

A anorexia e a bulimia: entre o corpo, o eu e o outro¹

Maria Helena Fernandes,² São Paulo

O comportamento alimentar, originário e essencial desde o nascimento, remete o sujeito à complexidade da sua relação com o próprio corpo, marca indelével dos efeitos da alteridade. A clínica psicanalítica da anorexia e da bulimia, por sua vez, nos confronta de saída com a questão do corpo, assim como nos coloca diante da especificidade dos processos da adolescência. Tal especificidade evoca as vicissitudes da relação precoce com a mãe no que diz respeito ao gerenciamento pulsional e sua relação com a identificação primária e, conseqüentemente, com os ideais, a diferenciação, a autonomia, o tempo e a morte. Este artigo traz para a discussão algumas hipóteses, elaboradas a partir da metapsicologia, com o objetivo de contribuir para uma melhor compreensão do processo de construção da imagem corporal. Destaca que o investimento materno, através da escuta e interpretação das sensações corporais realizadas pela mãe, vai construindo para o bebê a imagem de seu corpo e assim sua identidade. Para concluir, enfatiza os possíveis desdobramentos dessa construção teórica na escuta do analista diante das particularidades do manejo transferencial desses casos.

Palavras-chave: anorexia/bulimia, imagem corporal, metapsicologia, manejo transferencial.

¹ As ideias aqui apresentadas constituem um novo recorte do que foi amplamente discutido no meu livro *Transtornos alimentares: anorexia e bulimia* (2006a).

² Psicanalista. Doutora em Psicanálise e Psicopatologia pela Universidade de Paris VII, com pós-doutoramento pelo Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina (UNIFESP). Professora do Curso de Psicanálise e professora colaboradora do Curso de Psicossomática Psicanalítica do Instituto Sedes Sapientiae em São Paulo.

Atravessando os séculos e as diversas culturas, a problemática da anorexia e da bulimia tem recebido cada vez mais atenção. A ênfase dada ao progressivo aumento desses casos a partir da década de cinquenta e seu incremento significativo nas décadas de setenta e oitenta parece ter contribuído para a multiplicidade de pesquisas científicas que vêm se interessando, cada vez mais, pelo estudo do comportamento alimentar. Isto não apenas na psicanálise, mas, sobretudo, na psiquiatria, na epidemiologia clínica, nas ditas neurociências e até mesmo na antropologia, na sociologia e na história, o que atesta um interesse renovado pela temática da alimentação. Da mesma forma, a incidência de queixas ligadas ao comportamento alimentar que atualmente motivam a procura de uma análise ou que aparecem no decorrer da mesma justificam uma atenção renovada, por parte dos psicanalistas, para os desdobramentos psicopatológicos ligados ao ato de comer.

Conforme assinalou Brusset (1991), de todos os comportamentos humanos e animais, o comportamento alimentar é provavelmente o mais facilmente objetivável e quantificável, o que permitiu um avanço nos trabalhos experimentais nessa área tornando mais fácil o controle de variáveis, a verificação e a repetição das experiências e, dessa forma, a validação ou refutação das hipóteses explicativas. No entanto, a despeito dos conhecimentos adquiridos através das experimentações cerebrais em animais e do conhecimento dos neurotransmissores envolvidos na regulação do comportamento alimentar, somos forçados a admitir que os tratamentos dos problemas alimentares, sobretudo os mais graves, como a anorexia e a bulimia, ainda representam um desafio teórico-clínico considerável.

Como não poderia deixar de ser, para enfrentar o desafio de abordar a anorexia e a bulimia a partir da clínica psicanalítica, será necessário começar salientando a função central e cotidiana da alimentação. Um belo livro, organizado por Flandrin e Montanari (1998), nos oferece um estudo bem documentado da história da alimentação. É na companhia dos historiadores desse livro que encontramos, com extrema clareza, um convite para considerarmos que “as estruturas do cotidiano deixam-se surpreender pela história” (p. 17). Isto é, se de um lado o cotidiano é feito de história, de outro é o cotidiano que faz a história. No limiar da Idade Média, salientam os autores,

O encontro dos costumes alimentares romanos com os dos bárbaros contribuiu de forma notável para modificá-los, até mesmo no plano dos paladares e do consumo. A mesma coisa produziu-se quando os europeus encontraram as plantas e os animais da América. Mas, para além desses

fenômenos relevantes, existe a história de cada dia, feita de encontro e experiências que vão também construindo a identidade pessoal e coletiva, sendo que cada um desses encontros e experiências a confirma e remodela (p. 868-869).

A função cotidiana da alimentação evidencia em sua história a diversidade dos costumes alimentares nas diferentes culturas e épocas. Apresentando a evolução e a tendência das pesquisas nessa área, esses autores contam que, inicialmente, os historiadores privilegiaram as pesquisas quantitativas sobre a nutrição, enquanto os etnógrafos e etnólogos se interessaram pelas preferências alimentares, a significação simbólica dos alimentos, as proibições dietéticas e religiosas, os hábitos culinários e o comportamento à mesa. Só no final dos anos setenta, salientam Flandrin e Montanari (1998), é que o interesse dos historiadores foi, progressivamente, se dirigindo para o estudo das relações que a alimentação mantém, em cada sociedade, com os mitos, a cultura e as estruturas sociais. Esses estudos se inspiraram amplamente no modelo de análise proposto por Lévi-Strauss em seus estudos antropológicos.³ Inicialmente foram privilegiadas as relações existentes entre a alimentação e os mitos gregos, os sacrifícios religiosos e a vida política.

Além de se ocuparem também da arte culinária e da dietética, os historiadores se interessaram pela maneira como os diversos povos realizam sua rotina de refeições diárias. Chamando nossa atenção para a diferença perceptível entre os hábitos alimentares dos americanos e dos europeus, esses autores afirmam que no continente europeu a função social da refeição continua sendo importante:

[...] as pessoas não comem somente para se alimentar, mas também para visitar os pais ou amigos e vivenciar com eles um prazer compartilhado. Esse prazer convivial necessita dos empregos comuns do tempo e não se faz sem um mínimo de cerimônia. Na verdade, os ritos são muito diferentes, não só segundo o país e o meio social, mais ainda segundo as circunstâncias e o tipo de refeição. No entanto, por mais simples que seja – por exemplo, no caso de um lanche entre colegas – encontra-se aí um pouco mais de cerimônia, de conversação, de sociabilidade do que no saco de pipocas consumido na arquibancada de um estádio dos Estados Unidos ou no petiscar dos americanos, no fim da tarde, assistindo à TV (p. 866-867).

³ O trabalho de Lévi-Strauss torna-se uma referência metodológica para essas pesquisas particularmente em suas obras: *Mythologiques, I: Le Cru et le Cuit* (1964), *Mythologiques, II: Du miel aux cendres* (1967) e *Mythologiques, III: L'Origine des manières de table* (1968).

Trata-se, então, não apenas *do que* se come, mas também de *como* se come. Não tem passado despercebido que, para além das diferenças de hábitos alimentares entre americanos e europeus, observa-se uma mudança significativa no comportamento alimentar na contemporaneidade.

De um modo geral, vem sendo assinalado que os rituais ligados à alimentação mudaram a tal ponto que a vida cotidiana não é mais regulada pelo ritmo das refeições diárias. O ato de comer passou a ser com frequência um ato solitário, realizado às pressas e podendo acontecer a qualquer momento do dia. Segundo Fischler, citado por Vindreau (1991):

As condutas dos indivíduos diante da alimentação se individualizaram, ao mesmo tempo em que se automatizaram, enquanto que, há pouco tempo atrás, elas eram quase que inteiramente determinadas pelos costumes sociais e pelas tradições. As condutas alimentares se desestruturaram (p. 67).

Fischler (1979) propõe que, a esse respeito, se utilize o termo de *gastro-anomia* e enfatiza o mal-estar e o sentimento de insegurança suscitados por essas transformações.⁴ Indo nessa mesma direção, na década de oitenta, o psicanalista francês Philippe Jeammet (1985) já insistia sobre a provável relação entre o aumento da anorexia e da bulimia nos últimos anos e as transformações ocorridas no modo de vida dos indivíduos e nas relações intrafamiliares.

A função cotidiana e central da alimentação parece desempenhar, nesse contexto, um papel não negligenciável de catalisador dessas transformações. Não é à toa que os historiadores da alimentação insistem no papel central de seu objeto de pesquisa, bem como da posição estratégica deste no sistema de vida e de valores das diversas sociedades. É interessante notar aqui que, levando em consideração a abordagem desses historiadores, observa-se um deslizamento da questão da alimentação, propriamente dita, para a questão do comportamento alimentar. Cabe, então, enfatizar que o objetivo deste artigo é propor uma compreensão metapsicológica da problemática do comportamento alimentar na anorexia e na bulimia a partir do que pudemos conhecer através da clínica psicanalítica.

⁴ A propósito da contribuição de C. Fischler remeto o leitor também ao seu livro *L'Homnivore* (1990).

A psicopatologia da alimentação cotidiana

*“Sob o familiar, descubra o insólito
Sob o cotidiano, desvende o inexplicável”*
Bertolt Brecht (1929/1930, p. 129-160).

Appolinário e Claudino (2000) sugerem que os problemas do comportamento alimentar sejam divididos em dois grandes grupos: o primeiro deveria compreender os distúrbios alimentares que ocorrem na infância, nos quais a problemática alimentar não parece estar relacionada a uma preocupação com a imagem corporal. Enquanto que o segundo compreenderia a anorexia e a bulimia propriamente ditas, que, aparecendo frequentemente na adolescência, evidenciam uma marcada preocupação com a imagem do corpo. Fica evidente aqui que é justamente a preocupação com a imagem corporal que funciona como uma espécie de *divisor de águas*.

Embora restringindo nossa abordagem ao estudo dos distúrbios alimentares considerados mais graves, como a anorexia e a bulimia, não poderíamos deixar de assinalar que, na clínica psicanalítica, nossa atenção se dirige necessariamente para as vicissitudes psicopatológicas do comportamento alimentar em toda a sua sutileza e diversidade.

Como ponto de partida, vale a pena começar assinalando a imensa variedade de expressão que os problemas da alimentação apresentam durante a infância. Desde a conhecida *falta de apetite* de algumas crianças, o que constitui uma queixa frequente dirigida aos pediatras, até as manifestações mais graves, como o mericismo, a anorexia e a bulimia precoces (durante o primeiro ano de vida), a anorexia das pré-púberes, passando pelo comer seletivo e restritivo,⁵ pela fobia alimentar e pelos quadros de obesidade infantil.

Os problemas alimentares menos graves são também comuns na infância e em geral aparecem em momentos críticos da vida familiar, resolvendo-se, às vezes, com o próprio caminhar do desenvolvimento infantil ou com a eventual modificação da situação desencadeadora do distúrbio. No entanto, os mais graves são, em geral, encaminhados pelo próprio pediatra ao psicólogo ou ao psicanalista. A psicoterapia infantil, assim como as abordagens terapêuticas da relação mãe-bebê através do atendimento conjunto de ambos demonstram uma eficácia significativa,

⁵ O comer seletivo se caracteriza por uma rotina alimentar pouco variada em que a criança aceita ingerir somente alguns tipos de alimentos, por exemplo, batata frita e macarrão. O comer restritivo, por sua vez, evidencia uma marcada restrição alimentar, chegando a inspirar cuidados, pois a criança tem uma ingesta alimentar realmente reduzida para a idade.

sobretudo se utilizadas logo no início do quadro psicopatológico.⁶

Quanto aos distúrbios alimentares que aparecem na adolescência, eles podem ser de incidência grave, como a anorexia e a bulimia propriamente ditas, acometendo preferencialmente as jovens adolescentes e algumas vezes chegando a colocar em risco suas vidas. Porém, deve-se mencionar ainda os verdadeiros rituais alimentares de alguns pacientes obsessivos, que se iniciam, muitas vezes, na adolescência. Não devemos esquecer também os episódios de compulsão alimentar, mais ou menos restritos a determinados momentos da vida, como a época do vestibular, as viagens longas de intercâmbio, o início da vida universitária etc. Na literatura recente, vem recebendo maior atenção a descrição dos quadros de compulsão alimentar e ainda da compulsão a ingerir alguns tipos específicos de alimentos (chocolate, por exemplo) e a ampla problemática da obesidade na adolescência e na vida adulta.⁷

Enumerar de forma panorâmica os distúrbios alimentares obviamente não poderia ter a pretensão de recobrir de forma exaustiva sua diversidade, entretanto nos parece útil para salientar a ocorrência deles ao longo do desenvolvimento do sujeito, percorrendo sua história desde a infância até a vida adulta. Sendo assim, essa apresentação panorâmica dos problemas mais comuns visa chamar a atenção do leitor para a diversidade psicopatológica que envolve o ato cotidiano da alimentação.

A sutileza com que a clínica psicanalítica é capaz de mergulhar o nosso instrumental de observação mostra ainda a diversidade de formas clínicas nas quais se evidencia uma série de distúrbios menos importantes, todos eles relacionados com a comida: as dificuldades para levar a cabo um regime alimentar necessário, as inapetências e perdas de peso leves, os vômitos psicógenos, o ganho acentuado de peso etc. Ora, para uma melhor compreensão metapsicológica do comportamento alimentar, tal diversidade certamente testemunha o interesse no estudo desses problemas mais leves e extremamente frequentes, pois eles apontam justamente para a função central daquilo que denominei a *psicopatologia da alimentação cotidiana* (Fernandes, 2006a).

É uma observação constante do senso comum que a maneira como cada um de nós se alimenta mantém uma relação estreita com o que estamos vivendo emocionalmente e com o modo como nos relacionamos com o mundo. As alegrias, as grandes emoções, uma paixão amorosa, por exemplo, essas podem facilmente

⁶ Sobre os distúrbios alimentares na infância, remeto o leitor aos livros *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique* de L. Kreisler (1987) e *A criança e seu corpo: psicossomática da primeira infância* de L. Kreisler, M. Fain & M. Soulé (1981).

⁷ A respeito da abordagem psicanalítica da obesidade remeto o leitor ao artigo *A função do ambiente, as relações de troca e as angústias postas na mesa*, de Aline Camargo (2016).

tirar a fome de qualquer um. Alguns comem mais quando estão ansiosos, outros passam a comer menos. O mesmo pode ocorrer, por exemplo, em uma situação de perda afetiva, de morte de um ente querido, de final de um relacionamento amoroso, de mudança de cidade e toda uma infinidade de outros exemplos que poderíamos acrescentar. A obviedade dessas constatações da vida cotidiana que enfatizam as implicações subjetivas presentes no comportamento alimentar é uma evidência empírica que faz parte do conhecimento do senso comum.

No entanto, é essa mesma evidência que nos permite enfatizar que é na exploração dessa *psicopatologia da alimentação cotidiana* que se pode constatar que o comportamento alimentar, originário e essencial desde o nascimento, remete o sujeito à complexidade da sua relação com o próprio corpo, marca indelével dos efeitos da alteridade. Trata-se, então, de tentar entender de que forma a relação do sujeito com o seu próprio corpo e, conseqüentemente, com os outros que o cercam vai interferir no comportamento alimentar.

Devido à amplitude desse campo de estudo e da imensa quantidade de trabalhos produzidos pelas mais diversas áreas do conhecimento, faz-se necessário, para cumprir o objetivo desse artigo, restringir nossa abordagem às duas formas mais graves dos distúrbios alimentares, ou seja, a anorexia e a bulimia.

A anorexia caracteriza-se por uma recusa a alimentar-se e a manter o peso corporal em uma faixa normal mínima, o que geralmente vem acompanhado de amenorreia. A bulimia é caracterizada por episódios repetidos de compulsões alimentares, acompanhados por comportamentos compensatórios inadequados, tais como vômitos autoinduzidos, mau uso de laxantes e diuréticos, jejuns ou exercícios físicos excessivos sem que se evidencie uma perda de peso tão significativa como ocorre na anorexia. Em geral, é comum a ambas um temor intenso de ganhar peso, assim como uma perturbação na percepção da forma e do peso corporal. São ainda consideradas patologias tipicamente femininas, embora não sejam patologias exclusivas das mulheres. Hoje em dia tem-se dado bastante atenção ao aumento da anorexia e da bulimia entre os homens.

A questão do corpo nos remete de saída à problemática da distorção da imagem corporal que abrange desde as dificuldades na percepção das sensações corporais, dos estímulos oriundos do interior e do exterior, até uma distorção da imagem corporal de proporções verdadeiramente delirantes, conforme assinalou Bruch (1973). A meu ver, não se pode deixar de notar ainda uma dificuldade de discriminação entre dentro e fora. Tudo se passa como se o corpo próprio não exercesse aí uma de suas funções que é colocar os limites entre dentro e fora, exercendo assim o papel de fronteira entre o eu e o outro. Essa dificuldade de discriminação entre dentro e fora, entre o eu e o outro, assinala a importância da

precariedade das fronteiras entre sujeito e objeto que se evidencia na ausência de autonomia e dificuldade de diferenciação da figura materna.

Não é sem razão que muitos autores, dentre eles André Green (1999), sugerem que se situe a anorexia e a bulimia entre o que se compreende hoje como *borderlines* ou *casos-limite*. Creio que o interesse maior dessa categoria nosográfica reside justamente na noção de *limite*, mais precisamente na noção de *fronteira*, o que, aliás, essas patologias parecem evocar a cada momento. Fronteira entre dentro e fora, entre o eu e o outro, entre realidade e fantasia, entre a representação e o irrepresentável. Mas também entre categorias nosográficas como, por exemplo, as fronteiras com a psicose, a melancolia e a hipocondria. Nesse sentido, as anorexias e bulimias, em toda sua diversidade, parecem contribuir para um questionamento das fronteiras das categorias nosográficas em si, assim como dos diversos campos teóricos e metodológicos que as investigam.

Minha reticência em relação ao emprego da categoria *borderline* para enquadrar a anorexia e a bulimia se apoia, de um lado, na reconhecida diversidade psicopatológica desses quadros clínicos e, de outro, no incômodo que me desperta certa apropriação desse termo para designar os casos de difícil manejo clínico. Tais casos frequentemente nos colocam em contato com os *limites* do nosso saber e do nosso dispositivo terapêutico, o que certamente nos remete aos nossos próprios *limites* frente às possibilidades de administrarmos as feridas narcísicas daí decorrentes.⁸

Se a clínica psicanalítica da anorexia e da bulimia nos confronta de saída com a questão do corpo, ela nos coloca também diante da especificidade dos processos da adolescência, particularmente em relação às meninas. Tal especificidade evoca as vicissitudes da relação precoce com a mãe no que diz respeito ao gerenciamento pulsional e sua relação com a identificação primária e, em consequência, com os ideais, a diferenciação, a autonomia, o tempo e a morte. Além disso, essa clínica solicita ainda uma reflexão sobre as relações entre psicopatologia e cultura, dada a relevância dos ideais de magreza na atualidade (Fernandes, 2006b, 2008, 2009, 2011, 2013a, 2013b).

Em meu livro sobre a anorexia e a bulimia (Fernandes, 2006a), dediquei-me a explorar e articular metapsicologicamente esses diversos aspectos e suas ressonâncias clínicas. No entanto, para este artigo, decidi priorizar a questão da percepção do corpo e sua indissociável articulação com o eu e o outro, para, a partir daí, assinalar as especificidades do manejo transferencial desses casos.

⁸ A respeito dessa discussão remeto o leitor ao livro *Limites*, organizado por Marta Rezende Cardoso (2004).

As alterações da imagem corporal

*“Porque eu sou do tamanho do que vejo
E não do tamanho da minha altura [...]”*
Fernando Pessoa (1911/1912, p. 137-162).

Michelle tem quatorze anos, precisa ser internada no hospital geral devido ao seu estado físico: pesa apenas trinta e dois quilos e continua recusando alimentação; está amenorreica há vários meses. Uma equipe terapêutica é formada para ocupar-se do caso: um psiquiatra, uma psicanalista, um clínico geral e uma nutricionista. O quarto de Michelle está sempre cheio de comida. Deliciosas guloseimas, frutas frescas e finos chocolates parecem ser, entretanto, encarados com desprezo por seu olhar distante. Quando a atendo pela primeira vez, ainda no hospital, Michelle usa uma sonda parenteral para alimentar-se. Sugiro à família que retire do quarto toda espécie de comida. Três semanas depois ela tem alta do hospital e continua sua análise indo até meu consultório.

Pouco tempo após o início da análise, Michelle ainda se encontrava extremamente magra; mesmo assim, referia não entender por que, quando entrava nos lugares, todos olhavam para ela. Às vezes, em dias ensolarados de verão, chegava para a sessão toda agasalhada, de meias e touca de lã. Embora se saiba que essa espécie de ausência de percepção de um estímulo externo, de frio ou calor, está associada à desnutrição, não se pode deixar de observar que a dificuldade de percepção também se dá em relação aos estímulos internos, por exemplo, na ausência de percepção da sensação de fome e, provavelmente, das dores gástricas daí decorrentes. O mesmo ocorre com os efeitos decorrentes da hiperatividade física, como o cansaço e as prováveis dores no corpo, devidos aos exercícios exaustivos ou mesmo ao depauperamento energético.

Em Lígia isso era particularmente marcante. Ela chega à análise profundamente deprimida, fazendo uso de antidepressivos; chega a comer e vomitar até oito vezes ao dia. Encontra-se emagrecida, referindo um medo enorme de engordar e ficar feia. É uma moça que chama a atenção pela sua beleza. Dedicase com exagero aos exercícios físicos e relata obter “alívio” com essa atividade. Após terminar a faculdade, os episódios bulímicos a impedem de dar continuidade ao seu desejo de fazer uma pós-graduação. Inicia reticente sua análise, dizendo que já se submeteu a duas terapias anteriores, mas “não adiantou nada” – diz ela.

Com medo de perder o controle de suas próprias necessidades orais e de se ver à mercê da compulsão bulímica, ela corria durante horas no Parque do Ibirapuera, quilômetros a fio; os pés chegavam a ficar machucados. No início da

análise fiz um comentário a esse respeito e, examinando os próprios pés, ela me disse surpresa: “Não havia me dado conta”. A meu ver, essa espécie de negatização da dor nessas jovens está diretamente associada à problemática da percepção do corpo, na qual a distorção da imagem corporal se apresenta em graus variados. De fato, chama atenção a ausência de manifestação da dor particularmente nas jovens anoréxicas; o corpo anoréxico parece não sentir a dor, nem quando fica sem comer, nem quando se entrega a exercícios físicos exaustivos, como se esse corpo só existisse em negativo.

Os desenvolvimentos teóricos de Freud (1914) sobre o narcisismo e as contribuições de Ferenczi (1917) certamente abriram caminho para os estudos de Paul Schilder (1950) sobre a imagem corporal. Mundialmente conhecido por seus trabalhos na área da neurologia, Schilder, que sempre se interessou pela filosofia e pela psiquiatria, só veio a interessar-se pela psicanálise mais tarde, quando já professor da Universidade de Viena. Admirado por sua generosidade e habilidade didática, Schilder era também um analista de qualidades notáveis. Sua sensibilidade clínica orientou seus trabalhos em muitas direções, porém a noção de imagem do corpo é certamente uma de suas mais fecundas contribuições.

Por volta dos anos trinta, ele definiu a imagem corporal como sendo a figura que se forma, para o sujeito, no interior de seu aparelho psíquico, do tamanho e da forma de seu próprio corpo e dos sentimentos suscitados a partir daí. Essa figuração interna do corpo, por assim dizer, inclui a visão de um todo assim como a percepção das sensações experimentadas nesse todo ou em partes dele. Essa unidade foi chamada de esquema corporal. A esse esquema corporal associa-se uma imagem tridimensional, absolutamente singular e variável, não só de um sujeito a outro, como também ao longo da vida de um mesmo sujeito. Desse modo, a imagem corporal integra as informações visuais e táteis que vêm do exterior do sujeito (estímulos exteroceptivos), a percepção e interpretação de estímulos provenientes do interior do corpo, como, por exemplo, fome, sono e desejo (estímulos interoceptivos ou introceptivos) e, ainda, a experiência subjetiva com o próprio corpo.

A imagem corporal inclui, assim, a percepção e a avaliação que o sujeito faz de seu próprio corpo. Por esse motivo, Schilder (1950) insistia que, na constituição da imagem do corpo, estariam implicadas não apenas as dimensões anatômica e fisiológica, mas também as dimensões libidinais. Para Schilder, existia uma *base biológica* da imagem do corpo que forneceria o material sobre o qual a libido iria conferir uma estrutura e uma significação absolutamente singular. Assim, segundo ele, as oscilações e as perturbações da imagem corporal – que é um elemento

fundamental da identidade do sujeito – estariam intimamente relacionadas aos movimentos da economia libidinal.

Ao final dos anos cinquenta, Françoise Dolto amplia a noção de imagem corporal colocando a ênfase no seu estatuto inconsciente, tributário da alteridade. Ela afirma que a imagem inconsciente do corpo vai se moldando ao longo do tempo, desde as etapas pré-especulares, como uma espécie de elaboração de sensações e emoções precoces experimentadas na relação intersubjetiva com as figuras parentais, um verdadeiro substrato relacional que passa pelo corpo, lugar da comunicação precoce. Sendo assim, a imagem inconsciente do corpo se apoia no outro, isto é, forma-se como referência intuitiva ao desejo do outro, ordenando-se corporalmente no sentir, no dizer e no corpo da mãe.

Dolto (1984), conhecida por sua extrema habilidade de comunicação com as crianças, recomendava que, para conseguirmos verdadeiramente escutar as anoréxicas e as crianças psicóticas muito pequenas, deveríamos falar com elas “no nível das imagens do corpo”. Evidencia-se, desse modo, que a noção de imagem corporal se constrói a partir das experiências precoces que, passando necessariamente pela função alimentar, solicitam diretamente o corpo e o outro.

A distorção da imagem corporal das anoréxicas não se confunde com a insatisfação com a imagem do corpo frequentemente referida pelas mulheres na atualidade. Quando perguntamos a uma anoréxica, refere Esturaro (2003):

[...] qual braço está mais gordo, se o dela ou o da terapeuta, obviamente a paciente responde que é o dela. A fala vem acompanhada de um forte sofrimento, pois as pacientes afirmam que sabem que o seu braço está mais magro, mas não conseguem vivenciar esta experiência (p. 82-83).

Esse sofrimento expressa-se, muitas vezes, não apenas pela angústia, mas também por uma espécie de agitação silenciosa, que traduz a confusão na qual a jovem se encontra diante de uma verdadeira impossibilidade de validar um saber decorrente de sua percepção. A dificuldade de discriminação entre o eu e o outro, marca da dificuldade de separação entre o sujeito e o objeto, confere a essa percepção um saber sem validade.

Em geral as mudanças pelas quais o corpo passa ao longo da vida, seja com a chegada da puberdade, seja com um ganho ou uma perda de peso significativa, são mais rápidas que a nossa possibilidade psíquica de adequá-las à imagem que temos de nosso corpo. Sendo assim, é comum observarmos que alguém que perdeu ou ganhou muito peso, quando vai comprar uma roupa nova, tem a tendência de adquirir o número usado anteriormente. É preciso certo tempo para que o sujeito se

adapte às novas dimensões de seu corpo. Particularmente nas jovens anoréxicas, o que observamos é uma dificuldade acentuada nessa adequação da imagem do corpo às dimensões do corpo real. Michelle costumava comprar roupas de um número menor que o seu, da mesma forma que parecia ficar perdida diante da quantidade de comida que deveria pôr no prato. Ora servia-se abundantemente, ora de forma sumária, como se a possibilidade de representação do interior do corpo estivesse igualmente comprometida.

Em minha clínica, não pude deixar de observar, ainda, a associação entre o aparecimento de uma doença orgânica grave ou incapacitante ou até mesmo um acidente e a intensificação das preocupações com o corpo, como no caso de Renata. Na nossa primeira entrevista ela queixa-se de um retraimento social que a tem impedido de relacionar-se com os outros “como antes”. Ao tentar conhecer o “divisor de águas” que a faz fixar uma âncora no tempo – um tempo do *antes* e outro do *depois* – fico sabendo que Renata se refere a uma ruptura amorosa provocada por ela mesma. Tal decisão acontece depois de um acidente que a deixa incapacitada por alguns meses. Porém, ela me conta, intrigada, que durante os primeiros meses, após o final do namoro, ela se sentia bem e em harmonia com sua decisão. É apenas com o passar do tempo que começa a “ficar encanada” consigo mesma, experimentando uma preocupação excessiva com a forma e o peso corporal, sentindo-se com frequência “feia, gorda e pouco atraente”.

Renata refere que *antes* do acidente não se recorda de ver-se assim tão preocupada com o corpo, a ponto de deixar de sair à noite com as amigas por se sentir *gorda*. Mais uma vez, ela nos oferece uma âncora no tempo, um tempo do *antes* do acidente e um tempo do *depois* do acidente. A sensibilidade de Renata na observação de si mesma a faz afirmar, espontaneamente, que percebe que essas preocupações são *exageradas e fora de propósito*, mas o fato de *pensar* isso não a impede de *sentir* dessa forma ao olhar-se no espelho. A diferença entre *pensar* e *sentir* está posta! Renata pode pensar criticamente sobre sua exagerada preocupação com o corpo, porém isso não transforma em nada o que sente diante de sua experiência com o próprio corpo – sua forma, seus contornos, suas dimensões. Renata não é anoréxica nem bulímica, mas apresenta uma relação com o corpo muito semelhante à das jovens que sofrem essas patologias.

Freud nos ensina que, na melancolia, através da identificação narcísica, o objeto perdido encontra-se fundido com o Eu; a meu ver, na anorexia e na bulimia, esse objeto parece encontrar-se fundido com o corpo à semelhança da hipocondria. A extrema atenção que os hipocondríacos dedicam a escutar seus órgãos e o funcionamento de seu corpo nossas jovens anoréxicas e bulímicas dedicam a observar, cuidadosa e atentamente, os contornos e a superfície externa

de seus próprios corpos. A preocupação com a imagem do corpo, rigorosamente verificada no espelho do olhar do outro, autoriza-me a falar aqui de uma verdadeira *hipocondria da imagem* (Fernandes, 2010).

Essa espécie de auto-observação do corpo – de tonalidade tipicamente hipocondríaca – encontra-se presente em menor grau e com menos exclusividade em praticamente todas as jovens de nosso tempo, marcando a cultura contemporânea. Os comentários sobre a aparência do corpo ocupam lugar de destaque nas conversas e nas preocupações dos sujeitos na atualidade. Aterrorizados pelo pesadelo da celulite, das estrias, da gordura localizada, da flacidez, eles sonham com as intervenções cirúrgicas e os tratamentos milagrosos que, corrigindo defeitos às vezes mínimos, possam manter a ilusão de um corpo sem marcas, um corpo intocado, imune às marcas produzidas pela vida vivida e pelo tempo que passa.⁹

Tal *hipocondria da imagem* parece assim constituir-se como um meio de expressar o mal-estar e uma tentativa de descrição de processos internos que, na impossibilidade de serem descritos enquanto mal-estar psíquico, insatisfações, frustrações, tristezas e decepções, são expressos através de um relato sobre as insatisfações com o próprio corpo. A esse respeito, afirma Volich (2002):

Muitas vezes, diante do sofrimento e da perda, entre o vazio e a palavra, o corpo se vê convocado. [...] Inscrevem-se ali os prazeres, os encontros felizes e gratificantes, mas também as dores, as perdas, as separações, mais difíceis de serem compartilhadas. Entre o real e o imaginário, inclina-se muitas vezes o corpo à exigência de conter o sofrimento indizível, de suportar a dor impossível de ser representada (p. 227).

As palavras de Volich vêm assinalar ao nosso corpo uma função a mais: a de guardião da memória das histórias vividas entre encontros e desencontros.

Nesse contexto, as indicações de Freud (1923) acerca da dimensão corporal do Eu, particularmente quando se trata da percepção e da representação do corpo próprio, podem nos oferecer algumas pistas úteis para uma compreensão metapsicológica desses fenômenos. Pois tudo se passa como se a função estruturante da imagem corporal, não podendo se constituir, necessitasse passar pela dor para que o corpo em negativo pudesse vir a se positivar, ou seja, pudesse passar a existir enquanto objeto psíquico para o sujeito.

Observa-se que, para circunscrever a ideia do Eu, Freud (1923) utiliza uma metáfora especulativa. É Lacan (1949) quem vai desenvolver mais tarde essa

⁹ A respeito da primazia do corpo na cultura contemporânea, remeto o leitor ao ótimo livro *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*, de Jurandir Freire Costa (2004).

abordagem do Eu e do corpo em seu famoso ensaio sobre o estágio do espelho. Nesse texto, ele considera a assunção da imagem especular como fundadora da instância do Eu. Imagem, corpo e identidade se encontram igualmente correlacionados em Winnicott (1974), para quem o surgimento do sentimento de identidade é consecutivo ao reconhecimento de si no rosto da mãe.

Se em Freud a relação entre corpo e identidade foi colocada em evidência a partir do momento em que ele introduziu o narcisismo, quando ele diz que o Eu é corporal, o caracteriza como sendo também narcísico. Apenas o registro do narcisismo pode sustentar a unidade ideal do sujeito, identificando o corpo com o si-mesmo. De fato, com a introdução do narcisismo, Freud estabelece o investimento libidinal do Eu na mesma série dos investimentos de objeto e acentua a natureza libidinal da pulsão de autoconservação (Fernandes, 2016a).

O corpo recusado na anorexia e o corpo estranho na bulimia

Nos casos em que a anorexia aparece ligada à bulimia, com vômitos e uso de laxantes, como no caso de Lígia, o papel desempenhado pela manutenção da sensação de fome se faz mais evidente. Isso deveria nos levar a questionar a função autoerótica da fome ou da motricidade. Uma pergunta aqui se coloca: a motricidade impulsiva dessas jovens, a impulsão bulímica e os vômitos são eles autoeróticos? Ou melhor, seriam essas ações tentativas desesperadas de constituir o lugar do autoerotismo?

A resposta a essa questão é certamente complexa, mas o fato de colocá-la nos remete necessariamente, segundo a contribuição de Fédida (1990), ao lugar da alteridade no autoerotismo, ou, melhor dizendo, ao fracasso na constituição de tal lugar. Para Fédida, a compreensão das anorexias e bulimias poderia se enriquecer se essas pudessem ser pensadas clinicamente a partir do modelo do autoerotismo.

Para a construção de uma compreensão metapsicológica desses fenômenos, privilegiei, do ponto de vista tópico, a relação entre o Eu e o corpo; do ponto de vista econômico, as vicissitudes da dimensão mais arcaica da economia libidinal, particularmente as condições de instalação do autoerotismo; e, do ponto de vista dinâmico, as vicissitudes da relação precoce mãe-bebê. Pois o investimento materno, através da escuta e interpretação das sensações corporais realizada pela mãe, é que vai construindo para o bebê a imagem de seu corpo e assim sua identidade.

As minhas hipóteses sustentam a ideia de que, na anorexia, tem-se a impressão que estamos diante de um fenômeno de anestesia do corpo libidinal,

enquanto que, na bulimia, poderíamos pensar em um autoerotismo negativo, em razão da prevalência da busca de sensação no agir bulímico e do desprazer com frequência experimentado.

Porém, mesmo se na bulimia o prazer é frequentemente travestido em dor, há um investimento libidinal que assegura a experiência do corpo. Corpo dóido, corpo disforme, corpo odiado, corpo vigiado para não sucumbir à tentação bulímica, mas ainda assim um corpo. Corpo que faz barulho, *corpo estranho* que incomoda. Na anestesia libidinal das anoréxicas, particularmente nas de tipo restritivo,¹⁰ parece que estamos diante de um não-corpo. *Corpo recusado*, em sua erogeneidade, em suas necessidades, em sua materialidade, corpo-imagem. Um corpo em negativo, um corpo que não pode se constituir enquanto objeto psíquico, que não chega a constituir um corpo próprio (Fernandes, 2010).

A recusa do corpo na anorexia, através da recusa da fome, do brutal emagrecimento, do cansaço, da dor, denuncia assim a impossibilidade de constituição da experiência hipocondríaca, que, através da percepção da dor, por exemplo, participa da construção da função estruturante da imagem corporal na subjetividade.¹¹

Enfatizando que, no começo da vida, é a mãe que escuta e interpreta os sinais do corpo do bebê, e que esse trabalho de escuta e interpretação só é possível se existe da parte dela um investimento libidinal nesse corpo, proponho, de acordo com Freud, que o papel da mãe não é simplesmente assegurar a conservação da vida, mas, simultaneamente, permitir o acesso ao prazer através da promoção da sexualidade. A constituição do autoerotismo supõe originalmente a existência de um objeto maternal que assegurou a satisfação das primeiras necessidades; o autoerotismo vem apenas em resposta à perda desse objeto. O acesso ao corpo sexuado, promessa de prazer, supõe, então, a existência de um *primeiro tempo* no qual as necessidades básicas foram satisfeitas, única condição possível para que o bebê possa lidar com a ausência sem se ver ameaçado de destruição.

Pode-se, então, pensar que, na ausência de um investimento materno adequado, a experiência do corpo ficaria ligada à necessidade, privada da descoberta desse corpo de prazer – em um primeiro momento objeto do investimento

¹⁰ A anorexia é chamada de *tipo restritivo* quando não se observa nenhum comportamento compensatório inadequado, à semelhança da bulimia, apenas a restrição alimentar extrema.

¹¹ Pode observar também essa dificuldade de percepção do corpo em pacientes organicamente doentes, fenômeno que denominei *o silêncio dos órgãos*. Tal fenômeno pôde receber uma inteligibilidade metapsicológica a partir da comparação com a hipocondria, o que me permitiu colocar em evidência as vicissitudes do desenvolvimento libidinal. O leitor que se interessar, o remeto aos meus artigos *A hipocondria do sonho e o silêncio dos órgãos: o corpo na clínica psicanalítica* (2002); *As formas corporais do sofrimento: a imagem da hipocondria na clínica psicanalítica contemporânea* (2003a), ou ainda, de forma mais abrangente, ao meu livro *L'hypocondrie du rêve et le silence des organes: une clinique psychanalytique du somatique* (1999).

libidinal da mãe e, em um segundo momento, objeto do investimento libidinal do próprio sujeito. Na falta desse investimento libidinal necessário, a constituição da organização libidinal autoerótica não pode se estabelecer.

Minhas hipóteses sustentam então a ideia de que, nas jovens nas quais se evidencia uma marcada dificuldade de percepção do corpo, a ponto de denotar uma verdadeira distorção da imagem corporal, a experiência do corpo pareça ter ficado ancorada no registro da necessidade, isto é, em um tempo anterior ao autoerotismo. Foi a constituição do autoerotismo que ficou comprometida (Fernandes, 2012a).

A absoluta impossibilidade de o bebê suprir, sozinho, suas necessidades de sobrevivência liga definitivamente a satisfação à imagem do objeto. Isso nos remete necessariamente a tentar entender o que significa para a economia libidinal do sujeito sua dependência originária ao outro. Essa dependência vem assinalar a importância da função alimentar no exercício da função materna e, conseqüentemente, na constituição desse corpo erógeno, cujo funcionamento é fruto das primeiras interações mãe-bebê.

Ora, se na teoria freudiana em 1920 o trauma passa a ser definido como o resultado de uma desproporção entre a intensidade pulsional e as possibilidades de elaboração do aparelho psíquico, e se, mais tarde, em 1926, a ausência da mãe constitui uma situação *traumática*, a meu ver, torna-se possível demonstrar que sem uma *função materna de paraexcitação* o aparelho psíquico fica à mercê da força pulsional.¹² A clínica psicanalítica não deixa de evidenciar que também os casos de anorexia e bulimia, além de alimentarem a rede de representações que servem de suporte para a angústia de castração, também remetem ao caráter silencioso da pulsão de morte e, assim, aos efeitos mais ou menos duráveis e nefastos relacionados à desfusão pulsional.

No entanto, a ideia de uma desfusão das pulsões pressupõe a existência de um tempo anterior no qual as pulsões estavam fundidas. Só o que supostamente está unido pode vir a se separar. Isso implica, se falamos de uma desfusão pulsional, que devemos então nos interessar pelas condições de possibilidade necessárias à fusão das pulsões e a tudo aquilo que pode vir a comprometer ou a dificultar o transcorrer do processo de fusão pulsional necessário à manutenção da vida. Se à mãe cabe um papel central no gerenciamento pulsional, trata-se, então, de nos interessarmos pelas vicissitudes dessa *função materna de paraexcitação*.

A meu ver, não resta dúvida que interpretar metapsicologicamente a eclosão da anorexia como o resultado de uma desfusão pulsional – que se produz em consequência das solicitações próprias da adolescência – é deixar o trabalho de

¹² Cf. os textos de Freud: *Au-delà du principe de plaisir* (1920) e *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926).

exploração metapsicológica pela metade. Não podemos recusar um questionamento que se impõe a partir da clínica com essas jovens: por que os processos próprios da adolescência – incluindo a integração da sexualidade genital, aspecto amplamente salientado pelos psicanalistas – seriam suficientes para provocar uma desfusão pulsional em certas jovens e não em outras? Se as modificações próprias da puberdade exigem um árduo trabalho psíquico para serem integradas, para os meninos e, mais ainda, para as meninas, por que, para alguns, as dificuldades próprias dessa fase da vida assumem contornos dramáticos, a ponto de o corpo biológico ser abandonado à própria sorte, tal como se observa na anorexia?

Esses questionamentos exigem que nosso interesse se volte para as condições nas quais o processo de fusão pulsional se realizou. Uma fusão pulsional parcial ou precária no início da vida pode criar condições que irão facilitar a desfusão pulsional quando, mais adiante, as exigências da própria vida apresentarem seus impasses e dificuldades.¹³

Se a ausência da mãe tem para o bebê um efeito traumático por representar justamente a ausência desse escudo protetor, desse *paraexcitação*, que o protege também dele mesmo, ou seja, das sensações que lhe vêm do interior de seu próprio corpo, é essa ausência de proteção que, sendo traumática, pode desencadear a compulsão à repetição como uma tentativa última de fusão pulsional. Essa não ligação das pulsões de vida e de morte abre as condições de possibilidade para o surgimento, entre outros fenômenos, dos efeitos da ação do masoquismo em suas diversas dimensões.

Ora, se as dificuldades de libidinização do corpo do bebê pela mãe resultam, no âmbito da primeira teoria das pulsões, conforme vimos, em uma precariedade do autoerotismo, pode-se supor que, no nível da segunda teoria das pulsões, elas resultam no desencadeamento da compulsão à repetição e dos fenômenos a ela ligados.

A partir dos anos vinte, a retomada por parte de Freud da importância do ponto de vista econômico vem conferir uma certa positividade à intensidade das excitações que provêm tanto do interior quanto do exterior do sujeito. Além disso, com o segundo dualismo pulsional, o fato de a pulsão de morte ter sido descrita como a pulsão sem representação vem acentuar uma forma de eficácia psíquica que se situa aquém da simbolização. Pode-se constatar, então, que a introdução da pulsão de morte, assim como os avanços teóricos na compreensão do trauma, além de conferirem à alteridade um papel estratégico no gerenciamento pulsional,

¹³ A respeito da importância dos processos de fusão e desfusão pulsional na compreensão psicopatológica freudiana, remeto o leitor ao capítulo IV de *O ego e o id* (1923) e ao *O problema econômico do masoquismo* (1924).

abrem todo um campo de possibilidades para se pensar o irrepresentável no interior da metapsicologia (Fernandes, 2004).

Em meu livro sobre o lugar do corpo na teoria freudiana (Fernandes, 2003b), já tive a ocasião de enfatizar que a função metapsicológica do corpo – entre dor e prazer, vida e morte – permite à metapsicologia abordar tanto um *corpo da representação* como também o que denominei um *corpo do transbordamento*, que, situando-se aquém da simbolização, coloca em evidência o excesso impossível de ser representado. Segundo minha hipótese, o lugar do corpo na teoria freudiana reflete e preserva os traços dessa dupla incidência observada tanto na teoria quanto na clínica psicanalítica.

A inovação freudiana foi precisamente ter podido demonstrar como esse corpo, que de saída nos identifica a nós mesmos e, paradoxalmente, não equivale imediatamente a um corpo próprio, vai sendo construído à custa de um laborioso trabalho resultante do encontro essencial com o outro. O corpo colocado em evidência pela psicanálise – a saber, o corpo psicanalítico – resulta dos riscos do confronto entre a alteridade e a ausência (Fernandes, 2003b, 2016b).

O percurso realizado até aqui permite, então, ampliar as minhas hipóteses. Na ausência de possibilidade para sentir o que se passa no nível do próprio corpo, conforme vimos, a eclosão da anorexia na adolescência nos confronta com uma espécie de movimento de descarga que poderia ser compreendido enquanto consequência de uma desfusão pulsional. No caso da bulimia, mesmo que o prazer possa se travestir em dor, conforme já assinalai, ainda assim permanece a presença de um investimento libidinal mínimo. Parece que não estamos aí diante de um corpo em negativo, como na anorexia, mas diante de um *corpo estranho*. A clivagem entre o Eu e o corpo parece evidenciar essa *estranheidade* da bulímica com seu próprio corpo.

Na bulimia, não se trata exatamente de um *corpo recusado* em sua materialidade, como na anorexia, mas de um *corpo estranho*, hiperpresente e exigente, cujas demandas espantam pela falta de conexão com o Eu do sujeito. Nota-se aí o sentimento de estranheza e vergonha dessas jovens diante da selvageria do ato bulímico, que as leva a observarem assustadas a glutoneria desse corpo que parece não lhes pertencer. Se o ato bulímico submete o corpo aos excessos e até mesmo à dor, não poderíamos ver aí uma tentativa desesperada de refusão pulsional, que busca reativar as funções de ligação do masoquismo originário? Poderíamos pensar, então, que na anorexia estaríamos aquém do masoquismo erógeno?

Se o autoerotismo, conforme salienta Freud, vem apenas em resposta à perda do objeto que garantia a satisfação, isso implica considerar que, se ele não se constitui, o bebê estará desamparado para lidar com a ausência do objeto. Tal

ausência, não tendo como ser atenuada pelo recurso à satisfação autoerótica, será dificilmente suportada. A meu ver, pode-se pensar que é nessas condições que a ausência ganha toda a sua dimensão traumática, impedindo ou dificultando as condições de possibilidade para a fusão das pulsões. Em termos metapsicológicos, sugiro que a bulimia e, particularmente a anorexia, colocam em evidência a precariedade da fusão pulsional no início da vida. Tal precariedade, segundo minha hipótese, pode ter sido instalada pelas dificuldades ou descontinuidades no exercício da *função de paraexcitação materna*.

A função de libidinização da mãe

É graças a essa função de paraexcitação da mãe que a criança adquire um conhecimento de seu corpo, de suas sensações, de suas necessidades e de seus afetos. É o exercício dessa função pela mãe que organiza o contato da criança com seus amores e seus ódios, sua capacidade de amar e de destruir, de vincular-se ao outro ou de isolar-se, mas também de promover o prazer e de suportar o sofrimento. A função de paraexcitação da mãe tem assim uma *tripla função*, ela é não apenas protetora e mediadora, mas é também libidinizadora. Pode-se então pensar que *essa dimensão libidinizadora da função de paraexcitação materna representa uma condição de possibilidade para a fusão das pulsões*.

Se por qualquer vicissitude o objeto falha nessa sua função, o mecanismo da introjeção não pode se processar. A meu ver, a rigor, deve-se dizer que a introjeção das pulsões e suas vicissitudes supõem uma introjeção anterior, não do objeto, mas da função de paraexcitação materna. É essa introjeção que irá garantir a constituição de um objeto interno, que, na ausência da mãe mais tarde, será capaz de assegurar as possibilidades de enfrentar os excessos e adversidades inerentes ao crescimento e à aquisição da autonomia. É assim que, diante do fracasso da *introjeção da função de paraexcitação materna*, o sujeito, desprotegido perante a emergência pulsional, fica à mercê da necessidade de incorporar o objeto. Sendo assim, poderíamos pensar que nas jovens anoréxicas e bulímicas a identificação primária fica presa na incorporação, seu protótipo corporal (Fernandes, 2010).

Na anorexia e na bulimia os processos próprios da adolescência chegam a provocar uma desfusão pulsional justamente porque encontram uma fusão pulsional precária e até mesmo parcial, fruto das dificuldades na introjeção da função de paraexcitação materna, particularmente no seu aspecto libidinizador. Dito de outro modo, *os processos próprios da adolescência provocam a desfusão pulsional*

ao encontrar uma fusão já prejudicada particularmente pelas dificuldades na introjeção da função de libidinização da mãe.

Pode-se supor, então, que na anorexia, particularmente a de tipo restritivo, houve uma precariedade no processo de fusão pulsional ainda mais marcada do que nos casos de bulimia, como se a fusão das pulsões tivesse sido apenas parcialmente realizada. A partir daí adquire sentido a ideia, já expressa anteriormente, de que, na anorexia, estaríamos aquém do masoquismo originário. Se a bulimia representa uma tentativa de refusão pulsional por buscar reativar as funções de ligação do masoquismo originário através do sofrimento infringido ao corpo nos excessos alimentares, nos vômitos e até nos exercícios exaustivos, conforme assinalei, a meu ver, a anorexia, mesmo a de tipo restritivo, também representa uma tentativa de refusão das pulsões, só que tal tentativa esbarra em uma precariedade mais acentuada dos processos de fusão pulsional no início da vida.

Essas ideias salientam que é a mãe, através da sua função de paraexcitação, que gera um corpo erógeno e ensina o caminho da simbolização. É, então, a mãe que, desde o tempo anterior ao autoerotismo, realiza o trabalho de simbolização pelo bebê. O aparelho psíquico sem esse tempo fica exposto à precocidade do trauma. Sem simbolização não há possibilidade de recalçamento. O que entra em cena é a compulsão à repetição e os mecanismos da recusa e da clivagem. O mecanismo da clivagem (*Spaltung*) retorna tardiamente na obra de Freud, particularmente a partir do trabalho sobre o fetichismo quando vai ganhar peso a noção de recusa (*Verleugnung*).¹⁴

Para Kestemberg, Kestemberg e Decobert (1972), na anorexia se evidencia uma erotização da fome, a meu ver, esses casos parecem representar *uma tentativa de refusão pulsional através da erotização do controle sobre as necessidades do corpo como um todo e não apenas sobre a fome*, pois, se o corpo da bulímica é um *corpo estranho*, o corpo da anoréxica é um *corpo recusado* em sua materialidade e em suas necessidades. A erotização do controle recusa ao corpo da anoréxica sua humanidade criando os impasses que alimentam a gravidade desses casos e as dificuldades no manejo clínico deles.

Vale salientar que a recusa aqui não diz respeito a uma recusa da realidade exterior, como estamos acostumados a ver na psicose, mas a uma recusa da realidade do próprio corpo. Fica evidente que a recusa da realidade do corpo, no que ela tem de mortal e de erótica, assume não somente um lugar de destaque na anorexia e na bulimia como também permite aqui estabelecer uma fronteira com a psicose.

¹⁴ Cf. os textos de Freud: *Fétichisme* (1927), *Le clivage du moi dans le processus de défense* (1938) e *Abrégé de psychanalyse* (1940).

A recusa da realidade humana, no que ela tem de mortal e erótica, sugere que a anorexia abrigaria assim um fantasma de indestrutibilidade do corpo, como se o sujeito se recusasse a ver-se como vulnerável. Neste sentido, o sentimento de onipotência e a recusa da realidade do corpo próprio parecem manter entre si relações estreitas, se combinando com um Eu ideal bastante poderoso que leva o sujeito a tentar manter-se na ilusão de um corpo inatingível, simultaneamente inatingível pela morte e pelo tempo. Ora, essa fusão com o ideal não assinalaria também a tentativa de recusa da alteridade e seus efeitos sobre o destino do sujeito?

A meu ver, a recusa da realidade do corpo próprio nessas jovens abriga na verdade uma *tripla recusa*: da morte, do tempo e do outro. Se a essas jovens é necessária uma recusa de tal forma obstinada, isso deve nos informar a respeito da intensidade do perigo que elas enfrentam para ter que erguer uma defesa assim tão poderosa (Fernandes, 2013c, 2014).

Conforme vimos, as perturbações do investimento materno e a precariedade do paraexcitação introjetado pelo bebê perturbam a construção da imagem corporal, que inclui a percepção, a representação e o sentimento do corpo próprio, porém o excesso de investimento materno também perturba essas vivências. A mãe intrusiva é tão nociva quanto a ausente, denotando assim os efeitos nefastos do que caracterizei como *a mãe de extremos*. A intensidade do perigo que requer defesas tão poderosas parece estar diretamente ligada à dificuldade de diferenciação da figura materna que solicita, de forma eloquente, a recusa da passagem do tempo, da vulnerabilidade inerente à existência humana e da necessidade do objeto (Fernandes, 2012b, 2015, 2016c).

Para que essas construções teóricas possam adquirir uma verdadeira operacionalidade clínica, faz-se necessário, concluindo, assinalar seus possíveis desdobramentos no sentido de uma abertura da nossa escuta analítica. Pois os desafios que se apresentam à nossa clínica cotidiana salientam a complexidade da condução do processo analítico nesses casos, particularmente no que diz respeito às especificidades do manejo transferencial.

A dificuldade de percepção das sensações corporais se faz acompanhar nessas jovens de outra, igualmente significativa, a saber, a dificuldade de percepção de seu mundo interior e suas necessidades afetivas. O que chama atenção é que, mesmo diante de uma atividade fantasmática aparentemente rica, ela não dá sinal de favorecer o enriquecimento da atividade imaginativa e relacional. Os fantasmas parecem aprisionados no corpo, surgindo, muitas vezes, de forma antimetáforica e concreta. Nossas jovens se apresentam como se estivessem privadas do seu espaço interno, despossuídas de uma interioridade. Uma ausência que, segundo Bidaud (1998), diz respeito ao corpo, ao afeto e ao pensamento.

O difícil na condução do processo analítico dessas jovens é encontrar a justa medida, é conseguir dosar proximidade e distância, silêncio e palavra. A dificuldade reside justamente no fato de que o interesse no trabalho analítico e o prazer no contato com o analista tornam-se ao mesmo tempo fonte de angústia, provavelmente porque evocam a ameaça de indiferenciação e fusão vivida na relação com a mãe. O controle onipotente sobre o corpo repete a relação experimentada com a mãe e é esta relação que se repete na transferência. Uma relação marcada por ausência e intrusão, desamparo e desesperança, o que exige do analista *delicadeza e paciência*, pois não pode ter pressa.

É nesse tênue fio de navalha que o espaço e o tempo das sessões vão sendo lentamente ocupados por uma tentativa de nominação do que é vivido ali, entre analista e analisando. Quase como um esforço para *pensar alto, dar voz* ao que é experimentado, inicialmente através das sensações corporais, que abrem o caminho para a passagem dos pensamentos, e em seguida dos afetos, dos sonhos e dos devaneios. Passagem lenta e delicada, em que muitas vezes é necessário destrinchar as experiências subjetivas, habituando pacientemente essas jovens a nos explicarem o que querem dizer, o que sentem. Contar de si é também e essencialmente uma forma de se escutar! *É à escuta de si mesmas que o processo analítico deveria poder levar essas jovens.*

A situação analítica pode funcionar, então, permitindo resgatar fragmentos, juntar pedaços, criar sentidos, inventar formas, liberando a atividade fantasmática das suas modalidades defensivas, que davam um lugar privilegiado às experiências e sensações corporais. O atendimento dessas jovens nos revela o caminhar incontornável pelas sensações corporais, no início, descritas e investidas como um material de análise que nós, analistas, precisamos nos habituar a ouvir sem preconceitos. É isso que vai permitir *uma passagem desse corpo recusado para um corpo libidinizado, investido pela presença e pela palavra do analista.*

As dimensões paradoxais dessa transferência – fascínio e horror, amor e ódio, vida e morte – solicitam do analista que este possa exercer uma *função de paraexcitação* em sua tripla dimensão de proteção, mediação e libidinização, permitindo à situação analítica funcionar como um reorganizador da libidinização do corpo. Somente nessas condições a atividade fantasmática poderá ressurgir em toda sua virtualidade e riqueza. Se nessas jovens observa-se, conforme salientei, que *a função de paraexcitação materna* encontrou dificuldade de ser introjetada, deixando-as expostas ao desamparo diante da ausência do objeto, não posso deixar de insistir aqui na importância dessa *função de paraexcitação do analista*. Nesses casos, a função mediadora e protetora, assegurada pela presença constante e regular do analista, vem se unir a essa função de libidinização assegurada pela sua escuta.

O que vai permitir ao analista exercer a *função de paraexcitação* em sua tripla dimensão e assim criar as condições de possibilidade para que essas jovens possam *introjetar* essa função é a transferência. São os processos transferenciais, particularmente em seus aspectos mais regressivos, que irão permitir essa introjeção. Não é à toa que diante desses casos muitas vezes é o corpo do analista que é solicitado, na relação transferencial, a acolher os sentimentos e as sensações mais primitivas. Muitas vezes cabe ao corpo do analista *receber e conservar* essas sensações para que, através delas, possa *reconstituir* no movimento transferencial sua história libidinal. É essa reconstrução que permite estabelecer a *ligação* entre essas jovens e seus corpos e, assim, entre elas e seu desejo (Fernandes, 2003b, 2006a).

Essas jovens solicitam de nós uma capacidade para habitar o vazio e a incompletude, transitar pacientemente entre a vulnerabilidade e a ternura, além de uma disposição psíquica para, criativamente, construir teorias ficcionais que, alimentando nossa capacidade de continuar pensando, nos permitem muitas vezes resistir à travessia do deserto. Com elas somos confrontados à necessidade de gerenciar as angústias de intrusão, de esfacelamento e do vazio, à necessidade de garantir o desenvolvimento de uma função psíquica de paraexcitação, protetora, mediadora e libidinizadora e, ainda, levar em conta, ao mesmo tempo, o corpo e a palavra no manejo da relação transferencial. □

Abstract

Anorexia and bulimia: between the body, the ego and the other

The eating behavior, originating and essential since birth, makes the individual aware of the complex relationship with his own body, an indelible mark of the effects of alterity. On the other hand, the psychoanalytical practice related to anorexia and bulimia immediately confront us with the issue of the body, as well as with the specific processes of adolescence. Such specificities evoke the vicissitudes of the early relationship with the mother regarding the management of the drives and the relationship with primary identification and consequently with ideals, differentiation, autonomy, time and death. This paper discusses some hypotheses based on metapsychology, with the aim of providing a better understanding of the process of constructing the body image. It stresses that the maternal investment, by listening and interpreting the bodily sensations, builds the baby's image of his own body and, therefore, his identity. Finally, it emphasizes the possible repercussions

of that theoretical construction in the analyst's listening, given the peculiarities of the transference management in such cases.

Keywords: anorexia/bulimia, body image, metapsychology, transference management.

Resumen

Anorexia y bulimia: entre el cuerpo, el yo y el otro

El comportamiento alimentario, originario y esencial desde el nacimiento, remite al sujeto a su relación con el propio cuerpo, marca indeleble de los efectos de la alteridad. La clínica psicoanalítica de la anorexia y de la bulimia, a su vez, nos enfrenta de inmediato a la cuestión del cuerpo y a la especificidad de los procesos de la adolescencia. Esa especificidad evoca las vicisitudes de la relación precoz con la madre en lo que dice respecto al manejo pulsional y a su relación con la identificación primaria y, en consecuencia, con los ideales, la diferenciación, la autonomía, el tiempo y la muerte. En este artículo se ponen sobre el tapete algunas hipótesis, elaboradas a partir de la metapsicología, con el objetivo de contribuir a una mejor comprensión del proceso de construcción de la imagen corporal. Se resalta que la investidura materna, por medio de la escucha e interpretación de las sensaciones corporales realizadas por la madre, va construyendo para el bebé la imagen de su cuerpo y, así, su identidad. Para concluir, se enfatizan las posibles repercusiones de dicha construcción teórica en la escucha del analista ante las particularidades del manejo transferencial de esos casos.

Palabras clave: anorexia/bulimia, imagen corporal, metapsicología, manejo transferencial.

Referências

- Appolinário, J.C., & Claudino, A. M. (2000). Transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2: 28-31.
- Bidaud, E. (1998). Anorexia mental, ascese, mística: uma abordagem psicanalítica. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Brecht, B. (1929/1930). A exceção e a regra. In *Teatro completo* (Vol. 4, pp. 129-160), 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.

- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books, Harper Torchbooks.
- Brusset, B. (1991). Introduction générale. In B. Brusset, C. Couvreur, C. & A. Fine (Orgs.) *La boulimie. Monographies de la revue française de psychanalyse* (pp. 7-12). Paris: P.U.F.
- Camargo, A.E. (2016). A função do ambiente, as relações de troca e as angústias postas na mesa. In S.L. Alonso, D.M. Breyton, H.M.F.M. Albuquerque & L. Cartocci (Orgs.), *Corpos, sexualidades, diversidade* (pp. 167-176). São Paulo: Instituto Sedes Sapientiae/Escuta.
- Cardoso, M.R. (2004). *Limites*. São Paulo: Escuta.
- Dolto, F. (1984). *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva, 2002.
- Esturaro, A. (2003). Imagem corporal e auto-estima. In H.A. Bucarechi (Org.), *Anorexia e bulimia nervosa: uma visão multidisciplinar* (pp. 81-90). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fédida, P. (1990). Auto-érotisme et autisme: conditions d'efficacité d'un paradigme en psychopathologie. *Revue Internationale de Psychopathologie*, 2: 395-414.
- Ferenczi, S. (1917). Les pathonévroses. In *Œuvres Complètes* (Vol. 2, pp. 268-277). Paris: Payot, 1970.
- Fernandes, M.H. (1999). *L'hypocondrie du rêve et le silence des organes: une clinique psychanalytique du somatique*. Villeneuve d'Ascq: Presses Universitaires du Septentrion.
- Fernandes, M.H. (2002). A hipocondria do sonho e o silêncio dos órgãos: o corpo na clínica psicanalítica. In: Aisenstein, M., Fine, A. & Pragier, G. (orgs.) *Hipocondria* (pp. 173-192). São Paulo: Escuta.
- Fernandes, M.H. (2003a). As formas corporais do sofrimento: a imagem da hipocondria na clínica psicanalítica contemporânea. In: Volich, R.M., Ferraz, F.C. & Ranña, W. (orgs.) *Psicossoma III: interfaces da psicossomática* (pp. 107-129). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fernandes, M.H. (2003b). *Corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fernandes, M.H. (2004). A 'feiticeira metapsicologia'. *Percursos*, 31/32: 99-110.
- Fernandes, M.H. (2006a). *Transtornos alimentares: anorexia e bulimia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fernandes, M.H. (2006b). A mulher-elástico. *Viver – mente & cérebro*, 161, 28-33. (artigo republicado na Edição Especial *As faces do feminino: dimensões psíquicas da mulher. Mente & cérebro*, 18: 78-82, 2009).
- Fernandes, M.H. (2008). As mulheres, o corpo e os ideais. In R.M. Volich, F.C. Ferraz & W. Ranña (Orgs.), *Psicossoma IV – Corpo, história e pensamento* (pp. 207-220). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fernandes, M.H. (2009). Le corps fétiche: La clinique miroir de la culture. In J-L Gaspard & C. Doucet (Orgs.), *Pratiques et usages du corps dans notre modernité* (pp. 117-127). Toulouse: Érès.
- Fernandes, M.H. (2010). O corpo recusado na anorexia e o corpo estranho na bulimia. In A. P. Gonzaga & C. Weinberg (Orgs.), *Psicanálise de transtornos alimentares* (pp. 39-69). São Paulo: Primavera.

- Fernandes, M.H. (2011). O corpo e os ideais na clínica contemporânea. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 45(4): 43-55.
- Fernandes, M.H. (2012a). The body in anorexia and bulimia. *Eating Disorders – Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, 15(3): 668-682.
- Fernandes, M.H. (2012b). Mãe e filha... uma relação tão delicada.... In E.M. Marraccini, M.H. Fernandes, M.R. Cardoso, S. Rabello (Orgs.), *Limites de Eros* (pp. 87-119). São Paulo: Primavera.
- Fernandes, M.H. (2013a). El cuerpo y los ideales en el malestar femenino. In J.J. Orejuela & M.A. Moreno (Orgs.), *Abordajes psicoanalíticos a inquietudes sobre la subjetividad II* (pp. 59-68). Cali: Bonaventuriana.
- Fernandes, M.H. (2013b). A clínica psicanalítica da anorexia e da bulimia e a lógica perversa. *Cadernos de Psicanálise da Sociedade de Psicanálise da Cidade do Rio de Janeiro – SPCRJ*, 29(32): 61-81.
- Fernandes, M.H. (2013c). La construction du corps dans l'anorexie des jeunes filles. In D. Butnaru & D. Le Breton (Orgs.), *Corps abîmés* (pp. 31-40). Strasbourg: Presses de l'Université Laval.
- Fernandes, M.H. (2014). En quête du corps propre. In J-L. Gaspard (Org.), *La souffrance de l'être. Formes modernes et traitements* (pp. 137-150). Toulouse: Érès.
- Fernandes, M.H. (2015). De mãe para filha. *Mente & cérebro – Edição comemorativa dos 10 anos da revista – No limite do estresse*, 267: 48:53.
- Fernandes, M.H. (2016a). A anorexia e a bulimia em Freud. In G. Weinberg (Org.), *Psicanálise dos transtornos alimentares II* (pp. 170-190). São Paulo: Primavera.
- Fernandes, M.H. (2016b). Onde começa o corpo?. *IDE Corpo: mistério, ambiguidade. Psicanálise e cultura/Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo*, 38(61): 13-26).
- Fernandes, M.H. (2016c). A construção do corpo na anorexia das meninas. In J.V. Novaes & J. Vilhena (Orgs.), *Que corpo é este que anda sempre comigo? Corpo, imagem e sofrimento psíquico* (pp. 259-272). Curitiba: Appris.
- Fischler, C. (1979) Gastro-nomie et gastro-anomie. *Communications*, 31: 189-210.
- Fischler, C. (1990). *L'Homnivore*. Paris: Odile Jacob.
- Flandrin, J-L. & Montanari, M. (Orgs.) (1998). *A história da alimentação*. São Paulo: Estação Liberdade.
- Freire Costa, J. (2004). *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Freud, S. (1914). Pour introduire le narcissisme. In *La vie sexuelle* (pp. 81-105). Paris: PUF, 1995.
- Freud, S. (1920). Au-delà du principe de plaisir. In *Essais de psychanalyse* (pp. 43-115). Paris: Payot, 1981.
- Freud, S. (1923). Le moi et le ça. In *Œuvres Complètes* (v. 16, pp. 255-301). Paris: PUF, 1991.
- Freud, S. (1924). Le problème économique du masochisme. In *Œuvres Complètes* (v. 17, pp. 09-23). Paris : PUF, 1992.

- Freud, S. (1926). Inhibition, symptôme et angoisse. In *Œuvres Complètes* (v. 17, pp. 203-286). Paris : PUF, 1992.
- Freud, S. (1927). Fétichisme. In *Œuvres Complètes* (v. 18, pp. 123-131). Paris : PUF, 1994.
- Freud, S. (1938). Le clivage du moi dans le processus de défense. In *Résultats, idées, problèmes* (pp.283-286). Paris: PUF, 1995.
- Freud, S. (1940). *Abrégé de Psychanalyse*. Paris: PUF, 1992.
- Green, A. (1999). Genèse et situation des états limites. In J. André (Org.), *Les états limites* (pp. 23-68). Paris : PUF.
- Jeammet, Ph. (1985). Actualité de l'agir: à propos de l'adolescence. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 31: 201-222.
- Kestemberg, E., Kestemberg, J. & Decobert, S. (1972). *La faim et le corps*. Paris: PUF, 1998.
- Kreisler, L. (1987). *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*. Paris: Privat.
- Kreisler, L., Fain, M. & Soulé, M. (1981). *A criança e seu corpo: psicossomática da primeira infância*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, J. (1949). Le stade du miroir comme formateur de la fonction du je. In *Écrits I* (pp. 92-99). Paris: Seuil, 1966.
- Lévi-Strauss, C. (1964). *Mythologiques, I: le cru et le cuit*. Paris: Plon.
- Lévi-Strauss, C. (1967). *Mythologiques, II: du miel aux cendres*. Paris: Plon.
- Lévi-Strauss, C. (1968). *Mythologiques, III: l'origine des manières de table*. Paris: Plon.
- Pessoa, F. (1911/1912) O guardador de rebanhos. In *Obra poética* (pp. 137-162). Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1983.
- Schilder, P. (1950) *L'image du corps*. Paris: Gallimard, 1991.
- Vindreau, C. (1991). La boulimie dans la clinique psychiatrique. In Brusset, B, Couvreur, C. & Fine, A. (orgs.) *La boulimie. Monographies de la revue française de psychanalyse* (pp.63-79). Paris: P.U.F.
- Volich, R.M. (2002). *Hipocondria: impasses da alma, desafios do corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Winnicott, D.W. (1974). Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 10:79-86.

Recebido em 23/12/2016

Aceito em 11/01/2017

Revisão técnica de **Denise do Prado Bystronski**

Maria Helena Fernandes

Maria Helena Fernandes

Rua Dr. Diogo de Faria, 1087/208
04037-030 – São Paulo – SP – Brasil
e-mail: fernandes.mh@terra.com.br

© Revista de Psicanálise – SPPA