maior choque a que está sujeito o organismo feminino” (FREUD, 1893a/1996, p. 165). Podemos inferir, dessa dimensão traumática do parto, questões referentes à feminilidade, à maternidade e à função de alimentar o outro que o corpo da mulher possui, incluindo a “equação simbólica comer-amamentar” (FERNANDES, 2006, p. 99). Salta aos olhos nesse trajeto a importância da identificação entre a mãe e a filha que se viu privada da amamentação.

Nesse mesmo ano (1893b) Freud relaciona a histeria com a presença dos sintomas de vômito e anorexia, em uma discussão sobre a relação dos sintomas histéricos com traumas desencadeadores:

Os sintomas cujo rastro podemos seguir até os referidos fatores desencadeadores deste tipo abrangem nevralgias e anestésias (...), contraturas e paralisias, ataques histéricos e convulsões epileptóides (...), *petit mal* e perturbações da ordem dos tiques, vômitos crônicos e anorexia, levados até o extremo de rejeição de todos os alimentos (...). (FREUD, 1893b/1996, p. 40)

No caso de Emmy Von N. (1895a), a anorexia ocupava um lugar central no quadro histérico descrito por Freud, acompanhado também de fobia de beber água e dores gástricas muito fortes. Nesse caso Freud também faz uso da hipnose e a paciente acaba revelando que suas dores gástricas e a falta de apetite iniciaram-se logo após a morte do marido, época do nascimento de sua segunda filha – duas situações que podem ser consideradas traumáticas e desencadeadoras de sintomas. Em todas suas referências à anorexia até esse momento, Freud relaciona alguma vivência traumática que acabou sendo inscrita no corpo, mesmo que articulada à fantasia (FERNANDES, 2006).

Outra associação trazida pela paciente sobre o comportamento de comer tão pouco foi que ela se parecia com o pai, que também comia pouco, revelando assim uma identificação

parcial com esse traço paterno. Freud associa a anorexia da paciente com uma classe de abulia (inibição da vontade) onde estão presentes associações relacionadas com afetos, que não eram resolvidas e faziam oposição à relação com outras associações:

Ela comia tão pouco por não gostar do sabor, e não podia apreciar o sabor porque o ato de comer, desde os primeiros tempos, se vinculara a lembranças de repulsa cuja soma de afeto jamais diminuía em qualquer grau; e é impossível comer com repulsa e prazer ao mesmo tempo. Sua antiga repulsa às refeições permanecera inalterada porque ela era constantemente obrigada a reprimi-la, em vez de livrar-se dela por reação. (FREUD, 1895a/1996, p. 118)

Freud está se referindo, nesse trecho, às vivências infantis que envolviam as refeições, como quando era obrigada pela mãe a comer a carne fria – o que lhe causava muita repugnância – e quando comia com os irmãos que estavam doentes e tinham comportamentos à mesa que lhe davam repulsa, mas ela não podia expressar esses afetos por medo de magoá-los.

Em todos esses casos de histeria associados a esse quadro alimentar de anorexia, Freud observa uma depressão concomitante, destacando já uma dimensão melancólica, ligada, no entanto, ao funcionamento neurótico. A partir do “Rascunho G” (1895b) Freud relaciona a anorexia com a melancolia e abre uma nova possibilidade de compreensão da anorexia, priorizando questões autoeróticas e trazendo para a discussão a dimensão pré-genital do funcionamento libidinal, ligado à fase oral do desenvolvimento sexual:

A neurose alimentar paralela à melancolia é a anorexia. A anorexia das jovens, que é um problema bem conhecido, aparece, após uma observação rigorosa, como uma forma de melancolia nos sujeitos com a sexualidade ainda inacabada. A paciente assegura não comer simplesmente porque ela não tem fome. Perda de apetite e, no domínio sexual, perda de libido. (FREUD, 1895b/1996, p. 93)

A melancolia é descrita como perda da libido e estabelece-se assim uma relação entre a perda de apetite e a perda da vida pulsional nas anoréxicas. Segundo Fernandes (2006) essa perda libidinal pode ser observada na experiência de decepção, tipicamente observada na narrativa das anoréxicas:

(...) vivência de uma decepção, uma espécie de desencanto, seja frente a elas próprias, seja em relação à figura materna ou paterna. Essa decepção parece

traduzir o encontro dramático, que o próprio desenvolvimento impõe, entre os ideais de perfeição e o confronto com a realidade humana, delas próprias e dos outros. (FREUD, 1895b/1996, p. 106)

Ainda no texto “Rascunho G”, Freud refere-se à anorexia nervosa como análoga à “anestesia histérica”, quando está discutindo o papel da anestesia sexual na melancolia, utilizando um quadro esquemático da sexualidade. Os tipos de anestesia seriam: a) frigidez, marcada por uma pequena descarga no coito e uma sensação voluptuosa reduzida; b) anestesia masturbatória ou do coito interrompido, onde há um prejuízo no caminho entre a sensação e a ação reflexa; e c) anestesia histérica, caracterizada por um desvio da sensação voluptuosa na direção da “repulsa-defesa”, análogo à repulsa na anorexia.

Freud argumenta que a melancolia relaciona-se com uma “falta de excitação sexual somática” e a anestesia está relacionada com uma “ausência de sensação voluptuosa”. Uma pessoa pode ter algum tipo de anestesia sexual sem necessariamente ser melancólica; “no entanto, a anestesia é um sinal ou um pródromo da melancolia, pois o p.S. [grupo sexual psíquico] fica tão enfraquecido pela ausência de V. (sensação voluptuosa) como pela ausência de s.S. [excitação sexual somática]” (FREUD, 1895b/1996, p. 250).

Em 1918 Freud refere-se à anorexia no caso “O homem dos lobos”, colocando-a na categoria de uma neurose em que a questão central localiza-se na recusa sexual através do sintoma anoréxico, relacionado à fase oral da vida sexual. Mas nesse caso a anorexia segue as vias de uma verdadeira inibição, uma vez que se prende à fantasia de devoração pelos lobos, com sua consequente interdição da oralidade. Não há luta contra a sensação de fome, não há desafio ao outro nem resposta de neutralização de uma demanda, mas uma defesa contra o desejo do Outro.

1.4) Lacan: do objeto *nada* como desejo ao objeto *nada* como gozo

A teoria lacaniana sobre a anorexia foi consultada a partir das referências e indicações do psicanalista Domenico Cosenza, que estão localizadas ao longo de seu livro: “*La comida y el inconsciente: psicoanálisis y trastornos alimentarios*” – [A comida e o inconsciente: psicanálise e transtornos alimentares] (2013). Dois momentos importantes da teoria lacaniana são destacados

e se articulam em torno da questão do objeto. Num primeiro momento do ensino de Lacan – mais especificamente no *Seminário 4* (1956-57) e em “A direção do tratamento e os princípios de seu poder” (1958) –, o paradigma histórico está no centro da teoria.

Lacan (1956-57) chama a atenção para a relação da anoréxica com a comida, dizendo que não é que ela “não coma nada”, mas que ela “come nada” – o *nada* representando um objeto no plano simbólico, um significante que diz que o desejo não se reduz aos objetos da necessidade e do gozo (LACAN, 1956-57/1995, p. 188). O *nada* foi acrescentado por Lacan à lista dos objetos freudianos: *oral*, *anal* e *fálico* – lembrando que ele também acrescentou os objetos *voz* e *olhar*, principalmente a partir do *Seminário 10*.

O objeto *nada*, ao contrário dos outros objetos, não se liga exclusivamente a uma zona erógena específica. Não há uma relação exclusiva do objeto *nada* com a zona oral, como se poderia pensar. “O nada de Lacan é mais um objeto *sui generis* que gravita no corpo pulsional e que parasita as zonas erógenas, especialmente a zona oral, é certo, mas pelo fato de se introduzir na raiz do funcionamento da pulsão mesma” (COSENZA, 2013, p. 94; tradução nossa). Esse objeto, por sua vez, não é exclusivo da anorexia, uma vez que ele aparece na teoria lacaniana relacionado à histeria¹², à fobia¹³ e à neurose obsessiva¹⁴ – e, mais tarde, em uma conversação de Miller, com a psicose ordinária¹⁵ (COSENZA, 2013). No entanto, Lacan recorre à anorexia com muito mais força para tratar desse objeto por considerá-la um exemplo paradigmático da operatividade da função do nada, como um objeto que está em função do gozo, e não como causa de desejo. Existem, portanto, diferentes funções do objeto *nada* na teoria lacaniana, e desenvolveremos primeiramente sua função na histeria.

Lacan (1958) ilustra o paradigma histórico da anorexia através do processo de estruturação do desejo pelo lugar da falta. Tomemos seu exemplo sobre o que pode ocorrer quando o Outro confunde o desejo da criança com a satisfação de suas necessidades. O processo de estruturação do desejo pelo lugar da falta ilustra que toda demanda é, na verdade, demanda de amor, de algo que está além da satisfação da necessidade e que é endereçada ao Outro - lugar da

¹² Cf. J. Lacan (1956-1957). *O Seminário, livro 4: A relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1995, p. 188.

¹³ Ibidem, curso de 20 março de 1957.

¹⁴ Cf. J. Lacan (1968-1969). *O Seminário, livro 16: De um Outro al outro*. Trad. Vera Ribeiro. Buenos Aires: Paidós, 2008, pp. 297-306.

¹⁵ Cf. J. A. Miller (org.). *Situations subjectives de déprise sociale*. Paris: Navarin, 2009, pp. 169-170.

fala e da falta. No entanto, quando o Outro confunde “seus cuidados com o dom de seu amor”, alimentando a criança com a “papinha sufocante daquilo que tem”, a recusa alimentar da criança assume a função de um desejo. E ele prossegue dizendo que “é a criança alimentada com mais amor que recusa o alimento e usa sua recusa como um desejo (anorexia mental)” (LACAN, 1958/1998, p. 634), uma vez que sua recusa em satisfazer o desejo da mãe, representa uma exigência de que esta deseje outras coisas, que não a criança. Podemos entender esse “mais amor” com essa oferta dos objetos da necessidade, que ocupam o lugar do amor como falta-a-ser, como “dar o que não se tem” (LACAN, 1958/1998, p. 624).

Podemos entender o objeto do desejo como irreduzível ao objeto da necessidade, visto que não há objeto que resolva a questão da falta estrutural de todo sujeito. O objeto *nada* na anorexia, nesse momento do ensino de Lacan, aparece configurado como um objeto que mantém o desejo vivo e que faz um apelo ao Outro para que ele apresente sua falta: “Seu corpo, em constante risco de morte, encarna dessa maneira um pedido dirigido ao Outro, para que este retifique sua atitude, saia da confusão e entregue à filha sua própria falta, o dom de seu amor” (COSENZA, 2013, p. 86; tradução nossa). O que a histérica nos ensina, e que se aplica ao paradigma histórico da anorexia, é que é possível gozar da insatisfação, do objeto vazio; e que o objeto *nada* pode funcionar como causa de desejo. A recusa na anorexia – das “virgens magras”, como diz Lacan (1958/1998, p. 607) – tem uma motivação simbólica, de uma aversão por aquilo que mais se deseja. Contudo, não é como nada que o objeto de oferta se apresenta, mas como positividade excessiva, objetalizada no alimento, em sua potência nutricional, em seu imperativo de imagem. Portanto, podemos supor que a identificação histórica cria esse vazio, dando forma a esse nada, em sua recusa alimentar. Assim como Freud descreve a formação de uma identificação pela alternância entre atividade e passividade, a anorexia cria uma identificação por meio da alternância entre a positividade e a negatividade.

A rearticulação do estatuto do objeto *nada* na anorexia – de objeto causa de desejo para objeto como função de gozo – inicia-se a partir do *Seminário 11* (1964), onde Lacan coloca duas posições contrárias diante do comer nada. A primeira é o estatuto real do objeto *nada* do menino anoréxico, que demonstra clinicamente o objeto *a* como uma dimensão real do inconsciente e um gozo que não se encontra articulado com o significante. A segunda posição é a ameaça de desaparecimento que a anoréxica anuncia para o Outro, através de seu corpo emagrecido que

encarna a pergunta: “Você pode me perder?” – pergunta que tenta provocar uma falta no Outro pela angústia de morte (COSENZA, 2013). Nesse momento, portanto, Lacan localiza a anorexia de duas formas: entre um gozo que não inclui o Outro e uma posição de endereçamento ao Outro tentando provocar uma falta. Vê-se, assim, que esse traço negativo do objeto, descrito na anorexia, torna-se – a partir da redefinição marcada pela teoria da angústia e pelas teses sobre alienação e separação – incorporado como universal do objeto *a*. A partir de então o “nada” deixa de ser um tipo de objeto, tal como o anal, oral ou escópico ou acusmático, e passa a ser um traço de todo e qualquer objeto *a*.

No *Seminário 21* (1974) ainda inédito, na aula de 9 de abril de 1974, Lacan acrescenta uma nova forma de abordar a relação da anoréxica com o Outro: enquanto nos seminários anteriores a recusa anoréxica assumia uma finalidade de provocar uma falta no Outro, aqui ele formula uma nova tese de que a recusa provoca o rechaço do Outro e do saber inconsciente. Podemos entender o rechaço como uma posição subjetiva que a anoréxica assume em relação não só à comida, mas ao próprio corpo como sexuado, à própria imagem no espelho, ao vínculo com o Outro e ao saber inconsciente. O rechaço do Outro pode ser lido como o rechaço que provém do Outro – que não reconhece inconscientemente o sujeito anoréxico em sua singularidade - e como o rechaço que a anoréxica dirige ao Outro (COSENZA, 2013).

Lacan formula uma relação entre a função do objeto *nada* e o campo do saber, entre a anoréxica e o saber inconsciente: é o horror, e não o desejo, que preside a questão do saber. Ele cita o exemplo das crianças, com seu desejo de saber formulado nos infinitos “por quês”. Já nas anoréxicas existe um horror ao saber inconsciente revelado pela posição “eu como nada” e pela ausência de questionamentos sobre seu sintoma, já que não vivem sua condição como um problema. A especificidade do saber está justamente na relação com o inconsciente, que em alemão se diz “*Unbewusste*”, e que pode ser entendido como um “saber que não se sabe”. Na análise que Lacan (1960-61) faz do *Banquete* de Platão, ele anuncia que o amor encontra-se relacionado com a busca de um saber que não se tem, denunciando assim uma proximidade entre amor e falta.

O que ocorre na anorexia é o caminho contrário do amor, já que o sujeito se apoia em um saber que podemos chamar de “pseudossaber dessubjetivado: um saber-gozo-sem-limite” (COSENZA, 2013, p. 92; tradução nossa). O autor articula o saber na anorexia com o saber

técnico, regido por uma lógica da certeza, sem enigmas e que não leva em conta o que cada sujeito tem de mais particular: sua subjetividade. A posição da anoréxica – “eu como nada” – é uma posição de convicção, e não de incerteza ou de alguém que demanda uma resposta para algo que lhe aflige. Segundo Raimbault e Eliacheff (1991, p. 5), à medida que a anoréxica nega seu sintoma e as consequências, ela promove “uma inversão de papéis: são elas que sabem, são seus próprios terapeutas; nesta verdadeira luta pelo poder e pelo saber, o vencedor nem sempre é o médico”.

A relação da anoréxica com o objeto *nada*, nesse momento do ensino lacaniano, não é o objeto que causa o desejo, mas o objeto como função de gozo, que obstaculiza a divisão subjetiva, reduz a subjetividade do sujeito ao mínimo e desativa a função da palavra. Nas palavras de Cosenza (2008):

De fato, o nada adquire o estatuto afirmativo de objeto substância de gozo que habita o corpo da anoréxica, para em sua boca e no conjunto das zonas erógenas, produzindo nela um duplo movimento: fechamento em relação ao Outro e satisfação independente, nirvânica e autodestrutiva, quase toxicomaníaca. (COSENZA, 2008, p. 36)

Partindo das discussões de Lacan (1974) sobre a relação de horror que a anoréxica mantém com o saber inconsciente e da recusa do desejo de saber, procuramos desenvolver – através de um recorte clínico de anorexia – a ética da psicanálise, que se funda na passagem do caso universal ao sujeito do inconsciente. Observamos na clínica como as pacientes anoréxicas chegam ao consultório sem histórias para contar, mantendo um discurso estereotipado focado em preocupações com o corpo e com o peso, não havendo espaço para se perguntarem sobre seu sofrimento. A transferência nesses casos não se encontra endereçada ao saber, mas sim fixada ao objeto de gozo. Isso concorre para lermos essa regularidade dos tratamentos de anorexias, nos quais a abertura para realizar transferências parece estar substituída pelo empuxo a efetivar identificações.

Por isso pensamos que se, por um lado, a historicidade se constitui por fragmentos e por pedras de espera – valendo-se do inconsciente como a poesia com a qual se faz história – podemos dizer que, em grande parte dos casos de anorexia, principalmente nos casos severos, o

efeito de poesia do inconsciente fica comprometido, dificultando a construção de uma história do sujeito e de seu sofrimento.

Caso clínico - Marcas de sacrifício: a anorexia nervosa como um grito mudo

Uma menina chega à análise sem nada a dizer sobre seu sofrimento. Sua boca não está fechada apenas para a comida, mas principalmente para as palavras: mantém-se num silêncio constante e, quando fala, trava os dentes na boca, como se não pudesse abri-la. Nas poucas vezes em que fala, repete relatos repletos de monotonia, que descrevem o cotidiano limitado de não querer comer e de fazer exercícios físicos até a exaustão e a dor. Algumas frases são ditas como “não tenho problema nenhum”, “não sei o que estou fazendo aqui”, “não tenho nada para falar”. Não faz associação do seu mal-estar com o corpo, visto como gordo, e algum aspecto de sua vida e relações.

Ela passa a imagem de alguém que se esconde, tanto pela ausência de palavras como pela ausência de olhar e pela maneira que se veste, cobrindo sempre os braços e a cabeça. No início de todas as sessões mantém-se em um silêncio absoluto, e a sensação que passa é a de que fica confortável nesse abismo sem palavras, com o olhar perdido, que não busca o analista. Se o Outro não a procura, perde-se em si mesma. Então é preciso que o analista fale e se faça presente: que pergunte dela, como se sente, como foi a semana – saindo de sua posição de neutralidade analítica. Mas é fundamental que seja uma fala analítica que não a invada e que não interprete, pelo menos no início do trabalho, enquanto a transferência simbólica não se instituir.

E assim passam-se sessões e mais sessões, em que o analista sustenta sua posição num terreno tão desértico. A primeira expressão de algo de sua subjetividade é possível através de desenhos. Como revela que gostava de desenhar antes da anorexia, é oferecido papel e lápis. Primeiro desenha duas figuras femininas, sem rosto, uma ao lado da outra, e escreve “como eu sou”, em cima da imagem onde coloca uma figura mais farta, cheia de ondas na região abdominal – e “como eu gostaria de ser” – em cima da figura bem emagrecida. Em outra sessão faz uma espécie de árvore genealógica, com interligações, e coloca frases curtas que dizem respeito à sua posição subjetiva e ao seu lugar no mundo: “Não mereço viver”, “Sou gorda”,

“Não mereço ser amada”, “Não sirvo pra nada”, “Sou pesada”, “Não consigo me fazerem amar pelo que realmente sou”, “Sou vista como doente, louca”.

A partir dessas frases curtas e singulares, esparramadas pelo papel, vê-se – pela primeira vez, desde o início do tratamento – algo próprio desse sujeito, descolado do discurso anoréxico, permitindo o início do esboço de alguns traços de sua história. Duas questões centrais aparecem: sua posição de objeto de gozo do pai, que batia nela “quando dava vontade”, e o fantasma de sua morte no desejo materno. E conforme foi entrando em contato com seu lugar no desejo dos pais, lugar de resto, de dejetos, anuncia sua vontade de morrer, dizendo que fica pensando em como fazer. Parece não suportar a vida. Fala do risco de morte iminente na sua primeira internação, conforme lhe disseram os médicos, devido ao baixo peso, mas revela uma ausência de preocupação com seu estado físico. Disse que seria bom morrer por ser “*um peso*” na vida de sua mãe e família.

Outro sintoma é revelado: cortes autoinduzidos na pele. A primeira vez que se cortou foi quando estava sem comer e seu pai a obrigou, segurando seus braços e abrindo sua boca à força. Ela disse que não queria comer, mas ele continuou forçando. A seguinte intervenção analítica foi feita: “Você não era ouvida”, e ela prossegue: “Um grito mudo”. Retenhamos a força da imagem global, imediatamente lembrada, do momento inicial dos cortes. É como uma cena recuperada em seu conjunto, com seu movimento e sua resposta pontual. Ao contrário da cena histérica tantas vezes descrita por Freud, na qual o que se encontra retido é a dúvida, a indeterminação de sentido que precede e procede ao trauma, aqui é a resposta que é fixada, a sua estratégia de incorporação da angústia em uma imagem de si – e, mais precisamente, em uma sensação.

Debaixo das roupas que a cobriam e de poucas palavras começa a demonstrar muita inteligência, esperteza, humor e percepção da dinâmica familiar. Outra intervenção analítica: “Você é uma pessoa que tem muito a dizer”. Ela escuta e diz que quase ninguém a leva a sério, e que tem medo de falar e de as pessoas a acharem “*pirada*”.

Fez duas tentativas de suicídio ao longo da análise, relatando de maneira tranquila e sem angústia. Foi somente *a posteriori*, após um ano de análise, que deu algum sentido para o ocorrido: verbaliza o ódio sentido pelo irmão, a falta de lugar no desejo materno, preferindo se sacrificar em nome do ódio pelo outro. Por muito tempo a temática da morte e a passagem ao ato ocuparam a cena analítica. Qual a direção de análise neste caso, então, em que o sujeito não

encontra soluções para a vida, não a suporta? A separação da posição de objeto-dejeto e a construção de um desejo de vida tornam-se necessárias, assim como trabalhar o imaginário que dá consistência à vida, propiciando invenções para o sujeito.

Seu ideal de ficar cada vez mais magra não a deixa viver: não tem amigos, não sai de casa, fica sempre no seu canto. A cada sessão eram retomadas coisas de que gostava e que foram deixadas de lado após o início da anorexia. Começa a aparecer em cena alguns aspectos femininos, mostrando com blusas mais curtas suas marcas decorridas dos cortes. Depois de muito tempo de análise, dá um sentido para as blusas compridas, mesmo em dias quentes: quando era criança e apanhava do pai, tinha que esconder as marcas, atendendo a um pedido materno, para que as pessoas não vissem. Se antes seu pai lhe deixava marcas, agora ela mesma se ocupa disso. Diz que a dor física alivia a dor emocional e que se corta por ter raiva dos outros. Lembra-se da frase de uma enfermeira em uma das internações: “Nossa, você realmente tem que se cortar, porque imagina você fazer isso com os outros, cortá-los?” Outra intervenção analítica: “Você pode expressar sua raiva dos outros falando o que sente”.

A partir do texto de Freud (1919) “Uma criança é espancada”, que contribui para a compreensão da origem das perversões sexuais e trabalha a respeito das fantasias de espancamento na neurose, surgem questões sobre os cortes autoinduzidos presentes no caso. Eles parecem ser uma continuidade das surras que levava do pai, prolongando assim as marcas deixadas por ele. Freud nos esclarece que as fantasias de espancamento têm sua origem em uma ligação incestuosa com o pai, representando uma regressão do amor incestuoso: “O ser espancado também significa ser amado (num sentido genital), embora rebaixado a um nível inferior, por causa da regressão” (FREUD, 1919/1976, p. 246). Nesse caso, não se trata de fantasias de espancamento, mas do ato mesmo em si; e se, por um lado, ela se “decepciona” com o pai a partir do momento que ele a agride, perdendo seu amor, ela buscaria através do sintoma atual perpetuar essas marcas como uma tentativa de retomar o amor do pai? Ou busca, através das marcas no corpo, resgatar o significante Nome do Pai, um traço simbólico? Interessante que suas tentativas de suicídio se deram após as tentativas frustradas de se colocar como lei para o irmão, e provocaram uma insatisfação da mãe por ela fracassar nesse papel.

Quando trata do masoquismo, Freud (1924/1969, p. 211) nos ajuda a pensar no que chama de “sentimento inconsciente de culpa” ou “necessidade de punição às mãos de um poder

paterno”, o que está muito presente em nosso caso. Freud diz que se, por um lado, com o declínio do complexo de Édipo ocorre uma dessexualização dos objetos de amor investidos pela criança – propiciando o surgimento da consciência e da moralidade –, com o masoquismo moral o Édipo é revivido e a moral é sexualizada:

Novamente, o masoquismo cria uma tentação a efetuar ações ‘pecaminosas’, que devem então ser expiadas pelas censuras da consciência sádica (...) ou pelo castigo do grande poder parental do Destino. A fim de provocar a punição desse último representante dos pais, o masoquista deve fazer o que é desaconselhável, agir contra seus próprios interesses, arruinar as perspectivas que se abrem para ele no mundo real e, talvez, destruir sua própria existência real. (FREUD, 1924/1969, p. 211)

Posteriormente, uma nova fase do tratamento analítico se apresenta, através da expressão intensa de sentimentos hostis, principalmente em relação à mãe e aos irmãos, e do compartilhamento com o analista de algumas palavras escritas, cuja temática central é seu lugar de morta. Diante de uma fala em que diz que vai dedicar sua vida para tornar a vida da mãe um inferno, nem que custe a sua própria, é feita a seguinte intervenção: “mas se você ficar se ocupando de sua mãe, como fica a sua vida, as coisas de que gosta?” A análise deve propiciar que se separe desse lugar de morta e que invente novas possibilidades de estar no mundo. Uma tarefa difícil para alguém que parece não querer abrir mão desse gozo do sacrifício do próprio corpo e de sua própria vida.

O horror ao saber inconsciente – como bem nos apontou Lacan quando se refere à anorexia – não se remeteria, nesse caso, ao horror à ausência de lugar no desejo materno? E também ao gozo em colocar seu corpo em sacrifício, buscando um amor paterno ou a própria lei? Sua história traz uma dimensão do insuportável, que é a constatação de não ter um lugar no desejo dos pais.

Lacan (1957-58) comenta sobre a tendência suicida de alguns sujeitos que foram filhos não desejados:

À medida mesma que se articula melhor para eles aquilo que deve fazer com que se aproximem de sua história de sujeitos, eles se recusam cada vez a entrar no jogo. Querem sair dele, literalmente. Não aceitam ser aquilo que são, não querem essa cadeia significante na qual só foram aceitos com pesar por sua mãe. (LACAN, 1957-58/1999, p. 254)

Ao contrário do que intuitivamente se possa pensar, a ausência empírica do outro materno e sua consoante expressão de desejo não trazem consigo uma suspensão do desejo, mas a sua perenização. É quando esse desejo não encontra um suporte, seja ele significativo, seja ele traço, que o suposto desejo da mãe, o imaginado desejo que não veio, se torna soberano e onipresente. Portanto, reencontramos aqui o tema da alienação e do abandono no centro da anorexia. O elemento que podemos acrescentar a essa leitura diz respeito a como esse *nada* é ocupado por uma imagem sensorializada, um traço de gozo, cuja identificação remanesce inexplicada.

A aposta analítica na construção de um lugar de vida

Diante do horror ao saber inconsciente, o que pode uma análise? Na discussão do caso foi mostrada a dimensão do insuportável na história da paciente, e como ela foi lidando com esse saber aos poucos construído – seja através da passagem ao ato, seja, posteriormente, conseguindo elaborar através das palavras. A análise tem propiciado à paciente que construa novas cadeias significantes em que se posicione de maneira distinta do lugar que ocupa no desejo dos pais. Algumas possibilidades têm surgido de reinserir-se em novos laços sociais, de retornar a estudar e de perceber relações em que é desejada.

1.5) Psicanalistas contemporâneos: masoquismo, melancolia e arranjo perverso

Anorexia histérica e Anorexia severa: questões diagnósticas

Alguns autores, como Recalcati (2001) e Cosenza (2008; 2013), fazem uma leitura diagnóstica da anorexia, baseada na teoria lacaniana dos dois estatutos do objeto *nada*, dividindo-a em “anorexia histérica” e “anorexia verdadeira” – mas que chamaremos aqui de “anorexia severa”.

Na anorexia histérica, o mecanismo da recusa funciona para produzir desejo e para que o Outro o reconheça, e há um pedido para o analista de que ele interprete seu sintoma. A direção do tratamento é fazer emergir a palavra no lugar da recusa, num sentido metafórico, ou seja, que o sujeito coloque em palavras aquilo que até então estava restrito à experiência do corpo e

recalcado. A anorexia aparece aí como um sintoma que porta um enigma inconsciente, que está recalcado e que tem possibilidades de ser decifrado. Castro (2014, p. 92) acrescenta a essa discussão a vertente do gozo na histeria, onde “extraí-se um gozo da privação: goza-se de não gozar”. Nesses casos, a estratégia histérica da insatisfação está presente e é levada ao extremo pelo sintoma anoréxico:

Eis o quadro de anorexia histérica no centro do discurso de Lacan sobre a anorexia: ao orquestrar o próprio dejetos (da comida, do sexo, do corpo feminino) como um desejo, a anoréxica coloca em cena, de modo exemplar, o estatuto simbólico-metafórico do sintoma como mensagem inconsciente escrita no corpo. Essa mensagem demanda o desejo do Outro e a interpretação, mesmo que seja preciso pôr em risco a sobrevivência do corpo. (COSENZA, 2008, p. 35; tradução nossa)

Já a anorexia severa não se reduz à estrutura clássica de sintoma como substituição simbólica de um desejo inconsciente, pelo fato de haver uma “relação egossintônica, de plena identificação e livre de questionamentos enigmáticos a respeito de seu sintoma” (COSENZA, 2013, p. 70; tradução nossa). Representa, no pensamento desses autores, os casos mais graves e mais refratários ao tratamento analítico – não se estabelecendo nenhuma transferência, somente imaginária. A recusa impede o processo de simbolização desde sua origem e produz o rechaço do Outro. São casos onde está presente uma prevalência da pulsão de morte e com frequência despertam dúvidas quanto ao diagnóstico, havendo “a necessidade de se fazer um diagnóstico diferencial com a psicose” (SCHEJTMAN, 2004, p. 179; tradução nossa).

O objeto *nada* que prevalece nesses casos é o objeto de gozo que faz obstáculo à divisão subjetiva do sujeito e que é impermeável à interpretação clássica psicanalítica centrada no significante e na ordem simbólica (COSENZA, 2013). Enquanto o enigma da feminilidade provocado pela histeria aponta para o desejo, tendo uma relação com o desejo do Outro, poderíamos pensar que a anorexia severa relança o enigma da sexualidade feminina pela via do gozo que exclui o Outro e que não está submetido à lógica fálica. O que está em jogo é uma recusa que tem uma função de gozo, e não de desejo, e que traz para a discussão um aspecto importante que é o flerte com a morte, com a autodestruição e com uma experiência limite, revelado pelo drástico emagrecimento e pelas situações de risco de vida em que a anoréxica se coloca, presentificando a pulsão de morte em seu corpo.

Anorexia e masoquismo

Freud (1920), em “Além do princípio do prazer”, discute que o princípio do prazer funciona a favor da pulsão de vida, enquanto que o princípio de Nirvana é regulado pela pulsão de morte – que representa, muitas vezes, fonte de gozo. Freud afirma que as experiências de dor são frequentemente fontes de gozo, escapando do funcionamento do princípio de prazer que funcionaria, portanto como uma espécie de barreira ao gozo.

Lacan (1966) em “Psicanálise e medicina” traz a seguinte definição de gozo:

O que chamo de gozo, no sentido em que o corpo o experimenta, é sempre da ordem da tensão, do forçamento, do gasto, até mesmo da exploração. Indiscutivelmente, há gozo no nível em que começa a aparecer a dor, e sabemos que é somente nesse nível da dor que se pode experimentar toda uma dimensão do organismo que, de outro modo, permanece velada. (LACAN, 1966, p.14; tradução nossa)

Bidaud faz um comentário importante para elucidar que gozo não significa prazer: “Se o uso comum faz do gozo um sinônimo de prazer, a psicanálise os opõe, considerando o gozo, seja como um excesso, um mais-além do prazer, seja como uma manifestação do corpo próxima da dor e do sofrimento” (BIDAUD, 1998, p. 101). Portanto o gozo é sempre do corpo, corpo das pulsões, marcado por uma excitação que flui de maneira descontínua e desordenada e que escapa ao mecanismo de representação, tentando sempre retornar a um encontro com o objeto, que será sempre faltoso. No entanto, há uma interdição do gozo para o sujeito falante – feita pela lei da castração, segundo Freud –, que faz uma promessa de um outro gozo possível, circunscrito pelo campo fálico. “Logo, existe uma oposição entre o gozo e a lei, o gozo como origem perdida e a lei como lei da linguagem, que obriga as aspirações ao gozo a se converterem em cadeias de discurso articulado, isto é, em liame social” (BIDAUD, 1998, p. 104).

Bidaud distingue o “gozo do ser” do “gozo fálico”, sendo o primeiro um gozo perdido, que quer sempre retornar e insiste através da compulsão à repetição, e que aparece nos objetos do fantasma que causam o desejo, mas que “dão apenas uma indicação do gozo perdido, o outro de desejo só se oferecendo como uma decepção em relação a ele” (BIDAUD, 1998, p. 104). O gozo do ser passaria ao gozo fálico através da lei da castração, dando uma limitação e uma regulação ao gozo.

A economia do gozo da anoréxica severa estaria marcada pelo “gozo transgressor”, que não leva em conta a supressão da lei, constituindo-se um “forçamento do limite”. (BIDAUD, 1998, p. 102). Bidaud afirma: “Do gozo do ser, restam somente representações aproximadas, metafóricas ou metonímicas, que ‘desnaturalizam’ o real inicial. Esse gozo só se poderá buscar, insistir, na recusa do limite, num movimento – de que a anorexia é uma ilustração – radicalmente transgressor” (BIDAUD, 1998, p. 105).

Dunker (2004, p. 103) localiza a anorexia em um tipo clínico descrito como “corporalista”, onde a imagem do corpo adquire “o mais além do valor, posto que irredutível ao campo fálico”, sendo esse mais além do valor nomeado como *nada*, uma vez que não pode ser contável pela lógica fálica. O autor nos ajuda a pensar o cálculo do gozo na anorexia, entendendo primeiramente o gozo como uma “parcela da quantidade que é percebida como demasiada, excessiva ou em transbordamento... quantidade fora de lugar... quantidade indecifrável” (DUNKER, 2002a, p. 128). A anorexia estaria dentro de um grupo de sintomas em que o gozo caracteriza-se pela “parasitagem da experiência dolorosa” (DUNKER, 2002a, p.131), onde o limite ultrapassado está no âmbito da dor. Lembrando que o gozo é uma categoria lacaniana que ora aparece externa ao corpo (*hors corps*), ora associada com experiências corporais como a dor, o orgasmo ou a satisfação narcísica de si – ou seja, articulado por uma alternância entre extrusão e intrusão. Podemos dizer que o cálculo do gozo é um tipo de identificação entre uma e outra modalidade de gozo. Isso nos permite reler a dinâmica de falsa separação (abandono) e falsa alienação (separação) em uma nova chave.

Podemos nomear como o “gozo da fome” essa experiência anoréxica de parasitagem da dor, que nos leva a pensar na relação entre anorexia e masoquismo. Lane (2002) aponta a anorexia como uma forma mútua de masoquismo e automutilação e revela que os diagnósticos mais frequentes associados ao quadro de anorexia são a depressão, a personalidade obsessiva e o masoquismo (ROTHENBERG¹⁶, 1988 apud LANE, 2002). Segundo o autor, as anoréxicas tomam seus corpos como objetos de ataque, ao invés de dirigirem-se aos objetos externos, sendo que a função alimentar representa a forma privilegiada de controlar esses ataques.

---

¹⁶ Cf. A. Rothenberg (1988) Differential diagnosis of anorexia nervosa and depressive illness: A review of 11 studies. *Comprehensive Psychiatry*, 29, pp. 427-432.

Freud (1924) já nos apontou a tendência masoquista que existe na vida instintual dos seres humanos, ou seja, quando há prazer no sofrimento e o desprazer torna-se um objetivo. A libido enfrenta o instinto de morte tentando desviar sua destrutividade para os objetos externos. A parte do instinto de morte que é desviada para fora e que fica a serviço da função sexual é o sadismo e a parte que permanece no organismo ficando presa libidinalmente é o masoquismo erógeno ou original.

Os instintos de vida e de morte são fundidos de forma que não existem mais em sua forma pura e esse processo é essencial para a manutenção da vida. A des fusão entre eles pode ocorrer em algum momento da vida por algum motivo. A hipótese que se tem da anorexia, onde o corpo biológico é “abandonado à própria sorte” é que as mudanças próprias da adolescência – que exigem um trabalho psíquico de elaboração – podem provocar uma des fusão das pulsões, em virtude de uma fusão pulsional precária no início da vida (FERNANDES, 2006). O papel da mãe, como alguém que regula as pulsões do bebê e libidinizava seu corpo, parece não ter sido eficaz nesses casos, o que provocou uma fusão parcial favorecendo a separação das pulsões de vida e de morte e a ação de alguns efeitos do masoquismo.

A relação da anorexia com a melancolia

A relação entre a anorexia e a melancolia é apontada nos trabalhos de alguns autores, como na tese de doutorado de Magtaz (2008) onde os distúrbios da oralidade – entre eles a anorexia, bulimia, obesidade e adicções – são considerados “manifestações sintomáticas da melancolia, uma neurose narcísica” (MAGTAZ, 2008, p. 6). No entanto, a autora defende que a anorexia não é uma entidade clínica, mas um sintoma; e, dessa forma, pode localizar-se em uma dimensão melancólica dentro de qualquer estrutura clínica, como na histeria ou perversão.

Berlinck e Magtaz (2008) ressaltam o conflito entre o ego e o superego na anorexia, por se tratar de uma neurose narcísica, em que o superego impõe ao ego ideais severos e elevados e exige seu cumprimento. Brusset (1999), por sua vez, aponta a relação da anorexia com a melancolia-mania no que diz respeito ao ideal e à culpa, assim como à dimensão autodestrutiva do sintoma, podendo acarretar a morte. Mas seria a identificação que estamos procurando um

sucedâneo da identificação melancólica, na qual a sombra do objeto cai sobre o eu, ou seja, na qual o eu se identifica com o objeto perdido?

Veremos mais adiante, através do *Caso Ellen West*, o funcionamento melancólico atrelado ao sintoma anoréxico.

A recusa do desejo na anorexia: arranjo perverso

Primeiramente, é importante esclarecer que a recusa em comer presente na anorexia não revela uma falta de apetite. Existe um desejo muito intenso e uma luta acirrada contra ele, que culmina em sua recusa; portanto, o que está em jogo no funcionamento anoréxico é uma recusa do desejo e não sua ausência. Segundo Jeammet (1999, p. 31), existe na anorexia o que ele chama de “contrainvestimentos de um desejo bulímico tirânico”, como, por exemplo, a contagem obsessiva de calorias, o controle da ingestão de alimentos, o uso de laxantes e diuréticos – comportamentos que, na verdade, lutam contra uma paixão pelos alimentos, observada nos rituais de comer escondido, roubar alimentos e colecionar receitas. O mecanismo da recusa (*Verleugnung*) descrito por Freud (1927) quando trabalha a questão do fetichismo aponta para o sentido de uma recusa da realidade – mais especificamente a ausência de pênis na mulher, considerada traumática para o sujeito. A recusa representaria uma defesa do ego em relação a uma realidade traumática percebida.

Alguns autores, como Assoun (1995), Jeammet (1999) e Fernandes (2006) assinalam o traço perverso presente no funcionamento psíquico da anorexia; não se tratando de uma estrutura perversa, mas de um “arranjo perverso defensivo” (JEAMMET, 1999). “É nisto que consiste o arranjo perverso, ou seja, pelo qual o objeto não é reconhecido em seus desejos próprios e diferenças, mas unicamente à medida que pode ser utilizado para fins de reassseguramento narcísico” (JEAMMET, 1999, p. 40). O autor aproxima a conduta anoréxica das toxicomanias, no que diz respeito ao “culto da sensação”, que é a busca de um novo objeto que traz sensações externas e que substitui o vínculo libidinal interno, fundamental para a manutenção do ego. Essas sensações teriam a função de proteção em relação ao vazio interno do sujeito e ao risco de perder esse objeto.

A anorexia pode funcionar como um substituto objetual, uma vez que parece haver uma anulação da necessidade do objeto. No entanto, isso demonstra a problemática da dependência em relação aos objetos primordiais. As anoréxicas teriam “a possibilidade de provar para si, por sua atitude, que o objeto não poderia faltar-lhes, já que elas não precisam de nada, pois são mais fortes que suas necessidades, como o comprova o fato de elas serem capazes de obter satisfação da não satisfação de suas necessidades” (JEAMMET, 1999, p. 38). A recusa na anorexia encontra-se, portanto, dirigida ao corpo, configurando-se um “corpo fetiche” (FERNANDES, 2006). Ela encontra-se voltada não tanto à realidade externa, mas à realidade do próprio corpo, como suas necessidades e transformações consequentes do emagrecimento.

Cosenza (2013) considera a recusa o fio condutor na compreensão da anorexia; e diferencia, primeiramente, o plano fenomenológico do estrutural, dizendo que o primeiro se funda em um negativismo da conduta anoréxica, como propôs Hilde Bruch – psiquiatra americana que acredita que a anorexia funciona como uma defesa de um ego frágil e deficitário. A direção do tratamento para a autora centra-se no campo do eu, superando “a barreira do negativismo defensivo da paciente para transformar, segundo a gravidade psicopatológica do caso, seu eu deficitário” (COSENZA, 2013, p. 74; tradução nossa).

Em relação a Bruch, Cosenza defende uma posição diferente, já que não reduz a recusa anoréxica a essa perspectiva do negativismo, não a limita a essa função defensiva, e diferencia “a recusa posta em ato pela anoréxica em sua experiência patológica, que definimos como secundária, da dimensão constitutiva da recusa no sujeito anoréxico (...) e que consideramos primária”. A questão não se centraria no déficit do eu, mas na recusa do Outro, em uma falha na inscrição do sujeito no campo do simbólico, “um defeito na incorporação simbólica”. O principal na anorexia não seria uma carência do eu, mas “um excesso de centralidade de sua dimensão narcisista-especular. Desenvolvimento anômalo do eu alimentado pelos ecos imperativos do supereu arcaico dos pais, sem um sólido suporte da dimensão simbólica do ideal do eu” (COSENZA, 2013, p. 75; tradução nossa).

O autor desenvolve as diferentes funções que a recusa pode assumir na anorexia, defendendo a posição de que por trás do aspecto homogêneo do quadro anoréxico existe uma diversidade na função que a anorexia assume para cada sujeito. Ele destaca quatro matrizes da recusa anoréxica: a) matriz histórica em que a recusa funciona “como demanda inconsciente

dirigido ao Outro”; b) matriz da “recusa como defesa do real pulsional”; c) matriz da “recusa como tentativa de separação do sujeito em relação ao Outro e ao laço social”; d) matriz da “recusa como gozo” (COSENZA, 2013, p. 78; tradução nossa). Segundo Cosenza, saber distinguir as diferentes funções da recusa anoréxica auxilia no diagnóstico e na direção do tratamento.

A recusa como demanda é geralmente observada nas anorexias histéricas; revela uma pergunta sobre qual o lugar que o sujeito ocupa no desejo do Outro e funciona, também, para manter a insatisfação do desejo. Nas formas psicóticas, essa demanda não se relaciona com o desejo do Outro, mas pode representar um pedido de barrar sua invasão. Já a recusa como defesa atua nos casos de anorexia histérica protegendo o sujeito de sua própria divisão subjetiva, uma vez que o objeto de defesa é o próprio desejo em sua dimensão pulsional. Na psicose, essa defesa atua para se proteger da invasão do Outro sem limites – e Cosenza exemplifica com um caso de uma jovem que iniciou com a anorexia na pré-adolescência, e sua mãe que era psicótica criou uma certeza delirante de que o corpo da filha estava possuído pelo demônio, criando uma rotina em que examinava incessantemente o seu corpo (da filha). A anorexia, que apareceu aos 12 anos, interrompeu esses exames corporais feitos pela mãe, que substituiu seu delírio por uma busca de tratamento para a menina.

A recusa como tentativa de separação expressa uma busca de autonomia na relação com o Outro, mas que é somente imaginária, pois a autonomia requer uma dependência do Outro, “através da construção de uma posição própria dentro do campo simbólico do Outro e suas leis” (COSENZA, 2013, p. 82; tradução nossa) – o que não ocorre na anorexia, tratando-se de uma “pseudosseparação”. Nas anorexias histéricas, a recusa como tentativa de separação primeiro se manifesta por uma autonomia imaginária através da experiência egossintônica do sintoma, para depois dar lugar, no processo analítico, a uma construção de um lugar próprio através da desconstrução do Outro onipotente. No caso das psicoses, não é possível a construção de uma separação simbólica por si mesmo, podendo, no entanto com a ajuda de um terceiro - como o terapeuta ou outro profissional da equipe que atenda esse sujeito - promover uma regulação “do Outro do sujeito psicótico evitando que o invada” (COSENZA, 2013, p. 83; tradução nossa).

Na recusa como gozo, o objeto *nada* é tomado como “objeto de gozo total” – “uma forma especial de gozo, autorreferencial, fora da dialética com o Outro” (COSENZA, 2013, p. 84;

tradução nossa). A satisfação ocorre na via da autodestruição, revelada pelas situações de risco de vida em que a anoréxica se coloca, presentificando a pulsão de morte em seu corpo. É importante destacar que o gozo na anorexia histérica é de insatisfação ou privação, ou seja, gozo de manter o desejo insatisfeito. Nas anorexias severas o gozo não se relaciona com o desejo, mas sim com uma satisfação autodestrutiva e um gozo “autístico”, que fica fora da dialética fálica.

A hipótese da montagem defensiva perversa (*Verleugnung*) mostra-se, assim, produtiva para integrar o tema da pulsão de morte e da castração ao problema mais genérico da identificação. Contudo, lembremos que, se falamos em recusa, entendemos que aquilo que é negado no simbólico reaparece no imaginário, segundo a descrição clássica da formação do fetiche, mesmo do fetiche provisório. Isso nos faz retornar à função da imagem do corpo, agora como fetiche, deslocando o sentido habitual dessa identificação.

A diversidade metapsicológica na compreensão da anorexia: não se trata de uma doença universal

Vimos que a anorexia encontra-se inicialmente relacionada à histeria na teoria psicanalítica, principalmente em Freud e Lacan, para depois se aproximar da melancolia, do horror ao saber inconsciente, do masoquismo e de um funcionamento perverso. Para a compreensão da clínica da anorexia é necessário procurar referências não no modelo da neurose e do recalque, mas no modelo da perversão e da psicose.

Partindo do gozo da insatisfação próprio da histeria, encontramos o gozo da destruição presente na anorexia severa. A busca da destruição, observada no emagrecimento drástico, nas condições graves de saúde, em tentativas de suicídio e comportamentos de automutilação, revelam a relação do gozo anoréxico com a dor. Uma paciente anoréxica dizia “gosto da dor da fome, dos cortes, porque me sinto viva”. Outra paciente com o mesmo sintoma relaciona os cortes autoinduzidos a uma sensação de alívio de emoções como tristeza, raiva e ansiedade. O início de seus cortes associa-se com o fato de não ser ouvida pelo pai e em resposta a uma intervenção analítica ela anuncia: “Um grito mudo”.

Para Jeammet (1999, p. 42), a gravidade dos casos de anorexia aumenta à medida que a anoréxica entra em uma “desobjetalização progressiva do conjunto de seus investimentos,

inclusive de suas bases autoeróticas”, dando lugar a um “autoerotismo negativo que é, com efeito, uma autoestimulação à procura de sensações”. Por trás da recusa anoréxica do objeto esconde-se uma dependência em relação ao objeto. A busca de sensações violentas e autodestrutivas representa, então, uma tentativa de apagar os traços do objeto faltante e a “violência da sensação torna inútil a atividade psíquica de simbolização e evita a depressão ao preço de um sofrimento, que, na maioria das vezes está aquém de um masoquismo erógeno”. O que é característico do funcionamento anoréxico e representa um desafio para os analistas é esse flerte com a morte.

Chegamos através de uma extensa pesquisa sobre a metapsicologia da anorexia, em um cenário de diversidade teórica que revela uma psicopatologia que não é unificada. Acreditamos que não se trata de escolher entre uma ou outra hipótese, ou de se chegar a uma verdade única. Como já dissemos na Introdução, partimos da hipótese de que a anorexia não é uma doença universal ou um sintoma unificado, que possui uma mesma etiologia ou semiologia, mas que representa uma forma de sofrer que articula uma demanda através de uma narrativa alimentar.

Sustentamos essa indeterminação que é própria do sofrimento para não cairmos no risco de unificar a tentativa de compreensão da anorexia, já que partimos do princípio pautado pela psicanálise de que tratar o sintoma não é tratar o sofrimento – pois enquanto o primeiro é regido por uma lógica normalizante, o segundo representa a via de acesso ao que há de mais singular no sujeito.

2- TIPOLOGIA DAS IDENTIFICAÇÕES

“A identificação é o que se cristaliza em uma identidade”

(LACAN, 1976-77, p. 2)

A metapsicologia freudiana do conceito de identificação possui muitas facetas, que vão desde a relação da identificação com o “*processo, mecanismo ou produto psíquico* até às funções estruturantes, defensivas e sintomáticas” (SILVA, 2012, p. 65), sendo improdutivo a tentativa de abordá-lo globalmente.

Segundo Laplanche e Pontalis (1992, p. 226) entendemos a identificação como o “processo psicológico pelo qual um sujeito assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo desse outro”, sendo que sua “personalidade constitui-se e diferencia-se por uma série de identificações”. Procurando os significados¹⁷ de *aspecto* encontramos: aparência; feição, semblante; ponto de vista; relação. A palavra *propriedade* remete-se àquilo que é próprio de alguma coisa; o que a distingue particularmente de outra do mesmo gênero; qualidade inerente aos corpos; virtude particular; caráter. *Atributo* refere-se àquilo que é próprio ou peculiar de alguém ou de alguma coisa; condição, propriedade, qualidade. Então podemos entender que, no processo de identificação, o sujeito assimila alguma particularidade do outro, seja da ordem da aparência, do caráter, do ponto de vista ou das relações.

Os autores explicam os dois sentidos possíveis do substantivo “identificação”: como referente ao verbo “identificar”, no sentido de uma ação onde há o reconhecimento de algo como idêntico – como, por exemplo, quando identificamos uma planta –; que faz parte de certa espécie de plantas; e como referente ao verbo “identificar-se”, que representa um ato onde uma pessoa torna-se idêntica a outra. Segundo Laplanche e Pontalis, é essa segunda acepção da identificação que é trabalhada pela psicanálise. Num sentido mais popular, “identificar-se” remete a alguns conceitos psicológicos como contágio mental, imitação, projeção, entre outros. No entanto, Freud (1900), que inicialmente trata da identificação partindo dos sintomas histéricos, vai além

---

¹⁷ Cf. *Dicionário Michaelis online*. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/>>. Acesso em: 07. nov. 2015.

desse sentido de imitação e acrescenta um elemento comum às pessoas que é da ordem do inconsciente, que é a fantasia. Discutiremos isso mais adiante no item “Identificação histérica”.

O conceito de identificação em Freud ultrapassa os mecanismos psicológicos em ação e aponta para a “operação pela qual o sujeito humano se constitui” (LAPLANCHE; PONTALIS, 1992, p. 227), relacionando-se com a centralidade edípica na constituição do sujeito e, num segundo momento, com as diferenças entre as instâncias psíquicas pelos tipos de identificações que as caracterizam. A ideia é que pode haver a coexistência de várias identificações ao mesmo tempo. Traçamos, assim, uma tipologia das identificações – partindo da teoria de Freud e Lacan – para nos ajudar, nos capítulos seguintes, a desenvolver a anatomia das identificações nas anorexias severas e a identificação na epidemia anoréxica.

2.1) Identificação primária: canibalismo e incorporação

Freud contribuiu com o conceito de identificação a partir da noção de canibalismo, que foi desenvolvida primeiramente em “Totem e tabu” (1912-1913) – apesar de aparecer, anteriormente, no capítulo de “A interpretação dos sonhos” (1900) sobre “A Bela Açougueira” e na edição de 1905 dos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (LAPLANCHE; PONTALIS, 1992).

Em “Totem e tabu” (1912-1913), Freud anuncia a função de identidade do ato de alimentar-se, uma vez que os filhos se identificam ao pai ao devorá-lo. O totemismo é considerado um sistema mágico-religioso de certos povos primitivos, da região da África, Austrália e América, que “tem o papel de uma religião e fornece a base da organização social” (FREUD, 1912-1913, p. 156). Freud levanta as hipóteses de que a cultura totêmica está na base de toda sociedade, antes de seu desenvolvimento em direção à civilização, e que existe uma relação entre os povos primitivos e os neuróticos, principalmente em relação aos desejos incestuosos, que formam o núcleo do complexo da neurose e que, nos povos primitivos, são tratados como ameaçadores, exigindo medidas rigorosas de defesa.

Uma das características do totemismo é a proibição da relação sexual com membros do mesmo totem, o horror ao incesto. O totem pode ser um animal, uma planta ou alguma outra força da natureza, e é o que dá identidade a um grupo ou clã, representando seu ancestral

comum. Existem alguns tabus relacionados ao totem, como o de não matá-lo e não comê-lo. Os membros do totem são considerados parentes sanguíneos e esses laços são mais fortes que os laços familiares.

Outras características essenciais do totemismo são a identificação com o totem e a ambivalência emocional em relação a ele. Freud destaca a relação entre o animal totêmico e o pai e relaciona a gênese do totemismo com o complexo de Édipo:

Se o animal totêmico é o pai, o teor dos dois principais mandamentos do totemismo – os dois preceitos que constituem seu núcleo, não matar o totem e não ter relações sexuais com uma mulher do totem – coincide com o dos dois crimes de Édipo, que matou o pai e tomou a mãe por esposa, e com os dois desejos primordiais da criança, desejos cuja repressão insuficiente ou cujo redespertar forma o núcleo de talvez todas as psiconeuroses. (FREUD, 1912-1913/2012, p. 203)

A refeição totêmica configurava-se como um sacrifício, onde havia uma oferenda de bebidas e comidas aos deuses e cada membro do clã tinha sua parte na refeição. Freud analisa a horda primeva darwiniana, caracterizada por “um pai violento e ciumento, que reserva todas as fêmeas para si e expulsa os filhos quando crescem” e anuncia uma hipótese para o fim dessa horda: “os irmãos expulsos se juntaram, abateram e devoraram o pai, assim terminando com a horda primeva”. (FREUD, 1912-1913/2012, p. 216). A devoração do pai implica uma identificação com ele e uma apropriação de sua força; e o banquete totêmico representaria, segundo essa hipótese, a repetição desse momento mítico – ao mesmo tempo criminoso e memorável – que fundou os sistemas sociais, morais e a religião.

Com esse assassinato do pai, os filhos passam a proibir a si mesmos o que antes era função do pai, adquirindo assim uma consciência de culpa e os dois tabus fundamentais do totemismo: matar o totem e o incesto. Ao tomar o canibalismo como uma expressão mítica que se refere a um protótipo da identificação, Freud anuncia que a incorporação é o modelo oral da identificação e que existe uma tentativa de negar o objeto, uma vez que ele é incorporado e destruído. As pulsões canibais mostram a ambivalência em relação ao objeto de amor presente na oralidade.

Segundo Laplanche e Pontalis, a incorporação refere-se a um “processo pelo qual o sujeito, de um modo mais ou menos fantasístico, faz penetrar e conserva um objeto no interior do

seu corpo” (LAPLANCHE; PONTALIS, 1992, p. 238). Trata-se de uma forma de relacionar-se com o objeto próprio da fase oral e relacionada à meta pulsional. Não se restringe à zona erógena da boca e ao ato de ingerir alimentos, pois pode relacionar-se com as outras zonas erógenas e suas diferentes funções – como, por exemplo, “incorporação pela pele, pela respiração, pela visão, pela audição” (LAPLANCHE; PONTALIS, 1992, p. 239). A incorporação, portanto, representa o “protótipo corporal da introjeção e da identificação” (LAPLANCHE; PONTALIS, 1992, p. 238).

O termo ‘incorporação’ possui três significados: “obter um prazer fazendo penetrar um objeto em si; destruir esse objeto; assimilar as qualidades desse objeto conservando-o dentro de si. É este último aspecto que faz da incorporação a matriz da introjeção e da identificação” (LAPLANCHE; PONTALIS, 1992, p. 239). O canibalismo pode, então, ser pensado como um “gozo da unidade violenta, na perda de qualquer limite” entre o sujeito e o objeto (FÉDIDA, 1999, p. 61). O mito canibal representa, portanto, uma “encenação imaginária do incesto alimentar” e um desejo de nunca perder o outro: “Em nome de uma identidade ilusória do *mesmo*, ele tem a vocação imaginária de nunca perder o *outro* – ou seja, aquele que somente uma destruição por devoração poderia impedir para sempre que nos abandone” (FÉDIDA, 1999, p. 65).

Em “Luto e melancolia” (1915b), Freud afirma que o sujeito melancólico se identifica com o objeto perdido pela oralidade, constituindo um movimento de regressão à fase oral. Em “Psicologia das massas e análise do eu” (1921), Freud retorna à identificação melancólica, que pode ter como causa uma “perda real ou afetiva do objeto amado” (FREUD, 1921/2011, p. 67). O objeto perdido é introjetado, provocando uma divisão do Eu em duas partes: o *ideal do Eu*, que tem um papel na repressão e na consciência moral, e outra parte do Eu que introjetou o objeto e que é depreciada pelo ideal do Eu. Por isso, uma das características da melancolia é uma intensa autodepreciação do Eu.

Podemos considerar o canibalismo como “a expressão mítica de um luto melancólico” (FÉDIDA, 1999, p. 67) caracterizado por um gozo de devoração do objeto de amor com o qual se está identificado. A apropriação das qualidades do outro não funciona como resolução da angústia de perda, mas demonstra “uma verdadeira transgressão imaginária de uma falta” (FÉDIDA, 1999, p. 66). No lugar da renúncia do objeto instala-se sua aniquilação e, ao mesmo

tempo, uma angústia de ser aniquilado pelo objeto incorporado. O canibalismo não representa, portanto, uma resolução simbólica para a angústia de perda, mas uma satisfação imaginária de se alimentar do objeto perdido.

Em “Psicologia das massas e análise do Eu” Freud descreve a identificação “como a mais antiga manifestação de uma ligação afetiva a uma outra pessoa” (FREUD, 1921/2011, p. 46), referindo-se à identificação primária – em que a criança toma o pai como seu ideal através da incorporação e o Eu é configurado à semelhança da pessoa-objeto que é tomado como modelo. A identificação é ambivalente desde o início da vida psíquica, podendo expressar ternura ou um desejo de eliminar o objeto – relembrando que Freud também relaciona a identificação primária com a mãe, em “O ego e o id” (1923). Nesse momento, a catexia de objeto – que se encontra na vertente de *ter* o pai – não se distingue da identificação, que se configura por *ser* o pai. A criança então incorpora o objeto e assim o aniquila, constituindo a fase *oral* da organização libidinal. Podemos entender essa identificação primária como sendo mítica ou estrutural; e Freud dá o exemplo do canibal que devora seus inimigos e que permaneceu nessa fase oral do desenvolvimento libidinal. Seus afetos em relação ao inimigo expressam não só hostilidade, mas também admiração – e, por isso mesmo, incorpora o objeto tomando para si suas qualidades.

Para Lacan (1958), a identificação primária é produzida na relação mais primária do sujeito com a mãe, representante do Outro simbólico:

(...) é da demanda mais antiga que se produz a identificação primária, aquela que se efetua pela onipotência materna, ou seja, a que não apenas torna dependente do aparelho significante a satisfação das necessidades, mas que as fragmenta, as filtra e as molda nos desfilamentos da estrutura do significante. (LACAN, 1958/1998, p. 624)

Lacan (1961-62, p. 2; tradução nossa), no *Seminário 9*, toma a identificação não no sentido mítico, mas na sua relação com o significante: “O que se trata na identificação deve ser a relação do sujeito com o significante”. Segundo Schejtman (2001) a identificação primária para Lacan é constitutiva do núcleo do ideal do Eu e refere-se à identificação com os significantes da demanda do Outro materno, portando um fundamento simbólico:

(...) uma alienação simbólica no nível das marcas que provém do Outro primordial, encarnado: o poder absoluto materno. Identificação com os significantes da demanda do Outro primordial. Operação original em que o sujeito é convidado a habitar a linguagem, passando suas necessidades pelos desfiladeiros do significante. (SCHEJTMAN, 2001, p. 17; tradução nossa)

Ora, a teoria da identificação decorrente do totemismo incorre em algumas parcialidades. Como argumenta Dunker (2015), Freud teria herdado esse totemismo da antropologia de sua época, aderindo à ideia de que a incorporação canibal é mais um caso de apropriação por apossamento. O eu cresce, se expande e aumenta seu caráter ao incorporar traços dos objetos, experiências e outros perdidos ao longo de sua formação. Contudo, descobertas mais recentes da antropologia pós-estruturalista apontam para outra maneira de considerar a incorporação canibal, que, para Freud, seria o modelo primeiro das identificações e a raiz da identificação primária ao pai. Segundo esses achados, existe uma identificação animista com o outro, na qual ingerir o outro não é se apossar de seus traços, mas dissolver o próprio eu, colocá-lo em suspensão, ao modo de uma esquizofrenia ou uma perda de si. Se isso é pertinente, a descoberta abre espaço para subsidiar outro aspecto da identificação descrita por Lacan para o estágio do espelho, no qual a criança olha para a imagem e apropria-se dela, com prazer (*Aha-Erlebnis*) e reconhecimento de si, na imagem que a simboliza. Ao deparar-se com a imagem, ela pode igualmente dizer “isso não sou eu”, processo inverso e convergente com a experiência de si (isso) como negatividade.

2.2) Identificação histérica: O caso da Bela Açougueira

Freud (1900), no “Sonho da Bela Açougueira”, descreve pela primeira vez, de maneira mais detalhada, a identificação histérica; e discute de maneira exemplar o fato de a histérica relançar o enigma da feminilidade pela via do desejo, anunciando a insatisfação que lhe é própria. A paciente relata seu sonho, com o intuito de contradizer a teoria de Freud de que o sonho manifesta a realização de um desejo – o que, segundo ela, não ocorre, já que não realiza um de seus desejos no sonho.

Queria dar uma reunião onde fosse servida uma ceia, mas não tinha mais nada em casa senão um pequeno salmão defumado. Pensei em sair e comprar alguma coisa, mas me lembrei que era domingo de tarde e que todas as casas comerciais

estariam fechadas. Em seguida, tentei telefonar para alguns fornecedores, mas o telefone estava defeituoso. Assim, tive que abandonar meu desejo de dar uma recepção. (FREUD, 1900/1972, p. 156)

Freud investiga os fatos do dia anterior que pudessem se relacionar com esse sonho e relata as associações da paciente sobre seu marido açougueiro, que estava muito gordo e tinha decidido que faria exercícios físicos e não iria mais em jantares quando fosse convidado. Ela então pede, em seguida, que ele não lhe trouxesse mais caviar, apesar de sua vontade de comê-lo. Indagando-a sobre esse pedido ao marido, a paciente diz que todas as manhãs tem vontade de comer um sanduíche de caviar, mas, em vista do alto custo, acabava não comprando; mas diz que, se pedisse ao marido, ele iria comprar imediatamente. Freud não se convence dessa explicação de sua paciente e acredita haver outro motivo para essa necessidade de não realizar seu desejo: “Vi que ela era obrigada a criar um desejo não realizado para si própria na vida real e o sonho representava essa renúncia como tendo sido posta em vigor. Mas por que ela necessitava de um desejo não realizado?” (FREUD, 1900/1972, p. 157).

As associações que se seguiram revelaram, então, que a paciente havia visitado, no dia anterior ao sonho, uma amiga de quem tinha muito ciúmes, porque seu marido (da paciente) sempre a elogiava. A preferência dele era por mulheres mais fartas, o que não era o caso de sua amiga, que era muito magra e tinha demonstrado interesse em engordar, perguntado quando seria convidada para um jantar em sua casa. Freud então diz à paciente: “É como se quando ela fez essa sugestão, a senhora tivesse dito a si mesma: ‘Pois sim! Vou convidá-la para comer em minha casa só para que possa engordar e atrair meu marido ainda mais! Preferia nunca mais dar outra reunião com jantar’” (FREUD, 1900/1972, p. 158).

Freud descobre com a paciente que a sua amiga adorava salmão defumado, da mesma forma que ela gostava de caviar. Ao mesmo tempo em que sua paciente produziu um sonho de não satisfazer um desejo, criou uma situação na vida real de também não se satisfazer, através da renúncia ao caviar. No entanto, o sonho de não se satisfazer parece encobrir um desejo de que sua amiga não engordasse e, portanto, não tivesse seu desejo de engordar realizado. “Dessa forma, o sonho adquirirá nova interpretação, se supusermos que a pessoa indicada no mesmo não era ela própria, mas a amiga, que ela se colocara no lugar da amiga, ou, como poderíamos dizer, que ela se ‘identificara’ com a amiga” (FREUD, 1900/1972, p. 159).

Freud comenta sobre o mecanismo de identificação entre a paciente e sua amiga e conclui:

A identificação é um fator altamente importante no mecanismo dos sintomas histéricos. Ela permite aos pacientes expressarem em seus sintomas não somente suas próprias experiências como também as de um grande número de outras pessoas; ela lhe permite, por assim dizer, sofrer em nome de toda uma multidão de pessoas e desempenhar todos os papéis isoladamente numa peça. (FREUD, 1900/1972, p. 159)

Há algo nesse processo de identificação que vai além de uma “imitação histérica” e que inclui uma “dedução inconsciente de uma inferência” (FREUD, 1900/1972, p. 159). Freud explica isso melhor através de um exemplo, em que um médico que trabalha em uma enfermaria cuida de uma paciente que tem espasmos e observa posteriormente que outros pacientes ali presentes adquirem esse mesmo ataque histérico, deduzindo tratar-se de uma imitação por “infecção psíquica”. O que ocorre é que os pacientes, que se conhecem muito por conviverem intimamente na enfermaria, prestam atenção em seus companheiros após a visita médica. E Freud faz uma suposição para explicar esse fenômeno de identificação: os outros pacientes poderiam descobrir que o ataque da paciente foi desencadeado por uma carta recebida, que tinha um conteúdo que se remetia à lembrança de alguma situação amorosa infeliz, o que provoca simpatia nos pacientes. Ele explica a inferência que ocorre nos pacientes que se identificam com a paciente, que não se localiza na consciência: “Se uma causa como esta pode produzir um ataque assim, poderei ter a mesma espécie de ataque visto possuir os mesmos motivos para tal” (FREUD, 1900/1972, p. 160). Freud argumenta que se essa inferência tivesse acesso à consciência, se manifestaria através do medo de ter um mesmo ataque, mas como ela se localiza no inconsciente, provoca a “concretização real do temido sintoma” (FREUD, 1900/1972, p. 160).

Portanto, a conclusão de Freud é que a identificação não se reduz à imitação, mas inclui uma apropriação que possui um aspecto comum que se localiza no inconsciente: “(...) a identificação não constitui uma simples imitação, mas uma assimilação à base de uma etiologia semelhante; expressa uma semelhança, e se origina do elemento comum que permanece no inconsciente” (FREUD, 1900/1972, p. 160). O autor esclarece, ainda, que a identificação histérica implica um aspecto sexual comum, ou seja, que uma mulher histérica se identifica com

os sintomas de pessoas com quem ou teve relações sexuais ou teve fantasias sexuais, assim como com aquelas que se relacionaram com as mesmas pessoas que ela. Ele exemplifica com o caso da Bela Açougueira, dizendo: “minha paciente colocou-se no lugar da amiga, no sonho, porque esta estava ocupando o lugar da paciente com o marido e porque ela (minha paciente) deseja tomar o lugar da amiga no alto conceito em que o marido a tinha” (FREUD, 1900/1972, p. 160).

Na análise de Lacan (1958) sobre o sonho da Bela Açougueira de Freud, ele distingue duas dimensões do desejo da paciente: “um desejo de desejo”, em que o desejo de caviar representa o significante do desejo de insatisfação da histérica; e “um desejo que substitui um desejo”, na substituição do desejo de salmão da amiga pelo desejo de caviar expresso pela paciente – que nada mais é do que um significante sendo substituído por outro significante. Segundo o autor, esse desejo expresso no sonho da paciente ilustra o que Freud propõe em seu livro “A Interpretação dos sonhos” a respeito da estrutura semelhante dos mecanismos do inconsciente, como a condensação e o deslocamento, que seria “a relação do desejo com essa marca da linguagem, que especifica o inconsciente freudiano e descentra nossa concepção do sujeito” (LACAN, 1958/1998, p. 627).

Através dos mecanismos da metáfora (quando um termo é substituído por outro) e da metonímia (quando um termo se combina com outro), Lacan analisa o sonho da paciente de Freud. Se este último analisa o sonho como uma metáfora do desejo – na medida em que o caviar, que representa o significante do desejo da paciente, é substituído pelo salmão –, Lacan tenta ir além quando se pergunta o que esse desejo que se expressa no discurso representa no inconsciente.

A expressão do desejo se dá por sua insatisfação, e o significante “caviar” representa simbolicamente essa impossibilidade. Porém, o que é acrescentado por Lacan é que, além do desejo remeter a uma metáfora, ele também é a “metonímia da falta-a-ser” (LACAN, 1958/1998, p. 629), pois o desejo de caviar também é a metonímia do desejo insatisfeito – seguindo a lógica do deslizamento da cadeia dos significantes, em que toda significação remete a outra significação. Lacan prossegue afirmando, então, que o desejo expresso da paciente, que é o desejo de caviar, “é um desejo de mulher satisfeita, e que justamente não o quer estar” (LACAN, 1958/1998, p. 631). Seu marido se colocava para ela como alguém que a satisfazia prontamente e

sua recusa alimentar assume a função de produzir uma falta na posição de mulher satisfeita e propicia que o desejo continue vivo.

Mas, vejam, ela não quer ser satisfeita apenas em suas verdadeiras necessidades. Quer outras, gratuitas, e, para ter toda certeza de que o são, não quer satisfazê-las (...) ‘que deseja a espirituosa açougueira?’ podemos responder: caviar. Mas essa resposta não é promissora, porque caviar é também o que ela não quer. (LACAN, 1958/1998, p. 631)

A questão central do sonho para Lacan é que a identificação histérica implica a identificação com o significante do desejo, que não se reduz à demanda articulada no discurso e representada pelo salmão – no caso da paciente seria “ser o falo, nem que seja um falo meio magrelo” (LACAN, 1958/1998, p. 633). O falo articulado aqui por Lacan refere-se a “um significante que levanta o véu daquela que mantinha sob mistério” (LACAN, 1958/1998, p. 697), a castração, ou seja, o significante do desejo do Outro, daquilo que falta ao Outro.

Lacan faz uma diferença entre a identificação primária e a identificação histérica:

(...) não se trata da assunção das insígnias do outro pelo sujeito, mas da situação de o sujeito ter que encontrar a estrutura constitutiva de seu desejo na mesma hiância aberta pelo efeito dos significantes naqueles que para ele representam o Outro, na medida em que sua demanda lhes está sujeita. (LACAN, 1958/1998, p. 635)

Para o autor, enquanto a identificação primária fundamenta-se em pegar para si as “insígnias” do outro, representando uma alienação simbólica, na identificação histérica a demanda do sujeito está sujeita aos significantes do Outro, já que é este que a traduz pelos desfiladeiros do significante; e, portanto a própria constituição do desejo já está sujeita aos significantes do Outro, e por isso deseja-se o desejo do Outro.

No *Seminário 17* (1969-70), Lacan comenta sobre o sonho da bela açougueira, afirmando que o marido da paciente não percebia que ela não ligava para aquilo com que ele tentava preenche-la, ou seja, o objeto fálico. E que a paciente não se deu conta de que, abrindo mão do objeto fálico, dando-lhe a uma outra mulher, ela alcançaria o mais-de-gozar, como uma suplência à interdição do gozo fálico.

Em “Psicologia das massas e análise do Eu” (1921), Freud retoma a identificação histérica como uma identificação que se dá através de um traço comum com uma pessoa que não é objeto libidinal e que também participa da formação neurótica dos sintomas. Trata-se de uma identificação que se baseia em querer colocar-se na mesma posição que a pessoa tomada como modelo, com quem não necessariamente há uma ligação afetiva. Freud usa o exemplo das moças do pensionato:

Se, por exemplo, uma das garotas de um pensionato recebe carta de alguém que ama secretamente, uma carta que lhe desperta o ciúme, e à qual ela reage com um ataque histérico, algumas de suas amigas que souberem do que se trata pegarão esse ataque, como dizemos, por via da infecção psíquica. O mecanismo é aquele da identificação baseada em querer ou poder colocar-se na mesma situação. (FREUD, 1921/2011, p. 49)

Esse processo da infecção psíquica ultrapassa a imitação, como já discutido por Freud (1900) anteriormente, e leva em conta uma mesma etiologia, havendo algo em comum no âmbito do inconsciente, que pode ser entendido como esse traço comum descrito por Freud. No entanto, o que está em jogo não é identificar-se com o traço comum, mas que através dele “os eus se identificam entre si” (SCHEJTMAN, 2001, p. 15). Quando uma pessoa quer colocar-se no mesmo lugar que a pessoa tomada como modelo, entendemos que se trata da identificação com o desejo. E desejar o desejo do outro pode se dar na via de tomar para si o sintoma do outro, que é reconhecido socialmente. Mas se levamos adiante a hipótese de ler os sistemas de identificações com a teoria do gozo, fica sugerido aqui que nesta identificação com o desejo do outro, adiciona-se também um certo modelo de extração de gozo, presente no sintoma, e que talvez não siga as mesmas propriedades que descrevemos para sua formação metafórica.

2.3) Identificação narcísica, ideais e identificação imaginária

O termo ‘narcisismo’ – utilizado por Freud no texto “Sobre o narcisismo: uma introdução” (1914) – foi nomeado anteriormente, em 1899, por Paul Nacke, que descreveu clinicamente pessoas que se relacionavam com seus corpos da mesma maneira com que se relacionavam com corpos de objetos sexuais, configurando quadros de perversão. No entanto,

Freud observa que o narcisismo manifesta-se não só na perversão, mas também nos neuróticos, parafrênicos, em crianças e em povos primitivos, ocupando “um lugar no curso regular do desenvolvimento sexual humano” (FREUD, 1914/1976, p. 89). A hipótese freudiana é de que existe “uma catexia libidinal original do ego, parte da qual é posteriormente transmitida a objetos, mas que fundamentalmente persiste e está relacionada com as catexias objetais (...)” (FREUD, 1914/1976, pp. 91-92) e que representa um “complemento libidinal do egoísmo do instinto de autopreservação (...)” (FREUD, 1914/1976, p. 90). Dessa forma, quando a libido se afasta do mundo externo e dos objetos e é localizada no ego, configura-se um narcisismo secundário, que se superpõe ao narcisismo primário.

Nesse texto Freud introduz o termo *Idealich* ou *ego ideal*, referindo-se a um ideal que o ser humano fixa para si mesmo, medindo seu ego a partir desse referencial. Define o ego ideal como uma substituição do narcisismo infantil:

Esse ego ideal é agora alvo do amor de si mesmo (*self love*) desfrutado na infância pelo ego real. O narcisismo do indivíduo surge deslocado em direção a esse novo ego ideal, o qual, como o ego infantil, se acha possuído de toda perfeição de valor. (...) Ele não está disposto a renunciar à perfeição narcisista de sua infância; e quando, ao crescer, se vê perturbado pelas admoestações de terceiros e pelo despertar de seu próprio julgamento crítico, de modo a não mais poder reter aquela perfeição, procura recuperá-la sob a nova forma de um ego ideal. O que ele projeta diante de si como sendo seu ideal é o substituto do narcisismo perdido de sua infância na qual ele era o seu próprio ideal. (FREUD, 1914/1976, p. 111)

A formação de um ideal estaria também relacionada a um aumento das exigências egoicas, representando o fator principal que condiciona a repressão (*Verdrängung*).

Freud usou nesse mesmo texto o termo *Ichideal* ou *ideal do ego*, não apresentando prontamente uma diferença conceitual em relação ao *Idealich*, mas já anunciando uma outra parte do ego associada à sua face crítica, herdada da autoridade paterna e relacionada com a voz, como vemos no seguinte trecho:

(...) o que induziu o indivíduo a formar um *ideal do ego*, em nome do qual sua consciência atua como vigia, surgiu da influência crítica de seus pais (transmitida a ele por intermédio da voz), aos quais vieram juntar-se, à medida que o tempo passou, aqueles que o educaram e lhe ensinaram (...). (FREUD, 1914/1976, p. 113; grifo nosso)

Outro aspecto discutido por Freud é a diferença entre a sublimação e a formação de um ideal. Enquanto na sublimação trata-se de um redirecionamento da libido objetal, afastando-se da finalidade de satisfação sexual, na idealização o objeto é supervalorizado pelo indivíduo, podendo incidir tanto na libido do ego como na libido objetal. Dessa forma, uma pessoa que tenha substituído seu narcisismo por “um ideal elevado do ego, nem por isto foi necessariamente bem sucedido em sublimar seus instintos libidinais”, sendo que “é muito mais difícil convencer um idealista a respeito da localização de sua libido, do que um homem simples, cujas pretensões permaneceram mais moderadas” (FREUD, 1914/1976, p. 112).

O ideal do ego aparece na hipótese freudiana como uma instância psíquica que dificulta a satisfação da libido através das catexias objetais, considerando muitos objetos como incompatíveis com o ideal esperado. Há uma tentativa de tornar-se o próprio ideal, como vivido na infância.

Com a noção de narcisismo, Freud acrescenta que, na escolha de objeto narcísica, uma pessoa “amará o que foi outrora e não é mais, ou então o que possui as excelências que ela jamais teve” (FREUD, 1914/1976, p. 118). Segundo Laplanche e Pontalis, a hipótese freudiana relaciona a escolha de objeto a partir do “modelo da própria pessoa” com a identificação, ou seja, que “o sujeito, ou qualquer das suas instâncias, é constituído segundo o modelo dos seus objetos anteriores: pais, pessoas do seu meio” (LAPLANCHE; PONTALIS, 1992, p. 228).

Em *O ego e o id* (1923) predomina mais o termo *Ichideal*, como *ideal do ego* ou *superego*, quando discute sobre a temática das idealizações. Laplanche e Pontalis comentam que, se em Freud não há a distinção clara entre ego ideal e ideal do ego, alguns autores pós-freudianos fazem uso desses termos de maneira distinta, como veremos mais adiante com Lacan – em sua teoria sobre o Estádio do Espelho e a tópica do imaginário.

Em *O ego e o id* a temática da identificação é relacionada ao processo de substituição de uma catexia objetal pela identificação. Quando uma pessoa tem de abandonar um objeto sexual, ocorre a instalação do objeto perdido no ego, sendo que esse processo não se limita aos estados melancólicos, mas é muito comum nas fases primitivas do desenvolvimento e na construção do caráter do ego. Se na fase oral mais primitiva as catexias de objeto não se distinguem da identificação, posteriormente elas procedem do id e o ego ainda frágil pode tomar um duplo caminho: ou “se sujeita a elas ou tenta desviá-las pelo processo de repressão” (FREUD,

1923/1976, p. 43). Freud salienta que, através da introjeção do objeto e da identificação, o ego pode facilitar o abandono do objeto pelo id.

O caráter do ego se formaria, então, a partir das catexias objetais abandonadas e da “história dessas escolhas de objeto” (FREUD, 1923/1976, p. 44), sendo que o ego possui níveis de resistência para aderir mais ou menos às influências dessa história. Nesse processo das identificações objetais do ego instalam-se inúmeras identificações que podem ser incompatíveis entre si e que acabam separadas umas das outras pelas resistências, podendo desencadear um processo patológico no ego.

Outro ponto destacado no texto é que, a partir do momento em que o ego toma para si as características objetais, ele está se colocando como objeto de amor ao id, como se dissesse: “Olhe, você também pode me amar; sou semelhante ao objeto” (FREUD, 1923/1976, p. 44). Como bem nos apontou Freud nesse texto, o ego não é só uma parte do id que representa o mundo externo da realidade, mas ele possui uma divisão que pode ser chamada de *ideal do ego* ou *superego*, que não se encontra tão relacionada à consciência. O que formaria o ideal do ego seria:

(...) a primeira e mais importante identificação de um indivíduo, a sua identificação com o pai¹⁸ em sua própria pré-história pessoal. Isso aparentemente não é, em primeira instância, a consequência ou resultado de uma catexia de objeto; trata-se de uma identificação direta e imediata, e se efetua mais primitivamente do que qualquer catexia do objeto. (FREUD, 1923/1976, pp. 45-46)

Daí a importância dada por Freud para as primeiras identificações infantis e primitivas que possuem um efeito duradouro e que são anteriores às catexias objetais. O autor acrescenta que as identificações edípicas, resultantes do abandono das catexias objetais com os pais, situadas no primeiro período sexual, reforçariam as identificações primárias na formação do ideal do ego. O complexo de Édipo traria uma complexidade para a compreensão da formação das identificações em vista da triangulação edípica e do caráter bissexual de todo indivíduo.

---

¹⁸ Freud complementa, em nota de rodapé, que seria mais recomendável referir-se a uma identificação ‘com os pais’, já que a criança não diferencia em termos de valor o pai ou a mãe, antes de a diferença anatômica entre os sexos se efetuar para ela. No entanto, diz que usará a expressão ‘identificação com o pai’ para simplificar sua exposição.

A maneira mais simplificada de entender o complexo de Édipo não seria a mais comum nos indivíduos. O que Freud chama de Édipo simples e positivo é a compreensão de que o menino, que tinha a mãe como objeto de amor, inicialmente relacionada ao seio materno, e identificava-se com o pai, mantinha paralelamente os dois relacionamentos. A partir do momento em que os desejos sexuais em relação à mãe se intensificam, o pai passa a ser tomado como objeto hostil, e a identificação com este adquire uma ambivalência de afetos, dando origem ao complexo de Édipo. Com sua dissolução, o menino precisa abandonar a relação objetal com a mãe; e, na forma simples e positiva, a saída do menino seria através da identificação com o pai, reforçando sua masculinidade. E no caso da menina, a saída edipiana seria a identificação com a mãe, reforçando seu caráter feminino.

No entanto, Freud nos alerta que o mais comum é o Édipo completo positivo e negativo em decorrência da bissexualidade, que se caracteriza no caso do menino não só pela escolha da mãe como objeto de amor e uma ambivalência de afetos em relação ao pai, mas por uma atitude afetuosa feminina em relação ao pai, comportando-se como uma menina, e considerando a mãe como objeto hostil. Nesse sentido, pode haver concomitantemente uma identificação paterna e materna tanto para o menino como para a menina, e a intensidade dessas identificações terá reflexos no predomínio de uma ou outra disposição sexual.

A partir da coexistência dessas identificações materna e paterna, o ego sofrerá alterações, podendo haver confronto com outros aspectos do ego. E Freud pontua o caráter de resistência do ideal do ego ou superego contra essas escolhas de objeto do id que foram introjetadas:

O superego, contudo, não é simplesmente um resíduo das primitivas escolhas objetais do id; ele também representa uma formação reativa enérgica contra essas escolhas. A sua relação com o ego não se exaure com o preceito: ‘Você deveria ser assim (como o seu pai)’. Ela também compreende a proibição: ‘Você não pode ser assim (como o seu pai), isto é, você não pode fazer tudo o que ele faz; certas coisas são prerrogativas dele’ (FREUD, 1923/1976, p. 49)

O superego, então, além de possuir “o caráter do pai”, tem a função de repressão do complexo de Édipo; e, segundo Freud, “é a esse evento revolucionário que ele deve a sua existência” (FREUD, 1923/1976, p. 49). Sendo herdeiro do complexo de Édipo e representando as relações com os pais, ele expressa os impulsos libidinais do id, carregando uma herança

arcaica. Dessa forma, o ego conquista, por um lado, um efeito de domínio do complexo de Édipo, mas também se sujeita ao id; e os conflitos entre ele e o ideal representariam um conflito entre o mundo externo e o mundo interno.

A formação do ideal estaria, portanto, atrelado ao que é mais elevado na escala de valores do ser humano e contém a censura moral herdada da autoridade paterna. Freud coloca a moralidade, a religião e o senso social como “os principais elementos do lado superior do homem” que “foram filogeneticamente adquiridos a partir do complexo paterno” (FREUD, 1923/1976, p. 52). Através do domínio do complexo de Édipo surgiram a moralidade e a religião, e o senso social foi formado pela necessidade da superação da rivalidade entre os membros do Totem que mataram o pai, segundo o mito da horda primeva presente em *Totem e tabu* (1912-13). E Freud acrescenta que “os sentimentos sociais repousam em identificações com outras pessoas, na base de possuírem o mesmo ideal do ego” (FREUD, 1923/1976, p. 52).

Direcionando-nos agora para a obra de Lacan, encontramos em sua teoria do estágio do espelho (1949) contribuições importantes para a temática da identificação narcísica e dos ideais. A concepção do estágio do espelho esclarece a função do eu para a psicanálise como uma experiência contrária à do *cogito* cartesiano – “Penso, logo existo” –, que é pautada na crença na autonomia do eu. A experiência psicanalítica revela uma função de desconhecimento do eu, que sofre os efeitos do inconsciente.

O autor nos conta que o bebê, a partir dos seis meses, reconhece sua imagem no espelho, num período em que não tem o controle sobre o andar e, muitas vezes, nem mesmo sobre sua postura ereta. O estágio do espelho pode ser compreendido “como uma identificação, no sentido pleno que a análise atribui a esse termo, ou seja, a transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem”. Esse momento de júbilo descrito por Lacan, em que o bebê reconhece sua imagem especular, representa uma “matriz simbólica em que o eu se precipita numa forma primordial, antes de se objetivar na dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito” (LACAN, 1949/1998, p. 97).

Lacan nomeia essa forma primordial do eu como Eu ideal, baseando-se em Freud, que seria a “origem das identificações secundárias” (LACAN, 1949/1998, p. 98) e que estaria pautado em uma ficção, uma vez que sempre há discordância entre ele e o ego:

(...) a forma total do corpo pela qual o sujeito antecipa numa miragem a maturação de sua potência só lhe é dada como *Gestalt*, isto é, numa exterioridade em que decerto essa forma é mais constituinte do que constituída, mas em que, acima de tudo, ela lhe aparece num relevo de estatura que a congela e numa simetria que a inverte, em oposição à turbulência de movimentos com que ele experimenta animá-la. (LACAN, 1949/1998, p. 98)

Diante de toda prematuridade do bebê e de seu caos orgânico, a *Gestalt* seria, então, responsável por essa ilusão de um corpo unificado, através da “permanência mental do [eu], ao mesmo tempo em que prefigura sua destinação alienante” (LACAN, 1949/1998, p. 98), já que desde o início o eu é outro. A constituição do Eu se dá através da imagem especular do outro semelhante – Eu ideal – representando uma identificação imaginária que provoca no eu uma ilusão de unidade, sendo no outro que ele se identifica.

O efeito de formação da *Gestalt* pode ser visto em um experimento da biologia na reprodução das pombas: para que se reproduzam sexualmente, havendo o desenvolvimento de seus órgãos sexuais, elas precisam ter acesso à percepção de outra pomba, ou seja, precisam acessar a imagem de sua espécie. Isso também é possível quando ela é colocada “ao alcance do campo de reflexão de um espelho” (LACAN, 1949, 1998, p. 99). A imagem de um indivíduo semelhante é condição necessária para sua reprodução. Assim como nos gafanhotos migratórios, que passam da “forma solitária para a forma gregária” quando são expostos a uma imagem similar relacionada à sua espécie. Quando eles veem algum indivíduo como eles, semelhante, juntam-se entre si e começam a viver em grupos, o que Lacan chamou de “identificação homeomórfica” relacionada ao “sentido da beleza como formadora e como erógena” (LACAN, 1949/1998, p. 99).

Lacan destaca através do ensaio de Caillois (1938/1988), “Mimetismo e psicastenia lendária”¹⁹, a tendência universal que os homens têm de imitarem e associarem por semelhança, relacionado ao “mimetismo morfológico” (LACAN, 1949/1998, p. 99) característico do processo em que alguns animais mudam sua cor, forma ou comportamento conforme o ambiente ou outro animal, para terem mais chances de sobrevivência. A imagem tem, portanto, uma função de formação para o sujeito.

---

¹⁹ Cf. R. Caillois (1938) “Mimetismo y psicastenia legendaria”. In: *El mito y el hombre*. México: Fondo de Cultura Economica, 1988.

No *Seminário I* (1953-54), em “A tópica do imaginário”, Lacan enfatiza a importância do estágio do espelho não como um simples momento do desenvolvimento do sujeito, mas tendo uma função reveladora das “relações do sujeito à sua imagem, enquanto *Urbild* do eu” (LACAN, 1953-54/2009, p. 103), ou seja, a imagem do corpo enquanto um arquétipo do eu. O autor propõe esquematizar o estágio do espelho através de uma apresentação óptica, que se fundamenta na teoria matemática e em uma “hipótese estrutural fundamental”: “para que haja uma ótica, é preciso que, a todo ponto dado no espaço real, corresponda a um ponto e só um num outro espaço, que é o espaço imaginário” (LACAN, 1953-54/2009, p. 105). O espaço real e o espaço imaginário se confundiriam, como no exemplo do arco-íris, em que se vê algo da ordem do subjetivo; algo que não está lá, mas que pode ser apreendido pela fotografia, de maneira objetiva. A linguagem, como a dimensão simbólica, teria uma função importante na distinção entre o objetivo e o subjetivo.

Lacan nos apresenta nesse esquema ótico o *experimento do buquê invertido*, partindo do experimento de Bouasse, onde se apresentam um espelho esférico, uma caixa oca contendo um buquê invertido, e em cima da caixa um vaso de flor. O que ocorre é o que vemos no esquema seguinte:

Os raios que batem no olho humano de forma convergente formam uma imagem real, que seria o vaso de flores em cima da caixa e o buquê invertido embaixo; e quando os raios batem no olho em sentido contrário, formam uma imagem virtual, ou seja, o buquê dentro do vaso.

O vaso e as flores representam uma metáfora da aquisição da imagem do próprio corpo, do “domínio próprio do eu primitivo” (LACAN, 1953-54/2009, p. 108), que é constituído pela

diferença entre o que está dentro, o eu, e o que está fora – rejeitado pela exclusão e projeção –, que não é eu. O domínio imaginário do corpo, ou seja, a tomada de consciência do corpo de maneira total, é anterior ao domínio real do corpo e à maturação fisiológica. “O sujeito antecipa-se ao acabamento do domínio psicológico, e essa antecipação dará seu estilo a todo exercício posterior do domínio motor efetivo” (LACAN, 1953-54/2009, p. 109).

Esse processo em que o sujeito vê seu corpo em sua totalidade tem um papel estrutural na fantasia: “É a aventura original através da qual, pela primeira vez, o homem passa pela experiência de que se vê, se reflete e se concebe corpo outro que não ele mesmo – dimensão essencial do humano, que estrutura toda sua vida de fantasia” (LACAN, 1953-54/2009, p. 109).

Com a aquisição da imagem do corpo, o sujeito adquire pela primeira vez a possibilidade de diferenciar o que é eu e o que não é eu. “Bem, digamos que a imagem do corpo, se a situamos no nosso esquema, é como o vaso imaginário que contém o buquê de flores real. Aí está como nós podemos representar o sujeito anterior ao nascimento do eu, e o surgimento deste” (LACAN, 1953-54/2009, p. 109). O sujeito anterior ao surgimento do eu é marcado pelo real inapreensível, uma realidade caótica. Através do imaginário é possível criar um contorno para o real, possibilitar uma “organização ao mesmo tempo ilusória, mas estruturante, sem a qual o real transbordaria, sem contorno” (FARIA, 2011, p. 136).

No entanto, existe uma condição para que ocorra o processo imaginário e ilusório da aquisição da imagem integrada do corpo:

Para que a ilusão se produza, para que se constitua, diante do olho que olha, um mundo em que o imaginário pode incluir o real e, ao mesmo tempo, formá-lo, em que o real também pode incluir e, ao mesmo tempo, situar o imaginário, é preciso que uma condição seja realizada – eu o disse a vocês, o olho deve estar numa certa posição, deve estar no interior do cone. (LACAN, 1953-54/2009, p. 110)

Se o olho estiver localizado no exterior do cone, verá o mundo em seu estado real, “um pobre vaso vazio, ou flores isoladas” (LACAN, 1953-54/2009, p. 110). A localização do olho no esquema ótico relaciona-se ao lugar do sujeito no mundo simbólico, e essa situação interfere diretamente na relação entre o imaginário e o real e na consequente constituição do mundo. O

olho localizado dentro do cone no esquema ótico representa, portanto, a presença do simbólico regulando o imaginário e o real.

Outro esquema ótico é proposto por Lacan em “Os dois narcisismos”, ainda no *Seminário I*, para aprofundar as questões sobre a teoria do estágio do espelho: o *esquema de dois espelhos*, um côncavo e um plano. A questão colocada é que, para que o olho tenha a experiência ilusória do vaso invertido – ou seja, para que veja o vaso acima da caixa oca contendo em si as flores –, é necessário que um espelho plano esteja posicionado aproximadamente no meio da sala em que o experimento se dá.

Na medida em que o olho se posiciona entre o espelho côncavo e a imagem real (vaso de cabeça para baixo, dentro da caixa oca; e buquê em cima da caixa) e que o espelho plano está no meio da sala, o olho verá, no ponto simétrico à imagem real, uma imagem virtual (vaso em cima da caixa contendo o buquê de flores).

Esse esquema é utilizado para a discussão a respeito dos dois narcisismos. O narcisismo primário se relaciona à imagem corporal, formando a unidade do sujeito; e relaciona-se ao “sentimento (...) que o ser humano (...) tem do seu próprio corpo” (LACAN, 1953-54/2009, p. 169). Situa-se ao nível da imagem real do esquema ótico, organizando a realidade. O narcisismo secundário confunde-se com o ideal do eu, uma vez que a identificação narcísica aí presente refere-se à “identificação ao outro que, no caso normal, permite ao homem situar com precisão a sua relação imaginária e libidinal ao mundo em geral” (LACAN, 1953-54/2009, p. 169). O que é visto pelo sujeito é uma reflexão do seu ser em relação ao ideal do eu. Notemos como a

experiência primária de propriedade nasce do cruzamento de dois narcisismos, e não apenas pela expansão canibal de um deles. Notemos ainda que nesse cruzamento há um elemento de indeterminação, de desapossamento que é, futuramente, o objeto a.

O. Mannoni, fazendo um comentário nessa aula de Lacan, resume bem como podemos compreender a questão dos dois narcisismos:

É que o investimento dos objetos pela libido é no fundo uma metáfora realista, porque ela só investe a imagem dos objetos. Ao passo que o investimento do eu pode ser um fenômeno intrapsíquico, em que a realidade ontológica do eu é investida. Se a libido se tornou libido de objetos, ela não pode mais investir senão alguma coisa que será simétrica à imagem do eu. De sorte que teremos dois narcisismos, segundo seja uma libido que invista intrapsiquicamente o eu ontológico, ou bem uma libido objetual que invista alguma coisa que será talvez o ideal do eu, e em todo o caso uma imagem do eu. Teremos então uma distinção muito bem fundada entre o narcisismo primário e o narcisismo secundário. (MANNONI apud LACAN, 1953-54/2009, p. 165)

Entendemos, assim, que no narcisismo primário a libido investe a realidade ontológica do eu e no narcisismo secundário a libido objetual investe o ideal do eu, enquanto imagem do eu.

Lacan destaca duas funções do eu, relacionando-as respectivamente ao narcisismo primário e ao narcisismo secundário:

(...) por um lado, elas desempenham para o homem como para todos os outros seres vivos um papel fundamental na estruturação da realidade – por outro lado, elas devem no homem passar por esta alienação fundamental que constitui a imagem refletida de si mesmo, que é o *Ur-Ich*, a forma original do *Ich-Ideal* bem como da relação com o outro. (LACAN, 1953-54/2009, p. 169-170)

Através do esquema ótico Lacan se pergunta, no *Seminário 1* – em “Ideal do eu e eu-ideal” –, qual a função do outro nesse processo de adequar o imaginário ao real. Conclui que, com a prematuridade do ser humano, ele não consegue ver sua imagem total, integrada; somente fora de si mesmo, e de maneira fragmentada, descompleta. A possibilidade de ver a imagem mais nítida depende da posição do sujeito em relação à imagem real, mais especificamente se estiver posicionado no cone. “Digamos que isso representa a difícil acomodação do imaginário no homem” (LACAN, 1953-54/2009, p. 187).

O simbólico atua no estádio do espelho, tendo um papel fundamental na regulação do imaginário, funcionando como uma “ligação simbólica entre os seres humanos” (LACAN, 1953-54/2009, p. 187). A possibilidade de o sujeito se localizar em relação aos outros sujeitos e sua relação com o imaginário se dá através da linguagem:

O que é a ligação simbólica? É, para colocar os pingos nos ii, que socialmente nós nos definimos por intermédio da lei. É da troca dos símbolos que nós situamos uns em relação aos outros nossos diferentes eus – você é você, Mannoni, e eu, Jacques Lacan, e estamos numa certa relação simbólica, que é complexa, segundo os diferentes planos em que nos colocamos (...) Em outros termos, é a relação simbólica que define a posição do sujeito como aquele que vê. É a palavra, a função simbólica que define o maior ou menor grau de perfeição, de completude, de aproximação do imaginário. (LACAN, 1953-54/2009, p. 187)

Lacan afirma que o ideal do eu, enquanto função simbólica, comanda a relação do sujeito com o outro, e é dessa relação que depende que a regulação imaginária ocorra de maneira mais ou menos satisfatória:

Qual é o meu desejo? Qual é a minha posição na estruturação imaginária? Esta posição não é concebível a não ser que um guia se encontre para além do imaginário, ao nível do plano simbólico, da troca legal que só pode se encarnar pela troca verbal entre os seres humanos. Esse guia que comanda o sujeito é o ideal do eu (LACAN, 1953-54/2009, p. 188).

O *ideal do eu* e o *eu ideal* aparecem distintos quando Lacan discute sobre a problemática envolvida na confusão entre o objeto e sua imagem fundamental, como no caso do amor. Quando o *ideal do eu* se situa nas relações objetais ao nível do *eu ideal*, marcado pelo resgate do narcisismo infantil e da vivência do eu como um ideal narcísico, desencadeiam-se uma ligação mortal e a impossibilidade da regulação do imaginário. Enquanto o eu ideal encontra-se no plano imaginário, o ideal do eu está no plano do simbólico.

Em “Observação sobre o relatório de Daniel Lagache” (1960), Lacan nos aponta que à medida que o ideal do Eu relaciona-se com o estatuto do simbólico, ele “se prende às coordenadas inconscientes do Eu” (LACAN, 1960/1998, p. 684), trazendo para o primeiro plano o desconhecimento que é próprio da formação do eu, assim como o acesso restrito que cada sujeito possui em relação à realidade do próprio corpo. Outro apontamento importante a respeito

do esquema ótico, desenvolvido novamente nesse texto, é que o Outro, suporte do simbólico, corresponde ao “espaço real ao qual se superpõem as imagens virtuais ‘por trás do espelho’”, estando presente e atuante na relação do sujeito com o outro – não havendo, portanto uma relação dual imaginária. Isso pode ser visto claramente no exemplo da criança que se reconhece no espelho, demonstrando uma atitude de júbilo, e vira a cabeça para a pessoa que a segura como que para certificar-se do valor da imagem, para obter uma garantia do reconhecimento de sua imagem por quem a segura nos braços.

No entanto, Lacan nos adverte que o sujeito tem de forjar seu lugar, uma vez que o que está em jogo é sua constituição a partir da ausência, visto a experiência ilusória da constituição de sua imagem, que está como que exterior ao sujeito. O sujeito tem pouco acesso ao seu corpo e é a partir das insígnias do Outro, de seus significantes – que interpretam seu grito, transformando-o em um apelo –, que se inscreve para o sujeito “a onipotência da resposta”, constituindo o Ideal do Eu.

Vejamos agora a ilustração dessa identificação do Estádio do Espelho, que inclui o ideal do Eu como aquele que “sustenta e regula as relações imaginárias na construção da realidade” (SCHEJTMAN, 2001, p. 18):

Vemos na figura três termos que participam da constituição do Eu: $i(a)$, que representa o Eu ideal, que é uma imagem de algo que é passível de ser amado; $i(a)'$, que é o Eu que se constitui a partir da identificação com o semelhante $i(a)$; e $I(A)$ que representa a instância simbólica que tem a função de sustentar a identificação imaginária. Portanto, o Eu ideal, imaginário, corresponde a uma imagem amável com quem o Eu se identifica, sustentado pelo ideal do Eu, suporte simbólico. A identificação imaginária, ou seja, a constituição do eu a partir da imagem com o semelhante, que faz com que o eu seja outro, não ocorre sem a garantia simbólica do ideal do Eu (SCHEJTMAN, 2001).

Temos na compreensão lacaniana do estágio do espelho três tempos na relação com a imagem: No primeiro tempo, o *infans*²⁰ é a imagem do Outro, havendo uma indiferenciação percebida nos exemplos do transativismo, em que o bebê sente o que o Outro sente. Se a mãe está nervosa, ele fica nervoso; se ela se acalma, ele também se acalma; se uma criança cai, ele chora. Ou seja, “pode-se dizer que nesse momento a criança se comporta como se ela fosse a imagem que reflete o comportamento do Outro (campo desejante)” (OGILVIE, 1988, p. 2).

Num segundo momento há uma diferenciação entre a imagem real e a imagem virtual, ou seja, a criança não é mais a imagem do Outro. Não há uma reação de eco ao campo desejante do Outro e aquilo que ela vê olhando para ela no espelho é uma imagem. No entanto, ela não vê mais nessa imagem uma outra criança e nem se identifica com essa imagem.

No terceiro tempo o *infans* torna-se a imagem do espelho, o outro no espelho é o bebê. Quando o Outro adulto nomeia as partes do corpo do bebê, ele se utiliza da imagem especular que é “objeto de desejo do adulto” constituindo “a primeira forma de identidade do bebê”, mas uma identidade ainda como objeto. Quando o Outro diz “olha seu narizinho”, a imagem do nariz torna-se objeto de desejo do adulto. “Isso ajuda a compreender porque a criança se denomina inicialmente em terceira pessoa (ou seja, do mesmo modo como ela é denominada pelo adulto). Portanto, doravante o bebê está identificado com a imagem ‘legendada’ pelo olhar/voz/toque do desejante” (OGILVIE, 1988, p. 2).

Segundo Brousse (2014, p. 2), a imagem em Lacan não se equivale à teoria do imaginário de Melanie Klein e de outros psicanalistas, que dão ênfase à imaginação. O estatuto de real é assumido pela imagem, como no exemplo da etologia das pombas. O que está em jogo é o “poder real de uma imagem como real”, as consequências da imagem no real; e no caso das pombas, consequências para a sua reprodução.

Portanto, o Estádio do espelho foi conceituado baseando-se na relação entre imagem e real; e, assim como o exemplo da etologia animal, na relação da criança com sua imagem no espelho também há implicações reais. Brousse propõe uma releitura do Estádio do espelho de Lacan, levando em conta não só seu texto de 1949, mas toda sua obra, e propõe o seguinte matema:

---

²⁰ O termo *infans* significa ser não falante: *in* é um prefixo negativo e *fans* é o verbo latino ‘falar’; logo *infans* remete a “não falante” (OGILVIE, 1988, p. 2).

Imagem do corpo

Corpo fragmentado

Vemos aí, na parte de baixo, o corpo fragmentado: todo o conjunto de experiências corporais e orgânicas de uma criança, que não tem uma unidade e se dão de maneira caótica. E na parte de cima do matema temos a imagem do corpo refletida no espelho, que não pertence à criança, pelo menos inicialmente, tratando-se de um objeto externo, mas que tem a função de “velar o corpo fragmentado”. Através da identificação da criança com sua imagem especular, possibilita-se a experiência de uma unidade ao que é caótico; no entanto, essa identificação com a “imagem global do corpo” (BROUSSE, 2014, p. 4) não se dá por completo, pois o organismo tem um estatuto de caos. Por exemplo, quando sentimos dor, ocorre um arruinamento dessa imagem global. Essa relação entre a imagem do corpo e o corpo fragmentado é fundamental e seu rompimento pode trazer consequências psíquicas desastrosas, como vemos na experiência de não reconhecimento no espelho na psicose, ou mesmo em situações cotidianas da experiência de estranheza, como trabalhada por Freud²¹.

Outro ponto destacado por Brousse na teoria do Estádio do espelho é a importância da linguagem para que a imagem se forme de maneira integrada:

A cena acrescentada por Lacan – há duas cenas típicas – é a da criança no colo de um adulto ou da mãe diante do espelho. Se esta é boa, diz à criança: *olha que menino tão bonito! (risos)*, e se é má, diz: *olha que menino tão feio!* Assim, o que possibilita que a criança se identifique como essa imagem no espelho é a palavra do Outro, ou seja, a linguagem. (BROUSSE, 2014, p. 5)

O que permite a relação entre a imagem do corpo e o corpo fragmentado são as zonas erógenas, as experiências de gozo que fazem esse enlaçamento:

Os pontos que grampeiam têm a ver com as experiências de gozo – isto é muito freudiano. À boca, anus, falo, Lacan vai acrescentar os ouvidos e os olhos, todas as zonas que permitem grampear a imagem com o organismo (o que Freud já enfatizara e que Lacan vai retomar), chamando este grampo de objeto pequeno a. (BROUSSE, 2014, p. 7)

---

²¹ Cf. S. Freud (1969/1919) “O estranho”. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago Editora.

Lacan acrescenta o objeto *a* no esquema ótico justamente para dar conta dessa constatação de que as zonas erógenas promovem o enlaçamento da imagem do corpo e do corpo enquanto organismo. O vaso do esquema representaria a imagem do corpo; a linguagem, representada pelo espelho plano, possibilita que os objetos *a*, que são as flores, sejam vistas dentro do vaso. Com a inclinação do espelho, as flores não são mais vistas dentro, ficando fora. “Trata-se então de uma introdução dos objetos *a* como tendo seu lugar no corpo, quando são fundamentalmente heterogêneos à imagem – porque eles não são imagens; provêm de experiências de gozo, relacionadas ao corpo como organismo, e não ao corpo como imagem” (BROUSSE, 2014, p. 8).

Os objetos *a* situam-se no âmbito do corpo, e não em sua imagem; mas esse esquema mostra como eles aparecem na imagem, quando na verdade situam-se fora dela. E o que possibilita essa inclusão do objeto *a* na imagem do corpo – ou dizendo de outra forma, o que possibilita articular as experiências de gozo da ordem do corpo com a imagem – é a linguagem (BROUSSE, 2014). A autora dá exemplos interessantes de objetos *a*, tornando mais clara essa discussão complexa sobre o enlaçamento entre a imagem do corpo e o organismo e o processo contrário de sua oposição. Os cabelos representam uma parte do corpo que compõe a imagem do sujeito, identificando e dando um estilo a cada um. Quando os cabelos se destacam do corpo, caem no ralo do banheiro, por exemplo, tornam-se objeto *a*, estando agora fora da imagem do corpo, não pertencendo mais “ao império unificador da identidade imaginária” (BROUSSE, 2014, p. 9) e causando uma certa repulsa em quem o visualiza.

A questão que se coloca aí é que quando os objetos *a*, representados pelas flores do esquema ótico, situam-se dentro do vaso, fazendo parte da imagem do corpo, eles “florescem”; mas quando permanecem fora do vaso – e, portanto da imagem do corpo –, causam uma experiência de horror ou de angústia (BROUSSE, 2014). Como no exemplo dos cabelos, quando eles fazem parte da imagem do corpo do sujeito, estão funcionando como objetos de valor, objetos fálicos; e quando estão fora da imagem, perdem seu valor e assumem seu valor como objeto real, fora da cadeia significante.

2.4) Identificação com o traço unário

A segunda identificação descrita por Freud em “Psicologia das massas e análise do eu” (1921) é a identificação regressiva, que participa da formação neurótica dos sintomas e substitui uma ligação objetal amorosa através da introjeção do objeto no Eu. Freud dá o exemplo da identificação com o objeto odiado, a mãe, presente no complexo de Édipo feminino: a menina adquire o mesmo sintoma de sua mãe, a tosse, que expressa o amor em relação ao pai e o desejo hostil de ocupar o lugar da mãe (identificação edípica), como vemos na figura a seguir:

Outra possibilidade, que se dá mais no final do complexo de Édipo feminino, é a identificação com o objeto amado, o pai, onde “o sintoma é o mesmo da pessoa amada”, como no caso Dora, onde sua tosse “imita a tosse do pai” (FREUD, 1921/2011, p. 63). Nesse caso, a identificação ao pai substitui a relação de objeto de amor:

Tanto a identificação primária como a regressiva são descritas por Freud (1921/2011, p. 64) como parciais, “tomando apenas um traço da pessoa-objeto”.

Lacan (1961-62), no *Seminário 9*, formula o conceito de traço unário (*einzigster Zug*), trazendo para a discussão a identificação com o significante. Retoma uma referência de Freud às duas primeiras identificações, a primordial e a regressiva, dizendo que são identificações parciais por levarem em conta um único traço do objeto, ao contrário da identificação histérica, que engloba a situação como um todo.

No *Seminário 19* (1971-72/2012, p. 160) Lacan define o traço unário como “aquilo pelo qual se marca a repetição como tal”, e prossegue:

Qualquer coisa pode servir para escrever o Um da repetição. Não é que ele não seja nada, é que se escreve com qualquer coisa, desde que seja fácil repeti-la como imagem. Para o ser encarregado de fazer com que, na linguagem, isso fale, nada é mais fácil de representar do que aquilo que ele é feito para reproduzir naturalmente, ou seja, como dizem, seu semelhante, ou seu tipo. Não que originalmente ele saiba fazer sua imagem, mas ela o marca, e ele pode devolvê-la, conferir-lhe a marca que é justamente o traço unário, ou seja, o suporte daquilo de que parti sob o nome de *estádio do espelho*, isto é, de *identificação imaginária*. (LACAN, 1971-72/2012, p. 161)

O traço unário seria, então, uma marca que se repete como imagem, um suporte da identificação imaginária relacionado com a constituição do eu a partir do outro semelhante, mas que porta um fundamento simbólico: “(...) o sujeito se reflete no traço unário, e no qual é somente a partir daí que ele se repete como *eu ideal*, tudo isso insiste justamente em que a identificação imaginária se efetue por uma marca simbólica” (LACAN, 1971-72/2012, p. 161).

O conceito de traço unário possibilita encontrar um fundamento simbólico para a teoria imaginária do narcisismo e do estágio do espelho (DUNKER, 2002b); contudo, ainda não nos esclarece como se dá essa identificação direta e imediata.

2.5) Formação das massas

Em seu texto “Psicologia das massas e análise do eu” (1921/2011, p. 17) Freud investiga as mudanças de comportamento, sentimento e pensamento de um indivíduo que faz parte de uma “massa psicológica”, e lança três perguntas importantes que norteiam sua pesquisa: “O que é então uma massa, de que maneira adquire ela a capacidade de influir tão decisivamente na vida psíquica do indivíduo, e em que consiste a modificação psíquica que ela impõe ao indivíduo?”.

Em nota de rodapé nos é esclarecido que quando Freud utiliza o termo “massa” ele está se referindo a alguns sentidos diversos, como “multidão, aglomeração, agrupamento, grupo etc.” (FREUD, 1921/2011, p. 14); no entanto, ele trará mais adiante do texto a especificidade de uma massa psicológica, que não é meramente a junção de pessoas.

Para sua investigação, Freud recorre inicialmente a um grande teórico e estudioso da psicologia das massas, Le Bon, mais especificamente ao seu livro *Psicologia das massas*²², em que analisa a formação de massas transitórias e efêmeras. Não pretendemos aqui discorrer sobre toda a análise de Freud da obra de Le Bon, mas destacar alguns pontos que nos parecem importantes para nossa pesquisa.

Nessa obra o autor destaca a existência de uma “alma coletiva” em uma massa psicológica, que se refere a uma homogeneidade nos campos do sentimento, pensamento e comportamento, o que não ocorreria caso os indivíduos estivessem a sós. A particularidade de cada indivíduo desaparece na massa; e, segundo Freud, “o heterogêneo submerge no homogêneo” e “o fundamento inconsciente comum a todos é posto a nu (torna-se operante)” (FREUD, 1921/2011, p. 20). Há uma supressão das repressões e, dessa forma, dá-se vazão para os instintos inconscientes, provocando uma intensificação afetiva, o que aproxima a massa da vida psíquica dos povos primitivos, das crianças e dos neuróticos. A diminuição da capacidade intelectual é outra característica apontada em um indivíduo que faz parte de uma massa psicológica.

Freud destaca também na obra de Le Bon o contágio mental, que diz respeito ao fato de que todo comportamento ou sentimento vivenciado na massa é contagioso, e se sobrepõe aos interesses particulares de cada indivíduo. Aliado a isso está presente também a sugestão, em que a figura do hipnotizado e do hipnotizador servem como uma boa analogia para descrever esse fenômeno em que um indivíduo é levado a agir de determinada maneira segundo uma sugestão dada por outro, seja expressando sentimentos cruéis e destrutivos, seja fazendo uma renúncia ou tendo uma devoção a algum ideal. Nesse ponto Freud chama a atenção para a figura dos líderes das massas, uma vez que elas possuem a tendência de se colocarem submissas às figuras de liderança e de serem conduzidas como um rebanho. Um líder deve crer, ele mesmo, nas ideias fanáticas que propõe; mas uma ideia ou ideologia também poderia entrar nesse lugar de líder para uma massa, uma vez que os indivíduos se submetem a ela cegamente.

---

²² Cf. G. Le Bon (1963) *La psychologie des foules*. Paris: PUF.

Um outro autor a que Freud recorre nessa discussão é McDougall, cujo livro *The group mind* [A mente grupal]²³, que discute, entre outras coisas, o fato de a massa poder ter ou não uma organização. Para ele uma massa (*group*) sem uma organização mais complexa é definida como uma “multidão” (*crowd*), em que os indivíduos têm algum interesse em comum ou um mesmo afeto em relação a algo. E a força dessas coisas em comum é o que determina a formação de uma massa psicológica ou de uma alma coletiva. O comportamento dessa massa simples assemelha-se às descrições de Le Bon em relação a uma intensificação das afetividades e a um rebaixamento da inteligência, podendo chegar a certas atitudes extremas e violentas, e tendo a tendência de ser dirigida e comandada.

Uma massa organizada estaria, segundo McDougall, em um nível psíquico mais superior que uma massa sem organização, e teria algumas condições principais como: continuidade; relação de afeto com a massa; rivalidade com outras massas semelhantes; presença de tradições e costumes e uma divisão do papel de cada indivíduo que compõe a massa. Segundo Freud, essa organização devolveria ao indivíduo todas as suas características que se anularam com a existência da massa psicológica.

Um ponto importante destacado por Freud, e que toca na questão do contágio e das identificações, diz respeito à tendência do ser humano de se contagiar pelo afeto de uma outra pessoa; mas da existência, por outro lado, de uma resistência a isso, a não ser quando um indivíduo faz parte de uma massa:

Sem dúvida existe em nós uma tendência de incorrer no mesmo afeto, ao perceber sinais de um estado afetivo em outra pessoa, mas não acontece de resistirmos a ela com êxito, rechaçando o afeto e reagindo de maneira totalmente contrária? Por que então cedemos normalmente a esse contágio, estando na massa? De novo será preciso dizer que é a influência sugestiva da massa que nos leva a obedecer a esta tendência à imitação, que induz em nós o afeto. (FREUD, 1921/2011, p. 41)

Nesse ponto, Freud faz uma discussão sobre suas ressalvas em relação à sugestão, dizendo que, se por um lado ela se propõe a explicar tudo – incluindo esses fenômenos de contágio –, ela mesma se furta à explicação, não havendo até o momento nenhum esclarecimento em relação à sua natureza.

---

²³ Cf. W. McDougall (1920) *The group mind*. Cambridge: University Press.

O autor então lança mão de um conceito presente em seus estudos sobre as psiconeuroses, a libido, para tentar compreender essa formação da unidade na massa, já que para ele a simples explicação pela sugestão é insuficiente. Diz: “‘Libido’ é uma expressão proveniente da teoria da afetividade. Assim denominamos a energia, tomada como grandeza quantitativa – embora atualmente não mensurável – desses instintos relacionados com tudo aquilo que pode ser abrangido pela palavra ‘amor’” (FREUD, 1921/2011, p. 43). E o amor é tomado por Freud não só como amor sexual, mas também o afeto cuja meta sexual é afastada, como nas relações com os pais, irmãos, filhos, amizades e até um investimento em objetos ou ideias.

Freud se indaga sobre o que mantém os indivíduos de uma massa ligados entre si e constrói a hipótese de que são as relações de amor, dizendo que esses laços não aparecem na análise dos autores citados por ele na discussão sobre a psicologia das massas, estando na verdade ocultos atrás de toda problemática da sugestão:

(...) a massa se mantém unida graças a algum poder. Mas a que poder deveríamos atribuir este feito senão a Eros, que mantém unido tudo o que há no mundo? (...) se o indivíduo abandona sua peculiaridade na massa e permite que os outros o sugestionem, que ele o faz porque existe nele uma necessidade de estar de acordo e não em oposição a eles, talvez, então, ‘por amor a eles’. (FREUD, 1921/2011, p. 45)

Na descrição da vida afetiva do ser humano, mais especificamente nas relações mais íntimas e duradouras, Freud nos alerta sobre a ambiguidade dos afetos e da coexistência entre o amor e ódio. No entanto, esses afetos de aversão e hostilidade não aparecem entre os membros de uma massa, seja por um período ou por um tempo mais duradouro:

(...) os indivíduos se conduzem como se fossem homogêneos, suportam a especificidade do outro, igualam-se a ele e não sentem repulsa por ele. Segundo nossas acepções teóricas, tal limitação do narcisismo pode ser produzida apenas por um fator, pela ligação libidinal a outras pessoas. (FREUD, 1921/2011, p. 58)

Existe, portanto, uma limitação ao amor narcisista na massa e uma especificidade dessas ligações libidinais, cujas finalidades sexuais estão suspensas sem comprometer a força dos vínculos.

Partindo do entendimento do enamoramento (*Verliebtheit*) e da hipnose, tenta pensar um modelo libidinal das massas. No enamoramento ocorre uma idealização do objeto, que possui uma “superestimação sexual” (FREUD, 1921/2011, p. 71) e substitui um ideal que o próprio Eu não conseguiu alcançar, e assim o narcisismo da pessoa é satisfeita. O objeto, nesse caso do enamoramento, ocupa o lugar do ideal do Eu. A hipnose, definida por ele como uma “formação de massa a dois” (FREUD, 1921/2011, p. 74), que se difere de uma massa por seu número, isola seu elemento essencial que se aplica à massa, que é “a relação do indivíduo da massa com o líder”, sendo que esse último assume o lugar de ideal de eu: “O hipnotizador é o único objeto, nenhum outro recebe atenção além dele”. A diferença em relação ao enamoramento é que na hipnose a satisfação sexual encontra-se excluída.

A partir dessas discussões Freud cria uma fórmula para pensar como uma massa se constitui libidinalmente e apresenta a seguinte definição: “Uma massa primária desse tipo é uma quantidade de indivíduos que puseram um único objeto no lugar de seu ideal do Eu e, em consequência, identificaram-se uns com os outros em seu Eu” (FREUD, 1921/2011, p. 76). O líder representa esse objeto colocado no ideal do Eu, o que não permite que a massa adquira as características de cada indivíduo. Vejamos o esquema:

O ideal do Eu de um indivíduo é formado por vários modelos de identificação, como vimos em um capítulo anterior, já que ele participa de vários grupos fazendo diferentes laços. O indivíduo faz uma renúncia do seu ideal do Eu, colocando em primeiro plano o ideal da massa, representado pelo líder.

Freud recorre às identificações, consideradas por ele como “outros mecanismos de ligação afetiva” (FREUD, 1921/2011, p. 60), além das catexias objetais, para tentar compreender

a natureza das relações libidinais das massas. Ele utiliza a identificação histérica para analisar a formação das massas, dizendo que o que liga os indivíduos da massa é alguma coisa afetiva em comum e importante, que seria o tipo de ligação com o líder, sendo que a relação entre os membros da massa tem sua meta sexual inibida, assim como na identificação histérica.

Recorremos a um outro autor, Schejtman (2001), que, partindo da teoria de Lacan, propõe uma outra forma de compreensão da identificação na formação das massas, dizendo que esta possui a mesma estrutura do estágio do espelho, e não da identificação histérica: “a identificação que dá consistência à massa não se distingue em nada, em sua estrutura, desta do estágio do espelho” (SCHEJTMAN, 2001, p. 19; tradução nossa). Desse modo, a estrutura da identificação das massas não estaria na vertente do desejo e teria, como no estágio do espelho, os três termos: a relação imaginária do Eu com o outro semelhante; a identificação do Eu com o Eu ideal; e o ideal do Eu como fundamento simbólico da identificação imaginária. Vejamos novamente o esquema do estágio do espelho:

O Eu de um membro da massa se ligaria a um outro Eu da massa por essa identificação especular do eu com o semelhante, no eixo $i(a) - i(a)'$; e o ideal do Eu, representado pela figura do líder, sustentaria essa identificação produzindo uma ilusão para os membros da massa de que “são todos iguais”. A massa se constituiria, segundo o autor, através da identificação especular. Concluimos, assim, que a identificação de grupo, formativa da experiência da massa, convida a um novo tipo de identificação. Lacan enfatizou a noção de traço (*einzigster Zug*) derivada do capítulo VII; contudo, isso deixa de lado o elemento fundamental relativo a essa associação do traço com o objeto, do Ideal com o objeto. Longe de representar uma incorporação simples, do tipo lugar-posição ou função-argumento, a identificação de massa convida a repensar a função da imagem como posituação do nada e como semblante de objeto que opera senão uma identificação, uma montagem entre identificações, que nos ajudaria a entender o gozo extraído

de nossa identificação com a massa. Como vimos, esse gozo possui duas características aparentemente invertidas: o sentimento de perda de si, de diluição no outro, de substituição por uma comunidade de irmãos, e ao mesmo tempo uma identificação vertical com o líder “devorado”. Além da lógica do traço, reencontramos nessa identificação imaginária os dois tempos da circulação do gozo no corpo: a intrusão e a extrusão. A vantagem é que considerando essa identificação à luz do animismo perspectivista, temos elementos para entender a origem do sentimento “oceânico”, no qual o corpo pode representar uma perspectiva que simultaneamente engrandece o eu (totemismo) e que permite a experiência do eu fora de si (animismo). É esse funcionamento que permite propor um modelo epidemiológico.

3- ANATOMIA DAS IDENTIFICAÇÕES NAS ANOREXIAS SEVERAS

3.1) A ineficácia do banquete totêmico: identificações edípicas comprometidas e incorporação

*“Nós não sentamos à mesa para comer –
lemos em Plutarco – mas para comer junto”
(MONTANARI, 1998, p. 108)*

Ao considerarmos a anorexia como uma patologia do consumo como situação e experiência envolvendo alimentos, levamos em conta a existência de perturbações na ordem da oralidade, uma tentativa de controlar a pulsão oral (MAGTAZ, 2008), mas também uma suspensão das relações de reconhecimento – particularmente entre demanda, transferência e identificação – que, em seu conjunto articulado, compõe a noção de sofrimento.

O processo de perturbação da oralidade na anorexia pode ser entendido como uma alteração na lei simbólica da comensalidade, do comer junto, provocando “efeitos de deformação no plano imaginário, no nível do narcisismo corpóreo, e no plano real, em uma compulsividade pulsional não regulamentada” (COSENZA, 2013, p. 19; tradução nossa). Podemos considerar, dessa forma, a anorexia como uma patologia da comensalidade, onde a lei que rege a relação do sujeito com a comida não é eficaz, promovendo um gozo sem regulação simbólica.

Alguns historiadores (FLANDRIN; MONTANARI, 1998) que estudam a história da alimentação nos trazem importantes revelações sobre a humanização das condutas alimentares, afirmando que o que diferencia o humano do animal em relação à alimentação é a *comensalidade*, o cerimonial e os rituais que cercam o consumo de alimentos e que envolvem uma função social. A *comensalidade* representa uma lei simbólica que regulamentava a relação do sujeito com o alimento na cultura europeia ocidental.

Os banquetes e festas dos povos gregos e romanos assumiam uma função social, onde o comer e beber junto favoreciam o fortalecimento de amizades, a solidariedade, o reforço da relação entre senhor e vassalo e a boa convivência:

(...) o homem civilizado come não somente (e menos) por fome, para satisfazer uma necessidade elementar do corpo, mas, também, (e sobretudo) para

transformar essa ocasião em um momento de sociabilidade, em um ato carregado de forte conteúdo social e de grande poder de comunicação. (MONTANARI, 1998, p. 108)

A comensalidade pode ser lida, portanto, como uma regulamentação social e cultural que se sobrepõe à pulsão. No mito grego da deusa Deméter (PANTEL, 1998), ela percebe que alguns homens que trabalham para Erisicton, o filho do rei, maltratam seus bosques e recusam-se a se retirar da floresta. Erisicton anuncia que iria construir com a madeira a cobertura de sua sala onde ofereceria banquetes aos amigos e a deusa o castiga por tê-la ultrajado. Provoca nele uma fome insaciável e terrível que o atormenta, e depois de comer tudo o que tinha na frente, num ato de devoração, é jogado nas ruas, em uma situação onde teria que comer restos de comida. Desse modo, “por ter ultrajado a deusa, Erisicton foi privado para sempre do que é a característica da sociabilidade humana, o banquete” (PANTEL, 1998, p. 156).

Esse mito grego ilustra a complexidade do sistema de leis da comensalidade dos gregos e o fato de o banquete estar submetido à lei dos deuses e aos seus assentimentos. Além disso, participar do banquete é sinal da mortalidade humana e de sua diferença em relação aos deuses.

O funcionamento anoréxico em relação à alimentação pode ser pensado como um desvio na prática do banquete, ilustrado pelo comer escondido, solitário, de forma não compartilhada, e pela privação autoinduzida e contínua, indicando um individualismo que é próprio da contemporaneidade. A anoréxica priva-se do banquete enquanto função social e faz suas próprias regras, havendo, portanto uma falha da lei que regula a relação do sujeito com a comida. A relação da anoréxica com a alimentação fica fora do discurso devido a uma alteração ou insuficiência na inscrição do sujeito na ordem simbólica.

Bidaud (1998, p. 10) realiza uma diferença importante entre o jejum das anoréxicas, que ele nomeia como “jejum absoluto”, e o “jejum comunitário”, prática comum dos rituais religiosos, afirmando que o jejum anoréxico representa uma “subversão dessa função simbólica” da comensalidade, ao contrário do jejum comunitário, que está incluído no registro simbólico.

Podemos ler a lei da comensalidade como uma lei da castração simbólica, que separa a criança “do corpo a corpo devorador com a Mãe para reconduzi-la à universalidade normativa da ‘mesa do Pai’” (COSENZA, 2013, p. 22). O banquete funciona, portanto, como uma metáfora, onde a comida – representante da Mãe – é substituída pelo banquete – lei paterna –,

possibilitando uma experiência alimentar pautada no simbólico e uma perda de gozo, uma vez que a pulsão torna-se regulamentada.

Brusset (1999, p. 58) afirma que há um comprometimento das identificações edípicas na anorexia em função de uma “identificação primária fusional (o outro como si mesmo, o si mesmo como o outro). A organização edípica não pode desempenhar seu papel estruturante e a imagem do pai tende a ser somente um duplo da mãe”.

Baseando-se na relação apontada por Freud (1895b) entre a anorexia e a melancolia, poderíamos inferir que, assim como na melancolia, na anorexia o modelo identitário é a incorporação, que funciona como uma transgressão imaginária da proibição do incesto. “O luto canibal é claramente essa solução incestuosa da união alimentar ao objeto de amor cujo desaparecimento pode entrar em um *saber*, mas – segundo a lei de uma clivagem – permanece decididamente fora do alcance de um *crer*” (FÉDIDA, 1999, p. 66).

Fernandes (2006, p. 212) afirma que existem dificuldades no processo de identificação primária na anorexia, que inclui a introjeção e a incorporação. A identificação primária aprisiona-se na incorporação, que é o protótipo corporal da introjeção. “Ora, enquanto a introjeção permitirá ao sujeito restringir a sua dependência em relação ao objeto, a incorporação do objeto, ao contrário, cria e reforça a ligação objetual imaginária”. Segundo a autora, ocorre um fracasso na introjeção da função de “para-excitação materna”, responsável por regular as pulsões do bebê e libidinizar seu corpo, provocando a necessidade de o sujeito incorporar o objeto, já que o objeto interno não se constituiu de maneira eficaz.

No entanto, a autora faz uma diferenciação sobre o processo de incorporação na melancolia e na anorexia, defendendo que, enquanto na melancolia o objeto é incorporado e fundido com o ego, na anorexia o objeto é incorporado e fundido com o corpo (FERNANDES, 2006, p. 216).

Outra forma de situar a anorexia é em relação à separação do Outro, no âmbito do rechaço do Outro e da mãe nutridora, como afirmou Miller (2005). O autor considera a bulimia, cujo sintoma refere-se ao comer compulsivo, do lado da alienação ao Outro, pois o que está em primeiro plano é a função do objeto: “Quem come nunca está só” (MILLER, 2005, p. 378; tradução nossa). Se na anorexia severa, em que o comer restritivo ocupa a cena, o sujeito é afastado das relações sociais, na bulimia esse afastamento não é tão extremo. Esse

funcionamento anoréxico se aproxima muito do gozo toxicômano, como um gozo que se situa mais além do amor à vida (MILLER, 2005, p. 375; tradução nossa).

Traremos a seguir um recorte sobre o filme *Cisne Negro* (2011), do cineasta Darren Aronofsky, e um caso clínico da pesquisadora para ilustrar a temática da ineficácia do banquete totêmico na anorexia.

Cisne Negro: o impedimento da filha de tornar-se mulher

No filme *Cisne Negro* vemos um exemplo de relação mãe e filha em que existe essa ineficácia do banquete totêmico, pela prevalência de uma mãe devoradora que impede que a filha se torne mulher. E, em decorrência dessa devastação, o psiquismo da filha – a personagem Nina – desmorona, como na cena em que se joga do alto no espetáculo de balé em direção à morte.

A história é a de uma jovem bailarina, Nina, que apresenta sintomas alimentares importantes, como recusa em comer e vômitos autoinduzidos, e comportamentos de automutilação. Ela vive com sua mãe, Érica, que não conseguiu sucesso como bailarina e projeta na filha todos seus anseios narcísicos. Érica a infantiliza, a coloca no lugar de uma menina meiga e rodeada de objetos infantis, impossibilitando o acesso da filha à feminilidade – o que pode representar uma grande catástrofe, segundo Freud (1931). Mesmo que cada mulher se invente a si mesma, ela espera que a mãe acolha seus questionamentos em torno da questão sobre “o que é ser mulher?”. “Ela quer saber qual a solução encontrada pela mãe para a sua condição de mulher, que em sua forma mais feminina se expressa pela vontade de despertar o desejo de um homem” (ZALCBERG, 2011, p. 2).

E esse acolhimento para as questões da identidade feminina Nina não encontrou em sua mãe. Esta procura afastá-la dos homens, tentando proteger a filha de ter um mesmo destino que ela – que engravidou e desistiu de sua carreira no balé. Respondendo a essa demanda materna, Nina rejeita o assédio de um homem e sua tentativa de beijá-la, mordendo-o. Mas, na visão de Zalcberg, não se trata de uma reação histérica – como na cena do beijo de Dora com o Senhor K –, pois Nina não se refere à outra mulher nem procura nela respostas para o enigma da feminilidade. Ela não se mistura com as outras bailarinas, não há um espaço dela no mundo feminino.

O investimento devoto no balé tem um duplo sentido na vida de Nina: representa, por um lado, seu aprisionamento na fantasia materna; mas, por outro, é o palco onde consegue experienciar um sentido para sua existência, levando seu corpo até o limite da exaustão e da dor (ZALCBERG, 2011). O que está em jogo não é simplesmente buscar a perfeição no balé, mas tentar manter a integridade de seu corpo, que pode a qualquer momento se extinguir e desaparecer, pela ameaça do corpo devorador da mãe. Nesse sentido, o balé dá consistência ao seu ser, e não está na ordem do fazer.

Nina é convidada a encenar no espetáculo do balé duas figuras distintas: o cisne branco – representante da delicadeza, da infância, da pureza, como uma *sweet girl* (menina meiga) – e o cisne negro – figura da sensualidade e sexualidade femininas. O diretor do balé, Thomas, a convoca a por em cena esse lado mulher e isso tem efeitos catastróficos para Nina. Esta encontra em outra bailarina, Lily, a imagem de uma mulher que desperta o desejo do homem e que “se solta” nessa dança do universo feminino, vivendo sua sexualidade.

Começa então um processo de fascinação por esse “corpo erótico de mulher” em uma tentativa de alcançar respostas para o enigma da feminilidade, seguido de uma persecutoriedade – pois, em sua fantasia, Lily quer ocupar seu lugar, desencadeando assim um “delírio de perseguição e consequente perda de identidade” (ZALCBERG, 2011, p. 3). Em muitas cenas em que se olha no espelho, Nina vê um rosto deformado, meio demoníaco, e tem um delírio de que algo cresce em suas costas, como espinhos, o que mais tarde ela perceberá como a asa do cisne negro.

O filme vai mostrando uma transformação de Nina, que deixa de ser o cisne branco, vai se livrando de todos os objetos infantis e barrando o acesso de sua mãe ao seu quarto, manifestando violentamente uma tentativa de se separar dela. Ao perguntar para a filha “Onde está minha menina meiga?”, Nina responde: “Ela se foi”. “Mas não há alguém para substituí-la. De menina para... nada” (ZALCBERG, 2011, p. 4). Vê-se, assim, como Nina está às voltas com uma demanda devastadora, legada por sua mãe nos termos de uma carreira bem sucedida. Por outro lado, Nina encontra em sua rival e admirada Lily uma relação e transferência, articulada pelo lado menos solar e erótico da sexualidade, onde se localiza um sujeito suposto. Finalmente, há uma identificação peculiar que não se reduz à identificação com o desejo de Lily nem à

identificação com a demanda de sua mãe e o desejo que nela permanece alienado. Há uma terceira identificação que reúne as duas identificações anteriores em uma imagem.

Nesse processo de deixar de ser menina, Nina se solta e se perde, pois não contou com elementos simbólicos e imaginários essenciais para a construção do tornar-se mulher, perdendo-se no real do gozo. “O que se solta em Nina é essa amarração entre os três níveis de estruturação psíquica, deixando-a entregue ao imperativo do excesso do gozo e do domínio das pulsões – o que seus atos de mutilação de seu corpo já prenunciavam” (ZALCBERG, 2011, p. 4).

Na cena final do espetáculo *Cisne Negro*, Nina dá um salto sem sustentação, que a leva rumo ao abismo de um gozo mortífero e à perda de sua existência.

Caso clínico: A recusa do banquete como um signo de amor

O tema do “amor” será trabalhado na discussão do caso e relacionado a duas questões que se articulam entre si: a recusa do amor materno e do amor ao saber inconsciente. O amor tem um significado particular nesse caso e aparece relacionado ao significante “recusa”. Lembremos que a transferência, para Freud, foi definida, antes de tudo, como uma forma de amar, tendo Lacan acrescentado a isso a ideia de que a demanda é a demanda de signos de amor.

Uma paciente adulta, diagnosticada com anorexia nervosa, é encaminhada para análise por sua psiquiatra. Seus sintomas atuais são: medo de engordar, restrições alimentares, episódios de vômitos e depressão. Ela toma antidepressivo e remédio para dormir. A forma como a psiquiatra a descreve para o analista é “sem vida e sem força, um estado quase demencial”.

O início dos sintomas alimentares se deu na adolescência, logo após a morte da mãe, que foi interpretada por ela como um “suicídio”, pois ela tinha uma doença incurável e decidiu tomar um remédio para morrer, o que foi vivenciado pela paciente como: “minha mãe desistiu da gente”. É uma frase da mãe, um pouco antes de morrer, que marca o início desses sintomas: “não queira engolir o mundo”, referindo-se a um excesso libidinal da filha, representado pela ansiedade de querer fazer tudo ao mesmo tempo. A partir daí dois momentos se sucedem, indo do excesso para a privação: primeiramente desenvolve uma compulsão alimentar e abuso de drogas, numa tentativa de elaborar a perda do objeto amado pela oralidade, ilustrado pela seguinte fala: “comia demais, como a minha mãe”; em seguida passa a não comer, dando início à

anorexia. Encontramos aqui um traço regular da anorexia, sua capacidade de reter o momento e a cena na qual o repúdio alimentar se inaugura.

Podemos perceber nesses comportamentos de compulsão alimentar e de abuso de drogas da paciente uma identificação oral e melancólica, como nos apontou Freud (1921), como uma tentativa de incorporar o objeto materno, não no sentido de uma elaboração da perda, mas de negação. Segundo Fédida (1999) o mito canibal representa de maneira imaginária o incesto alimentar:

A análise poderá facilmente encontrar aí expressões fantasmáticas verbalizadas, mas, com mais certeza, comportamentos corporais (bulimia, anorexia) e processos somáticos que envolvem o canibalismo segundo um funcionamento da conservação paradoxal da autoconsumação ou da autodevoração. O paciente coloca em marcha seu desejo – muitas vezes desenfreado – de viver tudo o que se encontra sob o poder da pulsão de morte. A revelação dos conteúdos inconscientes de tais ‘comportamentos’ faz precisamente aparecer a angústia canibal de ser aniquilado pela fascinação exercida pelo objeto. (FÉDIDA, 1999, p. 65)

O que está em jogo nesse processo de devoração, segundo o autor, é a ilusão imaginária de não perder o outro, já que ocorre uma apropriação de suas características – e por isso a qualificação de incesto alimentar, pois a falta é transgredida. Mas a devoração pode assumir uma segunda dimensão, animista, na qual os narcisismos se cruzam em torno de um objeto que suporta e positiva uma imagem, dimensão na qual a devoração é desapossamento de si, tal como vemos na anorexia – que, diante do espelho, efetivamente experimenta um corpo excessivo ali onde procede a sua própria evaporação.

A primeira relação de objeto da paciente ficou marcada pelo desamor: uma mãe “pública”, muito ocupada e distante, desligada do corpo da filha. Não contou para a mãe quando menstruou porque ficou com medo de ela se distanciar ainda mais, pelo fato de não ser mais criança. Um cuidado materno, portanto, que se limitava à ordem da necessidade.

Após o diagnóstico da doença, a mãe tenta resgatar um vínculo de intimidade através do que a paciente nomeia como “banquetes”: reunia a família através de refeições “exageradas” das quais a paciente se privava. Pegava o pãozinho e saía da mesa, não participava do banquete, que representava um momento em que a família se reunia e compartilhava o alimento e as palavras. Ela se privou dessa intimidade, que para ela foi abrupta, pelo fato dessa transformação repentina

de uma mãe ausente para uma muito presente. Revela sentimentos confusos em relação ao banquete exagerado, associando ao fato de a mãe querer compensar sua ausência anterior. A oferta do amor materno e a despedida centram-se no objeto comida. A paciente revela uma atitude de recusa em dar o prazer para o outro e não permite a reparação da mãe.

A recusa localiza-se na via do amor, uma vez que a paciente, através de sua recusa em participar do banquete familiar, se recusava a se reconciliar com sua mãe, a satisfazê-la aceitando seu amor “tardio”. O historiador da alimentação Montanari (1998) enfatiza a função social do banquete, que representa, entre outras coisas, a identidade grupal, seja entre a família ou entre os cidadãos de um determinado lugar. Nessa mesma direção, Gerd Althoff (1988, p. 300) diz que o comer junto representa também “um ato de conciliação”, um símbolo da expressão de compromisso das relações de boa convivência. A temática de não poder satisfazer o outro e nem a si mesma aparece também na impossibilidade de ter relações sexuais, não havendo questionamentos de sua falta de desejo. A proibição do prazer encontra-se na ordem do sexual e da oralidade.

A transferência do caso fica marcada por três pontos: 1) a recusa do sujeito pela experiência da palavra; 2) a articulação do sofrimento através do saber médico; e 3) um jogo a dois, ela e a psiquiatra, do qual o analista está fora, desinvestido. O primeiro ponto pode ser pensado através da dificuldade para pensar e falar nas sessões. Tanto o sono incontrollável que a tomava intensamente, deixando-a lentificada e ausente, quanto as faltas recorrentes nas sessões, a tiravam da experiência pela palavra. Ficar sem falar é uma prática comum para a paciente. Na época do falecimento de sua mãe os familiares quase não se falavam e pareciam “estranhos morando na mesma casa”. No lugar da ausência da mãe fica o silêncio. Parece haver um gozo da ausência da palavra que se articula com o gozo da fome e do objeto *nada*, que caracteriza a anorexia, como nos apontou Lacan (1956-57), quando afirma que não é que a anoréxica “não coma nada”, mas que ela “come nada” – o *nada* representando um objeto no plano simbólico.

O segundo ponto da transferência é a articulação do sofrimento através do discurso médico, das explicações que recebe em seu tratamento psiquiátrico, não formulando questões próprias e nem construindo uma versão sobre si mesma. A direção de análise desse caso aponta para uma questão preliminar: assumir um discurso próprio, separando-se do discurso da psiquiatra; já que o amor ao saber parece estar ausente nesse sujeito, não há uma busca de saber

sobre seu sofrimento, mas uma colagem nas explicações médicas. Ela repete a fala do outro sobre ela, não dando espaço para a singularidade de sua própria questão. Apresenta como narrativa de si um saber teórico: “a anoréxica não consegue comer por ter dificuldade de lidar com suas angústias”.

O terceiro ponto da transferência é o jogo a dois, entre a paciente e sua psiquiatra, no qual o analista está desinvestido. Havia sempre uma fala de que ela não sabia se gostaria de continuar em análise, pois “já estava com a psiquiatra”. O desinvestimento também pode ser visto na falta de pagamento das sessões, nas faltas contínuas e numa espécie de desligamento, parecendo estar sempre distante, em outro lugar. Esse lugar do desinvestido é ocupado também pelo marido, que está a mais na relação entre ela e as filhas: “queria ficar sossegada com minhas filhas, sem homem nenhum”. Fica claro sua impossibilidade de estar a três.

A relação com as filhas se dá pela via da necessidade, ocupando o lugar de uma mãe que cuida, mas não se sente envolvida. Ela descreve uma experiência de estranhamento tanto em relação às suas filhas, como se não fossem dela, tanto em relação ao próprio corpo, como se não fosse seu.

Uma construção feita após um percurso em análise revela algo particular relacionado à anorexia, que se relaciona à impossibilidade de aceder ao amor edípico, começando a trilhar um caminho de construção de seu próprio saber, pra tentar descolar da doença. Quando se refere a querer ficar magra pra ter corpo de criança e ser olhada pela mãe diz: “queria ficar magra pra não chamar atenção dos homens, uma questão de praticidade, pra caber em qualquer burquinho”.

Bidaud (1998) ilustra, através do mito de Deméter e Perséfone, como o jejum pode representar uma forma de manter a relação exclusiva mãe-filha e não aceder ao amor edipiano. Perséfone é filha de Zeus e Deméter, cujo nome significa “Terra-mãe” (BIDAUD, 1998, p. 79). Esse mito aborda a perda da filha Perséfone pela mãe e uma relação de paixão entre ambas. Zeus acedeu sua filha ao deus dos mortos, Hades, sem consultar Deméter, que não teria concordado. Quando chegou junto com Hades em seu reino, Perséfone chamou pela mãe, mas não foi ouvida e passou a se recusar a comer. Deméter foi em busca da filha e, inconsolada com a separação, “assolou a terra com a seca e a fome” (BIDAUD, 1998, p. 80). Zeus, temendo a destruição da humanidade, pede o retorno de Deméter, que só voltaria se a filha retornasse para ela. Então Zeus propõe uma condição: “Perséfone deveria não ter comido nada durante sua permanência no

inferno, pois quem quer que comesse ou bebesse enquanto estivesse no reino de Hades ficava prisioneiro deste último para sempre” (BIDAUD, 1998, p. 80). No entanto, Perséfone confessa que comeu algumas sementes de romã e por isso Zeus decide que ela ficaria com a mãe somente enquanto as sementes crescessem para depois voltar para seu marido.

Esse mito esclarece a simbologia implícita no ato de comer como um “acesso ao desejo do homem” (BIDAUD, 1998, p. 81) e a separação na relação mãe e filha, marcando uma passagem em direção à feminilidade. Como já explicitado anteriormente, a lei da comensalidade pode ser lida como uma lei da castração simbólica, que possibilita uma separação da criança em relação à mãe devoradora, como nos apontou Lacan (1969-70) quando compara a mãe com um crocodilo com a boca aberta: “O papel da mãe é o desejo da mãe. Digo-lhes coisas simples, estou improvisando devo dizer, há um rolo, de pedra, é claro, que lá está em potência, no nível da bocarra, e isso retém, isso emperra. É o que se chama falo. É um grande crocodilo em cuja boca vocês estão. A mãe é isso” (Lacan, 1969-70/1992, p. 105).

A lei da comensalidade permite orientar a criança para a “mesa do Pai” (COSENZA, 2013, p. 22) ou para o banquete, que representa uma experiência alimentar sustentada pelo simbólico e pela regulamentação do gozo. E é justamente para essa *mesa do pai* que a paciente direciona sua recusa. É estranho e injustificável que a maior parte dos estudos sobre a anorexia se concentre na relação com o objeto alimentar sem considerar a situação alimentar como um ritual de comensalidade. Comer sozinha, comer com vergonha, comer falando ou comer em silêncio, comer sendo olhada pelos outros, comer servindo-se e sendo servida pelos outros (como em um restaurante, por exemplo), nada disso que concorre decisivamente para a formação da narrativa anoréxica é incorporado pelos estudos que se concentram no processo alimentar como uma mera “ingestão” de nutrientes ou de “objetos”.

3.2) A experiência da falta de unidade do corpo: perturbações da identificação imaginária e predomínio do Eu ideal

“O ponto de vista está no corpo, diz Leibniz (...)”

(DELEUZE, 1988, apud VIVEIROS DE CASTRO, 2002, p. 380)

A anorexia severa apresenta perturbações no âmbito da identificação imaginária, no processo de identificação do sujeito com sua imagem corporal. O narcisismo é a operação fundamental para que se constitua não só um eu, mas um corpo. Na anorexia parece haver uma falta de integração do eu com o corpo e a imagem corporal não condiz com o corpo real, demonstrando uma falta de unidade.

Alguns teóricos lacanianos da anorexia relacionam essa perturbação imaginária com uma desregulação da lei paterna, algo da inscrição simbólica que não opera eficazmente. Eidelberg (2001) ressalta que, na operação em que o Outro barra o gozo, sobra sempre um resto, o objeto *a*, como vemos a seguir:

$$\frac{A}{\mathcal{J}} \quad a$$

O autor propõe que a perturbação imaginária na anorexia ocorre pela falta de êxito no processo em que o Outro simbólico barra o gozo no sujeito, e o resto de real que sobra dessa operação, o objeto *a*, “pode retornar no imaginário e perturbá-lo” (EIDELBERG, 2001, p. 30; tradução nossa).

Segundo o autor, a imagem do eu tem uma dupla função: por um lado, vela a castração, representado pela seguinte figura:

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

Por outro lado, a imagem do eu esconde o objeto, sendo que é necessário que esse objeto fique entre parêntesis, invisível no plano imaginário. A perturbação na imagem narcísica pode ocorrer tanto quando a castração é desvelada quanto quando o objeto “rompe seu parêntesis e emerge em seu estatuto de real, sem recobrimento imaginário (...)”. Desse modo podemos entender que o plano do imaginário funciona como “envoltura de gozo” e que, quando o gozo rompe com essa envoltura, pode surgir “como excesso na imagem do corpo” (EIDELBERG, 2001, pp. 30-31; tradução nossa). Esse real que retorna no corpo e que produz gozo escapa do processo de simbolização.

O jejum anoréxico teria uma função paradoxal de controlar esse excesso que irrompe, mas também de converter-se em excesso:

(...) quando o objeto *a* retorna como excesso na imagem, o jejum anoréxico é um mero recurso para controlar este excesso (...) o jejum mesmo, entendido como - ϕ , também pode conceber-se como um excesso, ou seja, que o menos se converte em excesso, como se pudéssemos pensar a anorexia como uma insistência no menos, e cada vez menos e menos... para defender-se do mais de objeto (...) do excesso do objeto que devia permanecer velado. (EIDELBERG, 2001, p. 31; tradução nossa)

Essa distorção da imagem corporal pode ser entendida como uma “distorção quase alucinatória do campo imaginário: o sujeito anoréxico percebe algo que os demais não percebem” (EIDELBERG, 2001, p. 31). O excesso na anorexia é representado pela certeza de ver-se gorda no espelho, mesmo sendo tão magra. Um excesso que irrompe na imagem, pela falta de regulação do gozo pelo simbólico, e que desencadeia sintoma. A experiência anoréxica contradiz, portanto, as teorias da percepção.

No *Seminário 11* (1964) Lacan diferencia a visão do olhar, relacionando o campo da visão com as imagens e com a ausência de gozo, marcado por uma objetividade; e o campo do olhar ou escópico, relacionado com a presença de gozo. Para que o campo da visão se constitua, é necessário que o objeto olhar seja extraído e que o gozo escópico permaneça subtraído. A hipótese de Eidelberg é que, na anorexia, a imagem do corpo é alterada quando o objeto olhar irrompe no campo da visão. O olhar é um objeto que permite a visão, existindo um paradoxo, pois a perturbação da visão se dá justamente quando o objeto *a* torna-se visível.

Os objetos voz e olhar são relacionados ao Outro do desejo, e não da demanda, e aparecem descritos por Lacan em relação à clínica da psicose. Quando há irrupção desses objetos, ocorrem os transtornos perceptivos: “(...) a voz que nada escuta ou o olhar que nada vê (...). São objetos que tomam existência, mas para um sujeito que definitivamente não é um sujeito da representação” (EIDELBERG, 2001, p. 33; tradução nossa).

O exemplo da lata de sardinhas dado por Lacan (1964) – em que um pescador pergunta para ele se ele vê uma lata de sardinha, ao que ele responde que sim; e, em seguida, o pescador diz que a lata não o vê – refere-se à experiência de que uma coisa o olha sem vê-lo, não o reconhece, e isso produz angústia. O fato de um sujeito poder ser visto representa seu reconhecimento como uma imagem egoica; mas, quando algo ou alguém o olha e não o reconhece, provoca angústia. A hipótese de Eidelberg (2001, p. 33) é que quando a anoréxica se vê gorda ela “tem sua própria lata de sardinhas que produz a distorção perceptiva de sua imagem”, indicando uma experiência que ultrapassa o sintoma neurótico e aproxima-se da experiência psicótica, mesmo que não se trate de uma psicose por estrutura.

Fuks e Campos (2010, p. 53) propõem que, na anorexia, o ideal do corpo magro representa o Eu ideal, que é marcado por um ideal de perfeição, havendo uma dificuldade na transição do Eu ideal para o ideal do Eu – que seria “outra forma, menos imaginária, de buscar recuperar algo da perfeição e gozo infantis”. O ideal do Eu localiza-se no registro simbólico e permite que o sujeito direcione-se a uma nova forma de ideal. No caso da anorexia, ocorre uma identificação imaginária em relação ao Eu ideal e um aprisionamento nesse ideal de perfeição.

A imagem corporal na anorexia funciona para tamponar a castração, uma vez que o confronto com esta torna-se “insuportável para seu Outro materno” que acaba por não oferecendo um “suporte fálico especular que permita um trâmite simbólico eficaz”. O Eu ideal apresenta-se como solução da castração e a imagem corporal na anorexia estabelece uma relação de obediência em relação ao Eu ideal. “O ideal da anoréxica é tirânico, e assim seu projeto de domínio do corpo pulsional através da imagem converte-a em uma *serva do impossível*” (FUKS; CAMPOS, 2010, p. 53).

A anoréxica encontra no espelho uma sentença superegoica que a obriga a perseguir o ideal de corpo magro. Na comunidade *Ana e Mia* da internet existem mandamentos a serem

obedecidos e que constituem o estilo de vida da anorexia e da bulimia, como por exemplo: “Comer é para os fracos!”.

Em nossa pesquisa vimos que os principais pontos da teoria psicanalítica lacaniana sobre o fracasso da identificação imaginária e da diagnóstica da anorexia estão localizados na perspectiva totemista, para a qual existe uma centralidade do complexo paterno, ficando a formação de sintomas e de subjetividades atrelada à falha ou ao excesso da autoridade paterna. No entanto, a clínica da anorexia convoca o pensamento psicanalítico a ir além das questões edípicas, já que não se apresenta estruturada como um sintoma neurótico, salvo nos casos de anorexia histérica. Por ser considerada como um tipo clínico “corporalista”, em que o objeto *nada* se apresenta fora da dialética fálica, como já apontado anteriormente (DUNKER, 2004, p. 103), a anorexia nos aponta caminhos que nos aproximam do gozo e do objeto *a*.

O “perspectivismo ameríndio”, ou “animismo”, pode acrescentar uma nova forma de pensar a diagnóstica psicanalítica na abordagem da anorexia, pois traz uma discussão importante para pensar a psicopatologia psicanalítica no que diz respeito à diferença quanto ao lugar de incidência da questão estrutural (no corpo ou no sujeito), além de desconstruir a ideia de carência simbólica nas discussões sobre a psicose.

Dunker (2011b, p. 118) propõe uma “renovação dos estudos estruturalistas e atualização do pensamento dialético – igualmente presente em Lacan (...)”. A proposta do autor não é criticar as vantagens do método estrutural, mas propor outro modelo diagnóstico para pensar a psicopatologia psicanalítica, o “perspectivismo ameríndio”, descrito por Viveiros de Castro (2002).

O “perspectivismo ameríndio” é formulado por Viveiros de Castro a partir da etnografia amazônica para designar a “concepção, comum a muitos povos do continente, segundo a qual o mundo é habitado por diferentes espécies de sujeitos ou pessoas, humanas e não humanas, que o apreendem segundo pontos de vista distintos” (VIVEIROS DE CASTRO, 2002, p. 347). A noção de animismo é evocada pelo perspectivismo e representa uma maneira de objetivar a natureza na qual as relações entre os humanos e as espécies naturais são organizadas por categorias sociais e características humanas e sociais são atribuídas aos seres naturais.

Segundo essa concepção, existe uma grande diferença entre a maneira como os homens veem os animais e outros seres do universo e a maneira como estes veem os homens e a si

mesmos. Em condições normais, os humanos veem outros humanos como humanos e os animais como animais. Estes veem os humanos como não humanos e a si mesmos como humanos. O fato de os animais se verem como humanos está ligado à ideia de que seu envoltório, ou “roupa”, esconde “uma forma interna humana, normalmente visível apenas aos olhos da própria espécie ou de certos seres transespecíficos, como os xamãs” (VIVEIROS DE CASTRO, 2002, p. 351).

A ideia de os animais se verem como humanos, e não como animais, está ligada também ao fato de os humanos os verem como animais, e “animais” é a forma como são vistos pelos humanos. Essa perspectiva é o que Viveiros de Castro chamou de torção assimétrica do animismo:

Se os humanos veem-se como humanos e são vistos como não humanos – como animais ou espíritos – pelos não humanos, então os animais devem necessariamente se ver como humanos. Tal torção assimétrica do animismo perspectivista contrasta interessantemente com a simetria exibida pelo totemismo. (VIVEIROS DE CASTRO, 2002, p. 377)

Portanto, todos os seres do universo teriam uma essência humana e uma aparência corporal que varia de espécie a espécie e que pode ser modificada. Essa essência humana diz respeito à humanidade, e não à espécie humana. No entanto, o que o animismo propõe “não é tanto a ideia de que os animais são *semelhantes aos humanos*, mas sim a de que eles – como nós – são *diferentes de si mesmos*: a diferença é interna ou intensiva, não externa ou extensiva” (VIVEIROS DE CASTRO, 2002, p. 377).

O que está em jogo no perspectivismo ameríndio é que “todos os seres veem (‘representam’) o mundo da *mesma* maneira – o que muda é o *mundo* que eles veem” (VIVEIROS DE CASTRO, 2002, p. 378). Propõe-se no pensamento ameríndio uma unidade de representação que se aplica sobre uma diversidade real, que representa o *multinaturalismo*, ao contrário do totemismo que propõe diversas representações sobre uma natureza única, representando o *relativismo*.

É importante ressaltar que não podemos considerar a perspectiva como uma representação, pois enquanto esta última pertence ao espírito, a primeira pertence à dimensão corporal. O ponto de vista localiza-se no corpo, e este pode ser entendido não pela fisiologia, mas por um “conjunto de maneiras ou modos de ser que constituem um *habitus*” (VIVEIROS DE CASTRO, 2002, p. 380).

O corpo assume, portanto, uma importância grande nas culturas amazônicas e representa um grande diferenciador. A identidade, seja ela no plano individual, coletivo, étnico ou cosmológico, ocorre através dos “idiomas corporais”, representado pela alimentação e pelo modo como decoram seus corpos. O corpo é um objeto que é mostrado ao outro e também a forma fundamental de o sujeito se expressar. Comentando sobre as práticas de identidade em relação ao corpo, Viveiros de Castro nos conta que:

Tal processo parece exprimir menos a vontade de ‘desanimalizar’ o corpo por sua marcação cultural que a de *particularizar um corpo ainda demasiado genérico*, diferenciando-os dos corpos de outros coletivos humanos tanto quanto de outras espécies. O corpo, sendo o lugar da perspectiva diferenciante, deve ser maximamente diferenciado para exprimi-la completamente. (VIVEIROS DE CASTRO, 2002, p. 388)

Se no totemismo existe uma diferenciação entre homem e animal, no perspectivismo ameríndio há o reconhecimento de várias *formas de vida*, consideradas todas humanas e vestidas com várias “roupas” não humanas. O que pode ser considerado como não sendo normal é a perspectiva, e não o outro. Isso nos faz concluir que a objetividade do corpo dos povos ameríndios, também presente na psicose, não pode ser considerada como sinal de carência simbólica, mas sim que apresenta a questão estrutural localizada num lugar diferente do totemismo: no corpo.

A proposta da “homologia entre a psicopatologia psicanalítica e a noção de perspectivismo ameríndio” (DUNKER, 2011b, p. 118) nos permite considerar o totemismo como um caso particular, que não se atribui necessariamente a todas as *formas de vida*. Com a perspectiva animista entendemos que existem sujeitos que não se encontram regidos sob a lógica fálica, que têm sua questão estrutural localizada no corpo, mas que nem por isso ficam atrelados à psicose. E que mesmo os casos de psicose não precisam ser compreendidos como tendo déficit de simbolização, pois o que ocorre é uma diferença quanto ao lugar de incidência da questão estrutural: na psicose a questão centra-se no corpo, enquanto que na neurose a questão centra-se no sujeito.

A anorexia pode ser pensada como um exemplo de forma de vida em que a questão estrutural está localizada no corpo. Este funciona como a expressão fundamental do sujeito, visto

que o corpo apresenta-se mais do que as palavras. É com o corpo e através dele que a anoréxica se comunica; e, nesse sentido, o trabalho analítico precisa buscar a dimensão do ato da palavra:

(...) como poder trabalhar, a partir do funcionamento da palavra, com o gozo real que está na base do sintoma. Para alcançar esse efeito é necessário colocar em marcha ‘um uso que não seja fundamentalmente semântico da palavra senão mais bem vinculado à dimensão do ato da palavra mesma’. (COSENZA, 2013, p. 72; tradução nossa)

Quando a anoréxica se olha no espelho e se vê gorda, mesmo estando tão emagrecida, ela está vendo outro mundo, tendo uma outra perspectiva. Podemos observar isso na seguinte narrativa de uma anoréxica: “Eu não consigo me olhar no espelho sem roupa... eu me acho enorme... parece que não sou eu...” (CARDOSO; FABRI, 2000, p. 23). Esse não reconhecimento de si mesma, essa falta de integração do eu com o corpo, evidencia uma das características do animismo, que é o fato de os humanos e animais serem diferentes de si mesmos – não há uma identidade formada, mas sim a dissolução de uma unidade.

Podemos concluir, ainda no tempo de compreender, trazendo algumas questões que nos orientarão no prosseguimento de nossa pesquisa: se o tratamento psicanalítico da anorexia baseado na lógica totêmica toma um caminho na direção de produzir experiências produtivas de determinação, podendo ser ilustrado na prática de proporcionar ao sujeito sua inserção na ordem simbólica, o tratamento baseado no animismo aposta em qual direcionamento? Na busca de experiências produtivas de indeterminação? Se construirmos a hipótese de que na anorexia existe uma experiência improdutiva de indeterminação ou um “excesso de indeterminação metonímica, ao modo de uma demanda inarticulada” (DUNKER, 2011b, p. 132) – podendo ser visto na falta de unidade do corpo e em seu estranhamento –, como pensar em transformar essa improdutividade em produtividade, dentro do campo da indeterminação? Se na experiência de perda típica do totemismo a saída é elaborar simbolicamente o que não foi inscrito no simbólico, qual a saída para a perda da experiência típica do animismo?

A relação entre animismo e *sinthoma* (DUNKER, 2011b) pode oferecer uma direção para nossas questões. O *sinthoma* foi descrito por Lacan no *Seminário 23* (1975/76) e refere-se a um *savoir-faire*, um saber-fazer que não se relaciona com o saber intelectual, mas está ligado à capacidade de produzir algo, uma obra singular em que a singularidade pode ser reconhecida. O

homem passa a ser definido como uma bricolagem das dimensões real, simbólica e imaginária, que inicialmente apresentam-se soltas e precisam de um 4º elemento para que permaneçam enlaçadas – que Lacan nomeia *sinthome*. Nesse momento, o Nome-do-Pai perde a função de único operador possível desse enlaçamento, dando lugar a outras formas de enlace, podendo-se incluir aí os sintomas cuja questão estrutural está focada no corpo, como a anorexia.

Traremos a seguir o clássico “Caso Ellen West” (1957) do psiquiatra suíço Ludwig Binswanger (1881-1966) para ilustrar a severidade dos ideais em uma jovem anoréxica com um funcionamento melancólico e um modo de subjetividade marcado por “um funcionamento psíquico onde não existe a formulação de um sujeito que sofre, mas de um corpo sem sujeito” (BERLINCK; MAGTAZ, 2008, p. 236).

Caso Ellen West

Ellen vem de uma família judia, é a filha do meio e tem dois irmãos homens. Possui um histórico familiar de psicose do lado paterno, seu irmão mais novo fora internado por conta de ideias suicidas, sua mãe sofreu de depressão na época de seu noivado e seu pai tem depressões noturnas e autorrecriações constantes.

Aos nove meses Ellen recusou o leite materno e foi alimentada com caldo de carne. Possuía algumas restrições alimentares e, se alguém a forçava a comer, resistia bravamente. Como mais tarde ela contou que gostava muito de doces na infância apesar de não comer, Binswanger (1957, p. 2) concluiu que “não se tratava propriamente de aversão, portanto, mas possivelmente de um ato de recusa”.

Sua personalidade, desde a infância, foi marcada por uma vivacidade, por um lado, e pela teimosia e certa violência, de outro – sempre resistindo às ordens dos pais. Em um episódio em que lhe foi mostrado um ninho de pássaro, afirmou insistentemente que não se tratava de um ninho de pássaro, ali onde todos o viam, e ninguém conseguiu lhe convencer do contrário. Fica evidente nesse exemplo “uma recusa da percepção específica pela via da negatividade” (BERLINCK; MAGTAZ, 2008, p. 233).

Desde criança tinha uma sensação constante de *vazio*, sofrendo de uma *pressão* que não conseguia explicar. Era muito ambiciosa e não aceitava tirar notas que não fossem máximas, e

sua frase preferida nessa época escolar era: “*aut Caesar, aut nihil*” [ou César, ou nada], referindo-se a um ideal de tudo ou nada, remetendo-se a uma predominância do eu ideal enquanto representante do narcisismo infantil.

Ellen gostava muito de escrever e demonstrava uma labilidade emocional, sendo que suas sensações variavam de um oposto a outro, segundo as palavras de Binswanger: “uma hora o coração dispara de alegria, logo em seguida o céu escurece e os ventos sopram lúgubres, o navio de sua vida está à deriva, sem saber para onde deve dirigir a quilha” (BINSWANGER, 1957, p. 4).

Seu interesse por causas sociais começou desde jovem, assim como um incômodo com as diferenças entre sua classe social e os mais desfavorecidos, elaborando grandes planos para a melhoria de vida destes. Isso se tornou um grande ideal para Ellen e ocupou um lugar central em toda sua vida e trabalho. Existem muitos poemas em que faz referência ao trabalho como algo que salva o ser humano da loucura, e através do qual ela deseja ter fama e ser lembrada por seus atos, tornando-se imortal para a humanidade. Existe uma oscilação entre o ideal e seu fracasso:

Velhos planos e aspirações que nunca se concretizaram, o ilimitado vazio do mundo e nossa pequenez sem fim desfilam diante de nossa alma cansada. Torna então aos lábios a velha pergunta: por que e para que tudo isso? Por que vivemos e desejamos – só para depois de curto tempo apodrecermos esquecidos na fria terra?” – “Num momento desses, levanta-te depressa e – sorte tua se te chamam – trabalha com as duas mãos até que os fantasmas noturnos desapareçam. Ó trabalho, sem dúvida tu és a bênção de nossas vidas! (WEST apud BINSWANGER, 1957, p. 5)

Aos 20 anos sua vida está cheia de alegrias, está noiva e repleta de esperanças; porém, seu pai pede que ela termine seu noivado, e ela obedece, representando o último momento em que come normalmente e com prazer. Em uma viagem à Sicília, volta a ter dúvidas, ser assombrada por medos incompreensíveis e a se sentir abandonada. Há um trecho de um poema em que comenta sobre sua felicidade “*por estar longe das influências limitantes da casa paterna*” (WEST apud BINSWANGER, 1957, p. 8), mas em uma busca de autonomia não sem sofrimento.

Nesse momento de sua vida surge algo novo e específico: o *medo de engordar*. Em um primeiro momento dessa viagem à Sicília, começa a comer exageradamente e engorda muito, o

que desperta comentários sobre seu corpo. Em seguida, começa a passar fome, fazer exercícios físicos exagerados, a ponto de continuar a *caminhar em círculos* quando as amigas paravam de andar.

Após o retorno dessa viagem, aos 21 anos, Ellen encontra-se com uma aparência muito debilitada e com um humor depressivo, tendo pensamentos constantes de que estava gorda e de que era desprezível. Fala de uma sensação de não pertencer a lugar algum, nem mesmo à sua própria casa, fazendo longas caminhadas e tornando-se uma errante. Sente-se perturbada, sem paz, e é como se o seu corpo estivesse na mesma sintonia de sua alma inquieta. “Não há um ninho para descansar. Este ninho não existe, não é visto por Ellen desde a sua infância” (BERLINCK; MAGTAZ, 2008, p. 234).

Em seus poemas surge o tema da morte, mas que não é sentido como algo que a assusta. A busca pela morte é acompanhada de uma apatia em relação à vida: “*A morte é a maior dívida da vida, senão a única. Sem a esperança de um fim, a existência seria insuportável. Apenas a certeza de que cedo ou tarde o fim virá me consola um pouco*” (WEST apud BINSWANGER, 1957, p. 9). A vida tem um peso insuportável para Ellen e seu fim é o que lhe traz consolo.

Aos poucos vai saindo da depressão e começa a se envolver em um projeto social em que se criam salas de leituras para crianças. Apesar do momento de euforia em criar novas ações sociais, continua com medo de não alcançar seu ideal:

Para que a natureza me presenteou com saúde e ambição? Com certeza não foi para asfixiá-la e mantê-la subjugada, deixando-a morrer de sede nas garras do cotidiano, mas para ser útil à humanidade miserável. (...) Ó Deus, o medo me enlouquece! O medo que é quase uma certeza! A consciência de que, no final, perderei tudo: coragem, indignação e necessidade de realizar algo; de que eles me tornarão – a mim e ao meu pequeno mundo – domesticada; domesticada e miserável, como eles próprios. (WEST apud BINSWANGER, 1957, pp. 9-10)

Ellen se apavora diante de uma certeza: ser domesticada e asfixiada, apesar de toda força para romper com essas “garras” cotidianas, que poderíamos entender – entre outras coisas – como um Outro que a asfixia e a mata, assim como no exemplo em que se submete às decisões paternas de terminar com o namorado.

Ellen fala de seu ideal ambicioso de mudar a ordem social e de seu sentimento de “*auto satisfação empanturrada*” relacionado à sua vida farta de burguesa:

(...) desejo fazer algo grandioso e necessito aproximar-me um pouco mais de meu ideal – do meu orgulhoso ideal. (...) Como uma russa nihilista, desejo abandonar a pátria e a casa paterna, viver entre os mais pobres e fazer propaganda para a Grande Obra. (...) Ó, eu me asfixio nessa mesquinha vida cotidiana. Autossatisfação empanturrada ou ganância egoísta, submissão sem alegria ou crua indiferença: estas são as plantas que crescem ao sol do dia-a-dia. (WEST apud BINSWANGER, 1957, pp. 10-11)

Depois de uma decepção amorosa aos 23 anos ela busca cada vez mais o emagrecimento, intensificando-se a ideia fixa de emagrecer, iniciando-se paralelamente a isso uma vontade de comer doces sem freios. Seu prazer em comer se dá somente quando está sozinha, se cansa na presença dos outros e não consegue se satisfazer. Uma oscilação, portanto, entre comer descontroladamente e comer nada.

Mais tarde, quando entra na universidade, vive uma fase de muita alegria e empolgação; começa um novo relacionamento amoroso, no entanto percebe-se seu funcionamento pautado no ideal, sendo que é preferível morrer no auge de sua vida do que suportar a velhice ou as limitações da vida:

Quero morrer como morre um pássaro / Cujas goelas explodem em pleno júbilo; / Não quero viver como o verme na terra, / Ficando velho, feio, estúpido e burro! / Não, quero poder sentir como as forças se acendem / E se consomem, selvagens, em sua própria chama. (WEST apud BINSWANGER, 1957, p.14)

Há uma impossibilidade de ficar sozinha e sua babá a acompanha em todas as atividades acadêmicas. Após o pedido dos pais de que ela rompesse novamente seu namoro, Ellen intensifica suas práticas para perder peso, chegando a ingerir até 48 pílulas de tireoidina. Ela começa a acreditar que, fazendo sacrifícios para emagrecer cada vez mais, encontra a solução para suas perturbações e desesperos. Submete-se ao desejo dos pais e busca a perda de peso, única maneira de controlar sua vida.

Aos 28 anos decide se casar com seu primo, depois de muito tempo oscilando entre ele e o ex-namorado da universidade. Acreditou que sua ideia fixa de emagrecer poderia desaparecer; no entanto, há uma piora do conflito entre o medo de engordar e o desejo de comer desenfreadamente. Odeia seu corpo e muitas vezes se bate.

Depois de um aborto sofrido, começa um conflito entre ter um filho e o medo de engordar, sobressaindo o medo. Passa a tomar laxantes e a vomitar todas as noites. Binswanger

comenta: “Ellen repentinamente confessa que somente continua a viver na condição de que consiga permanecer magra, que ordena cada uma de suas ações a esta ótica e que esse pensamento conseguiu subjugar-la totalmente” (BINSWANGER, 1957, p. 18).

Ellen vai sofrendo cada vez mais uma degradação física, chegando a comportamentos extremos, como tomar 70 pílulas de laxante por noite, o que lhe ocasionava vômitos e diarreias fortíssimas. Ela afirma que “*suas pulsões são mais fortes que seus juízos*” e que “*todo o desenvolvimento interior, tudo o que é verdadeiramente vida, acabou*” (WEST apud BINSWANGER, 1957, p. 19).

Aos 32 anos inicia um tratamento com um psicanalista; no entanto, afirma que se por um lado a análise lhe dá uma compreensão de seu sofrimento, não pode lhe trazer a cura, tendo sido uma decepção. Ela deseja ter boa saúde, volta a amar a vida, mas não quer pagar o preço para isso acontecer – que seria comendo e recuperando hábitos alimentares mais saudáveis, ou seja, desistindo de seu ideal. Em suas palavras: “*Eu continuo não querendo engordar; em linguagem psicanalítica: eu continuo a não querer abrir mão de meu ‘ideal’*”. Os pensamentos recorrentes em comida lhe assombram e Ellen os nomeia como os “*fantasmas que constantemente atacam minha garganta*” (WEST apud BINSWANGER, 1957, p. 20).

Ela associa seu ideal de ficar magra e “não ter um corpo” com o ideal que o primeiro noivo representava pra ela; aceitar a vida requer reconhecer que o ideal é uma ficção:

Naquele tempo, você (o marido) representou para mim a vida que eu estava disposta a abraçar, abrindo mão de meu ideal (o estudante). Mas esta foi uma decisão tomada artificialmente, com brutalidade e não uma decisão amadurecida de dentro para fora. Por isso não funcionou. Por isso eu voltei a enviar pacotes a ele e a estar contra ti, em total oposição. E só muito depois, quando eu estava interiormente preparada, quando fiquei frente a frente com o meu ideal, eu precisei reconhecer: eu errei, esse ideal era uma ficção, só aí é que eu consegui dizer sim a você com serenidade. E é assim que agora eu preciso primeiro olhar para o meu ideal, esse ideal de ser magra, de não ter um corpo e reconhecer: “Ele é uma ficção”. Aí poderei dizer sim à vida. (WEST apud BINSWANGER, 1957, pp. 20-21)

Ellen reconhece que não se tornou uma mulher de verdade para o marido por ter secretamente cultivado seu ideal de magreza, seu único ideal de vida, que não deixou espaço para mais nada. Tornar-se mulher verdadeiramente implica abrir mão de seu ideal e do

“deslumbramento, que reside em enxergar nesse ideal algo que vale a pena”. Tudo o que lhe ocupa são panquecas: “*O pensar em panquecas ainda é o que há de mais terrível, para mim*” (WEST apud BINSWANGER, 1957, pp. 21-22).

Iniciou-se uma batalha entre a vontade e o desejo: por um lado, a vontade de engordar, de recuperar a saúde e a vida; e, por outro, o desejo contrário, de sumir cada vez mais e não ter um corpo. Binswanger conclui ser “uma batalha entre dever e inclinação, no sentido kantiano” (BINSWANGER, 1957, p. 22), onde a força da pulsão impera.

Aos 33 anos Ellen faz duas tentativas de suicídio tomando medicamentos, e avisa que tentará novamente quando estiver sozinha. Tenta se jogar na frente de um carro várias vezes e pular a janela, sendo transferida para uma clínica médica. Após um tempo de tratamento, volta a sentir-se bem, fazendo referência ao medo que acompanha o crescimento que faz parte da vida. No entanto, logo se deprime, falando sobre a ideia fixa de comer e emagrecer que não lhe abandona e que insiste apesar de sua vontade de extirpá-la. Não vendo saída para o seu sofrimento, faz um prenúncio de sua morte:

O assassino deve sentir-se mais ou menos assim, vendo constantemente a figura do assassinado diante de seu olho espiritual. Ele pode trabalhar de manhã até à noite, trabalhar arduamente, pode sair, pode falar, pode tentar se distrair: tudo em vão. Sempre e sempre ele voltará a ver a figura do assassinado diante de si. Ela o puxa poderosa para a cena do crime. (...) ele tem horror à cena do crime, mas precisa ir até lá. É algo que é mais forte que seu juízo e sua vontade, é algo que o domina e transforma sua vida em um terrível sítio de devastação. O assassino pode encontrar a salvação. Ele vai à polícia e denuncia a si próprio. Na condenação, ele expurga seu crime. Já eu, não consigo encontrar a salvação – a não ser na morte. (WEST apud BINSWANGER, 1957, p. 29)

Ellen demonstra em seus poemas que viver passou a ser uma tortura desde que se enterrou em si mesma, tornando-se incapaz de amar. Existe uma incapacidade para viver e quando sai da clínica, depois de muitos meses, e retorna para casa, acaba tomando uma dose letal de veneno e morre. Binswanger (1957, p. 47) comenta: “seu semblante estava como nunca havia estado em vida: feliz, sereno e em paz”.

Berlinck e Magtaz (2008) fazem uma leitura da anorexia através desse caso como uma neurose narcísica, representando um conflito entre o ego e o superego. Este, através de sua severidade, busca a qualquer custo cumprir os ideais – que, quanto mais extremos, menos

conseguem ser satisfeitos. O ego buscaria ser o que não é, ou seja, o ideal, para ser amado pelo superego.

Ellen se impunha não só restrições alimentares, como também “restrições existenciais, buscando ser um vazio existencial, uma tumba” (BERLINCK; MAGTAZ, 2008, p. 236). Sua errância sem destino indicava uma vida sem futuro. Entendemos que a anorexia aí presente é a anorexia severa, na qual o objeto *nada* funciona como gozo, que busca o vazio e o silêncio da pulsão.

Em muitos poemas Ellen se referia ao sofrimento do corpo relacionado ao mal-estar difuso de sua alma, um corpo que ocupava a cena, mas que “parecia não ter proprietário” (BERLINCK; MAGTAZ, 2008, p. 236). Um sofrimento que se dá pela via da necessidade, sem articulação simbólica e afetiva.

É possível dizer que Ellen se consumiu, foi devorada pelo seu Ideal; viveu uma paixão bulímica de si para poder conservar-se e não se alterar mais (Ideal). A morte, então, configurou-se como uma partida para sempre para poder renascer e gerar um novo corpo. Chama a atenção que Ellen sempre quis ser ela mesma, mas o que buscou foi não ser ela mesma, e sim ser o ideal. Ser uma outra coisa travando uma luta contínua contra o destino, apresentando uma recusa do seu sexo, seu lugar social, suas tradições, sua paixão pelos doces, sua tendência a engordar e sua doença. A ação maníaca de Ellen é, dessa forma, um agir para não pensar, sem a possibilidade do cuidado de si, nem dizer ‘eu sou’, ‘eu desejo’. (BERLINCK; MAGTAZ, 2008, p. 236)

3.3) O fracasso das identificações na contemporaneidade: carência de significantes mestres consistentes e anorexia como paradigma

Situaremos a anorexia severa como um paradigma do fracasso das identificações, dentro de um contexto da contemporaneidade marcado pelo diagnóstico da “degenerescência do significante mestre” (SOLER, 2010).

Soler aborda o diagnóstico da degenerescência do significante mestre nos ajudando a pensar na discussão de Lacan sobre a transformação do significante mestre pelo capitalismo. Primeiramente tomamos o significante mestre como um significante que representa o sujeito para

outro significante, que são significantes do saber que estão no campo do Outro e na lalíngua, como mostra a seguinte matriz da “bipolaridade da estrutura”:

$$\begin{array}{ccc} \underline{S1} & \longrightarrow & S2 \\ \$ & & \end{array}$$

Essa estrutura bipolar mostra que a linguagem é estruturada de tal forma que implica a presença do significante mestre, de uma forma que ele não pode estar ausente, somente “mudar de lugar, de estilo e de função” (SOLER, 2010, p. 255) configurando diferentes tipos de discurso ou laços sociais.

Soler comenta sobre o significado do termo “degenerescência”: “É algo diferente de uma desapareição ou mesmo de uma proliferação. É um termo forte que evoca a raça. No sentido próprio, original, degenerar é perder as qualidades da raça. (...) Será que é a raça dos mestres que degenera?” (SOLER, 2010, p. 256).

Qual a função do significante mestre? É sua função que está em estado de degenerescência? A função do Significante Mestre é a legibilidade, tornar legível algo da ordem da linguagem e do discurso. “O ICS, isso se lê: quer dizer que é possível captar o(os) termo(os) que ordena(m) todas as suas manifestações, que restitui(em) o seu visado” (SOLER, 2010, p. 258). Haveria, portanto, uma ilegibilidade nos tempos atuais referente ao significante mestre? E quais as consequências disso na maneira de sofrer dos sujeitos hoje?

No livro “Patologías de la identificación en los lazos familiares y sociales” [Patologias da identificação nos laços familiares e sociais] (2007), Laurent fala sobre a queda dos ideais e dos véus em decorrência de poucos significantes mestres para se orientar. Algumas consequências são apontadas: a adição sem nenhum respeito pela lei, a subida ao zênite do objeto *a* e as compulsões a gozar, provocadas pela tirania do supereu. O objeto *a* é desvelado pela dissolução das identificações, como vimos no exemplo da anorexia, em que o objeto retorna como um excesso na imagem, uma vez que o simbólico não conseguiu mantê-lo entre parêntesis, e ele acaba aparecendo sem uma envoltura imaginária, como um objeto real. O jejum anoréxico, o comer nada, tem uma função de controle do excesso desse objeto que deveria estar velado, sendo que a lógica do “cada vez menos peso, menos comida” é uma reação ao mais de objeto.

Indo pelo mesmo caminho, Tendlarz (2007) questiona qual a consequência da queda da identificação vertical ao líder, desaparecendo seu lugar de exceção, e dando lugar às identificações horizontais. Segundo a autora, ao contrário do funcionamento da psicologia das massas descrito por Freud – onde há o Um que está fora, como exceção –, a cena atual descrita se configura pela inconsistência do Outro. Os sujeitos se identificam cada vez menos com suas histórias, suas origens familiares e idiossincrasias e se unem em comunidades, fundadas sobre “novas formas de autoridades que testemunham uma nostalgia do Nome do Pai” (TENDLARZ, 2007, p. 19; tradução nossa). Colocam-se sob a submissão a um ideal, cuja obediência extrema leva-os a uma exigência a gozar e ao caminho da morte.

A autora aponta a existência de algumas comunidades virtuais que são constituídas por identificações imaginárias, sustentadas por ideais que se modificam e são transitórios:

A comunidade de identificações simbólicas débeis que se mantêm por identificações imaginárias dão conta da proliferação do culto da imagem, (...) do “como se” (...) em discursos impregnados de significações que traduzem um ideal tão postiço como transitório que permite que se fale em nome do significante mestre pluralizado que encarnam. (TENDLARZ, 2007, p. 19; tradução nossa)

Comunidades que consomem os mais diversos produtos – sejam eles imagens de objetos fálicos, de representantes da juventude, significantes simbólicos – que trazem a ela uma identidade. Um consumo desenfreado, metonímico, que troca rapidamente de objetos, pessoas e significados. Estamos diante de muitas comunidades de gozo, onde predomina o empuxo ao gozo sem mediação simbólica, que persegue um excesso, a lógica do ‘cada vez mais’, e o imperativo que diz: goza!

Vieira (2013) comenta sobre o funcionamento de certas comunidades pautadas em identificações rígidas – incluindo a comunidade *Ana e Mia*, das anoréxicas e bulímicas – que se configuram como comunidades de gozo, pois cada um goza como todos os outros, como todas as anoréxicas, ficando de fora a singularidade do gozo de cada sujeito: “É a identificação rígida que sustenta as comunidades monossintomáticas: MADA; AA; Ana e mia etc. Neste caso, apenas gozando-se exatamente como todos os outros, pode-se fazer parte da comunidade em questão” (VIEIRA, 2013, p. 3).

A experiência analítica vai na contramão desse cenário comunitário, uma vez que pretende resgatar a singularidade do gozo em um universal multicultural (LAURENT, 2007) – sendo o objeto *a* singular a cada sujeito e, por isso, possuindo um caráter de “anticomunidade”. Se no final de análise ocorre a queda das identificações e o sujeito encontra-se desidentificado, uma pergunta se faz importante: a queda das identificações ao final de análise assemelha-se a esse diagnóstico mencionado acima?

Laurent (2007) aposta que não, pois, para a psicanálise lacaniana, o sujeito mostra-se desidentificado ao final de análise e encontra uma certeza para lidar com a angústia e com a queda dos ideais, produzindo um entusiasmo. Não se trata de uma certeza melancólica que faz uso excessivo de medicamentos para lidar com a angústia ou da procura de artifícios para acessar o gozo, como no fetichismo. A análise possibilita a recuperação do objeto de gozo e o acesso a um significante com o qual o sujeito se orienta, que não são os significantes mestres frouxos, comuns.

Com a queda das identificações e da identidade que fixa o “eu sou eu” no final de análise, ocorre o atravessamento da escritura do eu, representada pela fantasia, e a possibilidade de o sujeito acessar seu próprio vazio, sua falta-a-ser, que é o gozo. Aquilo que é de mais autêntico no sujeito está no plano do gozo, e não no das identificações (BARBOSA, 2013).

Outro ponto importante dessa discussão da queda dos ideais e da degenerescência do significante mestre é a substituição de identificações tradicionais e culturais pelo saber científico e os efeitos disso na relação dos sujeitos com seus corpos, o que nos interessa para pensar as particularidades da anorexia. Dentro de um contexto contemporâneo dominado pelos avanços da ciência e da tecnologia, as partes do corpo se colocam cada vez mais como objetos de troca e de escolha, como em uma loja de departamento: quero esse tipo de nariz, uma cintura mais fina; ou mesmo situações de transplantes onde órgãos são trocados entre duas pessoas. Com o avanço tecnológico podemos ter mais acesso ao funcionamento do nosso corpo, ver imagens do seu interior, o que não se consegue ver a olho nu. Esses exemplos tocam na questão levantada por Brousse (2014) sobre a relação entre a imagem do corpo e o organismo nessa era de domínio científico.

Portanto, o discurso da ciência modificou o corpo fragmentado, no sentido de fragmentá-lo de verdade, mas também modificou a imagem, no sentido de que dissociou a imagem da possibilidade de visão, da percepção visual humana (...) Podemos dizer então que a ciência modificou realmente a nossa relação com o nosso corpo como imagem global, e com nosso corpo como organismo desconhecido. (BROUSSE, 2014, p. 12)

Sem deixar de lado a importância dos avanços científicos para a cura de doenças e para a melhora de alguns pontos da vida do ser humano, é interessante pensar que, nesse contexto, as pessoas estão cada vez mais angustiadas diante da impossibilidade de controle do próprio corpo, precisando de mais informações e explicações, que não dão conta da angústia. Parece que não há um discurso atual que imponha barreira à angústia, como as antigas tradições e discursos familiares e culturais. O saber científico avança assim como a angústia; e isso é determinado, segundo Brousse, pela separação entre a imagem do corpo e o organismo:

(...) separação entre, por um lado, imagem do corpo – ou seja, uma imagem do corpo levada ao seu aspecto mais paradoxal, uma imagem que não é vista por ninguém, desde um lugar desconhecido – e por outro lado, o desvelamento de um corpo orgânico fragmentando, sem o véu de uma imagem corporal única. (BROUSSE, 2014, p. 13)

Brousse apresenta uma hipótese para esse cenário de avanço tecnológico e domínio do discurso científico, que é uma separação entre o ideal do Eu e o Eu ideal. O Eu ideal, ou imagem narcísica, estaria predominando em relação ao ideal do Eu, no sentido de que o conhecimento científico sobre o corpo torna inoperantes os ideais tradicionais oriundos do discurso do Outro a respeito das questões referentes ao organismo e ao gozo do corpo. Com a decadência do ideal do Eu, o Eu ideal se sobressai e a imagem do corpo se apresenta de maneira um pouco desconectada com a linguagem, sendo regida sob o “império da escritura científica” (BROUSSE, 2014, p. 13), que prioriza a modificação do Eu ideal, através das mudanças no corpo, cirurgias estéticas, em busca do narcisismo original.

A anorexia entraria nessa discussão como um exemplo extremo de predomínio do Eu ideal sobre o ideal do Eu, como vimos anteriormente. O funcionamento anoréxico não buscaria uma forma de gestão do corpo, encarnando o lugar de mestre e recusando o saber do Outro? Não seria possível pensar a anorexia não apenas como uma recusa de objetos

alimentares, mas como uma identificação reversa à situação alimentar, na forma global de sua imagem e de seu rito? Ou seja, menos do que dizer “não” para a mãe ou “não” para o abandono que esta promove, tratar-se-ia de dizer “não” como a mãe, que se faz mestre de sua alimentação?

4 - A IDENTIFICAÇÃO NA EPIDEMIA ANORÉXICA

4.1) Modelos epidemiológicos na psicanálise: identificação histórica e identificação imaginária

A pergunta sobre a epidemia de patologias mentais é uma pergunta sobre sua transmissão e que, portanto, toca na questão das identificações. A identificação se dá com o semblante do sintoma, com seu envoltório formal. Os sintomas não se propagam necessariamente por mimetismo, por imitação ou sugestão.

Procurando no dicionário o significado²⁴ de *transmissão*, temos: transferência; comunicação mental entre duas ou mais pessoas localizadas a pouca distância; passagem de qualidades físicas ou morais de pai para filho; difusão de elementos culturais pela sociedade. O ato de transferir implica, portanto, um movimento que engloba um coletivo.

O termo *transmissão* em psicanálise, por sua vez, pode ser relacionado, entre outras coisas, ao *discurso*: “Um sistema de transmissão funciona como um *discurso* que garante e regula a boa vontade dos que dele participam” (DUNKER, 2011a, p. 568). A psicanálise enquanto um discurso aparece na teoria freudiana relacionada com a “peste”. Em uma viagem para os EUA, em 1909, convidados pela Universidade Clark, Freud comentou com Jung a respeito dos americanos: “Ele não sabem que lhes estamos trazendo a peste” (LACAN, 1956, p. 404). Enquanto uma peste, uma forma de epidemia, a psicanálise aparece nesse comentário como a disseminação de um discurso que subverte o *status quo* da moral sexual da época de Freud, libertando-a da repetição dos sistemas de conhecimento da época.

A psicanálise relaciona-se com a transmissão de um saber, que não é da ordem da psicopedagogia, no sentido de um saber regido por uma norma. Também não se relaciona com o discurso da universidade, no sentido de uma transmissão do saber total, que não deixa resto. “O discurso universitário nos faz ouvir a ideia de um saber que se transmite integralmente. O mestre endereça um saber ao discípulo, considerando-o um receptáculo vazio a ser completamente preenchido” (LOLLO, 2013, p. 15).

²⁴ Cf. *Dicionário Michaelis online*. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=transmiss%E3o>>. Acesso em: 04 mar. 2016.

Para a psicanálise, o real escapa à apreensão conceitual do ser humano; e, como ela lida com o campo discursivo, aborda a dimensão do equívoco. O saber pode ser transmitido porque se encontra parcialmente velado. Ademais, o discurso da psicanálise implica não só a transmissão do saber como também sua transformação, no sentido de operar sobre os sintomas a partir de sua repetição e possibilitando a criação:

A ambição do ato analítico é movimentar uma dinâmica que enode repetição e criação, no intuito de deslocar o sintoma e de transformá-lo em seu ponto de origem, para que uma parte da energia que servia à repetição, ao deslocamento e ao recalque, possa ser utilizada na criação de objetos de arte, por meio da sublimação, assim como na autocriação e na recuperação. A energia que empregamos na manutenção e na repetição do sintoma pode ser usada para tornar possível o deslocamento criativo que podemos chamar “desejo”, “*desiderio*”, “*de-sirius*”, que é uma energia usada para nos distanciar da estrela Sírio, prendendo-nos em uma órbita repetitiva. Mudar de órbita, ou até de estrela, é o objetivo da ação analítica e de cada transmissão de saber. (LOLLO, 2013, p. 17)

A transmissão como saída da repetição e emergência do desejo encontra-se próxima da noção de *mimesis* aristotélica (ARAÚJO, 2011), que não leva em conta uma mera imitação, mas a produção de algo novo, de uma criação. No entanto, quando pensamos em transmissão de sintomas psicopatológicos, o que parece dominar a cena é justamente o oposto da transmissão em psicanálise. Vemos epidemias, como na anorexia, em que a homogeneidade impera, velando o sujeito singular.

Poderíamos pensar na transmissão de sintomas pela via do discurso? Considerando o discurso como laço social, as epidemias poderiam representar formas de laço e gozo? Alguns sintomas fazem massa, ou seja, promovem um movimento coletivo, em que a forma de sofrer diagnosticável assume uma escala significativamente relevante. Na atualidade temos como exemplo a anorexia, a depressão, a hiperatividade, o pânico, entre outros. Alguns sintomas que, em outras épocas, apareciam com muita frequência e adquiriam uma dimensão epidêmica, hoje perderam a força, como as conversões histéricas da época de Freud.

Na classificação feita por Freud (1917) dos tipos de sintoma, ele os descreve como *transitórios*, *típicos* e *individuais*. O sintoma, portanto, pode se relacionar com o tempo, sendo “transitório, permanente, intermitente, crônico”; com a regularidade social para uma época ou

cultura, podendo ser “típico, atípico, único, específico, genérico”; e com a função para o sujeito, podendo ser “individual, coletivo, produtivo, improdutivo, criativo, empobrecedor” (DUNKER, 2011b, p. 116).

O que genericamente designa-se por sintoma – esta categoria que funda historicamente toda clínica possível – admite tanto o sentido de *experiência de sofrimento* (sintomas transitórios), como o sentido de *signo de um processo patológico* (sintomas típicos), além do sentido de *mal-estar ainda não reconhecido ou nomeado coletivamente* (sintomas individuais). (DUNKER, 2011b, p. 116)

Esses sintomas que fazem epidemia podem ser entendidos, então, como sintomas típicos de uma época e que representam signos dotados de uma regularidade social. No entanto, existem sintomas que não fazem massa, o que nos faz pensar que existem particularidades de cada sintoma, que o engajam ou não em um processo de transmissão epidêmica. Um exemplo é o sintoma obsessivo, como descreveu Lacan (1973), dizendo ser “concebível que um obsessivo não possa dar o menor sentido ao discurso de outro obsessivo” (LACAN, 1973, p. 557), ou seja, que o obsessivo não é afetado por outro obsessivo, isentando-se desse processo “contagioso” da epidemia. Seria o obsessivo um tipo clínico que possui uma atipia, no sentido de não se deixar afetar pelo outro? Se “o obsessivo-padrão não existe”, cada sujeito obsessivo se utiliza de diferentes estratégias diante da demanda do Outro, relacionando-se à sua estrutura de uma forma própria e revelando um modo de gozo particular (GAZZOLA, 2005, p. 101).

Apesar de a teoria freudiana sobre a massa relacioná-la a um agrupamento de indivíduos que possuem um mesmo objeto no lugar do ideal do eu, identificando-se entre si, ela não distingue de maneira clara as diferenças entre uma massa, um grupo e uma classe, importante para pensarmos em que categoria se insere o que chamamos de epidemia anoréxica ou comunidade anoréxica. Entendemos de maneira bem simplificada que a massa é formada por anônimos que se desconhecem e o que os liga é a relação com o líder, com um mesmo objeto colocado no lugar de ideal do eu. Seu significado²⁵ remete, entre outras coisas, a um todo cujas partes são da mesma natureza, ou a uma mistura pastosa e pulverizada e um corpo informe,

²⁵ Cf. *Dicionário Michaelis online*. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=massa>. Acesso em: 03 abr. 2016.

ressaltando seu caráter de homogeneidade e indiferenciação. Um grupo poderia ser pensado como o pensionato descrito por Freud, ou seja, uma pequena comunidade ou paróquia. Um de seus significados²⁶ aponta para a reunião de algumas pessoas com comportamentos, sentimentos e juízos de valor em comum. A classe poderia ser entendida como um conjunto definido por uma demanda comum. Procurando seu significado²⁷ achamos a relação a um grupo de pessoas, coisas ou animais com atributos semelhantes.

Existem variedades de gozo na problemática da epidemia e da identificação como, por exemplo: o gozo de fazer parte do anonimato, como na massa, em que há uma dissolução do eu no coletivo; o gozo do grupo que possui uma mesma causa comum no inconsciente e que compartilha um mesmo desejo; ou o gozo de uma classe, que possui um traço unário que se repete, – como vemos em movimentos punks em que existe um traço comum a todos e uma mesma forma de se vestir e se comportar.

Tentaremos, neste capítulo, desenvolver um modelo epidemiológico, baseado na psicanálise, para pensar nas epidemias de sintomas psicopatológicos, tomando os conceitos de identificação histórica e identificação imaginária.

Identificação histórica: identificação com o significante do desejo do Outro

Propomos como um primeiro modelo epidemiológico de sintomas psicopatológicos a identificação histórica, o que popularmente se denomina de “histeria coletiva”. Temos, na história, alguns exemplos de epidemia de sintomas que se localizam na vertente da identificação histórica, como a epidemia de possessão demoníaca descrita por Fendrik (1997) no século XIX, em Morzine, onde algumas jovens estudantes de um colégio de freiras, que se diziam possuídas por Satanás, desenvolveram comportamentos idênticos, dizendo blasfêmias, insultos demoníacos, arrastando-se pelo chão, vomitando e ficando sem comer. Houve um contágio dessa epidemia por toda a cidade, contabilizando 200 casos, principalmente em jovens mulheres – e

²⁶ Cf. *Dicionário Michaelis online*. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=grupo>. Acesso em: 03 abr. 2016

²⁷ Cf. *Dicionário Michaelis online*. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=classe>. Acesso em: 03 abr. 2016.

alguns casos em homens. As jovens direcionavam um pedido ao padre para que ele as exorcizasse. O contexto envolveu um reavivamento da crença em demônios típica da época da Inquisição na Europa, em séculos anteriores. A autora relata a relação entre os poderes religioso, médico e político e suas tentativas de conter a epidemia, que se demonstrava resistente a qualquer ação, até que o saber médico nomeou esse fenômeno como “histérico”.

Como desenvolvido no capítulo “Tipologia das identificações”, vimos – nos desdobramentos teóricos de Freud e em alguns comentários de Lacan – que a identificação histérica não se reduz a uma imitação, mas se dá no âmbito de uma mesma causa, por meio de um elemento comum da ordem do inconsciente. A identificação é com aquilo que falta ao Outro, com o significante do seu desejo, sendo que através do traço em comum no inconsciente os eus se identificam entre si.

No exemplo dado por Freud das moças do pensionato, uma moça recebe a carta do namorado, tem uma reação de ciúmes e um ataque histérico. Isso desencadeia nas outras moças um mesmo ataque, em um processo em que elas colocam-se na mesma situação da moça que recebeu a carta, se identificando com ela (apesar de a causa exata ser apenas presumida). A identificação se dá por meio de um traço em comum no inconsciente.

Em “Introdução à edição alemã do primeiro volume dos Escritos” (1973), Lacan reafirma que a identificação histérica refere-se a desejar o desejo do Outro, relacionando o desejo com a falta que é considerada como um objeto. A identificação histérica é regulada pelo significante fálico. Isso pode ser mais bem compreendido no exemplo do sonho da bela açougueira, discutido anteriormente, em que vimos como a mulher do açougueiro se identifica com sua amiga, “um falo magrelo”, já que esta era sempre elogiada por seu marido, ou seja, ocupava um lugar fálico para ele.

Schejtman (2001, p. 22; tradução nossa) desenvolve uma “variação do esquema da massa para a identificação histérica” para diferenciá-la da formação de massa:

A identificação histórica não ocorreria no nível do “eu a eu” mas no nível do “desejo a desejo”, que no esquema aparece representado pelo sujeito barrado – $\bar{S}$. Isso corrobora o que Lacan desenvolveu no *Seminário 5* (1957-1958) quando afirma que, na histeria, o desejo não se volta para um objeto, mas sim para um desejo – ou seja, trata-se de desejar o desejo do Outro. Schejtman ressalta que: “no caso da histeria, o objeto nem sempre vai ao lugar de ideal, às vezes é empurrado ao lugar do sujeito, constituindo sua verdade, como assinala a escritura do discurso da histeria” (SCHEJTMAN, 2001, pp. 24-25; tradução nossa), o que podemos ver na seguinte figura:

No discurso da histórica, como vemos abaixo, o objeto (representado por “a”) ocupa o lugar do sujeito e da verdade, segundo a esquematização que Lacan (1969-70) faz das funções e dos lugares do discurso:

Discurso da histórica

$$\frac{\bar{S}}{a} \rightarrow \frac{S1}{S2}$$

O autor explica esse processo de levar o objeto no lugar do sujeito, dizendo que a “histórica tenta diminuir o Outro, subtraí-lo, criando uma barreira no lugar do ideal do Eu, colocando-se ela mesma como objeto que falta ao Outro” (SCHEJTMAN, 2001, p. 25; tradução nossa). A identificação histórica pode, portanto, fazer massa, havendo duas localizações possíveis para o objeto: tanto no lugar do ideal do Eu como no lugar do sujeito.

A identificação histórica funciona na vertente do desejo, pois é desejando o desejo do Outro que o sujeito toma para si o sintoma do outro, no sentido de identificar-se com o significante do desejo, aquilo que falta ao Outro (LACAN, 1958), sendo a epidemia histórica uma epidemia de desejo.

Há um compartilhamento do desejo e uma relação com o discurso histórico, apontando que a histórica direciona seu sintoma – como, por exemplo, sua greve de fome – ao mestre, sustentando que não é possível fazer uma greve sem mestre. A posição histórica não se sustenta sem a referência ao mestre, mesmo nos momentos em que ela procura castrá-lo, havendo, portanto, um endereçamento ao Outro.

Identificação imaginária: identificação com a imagem i (a) do outro semelhante e recusa do outro

*“À beira de um lindo lago curva-se aquele cuja beleza as próprias ninfas
admiram e anseiam.
Enamorado de si mesmo, Narciso não tem olhos para ninguém, nem ouvidos, nem
mesmo para Eco...
Para ele, tudo está em si mesmo, o próprio cosmos, que é a beleza, se concentra
naquela imagem.
Como “Sua majestade, o bebê”, ele é o todo, ele é todo em si mesmo. Por isso ele é
fatal. “É o mergulho sem fim em um Mim que nega ao outro”.*

Mito de Narciso (ÁVILA, 2001)

Quando Lacan (1938) apresenta o complexo de intrusão, refere-se à experiência em que um sujeito percebe outros semelhantes, seus irmãos, convivendo com ele nas relações familiares – resultando disso o ciúme infantil, que ocorreria em crianças entre 6 meses e 2 anos. A estrutura desse ciúme não representaria uma rivalidade, mas uma identificação imaginária que se “funda num sentimento do outro” (LACAN, 1938/1987, p. 32): cada sujeito apresenta uma confusão entre uma parte de si mesmo e do outro e se identifica com o outro. Uma das condições para que essa identificação imaginária ocorra entre crianças é que tenham mais ou menos a mesma idade, que representa a exigência de uma “similitude entre os sujeitos”. “Depreende-se que a imago do outro está ligada à estrutura do corpo próprio, e mais especialmente de suas funções de relação, por uma certa similitude objetiva” (LACAN, 1938/1987, p. 33). Então, para que ocorra essa identificação imaginária, é necessário que as crianças tenham uma idade parecida, pois essa semelhança faz com que o sujeito se identifique com a imagem do outro semelhante, que se relaciona com a estrutura de sua própria imagem.

Essa identificação é a identificação do estágio do espelho, que coincide com o declínio do desmame – a partir dos 6 meses e indo até os 18– e que é formada pela relação entre o corpo despedaçado e a imagem especular, que dá unidade a essa realidade caótica. A unidade do corpo decorre, portanto, da imagem encontrada no outro – criança da mesma idade – ou no espelho:

Se a procura de sua unidade afetiva promove no sujeito as formas em que ele representa sua identidade, a forma mais intuitiva é dada, nessa fase, pela imagem especular. O que o sujeito dela saúda é a unidade mental que lhe é inerente. O que ele reconhece nela é o ideal da imago do duplo. O que ele nela aclama é o triunfo da tendência salutar. (LACAN, 1938/1987, p. 37)

Lacan destaca nesse mundo narcísico um isolamento afetivo do sujeito, pois nesse mundo ilusório da imagem o outro não existe, já que “o sujeito não se distingue da própria imagem” (LACAN, 1938/1987, p. 38). Uma experiência de “intrusão narcísica”, já que o eu é outro. Se o eu não se diferencia da imagem que o constitui, ele mantém-se alienado a ela, e só posteriormente é que ocorre a afirmação de sua identidade.

Esse primeiro tempo do estágio do espelho, marcado pelo ciúme primordial e pela experiência do transativismo, representa uma identificação imaginária em que o sujeito não se diferencia da imagem, alienando-se a ela. Seguindo a lógica de que o “eu é outro”, o outro não é

levado em conta, não existe, é recusado. A identificação imaginária desse primeiro tempo do estágio do espelho não é a identificação com o significante fálico, como na identificação histórica, mas com a imagem *i* (a) virtual, do outro semelhante, que lhe traz uma unidade.

A ilusão de unidade dada pelo espelho, que pode ser representado pelo Outro materno, é uma unidade bífida, dividida em duas partes semelhantes, eu e o outro – sendo que somente um deles pode existir. A relação do sujeito com a sua imagem e com a imagem do outro é marcada pela agressividade, trazendo um impasse marcado por “você ou eu” (BARBOSA, 2013).

E como atribuir esse tipo de identificação a algumas formas de sintoma que fazem epidemia, onde o sujeito confunde uma parte de si mesmo com um outro semelhante, se identificando com ele e o negando ao mesmo tempo? É o que veremos a seguir, com o exemplo da epidemia anoréxica.

4.2) Epidemia anoréxica

Em nossa pesquisa sobre a identificação na epidemia anoréxica encontramos dois autores: Girard (2011) – que foi um importante filósofo, historiador e filólogo francês, criador da *teoria mimética* –, que localiza a epidemia anoréxica no âmbito do desejo, na identificação histórica; e Schejtman (2001) – um psicanalista argentino com vasta experiência em transtornos alimentares –, que relaciona o processo de identificação na epidemia anoréxica com a identificação imaginária do estágio do espelho.

Girard propõe pensar o aumento do número de casos de anorexia e bulimia a partir de sua *teoria mimética*, que sustenta que o desejo humano não é autônomo, ou seja, o desejo de determinado objeto se dá a partir da imitação de um modelo. De acordo com essa teoria, quando desejamos não estamos nos direcionando a um objeto, mas imitando o desejo de um outro. A proximidade entre sujeito e modelo propicia conflitos e rivalidades e caracteriza o mundo moderno, marcado pela supressão das hierarquias e proibições que mantinham os conflitos sob controle.

Para o autor, os transtornos alimentares são patologias do desejo, e, portanto, da rivalidade, já que o desejo é mimético e rival. O modelo a ser imitado seria o da magreza e a rivalidade ocuparia tanto a relação consigo mesmo e com o próprio corpo, assim como com os

outros, representando uma competição histórica pelo poder e um desejo de superar o rival. Haveria uma “histeria do emagrecimento” (GIRARD, 2011, p. 54) em nossa cultura, já que, segundo o autor, “todos também queremos ser magros” (GIRARD, 2011, p. 42), “todos temos o mesmo objetivo: perder peso” (GIRARD, 2011, p. 44), havendo uma unanimidade na busca pela magreza e um único ideal comum, em vista do enfraquecimento dos sistemas simbólicos: “o último ideal comum a toda a nossa sociedade: a magreza” (GIRARD, 2011, p. 46).

A anorexia representaria, então, um ideal da sociedade, principalmente para as mulheres, já que todas gostariam de ser anoréxicas, apesar de poucas conseguirem. Poucas conseguem triunfar sobre as necessidades humanas, pois acabam cedendo às tentações mundanas. O autor ressalta que, apesar de estudos mostrarem o aumento do número de casos de anorexia, do ponto de vista da porcentagem da população ainda é raro. As bulímicas, que também se colocam nessa busca da magreza, não tem tanto êxito, pois comem compulsivamente e vomitam; mas, dessa forma, possuem um melhor prognóstico do que as “verdadeiras anoréxicas” (GIRARD, 2011, p. 46). Como se essa condição de estar acima das tentações fosse para poucos, por isso a existência de um certo magnetismo sobre as anoréxicas, apesar de também despertarem horror por escancarem a morte em seu corpo e lembrarem uma “possessão demoníaca” (GIRARD, 2011, p. 45).

O autor faz uma análise da cultura ocidental moderna e pós-moderna e ressalta a concorrência e a rivalidade próprias do individualismo americano que prega o “*looking out for number one*” (GIRARD, 2011, p. 50), para que “cada um seja o número um”, busque o seu melhor, a excelência. No entanto, esse imperativo direciona o olhar de cada um para o mundo e impulsiona uma corrida para superar o rival:

Ao olhar a nossa volta, a maior parte de nós descobre que, longe de sermos o número um, estamos perdidos na multidão. Em tudo que importa para nós, há sempre alguém que parece ser melhor, no plano da beleza, no da inteligência, no da saúde, e – o mais espantoso hoje em dia – no da magreza. (GIRARD, 2011, p. 50)

A rivalidade pode ser entendida pela psicanálise lacaniana como uma forma muito idealizada de relação, que se relaciona com o transitivismo descrito por Lacan quando aborda o

estádio do espelho e a formação do Eu, que diz respeito à confusão entre eu e Outro, onde o sujeito é a imagem do Outro (LACAN, 1946).

Dentro desse cenário moderno de rivalidade, o autor destaca a figura das bulímicas, como “pessoas muito liberadas” (GIRARD, 2011, p. 50), que, através de seus comportamentos de comer e vomitar, inserem-se em uma lógica da eficácia e da liberdade, cuidando de tudo sozinhas. Como na cena da série americana *Seinfeld*, em que uma mulher de Nova York anuncia para sua amiga, de forma natural e indiferente, que irá ao banheiro vomitar o espaguete que comeu. “Tendo pagado os espaguetes com seu próprio dinheiro, ela é livre para fazer com ele o que quiser. Sente-se que tudo em sua vida – de sua carreira profissional a suas histórias de amor – deve ser organizada da mesma maneira eficaz” (GIRARD, 2011, p. 51).

Para Girard, existe uma diferença entre os comportamentos de comer e vomitar dos romanos e das bulímicas. Enquanto os primeiros comiam junto com outras pessoas, nos rituais dos banquetes, e vomitavam “por si mesmos”, as bulímicas na modernidade comem por si mesmas, de maneira solitária, mas vomitam pelas outras mulheres que também se encontram nessa escalada mimética da magreza – havendo, portanto, uma referência ao outro.

Os comportamentos de privação ou excesso alimentar são considerados por Girard como sendo parte da cultura e, assim, comum a todos, mesmo que de maneira atenuada. O que estaria em jogo na anorexia seria uma rivalidade de privação e uma vontade de poder: “Abster-se voluntariamente de uma coisa, qualquer que seja, é a melhor forma de mostrar que se é superior a essa coisa e àqueles que a cobiçam” (GIRARD, 2011, p. 55). Tanto a renúncia quanto o consumo excessivo de algo fazem parte do mesmo processo de escalada mimética, que é uma busca sem fim de um objetivo. A competição na anorexia remete, portanto, a uma competição de sacrifício.

O triunfo em recuar diante do consumo e da ostentação e a busca competitiva pelo ‘cada vez menos’ são levados ao extremo na anoréxica, que acaba nutrindo-se “exclusivamente de si mesma”, como se houvesse um esquecimento dos objetivos iniciais. “As mulheres anoréxicas absolutamente não se importam com os homens; como eles, elas rivalizam com suas semelhantes – a única coisa que importa é a própria competição” (GIRARD, 2011, p. 61).

Girard coloca como causa da anorexia o desejo compulsivo de emagrecer presente no âmbito social, na influência da mídia e nos modelos a serem seguidos. O autor faz uma crítica

das pesquisas e estudos que até mencionam a fobia generalizada de perder peso, mas que não lhe dão a devida importância. Uma situação típica que demonstra a dimensão mimética dos transtornos alimentares é quando ocorre um caso de bulimia em uma universidade, por exemplo, o que pode desencadear o aparecimento de inúmeros casos parecidos em pouco tempo. O caráter coletivo e social desse fenômeno – que tem uma dimensão de competitividade, segundo o autor – não é levado em conta por autores que descreveram um contágio social passivo, como Le Bon, Gabriel Tarde, Baldwin, entre outros.

Através da compreensão da teoria mimética, anorexia e bulimia poderiam ser consideradas patologias sociais, em que o contexto social se sobreporia às teorias psicanalíticas que localizam a problemática no inconsciente e que enfatizam a recusa da feminilidade e a identificação alienante com a mãe. Girard faz uma crítica à psicanálise, colocando-a como uma hermenêutica moderna que procura a etiologia das doenças em causas ocultas. Ele descreve algumas explicações psicanalíticas que considera ultrapassadas e que encontrou em suas pesquisas sobre a anorexia, como “a recusa a uma sexualidade normal” ou o “desejo excessivo da paciente de agradar o pai” (GIRARD, 2011, p. 41). Em sua experiência com uma prima que fazia regimes extremos, não observou essa referência à vontade de agradar o pai, uma vez que este fazia de tudo para que ela comesse, ou seja, o comportamento dela não o agradava.

Vemos nesse comentário do autor uma compreensão mais psicológica da teoria psicanalítica, considerando o pai como a figura do pai, e não sua função, como presente na releitura da teoria freudiana feita por Lacan. Em nossa pesquisa sobre a teoria psicanalítica a respeito da anorexia não encontramos essa referência da vontade de agradar o pai, mas muitos autores afirmam sobre a recusa da sexualidade na anorexia e os fracassos nas identificações edípicas, dificultando o tornar-se mulher. A questão central da teoria está localizada na alienação da menina ao desejo materno e a dificuldade de aceder ao amor edípico. Dessa forma, a diagnóstica psicanalítica sobre a anorexia centra-se na perspectiva totemista, onde a patologia é explicada através da falta ou do excesso da autoridade paterna, mas tomando o pai como função.

Girard explica que a voz paterna não tinha tanta importância a seu ver, pois o que influenciava as pessoas a quererem emagrecer a qualquer custo era uma voz mais poderosa: “ela emana daqueles que verdadeiramente contam em nossa adolescência, ou seja, mais que nossos pais: nossos pares e contemporâneos” (GIRARD, 2011, p. 42) – referindo-se à mídia e à cultura,

que oferecem modelos coletivos a serem seguidos. Apesar de Girard ser um crítico da psicanálise, vemos nessa afirmação algo similar ao imperativo do superego, como uma voz que obriga o sujeito a gozar; e que tem sua origem, como nos apontou Freud, nas primeiras identificações do sujeito, a identificação ao pai – como já discutido em capítulos anteriores. Nas contribuições de Lacan a essa discussão das identificações vimos um movimento de distanciar-se da figura do pai no drama edípico e acrescentar o *traço unário*, elevando a identificação ao significante e trazendo um fundamento simbólico para a teoria narcísica.

Anspach (2011, p. 37), que compartilha as ideias de Girard sobre a anorexia e o desejo mimético, comenta sobre o processo de identificação na anorexia: “é imitando o mesmo modelo cultural imitado pelas outras mulheres, (...) e levando essa imitação até o limite, que elas vêm a se sacrificar no altar da magreza. É identificando-se com as outras, que elas morrem”. O autor relaciona a identificação presente na rivalidade mimética na anorexia com a identificação histórica, como definiu Freud (1900) em “A interpretação dos sonhos”, não se tratando somente de uma imitação, no sentido passivo, mas de uma apropriação do sintoma em função de uma mesma etiologia.

Segundo Anspach, a rivalidade mimética proposta por Girard remete-se à rivalidade presente entre duas pessoas, quando uma se identifica com a outra:

(...) quanto mais uma pessoa se coloca no lugar da outra, mais ela a imita, mais ela tem oportunidade de entrar em competição com a outra, sobretudo se a imitação se estende ao domínio do desejo: duas pessoas que têm o mesmo desejo – por exemplo – o de ter formas cheias a fim de agradar aos homens – correm o risco de se tornar rivais. Girard explica a anorexia como resultado extremo de uma rivalidade mimética análoga que se dá, não somente entre duas pessoas, mas no âmbito de toda a sociedade. (ANSPACH, 2011, pp. 25-26)

Outro autor que segue na mesma direção da teoria mimética de Girard é Oughourlian (2011), que comenta sobre o poder do mimetismo, característico não só do âmbito individual, mas também social, que explicaria o grande aumento do número de casos de anorexia.

Uma primeira análise mimética leva a pensar que a atual epidemia de anorexia é um contágio entre as adolescentes desse modelo de beleza anoréxica e filiforme e que elas adquirem mimeticamente o desejo de emagrecer para ser semelhantes

a essas deusas cuja magreza é buscada pelo cinema, pela televisão e pelas páginas de papel glacê das revistas. (OUGHOURLIAN, 2011, p. 19)

Entendemos que a teoria do desejo mimético assemelha-se em um ponto com a teoria do desejo em Lacan (1946), que se baseia na dialética hegeliana:

O próprio desejo do homem constitui-se, diz-nos ele, sob o signo da mediação: ele é desejo de fazer seu próprio desejo reconhecido. Ele tem por objeto um desejo, o do outro, no sentido de que o homem não tem objeto que se constitua para seu desejo sem alguma mediação, o que transparece em suas necessidades mais primitivas – como, por exemplo, no fato de que seu próprio alimento tem que ser preparado (...). (LACAN, 1946/1998, p. 183)

Temos então, com a teoria mimética, a imitação do desejo do outro; e, com a teoria lacaniana, desejar aquilo que falta ao outro, o significante fálico. Entendemos, dessa forma, que a teoria mimética compreende a epidemia de anorexia e bulimia como uma identificação histérica.

No entanto, Girard revela que seu interesse de pesquisa sobre a anorexia deu-se a partir das dimensões contagiosas e miméticas do fenômeno, que tem como essência uma “coisa bem visual, ligada ao olhar do outro” (GIRARD, 2011, p. 75). O autor destaca, portanto, além da rivalidade mimética, de imitar o desejo do outro, a importância da imagem nesse processo mimético, dizendo que a anorexia moderna “está ligada ao olhar, ao universo da fotografia” (GIRARD, 2011, p. 83). A “*imagem* da jovem mulher exangue, pálida...” (GIRARD, 2011, p. 75; grifo nosso) – que se torna um modelo de beleza para o universo feminino – ou as “costelas” da manequim de uma loja – que se, por um lado, causam estranheza por representar um traço da morte; por outro, provoca atração por parte das mulheres. Dessa forma podemos inferir a importância da imagem na teoria mimética, apesar de todo o acento teórico estar centrado no desejo e na relação triangular entre sujeito, modelo e objeto. Poderíamos ir mais além dessa teoria e pensar que o desejo refere-se a uma imagem, à imitação de um modelo que está no âmbito da imagem.

Recorrendo ao significado da palavra *mimético*²⁸, encontramos algumas referências interessantes, como um exemplo da etologia, em que certos organismos – considerados “mímicos” – possuem características iguais a outros organismos, confundindo-se com eles. Essa

²⁸ Cf. *Dicionário português*. Disponível em: <<http://dicionarioportugues.org/pt/mimetico>>. Acesso em: 03 abr. 2016.

semelhança pode se dar através da cor, formato do corpo, comportamento, entre outros. O mimetismo lhes dá vantagens de adaptação e sobrevivência, como o bicho-folha, que se confunde com a folha de determinada planta.

A palavra *mimesis* tem sua origem em Platão (427- 347 a.C.), na Grécia Antiga, e se refere a produções que não criavam algo original, mas cópias que se diferenciavam da realidade verdadeira (ARAUJO, 2011). Para Platão, a arte se oporia à *mimesis*, pois enquanto a primeira remete-se a uma origem misteriosa e divina, a segunda representaria uma imitação com caráter de falsidade – trazendo uma ilusão que comprometeria a verdade. “Segundo Platão, as imagens miméticas são a imitação da imitação, já que imitam a pessoa e o mundo do artista” (ARAUJO, 2011, p. 71).

Seu discípulo, Aristóteles (384-322 a.C.), refutou seu conceito de *mimesis*, inaugurando uma forma de arte em que “a imitação não se limita mais ao mundo exterior, mas se sustenta pelo critério de verossimilhança e fornece a representação como uma possibilidade, no plano fictício, sem qualquer compromisso de traduzir a realidade empírica” (ARAUJO, 2011, pp. 71-72). A imitação estaria, no entendimento aristotélico, próxima da aparência de verdade, do possível e verossímil. Na compreensão aristotélica, a *mimesis* presente na poética não se restringe a imitar ou reproduzir a realidade, mas associa-se a um processo de construção. Não é copiar, mas um ato que culmina em uma produção singular, tomando o já existente e transformando-o criativamente (ARAUJO, 2011).

Um exemplo de *mimesis* ainda mantido no pós-modernismo, *via* metáfora, é a produção recriadora de Salvador Dali em *Autoportrait*, de 1954, na qual o artista retoma a pintura da Monalisa, obra renascentista de Da Vinci. Dali compôs sua própria caricatura, mesclando-a com elementos próprios da Monalisa, a fim de presentificá-la, de modo que o espectador contemple a caricatura pós-moderna e possa se lembrar imediatamente da origem renascentista, reconhecendo, porém, as transformações recriadoras. Dali imitou Da Vinci sem cometer plágio nem deixar de ser ele mesmo. (ARAUJO, 2011, pp. 80-81)

Interessante pensar no caráter de transformação e criação do conceito de *mimesis*, e não só de imitação e cópia. Girard comenta: “a imitação de bons modelos é inevitável e até indispensável para a criatividade. Rejeitando sistematicamente qualquer modelo exterior,

corremos o risco de cair na esterilidade intelectual” (GIRARD, 2011, p. 87). Pensando na teoria da identificação em psicanálise, sabemos como as identificações fazem parte da constituição do sujeito, mas que também participam da psicopatologia.

A teoria do desejo mimético de Girard, que ele associa com a epidemia anoréxica, leva em conta a concepção platônica de *mímesis*, pois o que está em jogo é a imitação, sem incluir esse aspecto de criação de algo singular a partir de um modelo. Se as anoréxicas se mostram tão homogêneas entre si, estariam mais próximas de um processo de imitação associado à cópia não autêntica, distanciando-se da produção singular.

A teoria mimética é importante para a compreensão do funcionamento epidêmico de alguns sintomas e comportamentos. É muito comum hoje, nas mídias sociais, pessoas postando fotos, compartilhando sua imagem com os outros e esperando um reconhecimento e aprovação. Um exemplo é o da imagem do corpo 0% de gordura – barriga “chapada”, “tanquinho”, músculo na medida certa –, muito presente no universo feminino. Escutamos muitas pessoas que seguem esses modelos de comportamento, que se frustram por não conseguirem o mesmo resultado, e competem entre si através das imagens que se multiplicam e recebem milhares de *likes*²⁹. Lembra o jogo competitivo histórico próprio da escalada mimética, descrito por Girard, onde ganha quem tem menos. Nesse exemplo, vemos como os sujeitos endereçam suas imagens ao Outro, ao público, esperando um reconhecimento, um *like*.

No entanto, acreditamos que, no caso das anorexias severas, não há esse endereçamento de si para o Outro, como já discutido no primeiro capítulo desta dissertação. A anoréxica emagrece e para de comer “por si mesma”, representando uma recusa sem interlocutor, onde seu discurso se coloca de modo intransitivo: “mais magra porque sim. Porque é assim que deve ser” (DUNKER, 1999, p. 3). Verbo intransitivo sem complemento, que se basta a si mesmo. Dessa forma, discordamos de Girard quando ele coloca o imperativo de magreza presente no social como causa da anorexia e dos transtornos alimentares em geral. Pois a anoréxica emagrece não para ser olhada pelo Outro, ou para se colocar como objeto de desejo do Outro, objeto fálico:

Ao contrário do que se poderia supor, em uma impressão inicial, não se trata de ajustamento a algum cânone estético que tornaria o sujeito, ou sua imagem

²⁹ Termo usado nas redes sociais para demonstrar que você “curtiu” o que outra pessoa publicou, sejam fotos, imagens, opiniões a respeito de algo.

corporal, mais apreciável. Não é uma condição, que se explicita, para se fazer objeto para o olhar desejante do Outro. No nível explícito, e sabemos que este não diz tudo, a recusa da anorexia evita constituir ou legitimar aquele para quem ela se dirige. Tudo se passa, aparentemente, entre o olhar e o corpo próprio no espelho. (DUNKER, 1999, p. 3)

Não colocamos o problema da epidemia anoréxica no campo do desejo, uma vez que o desejo na concepção psicanalítica é ligado à falta e à transitividade – levando em conta, claro, que nenhum objeto satisfaz o desejo. Mas a falta impulsiona um movimento, ligando-se ao tempo futuro; e, no caso da anorexia, esse movimento liga-se a uma intransitividade:

No caso da anorexia o futuro se estreita em uma imagem positivada e paradoxal: o corpo-nada. Um corpo que é toda insuficiência diante de uma imagem que não se consegue definir. É sempre aquela que corresponderia a um corpo “mais magro ainda”. Este corpo imaginário, objeto paradoxal, para um Outro que se torna progressivamente menos específico, vai simultaneamente perdendo a transitividade de seu desejo. Ele cada vez mais se adere a uma imagem intransitiva de si mesmo. (DUNKER, 1999, p. 2)

Nosso ponto de vista sobre a psicopatologia leva em conta na formação dos sintomas a dimensão social, até porque não acreditamos que o sujeito é um ser individual, mas sim social e determinado pela linguagem. Mas isso não significa que o social determina diretamente o sintoma, como defende Girard, afirmando que a causa da anorexia é o desejo de emagrecer presente na cultura atual. A nosso ver, os sintomas e suas formas de sofrimento não possuem causas de ordem psíquica, cultural ou social, opondo-se a etiologias orgânicas ou materiais, o que representaria um ponto de vista patoplástico, em que os sintomas têm uma essência biológica e mudam suas roupagens conforme a época ou cultura. Também não acreditamos que a maneira das pessoas viverem determina os sintomas socialmente e que estes possuem uma mesma essência clinicamente falando:

No fundo, não é nesses termos que colocamos o problema, isto é, nos termos de uma ontologia material única (cerebral, corporal ou orgânica) em oposição simples a um mentalismo (mental, ideal ou psíquico). Partilhamos, outrossim, de uma das variadas formas de monismo não reducionista, acrescida de um detalhe metodológico: a irreducibilidade radical de nossas formas de representar, descrever, nomear ou operacionalizar a coisa natural e a natureza ela mesma. Esse detalhe é o que Lacan chamou de Real. (DUNKER, 2015, p. 31)

Distanciamo-nos da lógica de causa e efeito, como propõe Girard, levando em conta a dimensão do real, de que não é possível coincidir a nomeação de algo com sua natureza, reduzir o significante ao significado, pois algo sempre escapa dessa operação simbólica. O conceito de “patologia do social”, como defende Dunker, aponta que “toda forma de ‘patológico’ deve ser entendida *desde* o social, ou seja, como bloqueio, interrupção ou contradição não reconhecida nos laços sociais” (DUNKER, 2015, p. 35). O sofrimento teria uma dimensão coletiva e compartilhada, uma vez que sofre alterações conforme é nomeado – o que vimos na introdução deste trabalho quando falamos das mudanças na expressão da anorexia, depois que foi excessivamente nomeada por ficar em evidência na cultura. “Os atos de reconhecimento ou de desconhecimento transformam a experiência real do sofrimento. (...) Argumentamos que o sofrimento possui uma estrutura transativista, pois nele indetermina-se quem sofre e quem está reconhecendo o sofrimento daquele que sofre” (DUNKER, 2015, p. 37).

Na experiência transativista, uma criança bate em outra e chora, direcionando-se ao adulto como se ela tivesse apanhado – ou seja, não se sente como quem bateu, mas como quem sofreu os efeitos do ato. A indeterminação própria do sofrimento fala dessa indiferenciação da identificação imaginária, pois o sofrimento do sujeito não se separa dos efeitos que sofre das nomeações.

Outro autor que encontramos na pesquisa sobre a identificação na epidemia anoréxica, Schejtman (2001), discorda de que uma anoréxica se identifica com outra por meio da identificação histórica, ou seja, identificando-se com o significante do desejo, com aquilo que falta ao outro. Em seu artigo “Identificación de la epidemia³⁰” [Identificação da epidemia], o autor defende uma posição contrária de Girard, afirmando que a epidemia anoréxica não se encontra na vertente do desejo, como na identificação histórica, mas na vertente do gozo e na identificação imaginária do estágio do espelho, relacionada ao discurso do capitalista. Nossa hipótese da epidemia anoréxica aproxima-se mais da identificação com a imagem do outro do que com o desejo do Outro, e é o que procuraremos desenvolver a seguir. Assim, retomaremos o exemplo da formação das massas de Freud para pensar a identificação do estágio do espelho e, posteriormente, para tratar da identificação na epidemia anoréxica, fazendo algumas alterações.

---

³⁰ Esse artigo foi fruto de uma aula dada por Fabián Schejtman em 9 de maio de 2001 no seminário “A imagem-sintoma” e está presente no livro “Porciones de Nada – La anorexia y la época” (2009).

Freud utiliza a identificação histérica para analisar a formação das massas, dizendo que o que liga os indivíduos da massa é alguma coisa afetiva em comum e importante, que seria o tipo de ligação com o líder. A proposta de Schejtman, partindo da teoria lacaniana, é que a formação das massas possui a mesma estrutura do estágio do espelho, e não da identificação histérica.

No processo de identificação que ocorre na epidemia de anorexia, o suporte simbólico do ideal do Eu não tem tanta eficácia. O objeto não chega ao lugar do ideal do Eu, como na formação das massas, mas ao lugar do supereu, revelando um funcionamento regido pelo imperativo de gozo e por um fanatismo. Vejamos o esquema das massas rearticulado na anorexia:

Nesse sentido, um mesmo objeto – que poderíamos pensar ser o corpo magro ou a anorexia como uma entidade –, uma espécie de líder, seria colocado no lugar do superego, e o Eu de um sujeito se identifica com o Eu de outro sujeito, provocando um efeito epidêmico e uma suposta identidade grupal. A epidemia anoréxica estaria localizada no nível da imagem, e não do desejo. “Em um sentido estrito, de acordo com nossa perspectiva, colocamos mais o acento no transtorno propriamente *perceptivo* – o que efetivamente faz sintoma para essas adolescentes: esse pneu que não deixam de perceber em um corpo que já é quase um esqueleto (...)” (SCHEJTMAN, 2001, p. 26; tradução e grifo nossos).

Tendo em vista os três tempos do estágio do espelho, poderíamos inferir que a epidemia anoréxica localiza-se na identificação imaginária, no primeiro tempo – em que o infans é a imagem do outro e se comporta como a imagem do comportamento do outro, havendo uma indiferenciação.

Tomemos um exemplo clínico de identificação especular de um sujeito anoréxico com outro sujeito anoréxico, através do relato³¹ de uma paciente que se identificava imaginariamente com a outra:

Estava internada na enfermaria e tinha uma menina que tinha o menor peso de todas, e isso era um triunfo para ela. Eu a imitava, queria ser como ela, ter o corpo dela. Ela pensava em se matar e pegava dicas com outras anoréxicas. Uma vez me disse: “Vamos nos matar juntas?” Achei loucura, tentei ajudá-la, convencê-la do contrário. Ela tentou o suicídio algumas vezes, mas sobreviveu. Acabou morrendo de falência múltipla dos órgãos. Tenho medo de que isso aconteça comigo.

Essa paciente que apresentou esse relato também tentou o suicídio algumas vezes, apesar de recriminar a amiga pelo mesmo feito. Tentava ajudar a amiga, mas ela própria tinha os mesmos comportamentos, como se houvesse uma confusão entre ambas. A nosso ver, essa experiência relatada pela paciente assemelha-se ao exemplo dado por Lacan do complexo de intrusão, em que um irmão identifica-se com o outro de mesma idade, confunde partes de si com as do outro, apresentando um ciúme que representa uma identificação imaginária. Não se trata de uma rivalidade histórica, de querer se apropriar do desejo do outro, mas uma experiência de agressividade onde se coloca um embate entre “eu ou outro”. Uma identificação bífida entre duas partes semelhantes.

Interessante retomarmos o exemplo do gafanhoto migratório, comentado por Lacan (1949), que experimenta uma passagem da forma solitária para gregária quando vê uma imagem semelhante a ele, um ser da mesma espécie. Para que se junte a um grupo, o gafanhoto precisa desta experiência imaginária: ver o outro semelhante. Na epidemia de anorexia, uma anoréxica vê outra semelhante – com os mesmos sintomas – e adquire os mesmos comportamentos, como se estivesse entrando num “rebanho” – o que pode ser visto no exemplo acima, em que a paciente tentou o suicídio como a amiga.

A etologia de Lorenz (1986) e Tinbergen (1951) mostrou que nunca é a imagem em todos os seus aspectos que conta para a determinação de uma resposta dotada de valor evolutivo para a espécie, no fenômeno descrito como estampagem (*imprinting*). Em certos casos é a forma, em outros a cor, em alguns outros o movimento. As imagens podem ser exploradas e deformadas até

---

³¹ Relato de uma paciente atendida por mim em consultório.

que possamos reduzi-las a seus traços essenciais. Talvez esteja aqui a origem da noção de letra e sua afinidade com a ideia de semblante em Lacan. Sob certas condições podemos supor que a imagem funcione como tal, sem sua redução esquemática aos seus elementos fundamentais. Esse talvez seja o caso do exemplo do gafanhoto em sua forma gregária, na qual ele concorre para fazer parte de uma imagem – a imagem da nuvem, por exemplo – sem que individualmente nada desse comportamento seja apreensível. Como em uma torcida de futebol na qual cada indivíduo é incapaz de se ver como membro da massa da qual participa, mas ainda assim sente-se parte de uma imagem una, que se exhibe para a torcida adversária.

Importante salientar que estamos tratando de identificações, e não de estruturas, pois sabemos que a anorexia é um sintoma que pode se manifestar em diferentes estruturas clínicas, seja na neurose, na psicose ou na perversão. O fato de uma anoréxica poder se situar na melancolia, por exemplo, é diferente da nossa discussão sobre o tipo de identificação em jogo na epidemia anoréxica. Nossa hipótese, seguindo as ideias de Schejtman (2001), é a de que a identificação na epidemia anoréxica não se situa na identificação melancólica, pois não há “epidemia melancólica” assim como há epidemia anoréxica e histérica. O autor recorre ao esquema da formação de massa descrito por Freud para desenvolver esse ponto de vista, dizendo que na melancolia o esquema de massa é desmontado:

Freud (1915b/1969, p. 108) – ao afirmar, em “Luto e melancolia”, que “a sombra do objeto cai sobre o eu” – conclui que ocorre uma identificação regressiva quando o objeto é perdido, um movimento de regressão ao narcisismo, que se dá porque a escolha do objeto era narcisista. Há uma retirada da libido das relações de objeto voltando-se ao Eu; e, portanto, na melancolia o objeto não é levado ao lugar de ideal do Eu, mas ao lugar do Eu, pois a sombra do objeto cai sobre o Eu. Segundo Schejtman, quando isso ocorre não há formação de massa e nem “epidemia melancólica”, mas os laços se rompem, não somente com o outro, com o semelhante, mas também com o Outro simbólico, situando a melancolia fora do discurso.

O objeto cuja sombra cai sobre o Eu é o *objeto a* e não o objeto narcisista, tratando-se da identificação com o resto. O esquema freudiano das massas se desmonta na melancolia, caem os laços e ocorre a identificação com o objeto *a* (SCHEJTMAN, 2001), que, como apontado anteriormente, representa um objeto “anticomunidade” – pois é particular a cada sujeito, se colocando fora da possibilidade de fazer massa.

Lacan (1962-1963) aponta que a angústia detecta o objeto *a*, considerado como um objeto perdido, causa de desejo, que não se situa na intencionalidade do objeto do desejo. O objeto *a* se situa no nível do Eu (Je), no inconsciente, e se assemelha ao objeto fetiche, uma vez que ele precisa estar presente para que o desejo se sustente.

Percebemos na clínica da anorexia severa uma ausência de angústia, ilustrada pela falta de preocupação com o emagrecimento drástico e com os riscos de vida. O que está presente é o objeto *nada* que tampona a falta, como “complemento egossintônico mortífero em que o *nada*, na condição de encarnação residual da Coisa, faz Um com o sujeito” (COSENZA, 2008, p. 36). Se o objeto *a* causa de desejo propicia a emergência da angústia, e traz a dimensão da falta e da impossibilidade da completude, o objeto *nada* traz para o sujeito a experiência de um gozo de união.

Esse gozo de união pode ser observado no gozo místico das santas jejuadoras – discutido, aqui, no primeiro capítulo –, que busca fazer Um com Deus, como observamos no seguinte trecho de uma carta de Santa Catarina de Siena: “Eu devo obedecer a Deus, não aos homens. [...] tenho um esposo tão rico e tão poderoso que nunca deixará que me falte o imprescindível e satisfará todas as minhas necessidades” (RAIMBAULT; ELIACHEFF, 1991, p. 130; tradução nossa). O ideal de Catarina, assim como de todas as outras santas jejuadoras, era alcançar a proximidade com Deus, se unir a ele, gozando de uma experiência de completude e êxtase, um gozo que transcende o mundo carnal e está por vir no mundo espiritual: “O que é esse alimento dos anjos? Eu te respondo: É o desejo de Deus, esse desejo que atrai a alma e faz dela uma mesma coisa com ele” (CATARINA DE SIENA apud RAIMBAULT; ELIACHEFF, 1991, p. 139; tradução nossa).

O sacrifício do corpo carnal era visto como uma maneira de acessar a proximidade divina; e, entre outras práticas de privação, estava o jejum extremo, que inclusive provocou a morte de Catarina. Um gozo de união com Deus que se encontra “fora da ordem fálica,

impossível de dizer” (MONTEIRO; AUTRAN, 2010). Privando-se de ter as coisas no mundo material, as santas buscam ser, saindo da dialética fálica.

Nas anorexias severas também encontramos esse gozo de união, mais especificamente com o Outro materno, caracterizando uma comunhão a dois. Diante do fracasso da identificação narcísica, a anoréxica busca uma solução do problema da unidade do corpo através do excesso no plano das identificações. Torna-se igual a outra anoréxica para se proteger, como no exemplo da *mímesis* da etologia, em que o bicho-folha adquire características semelhantes à uma determinada espécie de folha e se confunde com ela, pra aumentar suas chances de sobrevivência.

No *Seminário 19* (1971-72) Lacan introduz a discussão sobre o axioma “*Há-Um*”, que nos ajuda a pensar essa relação especular própria da epidemia anoréxica, que está presente na relação mãe e filha. De maneira breve – até porque não é objetivo desta pesquisa aprofundar as discussões sobre o *Seminário 19* –, a fórmula *Há-Um* representa uma forma de expressão que tem referências na teoria dos conjuntos, sendo que Lacan efetua uma investigação minuciosa e detalhada na matemática e na física sobre o tema do Um. Não entraremos nessa discussão da teoria dos conjuntos, mas tomaremos suas consequências para pensar nosso tema.

Uma das afirmações que Lacan faz em relação ao Um é “O que só existe ao não ser: é exatamente disso que se trata” (LACAN, 1971-72/2012, p. 130). A existência do Um está fundamentada, portanto, no “não ser”, na ausência de definição. O Um também não é unívoco, não está relacionado sempre ao mesmo sentido. Dessa forma o Um não é a mesma coisa que o traço unário, o *einzigster Zug*, que aparece na discussão de Freud (1921) sobre o segundo tipo de identificação – como no exemplo dado, em que Dora se identifica com a tosse do pai. O fundamento do Um porta, então, uma ambiguidade: “Essa ambiguidade prende-se exatamente a que, contrariando a aparência, o Um não pode fundamentar-se na mesmidade [*mêmeté*]. Ao contrário, é marcado pela teoria dos conjuntos como devendo fundamentar-se na pura e simples diferença” (LACAN, 1971-72/2012, p. 139). O Um porta a diferença e não a identidade e o idêntico.

Ademais, o Um aparece como efeito da falta e não é definido por uma sequência de números: “(...) é no momento em que falta um parceiro nas duas séries comparadas que surge a ideia do Um. Há Um que falta. O Um surge como que do efeito da falta” (LACAN, 1971-

72/2012, p. 152). Na teoria dos conjuntos, o um surgiria como efeito da falta marcada pelo zero. Lacan também relaciona a essa discussão a questão formulada no axioma “*não há relação sexual*”, que aponta para a impossibilidade da fusão entre dois corpos resultando em um só – se referindo à impossibilidade da relação de completude entre homens e mulheres, que podem ser tomados como conjuntos.

O Um estaria em dois níveis: da repetição e do significante mestre. O sujeito produz em análise o S_1 que se relaciona ao Um da diferença, o “Um como Um só”.

A teoria analítica vê despontar o Um em dois de seus níveis. Primeiro nível: o Um é o Um que se repete. Está na base de uma incidência suprema no falar do analisando, que ele denuncia por uma certa repetição, em relação a uma estrutura significante. Por outro lado, ao considerar o esquema que dei do discurso analítico, que é que se produz a partir da instauração do sujeito no nível do gozo de falar? O que se produz no chamado estágio do mais-de-gozar é uma produção significativa, a do S_1 . (LACAN, 1971-72/2012, p. 159)

Seguindo as articulações de Vieira (2013) sobre esse seminário, que aponta a relação entre o gozo e o Um, nos deparamos com a discussão sobre a limitação da função paterna, a inconsistência do Outro percebida em análises de pacientes e o esvaziamento de sua presença “a ponto de nos defrontarmos com a perda de sua capacidade de sustentar nossa própria unidade” (VIEIRA, 2013, p. 3). Se não há um Outro que sustente a unidade, o que poderia orientar o sujeito? Ou ele estaria imerso em uma “metamorfose ambulante”? Com a fórmula Há-Um entendemos que:

(...) há algo de Um, de um Um que não é muito, que é meio barro, meio tijolo, mas que nada tem a ver com o sentido, que não é início nem fim de nada, não é suposto como o *ao menos Um* paterno, nem é bífido como o Um do espelho. Ele é o Um de um gozo que se repete como uma perseverança em ser, sem ser isto ou aquilo. (VIEIRA, 2013, p. 3)

Ou seja, o Há-Um distancia-se do sentido, da identificação, sendo aquilo que se repete sem ser definido, não se tratando de um significante qualquer. Não é o Um da unidade do estágio do espelho, que se confunde com o outro semelhante; mas o Um que traz uma diferença frente o outro, que não tem par. Ele não antecede o dois, como se fizesse parte de uma sucessão de números, mas é a negação do dois, aquilo que o separa do dois (ASSAD, 2013).

Nesse sentido o Há-Um configura-se como uma marca do ser, que o constitui e que inaugura a diferença, e não a proporcionalidade entre os sexos. O gozo próprio do Há-Um é o gozo que excede e escapa do enquadramento significativo e por isso difere-se do “ao menos um” de Totem e tabu. O Um tem uma relação íntima com o sinthoma, como algo muito particular do ser – que o especifica e onde o sujeito se reconhece – e, portanto distancia-se da crença ao pai (VIEIRA, 2013) e do âmbito das identificações.

E qual seria a utilidade desse axioma Há-Um para nossa pesquisa? O Um do espelho, a experiência ilusória de unidade conquistada pelo sujeito, é bífida, dividindo-se em duas partes semelhantes, como que numa proporcionalidade. Dessa forma, entendemos que, nas anoréxicas severas, o Um não é esse Um ambíguo, da diferença, mas o Um bífido do estádio do espelho, o Um que tem como par o Outro materno, configurando-se uma comunhão a dois. Mas uma comunhão onde só há espaço para um ser, pois se “um é outro”, o outro é recusado enquanto ser distinto dele.

Assim como na relação mãe-filha, existe na epidemia anoréxica um espelhamento, uma confusão entre duas partes semelhantes e uma dificuldade de diferenciação, onde uma anoréxica torna-se igual à outra – tendo o mesmo discurso, os mesmos sintomas, configurando subjetividades uniformizadas e padronizadas. Podemos pensar, talvez, que a epidemia anoréxica – o que também denominamos, ao longo da pesquisa, “comunidade anoréxica” – representa uma ampliação, macroscopicamente, de uma comunhão a dois, entre mãe e filha. Uma comunhão baseada na identificação imaginária em que “eu é outro” e onde existe um isolamento afetivo do sujeito por recusar o outro.

Não seria então um contrassenso pensar em *comunidade* nos casos das anorexias severas, que excluem o Outro, não fazem laços e são autisticamente gozantes? Se em uma comunidade regida pela identificação histórica há um compartilhamento do desejo, da troca de receitas para emagrecer e consumo de produtos *diet*, na comunidade de anoréxicas severas não há trocas. Poderíamos pensar em uma comunidade gerida por uma identificação especular, onde o sujeito identifica-se com a imagem semelhante do outro, se confunde com ele e, portanto, o recusa. Há um agrupamento de sujeitos que possuem um gozo autístico, mais além do campo fálico, mas onde cada anoréxica goza como todas as outras; um gozo do objeto *nada*, não como causa de desejo, mas um gozo que faz um obstáculo à divisão subjetiva e desativa a função da palavra.

O que legitima considerar a comunidade anoréxica enquanto comunidade é o fato de os sujeitos compartilharem um mesmo tipo de gozo, gozo do objeto *nada* que exclui o Outro. E gozando da mesma maneira deixam de lado o modo singular de gozo de cada sujeito, negando o Há-Um enquanto marca do que há de mais específico do ser. Por isso nomeamos a comunidade anoréxica como comunidade de gozo, pelo fato de gozarem do mesmo modo, excluindo a particularidade que é própria das relações do sujeito com o objeto *a*. A epidemia anoréxica, então, estaria menos próxima de uma comunidade de desejo, como na epidemia histérica, e mais próxima de uma comunidade de gozo, compartilhando autisticamente um mesmo modo de gozo, gozando do objeto *nada*.

A epidemia anoréxica, assim como a epidemia de outros sintomas contemporâneos – como certas adições, por exemplo –, poderia ser compreendida através da relação com o discurso capitalista, diferenciando-se das epidemias clássicas que se sustentam na identificação histérica e no discurso histórico. A questão levantada por Schejtman (2004) é a de que as epidemias contemporâneas precisam ser localizadas na modalidade de gozo, e não no desejo e nas estruturas clínicas. A questão não é perguntar se os sujeitos são históricos ou não, focando na dimensão estrutural, mas pensar na especificidade do fenômeno anoréxico de posicionar-se fora do discurso, sendo possível pensar em uma suspensão discursiva, mais além do campo da psicose. Pode haver anoréxicas psicóticas, ou mesmo casos em que o sujeito entra no discurso histórico, revelando uma estrutura neurótica após um processo analítico. Mas a questão é pensar essa dimensão fora de discurso que aproxima, tanto o sintoma anoréxico como sua vertente epidêmica, ao discurso capitalista.

O discurso capitalista foi acrescentado por Lacan (1972) aos quatro discursos: *do mestre*, *da histérica*, *do analista* e *do universitário*. Representa um efeito da incidência do discurso da ciência no discurso do mestre. Pode ser considerado um “pseudodiscurso” por causar a destruição do laço social ao colocá-lo como objeto de mercado e pelo fato de não introduzir uma barreira ao gozo. Se Lacan caracteriza o discurso como aquilo que coloca uma barreira de impossibilidade ao gozo, separando o sujeito barrado e o objeto mais-gozar, podemos considerar

o discurso capitalista em uma dimensão fora do discurso; porém, diferente do fora de discurso da psicose, já que “o capitalismo não deixa as pessoas mais loucas ou psicóticas”³².

Discurso do capitalismo

$$\frac{\cancel{S}}{S1} \rightarrow \frac{S2}{a}$$

discurso do mestre

$$\frac{S1}{\cancel{S}} \rightarrow \frac{S2}{a}$$

Enquanto no discurso do mestre existe uma barreira ao gozo – havendo uma separação entre o sujeito barrado e o objeto mais de gozar –, no discurso capitalista, caracterizado pela anulação do mestre, essa barreira ao gozo está ausente, dando lugar ao imperativo de gozo. O sujeito barrado torna-se independente das determinações do significante mestre, tornando-se assim independente das determinações do inconsciente (SCHEJTMAN, 2004). O mercado propõe objetos de gozo que prometem tamponar a falta estrutural do sujeito. No entanto, essa promessa termina em fracasso e deixa o sujeito consumidor ser consumido pelo mercado.

Segundo Strauss (2015), o fato de o discurso capitalista abolir laços parece paradoxal, já que a função dos discursos é produzir laços. É importante diferenciar o ‘fora de discurso’ da psicose do discurso capitalista sem laços. O discurso capitalista, que se sustenta pela ciência, não estabelece laço entre o mais de gozar e a verdade. Acaba forcluindo o sujeito, que fica reduzido a um organismo biológico – objeto de estudo da ciência. Ele faz uma promessa de satisfação imediata, com apropriação do objeto, promovendo o individualismo. A psicanálise defende a imaterialidade do objeto e a sua existência através da construção do laço com o outro e da linguagem. Dessa forma, o objeto *a* – enquanto objeto que falta e que sustenta o laço com o outro – torna-se inoperante no discurso capitalista, uma vez que a ciência promete fabricar esse objeto, apesar de ele não existir (STRAUSS, 2015).

Por isso o discurso capitalista pode ser pensado como um discurso sem laço, já que não há uma preocupação com o laço com o outro, pois cada sujeito está ocupado com a sua relação com o objeto fornecido pela ciência, os *gadgets*. E quais seriam as consequências dessa falta de enlçamento? Se cada um é responsável por si mesmo, por sua imagem que é seu capital, sua

³² Conferência de Marc Strauss – “O Discurso do Psicanalista e o Discurso do Capitalista” – no Seminário sobre a obra de Jacques Lacan, ministrado pelo prof. Dr. Christian Dunker. Abril de 2015.

mercadoria, o sujeito se representa através do seu corpo, não se sustentando através do laço com o outro. Cada sujeito apresenta-se sozinho com seu gozo, goza de maneira autista (STRAUSS, 2015).

Para a Psicanálise não há fraternidade que se sustente no inconsciente, e que constitua um coletivo, pois cada sujeito é singular e tem algo muito particular a dizer. No entanto, o objeto *a* para cada um se constitui através do laço com o outro. E esse laço é o que não ocorre no discurso capitalista, onde o objeto não depende do enlaçamento com o outro, representando um modo de gozo individualista. A hipótese de Strauss é a de que no discurso capitalista existe uma forclusão do sujeito, mas não do nome. Enquanto na psicose existe um fora de discurso onde impera a forclusão do Nome do Pai, da lei simbólica, no discurso sem laço do capitalismo não há forclusão do nome, mas o nome enquanto cifra está *en souffrance*, em suspenso, ignora a dimensão de signo da cifra, e o laço é negado. Os sujeitos ficam alienados ao objeto, não permitindo que o sujeito diga quem ele é.

Se o sofrimento pode ser pensado como uma obra prima do sujeito, algo muito particular, como entendemos a anorexia? O mal estar na anorexia tem dificuldade de se colocar em uma narrativa de sofrimento e representa-se enquanto um sintoma que vela o modo de sofrimento particular, já que impera uma homogeneidade discursiva e de comportamento. Quando alguém diz “Sou anorético”, vê-se muito pouco do sujeito e de sua particularidade.

O individualismo proposto pelo discurso capitalista e o modo de gozo autístico é o que se vê na anorexia, que pode ser considerada como tendo uma individualização precoce. As santas jejuadoras do século XI já anunciavam a forma do individualismo da modernidade, representando uma forma de vida mais individualista, onde viviam sozinhas e separadas do Outro, imersas em seu próprio gozo de união com Deus e na relação de sacrifício com o corpo. Um modo de vida individualista gerido por uma economia de identificações imaginárias, já que as jejuadoras se espelhavam em santas de épocas anteriores ou de outras regiões, estabelecendo certos modelos de conduta para alcançar a união com Deus, promovendo uma epidemia de santas jejuadoras.

Salecl (2005) ressalta que no individualismo os sujeitos se criam, ocupando o lugar de mestres; e poderíamos pensar nas anoréticas como representantes da ideologia da autocriação. A autora se propõe a pensar como o capitalismo afeta a subjetividade, pensando na realidade

contemporânea em que existem menos limites externos, como a figura do pai, do Estado ou líderes religiosos – sendo que as pessoas passam a se impor novas proibições. A frase típica do discurso capitalista e da sociedade altamente individualizada é “Seja você mesmo”, que demonstra a ideia de que todos têm uma liberdade infinita para escolherem o que querem ser, prevalecendo as liberdades individuais sobre a causa de um grupo.

Enquanto o enigma para a entrada no laço social se sustenta através da pergunta “Quem eu sou para o Outro?”, na sociedade individualizada a questão prioritária é “Quem eu sou para mim mesma?” – revelando a busca por uma essência, que o discurso capitalista promete alcançar, através da promoção de uma nova imagem para o corpo, para que o sujeito fique mais satisfeito consigo mesmo. Essa ideologia da autocriação é comentada por Salecl: “O ‘eu’ é algo a que se aspira, como a última moda ou o mais recente objeto de consumo. A autoaspiração e o ‘eu’ reinventado são sedutores” (SALECL, 2005, p. 12).

Interessante que essa aspiração de reinventar-se passa longe do alcance da singularidade, pois, buscando a liberdade de escolha, acaba-se caindo em uma uniformidade, como já apontou Benjamin (2003) a respeito da sociedade do consumo:

A economia de mercado reforça a fanstasmagoria da uniformidade que, intoxicadora, evidencia ao mesmo tempo a figura central da aparência (...) O preço faz a mercadoria idêntica a todas as outras mercadorias que podem ser compradas pelo mesmo valor. A mercadoria se identifica (...) não tanto e não somente com seus compradores, mas com seu preço. (BENJAMIN, 2003 apud SALECL, 2005, p. 13)

Então, por trás do imperativo “seja você mesmo”, esconde-se a busca de um padrão de uniformidade, visto, por exemplo, na ideia de remodelar o corpo conforme um padrão de beleza – uma vez que o sujeito escolhe algo que todos querem. Está implícita também nessa ideologia a crença na autogestão, o controle sobre a vida, o corpo e os sentimentos – o que gera mais ansiedade e angústia para os sujeitos, pois se esquece do inconsciente que nos guia por caminhos que fogem do nosso controle.

Na sociedade capitalista existe uma pressão para que o sujeito preencha sua falta e que se torne um agente dotado de um poder de transformar seu “eu” e recuperar o gozo perdido:

Nos anos 1970, Lacan observou que em um sistema capitalista desenvolvido a relação do sujeito no campo social pode ser observada formando um discurso particular. Nesse ‘Discurso do Capitalismo’ o sujeito se relaciona com o campo social de um modo que ele ou ela toma a si mesmo como mestre. O sujeito é não apenas percebido como totalmente em mudança de seu ‘eu’, o sujeito parece ter também a força para recuperar a perda da jouissance. No capitalismo, o sujeito é então visto como um agente que possui um poder enorme. (SALECL, 2005, p. 25)

O sujeito que se coloca como agente separa-se de seus componentes históricos e genealógicos e torna-se livre para escolher o que quiser, sem limites, buscando um gozo ilimitado e rejeitando a castração. “De todo modo, consumo sem limites provoca, paradoxalmente, o momento no qual o sujeito passa a ‘consumir a si mesmo’” (SALECL, 2005, p. 26).

A anorexia, principalmente os casos levados ao extremo, pode ser pensada como um representante dessa tentativa de driblar a morte e a castração, fazendo-se mestre de si mesmo e buscando um gozo sem limites, o ‘cada vez menos peso’, até o ponto de se consumir e sumir...

Se pensarmos a anorexia do ponto de vista do sintoma e da estrutura, consideramos que a anoréxica histérica ocupa um lugar de oposição frente ao imperativo de consumo do discurso capitalista, podendo-se considerar sua recusa em comer como uma forma de sustentar seu desejo. O discurso histórico, desenvolvido por Lacan (1969-70) em sua teoria dos discursos, evidencia a relação da histérica com o mestre, e no caso da anorexia histérica concluímos que a greve de fome está endereçada ao mestre.

Já a anorexia severa – cujo sintoma não se encontra estruturado como uma metáfora – entraria na mesma direção do discurso capitalista, ocupando uma posição superegoica, que promove o imperativo do gozo sem uma regulação simbólica. A anoréxica entra nesse processo de consumo consumindo-se literalmente (SCHEJTMAN, 2004), como vimos no Caso Ellen West, de Binswanger (1957), onde a recusa apresenta-se como forma de gozo, que faz obstáculo à divisão subjetiva do sujeito. Enquanto o enigma da feminilidade da histeria se dá pela via do desejo que inclui o Outro, nas anorexias severas se dá pela via do gozo que exclui o Outro. Isso explicaria, em parte, a diferença entre a forma “individual” da histeria e a forma “gregária” da anorexia.

Do ponto de vista da epidemia anoréxica, pensamos que se forma uma comunidade altamente individualizada de anoréxicas, pois não se criam laços sociais, apesar de se inspirarem umas nas outras, em modelos e figuras femininas representantes da magreza. Tornam-se iguais, praticam um mesmo estilo de vida para alcançar a magreza extrema, possuem um mesmo modo de gozo, representado pela relação com o objeto *nada*, mas um gozo que exclui o campo do Outro. Enquanto a massa tem um objetivo em comum e os objetivos individuais são colocados em segundo plano, a epidemia anoréxica pode ser vista como uma comunidade, um agrupamento de pessoas com algo em comum, que seria a relação com o objeto *nada*. Sujeitos autisticamente gozantes, cada um gozando na sua individualidade.

Diante de toda a discussão levantada neste capítulo, propomos um modelo para a epidemia anoréxica, que pode ser pensada da seguinte forma: a anorexia representa uma resposta à intrusão do Outro, representado pelo Outro materno, o que provoca a recusa da demanda do Outro – recusa esta que, como vimos no primeiro capítulo, pode ter diferentes funções. Mas, para compor nosso modelo, pensamos que a recusa como modalidade de gozo, que faz obstáculo à divisão subjetiva do sujeito, nos serve melhor para pensar o funcionamento da epidemia. Então, com a recusa da demanda do Outro, o sujeito diz não à mamãe capitalista que diz: *goza!* Recusa que não representa uma tentativa de sustentar seu desejo, mas sim que busca um gozo que exclui o Outro, o laço. A anoréxica, ocupando o lugar de mestre, recusa o saber do Outro e busca uma individualização e um isolamento afetivo, mas acaba identificando-se especularmente com outras anoréxicas, fazendo massa, epidemia. Ocorre um retorno à *folie à deux*, à comunhão materna, mas agora de forma epidêmica. Reproduz com as outras anoréxicas a mesma simbiose que tinha com o Outro materno, havendo, portanto, uma propensão à homogeneidade, já que sai de uma identificação alienante com o Outro materno e busca o igual na comunidade anoréxica.

5- A ESCUTA DO SOFRIMENTO DO SUJEITO: EXTRAÇÃO DA COMUNIDADE ANORÉXICA

Pensamos em desenvolver, neste capítulo, quais as consequências do conceito de identificação na epidemia anoréxica para o tratamento institucional da anorexia, tanto na interlocução com a equipe que trata dessa patologia como na montagem de projetos terapêuticos.

O tratamento da anorexia nervosa mobiliza vários campos de saber, envolvendo uma equipe multidisciplinar, composta por profissionais de diferentes áreas da saúde, como psiquiatras, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e psicanalistas. É muito comum que o tratamento ocorra em instituições de saúde e psiquiátricas, nas enfermarias e ambulatórios, por conta do comprometimento físico e orgânico dos pacientes com esse diagnóstico e das necessidades de um acompanhamento médico³³. Os transtornos alimentares em geral possuem uma cronicidade em sua evolução, alcançando graus significativos de mortalidade e morbidade (PINZON; NOGUEIRA, 2004).

A maioria dos profissionais inseridos em instituições psiquiátricas tradicionais, que fazem parte de uma equipe multidisciplinar que trata a anorexia, é orientada pelo discurso médico, mais especificamente pela racionalidade diagnóstica do DSM, que representa um sistema classificatório que tem efeitos reducionistas e de generalização em relação à experiência de sofrimento do sujeito, excluindo sua singularidade e seu saber sobre si mesmo. Segundo Moretto (2001), o discurso institucional segue a lógica do universal, do “para todos”, priorizando a padronização das condutas e tratamentos. Os projetos terapêuticos de instituições psiquiátricas tradicionais para transtornos alimentares seguem protocolos e procedimentos que têm como ponto fundamental a remissão de sintomas, sejam os atendimentos nutricionais, médicos e grupos de terapia.

A terapia de grupo é muito utilizada no tratamento dos transtornos alimentares e uma questão fundamental se coloca: será que o grupo não poderia favorecer a identificação imaginária e tornar as anoréxicas mais idênticas e homogêneas? Dessa forma, pensamos que um grupo de terapia de anoréxicas pode ter efeitos iatrogênicos, dependendo de como é conduzido, podendo propiciar uma padronização dos entendimentos a respeito do próprio sofrimento. Se os

---

³³ Ver, em anexo, lista de instituições de referência especializadas no tratamento de transtornos alimentares.

profissionais que atendem o grupo mantêm uma visão uniforme do sintoma anoréxico – não dando espaço para a escuta do sofrimento particular de cada um –, trabalham a favor da cristalização da identificação imaginária presente entre os pacientes, mantendo o grupo enquanto uma comunidade anoréxica. O incentivo da criação de modelos de entendimento da anorexia pode ser observado em explicações do tipo: “as anoréxicas manipulam suas famílias através da recusa em comer, ou que possuem uma relação de dependência com a mãe”. Explicações genéricas que focam em significados universais da patologia e teorizações que nada dizem a respeito de cada um que sofre desse sintoma.

Mas, dependendo da escuta e do manejo, o grupo de terapia também pode possibilitar uma diferenciação de cada sujeito, encontrando a singularidade da própria questão. Em minha experiência como coterapeuta em uma instituição psiquiátrica que trata transtornos alimentares, escutei muitas vezes comentários de pacientes que iam na direção da identificação imaginária, do tipo: “sou como ela, também sinto isso, as anoréxicas possuem dificuldades de colocar em palavras seus sentimentos”. Frases que nada dizem da particularidade de cada sujeito que se apresenta identificado ao sintoma anoréxico e que nos mobilizavam, enquanto analistas, a fazer intervenções em direção à diferenciação de cada um do grupo. Buscávamos na escuta de cada membro do grupo apontar as especificidades e singularidades, por mais que o sintoma parecesse “o mesmo” – tarefa difícil com sujeitos que buscam o igual.

Além da escuta de cada profissional ter de ser voltada para a subjetividade de cada sujeito, é fundamental que a instituição tenha uma abertura para a emergência das singularidades de cada paciente, e que não represente uma “instituição total”, que encarna um Outro completo, sem faltas. As instituições totais são aquelas que não dão espaço para a falta e para a criação do sujeito, uma vez que existem protocolos de atendimento e manuais de tratamento, que universalizam o modo de tratar, independente das diferentes demandas, como bem apontou Goffman (1961) em sua pesquisa sobre os manicômios e prisões (VILANOVA; FIGUEIREDO, 2012).

Foi criada na Itália uma nova experiência clínica para o tratamento de casos graves de transtornos alimentares, que vinham de outras instituições e traziam uma dimensão do incurável e intratável (VILANOVA; FIGUEIREDO, 2012), cuja proposta de tratamento é diferente das instituições tradicionais. Trata-se da comunidade terapêutica *La Vela*, patrocinada pelo sistema

público de saúde, que tem uma orientação psicanalítica e cuja base de tratamento é constituída pelo trabalho em equipe e atividades de grupo, mas tendo como princípio fundamental que a experiência coletiva não impeça que a subjetividade de cada sujeito apareça no grupo.

A instituição *La Vela* é composta por uma equipe multidisciplinar – de médicos, nutricionistas, terapeutas familiares, psiquiatras, educadores e psicanalistas de diferentes linhas teóricas – e atende mulheres na faixa de 17 a 40 anos. Os profissionais seguem uma orientação comum, que é a produção da singularidade como efeito do tratamento, e sustentam a transferência endereçada à instituição, para se distanciarem da transferência imaginária, que é um obstáculo ao tratamento (VILANOVA; FIGUEIREDO, 2012).

Segundo Vilanova e Figueiredo (2012) a origem da *comunidade terapêutica* surgiu com Wilfred Bion e John Rickman em Northfield, Inglaterra (VILANOVA; FIGUEIREDO, 2012, apud COSENZA, 2001), que tinham uma proposta de tratamento em grupos de terapia, com a referência da teoria bioniana – tratamento que foi aplicado em soldados do exército britânico em 1943, que sofriam de transtornos psicológicos. O modo de tratar era diferente do tradicional assumido pelo exército, que focava em princípios disciplinares e superegoicos. No entanto, essa iniciativa inovadora foi interrompida pelo Exército, que não suportou que os soldados expressassem seus sofrimentos de maneira singular, fugindo da maneira universal do sofrimento comum do “trauma de guerra”.

A proposta da comunidade terapêutica é dar espaço para os sujeitos que não possuem um lugar no social, de modo que encontrem um lugar de endereçamento de seus sofrimentos. Um princípio fundamental que norteia o trabalho é a posição de que existe sempre algo que foge do controle, assumindo a abertura do saber para algo novo e imprevisível no campo do sujeito.

São três momentos no processo terapêutico, que se baseiam nos três momentos lógicos de Lacan (1945): 1) a admissão do paciente/sua entrada na instituição – como um instante de ver; 2) a admissão subjetiva – como tempo de compreender; 3) a saída/separação – como momento de concluir. Ao contrário de outras instituições tradicionais, na Comunidade *La Vela* a entrada do paciente não é tomada por questões burocráticas e inclui um trabalho preliminar da demanda do sujeito, uma vez que a grande maioria dos pacientes que chegam não possui uma demanda própria de tratamento e assume uma posição egossintônica em relação aos sintomas – não apresentando nenhuma crítica ou enigma em relação ao sofrimento. Nesse momento é importante

a inclusão do trabalho com a família em vista da alienação da demanda do sujeito (VILANOVA, FIGUEIREDO, 2012).

É necessário que cada sujeito construa uma nova demanda separada da demanda médica e familiar, para que trace sua trajetória particular em relação ao tratamento, dando início assim à admissão subjetiva. A equipe profissional sustenta a dimensão ambivalente entre demanda e desejo e compartilha junto a cada paciente a responsabilidade pela condução do tratamento e produção de conhecimento, havendo espaço para que o sujeito construa suas interpretações sobre seus corpos e sofrimentos.

Levando em conta a estrutura de cada um, o manejo clínico tem suas particularidades. Enquanto na psicose a ideia é que a comunidade torne-se um Outro tolerável – havendo regulações, mas não de maneira superegoica e persecutória –, na neurose a direção de tratamento segue a busca da interrogação frente ao sintoma, abrindo a dimensão do enigma. Rompendo com a padronização institucional e tendo um projeto simbólico que leva em conta o real, a comunidade *La Vela* não propõe uma programação fixa e rígida para os pacientes, mas deixa lacunas para que cada sujeito crie saídas singulares e preencha parte do seu tempo com atividades criadas por ele. Dessa forma, possibilita o endereçamento da subjetividade de cada um à instituição, apesar da recusa ao Outro presente nos casos mais graves.

A epidemia anoréxica parece ter uma função de anulamento do saber inconsciente, já que as anoréxicas se fixam num gozo autístico que exclui o Outro. A psicanálise – que se propõe a tratar o sofrimento, e não o sintoma – busca tratar o que fica de fora da comunidade de gozo, com a proposta de construção de narrativas de sofrimento, com apostas na singularidade. E se para a psicanálise o inconsciente é considerado como o lugar onde o idêntico fracassa, entendemos a anorexia – que mostra um horror ao saber inconsciente – como tendo um horror ao fracasso das identificações e uma busca do idêntico, que é o problema clínico do qual parte esta pesquisa. Por isso a importância da construção de projetos terapêuticos que propiciem a emergência da singularidade do sujeito e a saída da comunidade anoréxica.

A extração do sujeito da comunidade anoréxica pode ser comparada com a extração do objeto *a* no processo da inversão da demanda. Na estrutura da demanda³⁴ temos um movimento

---

³⁴ Seminário sobre a obra de Jacques Lacan, ministrado pelo Prof. Dr. Christian Ingo Lenz Dunker no IPUSP, em abril de 2015: *O Seminário 12: Problemas Cruciais para a psicanálise, 1964-1965*.

circular repetido em torno do objeto *a*, sendo constituído pelo contorno da pulsão. Esse trajeto constitui um processo de inscrição do discurso no campo do Outro. A demanda pode ir pra frente ou pra trás, num movimento de progressão ou regressão; mas, se ela funciona, progride. Quando a identificação se sobressai, o giro da demanda é infinito e ela se fecha. Quando a demanda se abre, permite que o desejo apareça e que haja a separação do objeto. A demanda e a identificação precisam estar separadas para poder extrair o desejo.

A identificação tem sua importância para a constituição do sujeito, assim como para a psicopatologia. Quando ocorre uma identificação problemática entre o desejo do sujeito e a demanda do outro, e entre o desejo do outro e a demanda do sujeito, constituindo um processo de trocas equivocado, configura-se o campo do patológico³⁵.

No *Seminário 19* (1971-72/2012, p. 79) Lacan anuncia uma fórmula que fala da estrutura da demanda: “Peço-te que recuses o que te ofereço porque não é isso”. Podemos entender que o que eu te ofereço são as identificações, e o manejo da transferência deve se dar de forma que a demanda mude de objeto, se reverta, separando-se das identificações. E para que o objeto *a* seja extraído dessa operação da demanda deve haver uma separação da identificação entre o desejo e a demanda: “o ponto no qual se decide se as voltas da demanda retomarão seu circuito renovando o trajeto originário ou se, ao contrário, se poderá pensar uma separação em extração do objeto *a*” (DUNKER, no prelo). Da mesma forma, para que haja, no tratamento da anorexia, uma extração do sujeito da comunidade anoréxica, é necessário que o Outro representado pela instituição ou pelos profissionais favoreça a separação da identificação entre desejo e demanda, permitindo que algo particular do sujeito apareça.

Vejamos o que seria uma narrativa de um quadro clínico de anorexia, muito frequente nos tratamentos psiquiátricos tradicionais, que entendemos como um relato de caso que prioriza uma descrição objetiva da fenomenologia dos sintomas, na qual a subjetividade do paciente encontra-se velada.

---

³⁵ Seminário sobre a obra de Jacques Lacan, ministrado pelo Prof. Dr. Christian Ingo Lenz Dunker no IPUSP, em 28 de abril de 2011: *O Seminário 19: ... ou pior*, aula 5: 9 de fevereiro de 1972.

5.1) Quadro clínico de anorexia: “O contrato”

Recorremos ao recorte de um caso de anorexia do DSM-IV-TR, cujo autor é Michael J. Devlin³⁶, psiquiatra e membro da APA (American Psychiatric Association), participante da comissão de discussão de condutas práticas dos transtornos alimentares. O título do caso é: “O contrato: terapia cognitivo-comportamental para anorexia nervosa do tipo compulsão periódica/purgativo”.

O autor apresenta a paciente que se chama Kim, uma mulher de 29 anos, solteira, que tinha uma altura de 1,56m e pesava 53 kg, apresentando no momento um índice de massa corpórea normal. Tinha acabado de receber alta do tratamento em centro especializado em transtornos alimentares quando chegou para a terapia cognitivo-comportamental com Michael em um ambulatório, em vista dos riscos de recaída da anorexia. A paciente gostaria de retomar seu trabalho em uma empresa de marketing; porém, havia uma condição imposta por seus chefes de que mantivesse o tratamento para ficar bem. Além desse trabalho, ela também era escritora e usava suas próprias experiências de sofrimento como tema de seus ensaios, que tinham uma veia de humor.

Um pouco da história de Kim é descrita, como a separação dos pais e o casamento da mãe com outro homem – que era violento e abusava das enteadas. Com a paciente não houve abuso sexual propriamente dito, mas uma invasão de sua privacidade, sendo vista muitas vezes nua por esse homem e recebendo comentários sobre o seu corpo. A descrição do autor centra-se na questão do peso, afirmando que Kim oscilava entre um peso normal e um sobrepeso na infância e na adolescência, relatando sentimentos de vergonha. A paciente nomeia como “Kim gorda” certos comportamentos que começou a ter na adolescência, como fumar, beber e ter relações sexuais.

O início da anorexia deu-se aos 20 anos e foi diminuindo cada vez mais seu peso, até o ponto de ser internada – seguindo-se, ao longo do tempo, várias outras internações. Além das restrições alimentares, outros sintomas descritos pelo autor são: compulsões alimentares, vômitos

---

³⁶ Professor associado de psiquiatria clínica na Faculdade de Medicina e Cirurgia da Universidade de Colúmbia e codiretor clínico da Unidade de Pesquisa de Transtornos da Alimentação do New York State Psychiatric Institute.

e uso de laxantes. Kim era conhecida no trabalho como “Kim anoréxica” e sua determinação em suas tarefas era reconhecida, apesar de seu estado físico cada vez mais preocupante.

Antes de iniciar a terapia com Michael, havia feito um tratamento com uma técnica comportamental, estando com 39,5kg. A equipe propôs uma meta de peso em um espaço de tempo de dois meses, entre 52 e 53kg, e o autor enfatiza o sucesso da técnica e a manutenção do peso de Kim nessa faixa.

Em termos diagnósticos, Kim é descrita como um “caso clássico”, no que se refere ao início do transtorno na adolescência, desencadeado a partir de uma dieta comum, que progrediu para um quadro alimentar mais severo – caracterizado pela oscilação entre restrição alimentar e compulsões alimentares – presença de amenorreia e de uma história de abuso sexual.

A escolha pela técnica cognitivo-comportamental por Michael para tratar de Kim é justificada por evidências científicas que indicam a superioridade dessa técnica em relação a terapias nutricionais. Sua conduta baseava-se em uso de manuais para melhora da motivação da paciente e discussões centradas no quadro alimentar.

Desde o início, nós nos concentramos nos detalhes da alimentação, dos exercícios e dos pensamentos e sentimentos que os acompanham, assim como nas questões maiores de autoestima e de valores, particularmente na visão dicotômica de si mesma de Kim como “Kim gorda” ou “Kim anoréxica”. (DEVLIN, 2008, pp. 338-339)

Toda a conversa entre Michael e Kim centrava-se nas questões do peso, em pensamentos e sentimentos relacionados ao seu aumento ou perda. O psiquiatra acreditava que a paciente estava envolvida no tratamento, uma vez que mostrava compreender os riscos de se diminuir o peso. No entanto, apesar da convicção do autor de que havia progressos e de que ela tinha feito “importantes esforços para desenvolver uma ‘Kim saudável’, como uma alternativa para a ‘Kim anoréxica’ e para a ‘Kim gorda’” (DEVLIN, 2008, p. 339), sua perda de peso foi aumentando até chegar ao ponto da necessidade de uma internação, sendo novamente proposta uma meta de peso, para atingir uma média de 54 kg.

Quando saiu da hospitalização e retomou a terapia com Michael, ele lhe propôs “um contrato” que foi fundamental para o tratamento e que, se fosse rompido por ela, poria fim à

terapia. Caso ela baixasse o peso para 52kg, teria de se submeter a um “programa ambulatorial intensivo”; e, se não desse certo, teria de participar do programa do hospital-dia.

Apesar de inicialmente ter concordado com o contrato e se submetido a essas condições por um tempo, Kim faz uma revelação que acaba apontando para uma decisão de não aceitar mais ser internada ou participar do hospital-dia, dizendo que havia tido uma mudança em seus objetivos – o que acarreta a decisão de Michael de interromper o tratamento.

Suas tentativas para voltar ao peso ideal fizeram com que ela sentisse uma autoaversão tão intensa que nada mais parecia valer a pena. Achava que, apesar da disposição dos amigos, da família e do terapeuta para ajudá-la, ninguém conseguia ajudá-la a suportar o sofrimento de perceber seu corpo ficando maior. (DEVLIN, 2008, p. 340)

Depois de alguns meses Kim retorna e se compromete com o contrato, consegue alcançar a meta de peso estabelecida pela equipe e caminha para uma significativa melhora, além de iniciar o uso de fluoxetina. A manutenção do peso ideal estava vigorando há dois anos no momento da escrita do caso pelo autor. Kim começa a namorar, recupera sua menstruação e evita fazer exercícios físicos em excesso. Apesar da manutenção de alguns sintomas, como compulsões alimentares e vômitos, eles diminuem muito de frequência e o ganho de peso é vivenciado de maneira menos perturbadora.

Na conclusão do caso o autor afirma que a paciente declara que o tratamento ajudou-a a ser “capaz de juntar tudo o que aprendeu e viver de uma maneira que lhe permitiu combater com mais sucesso a doença” (DEVLIN, 2008, p. 342). Em relação à importância do contrato, o autor relaciona com uma maior segurança no tratamento:

Kim e eu entendemos que a ameaça de perder esse relacionamento terapêutico, se ela se recusasse a seguir os passos necessários para manter um peso saudável, também representava a necessidade de não abandonar a emergente ‘Kim saudável’, mesmo que a anorexia nervosa mais uma vez venha a nublar sua visão da recuperação. (DEVLIN, 2008, p. 343)

Percebemos nesse relato de caso presente no DSM-IV-TR uma narrativa mais objetiva, que vai descrevendo as melhoras e pioras da paciente, sempre centrado em um discurso sobre o peso e a alimentação. Percebe-se uma epistemologia baseada em evidências e uma tentativa de

verificar as características do caso, enquadrando nos sintomas “clássicos” descritos no manual diagnóstico. A preocupação é com a cura e com resultados numéricos: o ideal dos 54 kg.

É interessante observar um paradoxo na conduta da paciente, pois se, por um lado, tenta contribuir com o tratamento e com seu terapeuta – esforçando-se em construir uma “Kim saudável” –, há algo que escapa dessa tentativa de controle e normalização, retornando à “Kim anoréxica”. O tratamento tem um discurso que prioriza a normalização da conduta da paciente, a remissão de seus sintomas; e, em alguns momentos, a paciente tenta responder a isso, a essa demanda de que se “normalize”, mas há algo que se repete e retorna incessantemente. Em uma das poucas vezes em que aparece uma referência à fala da paciente, observamos algo que escapa à tentativa de “ajuda” do terapeuta e que pertence ao campo pulsional: ela se queixa de que não há uma escuta do seu sofrimento em ver seu corpo tornar-se maior. O sofrimento fica de fora, enquanto os sintomas alimentares ocupam toda a cena.

Salta aos olhos, no transcorrer do tratamento, a confiança do contrato como modo de relação “terapêutica”. Reger-se pelo contrato, permanecer fiel a ele, regular-se pela sua referência é um suposto básico da estratégia de cura. Ocorre que o contrato é uma figura da lei e, nesse caso, de uma lei “troquista” que permite comparar elementos heterogêneos segundo um mesmo solo comum. A expansão desse tipo de totemismo aplicado e generalizado na forma do fetiche – não apenas da mercadoria, mas também do contrato – tem caracterizado fortemente o sistema de produção e consumo sob o neoliberalismo (LAVAL; DARDOT, 2015). Dessa forma, podemos levar adiante a ideia de que a expansão da anorexia, particularmente acompanhada da implantação da forma de vida neoliberal, pode implicar não apenas a oferta genérica de mais bens de consumo – alimentos, principalmente – nem a inflação de formas corporais de beleza que se sintetiza em corpos magros, mas a expansão de um modo de relação baseado na soberania da troca. Ao começar pela maternagem “troquista” e terminar pelo tratamento “troquista” estaríamos, assim, excluindo da experiência anoréxica sua outra face de indeterminação e de recusa ao princípio geral da troca, ainda que seja pela sua incorporação excessiva e exagerada.

5.2) Contribuições do saber do psicanalista na vertente institucional do tratamento da anorexia

A entrada de uma paciente diagnosticada com anorexia em um hospital geralmente não se dá por sua própria demanda, ela é literalmente levada pelos pais ou pela equipe médica. O que chama a atenção é a completa identificação com a doença “anorexia”, significante pelo qual se reconhece e se apresenta. Segundo Santos (2013), existem determinados tipos de pacientes que ilustram de maneira exemplar um modo de gozo articulado com a condição de “ser doente”:

(...) pacientes que explicitam, de modo obscuro, o gozo particular com a instalação na condição de doente. Nestes casos, o ser diabético, renal crônico, asmático, anorético, bulímico, é praticamente indissociado de seu modo de se representar no mundo, de tão agarrados que são aos significantes que arranjaram nas contingências do destino. Nestes casos, o psicanalista também é solicitado a intervir, pois são pacientes frequentemente poliqueixosos, não aderentes ao tratamento – ou excessivamente aderidos ao hospital e às equipes. Estes pacientes, não raramente, denunciam o fracasso das terapêuticas convencionais e confrontam os profissionais com a impotência que o gozo e a pulsão de morte sabem fazer tão bem. (SANTOS, 2013, s/p)

Segundo o autor, esse gozo que aparece nessa encarnação da doença como identidade traz dificuldades e impasses para a equipe que trata desse sujeito, pois muitas vezes existe uma enorme distância entre a demanda e o desejo: o discurso pode direcionar-se a um pedido de cura encobrindo um desejo de manter-se doente. No entanto, uma particularidade da clínica com anoréticas é que inicialmente não há uma demanda de cura, já que elas só se encontram no tratamento pela demanda de outros, existindo, portanto, uma posição decidida de não querer curar-se – já que não se sentem tendo qualquer espécie de dificuldades.

Segundo Fagundes Netto *et al.* (2013, p. 373), “se a Medicina, como área do saber científico, deve generalizar, a psicanálise tem como campo de pesquisa o inconsciente, o sujeito como efeito de linguagem”. A especificidade do saber do psicanalista localiza-se na escuta da fala do paciente e na sustentação da singularidade; e queremos pensar seu papel na equipe multidisciplinar que trata da anorexia, diante dos outros campos de saber que se comprometem a tratá-la.

Segundo Dunker e Neto (2011, p. 622), que fazem uma análise crítica do uso do DSM pela psiquiatria, a contribuição da psicanálise se dá através da abordagem de aspectos singulares de cada sujeito, que são “irredutíveis a grandes leis gerais sobre o sofrimento humano”.

O diagnóstico em psicanálise além de ser estrutural é também sob transferência, o que exige do analista um trabalho de produzir certa fala que possa indicar algo da posição do sujeito na fantasia. Falamos de um endereçamento da fala, de uma ultrapassagem dos fenômenos que nos permite formular um diagnóstico como função terapêutica e concomitantemente nos afasta das caricaturas engendradas pelos manuais como padrões de sofrimento psíquico. (DUNKER; NETO, 2011, p. 623)

Tanto a psiquiatria como a psicologia comportamental seguem uma direção de tratamento voltada para a remissão de sintomas, que são considerados uma disfunção psicopatológica. Para a psicanálise, ao contrário, o sintoma precisa ser escutado, pois se caracteriza por algo muito particular do sujeito, que revela sua posição subjetiva e sua forma de se inscrever no laço social (LACAN, 1969-70). A psicanálise oferece ao sujeito a possibilidade da construção de um saber sobre si e seu sofrimento, ao contrário de outras áreas da saúde que oferecem um saber pronto e universal.

Portanto, um psicanalista que recebe um caso de anorexia na instituição parte de um quadro clínico – como descrito pelo DSM –, considerado o conjunto de descrições fenomenológicas do sintoma, onde não aparece a singularidade, e sim uma objetivação na descrição de cada anoréxica; e segue em direção à construção do caso clínico – uma narrativa em que aparece a subjetividade do sujeito e sua singularidade –, buscando a separação do significante “anorexia”. Partindo de um sintoma universal e de sua fenomenologia típica vai-se em busca da história particular e do caso singular.

Segundo Moretto e Prizskulnik (2014, p. 287) o psicanalista que trabalha em uma instituição de saúde, dentro de uma equipe, precisa se inserir nela para que consiga operar com seu saber. A inserção pode ser entendida como “o processo de construção de um lugar do qual o psicanalista possa operar”, uma vez que seu lugar não está dado e nem representa sua entrada na instituição. A responsabilidade da inserção é do psicanalista, depende de seu ato e não da abertura da equipe, como se costuma pensar.

A ‘inserção’ do psicanalista é um processo que tem a ver com o seu ato – o ato do psicanalista. Estamos falando de algo que tem a ver com um posicionamento simbólico, uma localização subjetiva, e que, portanto, leva em conta um processo psíquico que envolve, no mínimo, um “eu”, um “outro” e uma estrutura que os contém e delimita de forma a garantir a qualidade de “dentro/fora” de qualquer que seja o elemento que a constitua. (MORETTO; PRISZKUKLNIK, 2014, p. 290)

Segundo as autoras, estar inserido implica em estar “dentro” psiquicamente, e não fisicamente, e depende do tipo de demanda dirigida ao analista, que se relaciona com a forma como a equipe lida com a subjetividade e como o analista responde essa demanda – o que pode ser decisivo ou não para sua inserção. Receber encaminhamentos de pacientes não garante a sua inserção, pois pode representar somente uma demanda da equipe para que ele cuide daquilo que ela não consegue cuidar – aspectos da subjetividade do paciente e, muitas vezes, dos próprios profissionais, mas sem uma demanda de saber ao psicanalista.

Para que o psicanalista contribua com seu saber na vertente institucional, o que corresponde a um trabalho de interconsulta, é necessário que a equipe tenha uma demanda de trabalho ao analista – considerando o desejo de saber sobre a subjetividade – e que o analista responda a partir daí, sustentando a singularidade e possibilitando sua inserção.

No entanto, segundo Santos (2013), existe uma série de características do funcionamento de um hospital diante das quais o psicanalista deve se posicionar e sustentar seu ato – que vai na direção de fazer o sujeito se confrontar com a ética do desejo –: a existência de protocolos de pesquisa e a exigência de publicações científicas que não consideram a psicanálise enquanto um método; o uso preponderante de testes, escalas e questionários que seguem padrões bem estabelecidos; a dificuldade da equipe de saúde em manter os diferentes discursos que a constituem, numa tentativa de unificar os saberes em relação ao sofrimento, enquadrando-o nos manuais diagnósticos; a dominância da crença em técnicas cognitivo-comportamentais como exemplos de terapêuticas eficazes e bem sucedidas, que seguem uma diretriz de controle e domesticação da pulsão.

O autor faz uma leitura da atuação de alguns psicanalistas em instituições hospitalares que aponta para “uma certa posição de inibição, de alienação ou de mortificação em relação à política implicada em seu ato” e acrescenta que em sua experiência na área hospitalar procurou a interlocução com psicanalistas que puderam levar para esse ambiente uma discussão sobre o que

fundamenta a ética da psicanálise: “estas interlocuções permitiram incluir o ensino de Lacan em nosso meio, não como a verdade, mas como um dispositivo capaz de fazê-la surgir, ali mesmo onde tantos outros discursos tentam apagá-la em nome de um bem-estar higiênico” (SANTOS, 2013, s/p).

Diante do saber médico que prioriza a padronização e objetificação do sofrimento, qual a contribuição do saber do psicanalista? Como trabalhar em equipe? O psicanalista não deve impor seu saber, mas sim sustentá-lo, mantendo a diferença em relação aos outros saberes. Segundo Moretto (2001, p. 72) existe uma relação de antinomia entre a Psicanálise e a Medicina, que corresponde a uma relação de não coincidência entre seus discursos, o que as tira da possibilidade de comparação e da dialética da superioridade ou inferioridade. No entanto, apesar da distância que as separa, existe uma interdependência: “no momento em que o discurso médico exclui as posições subjetivas, ele abre espaço para o psicanalítico”.

Um psicanalista é chamado pela equipe médica quando aquilo que foi recalcado retorna no real, ou seja, a subjetividade que se encontrava excluída do discurso retorna, trazendo angústia e dificuldades na conduta do tratamento. Quando o saber médico se depara com a resistência do paciente em querer curar-se, por exemplo, ou quando as “questões psíquicas” atrapalham o bom andamento da conduta médica, “é então que o psicanalista é chamado. Quando o médico percebe que há uma distância razoável entre aquilo que o paciente pede, a cura, a saúde, e o que o paciente deseja” (MORETTO, 2001, p. 75).

Uma pergunta importante que o psicanalista deve sustentar diante da equipe é: Qual a posição subjetiva e o lugar discursivo do paciente que estamos tratando? O que é, para cada sujeito, estar doente ou ter determinado sintoma? Se não há essa escuta do singular, há grandes chances do tratamento não dar certo.

Vejamos um exemplo da importância de sustentar para a equipe a escuta da posição subjetiva do sujeito frente sua doença ou sintoma. Uma médica que atendia uma jovem com o diagnóstico de anorexia, cujos sintomas principais eram recusa em comer e vômitos autoinduzidos, me encaminhou a paciente para fazer análise. O motivo do encaminhamento era que a paciente estava resistindo ao tratamento, não estava escrevendo em seu diário alimentar e continuava vomitando escondido. Comecei os atendimentos e percebi um silêncio contínuo da jovem, que se recusava a falar. Passado um tempo, a médica me pediu para fazermos um

atendimento “coletivo” e para “falarmos a mesma língua” com a paciente, buscando um “alinhamento” no trabalho – no sentido de reforçarmos a importância de ela falar sobre os sintomas na análise e questionarmos o motivo da resistência ao tratamento. A médica me contou que, em uma conversa prévia com a paciente, questionou-a se estava falando dos sintomas na análise, ao que a paciente respondeu que “não queria falar disso”.

Podemos perceber nessa demanda ao psicanalista o que Moretto (2001) discute sobre o lugar em que o discurso médico coloca o psicanalista, como “ajudante” do médico, pedindo que “falem a mesma língua” – como no exemplo dado. Mesmo que a estrutura de uma equipe multiprofissional baseie-se em diferentes saberes, existem dificuldades, muitas vezes, na percepção dessas diferenças.

Diante da demanda de “falar a mesma língua” me posicionei, diferenciando o trabalho do analista do trabalho da médica, sustentando que, na análise, não há obrigatoriedade em falar sobre nada; que não há um direcionamento de perguntas sobre se vomitou ou comeu, já que a ideia é construir um espaço para que o sujeito fale o que quiser. Podemos entender essa demanda de “falar a mesma língua” como uma não demanda de saber ao analista? Há inserção nesse caso? Há algo na paciente que provocou muita angústia na médica, sua resistência ao tratamento, sua recusa em fazer o diário alimentar, sentida como uma posição de afronta a ela.

Diante da demanda da equipe de que fale da anorexia, a paciente se cala. Irrita-se quando a médica diz “Isso não é você, é a doença!”, ou “é a doença que está falando por você”. Porém, sua resposta caminha na contramão do discurso médico: “sou eu sim, é meu o sintoma!”, como se dissesse “Sou eu ali onde não há mais ego”.

À medida que reforço com a paciente que ela poderia falar do que quisesse em sua análise, já que não havia nenhuma obrigação de falar sobre a anorexia, e sustento um espaço para a singularidade, a paciente começa a falar de sua vida, suas angustias com suas amigas, com os pais, chegando na seguinte formulação: “minha mãe não me aceita com minhas imperfeições, só reclama de mim!”. A mãe também se queixava de que ela não melhorava em nada, apesar de todo o esforço em levá-la ao tratamento, indo na mesma direção da queixa da médica.

A minha intervenção enquanto psicanalista da equipe permitiu que a médica questionasse sua postura de queixar-se da paciente, assumindo o mesmo lugar da mãe, o que provocava um fechamento da paciente em estabelecer um vínculo de confiança na relação médico-paciente.

Nesse sentido, não atendi à demanda de falar a mesma língua que a médica ou de reforçar com a paciente que ela se adaptasse às prescrições médicas. Sustentando um saber sobre a subjetividade e escutando a fala da paciente, obtivemos resultados que possibilitaram uma conversa entre o saber médico e o saber analítico. Fica clara a ética médica nesse caso – que aponta para a remissão dos sintomas –, enquanto que a ética do psicanalista prioriza a escuta do desejo do sujeito.

Santos e Quayle (2007, p. 214) destacam “a importância das entrevistas preliminares e da construção do caso clínico para a interlocução nas equipes de saúde”, uma vez que o caso clínico possibilita que o psicanalista consiga estabelecer uma interlocução que seja produtiva com a equipe em que está inserido. Os autores ressaltam a ética psicanalítica de sustentação do saber inconsciente, que possibilita a passagem de um caso universal para a construção do caso singular:

É poder pensar nas formações sintomáticas dos pacientes atendidos como modos de gozar e que, portanto, não devem ser tratados de uma maneira higienista, na intenção de melhor adaptar o sujeito a um mundo globalizado e capitalista. Por outro lado, é função do praticante confrontar aquele que se submete ao dispositivo analítico à lógica inconsciente de suas repetições. (...) que o operador da psicanálise possa se pronunciar, ainda que seja sempre um grande esforço partir do universal para o particular, da universidade para o sujeito do inconsciente. (SANTOS; QUAYLE, 2007, pp. 221-222)

5.3) Questões preliminares no tratamento psicanalítico da anorexia

Nos anos 60 as psicanalistas Hilde Bruch e Mara Selvini Palazzoli, pioneiras no atendimento da anorexia mental, fizeram uma crítica à psicanálise como tratamento da anorexia, mais especificamente a uma “ineficácia substancial da psicanálise como hermenêutica codificada do sentido inconsciente e da fantasmática psicosssexual no tratamento do sujeito em estado de anorexia mental” (COSENZA, 2013, p. 71; tradução nossa). A crítica se deu, portanto, em relação à psicanálise clássica, fundada no modelo de neurose, em vista da urgência orgânica presente nesses quadros e da pouca ou nenhuma abertura desses sujeitos a um trabalho psicanalítico, que aborda o inconsciente e o trabalho de elaboração psíquica.

Essa discussão também toca um ponto levantado por Moretto (2001, p. 19) que comenta sobre uma “negação amplamente difundida: não se pode fazer Psicanálise no hospital”. Então estamos diante de duas questões: a crença de que a psicanálise não pode tratar a anorexia, seja no consultório particular, seja nas instituições. No entanto, muitos psicanalistas – como Fernandes (2006), Cosenza (2013), Recalcati (2004) – que tratam de casos de anorexia, tanto em instituições como em consultórios particulares, sustentam a prática da psicanálise com os transtornos alimentares e transmitem a especificidade dessa clínica, que é determinada por algumas questões preliminares, anteriores a uma entrada em análise, e que exige adaptações na técnica psicanalítica clássica.

Recalcati discute sobre alguns sintomas na contemporaneidade, incluindo a anorexia, que se configuram pela “expulsão-anulação do sujeito do inconsciente” (RECALCATI, 2004, p. 1) e que não se estruturam como uma metáfora. Segundo o autor, a clínica da anorexia é marcada por uma ausência de demanda, comparando-a a uma demanda melancólica, marcada por uma presença excessiva do objeto perdido que impede a simbolização de sua perda. Isso constitui, segundo o autor, uma nova transferência que não se encontra endereçada ao saber, mas sim fixada ao objeto de gozo. Uma das consequências é que não há espaço para a palavra e sua escuta, o que nos leva a pensar nos limites da interpretação semântica nesses casos e a importância de uma rearticulação da psicanálise. O autor propõe que se opere preliminarmente uma “retificação do Outro” ao invés da retificação do sujeito, que significa que o analista represente um Outro diferente daquele que o sujeito vivenciou em sua história, que ficou marcada por uma incapacidade de lidar com a própria falta. Fernandes, ao abordar a técnica psicanalítica nesses casos, afirma sobre a limitação da interpretação, em vista das dificuldades na via da elaboração simbólica: “É a sensibilidade e fineza do analista que deve guiá-lo na aridez desse terreno de contato restrito, oferecendo pouco alimento interpretativo, dosando a conta gotas o que será oferecido” (FERNANDES, 2006, p. 251).

Abordaremos, então, as questões preliminares envolvidas no tratamento psicanalítico da anorexia: a) inscrição do mal-estar em uma narrativa de sofrimento; b) busca do processo de singularização, através da separação do significante “anorético”; c) reinstauração da hipótese do inconsciente através da busca do amor ao saber. Dito isso, partimos do pressuposto de que a singularidade não aparece nas narrativas da grande maioria dos sujeitos com o sintoma de

anorexia nervosa, pois existe uma tipificação na maneira de sofrer, observado na repetição de comportamentos como jejuns, contagem de calorias, percepção de um corpo gordo – mesmo quando as pessoas dizem o contrário –, preocupações excessivas com o peso, entre outros. O sofrimento articula-se em torno da certeza de “ser gordo”.

A anorexia pode ser considerada como uma modalidade de mal-estar que se manifesta através do enunciado de que algo está errado com o corpo. Porém, parece haver um bloqueio na possibilidade de nomeação desse mal-estar: não se supõe um saber sobre ele e não há uma inscrição numa narrativa de sofrimento. Existe uma ausência de história para contar, um silêncio em relação ao que se passa com seu corpo e seu sofrimento.

Dunker (2015) traz uma importante discussão sobre a noção de mal-estar e comenta sobre uma das incidências dessa expressão em Freud:

(...) o mal-estar não é a própria angústia, mas liga-se a um déficit de percepção da angústia, que possui efeitos de inibição e que se qualifica como torturante. O tormento, a angústia que se repete, que a remói, a angústia cuja causa, razão ou motivo não se discerne muito bem pode ser então predicada como mal-estar. Registremos que a noção de mal-estar é apresentada como uma dificuldade de nomeação (...). (DUNKER, 2015, p. 205)

Se a anorexia é marcada pela ausência da palavra e pela experiência de gozo sem mediação simbólica, o trabalho analítico deve propiciar que o sujeito inscreva seu mal estar em uma narrativa de sofrimento, já que ele chega colado ao significante “anorexia” – que podemos entender como uma designação universal que não fala nada da singularidade de cada sujeito. É preciso que se construa a própria versão sobre a anorexia, o que representa em sua história e em sua dinâmica psíquica.

O sintoma anoréxico se expressa através de uma estereotipia nos comportamentos e padronização dos discursos. É muito comum uma identificação com a doença e uma apresentação de si colada na anorexia: “Sou anoréxica”. Gaspard (2008, p. 5) discute uma questão comum na contemporaneidade, “de sujeitos que se reagrupam a partir de um significante para tentar encarnar, dar forma a sua singularidade”, sendo que a subjetividade fica excluída.

Gaspard propõe um trabalho preliminar em grupo para tentar obter alguma subjetivação e um deslocamento do significante ‘anorexia’, uma vez que a oferta de uma análise individual

difficilmente seria aceita em função dessa identificação com o grupo anoréxico. É muito comum na clínica com anoréxicas uma ausência de demanda de análise e de qualquer outro tratamento, em vista da constatação de que não há problema algum – de que a preocupação e a angústia são dos pais e da equipe médica. Não há demanda de saber sobre seu sintoma ou sofrimento; na verdade a anorexia aparece como uma solução dos problemas, do mal estar com o corpo. Existe aí um saber técnico sobre o corpo, que não é o saber inconsciente, como já apontamos anteriormente quando trouxemos a discussão de Lacan (1974) sobre a relação de horror que a anoréxica mantém com o saber inconsciente, principalmente nos casos em que não se inserem em uma estrutura neurótica.

Não há um querer saber sobre o próprio sintoma e a posição anoréxica diante do próprio corpo e das mudanças corporais consequentes do grave emagrecimento é de total complacência e ausência de angústia. O emagrecimento é visto como solução para algo que lhe incomoda no corpo, ou seja, não há a presença de um enigma ou de um não saber sobre si mesmo. Nesses casos, o tratamento analítico direciona-se para a reintrodução da hipótese do inconsciente, como um trabalho preliminar (GASPARD, 2008).

A possibilidade de formular uma questão sobre o que está acontecendo só ocorre quando há uma vacilação da posição anoréxica e a perda da ilusão de um controle sobre si mesma e seu corpo, possibilitando a emergência da angústia (D.-LA SAGNA, 2007). O não saber e o não controle podem surgir, por exemplo, quando elas ganham peso apesar de todo o esforço para perdê-lo, e aí surgem questões: “como é possível? Não comi o que a nutricionista recomendou! O que eu fazia antes e dava resultado no emagrecimento agora não funciona mais!”. Do silêncio mortífero e da ausência da palavra que acompanhavam sua inabalável anorexia surgem questões que angustiam e que revelam a queda da ilusão de controle do próprio corpo, o que pode possibilitar o início do processo de construção do amor ao saber, necessário para que a transferência se estabeleça.

5.4) A inversão da demanda em um caso de anorexia e a criação de um traço próprio

Recebi no consultório uma jovem paciente para análise, encaminhada por um serviço público de saúde, especializado no tratamento de transtornos alimentares. Seus sintomas desde a

infância convocavam o corpo, através das alergias e da recusa alimentar; e, na adolescência, através da anorexia e de comportamentos de automutilação. A questão central do caso é a subordinação da jovem em relação ao desejo materno e a presença de uma fantasia materna que impede o acesso ao pai, que lhe exige um sacrifício: “você não pode ter um pai, você é só minha e não posso te oferecer como objeto de gozo do outro, você não está autorizada a amar o pai”. Uma relação onde não há amor, mas sim um suborno, uma exigência de sacrifício – onde o sujeito ganha em gozo para ser objeto de desejo da mãe. A subordinação mais tarde dá espaço à criação na vida da jovem, através do interesse em customizar suas roupas e criar um estilo próprio de se vestir, até o trabalho como *web designer* (criação de sites), que propicia um início de autonomia em sua vida.

Pretendo ilustrar, com esse caso, algumas reflexões sobre a inversão da demanda provocada pela intervenção analítica e a consequente saída da comunhão com a mãe; assim como as possibilidades que uma análise pode oferecer ao sujeito em relação à constituição de uma produção absolutamente singular que faz laço com o Outro. É importante ressaltar que se trata de um caso que apresenta as marcas de uma intervenção institucional, pois foi encaminhado por um serviço público de saúde, onde se manteve por muito tempo em tratamento paralelamente à análise, não sendo um caso que chega simplesmente ao consultório. E isso tem suas particularidades, pois o paciente e sua família chegam com um discurso médico, que prioriza a vigilância e o controle em relação à comida, mostrando uma certa “fetichização do alimento”.

Em uma das primeiras sessões em que escutei a paciente juntamente com sua mãe, ocorreu uma cena que me fez pensar na escuta do analista que prioriza o particular e nos efeitos não calculados de suas intervenções. A mãe interrompeu a sessão, dizendo à filha que estava na hora de comer, ao que a jovem respondeu tirando uma maçã da bolsa. Reagi de maneira impensada e não calculada, dizendo: “Aqui é importante que você fale, e de boca cheia isso não será possível”. Depois dessa intervenção pensei que havia cometido um grande equívoco, a ponto de poder perder o caso, como se estivesse entrando no jogo da demanda de comer ou não comer – no meu caso, como se estivesse demandando não comer, para que falasse. No entanto, a jovem teve uma reação que sinalizou uma aliança com o analista, pois disse para a mãe: “Tá vendo..., eu como depois” – e guardou a maçã na bolsa, ainda que a mãe insistisse com as ordens médicas de ter que comer no horário. Depois pude pensar em minha intervenção, que justamente

sinaliza o meu esquecimento de que estava ali diante de uma anoréxica – de um “palitinho” (que representa seu significante mestre). Não estava presa ao diagnóstico, mas, pelo contrário, estava ali diante de um sujeito, e isso parece fazer toda a diferença quando escutamos um paciente em análise.

Essa intervenção – “Aqui é importante que você fale, e de boca cheia isso não será possível” – possibilitou uma inversão na demanda da paciente, que, através de sua resposta – “Tá vendo..., eu como depois” – endereçada à mãe, sinalizou uma separação em relação à identificação imaginária com a mãe e a abertura para a instauração de um giro na demanda.

A paciente anuncia logo de início um “buraco” em sua história e memória, dizendo “não se lembrar de nada dos 11 aos 15 anos” – época em que se iniciaram os sintomas de anorexia e automutilação. Ela fala de uma dificuldade de se apropriar do que é seu, de se lembrar de seus compromissos e de uma posição na vida de “preguiça” – por exemplo, no ato de comer: se sua mãe não prepara seu prato ela fica sem comer, apesar de sentir fome. É o outro que lhe dá comida, que a lembra do que tem que fazer. Presenciamos aí a comunhão com a mãe, uma identificação especular em que o outro é que sabe a seu respeito, em que ela se confunde com a imagem do outro.

A chegada da jovem ao mundo marca a decepção amorosa da mãe. Após a relação com o pai da paciente, que não passou de alguns encontros, não conseguiu prosseguir com sua vida amorosa e fez de sua vida uma mágoa eterna desse homem. O nascimento da paciente parece ter desencadeado um surto psicótico em sua mãe, que começou a ouvir vozes e a ter pensamentos frequentes de querer machucá-la com uma faca. A solução que ela encontra para proteger sua filha dela mesma foi solicitando para que a avó materna cuidasse da neta.

Essa revelação da vontade de machucá-la foi feita em umas das primeiras sessões em que recebi mãe e filha juntas, e que até então não era do conhecimento da paciente. Sua reação foi: “Valeu! Isso explica muitas coisas...” – podendo sinalizar uma identificação imaginária com o desejo materno de machucá-la, já que aos 11 anos começa a ter comportamentos de automutilação. No momento em que escuta essa confissão da mãe, ainda não consegue falar disso, não questiona o amor materno. A mãe parece não suportar o objeto-criança, e algumas questões importantes começam a se configurar a partir daí: O que essa mulher fez com essa fantasia de machucar a filha? O que os sintomas da jovem respondem a essa fantasia materna?

Na infância a paciente começou a apresentar um processo alérgico recorrente e, segundo o pai, a mãe o culpava perante os médicos, alegando que ele abandonou a filha. Ele conclui que ela usava a filha para atingi-lo e que sempre barrou a relação entre ambos. A jovem se queixa que seu pai sempre foi frio e distante e mantém um discurso de “não querer saber dele”. Ela conta que o pai lhe mostrou um vídeo onde eles estavam brincando quando ela era criança, em uma tentativa de “provar” pra ela seu afeto, mas ela diz não acreditar na veracidade disso.

O pai sempre se colocou disponível em participar do tratamento, porém, parece que também se mantém contaminado pela raiva que sente da mãe de sua filha e se fixa muito nas queixas contra essa mulher. Tanto a mãe como o pai relacionam-se com a filha por esse viés do ódio entre o casal, não havendo espaço ainda para construírem com a filha uma relação genuína. Podemos pensar na posição da jovem como “não sendo nada para o outro”, ou sendo um “palitinho” – apelido carinhoso recebido do avô paterno, que se refere ao fato de ela sempre ter sido muito magrinha – configurando um lugar quase que imperceptível na vida.

A recusa alimentar teve início na infância, frente aos pedidos insistentes da avó materna que adorava “entuchá-la” de comida, podendo representar nesse momento uma recusa frente a demanda do Outro, para que o desejo do sujeito se mantenha vivo. A sensação da jovem é que, se concordasse em comer, estaria se submetendo à avó, como se fosse dominada por ela.

Aos 7 anos, época do casamento do pai com outra mulher, a paciente escutou de sua avó materna que, a partir daquele momento, ela o havia perdido – o que justificou a procura por uma terapia. Aos 11 anos teve uma mudança significativa em seu comportamento: começou a se vestir toda de preto, não se interessava mais pelos estudos, ficou muito agressiva e “cruel” com a mãe (palavra da mãe), que até então sempre se manteve preservada – já que as queixas eram só em relação ao pai. Começou a se sentir deprimida e com muita vontade de morrer, dando início aos sintomas de depressão, anorexia e automutilação. Nessa mesma época, seu avô paterno, considerado como um “segundo pai”, adoece e tem dificuldades de reconhecer os familiares, ao que ela vivencia com um sentimento de perda.

Nesse momento a mãe a leva ao psiquiatra, que a medica. Parece que ninguém pôde falar com a jovem sobre o seu sofrimento. A mãe apresenta-se desprovida de palavras. Com os medicamentos, a paciente começa a se sentir vazia, sem sentimentos e sem angústia, e “o não sentir nada” acabou intensificando os comportamentos de automutilação – cortava os pulsos com

gilete e apontador, até o ponto de fazer um corte tão profundo que teve de passar por uma cirurgia, pois quase perdeu o movimento da mão.

Depois dessa cirurgia interrompeu esse comportamento de se cortar, havendo somente mais um episódio quando já estava em tratamento – e que se deu quando ela terminou com o namorado. Inicialmente dava risada quando contava que se cortava, dizendo que se sentia “estranha”, como se não fosse ela a autora dos cortes, sinalizando a identificação imaginária com a mãe e com a vontade de machucá-la, demonstrando uma confusão entre ela e a mãe, entre o “eu” e o outro semelhante.

Cortes que representam um “agir” isento de simbolização, uma passagem ao ato onde o Outro não é incluído. Um corpo marcado com traços ilegíveis. Um fantasma de esvaziamento da influência do outro que se manifesta corporalmente, em vista da falta de representação psíquica possível. Nas palavras de Bidaud: “são a marca cicatrizada de uma escrita sem destinatário, um apelo pobre e desesperado de um gesto de nomeação que não leva a nenhum lugar, de uma carta de sofrimento” (BIDAUD, 2010, p. 34).

Na análise, a jovem foi podendo ressignificar o sentido de se cortar, saindo da identificação imaginária com o desejo materno, podendo construir sua versão sobre os cortes, que era para “se sentir viva”, para sentir alguma coisa, pois o que ficou insuportável era “não sentir nada”. Uma tentativa de construir um lugar próprio, sinalizando “uma saída, um rompimento com a associação com o Outro e uma forma de inscrever uma ligação, por mais rudimentar que seja, entre o Um e o Outro” (BIDAUD, 2010, p. 36).

A anorexia, que inicialmente foi associada pela jovem com o desejo de morrer, também recebe esse sentido de poder se sentir viva, já que com 30 kg sentia muita tontura e dor por causa da fome, e acabava “gostando de sentir dor”.

O campo das palavras parece estar devastado e não é a toa que a jovem refere-se a um a um “não lembrar nada” de sua história entre os 11 e 15 anos. Comer nada, lembrar nada: o objeto *nada* funciona aí como um objeto pleno de gozo, que barra o acesso ao desejo. No entanto, a paciente se desespera quando os medicamentos suprimem sua angústia, quando lhe provocam o “não sentir nada”, justamente porque esse “nada” remete-se à pulsão de morte.

À medida que foi se desligando um pouco da questão alimentar, foi entrando em contato com outros conflitos de sua vida, dando espaço para a angústia, sentimento que parecia

inexistente no início, podendo ser ilustrado pelas risadas que dava ao contar de suas automutilações, não se implicando ainda em seu sintoma. A angústia então aparece quando melhora do transtorno alimentar e começa a comer sozinha e a controlar seus horários, já que por muito tempo ficava sob uma vigilância da mãe e dos médicos. A questão que se repete pra ela é: “Eu consigo me virar sozinha?” – já que sempre delegou para o outro o saber sobre si.

Outro tema que provocou muita angústia foi o namoro com um garoto também anoréxico, de quem ela só se queixava. Na relação só havia espaço para a raiva e dominação: gostava de maltratá-lo e vê-lo submisso a ela. Após o rompimento se questiona “por quê não consigo gostar de ninguém? Não me importo com as pessoas!”, dizendo de uma frieza dentro de si que a faz pensar: “as pessoas não são nada pra mim!”. Ela explica a raiva dos meninos e a dificuldade para se vincular às pessoas pelas tentativas frustradas de se aproximar do pai na infância, pois ele a tratava com muita frieza. Um isolamento afetivo que traz a questão de “não precisar do Outro”.

Configura-se um novo sintoma: sua impossibilidade de amar, que vai ao encontro da fantasia materna de ela não poder amar e ser amada pelo pai, já que a mãe não permite que ela seja objeto de gozo do pai. O que significa essa impossibilidade de amar o Pai, não só em termos do pai real, mas do significante Nome do Pai? O Nome do Pai opera aí para o sujeito? Como se dá a amarração dos três registros (real, simbólico e imaginário) nesse caso?

Lacan, no *Seminário 23* (1975-76/2007, p. 21), nos conta que a estabilização de um sujeito se dá através da amarração dos três registros por um quarto elemento, o sinthoma. “Digo que é preciso supor tetrádico o que faz o laço borromeano – perversão quer dizer apenas *versão em direção ao pai* – em suma, o pai é um sintoma, ou um sinthoma, se quiserem”. Portanto, o pai, ou nome do pai, representa uma forma de amarração, mas não a única possível. Se esse significante não operar, existe a possibilidade de suplência.

Parece que nesse caso há uma fragilidade no campo do simbólico, pela escolha de sintomas vividos no corpo, sem um campo fantasístico, com a prevalência do “agir”. Poderíamos pensar que o significante Nome do pai opera nesse caso, mas de maneira mais frouxa? Inquietações diagnósticas que não se silenciaram ao longo do tratamento.

Uma das dificuldades na condução do caso sempre foi a questão das faltas excessivas e atrasos. A paciente resistia muitas vezes em vir sozinha, querendo que a mãe a trouxesse, e esta também se recusava em trazê-la, principalmente a partir do momento em que a filha começou a

recuperar um desejo de tocar sua vida: volta à escola depois de três anos sem estudar e começa a trabalhar numa empresa de *web design*.

Se no início só havia espaço para reclamar do pai, agora a jovem consegue formular queixas da mãe – por exemplo, quando se refere ao fato de ela ter tentado atrapalhar seu namoro. A sensação é de um boicote da mãe à análise da filha, inclusive com os atrasos no pagamento de sua parte, visto que o pai paga a outra metade sempre em dia.

O significante da transferência é a disponibilidade do Outro, já que o analista é colocado no lugar daquele que está totalmente à mercê do outro – isso podendo ser ilustrado nas diversas vezes em que a paciente ligava dizendo-se atrasada e que só poderia chegar mais tarde, ou quando faltava sem avisar. É interessante relacionar esse significante da disponibilidade do analista com o lugar que a paciente ocupa em suas relações de “não precisar do Outro”, como se não fizesse falta. No entanto, ela faz uma demanda ao analista, existe uma demanda ao Outro, e isso parece indicar um bom prognóstico.

Muitas vezes a sensação foi de que se o analista “não fosse atrás”, ligando e pontuando as faltas e sustentando o desejo do analista, o tratamento seria interrompido. O curto-circuito da demanda e do desejo presente no caso convoca o analista a assumir e sustentar esse lugar da disponibilidade. O analista como objeto *a* é aquele que se presta a qualquer coisa, que suporta todas as investidas transferenciais para garantir o essencial, que é o tratamento. A paciente reproduz com o analista sua posição de objeto-dejeto e o analista é colocado nesse mesmo lugar.

Qual a saída para esse sujeito já que não está autorizado a amar o pai? O fato de a paciente estar buscando independência e um outro lugar na vida é muito importante para seu tratamento; com seu trabalho de *web designer* ela tem podido resgatar uma marca própria, que é a criação: sempre gostou de customizar suas roupas, tem um estilo próprio, pinta seus cabelos de cores coloridas e parece se destacar entre os jovens que gostam de seu estilo camaleoa – e que inclusive tem despertado o “incômodo” de algumas meninas. A criação de sites também lhe possibilita exercitar seu traço de criatividade.

Um traço que lhe dá esperança na vida, a faz planejar seu futuro e se concretiza em uma marca no corpo: ela faz uma tatuagem no pulso para esconder a cicatriz dos cortes, que diz: “*Hope*” [Esperança]. Dos cortes – pura descarga e técnica de gozo – à inscrição com valor de assinatura, que resgata a palavra. Do corpo ilegível – mutilado e imperceptível – ao corpo

fundado pelo significante – “*Hope*”. Uma assinatura com valor de ato, como uma enunciação subjetiva que faz laço com o Outro. Um traço que nos remete à escrita, a um modo de se constituir *sinthoma*. Lacan (1975-76/2007, p. 66) comenta: “é por meio desses pedacinhos de escrita que, historicamente, entramos no real, a saber, que paramos de imaginar (...), a escrita pode ter sempre alguma coisa a ver com a maneira como escrevemos o nó”.

Foi somente *a posteriori* que pude escutar o duplo sentido da frase: “os outros não são nada pra mim”: se por um lado os outros não importam, há uma possibilidade de não estarem no lugar de nada para ela. Pela primeira vez, desde o início de sua análise, a jovem vivenciou, até com certo estranhamento, um sentimento de amor pelo ex-namorado. “Parece que sinto agora o que não conseguia sentir por ele na época. Por que agora depois de tanto tempo?” Um amor atrasado, que nasce tardiamente e que ela tem necessidade de compartilhar com o ex. Depois que se declara, não sem certo constrangimento, sente-se livre para interessar-se por outros rapazes, pois não conseguiu se interessar por ninguém após o rompimento. Uma história que poderia seguir o mesmo rumo da mãe, mas que consegue se tecer por outros caminhos.

Se por muito tempo a paciente via o pai com o olhar materno, não criando sua própria versão do pai, parece que a análise tem propiciado o início de um percurso em direção contrária à identificação imaginária com o desejo materno; rumo à possibilidade da constituição de um traço próprio, de esperança. Vemos nesse caso outra incidência do nada, agora indexado ao campo do outro (“os outros não são nada para mim”). Ele permite ainda elucidar por que é tão difícil formular uma questão na anorexia. Entre o totemismo materno e a soberania da relação de troca, com objetificação da demanda, e o retorno do gozo pela identificação entre os dois narcisismos, a experiência anoréxica é um apelo de que o *nada* seja tomado como representante do que está mais além do eu. O retorno de sensações e sentimentos corporais (“sinto agora o que não pude sentir antes”) capturados pela alternância entre extrusão e intrusão do gozo marcam o corte duplo entre pseudoalienação e pseudosseparação. Ocupou lugar central nessa trajetória a presença de uma hiância na demanda de amor (“por que não consigo amar”) que talvez indique um caminho regular na clínica na anorexia.

6- MOMENTO DE CONCLUIR...

“Meu título enfatiza a importância desse lugar vazio, e demonstra igualmente que essa é a única maneira de dizer alguma coisa com a ajuda da linguagem.”

(LACAN, 1971-72/2012, p. 11)

Esta pesquisa partiu de uma constatação clínica no tratamento psicanalítico de sujeitos diagnosticados com anorexia – mais especificamente com jovens mulheres –, que é uma homogeneidade na maneira de expressarem seus sofrimentos. Esses sujeitos apresentam discursos padronizados e monotemáticos que se fixam na certeza de terem um corpo gordo, o que implica a redução do mal-estar à queixa corporal.

Dunker (2015) faz uma análise importante sobre as formas de sofrer na pós-modernidade que ficam restritas à pobreza narrativa e à falta de articulação do sofrimento com a história de cada sujeito, o que lembra muito o funcionamento anoréxico:

O encurtamento ou a condensação das formas de linguagem que a pós-modernidade reserva ao sofrimento parece ter redundado também em redução da extensão e em mutação na qualidade da queixa, sob a qual opera o diagnóstico. Temos agora novas patologias baseadas no déficit narrativo, na incapacidade de contar a história de um sofrimento, na redução do mal-estar à dor sensorial. (DUNKER, 2015, p. 33)

Observar essas subjetividades uniformizadas nas anorexias não significa dizer que estamos lidando com um sintoma universal, como defendem os manuais diagnósticos como o DSM. Mostramos em nossa pesquisa uma diversidade metapsicológica na compreensão psicanalítica da anorexia, que aparece inicialmente associada à histeria, depois à melancolia, ao masoquismo, ao arranjo perverso, entre outras associações não trabalhadas aqui.

Foram apontados dois estatutos do objeto *nada* na teoria lacaniana sobre a anorexia: 1) o objeto *nada* como produção de desejo, encontrado nas anorexias históricas, que funcionam como um sintoma que possui um enigma inconsciente, que está recalado, podendo ser decifrado; 2) o objeto *nada* como gozo, que obstaculiza a divisão subjetiva do sujeito, representando um

sintoma que não se estrutura como metáfora e que é impermeável à interpretação clássica psicanalítica, que se fundamenta no significante e na ordem simbólica. Esse estatuto do objeto *nada* como gozo está presente nas anorexias severas.

A recusa é apontada como mecanismo principal na compreensão da anorexia e possui diferentes funções: 1) recusa como demanda inconsciente dirigido ao Outro, representando uma matriz histérica; 2) forma de se defender do real pulsional; 3) tentativa do sujeito de se separar do Outro e do laço social; 4) recusa como gozo. Essa diversidade metapsicológica revela que a anorexia não é uma patologia unificada, mas representa uma forma de sofrer em que cada sujeito articula uma demanda própria a partir de uma narrativa focada na alimentação e na certeza de ser gorda.

A anorexia tornou-se um sintoma típico de nossa época, principalmente nas culturas ocidentais capitalistas, marcadas por uma lógica do excesso, havendo um aumento em sua incidência. No entanto, pesquisas mostram um aumento do número de casos em populações de baixa renda no Brasil, assim como em países onde antes era raro, como em Honk Kong.

A anorexia tem uma história social e a expressão dos seus sintomas pode mudar ao longo do tempo e das diferentes culturas. Um fato interessante observado em sua história é a presença de casos atípicos, antes da sua nomeação enquanto uma patologia, que expressavam características particulares dos sujeitos, não havendo essa padronização na maneira de sofrer. No entanto, quando a anorexia ficava em evidência na cultura – como, por exemplo, quando algum caso tornava-se público –, observava-se um aumento em sua incidência, assim como um sofrimento unificado. A nomeação do mal-estar pode ter um impacto epidêmico e transformar o próprio sofrimento. Quando um sintoma fica em evidência e ganha notoriedade na comunidade médica e na população, ocupando um lugar de reconhecimento, pode promover uma adesão dos sujeitos a ele.

A partir da constatação do aumento do número de casos de anorexia, que se deu de maneira padronizada, surgiram perguntas que estruturaram nosso problema de pesquisa: O que faz com que as anoréxicas pareçam todas iguais, ficando as singularidades veladas por trás do sintoma? Que processo é esse que permite que a anorexia ganhe uma dimensão epidêmica, como uma forma de “contágio”? A partir daí delineamos nosso objetivo, que foi o de tentar

compreender o mecanismo de identificação em jogo na epidemia anoréxica, procurando traçar um modelo epidemiológico baseado na psicanálise.

Através da pesquisa sobre os tipos de identificação, em Freud, e as contribuições lacanianas, traçamos uma tipologia das identificações para nos ajudar a entender como se dá o processo identificatório tanto no âmbito individual como na dimensão epidêmica da anorexia. Estabelecemos um diagnóstico do fracasso das identificações na anorexia, dividindo a problemática em três campos: 1) a ineficácia do banquete totêmico; 2) a experiência de falta de unidade do corpo; 3) a anorexia como paradigma do fracasso das identificações na contemporaneidade.

No primeiro diagnóstico constatamos que a anorexia representa uma patologia da comensalidade, havendo uma recusa do banquete enquanto função social que rege a relação do sujeito com a alimentação, desencadeando – em decorrência disso – um gozo sem regulação simbólica. A anoréxica fica presa em uma identificação primária alienante e fusional com o Outro materno, não sendo conduzida à Mesa do Pai. Existe um fracasso no processo de introjeção, enquanto possibilidade de restrição à dependência do objeto, e o predomínio da incorporação, que reforça a ligação com o objeto imaginário, que é incorporado e fundido com o corpo. Outra hipótese encontrada é a separação em relação ao Outro materno, no sentido de uma recusa que funciona como um modo de gozo que exclui as relações sociais e o simbólico.

No segundo diagnóstico observamos perturbações na identificação imaginária, em decorrência de uma inscrição simbólica pouco eficaz, podendo ser visto na falta de apropriação do próprio corpo, no não reconhecimento de si no espelho, configurando uma dissolução do eu. A identificação com o Eu ideal, ligado ao ideal de perfeição e ao narcisismo infantil, predomina sobre o ideal do Eu, que seria um modo simbólico de o sujeito se direcionar a um novo tipo de ideal. Discutimos também que o fato de a questão estrutural na anorexia estar localizada no corpo, e não no sujeito, não a coloca necessariamente como tendo um déficit de simbolização.

No terceiro diagnóstico situamos a anorexia como um paradigma do fracasso das identificações, em uma época em que há poucos significantes mestres para se orientar. Com a queda da identificação com o líder, os sujeitos se unem cada vez mais em comunidades, regidas pela submissão a um ideal e pelo imperativo de gozo. A comunidade *Ana e Mia*, de anoréxicas e

bulímicas, seria um exemplo de comunidade regida por identificações rígidas onde cada uma goza como todas as outras.

Esse fracasso das identificações é justamente o que encontramos no inconsciente, pois sabemos que o sujeito do inconsciente não admite o idêntico e que, portanto, não admite um coletivo. Mas a anorexia, marcada pelo horror ao saber inconsciente, traz em primeiro plano uma recusa do fracasso das identificações, buscando – através da epidemia – o idêntico.

Tentamos traçar um modelo epidemiológico baseado na psicanálise para compreender a epidemia de sintomas psicopatológicos, elegendo dois tipos de identificação: histórica e imaginária. Enquanto na identificação histórica a transmissão do sintoma ocorre pela via do desejo, desejando o desejo do Outro e identificando-se com o significante fálico, na identificação imaginária a transmissão se dá pela via da imagem, identificando-se com a imagem do outro semelhante. Nesse modelo epidemiológico o sujeito não se diferencia de sua imagem e se aliena a ela, o que configura o primeiro tempo do estágio do espelho.

Em relação às identificações na epidemia anoréxica, encontramos duas hipóteses: uma que se relaciona com a identificação histórica e com a teoria mimética de Girard (2011); e outra com a identificação imaginária, de acordo com Schejtman (2001). Na primeira hipótese a anorexia é causada pelo imperativo de magreza presente na sociedade atual, onde a anoréxica entra nesse processo mimético desejando o desejo do outro – já que o desejo é mimético e rival. Entra em um jogo competitivo histórico para perseguir a magreza, rivalizando tanto consigo mesma e com o próprio corpo como com outras pessoas. Na segunda hipótese, a epidemia ocorre através da identificação imaginária, em que a anoréxica se identifica com a imagem do outro semelhante, como no estágio do espelho na teoria lacaniana. A epidemia anoréxica se aproxima da formação das massas, existindo uma diferença em relação ao lugar onde o objeto é levado. Enquanto nas massas o objeto é colocado no lugar do ideal de eu, na epidemia anoréxica o objeto é levado ao lugar do superego, o que explicaria o fanatismo e o imperativo de gozo presente na anorexia.

Nosso ponto de vista em relação à epidemia anoréxica não concorda com sua relação com a identificação histórica, mas sim com a identificação imaginária. Acreditamos que as anoréxicas severas não endereçam seu emagrecimento ao Outro, não se colocam como objeto de seu desejo. A transmissão do sintoma anoréxico ocorre pela via da imagem do outro semelhante, e não pela

via do desejo do Outro, relacionando-se ao primeiro tempo do estágio do espelho. Reiteramos que nossa compreensão a respeito da epidemia anoréxica não se fundamenta no desejo e nas estruturas clínicas, mas nos modos de gozo e em relações que excluem o laço com o Outro, relacionando-se ao discurso capitalista. Assim, quando falamos de epidemia anoréxica, estamos incluindo sujeitos que podem ter diferentes estruturas, mas que participam desse fenômeno de contágio através da identificação imaginária e de um modo de gozo individualista.

A partir de toda a discussão concluímos que, diante da falta de unidade do corpo e da dissolução do eu, a anoréxica se esquia dessa indeterminação através de um excesso de identidade, buscando a determinação através da identificação imaginária com outras anoréxicas. Com a intrusão do Outro materno as anoréxicas recuam diante de sua demanda, se isolam, buscando uma individualização e tornam-se autogestoras de si mesmas, ocupando o lugar de mestres. No entanto, identificam-se imaginariamente com outras anoréxicas e fazem epidemia, tornando-se idênticas entre si. Tentam sair de uma relação de intrusão e submissão à mãe, se isolando, mas buscam o idêntico na comunidade anoréxica. Gozam de maneira autística, mas compartilham uma mesma forma de gozo.

Iniciamos uma discussão sobre um modelo epidemiológico em psicanálise, mas sabemos que isso merece um maior aprofundamento. Vimos como ao longo da história e das culturas a própria anorexia tinha um caráter atípico antes de sua nomeação enquanto uma patologia, carregando uma originalidade específica de cada sujeito (BRUCH, 1978; WATTERS, 2010). Ela tornou-se um sintoma típico à medida que entrou em um sistema diagnóstico de reconhecimento, ganhando assim um caráter de homogeneidade. Watters (2010) constatou que, de maneira geral, os sujeitos estão sofrendo de uma mesma forma, o que abre uma discussão importante sobre a perda da condição de arte do sofrimento. É interessante articular, portanto, a discussão sobre o modelo epidemiológico de sintomas psicopatológicos em psicanálise com o conceito de *sinthoma*, desenvolvido por Lacan (1975-76), que fala justamente dessa arte própria de cada um: “Só se é responsável na medida de seu *savoir-faire*. Que é o *savoir-faire*? É a arte, o ofício, o que dá à arte da qual se é capaz um valor notável (...)” (LACAN, 1975-76/2007, p. 59).

O fato de alguns sintomas se transmitirem como uma espécie de contágio, e outros não – como o sintoma obsessivo e a melancolia –, abre um campo de pesquisa promissor, que toca nessa questão de por que alguns sintomas se deixam afetar por outros do mesmo tipo e outros

mantêm uma condição de originalidade. Elegemos duas formas de identificação para pensar a epidemia de sintomas psicopatológicos, o que não exclui a existência de outros tipos de identificação que possam se relacionar com as epidemias e que merecem uma maior investigação.

Outro ponto que precisa de um maior aprofundamento é a compreensão da anorexia não como déficit de simbolização – como propõe a diagnóstica psicanalítica estruturada pela centralidade edípica –, mas como um sofrimento cuja questão estrutural está localizada no corpo e em uma dissolução do eu, como propõe o perspectivismo ameríndio ou animismo. Na diagnóstica baseada no totemismo, a ênfase é colocada na identidade e nos sistemas de filiação, e a unidade do eu é uma condição básica para que o sujeito se constitua. Já a diagnóstica baseada no animismo tem como ponto central a condição de indeterminação do sujeito e o não reconhecimento de si na imagem especular, configurando a dissolução do eu – e a anorexia entraria aí como um paradigma. Essa mudança de perspectiva abre um campo de investigação amplo, que inclui o tratamento dessa patologia e a criação de dispositivos que busquem formas de tornar produtivas as experiências improdutivas de indeterminação.

Uma questão clínica que se sustentou desde o início desta pesquisa e que não cessa de não se inscrever é a dimensão do incurável e do intratável nos casos severos de anorexia. Em minha experiência enquanto analista me deparei com muitos casos que não permaneciam em análise; que chegavam de maneira silenciosa assim como iam embora, sem palavras, sem demanda de tratamento; mas com corpos que, de tão descarnados, impactavam pela força e insistência no cada vez menos...

Do lado do analista: experiências de frustração pela impossibilidade de trabalhar analiticamente, pela confrontação com o impossível e com o real – que demonstra os limites da psicanálise. Se a ética psicanalítica nos orienta a levar em conta o desejo de cada sujeito, nos deparamos com muitos pacientes que não querem abrir mão do gozo do objeto *nada*, enquanto um objeto que provoca uma desarticulação no campo das palavras. Diante de uma obstinação em não comer e em não querer se tratar, que persiste e insiste num ato de recusa que muitas vezes leva até a morte, o que pode a psicanálise?

Dizer que há uma dimensão do intratável não quer dizer que não haja possibilidades na análise com sujeitos com esse sintoma e coisas possíveis a se fazer. A sustentação do desejo do

analista, a aposta na singularidade de cada sujeito e a crença no saber inconsciente pode fornecer a base para que algo aconteça em cada encontro, mesmo que num terreno tão desértico.

Diante do horror ao saber inconsciente, o que pode uma análise ou um tratamento institucional? Se o Outro materno, na anorexia, tem muita consistência e impede que a singularidade do sujeito apareça, vimos como é fundamental que as instituições que tratam esses casos criem lacunas para que os sujeitos exerçam suas singularidades e as enderecem às instituições. Que não tentem adequar os sujeitos a protocolos, pois dessa forma só reforçam algo que predomina na anorexia e em sua vertente epidêmica: a busca pelo igual. Uma das questões preliminares no tratamento da anorexia é possibilitar a extração do sujeito dessa comunidade e a criação de respostas singulares. Dessa forma, a ética da psicanálise propõe o tratamento no um a um e não segue a lógica do “para todos”. Se a compreensão gera identificação, é fundamental a inserção do incompreensível e do real na análise e no tratamento institucional da anorexia.

Para concluir, deixamos uma questão em aberto, que pode alimentar novas pesquisas no campo da anorexia, que é tão refratária ao tratamento: seria possível construir intervenções clínicas que levassem em conta esse “funcionamento em massa”, ao invés da abordagem tradicional, que tenta desconstruir a identificação imaginária, combatendo diretamente o “para todos”? A noção de superidentificação (*overidentification*) de Žižek pode acrescentar a essa discussão uma nova forma de abordar esses casos. Segundo Dunker (2007), essa noção surge no contexto social e político do debate da resistência socialista em relação ao capitalismo, e inclui uma forma de resistência cultural que não se coloca como contrária ao sistema ou no lugar de oposição, já que isso se torna inócuo; mas procura desestabilizar internamente o sistema, através da repetição de suas “formas simbólicas dominantes”, expressando de maneira exagerada sua falsa aparência:

Pela superidentificação, ao contrário, trata-se de tomar as formas simbólicas dominantes pelo seu valor de face e a partir de sua repetição reflexiva produzir desestabilizações internas ao sistema. Renúncia da consciência pessoal, de gostos, juízos e convicções, aceitação voluntária e deliberada do papel da ideologia. Um exagero da falsa aparência cujo objetivo é mostrar seu caráter insensato (...). São intervenções que, tomando ao pé da letra o enunciado ideológico, mostram, em ato, a falsidade de sua enunciação. (DUNKER, 2007, p. 56)

Como então criar abordagens clínicas que denunciem para a anoréxica a insensatez da lógica de massa de seu funcionamento psíquico, essa falsa aparência em jogo na identificação imaginária com outras anoréxicas? Utilizar como dispositivo de tratamento as próprias formas simbólicas dominantes do funcionamento anoréxico, seria colocar em ato esse excesso de identidade? Isso se assemelharia a apontar para o sujeito seu modo de gozo? Enfim, questões que se abrem e que merecem novos desdobramentos e esforços de pesquisa.

REFERÊNCIAS

ALTHOFF, G. (1998). “Comer compromete: refeições, banquetes e festas”. In: FLANDRIN, J.-L.; MONTANARI, M. (Org.). *História da alimentação*. São Paulo: Estação Liberdade.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association.

ANSPACH, M. R. (2011). “A anorexia e o espírito do tempo”. In: *Anorexia e desejo mimético*. São Paulo: Realizações Editora.

ARAÚJO, M. C. (2011). “A Poética de Aristóteles sob a abordagem de Lígia Militz da Costa”. *Kalíope*, São Paulo, ano 7, n. 14, pp. 70-82. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kaliope/article/view/7887/5779>>. Acesso em: 28 abr. 2016.

ASSAD, M. E. (2013). “Do sentido de uma prática”. *Boletim haun #008 - Boletim da Escola Brasileira de Psicanálise, haun - Leituras do Seminário 19 ...ou pior, de Jaques Lacan*. Disponível em: <www.ebp.org.br/haun/pdf/boletim_haun_008.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2016.

ASSOUN, P.-L. (1995). *Freud et la femme*. Paris: Payot et Rivages.

ÁVILA, L.A. (2001). Psicanálise e mitologia grega. *Pulsional Revista de Psicanálise*, Anos XIV/XV, n. 152/153, pp. 7-18. Disponível em: <www.editoraescuta.com.br/pulsional/152_153_01.pdf>. Acesso em: 01. Mar. 2016.

BAKHTIN, M. (2003). “Metodologia das ciências humanas”. In: *Estética da criação verbal*. Trad. Paulo Bezerra. São Paulo: Martins Fontes.

BANHOS, T.C. (2015). *Santas jejuadoras, históricas e anoréxicas: Figuras da recusa alimentar – Uma história das práticas de subjetividade produzidas pelo cristianismo e campos médicos: Moderno e contemporâneo, a partir da perspectiva foucaultiana*. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade de Fortaleza, UNIFOR, Fortaleza, Ceará.

BARBOSA, M. H. (2013). “O que fizeste do conceito freudiano de pulsão?”. *Carta de São Paulo - online 1 - nova série - ano III*. Disponível em: <http://ebpsp.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=789:carta-de-sao-paulo-online-1-nova-serie-ano-iii&catid=30:carta-de-sao-paulo-online&Itemid=67>. Acesso em: 03 mar. 2016.

BELL, R. M. (1985). *Holy anorexia*. Chicago: University of Chicago Press.

BERLINCK, M. T.; MAGTAZ, A.C. (2008). “Reflexões sobre O caso de Ellen West. Estudo antropológico-clínico, de Binswanger”. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 11, n. 2, pp. 232-238. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n2/a05v11n2.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2015.

BIDAUD, E. (1998). *Anorexia mental, ascese mística: uma abordagem psicanalítica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

_____. (2010). “Reflexões sobre a clínica dos sangramentos provocados”. In: GONZAGA, A. P.; WEINBERG, C. (Org) *Psicanálise de Transtornos Alimentares*. - 1. Ed. – São Paulo: Primavera Editorial.

BINSWANGER, L. (1957). “O caso Ellen West”. *Schizophrenie*. Tübingen: Neske, pp. 57-188, Trad. do alemão de Monica Niemeyer. Disponível em: <www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/casos_clinicos/o_caso_ellen_west.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2015.

BROUSSE, M.-H. (2014). “Corpos lacanianos: novidades contemporâneas sobre o Estádio do espelho”. *Opção Lacaniana online nova série*, Ano 5, Número 15. Disponível em: <www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_15/Corpos_lacanianos.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2015.

BRUCH, H. (1978). *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge: Harvard University Press.

_____. (1982). “Anorexia nervosa: therapy and theory”. *Am. J. Psychiatry*, v. 139, n.12, pp. 1531-1538.

BRUSSET, B. (1999). “Anorexia mental e bulimia do ponto de vista de sua gênese”. In: URRIBARRI, R. (Org.) *Anorexia e bulimia*. São Paulo: Escuta.

CARDOSO, J.P.; FABRI, L.M. (2000). *Anorexia e bulimia nervosas: Interfaces no discurso*. Iniciação Científica - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CASTRO, J.C.L. (2014). “A histeria como discurso: da estrutura clínica ao laço social”. In: AMBRA, P. E. S.; SILVA Jr., N. (Org.) *Histeria & gênero*. São Paulo: nVersos.

CORDÁS, T.A; CLAUDINO, A.M. (2002). “Transtornos alimentares: fundamentos históricos”. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 24 (Supl III), pp. 3-6. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13963.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2014.

COSENZA, D. (2008). “Anorexia”. *Scilicet: Os objetos a na experiência analítica*. Associação Mundial de Psicanálise. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.

_____. (2013). *La comida y el inconsciente: psicoanálisis y trastornos alimentarios*. 1ª ed. Buenos Aires: Tres Haches.

DEVLIN, M.J. (2008). “O contrato: terapia cognitivo-comportamental para anorexia nervosa do tipo compulsão periódica/purgativo”. *DSM-IV-TR: casos clínicos*. Trad. Magda França Lopes. Porto Alegre: Artmed.

D.-LA SAGNA, C. (2007). “L'anorexie des jeunes filles”. *La Cause Freudienne*, 65, pp. 203-211. Paris.

DUNKER, C.I.L. (1999). “A anorexia e seu imaginário desejante”. *Viver Psicologia*, São Paulo, n. 88, pp. 28-30. Disponível em: <<http://stoa.usp.br/chrisdunker/files/1870/10576/1999+-+Anorexia+e+Imaginario+Desejante+-+Viver+Psicologia.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2016.

_____. (2002a). *O cálculo neurótico do gozo*. São Paulo: Escuta.

_____. (2002b). “Uso clínico da noção de traço unário”. *Revista Acheronta*. Disponível em: <<http://lacaneando.com.br/uso-clinico-da-nocao-de-traco-unario/>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

_____. (2004). “Formas de apresentação do sofrimento psíquico: alguns tipos clínicos no Brasil contemporâneo”. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*. Fortaleza, v. IV, n. 1, pp. 94-111. Disponível em: <www.redalyc.org/articulo.oa?id=27140105>. Acesso em: 17 mar. 2016.

_____. (2007). “Slavoj Zizek e a Renovação do Marxismo”. *Revista Cult*. pp. 54 - 56. Disponível em: <<http://stoa.usp.br/chrisdunker/files/1876/10629/2007+-+Slavoj+%C5%BDi%C5%BEEK+e+a+Nova+Esquerda+-+Cult.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2016.

_____. (2011a). “A construção do caso clínico”. In: *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume (Coleção Ato Psicanalítico).

_____. (2011b). “Mal-estar, sofrimento e sintoma. Releitura da diagnóstica lacaniana a partir do perspectivismo animista”. *Tempo Social, revista de sociologia da USP*, v. 23, n. 1.

_____. (2015). *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. São Paulo: Boitempo.

_____. “A garrafa de klein como método para construção de casos clínicos em psicanálise”. No prelo.

DUNKER, C. I. L.; NETO, F. K. (2011). “A crítica psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria”. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 14, n. 4, pp. 611-626. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlpf/v14n4/v14n4a03.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2015.

DUNKER, C. I. L.; PAULON, C.P.; MILÁN-RAMOS, J.G. *Análise psicanalítica dos discursos: a perspectiva de Lacan*. São Paulo: Estação das Letras e Cores. No prelo.

EIDELBERG, A. (2001). “Perturbaciones del campo imaginário em la anorexia”. In: EIDELBERG, A. et al. (Org.) *Porciones de nada. La anorexia y la época*. 1ª. ed. Buenos Aires: Del Bucle, 2009.

FAGUNDES NETTO, M. V. R.; SANTOS, N. de O.; BENUTE, G. R. G. & LUCIA, M. C. S. de. (2013). “Graças a Deus vomito, senão morria”: o sintoma bulímico e a clínica psicanalítica”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(3), pp. 373-386. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlpf/v16n3/a02v16n3.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2015.

FARIA, M. R. (2011). “Imaginário, eu e psicose nos primeiros seminários de Lacan”. *Estilos clin.*, São Paulo, v. 16, n. 1, pp. 132-151. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v16n1/a08v16n1.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2016.

FÉDIDA, P. (1999). “O canibal melancólico”. In: *Depressão*. Trad. Martha Gambini. São Paulo: Editora Escuta.

FENDRIK, S. (1997). *Santa anorexia*. Buenos Aires: Corregidor.

FERNANDES, M. H. (2006). *Transtornos alimentares: anorexia e bulimia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

FLANDRIN, J.-L.; MONTANARI, M. (Org.) (1998). *História da alimentação*. São Paulo: Estação Liberdade.

FREUD, S. (1893a). “Um caso de cura pelo hipnotismo”. In: *Obras completas de Sigmund Freud*, v. 1, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1893b). “Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: Comunicação preliminar”. In: *Obras completas de Sigmund Freud*, v. 2, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1895a). “Estudos sobre a histeria”. In: *Obras completas de Sigmund Freud*, v.2. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1895b). “Rascunho G. Melancolia”. In: *Obras completas de Sigmund Freud*, v.1. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1900). “A interpretação dos sonhos”. In: *Obras completas de Sigmund Freud*, v. 4. Rio de Janeiro: Imago, 1972.

_____. (1912-1913). “Totem e tabu”. In: *Obras completas, volume 11: totem e tabu, contribuição à história do movimento psicanalítico e outros textos (1912-1914)*. Trad. e notas Paulo César de Souza. - 1ª ed. - São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

_____. (1914). “Sobre o narcisismo: uma introdução”. In: *Obras completas de Sigmund Freud*, v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1915a). “Os Instintos e seus destinos”. In: *Introdução ao Narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. Trad. e notas Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. (1915b). “Luto e melancolia”. In: *Obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

_____. (1917). “Conferências introdutórias sobre psicanálise: o sentido dos sintomas”. In: *Obras completas de Sigmund Freud*, vol. 16, 2ª edição. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996.

_____. (1918 [1914]). “História de uma neurose infantil: ‘O Homem dos Lobos’”. In: *História de uma neurose infantil: (“O Homem dos lobos”): além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920)*. Trad. e notas Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. (1919). “Uma criança é espancada. Uma contribuição ao estudo da origem das perversões sexuais”. In: *Obras completas de Sigmund Freud*, vol. 17, Rio de Janeiro: Imago Editora, 1976.

_____. (1920). “Além do princípio do prazer”. In: *História de uma neurose infantil: (“O Homem dos lobos”): além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920)*. Trad. e notas Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. (1921). “Psicologia das massas e análise do Eu”. In: *Psicologia das massas e análise do eu e outros textos (1920-1923)*. Trad. e notas Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

_____. (1923). “O Ego e o Id”. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*, v. 19. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1976.

_____. (1924). “O problema econômico do masoquismo”. In: *Obras completas de Sigmund Freud*, vol.19, 10ª edição. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1969.

_____. (1925[1924]). “Um estudo autobiográfico”. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1927). “Fetichismo”. In: *Obras completas de Sigmund Freud*, vol. 21. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996.

_____. (1931). “Sobre a sexualidade feminina”. In: *O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936)*. Trad. e notas Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. (1933). “Acerca de uma visão de mundo”. In: *O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936)*. Trad. e notas Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FUKS, B. B.; CAMPOS, T. S. P. (2010). “Anorexia: da urgência de uma nova prática clínica”. *Tempo psicanal.*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v42n1/v42n1a02.pdf>>. Acesso em: 217 mar. 2016.

GASPARD, J.-L. (2008). “A clínica do monossintoma: a psicanálise e seus limites”. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v.60, n.3. Disponível em: <www.redalyc.org/articulo.oa?id=229017563014>. Acesso em: 10 jul. 2013.

GAZZOLA, L. R. (2005). *Estratégias na neurose obsessiva*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

GIRARD, R. (2011). *Anorexia e desejo mimético*. Trad. Carlos Nougué. São Paulo: É Realizações.

GOFFMAN, E. (1961). *Manicômios, prisões e conventos*. Trad. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOLDSCHMIDT, V. (1963). “Tempo histórico e tempo lógico na interpretação dos sistemas filosóficos”. In: *A religião de Platão*. São Paulo: Difusão Européia do Livro.

GONZAGA, A. P.; WEIBERG, C. (2005). “Transtornos alimentares: uma questão cultural?”. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, ano VIII, n.1, pp. 30-39. Disponível em: <www.redalyc.org/pdf/2330/233017514004.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2015.

HABERMAS, T. (1996). In defense of weight phobia as the central organizing motive in anorexia nervosa: historical and cultural arguments for a culture-sensitive psychological conception. *Int. J. Eat Disord.*, v. 19, n. 4, pp. 317-334. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9156686>. Acesso em: 30 set. 2015.

HAY, P.J. (2002). “Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimentos futuros”. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (Supl III), pp. 13-7. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13965.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2012.

ILLICH, I. I. (1975). *A exportação da saúde*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1991.

JEAMMET, P. (1999). “A abordagem psicanalítica dos transtornos das condutas alimentares”. In: URRIBARRI, R. (Org.) *Anorexia e bulimia*. São Paulo: Escuta.

KLEIN, D.A. & WALSH, T. (2004). Eating Disorders: Clinical Features and Pathophysiology. *Physiology & Behaviour* 81(2), pp. 359-74. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/S0031938404000526/1-s2.0-S0031938404000526-main.pdf?_tid=f3f7a8a4-0869-11e5-aa5d-00000aacb360&acdnat=1433168866_fe3963ebf6e24ffa37868d717ff89210>. Acesso em: 03 mar. 2015.

LACAN, J. (1938). *Os complexos familiares na formação do indivíduo: ensaio de análise de uma função em psicologia*. Trad. Marco Antonio Coutinho Jorge e Potiguara Mendes da Silveira Júnior. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1987.

_____. (1945). “O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada”. In: *Escritos*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. (1946). “Formulações sobre a causalidade psíquica”. In: *Escritos*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. (1949). “O estágio do espelho como formador da função do eu”. In: *Escritos*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. (1953-54). *O Seminário, livro 1: Os escritos técnicos de Freud*. Trad. Betty Milan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2009.

_____. (1956). “A coisa freudiana ou Sentido do retorno a Freud em psicanálise”. In: *Escritos*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. (1956-57). *O Seminário, livro 4: A relação de objeto*. Trad. Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995.

_____. (1957-58). *O Seminário, livro 5: As formações do inconsciente*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

_____. (1958). “A direção do tratamento e os princípios de seu poder”. In: *Escritos*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. (1960). “Observação sobre o relatório de Daniel Lagache”. In: *Escritos*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. (1960-61). *O Seminário, livro 8: A transferência*. Trad. Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

_____. (1961-62). *O Seminário, livro 9: A Identificação*. Inédito.

_____. (1962-63). *O Seminário, livro 10: A angústia*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

_____. (1964). *O Seminário, livro 11: Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise*. Trad. M. D. Magno. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. (1966). *Psicoanálisis y Medicina*. Trad. Ricardo Rodríguez Ponti. Disponível em: <www.scribd.com/doc/47330370/Psicoanalisis-y-Medicina-J-Lacan>. Acesso em: 25 mai. 2015.

_____. (1969-70). *O Seminário, livro 17: O avesso da psicanálise*. Trad. Ari Roitman. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.

_____. (1971-72) *O Seminário, livro 19: ... ou pior*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

_____. (1972). *Del discurso psicoanalítico* (conferencia em Milán, 12 de mayo de 1972).

_____. (1972-73). *O Seminário, livro 20: Mais, ainda*. Trad. M. D. Magno. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

_____. (1973). “Introdução à edição alemã de um primeiro volume dos Escritos”. In: *Outros Escritos*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

_____. (1974). *O Seminário, livro 21: Los incautos no yerran (Los nombres del padre)*. Inédito. Aula de 9 de abril de 1974.

_____. (1975-76) *O Seminário, livro 23: O Sinthoma*. Trad. Sergio Laia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007.

_____. (1976-77). *El Seminario, libro 24: Lo no sabido que sabe de la una-equivocación se ampara em la morra. Clase 1: “Las identificaciones”*. 16 de Noviembre de 1976. Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/44726905/Lacan-Seminario-24>>. Acesso em: 15 mai. 2015.

LANE, R.C. (2002). “Anorexia, masochism, self-mutilation, and autoerotism: The spider mother”. *Psychoanalytic Review*, 89: 101-123. Disponível em: <<http://www.pep-web.org/document.php?id=psar.089.0101a&type=hitlist&num=0&query=zone1%2Cparagraphs%7Czone2%2Cparagraphs%7Cauthor%2CLane%7Ctitle%2CAnorexia%2C+masochism%2C+self-mutilation+and+autoerotism%7Cviewperiod%2Cweek%7Csort%2Cauthor%2Ca#hit1>>.

Acesso em: 20 jan. 2015.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. (1992). *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

LASÈGUE, C. (1873). “Da anorexia histérica”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol. I, n. 3, setembro de 1998. Disponível em: <www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/revistas/volume01/n3/da_anorexia_histerica.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2015.

LAURENT, É. (2007). “Patologías de la identificación en los lazos familiares y sociales”. In: *Patologías de la identificación em los lazos familiares y sociales*. Colección Orientación Lacaniana. EOL. Buenos Aires: Grama. Disponível em: <www.scribd.com/doc/36186133/Patologias-de-la-identificacion>. Acesso em: 30 mar. 2015.

LAVAL, C.; DARDOT, P. (2015). *A Nova Razão do Mundo – ensaio sobre a sociedade neoliberal*. São Paulo: Boitempo.

LEE, S. (1995). “Self-starvation in context: Towards a culturally sensitive understanding of anorexia nervosa”. *Social Science & Medicine*, 41: 25-36. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/027795369400305D/1-s2.0-027795369400305D-main.pdf?_tid=b005ccec-0865-11e5-ad85-00000aacb361&acdnat=1433167034_1dadb18cdc93f144c39ef2e57d463f45>. Acesso em: 20 jan. 2015.

LEE, S.; LEE, A.M.; LEUNG, T. (1998). "Cross-cultural validity of the eating disorder inventory: A study of Chinese patients with eating disorders in Hong Kong". *International Journal of Eating Disorders*, 23: 177-188. Disponível em: <<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=dd4b6984-de8d-429a-8ae2-0ca7715086b1%40sessionmgr110&vid=1&hid=107>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

LEE, S.; LEE, A.M. (2000). "Disordered eating in three communities of China: A comparative study of female high school students in Hong Kong, Shenzhen, and rural Hunan". *International Journal of Eating Disorders*, 27: 317-327. Disponível em: <<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=68cc8281-df60-4f06-9aae-0ff6a497760c%40sessionmgr112&vid=1&hid=107>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

LOLLO, P. (2013). "Psicanálise e transmissão do saber". *Trivium*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, pp. 15-20. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/trivium/v5n1/v5n1a03.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2016.

LORENZ, K. (1986). *Sobre la agresión: el pretendido mal*. México: Siglo Veintiuno.

MAGTAZ, A.C. (2008). *Distúrbios da oralidade na melancolia*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp056080.pdf>>. Acesso em: jun. 2014.

MEZAN, R. (2007). "Que tipo de ciência é, afinal, a Psicanálise?". *Natureza Humana* 9(2), pp. 319-359. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/nh/v9n2/v9n2a05.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2015.

MILLER, J.-A. (2005). *El Otro que no existe y sus comités de ética*. Com colaboración de: Éric Laurent. 1ª ed. Buenos Aires: Paidós. Disponível em: <www.scribd.com/doc/257087582/El-Otro-Que-No-Existe-y-Sus-Comites-de-Etica-Jacques-Alain-Miller#scribd>. Acesso em: 20 jan. 2015.

MONTANARI, M. (1998). "Sistemas alimentares e modelos de civilização". In: FLANDRIN, J.-L.; MONTANARI, M. (Org.) *História da alimentação*. São Paulo: Estação Liberdade.

MONTEIRO, E.; AUTRAN, I. (2010). "Êxtase, um amor desatinado". *Opção Lacaniana online nova série*. Ano 1, Número 2. Disponível em: <http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_2/extase_um_amor_desatinado.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2015.

MORETTO, M.L.T. (2001). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.

MORETTO, M.L.T.; PRISZKULNIK, L. (2014). "Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde". *Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, v. 46.2, pp. 287-298. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v46n2/v46n2a07.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

NIELSEN, S. (2001). Epidemiology and Mortality of Eating Disorders. *Psychiatr Clin North Am* 24(2), pp. 201-14. Disponível em: <www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0193953X05702173>. Acesso em: 15 fev. 2015.

OGILVIE, B. (1988). “O estágio do espelho”. In: *Lacan - A formação do conceito de sujeito*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. Disponível em: <<http://franklingoldgrub.com/psico/wp-content/uploads/2009/08/O-est%C3%A1dio-do-espelho.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2016.

OUGHOURLIAN, J.-M. (2011). “Prefácio”. In: *Anorexia e desejo mimético*. São Paulo: Realizações Editora.

PANTEL, P. S. (1998). “As refeições gregas, um ritual cívico”. In: FLANDRIN, J.-L.; MONTANARI, M. (Org.) *História da alimentação*. São Paulo: Estação Liberdade.

PEREIRA, M.E.C. (1998). “Apresentação a ‘Da anorexia histérica’”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol. I, n.3, setembro de 1998. Disponível em: <www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/revistas/volume01/n3/apresentacao_da_anorexia_histerica.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2015.

PINZON, V.; NOGUEIRA, F.C. (2004). “Epidemiologia, curso e desenvolvimento dos transtornos alimentares”. *Rev. Psiq. Clin*, 31 (4), pp. 158-160. Disponível em: <www.revistas.usp.br/acp/article/viewFile/16260/17972>. Acesso em: 20 jan. 2015.

RAIMBAULT, G.; ELIACHEFF, C. (1991). *Las indomables. Figuras de la anorexia*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión. Disponível em: <www.scribd.com/doc/41471090/Raimbault-Y-Eliacheff-Las-Indomables-Figuras-De-La-Anorexia>. Acesso em: 20 jan. 2015.

RECALCATI, M. (2001). “Os dois nada na anorexia”. *Correio: Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*, 32, p. 26-36, São Paulo.

_____. (2004). “A questão preliminar na época do Outro que não existe”. *Latusa Digital* – ano 1 – N° 7. Disponível em: <www.latusa.com.br/pdf_latusa_digital_7_a2.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2015.

ROBELL, S. (1997). *A mulher escondida: a anorexia nervosa em nossa cultura*. São Paulo: Summus.

RUSSELL, G.F.M. (1985). “The changing nature of anorexia nervosa: an introduction to the conference”. *J. Psychiat. Res.*, v. 19, n. 2/3, pp. 101-109. Disponível em: <[www.journalofpsychiatricresearch.com/article/0022-3956\(85\)90005-6/pdf](http://www.journalofpsychiatricresearch.com/article/0022-3956(85)90005-6/pdf)>. Acesso em: 17 mar. 2016.

RUSSELL, G.F.M.; TREASURE, J. (1989). “The modern history of anorexia nervosa. An interpretation of why the illness has changed”. In: *The Psychobiology of Human Eating Disorders: Preclinical and Clinical Perspectives*. Vol. 575 of the Annals of the New York

Academy of Sciences, pp. 13-29. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2699184>. Acesso em: 17 mar. 2016.

SALECL, R. (2005). *Sobre a felicidade: ansiedade e consumo na era do hipercapitalismo*. São Paulo: Alameda.

SANTOS, N. O. (2013). “Brasil. Psicanálise. Medicina. Extraterritorial: mais, ainda”. *Carta de São Paulo - online 5 - nova série - ano III*. Disponível em: <http://ebpsp.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=876:carta-de-sao-paulo-online-5-nova-serie-ano-iii&catid=30:carta-de-sao-paulo-online&Itemid=67>. Acesso em: 02 abr. 2015.

SANTOS, N. O.; QUAYLE, J. (2007). “A construção do caso clínico: o universal para o sujeito do inconsciente”. In: QUAYLE, J.; LUCIA, M. C. (Org.) *Adoecer: as interações do doente com sua doença*. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu.

SCHEJTMAN, F. (2001). “Identificación de la epidemia”. In: EIDELBERG, A. *et al. Porciones de nada. La anorexia y la época*. 1ª. ed. Buenos Aires: Del Bucle, 2009.

_____. (2004). “Padrecimiento y discurso”. Em: EIDELBERG, A. *et al. Porciones de nada. La anorexia y la época*. 1ª. ed. Buenos Aires: Del Bucle, 2009.

SCHMIDEBERG, M. (2000). “Inibição intelectual e perturbações na alimentação”. *Opção Lacaniana*, n. 29.

SILVA, G. F. (2012). *Um estudo sobre as funções da tatuagem e da identificação à luz da psicanálise freudiana*. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-25072012-085334/.../silva_glaucia_parcial.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2015.

SOLER, C. (2010). “Estatuto do significante mestre no campo lacaniano”. *A peste*, São Paulo, v. 2, n. 1, pp. 255-270. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/apeste/article/view/12086/8759>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

TENDLARZ, S.E. (2007). “Lo patológico de la identificación”. In: *Patologías de la identificación em los lazos familiares y sociales*. Colección Orientación Lacaniana. EOL. Buenos Aires: Grama. Disponível em: <www.scribd.com/doc/36186133/Patologias-de-la-identificacion#scribd>. Acesso em: 30 mar. 2015.

TINBERGEN, N. (1951). *The study of instinct*. New York: Oxford University Press.

VAN DETH, R; VANDEREYCHEN, W. (2012). “Transtornos alimentares. Seção Clínica”. In: BERRIOS, G. E.; PORTER, R. (Org.) *Uma história da psiquiatria clínica: as origens e a história dos transtornos psiquiátricos*. Trad. Lazslo Antonio Ávila. São Paulo: Escuta.

VANDEREYCHEN, W.; VAN DETH, R. (1994). *From fasting saints to anorexic girls: the history of self-starvation*. New York: University Press.

VIEIRA, M. A. (2013). “E a lógica do tratamento”. *Boletim haun #001 - Boletim da Escola Brasileira de Psicanálise, haun - Leituras do Seminário 19 ...ou pior, de Jaques Lacan*. Disponível em: <www.ebp.org.br/haun/pdf/boletim_haun_001.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2016.

VILANOVA, A. FIGUEIREDO, A. C. (2012). “‘La Comunitá La Vela’: A psychoanalytically oriented approach to eating disorders”. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 15, n. 3, pp. 704-717 (Suplemento). Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlpf/v15n3s1/a06v15n3s1.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2015.

VIVEIROS DE CASTRO, E. (2002) “Perspectivismo e multinaturalismo na América indígena”. In: _____. *A inconstância da alma selvagem*. São Paulo: Cosac Naif.

WATTERS, E. (2010). *Crazy like us: The globalization of the American psyche*. Nova York: Free Press.

WEINBERG, C. (2010). “Do ideal ascético ao ideal estético: a evolução histórica da anorexia nervosa”. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 13, n. 2, pp. 224-237. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlpf/v13n2/05.pdf>. Acesso em: 30 fev. 2015.

WYNGAARDEN, J. B.; SMITH, L. H. (1985). *Cecil textbook of medicine*. Philadelphia: Saunders.

ZACK, O. (2011). “Do todos iguais ao um por um”. *Opção Lacaniana online nova série*. Ano 2, Número 6. Disponível em: <www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_6/Do_todos_iguais_ao_um_por_um.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2015.

ZALCBERG, M. (2011). “Cisne negro: perdendo-se na perfeição”. *Opção Lacaniana online nova série*, Ano 2, Número 4. Disponível em: <www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_4/Cisne_negro_Perdendo-se_na_perfeicao.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2016.

ANEXOS

LISTA DE INSTITUIÇÕES DE REFERÊNCIA QUE TRATAM TRANSTORNOS ALIMENTARES NO BRASIL ³⁷

SÃO PAULO (CAPITAL)

AMBULIM – Programa de Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

Rua Ovídio Pires de Campos, 785 – Fone: (11) 2661-6975

Email: ambulim@hcnnet.usp.br / ambulim.ipq@hc.fm.usp.br

Site: www.ambulim.org.br

PROATA – Programa de Orientação e Assistência a pacientes com Transtornos Alimentares

Rua Borges Lagoa 570 – 7º. Andar cj 71 – Vila Clementino -CEP: 04038-020

Tel.: (0xx11) 5576-4990 ramal 1338 Email: proata@psiquiatria.epm.br

Site: www.psiquiatria.unifesp.br/d/proata/

CEPPAN – Clínica de Estudos em psicanálise da Anorexia e Bulimia

Rua João Moura, 627 – Jd Paulista Fone: (11) 3081-7068

Site: www.redeceppan.com.br

Email: ceppan@uol.com.br

GATDA – Grupo de Apoio e Tratamento dos Distúrbios Alimentares

Rua Cardoso de Almeida, 1005 (casa 8) – Perdizes - Fone: (11) 3865-8609 / 3873-7817

Email: gatda@uol.com.br

---

³⁷ Disponível em: www.genta.com.br/loais-de-tratamento/. Acesso em: 12 mar. 2016

CEPSIC – Centro de Estudos em Psicologia da Saúde

Rua Veríssimo Gloria, 149 Sumaré – Fone: (11) 3064-3186 / 3069-6188

e-mail: cepsic@terra.com.br

Site: www.cepsic.org.br

SEDES – Projeto de Investigação e Intervenção na Clínica da Anorexia e da Bulimia

R. Ministro de Godoy, 1484- Perdizes Fone: (11) 3866-2735 ou 3866-2736 de 2ª a 6ª
feira das 09h00 às 20h00.

Site: www.sedes.org.br/site/clinica/projetos/anorexias_bulimias

CASA VIVA – Clínica de Tratamento de Transtornos Alimentares

Rua João Moura, 539 – Jd Paulista - Fone: (11) 2507-7064

Email: casaviva@casavivaclinica.com.br

Site: www.casavivaclinica.com.br

SÃO PAULO (INTERIOR)**Ribeirão Preto:****GRATA – Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares.**

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP

Av. Bandeirantes 3900 - Sextas-feiras das 15 – 18h. – Fone: (16) 3602-2324.

Coordenação: jedsanto@fmrp.usp.br – Fone: (16) 3602-2366

Vice-coordenação: rribeiro@eerp.usp.br – Fone: (16) 3602-3403

Site: www.hcrp.fmrp.usp.br

Campinas:**Ambulatório de Transtornos Alimentares UNICAMP**

Ambulatório de Psiquiatria do HC – 2o. andar

Rua Vital Brasil, 251 – Cidade Universitária Zeferino Vaz – CEP -13083-888

Terças-feiras das 7h30 às 12h00. – Fone: (19) 3521-7514

email: tahcunicamp@gmail.com

RIO DE JANEIRO:**Ambulatório de Transtornos Alimentares do Instituto de Diabetes do Rio de Janeiro
–GOTA**

Rua Moncorvo Filho, 90 – Fone: (21)2507-0065 – www.gota.org.br

Email: gota@iede.rj.gov.br

Santa Casa de Misericórdia

Serviço de Psiquiatria

Rua Santa Luzia, 206- Centro – Fone: (21) 2221-4896/ 2533-0118

(Terças das 08:30-15:30hs com Ana) Email: contato@cettao.com.br

Site: www.cettao.com.br

MINAS GERAIS:**Núcleo de Terapia Cognitiva**

Site: www.nucleodeterapiacognitiva.com.br

GOIÁS:**Clínica de Psicologia da UCG do Centro de Estudos, Pesquisa e Prática Psicológica
da Universidade Católica de Goiás**

Rua 232, 28 – 2o. andar, Área V da PUC Goiás – Setor Leste Universitário, CEP 74.605
140, Goiânia/GO

Horário de atendimento: segunda à sexta-feira, das 7h00 às 12h30 e de 13h00 às 22h00,
sábado, das 07h00 às 12h00.

Fones: (62) 3946-1198 / (62) 3946-1249

Email: cepsi@pucgoias.edu.br / puc.cepsi@gmail.com

Site: www.pucgoias.edu.br/puc/centros/cepsi/home/Index.asp

BAHIA:**Ambulatório Professor Francisco de Magalhães Neto – AMN**

Universidade Federal Bahia (2a feira pela manhã)

Rua Padre Feijó, nº 240, Canela – CEP: 40110-170 – Salvador, Bahia - Fones: (71) 3283-8300 – Secretaria / (71) 3283-8380 – Recepção principal

Site: www.complexohupes.ufba.br/informacoes-ao-paciente/consultas/marcacao-de-consultas/

CEARÁ:

CETRATA – Centro de Estudos e Tratamento em Transtornos Alimentares

Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências da Saúde – Hospital Universitário Walter Cantídio. Rua Capitão Francisco Pedro, 1290 Rodolfo Teófilo – Fortaleza – CEP 60430-370 - Fone: (85) 3366-8142

PRONUTRA (Programa Interdisciplinar de Nutrição dos Transtornos Alimentares e Obesidade)

Nami – Rua Desembargador Floriano Benevides, 2211 – Edson Queiroz (ao lado Forum Clovis Bevilacqua) – Fortaleza- CE – CEP 60811-905

Fone: (85) 3422-3621 (2a e 4a das 13h30- 17h00)

E-mail: pronutra@unifor.br

Site: www.unifor.br

RIO GRANDE DO SUL:

GEATA – Grupo de Estudos e Assistência em Transtornos Alimentares

Rua Antenor Lemos, 57/ sala 407 – Porto Alegre, RS

Fone: (51)3232.5564 –

E-mail: contato@geata.med.br

Site: www.geata.med.br

Instituto Cyro Martins – Psiquiatria e psicoterapia

Rua Gen. Souza Doca, 70 – Petrópolis – Porto Alegre

Fones: (51) 3338-6041 – (51) 9805-5808

Email: cyromartins@cpovo.net

Site: www.cyromartins.com.br

Fundação Universitária Mário Martins

Ambulatório dos Transtornos do Comportamento Alimentar

Rua Dona Laura, 221 – 90430-091 – Porto Alegre – Fones: (51) 3333.3266 / 3333.6537

E-mail: fumm@mariomartins.org.br

Site: www.mariomartins.org.br/index.htm

Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Serviço de Psiquiatria

Rua Ramiro Barcelos, 2350 – Sala 400N – 4º andar – Porto Alegre – CEP 90035-903

Fone/Fax: (51) 3359-8294

Email: skrampe@hcpa.edu.br

Site: www.hcpa.ufrgs.br/

PARANÁ:

**Clínica de Psicologia da Faculdade de Ciências Biológicas e de Saúde da
Universidade de Tuiuti do Paraná**

Rua Sidney Antonio Rangel Santos, 238 – Santo Inácio - Fone: (41) 3331-7846 / (41)

3331-7846 Email: clinicadepsicologia@utp.br

Site: www.utp.edu.br/servicos/clinicas/clinica-escola-e-servicos-de-psicologia/

SANTA CATARINA:

UP clínicas associadas – Unidade de Psiquiatria

Rua Hermann Blumenau, 245 – Centro -Florianópolis

Fones: (48) 3222-3312 Email: contato@upclinicas.com.br

Site: www.upclinicas.com.br