

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

Ana Cecilia Magtaz

Distúrbios da oralidade na melancolia

DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO

2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

Ana Cecília Magtaz

Distúrbios da oralidade na melancolia

DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Tese apresentada à Banca Examinadora como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob a orientação do Prof. Doutor Manoel Tosta Berlinck.

SÃO PAULO

2008

BANCA EXAMINADORA

*Para Luis e Isadora,
pela felicidade de tê-los.*

AGRADECIMENTOS

A CAPES, pelo auxílio-bolsa, sem o qual não teria realizado esta Tese.

Expresso eterno reconhecimento ao Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck, meu orientador, pelo constante estímulo para expor minhas idéias e defendê-las sem medo.

Às professoras Maria Helena Fernandes e Fani Hisgail, quando do Exame de Qualificação, pelos importantes comentários que ajudaram a enriquecer o texto.

Aos amigos queridos, Marciela Henckel, José Waldemar Thiensen Turna, Regina Gromann, Teresa Endo, Verônica Mendes de Melo, Julieta Jerusalinsky, Paulo José Carvalho da Silva e Helena Maria Melo Dias, com quem pude dividir as alegrias e as angústias produzidas pelo difícil trabalho de escrita.

A Janete Rosen Magtaz, sempre generosa e presente nos momentos importantes da minha vida.

Ao Contardo Calligaris, pela sua escuta que muito me ajudou a enfrentar momentos difíceis durante este trajeto.

À Profa. Dra. Marta Rezende Cardoso, pela sua amizade.

Ao Prof. Dr. José Otávio Vasconcellos Naves, o qual me apresentou à clínica.

A Marilucia Melo Meireles, interlocutora fundamental.

À Profa. Dra. Maria Antonia Reyes Dautrey, pelas conversas proveitosas sobre o tema e pelo seu reconhecimento.

Aos pesquisadores do Laboratório de Psicopatologia Fundamental da PUC-SP, pelas valiosas contribuições durante todo trajeto desta pesquisa.

A Araíde Sanches pela cuidadosa revisão final do texto.

A “Lívia”, “Eugênia” e “Joana”, pela oportunidade de aprender com a clínica.

MAGTAZ, Ana Cecília. *Distúrbios da oralidade na melancolia*. 2008. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Resumo:

A presente tese de doutorado aprofunda questões clínico-teóricas trabalhadas na dissertação de mestrado intitulada *Abordagem psicanalítica da anorexia e da bulimia como distúrbios da oralidade*, defendida no âmbito do Laboratório de Psicopatologia Fundamental do Núcleo de Psicanálise do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP, em 1998.

Esta tese não terá como objetivo defender uma posição estrutural-classificatória que responde à necessidade de um diagnóstico diferencial da anorexia e da bulimia como entidades clínicas. Defenderá o ponto de vista de que os distúrbios da oralidade são manifestações sintomáticas da melancolia, uma neurose narcísica. Este ponto de vista não exclui a possibilidade de haver distúrbios da oralidade em outras estruturas defensivas, como por exemplo, na histeria ou na perversão. Em outras palavras, a anorexia, a bulimia, a obesidade e as adicções em geral são manifestações sintomáticas que podem ocorrer em dimensões melancólicas das neuroses de transferência e da perversão. Como o superego é uma dimensão estrutural do aparelho psíquico, a sombra do objeto pode se abater sobre o ego, independentemente da estrutura psicopatológica do sujeito. Isso quer dizer que a neurose narcísica possui uma dinâmica relativamente independente da neurose de transferência, na qual, ao contrário da primeira, o conflito se dá entre id e ego.

Palavras-chave: Psicopatologia Fundamental, distúrbios da oralidade, melancolia, transferência.

MAGTAZ, Ana Cecília. *Distúrbios da oralidade na melancolia*. 2008. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Abstract:

This doctoral thesis goes into theoretical-clinical issues treated earlier in the master's dissertation entitled *Psychoanalytic approach to anorexia and bulimia as disorders of orality*. The dissertation was defended in 1998 in the context of the laboratory of Fundamental Psychopathology of the Center for Psychoanalysis in the Graduate Study Program in Clinical Psychology at the Catholic University of São Paulo.

This thesis does not have the objective of defending any classificatory structural position related to the need for a differential diagnosis of anorexia and bulimia as clinical entities. It will defend the perspective that disorders of orality are symptomatic manifestations of melancholia, a narcissistic neurosis. This perspective does not rule out the possibility of there also being disorders of orality in other defensive structures, such as in hysteria or perversion. In other words, anorexia, bulimia, obesity and addictions in general are symptomatic expressions that can occur in melancholic dimensions of the transference neuroses and of perversion. The superego being a structural dimension of the psychic apparatus, the shadow of the object can fall on the ego, regardless of the subject's psychopathological structure. This means that narcissistic neurosis has dynamics that are relatively independent of the transference neurosis where, contrary to narcissistic neurosis, the conflict takes place between id and ego.

Keywords: Fundamental psychopathology, disorders of orality, melancholia, transference.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
Origem da pesquisa.....	10
Situação problemática.....	20
Plano da tese.....	28

PARTE I

CAPÍTULO 1: MÉTODO.....	31
Psicopatologia Fundamental.....	32
Imagem corporal e transferência.....	35
CAPÍTULO 2: OS DISTÚRBIOS DA ORALIDADE EM LASÈGUE, FREUD, ABRAHAM E BINSWANGER.....	50
2.1. A anorexia histérica de Charles Lasègue.....	51
2.2. Freud e Abraham: distúrbios da oralidade na melancolia e na histeria.....	55
2.2.1. Anorexia melancólica e Anorexia histérica em Freud.....	55
2.2.2. Luto e melancolia.....	62
2.2.3. A contribuição de Abraham.....	66
2.3. Reflexões sobre o caso Ellen West, de Ludwig Binswanger.....	76
2.4. Considerações sobre a tristeza.....	84

PARTE II

CAPÍTULO 3: LÍVIA.....	94
3.1. 1º Movimento: “Abra a boca e feche os olhos”.....	94
3.1.1. Fragmento clínico.....	96
3.1.2. Da oralidade primária à oralidade secundária.....	103
3.2. 2º Movimento: Obsessividade e impulsividade na clínica dos distúrbios da oralidade.....	107
3.2.1. Fragmento clínico.....	108
3.2.2. Neurose obsessiva e melancolia.....	110

3.2.3. Neurose obsessiva e neurose impulsiva.....	113
3.3. 3º Movimento: Um pesadelo bulímico.....	117
3.3.1. A Passagem de Livia-onça para Livia e a onça.....	118
3.3.2. Adolescência e feminilidade: a abertura para o mundo.....	124
3.3.3. Máscara, rosto e a solidão impensável.....	126
CAPÍTULO 4: OBESIDADE E CANIBALISMO PSÍQUICO.....	131
4.1. Fragmento clínico.....	131
4.2. A mulher sucuri.....	135
4.3. Vazio e ausência: sobre a impossibilidade de “perder de vista” o objeto.....	141
CAPÍTULO 5: BINGOMANIA.....	144
5.1. Fragmento clínico.....	144
5.2. Joana diante da máquina devoradora: a impossibilidade de jogar.....	147
5.3. O paradigma da adição.....	148
5.4. Adições como relações assimétricas.....	148
5.5. Adição como ato sintoma.....	150
5.6. O jogo transferencial.....	153
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	157
Melancolia, distúrbio da oralidade.....	157
Alucinação negativa e ilusão negativa.....	159
A importância do artigo “Notas sobre o bloco mágico”, de Freud (1925).....	167
REFERÊNCIAS.....	174

INTRODUÇÃO

Origem da pesquisa

Esta tese de doutorado aprofunda questões da dissertação de mestrado intitulada *Abordagem psicanalítica da anorexia e da bulimia como distúrbios da oralidade*¹, defendida no âmbito do Laboratório de Psicopatologia Fundamental do Núcleo de Psicanálise do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP, em 1998.

A dissertação de mestrado procurou situar o problema psicopatológico da anorexia e da bulimia relacionando-o às adicções e à concepção freudiana da melancolia e do ideal do ego, a partir de questões suscitadas por dois fragmentos clínicos e pela leitura de publicações psicanalíticas que tratam do tema. A noção de oralidade mostra-se fértil para a compreensão dessas manifestações psicopatológicas e possui desdobramentos sobre o enquadre, a técnica e a transferência.

O trabalho psicoterapêutico com pacientes com sintomas anoréxicos e bulímicos graves, internadas numa enfermaria feminina de um hospital psiquiátrico, permitiu a observação de um discurso contraditório - por parte das pacientes - com relação à alimentação. De um lado, um discurso centrado na quantidade e qualidade de comida a ser ingerida e no peso ideal a ser alcançado e, de outro, uma crítica feroz à excessiva preocupação com a alimentação por parte da instituição.

¹ SCAZUFCA, Ana Cecília M. *Abordagem psicanalítica da anorexia e da bulimia como distúrbios da oralidade*. 1998a. 146 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Alegavam que comer, no caso das pacientes com sintomas anoréxicos, ou não comer compulsivamente para vomitar depois, no caso das pacientes com sintomas bulímicos, não resolveria em nada as suas vidas. O pedido de ajuda das pacientes vinha para que essas questões alimentares fossem solucionadas com o médico e o nutricionista ou, dito de outra forma, o pedido de ajuda vinha para que o psicoterapeuta entrasse nessa relação circular de desencontros e intercedesse em favor do desejo das pacientes - elas não queriam nada de mim, apenas que não as obrigassem a comer. Entretanto, ao invés de ocupar o lugar de facilitadora da relação paciente-médico-comida, procurou-se seguir um caminho diferente do comum naquela instituição: o da escuta psicanalítica.

Às vezes, como efeito da transferência, angustiava-me pensando no que deveria “fazer” para ajudar as pacientes. Ora, fazer era o que elas queriam dos profissionais o tempo todo: fazer tudo por elas. Como suas mães, a equipe queixava-se de dar-lhes um atendimento completo, tudo o que precisavam e, mesmo assim, elas continuavam com as idéias fixas em relação à alimentação e os comportamentos excessivos (exercícios físicos, uso abusivo de laxantes, diuréticos). Neste sentido, um trabalho psicoterapêutico mostrava-se bastante difícil, pois elas queriam tudo “da boca para fora”, mas nada as apetecia. A importância dessa frase reside, inicialmente, na percepção de que havia um movimento de contrariedade instalado no atendimento tanto ambulatorial quanto de internação destas pacientes. Era notável que, quanto mais a equipe se preocupava com a boa e correta alimentação das pacientes, mais elas recusavam esses procedimentos. Todavia, essa frase também é importante

pela relação que se estabelece com o ideal. Nada apetecia poderia estar ligado ao não-ser o ideal. Mais adiante isto será explicitado.

Este desafio clínico norteou as questões iniciais da dissertação de mestrado: o que se pode aprender com estes pacientes, em vez de ficarmos paralisados diante de sua sintomatologia? Como a anorexia e a bulimia, vistas como “obsessões pelo ideal de corpo perfeito” e como “patologias do excesso” podem ser entendidas numa abordagem psicanalítica? Qual a relação que elas estabelecem com o inconsciente e a sexualidade? - sexualidade aqui entendida como conceito psicanalítico que não supõe apenas as atividades e o prazer genitais, mas toda uma série de vivências e excitações presentes desde o nascimento. Quais os limites e possibilidades, quanto ao tratamento dessas sintomatologias, sob uma ótica psicanalítica?

A proposta do estudo foi, então, pensar a relação psicopatológica estabelecida entre a anorexia, a bulimia e a oralidade, primeira fase do desenvolvimento sexual. Oralidade entendida como modo de relação que aponta, fundamentalmente, para os primeiros investimentos objetivos do eu.

Inicialmente, a anorexia e a bulimia foram estudadas como transtornos alimentares, principalmente sob o ponto de vista psiquiátrico apresentado no *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais* na sua quarta edição, o DSM IV (1995), e do ponto de vista psicodinâmico de Hilde Bruch (1973). O critério diagnóstico presente no DSM IV e na concepção de Bruch, que indicava haver uma “distorção da imagem corporal” nesses pacientes, foi ampliado. Numa ótica psicanalítica, não se tratava da compreensão da imagem distorcida como uma visão distorcida da realidade, e sim da imagem metafórica que relacionava o sujeito ao outro.

A idéia principal é que a distorção da imagem corporal pode se transformar num enigma como numa sala de espelhos “mágicos” de um parque de diversões, na qual muitas imagens bizarras aparecem e, diante delas, surge uma situação de horror e descontrolo. Dessas diferentes imagens que vão se formando nos diferentes espelhos da sala, o interessante é perguntarmo-nos: quais espelhos distorcem as pacientes com sintomas anoréxicos e bulímicos? Qual a relação com o espelho materno, abordado pela psicanálise?

Estas questões levam às primeiras trocas mãe-filho, ou seja, à história das primitivas relações do sujeito com o objeto quanto aos investimentos objetais. Os trabalhos “Sobre o narcisismo: uma introdução”, de Freud (1914a), “O estádio do espelho como formador da função do eu”, de Lacan (1949), “A imagem inconsciente do corpo”, de Dolto (1984) e “Nascimento de um corpo, origem de uma história”, de Aulagnier (1991) foram de fundamental importância para pensar que, segundo a psicanálise, o que está em jogo não é a alimentação e sim a oralidade.

Houve a passagem de uma problemática da alimentação para uma da oralidade com a intenção de deixar à parte uma preocupação com os comportamentos alimentares bizarros e chocantes para compreender os modos de funcionamentos psíquicos que estão na base desses sintomas. O problema psicopatológico da anorexia e da bulimia não pode ser, portanto, restrito a um problema alimentar.

Destacou-se a necessidade de compreender a anorexia e a bulimia tendo em mente que o objeto oral é mais amplo do que o objeto-comida, pois remete às formas primitivas de relação do sujeito com o outro e ao equilíbrio narcísico-objetal. Nesse estudo, portanto, a anorexia e a bulimia não foram

tratadas como transtornos alimentares - da relação patológica com o objeto comida – mas sim como distúrbios da oralidade, isto é, distúrbios provenientes da relação entre eu e objeto; uma relação de amor, de extrema dependência e também de ódio que se manifesta pela sintomatologia clínica.

A partir do relato de dois fragmentos clínicos - Clara e Vera² - observou-se uma forte sensação de estagnação sentida por mim no atendimento dessas pacientes. Essa estagnação surgia como uma incapacidade de pensar e associar livremente durante os atendimentos e uma sensação de impotência e vazio.

Para enfrentar essa sensação de estagnação e vazio transferencial, muitas vezes fui levada a criar meios alternativos de me aproximar do sofrimento da paciente como, por exemplo, contar-lhe uma história, utilizar elementos gráficos e lúdicos nas sessões para tratar da destrutividade.

No trabalho com Clara fui remetida a uma poesia de Fernando Pessoa que falava de uma busca interior revelada por Eros e Psique e, com Vera, a um conto de fadas sobre uma princesa extremamente destrutiva, que impedia os pretendentes de se aproximarem dela.

Alguns pacientes, apesar da destrutividade, abrem a possibilidade para algo novo acontecer na transferência. Outros se sentem totalmente ameaçados diante da oportunidade de estabelecer alguma relação e a única solução parece ser a morte do outro.

Clara apresentava uma demanda explícita de ajuda, querendo parar com o círculo vicioso que vivia (comia e vomitava todas as refeições). Com o

² Reflexões clínico-teóricas sobre o caso Clara foram posteriormente publicadas em: SCAZUFCA, A.C.M. Anorexia, bulimia: sintomas de desejo. *Boletim de Novidades da Livraria Pulsional*, ano XI, n. 106, p. 15-27, fev/1998b.

transcorrer do trabalho investiu no espaço analítico, ligando-se a mim de forma intensa e afetiva.

Quanto a Vera, foi para tratamento por ordem médica e não por seu próprio desejo. Não achava que havia algo errado consigo apesar dos seus 29 quilos e de sua dieta restritiva, quase líquida. Apesar de parecer que Vera atendia à demanda médica apenas para obter alta, supunha-se que poderia ser proveitoso o fato de ela comparecer regularmente ao atendimento e contar sobre suas relações pessoais, o que possibilitou refletir e trabalhar analiticamente algumas questões importantes sobre a destrutividade.

Uma das muitas dificuldades no tratamento de Vera foi de que ela não via motivos para se tratar. Meu sentimento era o de que não havia lugar para um “sujeito suposto saber”, no sentido de o paciente, ao falar, criar o lugar de um poder fictício para o analista. O paciente, sofrendo de um sintoma, tenta, ao se dirigir ao psicoterapeuta, encontrar motivos para o seu sofrimento. O que se percebia, neste caso, eram atuações e uma verdadeira intenção de se conservar em atos repetitivos. Vera, diferentemente de Clara, não se queixava de estar dependente de um ato angustiante, que também provocava uma sensação de alívio. Clara dizia sofrer e apresentava-se aprisionada em um vínculo de repetições, alienada em uma relação que, segundo ela, não conseguia interromper. Vera dizia não sofrer e, obcecada pelo não-sofrer, veio a falecer de desnutrição depois de ter recebido alta da internação.

A destrutividade transferencial mobilizou uma aproximação entre a anorexia, a bulimia, as adicções e a melancolia. Em primeiro lugar, os

pacientes referiam-se à comida como uma droga com a qual estabeleciam uma relação de submissão e aprisionamento.

O psicanalista Marcelo Heckier (1995) baseando-se nos pressupostos de Lacan, afirma que a anorexia e a bulimia têm a dimensão de um ato que não pode ser evitado. Existe entre o sujeito com sintomas bulímicos, o sujeito com sintomas anoréxicos e a comida, um vínculo de sujeição. Sujeição que é escravidão, como um laço, um vínculo muito especial, intenso e exclusivo, amoroso e despótico entre o sujeito e aquilo que ele considera seu objeto.

Para Heckier, adicto poderia significar também não-dito, e a partir daí sustentou sua prática analítica com pacientes com anorexia e bulimia graves, defendendo a idéia da necessidade de os pacientes falarem sobre aquilo que não podia ser dito e, ao contrário, era atuado por meio dos sintomas impulsivos. Então, uma passagem da clínica do fazer para a clínica do dizer era, apesar de muito difícil, fundamental.

Jeammet (1993), por sua vez, indica que a tentativa de encontrar um objeto substituto no comportamento adictivo dessas sintomatologias configura uma organização perversa, constituindo uma defesa contra um sentimento aniquilante de dependência. Trata-se de uma organização perversa porque o objeto não é reconhecido como independente do ego. Não há uma diferenciação sujeito-objeto, passando o objeto, dessa forma, a ser usado para um reassuramento narcísico. O que seria isso? Para esse autor, seria a manutenção de um contato com o objeto sem destruí-lo. Um contato mantendo o objeto nas bordas do ego, de alguma forma próximo para não ser perdido, e distante para o ego não ser invadido e dominado por ele. Uma organização

extremamente primitiva, uma defesa contra a alternância entre ser engolido e engolir, ser destruído e destruir. Haveria, nesse movimento, uma tentativa de afastar essas angústias primitivas e o vazio provocado pela perda do objeto.

Segundo Brusset (1993), cujas considerações convergem com o pensamento de Jeammet, a anorexia e a bulimia revelam uma enorme dificuldade de diferenciação sujeito-objeto, uma sintomatologia narcísica arcaica que se alterna entre o “orgulho” de não precisar do objeto (anorexia) e a “vergonha” de depender dele (bulimia).

A relação com o objeto introduz o conflito, a desordem e o desamparo psíquicos. E parece ser isto o que o sintoma anoréxico procura eliminar: a relação com o objeto que foi o ponto de partida e base para as primeiras vivências de satisfação, conceito desenvolvido por Freud em “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905a).

Nesta perspectiva, a anorexia e a bulimia não podem ser entendidas separadamente. O orgulho anoréxico procura a não-relação com os objetos, os desligamentos. A bulimia corresponderia a uma vergonha por não ter controle e se entregar ao objeto. Parece que a vergonha é, para o paciente com sintomas anoréxicos, dotada de vida pulsional. Para ele o corpo com carne e sangue é a sua vergonha.

A anorexia e a bulimia possuem algumas diferenças importantes. Visando os desligamentos, a não relação com os objetos, encontra-se o orgulho anoréxico. Por outro lado, o paciente com sintomas anoréxicos sente muito medo de se tornar voraz e pesado como aquele com sintomas bulímicos e o obeso. Isso seria uma vergonha, uma falta de controle, uma falha irreparável. Vergonhoso é ser dotado de uma vida pulsional como todo ser

humano. A anorexia parece funcionar como uma defesa contra o humano. Na anorexia, o corpo com carne, isto é, com sexualidade e erotismo, é vergonhoso. Esse corpo deve ser transformado num corpo vazio, oco, purificado de seus pecados. Estamos diante de um Ideal de um corpo sem carne.

Green (1988a) escreve que na vergonha não se trata do temor de ser castrado, mas de proibir qualquer contato com o ser castrado, já que ele carrega a marca da falha e pode contaminar ao mínimo contato.

O paciente com sintomas anoréxicos parece almejar a negação da falta deslocada para a perfeição. Ele anseia pela fusão narcisista com um ideal com o qual alcançaria a perfeição, a eternidade, eliminando todas as falhas e diferenças (Ideal de um corpo sem carne). Mas igualmente se coloca aquém das exigências impostas pelo ideal quando se lança em uma crise bulímica. Neste momento a vergonha se impõe - o que deverá ser combatido, mesmo ao preço de sua vida. Investir em ligações eróticas, cair em tentação, parece significar um risco imenso para o ego em sua megalomania.

Arrisco dizer que a “vergonha bulímica” está mais próxima da neurose, pois o ato bulímico compreende, por um lado, a vivência ilusória de ser completo e, por outro, o vômito trazendo à tona a castração, a culpa. Já o “orgulho anoréxico” coloca-se acima da castração, recusando-a, assumindo uma posição sobre-humana e auto-suficiente. O ideal anoréxico pode chegar ao ponto de impedir o movimento vital dos investimentos e levar à morte.

O tratamento também foi abordado neste trabalho. A gravidade do conflito oral nessas patologias demanda uma atenção especial do

psicoterapeuta. É preciso, nesses tratamentos, mobilizar os movimentos vitais, estagnados pela destrutividade adictiva.

Um “contrato de peso”, não como um método para ganhar peso, mas, como um limite organizador para esses pacientes faz-se fundamental (cf. Deutsch, 1999); muitas vezes o psicoterapeuta se vê diante de um vazio transferencial no atendimento a eles; trata-se de uma transferência vazia de carne, de paixões e de vida. O psicoterapeuta precisa, então, desejar desamarrar-se do comportamento adictivo de seu paciente para que o tratamento possa progredir e até mesmo acontecer. Desamarrar-se, principalmente, da estagnação, da precariedade de simbolização e do vazio mental transferencialmente vivenciados.

Para que isso ocorra é necessário ser atuante (em contraposição às atuações dos pacientes) nas sessões, falar com o paciente, fazer-se presente com seu corpo, com sua capacidade de sonhar. O psicoterapeuta deve se sentir à vontade para recitar uma poesia ao paciente, ou mesmo contar-lhe uma história ou um sonho que teve.

Por um lado, a clínica psicanalítica da anorexia e da bulimia convida a comentar sobre o enquadre ideal e o tratamento ideal. Por outro, os resultados freqüentemente negativos dos métodos de tratamento, visando somente os sintomas, conduzem a um questionamento mais amplo sobre a cura desses pacientes.

A literatura sobre o tratamento desses pacientes mostra como os baseados unicamente na suspensão dos sintomas fracassam, levando a um questionamento sobre a cura. A posição que procura eliminar os sintomas e transformá-los num comportamento normal e ideal é perigosa, porque o ideal

de cura é tão capturante quanto o corpo ideal obsessivamente almejado pelos pacientes com sintomas anoréxicos e bulímicos.

É preciso reconhecer: a busca por resultados ideais não acontece somente nos tratamentos centrados sobre o sintoma. Muitas vezes o psicoterapeuta também exige dos pacientes elaborações e transformações psíquicas que freqüentemente eles não conseguem realizar. Uma transformação como as que vislumbram as pacientes com sintomas anoréxicos e bulímicos, esperando com suas dietas transformarem-se em *top models*, perfeitas ao olhar do Outro. Outras vezes, o psicoterapeuta nega o encaminhamento para o médico, imaginando que a transferência de seu tratamento possa ser maculada, deixando de ser ideal. Sendo assim, o tratamento ideal pode transformar-se num obstáculo à escuta em favor de uma obsessão pela cura sintomática do paciente, ou, também, pela sua fala.

Tratar da anorexia e da bulimia como distúrbios da oralidade leva ao problema da paixão e resgata a possibilidade de se pensar o que há de mais importante no humano: o seu desejo que se constitui nas relações com o objeto. Por trás dos sintomas estereotipados da anorexia e da bulimia encontra-se uma diversidade e uma complexidade. É isto que expressa a distorção da imagem corporal que revela o ego e sua relação com o objeto.

Situação problemática

Em linhas gerais, esses foram os caminhos percorridos na dissertação de mestrado. A proposta desta tese de doutorado é continuar na trilha da anorexia e da bulimia como distúrbios da oralidade, por atribuir-lhe

grande importância clínico-teórica e por reconhecer seu valor para a clínica em geral.

Não foi definida, na dissertação, uma posição precisa a respeito da relação estabelecida entre anorexia e bulimia como distúrbios da oralidade e a concepção psicanalítica da melancolia. Inicialmente levantamos as seguintes questões: seriam os distúrbios da oralidade sintomas da melancolia? Qual a relação entre a tristeza, a pequenez do ego e a ação maníaca presente na clínica dos distúrbios da oralidade?

É preciso retomar e refletir, neste momento, sobre um ponto de vista presente na literatura sobre o tema para depois explicitar aquele que aqui será defendido.

Primeiramente, abordaremos o ponto de vista da anorexia e da bulimia entendidas como entidades clínicas em si mesmas, como organizações psíquicas que compreendem um quadro clínico verdadeiramente anoréxico e verdadeiramente bulímico.

Bruch (1973) desenvolveu uma reconhecida pesquisa sobre “desordens alimentares”, considerada uma das mais importantes sobre a origem psicológica da anorexia nervosa. Partindo de suas observações clínicas, a autora diferencia a anorexia primária do que ela chama de anorexia atípica.

A anorexia atípica não traz o medo de engordar como fonte de preocupação, e quando o paciente ganha peso fica satisfeito com sua conquista. A perda de peso pode, por exemplo, ser consequência de uma depressão verbalizada, de uma tristeza prolongada. Baseia-se também no fato de que os pacientes geralmente sofrem de uma genuína perda do apetite, isto

é, a perda de peso é secundária. Não há, nesses casos, a negação delirante de sua imagem corporal, hiperatividade, busca de perfeição e a preocupação constante com a comida, nem episódios de bulimia.

A anorexia primária, por outro lado, é caracterizada por um medo aterrador de engordar. O problema principal aparente é o controle de peso e o desejo de dominar o próprio corpo, problema que encobre um outro subjacente: a busca da capacidade de controle em geral, de um sentido de identidade pessoal e de eficiência.

Segundo Bruch (1973), a perturbação básica consiste no distúrbio de três áreas do funcionamento psíquico, a saber:

A primeira área é um distúrbio de proporções delirantes da imagem corporal, isto é, do conceito do corpo (p. 252). A verdadeira anoréxica é identificada pela sua aparência esquelética, achando-a normal e fazendo tudo para mantê-la. Pacientes podem ganhar peso ou aparentar progressos durante o tratamento, mas se não houver uma modificação no conceito que têm a respeito do próprio corpo, a melhora será temporária.

A segunda é um distúrbio no modo de distinguir a percepção ou a interpretação cognitiva dos estímulos provenientes do corpo (p. 253). Este distúrbio diz respeito a uma inabilidade de reconhecer a fome. Não há perda do apetite, como na recusa a alimentar-se dos melancólicos. O que se percebe nestes pacientes é uma ausência da percepção da fome e do apetite. É comum a negação de dores ligadas à fome, mesmo na presença de contrações estomacais. Há, também, muitas queixas de enorme desconforto e sensação de fastio após a ingestão da menor quantidade de comida.

Uma manifestação típica da percepção alterada dos estímulos provenientes do corpo é a hiperatividade e a negação do cansaço. A hiperatividade pode ser considerada uma expressão privilegiada do distúrbio perceptivo da imagem corporal, ou seja, o anoréxico transcende a sua fragilidade corporal mostrando o quanto é onipotente. Os problemas característicos das meninas com anorexia também se explicam pelo não reconhecimento de seus estados internos, emocionais. A aparente falta de angústia e o ocultamento de reações depressivas é resultado de uma negação que se sustenta por uma falha na percepção e na interpretação dos sinais corporais.

Isto acaba criando a terceira área comprometida, que é o forte sentimento de ineficácia paralisante (p. 253). As pacientes sentem que são objetos nas mãos dos outros, que não fazem nada pelo seu próprio desejo. Em contrapartida a esse sentimento, de dóceis e obedientes passam a ser exigentes e rígidas com os outros. São dominadoras e arrogantes e fazem com que a família, principalmente a mãe, passe a viver em função delas e de suas exigências alimentares.

Em artigo intitulado “Morte na anorexia nervosa”, Bruch (1971) defende que a recusa alimentar da anoréxica representa a busca de um senso de identidade a partir de um rígido controle do corpo, um pedido de ajuda e de imposição de limites. Neste sentido, a autora discorda da tradição clínica que diz que a anorexia é um suicídio que ocorre aos poucos. A partir de sua observação clínica, percebe os pacientes não acreditarem que vão morrer e, mais do que isto, considera a anorexia uma busca, por mais paradoxal que isto possa parecer, pela vida, por alguma identidade.

Bruch se preocupa em definir uma anorexia verdadeira. Definição que difere da inapetência dos melancólicos e da recusa alimentar das histéricas. Haveria, nesta visão, uma anorexia verdadeira, de um lado, e as pseudo-anorexias, de outro. Esta visão encontra-se presente, também, na compreensão dos chamados “transtornos das condutas alimentares” desenvolvidos por Brusset e Ph. Jeammet; na chamada “doença da identidade”, por Daniel Lippe, e na chamada “organização anoréxica”, por Diana Norsa & Andréa Seganti (cf. Urribarri, 1999).

Apesar de Brusset (2003) conceber a bulimia, por exemplo, em relação à melancolia e à problemática da perda do objeto, de sua recuperação e do triunfo sobre ele na recusa onipotente presente na dependência, defende:

As bulimias podem ser vistas em contextos clínicos e em psicopatologias diversas, mas elas têm, em suas relações com a anorexia mental das adolescentes, uma especificidade que permite reconhecer um estatuto de uma síndrome que revela, senão uma estrutura, pelo menos uma problemática psicopatológica original (p. 141).

Em um outro momento, Brusset afirma: “A meu ver, é a relação com a estrutura da anorexia mental que dá à bulimia sua especificidade bem assegurada” (p. 151). E continua:

As aproximações entre anorexia mental e bulimia, consideradas por H. Bruch (a partir dos anos 50) e por M. Selvini (a partir de 1965) deram lugar a diversos trabalhos sobre essa psicopatologia considerada específica. Em 1969 e em 1977, também insisti sobre as relações estruturais da anorexia e da bulimia, chegando a considerar a síndrome de

anorexia mental como um tipo de organização reativa ao impulso bulímico e ao desejo regressivo de fusão com o objeto primário (p.151).

A partir das contribuições de Lasègue, Freud, Abraham e Binswanger (capítulo 2) a respeito dos distúrbios da oralidade e da suscetibilidade de se manifestarem em diversas entidades clínicas, e do relato de fragmentos de caso e as reflexões clínico-teóricas decorrentes (capítulos 3, 4 e 5), procuraremos demonstrar que:

Esta tese não terá como objetivo defender uma posição estrutural-classificatória que responde à necessidade de um diagnóstico diferencial da anorexia e da bulimia como entidades clínicas. Defenderá o ponto de vista de que os distúrbios da oralidade são manifestações sintomáticas da melancolia, uma neurose narcísica.³ Este ponto de vista não exclui a possibilidade de haver distúrbios da oralidade em outras estruturas defensivas, como por exemplo na histeria ou na perversão. Em outras palavras, a anorexia, a bulimia, a obesidade e as adicções em geral são manifestações sintomáticas que podem ocorrer em dimensões melancólicas das neuroses de transferência e da perversão. Como o superego é uma dimensão estrutural do aparelho psíquico, a sombra do objeto pode se abater sobre o ego, independentemente

³ Freud, em *Neurose e psicose* (1924) escreve: “Portanto, sugiro que, diferentemente do que tem sido feito até hoje, deveríamos, em todos os tipos de adoecimento psíquico, sempre levar em conta o comportamento do superego. Assim, poderíamos, por exemplo, postular a existência de uma categoria de afecções que têm por base um conflito entre o ego e o superego. Aliás, a análise nos indica que, um bom exemplo para essa categoria, que propomos designar neuroses narcísicas, seria a melancolia. (...) Agora teremos a então a seguinte fórmula: a neurose de transferência corresponde a um conflito entre o ego e o id; a neurose narcísica entre o ego e o superego; e a psicose, a um conflito entre o ego e o mundo externo” (p. 98).

da estrutura psicopatológica do sujeito. Isso quer dizer que a neurose narcísica possui uma dinâmica relativamente independente da neurose de transferência, na qual, ao contrário da primeira, o conflito se dá entre id e ego.

Também não pretende trabalhar, por exemplo, com a compreensão de uma dimensão melancólica da anorexia – anorexia aqui entendida como entidade clínica -, e sim pensar a anorexia como um distúrbio da oralidade, isto é, um sintoma da melancolia, dimensão existente também nas neuroses de transferência.

Este ponto de vista vai ao encontro das contribuições de Sandor Radó (1927) desenvolvidas em “El problema de la melancolía”. Este clínico e estudioso da psicanálise traz importantes contribuições ao pensamento de Freud e Abraham, no que diz respeito aos primeiros achados psicanalíticos da melancolia. Reconhece que o processo depressivo na neurose de transferência se desenvolve de forma similar ao mecanismo melancólico. Quer dizer com isto que a depressão neurótica também está baseada em um abandono narcísico da realidade, assim como acontece na melancolia. Substitui o objeto externo por instancias psíquicas e aspira solucionar o conflito no cenário psíquico, no lugar de fazê-lo no mundo exterior, e com uma técnica oral regressiva ativada.

Segundo Radó (1927), o melancólico se retira narcisicamente para seu mundo interior e deseja agora, no lugar do objeto, alcançar o amor de seu superego (ideal). Sua relação com o objeto se caracteriza pelo predomínio do desejo narcísico de ser amado, e esta aspiração continua em relação ao superego (ideal). As relações narcísicas (Migueluez, 2007) são relações com objetos internos, nas quais se trata de conservar o princípio do prazer e de proteger tais objetos da invasão da realidade externa. Radó comenta:

Estes processos que absorvem quase completamente o ego melancólico e abalam suas funções da realidade, estão superpostos na neurose de transferência em um ego neurótico, mais ou menos intacto. No neurótico depressivo, o objeto e com ele a relação com a realidade são mantidas, embora de forma debilitada. O ego débil que procura abandonar a luta em um mundo sentido como insuportável, se volta narcisicamente para seu mundo interior, refugiando-se no mecanismo de reparação oral narcisística. A depressão neurótica é, então, uma espécie de melancolia parcial do ego (neurótico). Quanto mais se expande o processo depressivo no ego, à custa das relações de objeto e da realidade, mais ele se aproxima do estado da neurose narcisística melancólica (p. 269).

Para esse autor, a superação de um ataque depressivo agudo dependerá, por conseguinte, da prevalência, no funcionamento narcísico do ego, dos mecanismos orais ou dos sádico-anais e genitais, estes mais fortemente ligados ao mundo do objeto. Tais mecanismos deverão ser mais fortes a ponto de conseguir preservar o ego de uma crise melancólica.

Dentre os autores que reconhecem a estreita relação entre sintomas anoréxicos e bulímicos e a melancolia, encontramos Rodolfo Urribarri (1999). A partir de sua experiência com pacientes com sintomas anoréxicos e bulímicos, observa a importância das vivências prematuras de perda, tanto das perdas reais, como das mais sutis mudanças à sua volta. As situações de morte precoce e silêncios e segredos em torno delas, parecem ser elementos constantes que se unem e dão conta de muitas associações e significações.

O autor assinala que há, nesses pacientes, um profundo desamparo que eles se esforçam por negar (pela ação maníaca, a nosso ver), ligado

às vivências de desamparo precoce. Sensações de vazio e de solidão que os afastam de seus vínculos. A perda tem uma expressão/inscrição direta no corpo, na qual as vivências de solidão e vazio são correspondentes da falta ou excesso de alimento. Sendo assim, o vazio é causa e consequência dos comportamentos adictivos na anorexia e na bulimia. Reproduz-se na transferência o mesmo conflito, em particular à perda traumática do objeto e seu anseio interminável pelo mesmo, que o impulsiona a realizar ações defensivas bastante primitivas como as esboçadas por Radó.

Plano da tese

Esta pesquisa, sendo realizada há alguns anos no âmbito do Laboratório de Psicopatologia Fundamental da PUC-SP, nasceu de observações clínicas a partir de uma vivência institucional, de participação em equipe multidisciplinar - psiquiatras, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais - de um ambulatório dedicado ao tratamento dos transtornos alimentares de um hospital-escola. Pacientes com anorexias e bulimias graves, internadas em uma enfermaria psiquiátrica, eram atendidas em psicoterapia individual - Clara e Vera fizeram parte desse período.

Atualmente, a pesquisa se desenvolve a partir de vivências com pacientes atendidos em consultório particular - não internados e não submetidos a uma equipe institucional. Lívia, Eugênia e Joana nos guiarão neste percurso e compõem a referência clínica desta tese.

Vale dizer que não pretendemos fazer uma análise clínica detalhada das sessões e nem do tratamento como um todo. Os fragmentos de caso

relatados são inspiradores de questões fundamentais sobre a clínica dos distúrbios da oralidade como sintomas da melancolia. Os nomes e quaisquer possibilidades de identificação foram alterados para preservar a identidade dos pacientes.

No Capítulo 1 apresentaremos o método da pesquisa e o campo da Psicopatologia Fundamental no qual ela se insere. A interrogação que nos guiará neste capítulo é a seguinte: como estabelecer uma psicopatologia que não seja classificatória? Encontramos na relação entre imagem corporal e transferência uma possibilidade nesta direção.

No Capítulo 2, intitulado “Os distúrbios da oralidade em Lasègue, Freud, Abraham e Binswanger”, pretendemos apresentar as valiosas contribuições desses autores, indispensáveis para a compreensão do tema dos distúrbios da oralidade na melancolia. Apesar de eles não utilizarem a terminologia “distúrbios da oralidade”, sua compreensão tanto da histeria como da melancolia possibilita problematizar uma clínica desses distúrbios. A tristeza é um denominador comum entre esses autores. Juntam-se a eles os textos: “Sermão da quarta domingo depois da Páscoa”, do Padre Antônio Vieira (1679), “Sobre um mal universal”, de Paulo José Carvalho da Silva (2006), as contribuições sobre a acídia, por Giorgio Agamben (2007a) em “O demônio meridiano” e “Um artista da fome”, Frans Kafka (1998).

No Capítulo 3 trataremos da primeira reflexão clínico-teórica. Esta conterá três movimentos diferentes, constituídos a partir do relato de fragmento de caso – *O caso Lívia*. Os três movimentos foram intitulados: 1) Abra a boca e feche os olhos; 2) Obsessividade e impulsividade na clínica dos distúrbios da oralidade; 3) O pesadelo bulímico.

No Capítulo 4 apresentaremos a segunda reflexão clínico-teórica – *O caso Eugênia*. Abordaremos a problemática da obesidade como um distúrbio da oralidade na melancolia.

A terceira reflexão clínico-teórica – *O caso Joana* será apresentado no Capítulo 5. Trata-se de uma analisanda viciada no jogo do bingo, uma bingomaníaca. Refletiremos sobre a relação entre distúrbios da oralidade, adições e melancolia.

Nas considerações finais pretendemos desenvolver a idéia de que a melancolia é um distúrbio da oralidade por excelência, e, por esta razão é possível pensarmos numa melancolia parcial presente nas neuroses de transferência e explicitar a utilidade desta compreensão para a clínica em geral.

PARTE I

CAPÍTULO 1

MÉTODO

Este capítulo será guiado pela seguinte interrogação: como estabelecer uma psicopatologia que não seja classificatória?

Observamos, na atualidade, uma tendência tanto psicológica como psiquiátrica a enquadrar e a medicalizar o *pathos*. Para tentarmos responder à interrogação acima, neste capítulo nos deteremos sobre o campo da Psicopatologia Fundamental desenvolvido por Pierre Fédida, Manoel Tosta Berlinck e outros; âmbito no qual se desenvolve a presente pesquisa. Apresentaremos, também, uma reflexão sobre a posição ocupada pelo pesquisador, um psicoterapeuta/analista que procura encontrar em si mesmo imagens metafóricas que representem cada fragmento de caso clínico relatado. Procuramos, assim, encontrar nos textos psicanalíticos, textos fenomenológicos e em textos de autores clássicos da psicopatologia um aparato metapsicológico que a sustente.

Nesta tese não faremos um estudo de caso propriamente dito, nem tampouco uma pesquisa abrangente sobre os transtornos alimentares (Fernandes, 2006a), sobre o conceito de melancolia em psicanálise (Moreira, 2002; Peres, 1996) e sobre a gênese do superego (Cardoso, 2002). Pretendemos, isto sim, apresentar fragmentos de caso clínico juntamente com a sua compreensão metapsicológica. Desejamos ater-nos à clínica e à metapsicologia dela derivada; as reflexões clínico-teóricas – fragmento de caso

e construção metapsicológica – compõem um painel clínico denominado distúrbios da oralidade na melancolia.

Pretendemos refletir, a partir da clínica, sobre algumas construções metapsicológicas centradas na problemática da melancolia. Diferentes aspectos serão tratados aqui, como por exemplo: a sombra do objeto que recai sobre o ego nas neuroses de transferência; o paradigma da adição; o canibalismo psíquico; a fantasia de incorporação; o processo de introjeção; a passagem de uma oralidade primária a uma oralidade secundária e a ilusão negativa.

1.1. Psicopatologia Fundamental

Fédida & Lacoste (1998) reconhecem que o eixo de simetria do termo psicopatológico é mal assegurado, já que ele

Se presta tanto aos discursos cujo *objetivo* é a psicologia ou a patologia, quanto aos discursos cujo *ponto de partida* é uma psicologia ou uma patologia – sem falar das dificuldades às quais as grandes classificações nosográficas condenam a mínima elaboração de uma psicopatologia desde o instante em que não se trata mais de abandonar o sintoma assim repertoriado... Pode-se, no entanto, observar que Freud opera uma escolha em sua língua, utilizando, simplesmente, psicopatologia (termo de tradição filosófica e médica) em vez de psicologia (do) patológico (em uso pelos psicólogos) ou ainda de patopsicologia (expressão bastante freqüente em alemão) (p. 29).

Pensar em uma “psicologia do patológico”, como esclarece Fédida e Lacoste, liga-se ao que entendemos por enquadrar o *pathos* – dar a ele uma rigidez incompatível com a sua dinâmica, isto é, colocá-lo em quadro quando o *pathos* é como o relógio mole de Salvador Dali. E a “patopsicologia”, à tendência de medicalizar o *pathos*, dando a ele o estatuto de doença a ser curada. A noção de psicopatologia, em Freud, está referida à irreduzibilidade do sintoma e às inúmeras formas que o psicopatológico pode vir a assumir.

Segundo Fédida (1998), a Psicopatologia Fundamental constitui-se como “um projeto de natureza intercientífica” (p. 115). O fundamental seria um ideal de comunicação, a possibilidade de interlocução entre distintos campos de saber diante das inúmeras formas que o psicopatológico assume. Em nosso entender, uma interlocução que visa o reconhecimento daquilo que se inscreve como resistência ao outro no ideal de saber unificado e a possibilidade de abertura para um saber diversificado, transformador e nascente ao resgatar a importância das paixões e do sofrimento para a clínica psicopatológica.

Fédida argumenta:

Seria, então, conveniente pensar o projeto de uma psicopatologia fundamental como um projeto de natureza intercientífica, em que a epistemologia comparativa dos modelos e de seu funcionamento teórico-clínico desempenharia o papel determinante de uma consciência de seu limite de operatividade e de sua aptidão a transformarem-se uns aos outros. Caso em que, o fundamental seria aqui um ideal de comunicação mais do que o objeto de uma esperança da ciência unificada (p. 115).

Para Berlinck (1998), para que esta interlocução possa ocorrer, é preciso que o clínico possa reconhecer e ocupar uma posição (clínica) bem fundada. Reconhece que a Psicopatologia Fundamental ocupa uma posição distinta da psicopatologia geral. Enquanto esta procura uma abordagem objetiva e universal das doenças mentais, a Psicopatologia Fundamental procura abordar as crises psíquicas de uma forma subjetiva e específica. Esta especificidade está referida a uma posição clínica ocupada pelo psicoterapeuta em contato com seu paciente e em contato com diferentes saberes.

Abordar as crises psíquicas em sua especificidade não responde ao ideal classificatório de algumas abordagens psicopatológicas. Acreditamos que o Ideal de comunicação de Fédida, reconhecido por Berlinck, diz respeito à possibilidade de entrar em contato (*fazer um link*) com o mundo e difundir a experiência do não-saber, da incerteza. Pois ela é que gera a possibilidade de intercomunicação entre diferentes posições.

Para Berlinck, a Psicopatologia Fundamental reconhece a existência de outras posições na *polis*, como a posição de *orthos* e a do historiador. A posição da Psicopatologia Fundamental deve permitir, a partir dos encontros interdisciplinares suscitados, o enriquecimento da pesquisa e o avanço da prática clínica, algo que é imprescindível em qualquer discussão em psicopatologia.

Berlinck (1998) observa precisamente:

Desde que a posição da Psicopatologia Fundamental é tal que se dispõe sempre a escutar um sujeito, que porta uma única voz, que fale do *pathos*, que é somático e vem de longe e de fora, ela é sempre objeto da transferência, ou seja, de um discurso que narra o sofrimento, as paixões, a passividade que

possui um corpo onde brota, para um interlocutor que, por suposição, seja capaz de transformar, com o sujeito, essa narrativa numa experiência. Aqui, palavra adquire o sentido preciso de enriquecimento, ou seja, a experiência é a possibilidade de se pensar aquilo que ainda não foi pensado (p. 57).

Assim, no Capítulo 2 desta tese, intitulado “Os distúrbios da oralidade em Lasègue, Freud, Abraham e Binswanger”, apresentaremos uma interlocução entre diferentes posições a respeito da psicopatologia, da metapsicologia e da clínica desses distúrbios. Veremos que tanto Lasègue, como Freud, Abraham e Binswanger compreendem a anorexia/bulimia/vômitos como sintomas e não como entidades clínicas específicas. Veremos, também, que a tristeza e a recusa desta pela ação maníaca aparecem nas contribuições desses autores. Trataremos da tristeza, da acídia e da ação maníaca características da melancolia.

Os demais capítulos apresentarão reflexões clínico-teóricas e pretendem responder a importante questão: *como o psicoterapeuta/analista - um interlocutor - é capaz de transformar, com o analisando, a narrativa sobre seu sofrimento em uma experiência?*

1.2. Imagem corporal e transferência

Veremos, nos capítulos seguintes (3, 4 e 5), como é difícil o manejo clínico neste painel clínico denominado distúrbios da oralidade na melancolia. Apresentaremos as dificuldades para sustentar o contrato que compreende o tempo de duração das sessões, o valor das sessões, o número de sessões, o

pagamento das faltas, o respeito à regra fundamental e a liberdade de escuta eqüiflutuante do analista.

André (2004) apresenta algumas reflexões a respeito dos “ataques contra o enquadramento” nas transferências ditas *borderlines* (p. 73). Entendemos que o autor se refere à transferência *borderline* e não à transferência do *borderline* (cl clinicamente entendido como tal). Comenta sobre os analisandos que colocam em xeque o método clínico psicanalítico.

Na literatura sobre a clínica dos transtornos alimentares, tanto psicanalítica quanto psiquiátrica, encontramos abordagens que revelam a imensa dificuldade do paciente em aderir ao tratamento, estabelecer uma relação de confiança com o psicoterapeuta e com o médico. Em trabalho anterior, intitulado “Sobre o tratamento psicoterapêutico da anorexia e bulimia”, dissemos que:

Os pacientes com anorexia são encaminhados à psicoterapia por um médico psiquiatra. Na maioria dos casos, o paciente, não conseguindo perceber e reconhecer seu mal-estar, é levado ao médico pela família. O médico acaba tornando-se porta-voz de um diagnóstico dando, muitas vezes, uma identidade ao paciente (Sczufca & Berlinck, 2004, p. 90).

André (2004), a respeito da transferência *borderline*, escreve que “a palavra *borderline* evoca aquilo que o enquadramento imobiliza demais: as fronteiras da análise” (p. 74). Continua mais adiante: “O fato de que não possa instaurar-se dinâmica analítica sem que se constituam essas fronteiras não proporciona qualquer garantia, ou saber antecipado” (p. 74). O fato de não haver fronteiras delimitadas não compromete a constituição de uma situação

analítica. Colocar em xeque o método clínico psicanalítico não impede, de forma alguma, que um trabalho analítico possa ocorrer.

Segundo André o ego é, para Freud, uma instância de fronteira, o lugar de todas as incertezas já que faz fronteira com o id e o superego e com o mundo externo. Para ele, a questão da transferência, então, é inseparável da questão das fronteiras. É possível nos depararmos com uma avalanche de amor e de ódio, por exemplo, em pacientes que nos devoram, para em seguida nos expulsar violentamente sem mediação da fantasia, como um agir sem pensamento.

Para Pontalis (1991) tanto o amor transferencial quanto o ódio transferencial são paixões que resistem à análise e imobilizam-se em um objeto eleito.

Sob a máscara do amor, mesmo quando a idealização não é patente, o ódio está sempre em ação. Inversamente, sob o ódio, nas censuras reiteradas, na acusação insistente, através dos ataques contundentes, o amor tem sempre uma palavra a dizer. Não é tanto que haja oscilação ou alternância, mas coexistência (p. 75).

Há uma ambivalência intrínseca e, para o autor, os psicanalistas são apressados em assemelhar amor e vida, ódio e morte. É possível pensar que o amor materno é tão destrutivo quanto é cruel o da criança, em sua exigência infinita (Hilferding et al, 1991)⁴. Quanto ao ódio, não devemos afirmar que aquilo que o orienta e estimula se reduz a uma vontade de destruir seu objeto. Muitas vezes há transferências qualificadas como positivas, mas que na

⁴ A relevância desse livro é a conferência proferida por Margarete Hilferding em 11 de janeiro de 1911 na Sociedade Psicanalítica de Viena, sobre as bases do ódio no amor materno.

verdade negam a análise, ou que a tornam sem fim e sem começo; são aquelas que poderíamos considerar negativas, pois a imobilidade prevalece.

Os pacientes com distúrbios da oralidade, geralmente reatualizam na situação analítica suas experiências de fracasso, raiva, vingança e fúria que parecem muito negativas. Todavia, estas promovem continuamente ligação e desligamento. Negativas, todavia, são aquelas transferências silenciosas, simbióticas, rigidamente atuantes no sentido de impedir a atividade de pensamento, tanto do paciente quanto do analista.

André (2004) nos lembra que:

A criança com o carretel, aquela que faz o jogo do *fort-da*, proporciona a melhor ilustração possível dessa idéia da fantasia como tratamento psíquico do trauma – neste caso a separação da mãe. Uma criança brinca de separar-se de, ao mesmo tempo, que inventa a ausência e seu correlato: a linguagem. Sem dúvida, é preciso poder permitir que o objeto seja perdido “antes” de poder nomeá-lo (p. 77).

Quando se trata do painel “distúrbios da oralidade na melancolia” as coisas se passam de forma bastante diferente do exposto acima. Os efeitos do abandono do objeto e da expansão de sua sombra sobre o ego podem ser, muitas vezes, devastadores para o psiquismo. A sensação de vazio, como angústia de perda da própria vida, se sobrepõe à vivência de ausência que está presente na relação amorosa e nos leva a pensar na importância dos estudos sobre as relações fusionais e simbióticas.

O valioso trabalho de Bleger (1988), intitulado “Psicanálise do enquadramento psicanalítico” problematiza, de forma bastante profunda, a organização simbiótica da relação transferencial. Para ele, a simbiose configura

uma interdependência entre duas ou mais pessoas que se inter-relacionam para manter imobilizadas, e até certo ponto satisfeitas, as necessidades das partes mais imaturas da personalidade. Existem fenômenos clínicos que aparecem como manifestação da simbiose, bem como defesas frente à sua ruptura.

Bleger questiona as análises em que o enquadramento não se configura como um problema, havendo uma manutenção idealmente normal deste. Questiona-se a respeito do significado que tem um enquadramento quando ele se mantém sem alteração. O problema da simbiose surge aqui. Como ela é silenciosa e só se manifesta quando o enquadramento se rompe ou ameaça se romper, fica mantida nos enquadramentos constantes e ideais.

Vimos com o comentário de André (2004) a respeito do *fort-da*, que o conhecimento se dá na e pela ausência de algo (não-ego) até que ele se configure como objeto interno, possibilidade de discriminação entre ego e não-ego. Bleger (1988) chama a atenção para a existência daquilo que não percebemos – o nosso “mundo fantasma”. “E este mundo fantasma existe depositado no enquadramento, ainda que o mesmo tenha sido rompido, ou precisamente por isso” (p. 314).

Para Bleger (1988), a relação analítica é uma relação simbiótica. A simbiose com a mãe (não-ego) permite à criança a organização de seu ego, o enquadramento teria a mesma função de servir de sustentação. Só chegamos a vê-lo quando altera ou se rompe. Portanto, a indiferenciação se repete no enquadramento e “o não-ego é a base ou marco do ego organizado; fundo e figura de uma só *Gestalt*. Entre ego e não-ego (ou entre parte neurótica e

psicótica da personalidade) instala-se não uma dissociação, mas uma clivagem” (p. 317).

Ele alerta:

O enquadramento é a parte mais primitiva da personalidade, é a fusão ego-corpo-mundo, de cuja imobilização depende a formação, existência e discriminação (do ego, do objeto, do esquema corporal, do corpo etc.) Os pacientes com *acting in* ou os psicóticos trazem também seu enquadramento: a instituição de sua relação simbiótica primitiva, mas todos os pacientes também a trazem (p. 318).

Entendemos que a ruptura do enquadramento pode ser compreendida como uma brecha, uma abertura pela qual o analista pode penetrar na imagem corporal de seu paciente, na maioria dos casos, onipotente.

Para esse autor, o enquadramento faz parte da imagem corporal do paciente na medida em que a mesmo ainda não se estruturou e se discriminou. É a indiferenciação corpo-espaco e corpo-ambiente (p. 322).

Assim, o enquadramento do paciente é sua fusão mais primitiva com o corpo da mãe (há algo da relação com o corpo da mãe que não desaparece totalmente), e o enquadramento do psicanalista deve servir para restabelecer a simbiose original, para poder, junto com o analisando, modificá-la. O enquadramento do analisando que se diferencia da modalidade de enquadramento do psicanalista não deve ser entendido como uma distorção; trata-se de uma outra forma de organização das relações inter-humanas.

Gostaríamos de introduzir neste momento considerações a respeito da estreita relação entre imagem corporal e transferência. O enquadramento

psicanalítico deve, portanto, englobar o conceito de imagem corporal, o encontro das imagens corporais do analisando e do analista. Podemos pensar que o *setting* analítico é uma extensão do corpo do analista e que o analisando o penetra ao vir ao seu encontro. O corpo do analista passa a receber as palavras e tudo aquilo que afeta o analisando gerando nele uma alteração na imagem corporal.

A concepção freudiana de corpo trabalhada por Berlinck (2000) em seu artigo intitulado “A dor” nos ajuda a aprofundar a questão exposta acima. Na carta de 1918 que Freud endereça a Pfister⁵, Berlinck compreende que:

O corpo é, então, uma sucessão de órgãos, todos erógenos, isto é, que se comportam como o pênis, num movimento de tensão e relaxamento, eminentemente involuntário, mas que obedece aos ditames do desejo inconsciente, ou seja, “ao anseio de se reproduzir no organismo vindouro”. O corpo é, em outras palavras, um campo pulsional regido por pulsões parciais. A existência de um organismo obedece à lógica da parcialidade das pulsões e do desejo inconsciente (p. 66).

A compreensão de Berlinck a respeito do corpo como sendo uma superfície de órgãos erógenos caracteriza o que poderíamos chamar de *transferência primordial*. É possível compreender o dispositivo analítico como sendo um corpo. Analista e analisando podem ser compreendidos, nessa

⁵ “(...) o que há com a teoria sexual? Como pode ocorrer ao senhor negar a decomposição da pulsão sexual em pulsões parciais, à qual a análise nos obriga diariamente? Seus argumentos contra ela realmente não são fortes. O senhor não vê que a multiplicidade destas pulsões remonta à multiplicidade dos órgãos, que são todos erógenos, isto é, tem o anseio de se reproduzir no organismo vindouro? E o fato de que todos os órgãos reuniram-se numa unidade viva, de que se influenciam mutuamente, se apóiam ou freiam, e de que mesmo no seu desenvolvimento permanecem dependentes uns dos outros, foram capazes de impedir a anatomia de estudá-los e descrevê-los separadamente, ou de impedir a terapia de atuar sobre um órgão isolado, que preponderantemente se tornou a sede do processo enfermando ou seu agente?” (*Cartas entre Freud & Pfister*, 1998, p. 85).

perspectiva, como órgãos desse corpo chamado dispositivo clínico e, a transferência, como uma transferência entre órgãos erógenos, cujo deslocamento de afeto de um órgão para outro se dá por conversão. Esta, portanto, é uma transferência: a transferência primordial.

A imagem corporal, por conseguinte, seria a representação proveniente deste se deixar afetar pelo órgão erógeno outro, aquilo que toma forma. É possível ou não que haja integração destes órgãos erógenos num organismo - os órgãos se relacionam de forma imaginária - no corpo como dispositivo clínico.

Como foi visto, para Bleger (1988), a transferência contém um núcleo simbiótico no qual podemos pensar em uma fusão entre órgãos, vivência bastante primitiva que não necessariamente configura uma integração. O analista sente-se afetado e imagens fragmentadas ou integradas surgem a partir daí. Anterior à compreensão sobre a alteração da imagem corporal, encontra-se, portanto, a transferência primordial entre órgãos erógenos.

Figueiredo (2003) ajuda-nos a complementar a elaboração sobre a relação entre imagem corporal e transferência com suas considerações a respeito da existência de uma

Contratransferência primordial - um deixar-se colocar diante do sofrimento antes mesmo de se saber do que e de quem se trata. Essa contratransferência primordial corresponde justamente à disponibilidade humana para funcionar como suporte de transferências e de outras modalidades de demandas afetivas e comportamentais profundas e primitivas, vir a ser um deixar-se afetar e interpelar pelo sofrimento alheio no que tem de desmesurado e mesmo de incomensurável, não só desconhecido como incompreensível. Todo o psicanalisar,

no que implica lidar com as transferências depende, portanto, dessa contratransferência primordial (p. 128).

Podemos fazer aqui uma analogia entre a contratransferência primordial de Figueiredo e a alteração da imagem corporal do analista pela transferência e encontro com o analisando.

Com isto queremos dizer que o encontro entre analisando e analista provoca uma *alteração* na imagem corporal do analista, alteração esta que se diferencia do que é chamado comumente de *distorção* da imagem corporal. A alteração da imagem corporal do analista resulta da brotação de imagens e formas novas que auxiliam na construção do caso e no tratamento psicanalítico. Os capítulos a seguir conterão algumas dessas imagens que surgem no analista e as construções metapsicológicas que se impõem a partir daí como elaboração e enriquecimento.

Cabe explicitar brevemente um exemplo do que está sendo dito. Ao receber para atendimento analítico um paciente obeso, cuja identidade diz ser “um obeso mórbido”, sou imediatamente tomada por um não-espaço, não-lugar, um encurralamento em meu consultório. A saída encontrada para uma existência diante desse paciente foi imaginar-me como um móbile, preso ao teto e um possível objeto de interesse dele. Talvez, assim, ele pudesse balbuciar e falar em minha direção não como um órgão/analista que atende às suas necessidades de devoração.

Concordamos com André (2004) quando nos diz:

Não se trata simplesmente de dizer fantasia ali onde outros falariam de “falha do holding”, de “carência afetiva”, de “ruptura do apego”, ou de “sobrevivência”, mas sim de sustentar que a

análise se perde se vier a responder num ponto em que a necessidade faz ouvir a sua impaciência (p. 80).

O analista, em muitas ocasiões, precisa se colocar a uma boa distância, nem muito perto para a fusão das imagens não se configurar como um fora de foco e nem tão longe para não perder de vista o outro. Pensamos com Green (1994): “o analista escuta seu paciente com o corpo todo” (p. 39) e para que a voz possa aparecer (paciente como órgão da fala) é preciso que se faça silêncio (analista como órgão da escuta).

O analisando citado acima e os analisandos com sintomas anoréxicos e bulímicos apresentam *um ideal de não-alteração da imagem corporal, algo como um ideal de corpo sem carne*. O que dizer dos pacientes com sintomas anoréxicos graves que nos fazem sentir enjôo e um mal-estar corporal ao nos depararmos com seu corpo, pele e ossos? Essa visão nos afeta e faz nossa imagem corporal sofrer uma alteração. Entretanto, muitas vezes, percebemos um fechamento narcísico tão intenso nestes pacientes como se a nossa presença não os afetasse em nada. O ideal de não alteração está relacionado à busca pela constância e pelo inanimado. Essa busca é própria do ideal, figura do inanimado. Trata-se de manifestações da compulsão à repetição, comandadas pela pulsão de morte.

Nos sintomas anoréxicos graves, nada entra e nada sai da superfície de órgãos, ou seja, do corpo, e a carne é consumida numa paixão bulímica sobre si; na obesidade, deparamo-nos, muitas vezes, com uma imagem de saco sem fundo: tudo que entra cai no vazio e transforma-se em uma capa de gordura que recobre a carne e, por fim, identificamos os sintomas bulímicos que fazem fronteira com os sintomas anoréxicos e a obesidade. Talvez por

esta razão o tratamento seja tão difícil e a sensação é a de que são impermeáveis ao contato, àquilo que altera a imagem corporal e, de alguma forma, a destrói em alguma medida para poder reconstruí-la constantemente.

Talvez a alteração da imagem possível no analista seja o que possibilitará o tratamento desses pacientes. Eles nos alteram para que possamos tratá-los depois, daquilo que os ameaça ao contato. O analista é afetado destrutiva e construtivamente em sua capacidade de imaginar o paciente, fazer nascer uma imagem em si.

Neste momento, é possível fazer uma ponte com o que Fernandes (2002) diz a respeito da recusa da realidade dos sinais somáticos. “Esses fenômenos de uma recusa da realidade podem ir de uma simples surdez em relação aos sinais somáticos, mais ou menos evidentes, até uma recusa da realidade claramente psicótica” (p. 182).

Pacientes com sintomas anoréxicos e bulímicos e pacientes obesos geralmente recusam a realidade. Não acreditam que poderão vir a falecer, por exemplo, levando às últimas conseqüências um corpo desnutrido e desidratado. A recusa, então, passa pelo ideal de uma não alteração do corpo. Uma recusa da alteração, daquilo que afeta e adoce o sujeito em sua relação com o mundo.

Na literatura psicanalítica encontramos diversas contribuições a respeito das alterações sentidas pelo bebê e pela mãe quando em contato. “Ao dar de mamar a mãe mama o seu bebê” apresenta-se como a primeira imagem dessa possibilidade de afetação e alteração da imagem corporal na constituição do corpo-prazer. A alteração é que faz a passagem do corpo-necessidade ao corpo-prazer.

Fernandes (2002), em relação à hipocondria, salienta:

Na falta de um investimento necessário, a experiência do corpo ficaria ligada à necessidade, privada da descoberta desse corpo de prazer – num primeiro momento objeto do investimento libidinal da mãe e, num segundo tempo, objeto do investimento libidinal do próprio sujeito. Minha hipótese salienta que naqueles pacientes em que se evidencia uma ausência completa de percepção dos sinais somáticos, a experiência do corpo parece ter ficado ancorada no registro da necessidade, num tempo anterior ao auto-erotismo. Neste sentido, o fenômeno do silêncio dos órgãos denuncia, de uma certa forma, uma falência da erogeneidade e, por conseqüência, da autopercepção (p. 188).

Imaginamos que o silêncio dos órgãos reconhecido por Fernandes aproxima-se do que falamos anteriormente sobre a impermeabilidade de contato e a transferência entre órgãos não conseguir se dar em alguns distúrbios da oralidade muito graves.

Schilder (1999) afirma que o modelo postural do corpo constitui uma unidade ao aglutinar em si algumas partes e ao expelir outras. Haveria, portanto, uma possibilidade de expansão e de destruição da imagem corporal. Para tanto, o autor fala da importância da “difusão da imagem corporal no mundo” (p. 208). A organização da imagem corporal se altera do ponto de vista da estrutura libidinal (p. 211). Existem fantasias de que algumas partes do nosso corpo podem se desconectar dele, ser desmembradas. Por exemplo, “na melancolia, é comum haver fratura do modelo postural do corpo” (p. 211), principalmente, pela via de um delírio de negação (Cotard, 1882); (Nina-Rodrigues, 1903).

Para ilustrar o que está sendo dito, lembremo-nos de Raimundo Nina-Rodrigues, em “A paranóia nos negros: estudo clínico e médico legal” (1903) ao apresentar o caso de Umbelina Maria do Bonfim, negra baiana de 60 anos, que tinha sido vendedora de peixe, internada no Asilo São João de Deus, em Salvador, Bahia. Essa paciente apresentava um delírio de negação de órgãos, a saber:

Da primeira vez que fomos chamados a examinar Umbelina, ela nos pareceu dominada por um delírio de negação, do tipo Cotard, e como não conhecíamos a doente, esta particularidade chamou nossa atenção. Ela se queixava de não ter mais nem cabeça, nem mãos, nem pés, nem estômago; mostramos sucessivamente a ela seu nariz, seus olhos etc., colocando-lhe a questão: “O que é isso?”. Ela invariavelmente responde: “Isto não é um nariz, isto não são olhos etc.”, sempre em contra-senso. Renovamos nossa questão mostrando-lhe nossa mão ou nosso braço, e então ela responde: “Ah! Isto é uma mão, isto é um braço”. Ela nos declara que não enxerga mais, que está morta e que só está esperando o caixão para dar o último suspiro (p. 175).

O que Schilder nos ensina é que há um mecanismo de contração e expansão da imagem corporal, cuja evolução desta se dá, de certa forma, paralelamente à evolução das percepções, do pensamento e das relações objetais.

Vale dizer que as reflexões clínico-teóricas que compõem o painel clínico “distúrbios da oralidade na melancolia” não pretendem esgotar a compreensão sobre a temática abordada. Quando Berlinck (2007) desenvolve

sua compreensão sobre o método clínico, aborda a tradição da observação naturalista do mundo, e escreve:

A partir do século XVIII surge na Europa um movimento denominado naturalismo, dando estatuto científico à observação da natureza. Em outras palavras, a ciência moderna e o naturalismo baseiam-se na suposição de que o mundo existente pode ser apreendido e compreendido a partir da observação e da classificação daquilo que se manifesta. O observador já não é mais um ser inteiramente passivo, como na Grécia Antiga, mas um ator separado e distinto da natureza, que é capaz de perceber, pela observação, as diversas formas de vida que ocorrem na natureza (p. ix).

Clinicar seria, para Berlinck, “debruçar-se, com naturalidade, com uma atitude naturalista, sobre o doente e observar as manifestações naturais ocorrendo nesse humano, sem concepções *a priori* sobre aquilo que ali se manifesta” (p. ix).

Para o analista, clinicar significa, também, deixar-se penetrar pelas imagens corporais dos pacientes, deixar-se afetar pela transferência primordial entre órgãos e observar as imagens e as formas que brotam a partir daí. Este é o fundamento do que pensamos ser a possibilidade de transformação da vivência em experiência pela narrativa sobre o sofrimento.

Voltemos à pergunta inicial deste capítulo: como estabelecer uma psicopatologia que não seja classificatória?

Consideramos, então, que o analista precisa deixar-se alterar pela imagem corporal de seus analisandos. A *flexibilidade do analista* é o que possibilitará o surgimento de imagens nele; imagens que serão úteis para tratar a *rigidez do paciente* e propiciar ao dispositivo clínico tomar corpo, levando-se

em consideração a compreensão da transferência e da contratransferência primordiais. Assim, será possível o dispositivo clínico se estabelecer como espaço fértil para a narrativa sobre o sofrimento do analisando se transformar em uma experiência.

CAPÍTULO 2

OS DISTÚRBIOS DA ORALIDADE EM LASÈGUE, FREUD, ABRAHAM E BINSWANGER

Este capítulo apresentará as contribuições de Charles Lasègue (1816-1883), Sigmund Freud (1856-1939), Karl Abraham (1877-1925) e Ludwig Binswanger (1881-1966), indispensáveis para a compreensão do tema dos distúrbios da oralidade na melancolia. Gostaríamos de salientar que a leitura desses autores, clássicos da psiquiatria e da psicanálise, foi suscitada pelas vivências clínicas contidas nos capítulos 3, 4 e 5 desta tese; portanto, será possível notar a presença do pensamento desses autores nas reflexões clínico-teóricas dos próximos capítulos. A decisão de colocar este capítulo antecedendo os demais se deve à sua importância histórica e à importância de se explicitar a evolução da teorização contida nas obras apresentadas.

Apesar de esses autores não utilizarem a terminologia *distúrbios da oralidade*, sua compreensão tanto da histeria como da melancolia possibilita problematizar uma clínica desses distúrbios. A tristeza é um denominador comum entre esses autores. Juntam-se a eles os textos: “Sermão da quarta domingo depois da Páscoa”, do Padre Antônio Vieira (1679); “Sobre um mal universal”, de Paulo José Carvalho da Silva (2006); as contribuições sobre a acídia, referidas por Giorgio Agamben (2007a) em “O demônio meridiano”, e “Um artista da fome”, de Frans Kafka (1998).

2.1. A ANOREXIA HISTÉRICA DE CHARLES LASÈGUE

Em 1870 inicia-se um crescente interesse pela dimensão psíquica das desordens da alimentação, do apetite e da digestão em quadros clínicos. Essas desordens já eram observadas por Philippe Pinel (1745-1826) a respeito de seus pacientes: “A constrição intestinal que acompanha a mania, a perda do apetite que acompanha a melancolia, e a alternância entre uma ‘abstinência total’ e uma ‘voracidade singular’, é observada na histeria” (cf. Williams, 2007, p. 59). Destaca-se entre os autores que se dedicaram à observação detalhada da dimensão psíquica das desordens alimentares, digestivas e do apetite,⁶ o valioso trabalho de Charles Lasègue intitulado “Da anorexia histérica”, publicado em 1873.

Lasègue tratou da anorexia histérica como sendo um exuberante sintoma presente no quadro da histeria. Procurou ater-se ao início do fenômeno sintomático, a importante relação do paciente com a família - seguramente foi o precursor da importância da dinâmica familiar para a manutenção dos sintomas - e com o médico.

Esse artigo é resultado de seu projeto em construir uma história das afecções históricas pelo estudo isolado de cada um dos grupos sintomáticos. A anorexia seria, então, uma das partes do todo “histeria”.

⁶ Richard Morton (1694) é considerado o primeiro médico a descrever dois casos com abstinência alimentar sem causas orgânicas, em seu livro *Treatise of consumptions*. Sir William Gull (1868), médico do Guy's Hospital, escreveu artigo intitulado “Anorexia nervosa”. Também chamava a atenção dele, assim como a de Lasègue, o sentimento de bem-estar e o excesso de energia física dos pacientes em intenso estado de inanição.

Para o autor, muitos distúrbios digestivos, do apetite e da alimentação podem surgir no curso da histeria. O objetivo de seu artigo é apresentar, dar a ver, uma das formas da histeria com foco gástrico. O termo anorexia poderia ser substituído pelo de inanição histérica, que talvez representasse melhor a parte visível do problema. Nesse sentido, Lasègue comenta que “disso resulta que nos faltam expressões para designar os graus ou variedades de inapetência. Aqui, como em muitas partes, a pobreza do vocabulário reflete a insuficiência do conhecimento” (p. 159).

Lasègue encontra, num extremo, histéricas inapetentes, apresentando repugnância desde alguns até vários alimentos e, em outro, aquelas com “apetites exigentes”, imperiosos. Descreve uma moça entre quinze e vinte anos que começa, num primeiro momento, sentindo um mal-estar posterior à alimentação, já desde o início das refeições: “sensações vagas de angústia e gastralgia. Nem ela nem as pessoas presentes vêem esse mal estar como algo importante e dele não resulta nenhum incômodo durável” (p. 160). Entretanto, a sensação se repete por vários dias e a moça chega à conclusão de que o mais acertado para eliminar o mal-estar é diminuir a ingestão de alimentos. Passado algum tempo, num segundo momento, o mal-estar deixa de ser algo passageiro e configura-se como uma recusa a alimentar-se que será vivenciada por um longo período:

A dor gástrica que é, ou parece ser o ponto de partida dos acidentes, merece especialmente que nos detenhamos nela. Ela varia de intensidade, desde um sentimento confuso de opressão até uma espécie de câimbra estomacal acompanhada por fraqueza, palidez, suores ou mesmo calafrios (p. 161).

Lasègue ressalta que a sensação dolorosa não existe apenas por causa da comida, mas persiste entre as refeições, ora branda, ora incômoda. A paciente passa a sentir medo de sentir dor. A abstenção de alimentos alivia a dor e o medo de que ela sobrevenha.

O autor enfatiza: “a doente, longe de enfraquecer, de entristecer-se, desenvolve uma espécie de alacridade (entusiasmo, alegria, vivacidade) que não lhe era costumeira” (p. 162). Mais adiante, continua: “Em vez de diminuir as forças musculares, a redução de comida tende a aumentar a aptidão ao movimento” (p. 163).

Os familiares começam a inquietar-se diante desse quadro. Gradualmente, a anorexia torna-se o único objetivo de preocupação nas conversas. “Quanto mais sua atenção se centraliza, mais a noção de mal-estar se aperfeiçoa” (p. 164), diz Lasègue: “O que domina o estado mental da histérica”, continua o autor, “é, antes de mais nada, uma quietude, diria quase um contentamento verdadeiramente patológico” (p. 165). A paciente diz que comer gera dor e sofrimento. Não comer lhe confere um intenso bem-estar. E, nesse momento, o médico nada tem a fazer para chamar a atenção para a paciente cuidar de si.

Ainda segundo Lasègue, o emagrecimento progride e com ele a fraqueza geral. Os sintomas ativos diminuem ao passo que a força de resistência vital vai esmorecendo. A histérica passa a ser vista como uma doente e perde a liberdade de ir e vir. Nesse momento, a moça costuma inquietar-se com as pessoas à sua volta e com o clima de tristeza e preocupação. O médico, segundo Lasègue, deve retomar a tentativa de

tratamento já que a paciente, ainda que de forma dissimulada, começa a sentir apetência por cuidar de si. O quadro, então, poderá se modificar.

A relevância do artigo de Lasègue reside no ponto de urgência a partir do qual as histéricas convocavam o olhar médico: elas se sentiam bem com a recusa alimentar e solicitavam o olhar do outro pela manifestação de uma “aptidão ao movimento” no lugar de uma apatia esperada. Urgência também encontrada na atualidade diante do que poderia ser denominado de ação maníaca manifesta na errância anoréxica, no frenesi bulímico, na orgia alimentar dos obesos e nas adicções em geral. É importante ressaltar, a partir do texto de Lasègue, que a paciente só aceita ajuda quando a ação maníaca esmorece e dá lugar ao que poderia ser chamado de uma *tristeza sinal*.

O artigo de Lasègue possibilita pensar, também, em uma ilusão de gratificação narcisista (cf. Bleichmar, 1985, p. 131). É possível reconhecer, na anorexia histérica descrita nele, uma renúncia narcisista manifesta pela ação maníaca (forma ilusória de gratificação narcisista – sensação de bem-estar descrita pelas pacientes) diante do sofrimento – mal-estar - deslocado para a alimentação, o apetite e a digestão. A renúncia, então, aparece como uma forma de evitar a dor narcisista. O que caracteriza esta dor narcisista? Antes, porém, de tentarmos responder a esta questão, veremos, do ponto de vista psicanalítico, como as contribuições de Freud e Abraham auxiliam na compreensão da renúncia narcisista pela via da histeria e da melancolia.

2.2. FREUD E ABRAHAM: DISTÚRBIOS DA ORALIDADE NA MELANCOLIA E NA HISTERIA

2.2.1. Anorexia melancólica e Anorexia histérica em Freud

No início do pensamento freudiano é possível observar a anorexia e os vômitos repetidos aparecerem como sintomas tanto da melancolia quanto da histeria. Faremos um breve percurso a respeito desses trabalhos para destacarmos alguns aspectos relevantes para a clínica dos distúrbios da oralidade que aqui nos interessa.

Freud (1950[1892-1899]) estabelece no Rascunho G. Melancolia, uma analogia entre sintomas anoréxicos e a melancolia:

I

Os fatos que temos diante de nós parecem ser assim:

Existem notáveis correlações entre a melancolia e a anestesia [sexual]. Isso foi estabelecido 1) pela verificação de que, em muitos melancólicos, houve uma longa história prévia de anestesia, 2) pela descoberta de que tudo o que provoca anestesia favorece o desenvolvimento da melancolia, 3) pela existência de um tipo de mulheres, psiquicamente muito exigentes, nas quais o desejo intenso facilmente se transforma em melancolia, e que são frígidas.

A melancolia se desenvolve como intensificação da neurastenia, através da masturbação.

A melancolia surge numa combinação típica com a angústia intensa.

A forma típica e extrema da melancolia parece ser a forma hereditária periódica e cíclica.

II

A fim de obtermos algum proveito desse material, precisamos estabelecer alguns pontos de partida fixos. Estes parecem ser proporcionados pelas seguintes considerações:

- (a) O afeto correspondente à melancolia é o luto – ou seja, o desejo de recuperar algo que foi perdido. Assim, na melancolia, deve tratar-se de uma perda – uma perda na vida pulsional.
- (b) A neurose nutricional paralela à melancolia é a anorexia. A famosa anorexia nervosa das moças jovens, segundo me parece (depois de cuidadosa observação) é uma melancolia que a sexualidade não desenvolveu. A paciente afirma que não se alimenta simplesmente porque não tem nenhum apetite; não há qualquer outro motivo. Perda do apetite – em termos sexuais, perda da libido (p. 282-83).

A importância destas observações a respeito da anestesia nos auxilia a pensar no problema da insensibilidade presente nos distúrbios da oralidade. Insensibilidade que aparece nos sintomas anoréxicos como uma recusa a sentir os estímulos dolorosos da psique e do soma. Na obesidade, a insensibilidade surge ligada à capa de gordura que reveste e insensibiliza a carne. Mais do que uma “perda da libido”, como assinala Freud, tratar-se-ia de uma *estagnação da libido*, o que geraria uma insensibilidade ao nível psíquico e corporal.

Freud dá continuidade à questão da anestesia no capítulo IV do Manuscrito G. Para ele, a anestesia desempenha um importante papel na melancolia, consistindo em um sinal de predisposição melancólica. Chama atenção para a anorexia nervosa como sendo uma forma de anestesia histórica, uma forma de silenciar a dor e produzir estagnação.

Poder-se-ia perguntar: qual dor precisa ser anestesiada? A anestesia silencia qual dor? A dor da perda? A dor de uma tristeza que não pode ser sentida como tal?

Com a colaboração do Dr. Josef Breuer, Freud publicou os “Estudos sobre a histeria” (1893-1895). Em “Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar” (1893a), Freud e Breuer, ao tratarem da histeria, chamam a atenção para os sintomas de anestesia, as contraturas, as paralisias, as convulsões epiléticas, os vômitos repetidos e anorexia, as perturbações da visão, entre outros, que estariam por trás do sofrimento psíquico.

Os sintomas histéricos eram compreendidos como resultado de uma excitação transferida da esfera do anímico para a corporal, idéia esta para a qual Freud e Breuer criaram os termos “ab-reação”⁷ e “conversão”. Observaram, na histeria, que as representações inconscientes, carregadas de afeto e que não eram “ab-reagidas” invadem a vida mental dos pacientes, facilitando um caminho anormal em direção ao corporal – à inervação somática.

Freud em “Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: uma conferência” (1893b) nos diz o seguinte a respeito dos sintomas de anorexia e vômitos:

⁷ “Descarga emocional pela qual o sujeito se liberta do afeto ligado à recordação de um acontecimento traumático, permitindo assim que ele não se torne ou não continue sendo patogênico. A ab-reação, que pode ser provocada no decorrer da psicoterapia, principalmente sob hipnose, e produzir então um efeito de catarse, também pode surgir de modo espontâneo, separada do traumatismo inicial por um intervalo mais ou menos longo” (LAPLANCHE & PONTALIS, 1995, p. 1).

Um dos sintomas mais comuns da histeria é a combinação da anorexia e vômito. Sei de um grande número de casos em que a ocorrência desse sintoma é explicada de maneira bastante simples. Assim, numa paciente o vômito persistiu depois dela ter lido uma carta humilhante pouco antes de uma refeição e ter ficado violentamente nauseada com isso. Em outros casos, a repulsa pela comida pode ser claramente relacionada ao fato de que; graças à instituição da “mesa comum”, uma pessoa pode ser compelida a fazer uma refeição em companhia de alguém que detesta. A repulsa é então transferida da pessoa para os alimentos (p. 41-42).

Nesse momento, Freud pensava os fenômenos histéricos seguindo o mesmo modelo da histeria traumática, isto é, todo fenômeno histérico é determinado pela natureza do trauma. A reação ao trauma (lidar com o afeto de um trauma psíquico) é sempre uma tomada de atitude, uma passagem ao ato. O tratamento baseava-se na idéia de que as palavras deveriam substituir as ações. As histéricas sofrem de reminiscências e seus sintomas são resíduos e símbolos mnêmicos de experiências traumáticas.

Ao relatar o caso da Srta. Anna O., Breuer conta que em julho de 1880, o pai da paciente, a quem ela era extremamente apegada, adoeceu gravemente e veio a falecer um ano depois. A Srta. Anna O. dedicou-se exclusivamente a cuidar dele, e acabou deteriorando sua saúde por conta disso. Ele diz: “O estado de debilidade, anemia e aversão pelos alimentos se agravou a tal ponto que, para seu grande pesar, não lhe permitiram mais que continuasse a cuidar do paciente” (p. 59). A intensa angústia e tristeza persistentes da Srta. Anna O. interferia na ingestão de alimentos levando aos poucos a uma violenta sensação de náusea. Mais uma

vez encontramos o problema da estagnação, aqui revelado pela náusea da paciente. A náusea como sintoma da estagnação.

Breuer, em “Considerações teóricas” (1893-1895) relata também o caso de um menino de 12 anos que certo dia voltou para casa sentindo-se mal. Não conseguia engolir e tinha dor de cabeça. O menino recusava os alimentos e vomitava quando estes lhe eram forçados. Estava apático e queria ficar deitado o tempo todo, triste e abatido (estagnado). Em meio a lágrimas, contou que quando voltava da escola para casa, ele foi a um banheiro público e um homem lhe mostrou o pênis pedindo-lhe que ele o pusesse na boca. O menino fugiu apavorado. Adoeceu. Tão logo falou o que havia acontecido, recuperou-se inteiramente.

Segundo Breuer:

Para produzir a anorexia, a dificuldade de engolir e os vômitos, vários fatores se fizeram necessários: a natureza neurótica inata do menino, seu intenso pavor, a irrupção da sexualidade em sua forma mais crua no seu temperamento infantil e, como fator especificamente determinante, a idéia de repulsa (p. 232).

Freud (1893-1895), no caso de Emmy von N., escreve que a anorexia dessa paciente oferece um bom exemplo de abulia – falta de vontade – e estagnação decorrente de uma perda importante: a morte imprevista do marido. Ela não falava de sua tristeza e nem atribuía a esta a sua falta de apetite. Freud observa que ela comia pouco por não gostar de comer, e não podia apreciar o sabor porque o ato de comer, desde a infância, se vinculara a uma lembrança de repulsa cuja soma de afeto jamais diminuía em qualquer grau, sendo impossível comer com repulsa e prazer ao mesmo tempo. Sua

antiga repulsa às refeições permanecera inalterada porque era constantemente obrigada a reprimi-la, em vez de livrar-se dela por reação (p. 118).

Em “A etiologia da histeria” (1896), Freud observa a existência de um conjunto de sintomas histéricos – “vontade dolorosa de urinar, sensação dolorosa de defecar, distúrbios intestinais, asfixia e vômitos, indigestão e repugnância pela comida” (p. 209) – que derivava de cenas infantis com alto poder gerador de sintomas. Elas incluem as zonas erógenas da boca e ânus, usados para fins sexuais. Algumas vezes, são as circunstâncias acidentais dessas cenas sexuais infantis que, anos depois, adquirem um poder determinante sobre os sintomas da neurose (p. 210).

A clínica ensina a Freud que há, entre os sintomas e as impressões infantis, a interposição das fantasias do paciente que, de um lado, tinham-se constituído a partir das lembranças infantis e com base nelas e, de outro, eram diretamente transformadas em sintoma conversivo.

Em “Minhas teses sobre o papel da sexualidade na etiologia das neuroses” (1906[1905]), Freud substitui os traumas sexuais infantis pela importância do infantil na sexualidade. A concepção dos mecanismos histéricos já não aparece como derivada direta das lembranças recalçadas e das impressões infantis; formula que: 1) uma boa parte da sintomatologia histérica deriva diretamente das expressões do estado de excitação; 2) uma série de zonas erógenas eleva-se ao estatuto de órgão genital; e 3) os mais complexos sintomas revelam-se como representações convertidas de fantasias que têm por conteúdo uma situação sexual.

Em “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905) Freud descreve as múltiplas variedades da constituição sexual, bem como a

composição interna da pulsão sexual como um todo e sua derivação das diferentes fontes do organismo que contribuem para originá-la. Mais tarde, em 1918, Freud publicará “História de uma neurose infantil” e refletirá sobre o distúrbio do apetite no caso do Homem dos Lobos, que passou por uma fase em que nada conseguia comer. Faz um paralelo com a anorexia das meninas púberes:

É sabido que existe uma neurose nas meninas que ocorre na época da puberdade e que exprime a aversão à sexualidade por meio da anorexia. Essa neurose terá que ser examinada em conexão com a fase oral da vida sexual (p. 133).

O que constitui a tristeza sinal indicada por Lasègue e reconhecida por Freud e Breuer em seus pacientes histéricos? Como ela se manifesta na clínica dos distúrbios da oralidade?

Freud chama a atenção para a necessidade de se fazer uma conexão entre os sintomas anorexia/vômitos e a fase oral da vida sexual no trabalho psíquico da histeria. Permite-nos pensar que a histérica vive presa ao passado, a um passado de reminiscências que a deixa fixada, “comprometida” pela via do sintoma conversivo. O paciente histérico “alimenta-se” desse passado esperando encontrar nele uma possibilidade de refazer uma ilusão (desfeita como uma miragem que desaparece no deserto), algo que garanta um momento ilusório de plenitude anterior à perda do objeto – uma ilusão de gratificação narcisista.

2.2.2. Luto e Melancolia

A proposta de Freud, em “Luto e melancolia” (1917), é esclarecer a natureza psicopatológica da melancolia. Para tanto, descreve o trabalho psíquico do luto diante da perda do objeto amado e, a partir dele, reflete sobre o trabalho psíquico da melancolia.

O trabalho que o luto realiza respeita o teste de realidade revelando que o objeto amado não existe mais, passando a exigir que a libido seja retirada de suas relações mantidas com esse objeto. Todavia, essa exigência da realidade não é atendida prontamente, levando tempo e requerendo um enorme dispêndio de energia. O ego, perdendo o interesse pelo mundo externo, é absorvido por um árduo processo interno de elaboração da perda, cujo objetivo final consiste em desapegar do objeto (cf. Rosenberg, 2003, p. 119-156). Quando o trabalho de luto chega ao fim, é possível encontrar o ego novamente livre e desinibido. Sendo assim, ele descreve:

(...) isso só ocorre pouco a pouco e com grande dispêndio de tempo e energia, enquanto em paralelo, a existência psíquica do objeto perdido continua a ser sustentada. Cada uma das lembranças e expectativas que vinculavam a libido ao objeto é trazida à tona e recebe uma nova camada de carga, isto é, de sobreinvestimento. Em cada um dos vínculos vai se processando então uma paulatina dissolução dos laços de libido (p. 104-05).

Ao comparar o luto e a melancolia, irá salientar justamente que:

(...) embora a perda que vimos ocorrer na melancolia nos seja desconhecida, podemos supor que sua conseqüência será um trabalho interior semelhante ao do luto e, portanto, a perda explicaria a inibição também presente na melancolia. Entretanto, a inibição melancólica nos parece enigmática, porque não podemos ver o que estaria absorvendo de tal maneira o doente. Além disso, o melancólico nos mostra uma característica ausente no luto: a extraordinária depreciação do sentimento-de-si, um enorme empobrecimento do ego (p. 105)

Assim, na melancolia há um trabalho interno que consome, devora o ego. A expressão disso se dá por um *delírio de insignificância*, entremeado por auto-depreciações: “Com relação a algumas outras auto-acusações, notamos que, embora o doente também pareça ter razão, ele apreende a realidade de modo mais intenso e agudo do que os não melancólicos” (p. 106).

Esta passagem é valiosa para a clínica da melancolia porque, de fato, o paciente sofre do que poderíamos chamar de um *excesso de realidade* quando se refere à perda em seu ego (perde, de maneira violenta, a ilusão de gratificação narcisista). Este excesso de realidade refere-se, a nosso ver, à “ferida aberta absorvendo de todos os lados a energia de investimento para si e esvazia o ego até seu total empobrecimento” (p. 111).

Freud tenta esclarecer a contradição entre a perda do objeto no luto e a perda ocorrida no ego, característica da melancolia:

Ao ouvirmos pacientemente as múltiplas recriminações do melancólico, não temos como evitar a impressão de que as mais graves acusações com freqüência não se encaixam exatamente à própria pessoa, mas que se aplicam perfeitamente a uma outra pessoa que o doente ama, amou ou deveria amar. (...) Assim, tem-se nas mãos a chave para o

quadro da doença: as auto-recriminações são recriminações dirigidas a um objeto amado, as quais foram retiradas desse objeto e desviadas para o próprio ego (p. 107).

Freud reconstrói o processo melancólico da seguinte maneira:

Havia ocorrido uma escolha de objeto, isto é, o enlaçamento da libido a uma determinada pessoa. Entretanto, uma ofensa real ou decepção proveniente da pessoa amada causou um estremecimento dessa relação com o objeto. O resultado não foi um processo normal de retirada da libido desse objeto e a seguir seu deslocamento para outro objeto, mas sim algo diverso, que para ocorrer parece exigir a presença de determinadas condições. O que se seguiu foi que o investimento de carga no objeto se mostrou pouco resistente e firme e foi retirado. A libido então liberada, em vez de ser transferida para outro objeto, foi recolhida para dentro do ego. Lá essa libido não foi utilizada para uma função qualquer, e sim para produzir uma identificação do ego com o objeto que tinha sido abandonado. Assim a sombra do objeto caiu sobre o ego (p. 108).

A partir desse momento, o ego sofre uma clivagem e uma instância especial, a sombra, passa a julgá-lo como se ele fosse o objeto abandonado.⁸ “O conflito entre o ego e a pessoa amada transformou-se num conflito entre a crítica ao ego e o ego modificado pela identificação” (p. 108).

Segundo Freud, a predisposição à melancolia está diretamente relacionada com a escolha de objeto do tipo narcísico. Observa-se uma

⁸ Mais tarde, em *O ego e o id*, Freud (1923) evidenciará, na melancolia, o sadismo do superego em relação o ego. Consultar os trabalhos de CARDOSO, Marta Rezende. *Superego*, 2002 e AMBERTÍN, Marta Gerez. *Imperativos do superego*, 2006.

regressão do investimento libidinal do objeto para a fase oral da libido, fase anterior à escolha de objeto. Diz ele:

Entretanto, na verdade, as identificações com o objeto também são comuns nas neuroses de transferência, elas constituem um mecanismo conhecido da formação dos sintomas, principalmente na histeria. Contudo, podemos ver bem a diferença entre a identificação narcísica e a histérica no fato de que, na narcísica, o investimento de carga no objeto é abandonado, ao passo que na histérica ele continua a existir (p. 109).

Freud, aqui, nos dá pistas sobre o conflito entre o ego e o superego nas neuroses de transferência. Como o superego é uma dimensão estrutural do aparelho psíquico, a sombra do objeto pode se abater sobre o ego, independentemente da estrutura psicopatológica do sujeito. Isso quer dizer que a neurose narcísica possui uma dinâmica relativamente independente da neurose de transferência, na qual, ao contrário da primeira, o conflito se dá entre id e ego.

Ainda para Freud (1917), a característica mais notável da melancolia, aquela que deixa uma grande margem de interrogações e abre para um campo de pesquisa, é a sua tendência a se transformar em seu oposto, a mania. Escreve:

Quanto às observações, diversos outros pesquisadores da psicanálise já expressaram que a mania teria o mesmo conteúdo que a melancolia, que as duas afecções lutariam contra o mesmo complexo, porém, no caso da melancolia, o ego provavelmente foi subjugado pelo complexo, enquanto na

mania o ego dele se assenhoreou ou mesmo o desalojou (p. 112).

A mania, para ele, constitui-se como uma liberação de uma quantidade de energia que fora consumida na relação ambivalente com o objeto incorporado ao ego. Haveria aqui uma disposição para todas as formas de ação de descarga. Constitui-se, ainda, como um triunfo sobre a tristeza e a inibição melancólica, um deleite no movimento e na ação. Aquilo que o ego dominou e aquilo sobre o qual está triunfando permanecem ocultos dele.

O que permanece oculto do ego na mania? O que é assegurado pela ação maníaca? Qual a sua relação com a compulsão dos adictos? Vimos, a partir de Freud, ainda que de forma breve, o que caracteriza o trabalho do luto e o da melancolia. Haveria um trabalho da mania? Que tipo de trabalho psíquico é próprio da mania? Qual a sua relação com o ideal?

A hipótese que se pretende sustentar a partir dos relatos clínicos apresentados nos capítulos posteriores é a seguinte: os distúrbios da oralidade são sintomas da melancolia e a ação maníaca, manifesta na errância anoréxica, no frenesi bulímico, na orgia alimentar dos obesos e nas adicções em geral, uma defesa contra um vazio inapreensível gerado pelo desfazimento da ilusão de gratificação narcisista.

2.2.3. A contribuição de Abraham

Os trabalhos de Abraham intitulados: “O primeiro estágio pré-genital da libido” (1916) e “Breve estudo do desenvolvimento da libido, visto à luz das perturbações mentais” (1924a) são importantes porque apresentam as valiosas

contribuições do autor a respeito do que poderíamos chamar de a clínica dos distúrbios da oralidade.

Em “O primeiro estágio pré-genital da libido”, Abraham, a partir da leitura dos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, de Freud, aprofunda a concepção sobre a psicopatologia da mais primitiva das organizações pré-genitais da libido: a oralidade.

Freud denominou de pré-genitais os estágios do desenvolvimento da libido anteriores ao predomínio da zona genital. São estágios que precedem aquele da sexualidade normal posterior, e são próprios da vivência infantil. Nos casos patológicos, tais processos tornam-se ativos e chamam a atenção pela sua prevalência na vida adulta.

Abraham reconhece em Freud a existência de duas organizações pré-genitais. A primeira é o estágio oral, que pode ser chamado também de canibalesco. Neste estágio, a atividade sexual ainda não se encontra separada da ingestão alimentar. A segunda fase pré-genital é a sádico-anal, em que a dualidade da vida sexual deve ser denominada de ativa e passiva.

Abraham apresentará vários fragmentos de casos clínicos demonstrando que a vida pulsional da criança persiste na fase adulta e que a libido de tais pessoas apresenta um quadro psicopatológico que parece corresponder à fase oral estabelecida por Freud. Trata-se dos estados psíquicos de depressão.

“Muitos neuróticos sofrem de sentimentos anormais de fome. As mulheres, em particular, são atingidas por este sintoma” (Abraham, 1916, p. 64). Chama esta ânsia de “fome neurótica” a qual não corresponde à fome normal e comenta sua particularidade:

Certas características desta fome neurótica devem ser notadas, isto é, que ela não tem relação com estar ou não vazio o estômago, que surge a intervalos regulares e se estabelece como uma crise, com acompanhamentos de natureza incômoda, que não se enquadram na necessidade normal de nutrição e dos quais os mais importantes são sentimentos de ansiedade (p. 64).

Os pacientes geralmente se queixam de “crises de fome devoradora” (p. 64). Eles mostram-se resistentes, segundo Abraham, quando a psicanálise revela haver uma ligação de sua fome voraz e neurótica com a libido reprimida. Chama a atenção para a freqüência dessas crises em mulheres frígidas. Impulsos libidinais reprimidos podem ser mascarados por uma sensação de fome, já que a fome, mesmo excessiva, costuma ser admitida socialmente por si e pelos outros.

Abraham apresenta diferentes relatos clínicos ilustrando o desejo de deliciar-se com atividades de sucção, em alguns casos, e o anseio para ingerir alimentos sólidos em excesso, em outros. Nestes últimos, a oralidade não se encontra desvinculada da nutrição.

Para Abraham, os chupadores-de-polegar adultos, mesmo viciados nessa atividade auto-erótica, estariam num estágio mais avançado do desenvolvimento libidinal do que aqueles fixados no prazer de ingerir alimentos. Sua libido alcançou certa independência da nutrição e o prazer encontra-se no corpo auto-erótico. A boca não perdeu seu papel de zona erógena. Comenta:

A sucção adulta do polegar, que nos parece tão estranha, é mais explicável quando nos recordamos de que nos adultos

normais a boca não perdeu inteiramente o seu papel de zona erógena. Encaramos o ato de beijar como uma expressão inteiramente normal da libido, embora seja verdade que neste caso a zona erógena sirva ao propósito do amor do objeto. O beijo não assume a significação de um objetivo sexual final, mas representa apenas um ato preparatório. E ainda aqui, também, os limites são mal definidos; certas formas de beijo podem constituir o objetivo essencial do desejo sexual da pessoa (p. 68).

Apresenta o caso de um rapaz que manifestava grande inibição para comunicar-se pela fala, permanecendo todo o tempo masturbando-se oralmente: apresentava movimentos contínuos de sugar, utilizava a língua para estalar no céu da boca e chupava suas bochechas. A boca era exigida, o tempo todo, como zona erógena e não conseguia cumprir outras funções orais de natureza não sexual. A oralidade da linguagem e da escrita.

Abraham discorre, também, sobre o problema da disposição e da “depressão de ânimo neurótica” (p. 72). Ele comenta que “a satisfação auto-erótica da pessoa neurótica tem duas utilidades: ela impede a instalação de uma depressão de ânimo ameaçadora ou afasta a que já se instalou” (p. 72). Detém-se nos neuróticos que empregam um estímulo oral prazeroso para dissipar sua depressão. Relata o seguinte fragmento de caso:

(...) uma jovem paciente ciclotímica que tive sob observação é particularmente instrutivo. Logo que ela entrava em contato mental com outras pessoas, tendia a afastar-se delas e entregar-se inteiramente às suas inclinações auto-eróticas. Quando ficava deprimida, empregava diversos meios para aliviar seu estado, entre os quais o principal nos interessa aqui. Esse meio era comprar um pouco de comida. Enquanto comia, ela podia sentir seu ânimo levantar. Outro método que atuava

beneficamente sobre seu estado mental era característico de tendências auto-eróticas. Costumava andar de bonde horas a fio e obtinha disto um prazer muito acentuado no movimento (p. 73).

A observação de Abraham vai ao encontro da “aptidão ao movimento” observada por Lasègue em suas pacientes histéricas. Prazer e sensação de bem-estar - como ilusão de gratificação narcisista - para aplacar a angústia e a tristeza. Haveria uma gradação nesta aptidão ao movimento, podendo ir de algo rítmico e contínuo, como se fosse um ninar-se, até movimentos rápidos e frenéticos, como uma ação maníaca que impede o pensamento (por exemplo, caminhar em excesso e sem parada, comer para vomitar).

Entre as mais importantes manifestações das perturbações mentais depressivas encontram-se dois sintomas que apresentam relação direta com a oralidade: a recusa a alimentar-se e o medo de morrer de fome. Aqui, o comer ocupa o lugar de amar; o melancólico perde sua capacidade de amar, ao mesmo tempo em que teme morrer de tanto amar. Revela-se, assim, a natureza das forças responsáveis pela estagnação característica da melancolia.

Uma compreensão profunda dessa manifestação neurótica levou Abraham a concluir que nesses pacientes a libido regrediu ao mais primitivo estágio de seu desenvolvimento, o estágio oral. Quanto mais a zona genital passa para segundo plano como fonte de prazer, mais as pessoas se voltam para o erotismo oral e anal.

Na depressão melancólica a libido parece regredir ao seu mais primitivo estágio de desenvolvimento; inconscientemente o melancólico dirige

ao seu objeto o desejo de incorporá-lo. Devorá-lo para destruí-lo. “O desejo inconsciente do melancólico é destruir seu objeto amoroso, comendo-o” (p. 78).

Se presumirmos que os desejos reprimidos mais profundos do melancólico são de natureza canibalesca, que seus pecados, em sua essência, se referem a um proibido e até mesmo detestado ato de comer, compreenderemos então a grande freqüência com que se recusa a ingerir alimentos. Ele comporta-se como se a completa abstenção de alimento pudesse mantê-lo afastado da realização de seus impulsos reprimidos. Ao mesmo tempo, ameaça a si mesmo com o castigo que é o único adequado aos seus impulsos canibalescos inconscientes – a morte pela inanição (p. 79).

Para Abraham, as fantasias canibalescas existem tanto na melancolia quanto nas neuroses de transferência. A introjeção do objeto de amor constitui uma incorporação do mesmo, acompanhando a regressão da libido ao nível oral canibalesco. Introjetando o objeto perdido, o melancólico na realidade está chamando-o à vida instalando-o em seu ego. A melancolia é uma forma arcaica de luto e o trabalho do luto nas neuroses de transferência assume uma forma mental também arcaica. Absorver o objeto no ego. O processo de introjeção no melancólico assenta-se num grave conflito de sentimentos ambivalentes, dos quais só pode fugir voltando sobre si mesmo a hostilidade sentida em relação ao objeto.

Em “Breve estudo do desenvolvimento da libido, visto à luz das perturbações mentais” (1924a), comenta que, inconscientemente, a perda de um objeto é vista como um processo anal (expulsão) e a sua introjeção como um processo oral (devoração). Há na melancolia, diante da perda ou mesmo da

ameaça de perder o objeto amado, uma violenta expulsão e uma tentativa de reincorporação do mesmo.

Os pacientes melancólicos, segundo Abraham, apresentam, a partir dos sonhos, fantasia e sintomas, uma tendência sádico-oral. Essa tendência, na maior parte das vezes, constitui uma fonte de intenso sofrimento especialmente quando o ódio se volta contra o ego, sob a forma de autopunição.

Abraham faz uma diferenciação dentro da fase oral da libido. No nível primário daquela fase, a libido da criança está ligada ao ato de sugar. Este é um ato de incorporação, mas não elimina a existência do objeto. A criança ainda não é capaz de distinguir entre o seu próprio ego e o objeto externo. “Ainda não existe uma diferença entre a criança que mama e o seio que amamenta”. Além disso, a criança ainda não possui sentimentos de ódio nem de amor; seu psiquismo encontra-se livre de todas as manifestações de ambivalência.

No nível secundário da fase oral, denominado por Abraham como oral canibalesco, é possível observar uma passagem do ato de sugar para o ato de morder, ato este que representa os impulsos sádicos. Nesse estágio, o ego incorpora o objeto em si próprio e, assim, o destrói. É nessa fase que a atitude ambivalente do ego para com seu objeto começa a se desenvolver e um conflito aí se instala. Observa que:

Até agora todas as minhas observações psicanalíticas me levam à conclusão de que o melancólico está tentando fugir de seus impulsos sádico-orais. Por baixo desses impulsos, cujas manifestações dão colorido ao quadro clínico, espreita o desejo de uma agradável atividade de sugar (p. 111).

Após a perda de seu objeto, o melancólico regride para um nível libidinal povoado por sentimentos ambivalentes primitivos. Daí a destruição do objeto pela via da devoração quando este não responde às exigências insaciáveis de gratificação (oral). “É apenas gradualmente que o conflito de ambivalência assume um aspecto mais suave e que a libido adota uma atitude menos violenta para com seu objeto” (p. 112).

Abraham observou precisamente que o melancólico possui um sentimento de superioridade em suas relações interpessoais, derivada da ambivalência afetiva, tratando com desprezo e arrogância (ódio) aqueles que questionam sua forma rígida e crítica de pensar o mundo. Além disso, questiona a postura psiquiátrica que acredita nos “delírios de inferioridade” dos melancólicos.

De fato, tudo indica que se trata de *delírios de superioridade*, principalmente, porque os melancólicos se reconhecem como os maiores pecadores do mundo, ou os maiores miseráveis viventes. A superioridade, neste caso, se manifesta pela radical negatividade.

Dessa maneira, a melancolia apresenta um quadro no qual se encontram em justa posição imediata, embora absolutamente opostos um ao outro, o auto-amor e o auto-ódio, uma superestimação e uma subestimação do ego, ou seja, as manifestações de um *narcisismo positivo* e um *narcisismo negativo* (p. 116).

Abraham explicitará que a psicogênese da melancolia encontra-se ligada, entre outros fatores, aos “desapontamentos amorosos” (p. 117)

ocorridos em momentos iniciais da vida do paciente. Este desapontamento amoroso primário, que pode ser denominado como uma perda da ilusão de gratificação narcisista, quando revivida na vida ulterior pode provocar uma depressão melancólica. Mais precisamente, quando “a ocorrência do primeiro desapontamento amoroso importante se dá antes que os desejos edipianos houvessem sido superados” (p. 119).

As idéias de Abraham aqui expostas não se referem somente à psicogênese da melancolia. Referem-se, a nosso ver, também à constituição do ideal, herdeiro do narcisismo, a partir desse processo que ele chama de introjeção⁹ dos objetos amados. Podemos pensar que para que os desejos edipianos sejam superados, dissolvidos, é importante que haja *uma perda amorosa positiva* impulsionando o ego a investir em outros objetos, a refazer ligações. A *perda amorosa negativa* impulsionaria o ego ao vazio, ao apagamento da vida pela via da devastação.

Abraham, citando Stärcke,¹⁰ diz que o desmame pode ser vivido como uma “castração primária” (cf. também Hassoun, 2002). O melancólico estaria fixado em um movimento de vingança, castrando aqueles que tão precocemente provocaram nele imensa sensação de perda de si. Resume o processo melancólico da seguinte maneira:

Quando as pessoas melancólicas sofrem uma decepção insuportável por parte de seu objeto de amor, elas tendem a expelir esse objeto como se ele fosse fezes, e a destruí-lo (fase sádico-anal). Logo após, realizam o ato de introjetá-lo e

⁹ A partir das considerações de Nicolas Abraham e Maria Torok em *A casca e o núcleo* a respeito do processo de introjeção e das fantasias de incorporação pensamos que seria mais adequado utilizar aqui o termo “incorporação” no lugar de “introjeção”. Mas optamos por manter a nomenclatura utilizada por Abraham.

¹⁰ *The Castration Complex*, de 1921.

devorá-lo, ato que é uma forma especificamente melancólica de identificação narcisista. Sua sede sádica de vingança encontra então satisfação, atormentando o ego, atividade que, em parte, dá prazer. Temos razões para supor que esse período de autotormento dura até que o decorrer do tempo e o apaziguamento gradual dos desejos sádicos tenham afastado o objeto amado do perigo de ser destruído. Quando isso acontece, o objeto amado pode, por assim dizer, sair de seu esconderijo no ego e o melancólico restaurá-lo em seu lugar, no mundo exterior (p. 124).

Abraham ressalta, de forma brilhante, que o melancólico considera esta libertação de seu objeto restaurado, mais uma vez, como um “ato de evacuação” (mental) e que, “durante o curso de uma crise de melancolia o objeto amado passa por um processo de metabolismo psicológico dentro do paciente” (p. 124).

Este processo de metabolismo (mental) nos interessa particularmente na medida em que podemos relacioná-lo à perda amorosa tanto positiva quanto negativa, citada anteriormente. Existiria, em todos os sujeitos, uma *ilusão de posse do objeto* que deve ser desfeita e elaborada ao longo da vida – passagem do ego ideal para o ideal do ego. O desfazimento dessa ilusão pode ser ou não positivo para o sujeito. Em alguns casos, tanto a incapacidade de conseguir sustentar um amor completo quanto um ódio inflexível, gerariam um desamparo radical por sentirem-se impedidos de possuir o objeto.

Ao tratar do problema da mania, fundamental para a clínica dos distúrbios da oralidade, esta aparece como um efeito da evacuação do objeto e, portanto, de libertação do ego. Abraham chama a atenção para a “mania engolidora” (p. 131): o paciente que devora tudo o que aparece em seu

caminho, sem discriminação. Ao mesmo tempo, sem descanso, devora e evacua tudo aquilo que é absorvido vorazmente. Não haveria, então, a possibilidade de uma digestão mental na mania. Ela é um puro agir sem pensamento.

Veremos, a partir do caso Ellen West, de Binswanger, que a ação maníaca manifesta por uma “errância sem destino”, apresenta-se como uma defesa eficaz contra uma angustiante sensação de vazio que aprisiona o ego numa relação de fidelidade extrema ao ideal.

2.3. REFLEXÕES SOBRE O CASO ELLEN WEST, DE BINSWANGER

Em 1944, o psiquiatra suíço Ludwig Binswanger (1881-1966) publicou “O caso de Ellen West. Estudo antropológico-clínico”. Descreve, de forma detalhada e cuidadosa, aspectos de sua herança, de sua biografia, do curso da enfermidade e de sua trágica morte. A leitura desse admirável e valioso texto possibilita uma reflexão clínico-teórica a respeito dos distúrbios da oralidade como sintomas da melancolia.

Binswanger chama a atenção para o fato de Ellen saber muito pouco sobre os dez primeiros anos de sua vida. Segundo ela e seus pais, fora uma menina muito vivaz, porém violenta e teimosa. Desafiadora e desobediente, enfrentava as ordens paternas e dificilmente mudava de opinião. Queria ser ela mesma, sempre.

Há um fato marcante para os pais, que chama a atenção de Binswanger. Eles mostram a Ellen um ninho de passarinho numa árvore. Ela diz que não é um ninho. Não existe um ninho onde todos o vêem. Todos ficam

intimidados com o tom de verdade e teimosia da menina. Manifesta-se, assim, uma recusa da percepção específica pela via da negatividade.

Quando criança lembra de ter sido afetada por intensos sentimentos de vazio e opressão. Ótima aluna, rígida com os estudos, exigente com as notas, amava ler e escrevia suas poesias em um diário. Chupou o dedo polegar até completar 16 anos, e até essa idade só gostava das brincadeiras de meninos. Aos 17 anos, escreveu uma poesia, revelando seu desejo de ser menino porque poderia ser soldado, não temer nenhum inimigo e morrer segurando uma espada. Poesias desse período já revelavam uma variação de humor. Ellen lia muito e se preocupava intensamente com os problemas sociais, sentindo profundamente o contraste entre sua posição social abastada e a “das massas”, inferiorizada.

Traça alguns planos para melhorar as condições das massas. Trata-se de um grande ideal a ser alcançado e para o qual ela decide dedicar sua vida e seu trabalho.

Aos 18 anos dispõe de um diário no qual discorre longamente sobre o trabalhar. Ela diz: “O trabalho é o ópio contra o sofrimento e a dor”. “Quando as colunas do mundo trepidam, quando se extingue a luz de nossa felicidade e se esfuma o prazer de viver, só uma coisa nos salva da loucura: o trabalho” (p. 291).

Nesse momento, Ellen oscila entre a grandeza do ideal e a pequenez humana. “Antigos planos e ilusões, que nunca chegaram a realizar-se, a ilimitada esterilidade do mundo e a nossa infinita pequenez se entrelaçam ante a nossa alma cansada” (p. 291-292). Os elementos antagônicos são: o ar e a terra; a elevação e a queda. A existência de Ellen se move em um espaço

psíquico marcado pelo funcionamento vertical, entre o sucesso e o fracasso do ideal.¹¹

Nessa mesma época, aos 18 anos, Ellen vive o desejo de ser delicada e etérea como as amigas que seleciona e idealiza. Suas poesias, de um lado, exaltam a luz e o amor; de outro, a sombra e o fúnebre. Aos 19 anos começa a montar a cavalo e, como tudo o que faz, pratica a montaria com excessiva intensidade, como se essa fosse a única tarefa e a razão de sua vida. Trata-se de uma fidelidade ao objeto ideal. Aos 20 anos sente-se feliz e cheia de esperanças. Suas poesias irradiam o gozo esplendoroso da vida. Ama a vida apaixonadamente; o mundo lhe pertence porque tem o sol, o vento, a beleza, tudo para si. Seu Deus é o Deus da vida e do gozo, da força e da esperança; consome-lhe uma sede ardente de saber tudo, querer descobrir o segredo do universo.

Nesse período apaixona-se e, a pedido do pai, rompe o namoro. Estava numa viagem à Sicília e essa foi a última vez que pôde comer tranqüila. Começa a escrever em seu diário as sombras da dúvida e do medo. Sente-se pequena e totalmente abandonada em um mundo que não pode entender – nada entender.

Aí algo novo se apresenta; um medo concreto, o medo de engordar. Sua estada na Sicília desperta nela um apetite voraz e acaba engordando bastante. Nessa época, Ellen começa a fazer longas caminhadas para perder peso.

¹¹ Ver o capítulo sobre Simone Weil no livro de RAIMBAULT, G. & ELIACHEFF, C. *Lés indomptables*. Figures de l'anorexie, 2001. p. 156-229. Simone Weil desde a infância apresentou-se como uma menina caprichosa e indomável. Na mesma época, e assim como Ellen, era muito inteligente e movida por um grande ideal a ser alcançado.

Aos 21 anos, seu estado mental é claramente depressivo. A idéia fixa de estar gorda a atormenta, levando-a a intensificar as caminhadas, tornando-se uma errante. Seus pés chegam a ficar feridos, porém não se queixa de dor.¹²

Muito importante sobre a errância de Ellen: ela não encontra lugar em nenhuma parte. Não tem paz, não consegue sentar e parar, que dirá relaxar. Sente-se inútil e indigna e sente medo de tudo: do sol e da escuridão, do silêncio e do ruído. Não há um ninho para descansar. Esse ninho não existe, não é visto por Ellen desde a sua infância.

Sente-se, a cada dia que passa, “mais gorda, mais velha e mais feia” (p. 294). Quer, então, buscar a morte. Entretanto, aos poucos, vai se recuperando de sua tristeza. Continua dizendo que quer fazer algo grande e alcançar seu magnífico ideal. A boa vida de judia burguesa é por ela odiada.

Aos 22 anos, novamente melancólica, passa a amar e odiar tudo com toda a intensidade de sua alma. Aos 23 anos vive um colapso em função de um desapontamento amoroso. Tem uma aventura com seu professor de equitação e ele a desaponta. Continua estudando, mas não consegue mais ficar sozinha e nem liberar-se da idéia fixa de não poder engordar.

Agora, o medo de engordar vem acompanhado por um afã crescente por comer, especialmente doces, o que se torna irresistível quando se encontra cansada e nervosa por ter estado com outras pessoas. Na presença dos outros, não experimenta satisfação em comer; unicamente sente prazer quando come sozinha (p. 298).

¹² Ver o caso Lígia abordado em FERNANDES, M. H. *Transtornos alimentares*. Anorexia e bulimia, p.

A cada separação e descontentamento, Ellen busca emagrecer mais. Assim encontrava a “chave do seu bem-estar” (p. 299), da mesma forma como foi visto anteriormente a respeito das pacientes de Charles Lasègue. Ao ganhar peso, passava horas chorando, sentindo-se uma fracassada.

Aos 26 anos casa-se com um primo e pensa que, então, conseguirá desfazer-se de sua idéia fixa, mas não é isso o que acontece. Nessa época, o conflito entre o desejo de comer impunemente e o medo de engordar se intensifica.

Aos 29 anos sofre um aborto espontâneo. Passa a ficar atormentada pelo desejo de ter um filho e, ao mesmo tempo, pelo medo de engordar. Cessa a menstruação, antes regular. Passa a ingerir, diariamente, laxantes e remédios para a tireóide. Continua trabalhando energicamente pelo bem-estar social e, aos 30 anos, torna-se vegetariana e passa a provocar o vômito todas as noites.

Aos 32 anos ingere enormes quantidades de laxantes e se encontra cada vez mais fraca e torturada. Inicia um tratamento psicanalítico e passa a reconhecer seus pensamentos fixos e seu movimento contínuo, mas não quer renunciar ao seu ideal, isto é, não consegue livrar-se da posição de servir ao seu ideal.

Aos 33 anos tenta, por duas vezes, suicidar-se. Vive um imenso terror depois de comer, e diz: “Sinto medo de minha fome porque não consigo pensar, nem ver o mundo com clareza (...) Estou num calabouço e não posso sair (...) Tenho a impressão de ser um cadáver entre as pessoas” (p. 317).

Fica internada durante muitos meses e não apresenta melhora significativa, pois sempre estava se movimentando e isso impressionava a

todos que a tratavam. Quando sai da internação e volta para casa, toma uma dose mortal de veneno. Quando encontrada, seu semblante estava como nunca havia parecido em vida: tranqüila, feliz e serena.

Para Ellen, segundo Binswanger, todo o mundo constituía uma ameaça. O nada acaba sendo sua salvaguarda. Ela dizia que se não podia conservar-se jovem, então melhor nada. Com o desejo de se conservar magra, jovem e bonita e o pavor a ficar gorda, sua corporeidade assume cada vez mais o papel principal no dramático jogo da existência consigo mesma.

Tudo o que aborrece Ellen é aquilo que impedia seu eu desafiante, violento; tudo o que limita, ameaça e contraria sua sensação de domínio. Ellen se impunha restrições existenciais, buscando ser um vazio existencial, uma tumba. Torna-se escrava, adicta, de um movimento contínuo, circular, uma errância sem destino de sua existência sem futuro.

Pode-se pensar na tristeza do mundo se reduzindo a uma tristeza corporal em Ellen. A noção de corpo em sofrimento, trabalhada pela psicanalista francesa Micheline Enriquez (1999) é fundamental e vai ao encontro da análise de Binswanger.

A partir de impressões clínicas, Enriquez observa vivências como se o corpo invadisse a totalidade do espaço analítico e psíquico, mas ao mesmo tempo parecesse não ter proprietário. É preciso dar-lhe vida e devolvê-lo a quem pertence. O paciente não consegue dizer: “eu sofro”, mas simplesmente: “sinto frio, calor, enjôo, fome, dói aqui, dói ali, dói demais”. E isto repetidamente. Não há lugar para o sonho, lembranças do passado e associações a partir de uma lembrança. Não há, portanto, a possibilidade de se entregar a alguma atividade representativa de prazer e desejos próprios. O que

há é a manutenção do corpo em sofrimento, tentando reduzi-lo a um corpo de necessidade, sem demanda afetiva, protegido de todo efeito de fala. Assim, mantendo o corpo conservado em sofrimento, o sujeito tenta se proteger do abuso e do poder que o outro possa ter sobre ele.

É possível pensar que Ellen talvez precisasse, em primeiro lugar, voltar a habitar seu corpo para depois colocar em palavras seu sofrimento psíquico, sua imensa tristeza. Seu corpo em sofrimento revela uma sexualidade sem palavras, sem ternura e sem deleite. A ação maníaca, sua errância sem destino, parece ser uma defesa contra um vazio inapreensível que apequena o Eu numa sensação de inferioridade da qual não tem consciência.

Voltando a Binswanger, notamos que Ellen vive um confinamento mental e nutre somente seus pontos maus e seus vícios. Para ela, sua existência já estava madura para morrer. Envelheceu jovem, num envelhecimento existencial.

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 existo”.

O relato do caso de Ellen West ilustra de forma magistral que a questão da anorexia não está somente ligada a um problema alimentar. Revela tratar-se de um conflito entre o ego e o superego e, portanto, representa uma neurose narcísica. A severidade do superego baseia-se nas regras de cumprimento dos ideais. Quanto mais esses forem elevados, menos poderão ser satisfeitos. Geralmente, para ser objeto de investimento amoroso do superego o ego tem que se mostrar como o que não é: o ideal.

Berlinck (2005) trabalha com a hipótese de que

Cada manifestação psicopatológica – a histeria de conversão, a histeria de angústia, a perversão, a neurose obsessiva, a melancolia, a esquizofrenia, a paranóia – se apropria do espaço de maneira peculiar, revelando uma dinâmica estruturada, ou seja, uma paisagem específica habitando o espaço (p. 182).

Na melancolia, então, a paisagem intrapsíquica se organiza em um eixo vertical. Entre o ideal (nas alturas) e o fracasso deste (abismo) o sujeito transita sem cessar, sem sair da verticalidade, num movimento de vai-e-vem, entre o tudo e o nada.

Como foi visto, o caso Ellen West ilustra bem este funcionamento específico da verticalidade. Como se configuraria a horizontalidade? Haveria uma intersecção entre a verticalidade e a horizontalidade? Qual o ponto de intersecção? O que de fato as une?

2.4. CONSIDERAÇÕES SOBRE A TRISTEZA

O ponto de intersecção entre a verticalidade e a horizontalidade é o afeto chamado tristeza. A leitura do “Sermão da quarta domingo depois da Páscoa”, do Padre Antônio Vieira (1679), que apresenta os efeitos da tristeza que mata o corpo e a alma e o remédio para combatê-la, fundamenta este argumento. Segundo Vieira:

Tristitia animarum crudele tormentum est, et vermi similis venenato, non solum carnem, sed animam ipsam perimens. A tristeza, diz S. João Chrisóstomo, é um cruel tormento da alma, e semelhante a um bicho venenoso, que dentro de nós mata os corpos, senão também as mesmas almas. Grande dizer; mais difícil ao que parece! A morte do corpo consiste na separação, com que a alma, que é a vida do corpo, se aparta do corpo: a separação da alma, com que morre o corpo, fá-la a febre, ou a espada; a separação de Deus, com que morre a alma, fá-la só o pecado. Pois se só o pecado é morte da alma, como pode a tristeza matar as almas? Por isso mesmo; porque sendo a morte da alma só o pecado, a disposição para o pecado mais aparelhada, mais pronta, mais eficaz e mais próxima é a tristeza. Neste sentido se hão de entender umas palavras do grande Doutor da Igreja S. Basílio, as quais parecem que dizem: *Nimia tristitia auctor peccati esse solet, cum moeror mentem submergant, ey consilii inopia vertiginem afferat.* A grande tristeza, diz S. Basílio, costuma ser a autora e causa dos pecados; porque esta fortíssima e escuríssima paixão afoga a alma, e assim como os que padecem vertigens na cabeça caem, assim ela por falta de juízo e conselho faz que caiam os homens no pecado (p. 542).

Mais adiante comenta:

É muito natural aos tristes desejar o alívio, e procurar o remédio para sua tristeza; e quando a triste alma chega a estes

pontos, então entra a tentação e o demônio; e os alívios e remédios que lhe oferece são tais como ele (p. 543).

A figura da verticalidade é, assim, a alma, aquela que vem e deve retornar ao céu. A figura da horizontalidade é o corpo que nasce da terra e a ela deve retornar ao morrer. Haveria um movimento entre corpo e alma, pelo qual se conjugam e se desprendem.

“Nesta vida andam unidas no homem aquelas duas partes que depois se hão de dividir, e retornar cada uma para de onde veio; o corpo para a terra, a alma para o céu” (p. 546).

Para Vieira, a tristeza teria duas causas: uma positiva, que é passível de entendimento, e outra negativa, incompreensível. O remédio para a tristeza seria a possibilidade de entendimento que nasce de um questionamento fundamental: “para onde vais; *quo vadis?*”. Nas palavras do sacerdote:

Um homem que se pergunta a si mesmo, para onde vai, *quo vadis*; e vê que com os passos do tempo, que nunca pára, vai sempre caminhando para a sepultura; ou já deixa detrás das costas, ou mete debaixo dos pés tudo o que costuma entristecer aos que isto não consideram. Na sepultura para onde caminhamos, o que depois se há de enterrar é o próprio corpo; e o que desde logo fica sepultado, é tudo o que neste mundo pode causar tristeza (p. 547).

Podemos pensar que o remédio para a tristeza, a partir das palavras de Vieira, é a possibilidade de deslocamento no eixo horizontal. Voltando ao caso Ellen West, a sua errância não corresponde a este deslocamento, a um caminhar na horizontalidade. A errância de Ellen se dá no

eixo vertical, está muito mais vinculada ao que Vieira fala a respeito do pecado, a uma tristeza silenciosa que impele o sujeito a agir, sem pensar. Uma errância sem destino, sem saber para onde vai.

Silva (2006), ao comentar o sermão, nos lembra que para explicar a causa da tristeza Vieira elege uma passagem bíblica e a circunscreve ao campo teológico. Vieira chama a atenção para o instante no qual Cristo teria anunciado sua morte aos apóstolos que ficaram imensamente tristes e desconsolados com a notícia.

Para Silva, o aspecto mais importante dessa narrativa é que o verdadeiro motivo de sentirem-se tristes não seria pela ausência do mestre amado e respeitado, e sim pelo silêncio diante de sua partida. Mais uma vez, estamos diante de um silêncio que produz estagnação.

O que configura este silêncio diante da partida do objeto amado? Silêncio que impede a pergunta fundamental “para onde vai, *quo vadis*”? Para onde devo ir agora? O remédio, para a tristeza que imobiliza, é caminhar em direção a um destino e reconhecer-se triste (passagem do ego ideal para o ideal do ego). Talvez, o maior problema da tristeza é nunca tê-la reconhecido como tal.

Outra leitura que nos ajuda a pensar no eixo vertical da melancolia é o texto de Agamben (2007a) intitulado “O demônio meridiano”, que trata do importante tema da acídia.

Segundo Agamben, durante a Idade Média, os padres da Igreja batizavam a morte que instilava na alma com os nomes de: *acídia*, *tristitia*, *taedium vital* e *desídia*. “O que preocupa o acidioso não é, pois, a consciência de um mal, e sim, pelo contrário, o fato de ter em conta o mais elevado dos

bens: acídia é o vertiginoso e assustado retrair-se (*recessus*) frente ao compromisso da estação do homem diante de Deus” (p. 28).

E continua:

O sentido desse *recessus* do bem divino, dessa fuga do homem frente à riqueza das próprias possibilidades espirituais, traz em si uma ambigüidade fundamental. O fato do acidioso retrair-se diante de seu fim divino não equivale, realmente, a que ele consiga esquecê-lo ou que deixe de desejá-lo. Se, em termos teológicos, o que deixa de alcançar não é a salvação, e sim **o caminho** que leva a mesma, em termos psicológicos, a retração do acidioso não delata um eclipse do desejo, mas sim o fato de tornar-se inatingível seu objeto: trata-se da perversão de uma vontade que quer o objeto, mas não quer o caminho que a ele conduz e ao mesmo tempo deseja e obstrui a estrada ao próprio desejo (p. 29; grifo meu).

Esta passagem do texto de Agamben possibilita entender um pouco mais o deslocamento no eixo vertical, característico da melancolia. O acidioso não deixa de desejar o objeto inatingível, o ideal. Por não conseguir alcançá-lo, nas alturas, imobiliza-se, muitas vezes, numa angustiada tristeza que o move em direção ao vício da ação desenfreada ou da inação.

Segundo Remo (1968), vulgarmente, a acídia significa preguiça. Trata-se, por sua vez, de uma preguiça espiritual e moral, uma aversão à ação acompanhada de tédio e tristeza, uma espécie de “inércia metafísica” (p. 7) que deteriora o ânimo, impedindo-o de toda atividade. “A vida espiritual é atividade que modifica o mundo; a inércia espiritual é paralisia, suspensão de toda atividade, negação do princípio mesmo do espírito” (p. 7).

Nas palavras dele:

A acídia, que é o pecado mais vizinho da morte porquanto nega o princípio da ação que governa e alimenta toda forma de vida. O acidioso começa a morrer vivendo. Negando em si a atividade e a participação não é mais solicitado por coisa alguma; extinguiu em si todo amor e toda possibilidade de movimento para coisas e pessoas (p. 8).

Para o autor, o acidioso é um “negligente” (p. 9), como indica a etimologia da palavra, derivada da raiz grega *Akedia*, que significa incúria, falta de cuidado, desleixo, prostração. Encontra-se crônico em sua inércia, vencido pela impotência da vontade e incapaz de dimensionar o futuro.

A psicologia moderna, segundo Agamben (2007a), menosprezou e descaracterizou o termo acídia ao transformá-lo em um pecado contra a ética capitalista do trabalho, chamando-o de preguiça. Acídia significa, por sua vez, entorpecimento, desesperada falta de ânimo diante de uma situação trabalhosa e desgastante. Trata-se, enfim, da própria estagnação. Diante das dificuldades, o sujeito é tragado por um sono que o domina e, algum tempo depois, é despertado por uma sensação de privação e de fome que devem ser urgentemente saciados. Trata-se de uma languidez do corpo acompanhada de uma “raivosa fome de comida” (p. 23). Agamben igualmente chama a atenção para uma importante ambigüidade presente na acídia: o acidioso, muitas vezes, apesar da languidez, vive “uma impossibilidade de parar” e “constante disponibilidade para a distração” (p. 27). A acídia, portanto, está associada a uma angustiada tristeza que, ao não ser reconhecida como tal, inquieta a alma e afeta o corpo.

A relação vertical com o ideal denota a constatação da existência de um ponto a ser alcançado; entretanto, não há caminho possível em direção ao ideal. O alcance do ideal se dará de forma mágica e onipotente.

Nas palavras de Agamben:

É assim que a ambígua polaridade negativa da acídia se torna o fermento dialético capaz de transformar a privação em posse. Já que o seu desejo continua preso àquilo que se tornou inacessível, a acídia não constitui apenas uma *fuga de...*, mas também uma *fuga para...*, que se comunica com seu objeto sob a forma de negação e da carência (p. 32).

A *fuga de e para* constitui, portanto, um movimento próprio da acídia melancólica (eixo vertical). A forma de comunicação via negação, acima descrita, parece-nos estar ligada a um doloroso isolamento, no qual se encontra a angustiada tristeza que, silenciosa, concentra-se em um único objeto inapreensível (ideal).

Agamben (2007b), ao comentar o texto “Luto e melancolia”, observa que Freud não compreende e sente-se embaraçado diante da seguinte constatação: “enquanto o luto sucede a uma perda realmente acontecida, na melancolia não só falta clareza a respeito do que foi perdido, mas nem sequer sabemos se podemos de fato falar de uma perda” (p. 44).

Para Agamben, a melancolia apresenta uma “intenção lutuosa” (p. 44) que ocorre antes da perda do objeto propriamente dita. Faz uma analogia com a acídia religiosa, já que esta exprime um “recesso frente a um bem que não foi perdido” (p. 44). Desta forma, a melancolia simularia uma perda. “A melancolia não seria tanto a reação regressiva diante da perda do objeto de

amor, quanto a capacidade fantasmática de fazer aparecer como perdido um objeto inapreensível” (p. 45).

Segundo esse autor, o melancólico produz uma ilusão de apropriação do objeto ao referir sua perda. A ambivalência própria da melancolia pode ser compreendida fazendo-se um paralelo com a *Verleugnung* fetichista: “o objeto não é nem apropriado nem perdido, mas as duas coisas acontecem ao mesmo tempo” (p. 46). Assim, o objeto do melancólico é, ao mesmo tempo, incorporado e perdido; atestado e negado. O triunfo do objeto se dá pela sua supressão; “é, contudo, precisamente no gesto em que fica abolido que o melancólico manifesta a sua fidelidade extrema ao objeto” (p. 46).

Nesta perspectiva está formulada a existência de um mecanismo de defesa melancólico que poderíamos chamar de *ilusão negativa*, relacionada à idéia daquilo que só pode ser possuído se estiver perdido para sempre. Lembramo-nos de Freud e Abraham a respeito da fase oral canibalesca da evolução da libido na qual o eu melancólico apropria-se do negativo pelo movimento de incorporar o objeto devorando-o; de um lado o destrói e, de outro, dá vida ao objeto. “Se, por um lado, o mundo externo é narcisisticamente negado pelo melancólico como objeto de amor, por outro, o fantasma obtém dessa negação um princípio de realidade, e sai da muda cripta interior para ingressar em uma dimensão nova e fundamental” (Agamben, 2007c, p. 53).

Esta reflexão ainda pode ser enriquecida com o conto de Frans Kafka (1998), intitulado “Um artista da fome”. Trata-se da narrativa sobre a vida de um jejuador profissional que se apresentava em lugares públicos e, durante algum tempo, fez com que as cidades se ocupassem com a sua exibição. Este

conto data de 1924, e revela de forma magistral o problema da tristeza relacionada aos distúrbios da oralidade.

O jejuador se apresentava ao público como:

Aquele homem pálido, de malha escura, as costelas extremamente salientes, que desdenhava até uma cadeira para ficar sentado sobre a palha espalhada no chão: ora ele acenava polidamente com a cabeça, ora respondia com um sorriso forçado às perguntas, esticando o braço pelas grades para que apalpassem sua magreza e mergulhado outra vez dentro de si mesmo, sem se importar com ninguém, nem mesmo com a batida do relógio – tão importante para ele e a única peça que decorava a jaula –, mas fitando o vazio com os olhos semicerrados e bebericando de vez em quando água de um copo minúsculo para umedecer os lábios (p. 24).

O artista da fome tinha um grande ideal: ser o maior jejuador de todos os tempos e superar a si mesmo até o inconcebível, uma vez que não reconhecia limites para a sua capacidade de passar fome. Ninguém conseguiria superar seus quarenta dias de jejum sem falha e interrupção. A única coisa que o satisfazia na vida era o próprio jejum, o qual ele acreditava poder ser ilimitado. Nas belas palavras de Kafka:

Ele nunca estava satisfeito por outro motivo: talvez não fosse em virtude do jejum que estivesse tão magro – a tal ponto que muitos, lamentando-se por causa disso, tinham que se afastar das apresentações porque não conseguiam suportar aquela visão –, mas sim em virtude da insatisfação consigo mesmo. É que só ele sabia – só ele e nenhum outro iniciado – como era fácil jejuar (p. 26).

Dessa forma viveu muitos anos o artista da fome, com pausas de descanso, respeitado pelo público; entretanto, apesar desse esplendor, a maior parte do tempo apresentava um humor triste, que se tornava a cada dia mais sombrio pois ninguém conseguia levá-lo a sério. O público se perguntava sobre o que o consolaria. O que ele desejava? Estava sempre triste e não admitia que alguém tentasse relacionar sua tristeza ao jejum.

O “mimado artista da fome” (p. 30) um dia se viu abandonado pela multidão ávida por outros espetáculos, mais divertidos e intensos. Ninguém mais se interessava pela sua inanição voluntária, estabelecendo-se uma repulsa contra o espetáculo da fome. Mesmo assim, ele se dizia o maior jejuador do mundo e continuava a jejuar, esquecido em sua jaula. Um dia, encontrado em meio às palhas, passados os quarenta dias de jejum, o artista da fome despediu-se do público e suas últimas palavras foram: “Preciso jejuar, não posso evitá-lo. Porque eu não pude encontrar o alimento que me agrada. Se eu o tivesse encontrado, pode acreditar, não teria feito nenhum alarde e teria me empanturrado como todo mundo” (p. 35).

Na jaula, no lugar do artista da fome, colocaram uma jovem pantera. Era um alívio para o circo, pois nada lhe faltava. O alimento de que gostava, os vigilantes traziam sem pensar muito. O público, por sua vez, apinhava-se diante do espetáculo de seu corpo nobre.

A acídia do artista da fome revela-se diante da afirmação de que não encontrara nenhum alimento que o agradasse. A relação com o ideal (ser o maior jejuador de todos os tempos – manter sua fome ilimitada) era mantida numa relação vertical. O artista da fome alimentava-se de sua fome. Sua tristeza era percebida por todos menos por ele, obcecado pelo ideal de um

corpo sem carne. Em nenhum momento ele se pergunta para onde foi a multidão que o abandona. Pergunta que, certamente, o ajudaria a caminhar em outra direção. Ele não podia perder de vista seu ideal. Perder de vista a multidão de pessoas que o abandonaram não o motivou a caminhar em direção ao mundo.

A mania de jejum do artista da fome dissimula a sua tristeza que angustiava o outro. *A errância sem destino*, de Ellen West, dissimulava sua angustiada tristeza que afetava o outro. Poder-se-ia perguntar: Que tipo de reação à perda de um objeto conduz à angustiada tristeza, que impossibilita o caminhar com destino, e que tipo de reação à perda de um objeto conduz ao trabalho de luto que propicia um autoconhecimento e o cuidado de si consigo mesmo? A perda da percepção do objeto equivale à perda do amor do objeto? Amor este almejado no encontro com o (ego) ideal? Perder-de-vista o objeto é uma perda temporária ou uma perda permanente?

Veremos, nos três capítulos que se seguem, como é imprescindível pensar, do ponto de vista clínico-teórico, na passagem de uma angustiada tristeza que imobiliza o sujeito em uma ação maníaca para uma tristeza percebida e sentida como necessária à existência.

PARTE II

CAPÍTULO 3 – LÍVIA

3.1. 1º MOVIMENTO

ABRA A BOCA E FECHE OS OLHOS ¹³

Depois do “parabéns”, enquanto as crianças - e também os adultos - avançavam vorazmente sobre os doces que estavam em cima da enfeitada mesa, duas meninas, de aproximadamente seis anos, realizavam uma estimulante brincadeira num canto da barulhenta sala. Uma dizia à outra: “abra a boca e feche os olhos”. Enquanto uma obedecia, apertando as mãos, ansiosa com o que viria a sentir em sua boca, a outra, delicadamente, passava o doce pelos lábios da amiga, bem próximo do nariz, para despertar nela o desejo. Depois de dar uma boa olhada exploratória dentro da boca da amiga, coloca lá o doce e diz: “pode adivinhar”. A outra, dando uma risada gostosa e ainda com a boca cheia diz: “Humm...! É um brigadeiro! Agora é a sua vez de adivinhar”. Depois de experimentarem alguns docinhos e o doce sabor dessa troca de carinho, deram-se as mãos e correram atrás da multidão elétrica.

Ah! As brincadeiras da infância! Geralmente, quem as introduz é um adulto, os pais, os avós, os tios, os primos; alguém que seja íntimo da criança e possibilite a ela desfrutar do toque do corpo do outro, do prazer relacional e do

¹³ Versão modificada e ampliada do trabalho apresentado no Painel de debate: “Dispositivos clínicos no tratamento das adições”, realizado na Livraria Pulsional, em 5 de abril de 2006.

prazer no próprio corpo que advém desse encontro. Para cuidar de si é preciso desfrutar do erotismo do outro.

Essa frase remete à reflexão sobre os distúrbios da oralidade nas pacientes com sintomas anoréxicos e bulímicos, principalmente sobre a dificuldade ou, em alguns casos, a incapacidade de sentir prazer e desfrutar do contato com o corpo próprio, com outros corpos e em cuidar de si.

Na clínica da anorexia-bulimia-vômitos é possível observar uma adolescente/jovem mulher transitando ora na posição de recusa, com a boca fechada e os olhos bem abertos, ora na posição de preenchimento/esvaziamento, com a boca que não fecha.

No extremo da primeira posição, pela boca nada entra e nada sai, nem alimentos e tampouco palavras. Muitas vezes, trata-se de adolescente, entre 12 e 17 anos, que não consegue cuidar de si e acaba por se isolar,¹⁴ protegendo-se do mundo e estando à sombra de sua mãe. É possível reconhecer esse isolamento quando o espaço analítico é invadido por um empobrecimento simbólico radical; quando a anoréxica “existe morrendo”,¹⁵ levando às últimas conseqüências seu ideal de corpo sem carne; quando a obsessão pela comida organiza toda a sua vida e quando a função desobjetalizante da pulsão de morte predomina e leva o sujeito ao desligamento. Nessa posição é impossível um questionamento acerca de si mesmo (solidão-necessária), que supõe uma constante ligação por parte do sujeito.

¹⁴ O tema da solidão-isolamento foi trabalhado no texto intitulado: “A solidão-isolamento na clínica da adolescência” In: CARDOSO, M. R. (org.) *Adolescentes*, p. 123-132.

¹⁵ Expressão usada por Philippe Jeammet em seminário clínico realizado no Instituto Sedes Sapientiae em 3 de maio de 2005.

Na segunda posição trata-se de uma jovem mulher, de aproximadamente vinte anos, que possui uma existência voraz e insaciável. Vários relatos revelam uma alternância entre tudo experimentar e nada satisfazer completamente. O uso excessivo de drogas estimulantes; o orgasmo buscado nas relações sexuais com vários parceiros/as; uma rotina sem horário para as refeições e para descansar, repleta de pessoas tagarelas à sua volta, compõe o universo maníaco dessas jovens que parecem viver com a boca constantemente aberta, em busca de uma sensação ilusória de prazer pleno.

A esse respeito, algumas questões podem ser levantadas:

1- Como a boca fechada e os olhos bem abertos, na anorexia, e a boca que não fecha, na bulimia, podem ter outra existência?

2- Como se dá a passagem de uma oralidade primária - marcada pela extrema dependência e indiferenciação ao objeto primário - para uma oralidade secundária, na qual é possível fazer circular a carga libidinal a objetos secundários e vivenciar um prazer que implica a totalidade do corpo, um prazer distribuído pelo corpo?

3.1.1. Fragmento clínico

Quando Lívia me procurou, aos 19 anos, estava muito irritada com o que chamava de "*seu descontrole alimentar*". Insatisfeita com seu corpo, relatava vomitar sempre depois de perceber-se engordando por comer demais. O medo de voltar a ser gordinha, como era quando criança, a deixava em pânico. Nessa época fumava maconha para conseguir dormir e bebia muito para afastar a sensação de fome que a perseguia. Estava com o peso baixo e,

ainda assim, diariamente fazia longas caminhadas para emagrecer. A impossibilidade de renunciar à seqüência anorexia-bulimia-vômitos, um “*hábito viciante*” como ela o denominava, determinou o seu pedido de ajuda.

Lívia fazia o estilo menina inteligente e descolada, com seus cabelos coloridos, piercings e tatuagens à mostra. Uma ironia feroz temperava o seu relato sobre a família, a escola, os amigos, a política, a vida. Apresentava-se como uma pessoa bastante antipática, fria e crítica, e apesar de seus esforços, produzia imensa simpatia e ternura.

Lívia queixava-se da mãe: permissiva, invasora, lenta, pegajosa, paranóica com regimes para emagrecer, insegura, fútil e insuportável. E do pai: controlador, repressor, intolerante com as diferenças, preconceituoso, crítico, exigente e insuportável. Dirigia-lhes o seu ódio, com todas as forças, e o insuportável mundo externo (fora-de-si) dava indícios do quanto deveria sentir-se, dentro-de-si, profundamente invadida e desamparada. Lívia atribuía o sofrimento às imperfeições de seu corpo ou às de seus pais. Não conseguia buscar dentro-de-si as razões do seu padecimento. O limite entre o sonho e a realidade; entre o interno e o externo; entre o ato e a palavra; entre o ego e o objeto apresentava-se de forma muito imprecisa.

Durante muito tempo foi necessário sustentar uma distância suportável para Lívia. Nem muito perto, nem muito longe; nem excessivamente permissiva como a imago materna, nem excessivamente rígida como a imago paterna. Da mesma forma que me “engolia” e apegava-se a mim de forma intensa e fusional, em seguida me expulsava e me “vomitava” violentamente como expressão de intenso ódio.

Eu era avidamente consumida e expulsa antes mesmo de ter alguma implicação para Livia. Mas era preciso persistir e, quase sempre, quando Livia faltava à sessão, ligava convidando-a a vir novamente, num novo horário, e revelava a minha disponibilidade em encontrá-la. Apesar de sua máscara de menina má, não me intimidava e sentia-me à vontade para cuidar do nosso espaço analítico, de forma espontânea e atuante. Em contrapartida, eu também não a intimidava e ela sentia-se à vontade para ocupar esse espaço da forma que conseguia fazer: atuando. Ou seja, Livia faltava demais, pedia muitas vezes para mudar de horário, confundia os horários, atrasava o pagamento das sessões etc.

Procurava espelhar para Livia a capacidade de suportá-la com os seus excessos e a sua ausência, que se encarnava nas faltas; ausência esta que não podia aparecer e ser elaborada, embora dissesse muita coisa sobre a sua dificuldade em suportar as frustrações impostas pelas dificuldades da vida, em crescer e tornar-se independente de seus pais, seu maior desejo.

Enquanto isso, perguntava como poderia ajudá-la a fechar os olhos, abrir a boca e deixar suas palavras surgirem livremente, isto é, a sair do excesso de excitação, um constante agir sem pensar que impedia o relaxamento, e se deixar alimentar por um encontro. A saída encontrada foi “me fazer viva” nas sessões. Oferecia a Livia presença afetiva, o entusiasmo em escutá-la, a espontaneidade em valorizar o que, naquele momento, ela conseguia oferecer.

Demorou muito tempo, talvez dois anos, até ela conseguir confiar em mim e relatar a preocupação com a forma do seu corpo, iniciada aos 12 anos. Os pais se separaram quando ela ainda era um bebê e a mãe nunca

conseguiu superar essa perda pela traição do marido, envolvido com outra mulher. Lembra do seu sofrimento quando voltava da casa do pai. Depois de passar um delicioso fim-de-semana, a mãe a olhava e a reconhecia inchada. Com a testa franzida dizia: “*minha filha você está com a cara tão inchada!*”. Lívia procurava no espelho seus traços de inchaço, máscara materna. Talvez de tanto chorar, a mãe de Lívia não se dava conta do sofrimento pela separação do marido. Máscara projetada na filha. Máscara que mascarava uma imensa dor irreparável até aquele momento. Lívia veste a máscara materna e diante do espelho se defronta com a melancolia da mãe, agora mascarada pelo “inchar” da filha. Diante do espelho começa a sentir pavor com a idéia de estar inchada aos olhos dos outros também. De hora em hora olhava-se no espelho para apalpar-se e certificar-se de que não estava mais inchada do que antes.

Reconhece que seus 12 anos marcaram, de fato, seu destino. Nessa época tinha decidido que queria morar com o pai, casado novamente com uma mulher muito afetiva. O pai negou, alegando que deveria ficar com a mãe que, sem ela, ficaria imensamente desamparada. Lívia sentiu-se rejeitada e retraiu-se, afastando-se do pai. Lembra de ter chorado por horas, no banheiro, sozinha. A mãe tornou-se permissiva, como uma forma de aprisionar e reconquistar a filha. A moeda de troca para essa reconquista foi conceder uma precoce liberdade à filha, às escondidas do pai. Um pacto estava selado entre as duas.

Para Lívia, a mãe também tinha problemas com a alimentação, pois vivia falando de dietas e insinuando que a filha estava gorda e precisava emagrecer. Lívia não suportava mais ouvir essa demanda materna, levando a

um ódio crescente por sua mãe. Não tinha confiança e nem respeito por ela. *“Minha mãe sempre dizia que eu estava gorda e andava com as pernas abertas e que por isso nenhum rapaz iria me querer. Depois dizia que eu era a menina mais inteligente da escola; era como se ela me batesse com palavras cruéis e depois soprasse a dor com falsos elogios”*.

Aos 16 anos a angústia se intensifica e Livia começa a sentir-se rejeitada pelos meninos, em função de estar *“gorda demais”*, principalmente na região do abdome. Nessa época, começou a vomitar sempre depois de comer mais do que devia ou depois de qualquer alimento gorduroso ou doce. Sentia remorso, vergonha e culpa. Sentia-se desprezível e se auto-recriminava.

Após a separação dos pais, morou com a mãe até completar 19 anos. A falta de limites e a permissividade da mãe, deixando-a levar todos os namorados para dormir em casa; consumir bebidas alcoólicas e fumar cigarros de maconha sem restrição, começou a produzir um incômodo. Livia dizia se sentir sufocada e *“empapuçada”* com esse excesso de liberdade, pois acreditava que a mãe sabia tudo sobre sua vida e sentia-se possuída por ela. Os vômitos e o ódio que sentia pela mãe se intensificaram de forma marcante. Chegava a vomitar cerca de dez vezes por dia, ficando muito abatida tentando se livrar da idéia fixa de sentir-se deformada ao se alimentar. Foi quando decidiu aproximar-se novamente do pai e, com o seu apoio, procurar uma psicoterapia e mudar-se para a casa dele separando-se concretamente da mãe.

Com essa mudança e com os limites impostos pelo pai, Livia retoma, não sem enorme dificuldade, os estudos e, depois de algum tempo, começa a namorar um rapaz da faculdade. Esse namoro revela-se uma

experiência erótica muito positiva, pois pela primeira vez sente-se cuidando de alguém e, com isso, cuidando de si mesma, sendo protagonista de sua própria história. A excitação excessiva passa a dar lugar à possibilidade de descoberta do corpo do outro e de seu próprio corpo. Abrir a boca e fechar os olhos ao beijar seu namorado, deixar-se tocar por ele e sentir prazer passa a ser alimento indispensável para Lívia, levando-a a reduzir os sintomas bulímicos e os vômitos.

Nessa época começa a trazer para as sessões seus desenhos, fragmentos corporais. Rostos, mãos, pés, seios, bocas, línguas, vaginas, pênis, troncos; todos disformes. Certo dia traz todos os desenhos e os espalha pelo chão. Estávamos diante da totalidade de um corpo dividido em mil fragmentos. Então, digo a ela: “*daria para compor um auto-retrato?*” Lívia pensa e, sem tirar os olhos dos fragmentos, responde: “*não, para fazer um auto-retrato precisaria de um espelho*”.

Nas sessões seguintes traz vários desenhos, auto-retratos de corpo inteiro pintados por ela diante de um espelho, em diferentes posições. Ela se desenha bem mais gorda do que é, envelhecida e muito parecida com a imago materna. Tenho a chance de começar a trabalhar com Lívia, a partir de seus desenhos, o reconhecimento dela e da mãe habitando uma mesma imagem de corpo.

Nesse momento, vale lembrar um episódio. Numa sessão, Lívia tira o tênis e um cheiro de chulé invade a sala do consultório. Com uma expressão de estranhamento, pergunta se estou sentindo um cheiro ruim. “*Sim*”, digo, “*sinto cheiro de chulé*”. Ela, imediatamente, agarra um dos pés e levando-o até o nariz diz: “*esse cheiro vem de mim?*” Respondo, então, em tom de

brincadeira: “*sim, e esse chulé não é de hoje, ele tem dono e uma história!*”. E começamos a rir. A importância desse episódio reside no desconhecimento que Lívia tinha de si mesma, de seu corpo. E de como, para ela, era difícil reconhecer as necessidades corporais como a fome, o frio, o sono, o cansaço. Digo “*Lívia, como é possível cuidar de si sem ter um conhecimento de si?*”.

Outras lembranças surgem a partir desse momento. Relata, por exemplo, o estranhamento quando observava suas amigas felizes sendo acariciadas e beijadas por seus pais. Nunca se sentia dessa forma; não lembra da mãe brincando com seu corpo de uma forma espontânea e leve, nem fazendo cócegas, nem cheirando o seu chulé como uma forma de brincadeira. Lembra-se da mãe sendo pegajosa e invasora com seus carinhos inoportunos, ao mesmo tempo distante e exigente com os estudos. Lívia não aprendeu a desfrutar, e sim ser a melhor aluna, para reafirmar-se como objeto de orgulho para sua mãe. Dessa forma, a mãe também se reafirmava por meio de um mecanismo de identificação narcisista. Lívia começa a refletir sobre as diferenças e semelhanças entre mãe e filha. Diferenças marcantes, como por exemplo o seu desejo “*em querer se melhorar como pessoa*”, se entender. Posição que, segundo ela, a mãe nunca quis ocupar.

Pode-se pensar que aos 12 anos, Lívia, diante do espelho, adoece ao se sentir “*infiltrada*” pelo corpo estranho da mãe e por tudo que ela projetava na filha. Aos 21 anos, diante do espelho, Lívia se dá a chance de nascer e constituir seu próprio espaço psíquico - a constituição do corpo próprio -, tentando caminhar com os próprios pés ao se descolar da mãe.

3.1.2. Da oralidade primária à oralidade secundária

Retornando à cena da brincadeira prazerosa entre as duas meninas de seis anos e ao fragmento clínico, revelando a indiferenciação de Lívia com o corpo materno e a falta de distância necessária para a brincadeira “abra a boca e feche os olhos” acontecer, poder-se-ia perguntar: que tipo de jogo se estabelece entre a jovem com sintomas anoréxicos/bulímicos e o outro?

Vários autores chamam a atenção para o jogo perverso entre mãe e filha na clínica da anorexia-bulimia. O trabalho de Bidaud (1998), por exemplo, supõe que:

A anorexia parece ocorrer num espaço de tentação, laço de domínio entre mãe e filha, que assume o aspecto de uma aliança. A nosso ver, a anoréxica está sob o domínio do desejo incestuoso de sua mãe e fica intocada pelo desejo do pai; ela permanece inacessível à sedução como fantasia organizadora que introduz ao Édipo (p. 10).

Essa aliança une mãe e filha numa trama de existência em que não há a possibilidade de perdas, apenas de destruição. As pacientes anoréxicas evocam o sentimento de despossessão do espaço afetivo: “Era como se eu só sentisse a felicidade, o entusiasmo, a tristeza através dela”, ou de despossessão do espaço de pensamento: “Tenho a impressão de que ela sabe sempre o que estou pensando, que é impossível que eu possa ter uma idéia realmente minha”, mas também do corpo próprio: “Sinto minha mãe mexer-se em mim (...) é ela que sinto, não é meu corpo” (p. 82). O sentimento é de que a intimidade sofreu um arrombamento e remete à onipresença materna. “A

intrusão sedutora, como 'um olho indecente', vem da ausência de limites ao olhar da mãe, que fixa a filha como objeto incestuoso" (p. 82).

Para Bidaud, esse apego pré-edípico à mãe constitui aquilo que ele chama de experiência de tentação, em oposição à fantasia de sedução que diz respeito ao pai. A passagem para a feminilidade está ligada a uma renúncia da mãe onipotente e ao recalque da atividade fálica. Com a descoberta de que a mãe é castrada, torna-se possível para a menina abandoná-la como objeto de amor.

É como se algumas anoréxicas, nos diz Brusset (2003), não pudessem escapar à submissão alienante da insistência do controle da mãe, e de seus próprios desejos de controle sobre a mãe e de fusão com ela. Mãe e filha vivenciam, de forma violenta e aprisionadora, através de uma identificação mimética, a inveja oral primária, fechando-se à penetração dos homens e do mundo. As conseqüências dessa dominação recíproca são muito mais devastadoras do que os jogos de sedução.

Segundo Eduardo Chandler (2001), a mãe da menina com sintomas anoréxicos costuma ser ansiosa e apresentar uma forma gelada de superproteção. Invasora e persecutória, é incapaz de desfrutar do contato corporal afetivo com sua filha. Muitas vezes trata-se de uma mãe que amamentou de forma ritual a filha, talvez preocupada demais com as seqüelas estéticas provenientes da amamentação. Muitas vezes essa filha cresce colada a uma mãe que, por ação ou omissão, interdita o vínculo de prazer da filha com seu corpo. Critica o espontâneo em sua filha, supervalorizando tudo o que não seja corporal, nem ternura em seu trato com ela. Aprova a filha quando ela

demonstra interesse intelectual acabando por fazer prevalecer uma rivalidade competitiva e o esforço por triunfar.

Na maioria das vezes encontramos mães insatisfeitas e também submetidas às suas mães. É fundamental que tenham uma certeza de terem cuidado da melhor forma de suas filhas; não é raro escutarmos: “Eu lhes dei tudo”. São mães presentes física e formalmente. Psicologicamente, acabam lançando suas filhas num enorme desamparo.

O que vemos, geralmente, é que para defenderem-se dessa oferta antecipatória e excessiva da mãe, seus controles, a filha começa a retrair-se (retraimento narcisista) como forma de salvaguardar seu espaço psíquico, já que entre mãe e filha não existe espaço possível para a brincadeira erótica, para o surgimento do desejo. Diante dessa violenta invasão materna, a filha pode vir a fechar a boca e ficar de olhos bem abertos para recusar tudo o que provenha da mãe.

O espaço para amizades e vínculos sociais exogâmicos fazendo circular a carga libidinal a objetos secundários - oralidade secundária - fica comprometido tanto para a filha quanto para a mãe. Diante de tal cenário, pode-se indagar sobre o tipo de intervenção psicanalítica que não seja violenta para uma organização psíquica com defesas voltadas contra o vazio gerado pela angústia de perda do objeto - como perda da existência de si. Como se dá o manejo transferencial dessa modalidade relacional em que há uma imensa dificuldade erótica instalada?

Anna Victoi (2001), ao relatar o tratamento de uma adolescente com sintomas anoréxicos, revela:

O elemento fundamental do projeto de tratamento é dar lugar ao pensamento, à figuração, representação e simbolização do adolescente. De um ponto de vista econômico, é definido como a construção de uma capacidade de secundarização do pensamento e da relação com o objeto (p. 91).

Segundo essa autora, a transferência traz um sentido à relação de objeto e o analista deve se colocar numa posição que estimule a continuidade do movimento psíquico no espaço transferencial. O enquadre compreenderia, assim, um espaço próprio possibilitando a construção de uma imagem corporal em transferência.

Ao se referir à transferência, Maria Helena Fernandes (2006a) enfatiza:

São essas modalidades relacionais, e as vicissitudes de um equilíbrio narcísico-objetal precário que se atualizam na repetição transferencial. As dimensões paradoxais dessa transferência – fascínio e horror; amor e ódio; vida e morte – solicitam do analista, à semelhança da alteridade materna, que este possa exercer uma função de pára-excitação em sua tripla dimensão de proteção, mediação e libidinização, permitindo à situação analítica funcionar como um reorganizador da libidinização do corpo (p. 261).

Concordo com a autora quando reconhece que “a relação transferencial com o analista oferece novas possibilidades de trocas que podem permitir essas jovens se descobrirem desejanças, portadoras de vontades e capacidades até então desconhecidas, podendo inclusive sentir prazer em conhecê-las e desfrutá-las” (p. 262).

Estas colocações levam a pensar na natureza erótica do tratamento psicanalítico. A cena do chulé de Lívia mostra, de forma exemplar, como o erotismo pode se manifestar na transferência. O psicoterapeuta precisa suportar tanto o nojo quanto o prazer provenientes do erotismo manifesto pelo paciente durante as sessões. Lívia sempre dizia sentir muito nojo do erotismo materno, dos seus beijos e carícias inoportunos. Segundo ela, a mãe oscilava entre duas posições extremas: a primeira, distante e fria e, a segunda, pegajosa e carinhosa em excesso. Naquele momento da sessão, com os pés de fora e mexendo os dedos com alegria, senti como se Lívia estivesse experimentando o seu erotismo e o contato com o mundo sensorial – odores, sabores, sons - com deleite. E eu também.

3.2. 2º MOVIMENTO

OBSESSIVIDADE E IMPULSIVIDADE NA CLÍNICA DOS DISTÚRBIOS DA ORALIDADE

Há alguns anos venho me dedicando à reflexão sobre a clínica dos chamados distúrbios da oralidade. Esta clínica apresenta sintomas que colocam em risco a autoconservação e a integridade do ego/corpo. Continuaremos, neste segundo movimento, a refletir sobre a clínica a partir do fragmento de caso – Lívia.

A clínica de pacientes com graves sintomas anoréxicos e bulímicos despertou em mim a necessidade de refletir acerca da proximidade com a

neurose obsessiva. Alguns relatos revelam um excesso de pensamento (idéia fixa) que acaba por afetar os sujeitos e despertar neles uma angústia que somente pode ser apaziguada por um ato que nega, expulsa a idéia fixa. Como se fosse possível expulsar as idéias fixas para fora do psiquismo, pela via do vômito, de exercícios físicos e de jejuns quase que absolutos e, assim, alcançar o vazio de pensamento como uma forma de sobrevivência psíquica. Nossa hipótese compreende o excesso de pensamento como causa da descarga da excitação em ato e o vazio mental como efeito protetor dessa descarga.

Qual a natureza desse excesso de pensamento? Trata-se de uma dimensão impulsiva ou obsessiva do psiquismo?

3.2.1. Fragmento clínico

Lívia demorou muito tempo, alguns anos, até conseguir confiar em mim e contar que ao comer sente aquilo que ninguém percebe em si mesmo: o processo digestivo propriamente dito. Percebe a comida mastigada percorrendo o caminho da boca ao estômago e transformar-se em bolo alimentar. Esse bolo cresce dentro de si, ganha proporções enormes e gera uma série de sintomas físicos bastante desconfortáveis e apavorantes: taquicardia, enjôo e *a idéia fixa de estar deformada pela má digestão*. Depois de vomitar ela melhora, fica mais tranqüila e sonolenta. Diz ser uma delícia dormir sem sonhar, encontrar o vazio corporal e, principalmente, o vazio de pensamento – uma estagnação do pensamento.

Embora o vazio de pensamento fosse compulsivamente almejado por Livia, ela comenta: “*na verdade, eu sou viciada em pensar*”. Lembra que desde pequena ficava escrevendo seu nome e repetindo-o em pensamento para não se esquecer de quem era. Gostava de se deitar no chão e realizar todos os seus desejos em pensamento e repetidamente ficava imaginando a sua morte, com todos de sua família presentes em seu enterro. Aos cinco anos vivia apavorada com a idéia de que um fruto que caía de uma árvore em sua escola era envenenado e mataria quem nele encostasse. Seus pensamentos, geralmente, são trágicos e tristes.

No momento, Livia está procurando “*fazer pensar*”, refletir sobre a preocupação que vive a respeito da digestão dos alimentos que consome e, também, as razões de sua paixão pelo ato de vomitar. Sabe qual o tempo de digestão que leva cada alimento ingerido e possui muitas teorias a respeito disso. Inclusive, provoca o vômito para confirmar suas teorias (infantis). A berinjela, por exemplo, diz ela, leva muito tempo em seu estômago para ser digerida; precisamente, quatro horas. O queijo sofre um processo rápido; alimentos quentes e pastosos são difíceis de digerir; alimentos gelados digerem bem etc. Ela sente o suco gástrico agindo sobre os alimentos e o bolo alimentar se transformando. Fica muito angustiada e curiosa para saber se a digestão está correndo bem, se os alimentos estão sendo modificados como esperado. Por esta razão, provoca o vômito e fica observando-o como se fosse um pesquisador em busca de provas para confirmar suas hipóteses científicas. Tem medo de engordar embora a sua maior “*encanação*” seja com o processo digestivo, verificar como ele acontece.

Muitas vezes sente-se imensamente angustiada depois de comer e não vomitar; sabe que não pode fazê-lo em todas as refeições e a solução é movimentar-se, falar com amigos, distrair-se em ações que a impeçam de pensar (pensar significa, aqui, ser atravessada constantemente pela idéia fixa). O problema é que, depois, não consegue parar com as ações - que se tornam desenfreadas. Maníacas?

Encontramos no relato de Lívia referência à acídia abordada no capítulo anterior¹⁶. Diante de angustiada tristeza – foi visto em “Abra a boca e feche os olhos” como Lívia foi abatida por angustiada tristeza diante do espelho materno – a solução encontrada foi agir, passar ao ato, na tentativa de expulsá-la de si, formando um anteparo aos estímulos indesejáveis.

Podemos levantar as seguintes questões: seria o excesso de pensamento (idéia fixa) vivido por Lívia da mesma natureza que o pensamento excessivo do neurótico obsessivo? Intriga pensar que a crise bulímica, apesar de ser impulsiva, violenta e descontrolada, geralmente é preparada como um ritual. O que se tenta controlar pela via do ritual bulímico? O que Lívia tenta controlar ao checar os alimentos em processo de digestão? Como a analidade apresenta-se nos distúrbios da oralidade como sintomas da melancolia? O funcionamento obsessivo poderia inibir uma melancolia?

3.2.2. Neurose obsessiva e melancolia

Abraham em “Melancolia e neurose obsessiva: dois estágios da fase sádico-anal da libido” (1924b) nota algumas semelhanças existentes entre a melancolia e a neurose obsessiva, tanto no que concerne ao quadro clínico

quanto à sua estrutura. Os sintomas obsessivos se acham presentes, com freqüência, nos casos de melancolia e, os neuróticos obsessivos estão sujeitos a estados de depressão. Em ambos os casos, a presença de intensa ambivalência, que pode ser percebida entre suas emoções de amor e ódio e entre suas tendências homossexuais e heterossexuais é perceptível.

Para Abraham, a neurose obsessiva e a melancolia possuem importantes pontos em comum durante seus períodos de rebaixamento dos sintomas agudos. Propõe tomar como ponto de partida na melancolia o “intervalo livre” (p. 85), que se interpõe entre a mania e a depressão:

Do ponto de vista do observador clínico, os estados maníaco-depressivos seguem um curso intermitente, enquanto que os estados obsessivos são, em geral, de caráter crônico. Não obstante, os últimos mostram uma clara tendência para remissões consideráveis. Na verdade, em alguns casos obsessivos, a doença se apresenta em forma de crises agudas que são muito semelhantes aos surtos periódicos da doença da melancolia. A observação cuidadosa, durante um longo período de tempo, mostra-nos que neste, como em tantos outros casos, um dos estados transforma-se gradualmente no outro enquanto que, a princípio, víamos apenas uma separação absoluta entre os dois (p. 85).

Abraham observa que em seus “intervalos livres”, os pacientes melancólicos (maníaco-depressivos) apresentam as mesmas características dos neuróticos obsessivos. “As mesmas peculiaridades com relação à limpeza e à ordem, a mesma tendência a manter uma atitude obstinada e desafiadora,

¹⁶ Cf. p. 100.

as mesmas anomalias de comportamento em relação ao dinheiro e às possessões” (p. 86).

Estas observações levam Abraham a pensar que as duas condições psicopatológicas possuem uma estreita vinculação com uma mesma fase pré-genital da libido: a fase sádico-anal. Na melancolia, verificamos a etapa primitiva da fase sádico-anal, na qual o paciente abandona as suas reações psicosexuais com o objeto, o destrói e o expele. O neurótico obsessivo encontra-se numa etapa posterior da fase sádico-anal, procurando reter o objeto para poder controlá-lo.

Ora, apesar de sua relação comum com a organização sádico-anal da libido, a melancolia e a neurose obsessiva apresentam certas diferenças fundamentais; não apenas a respeito da fase à qual a libido regride no início da doença, mas também a respeito da atitude do indivíduo para com seu objeto, uma vez que o melancólico o abandona e o obsessivo o retém (p. 87).

O processo de regressão na melancolia, segundo Abraham, não se detém na etapa mais primitiva da fase sádico-anal; ela regride mais ainda, para a organização oral da libido. “Desde que a libido tenha abandonado suas relações de objeto, ela parece deslizar rapidamente para baixo, de um nível para o nível seguinte” (p. 95).

Abraham nos ensina que, assim como existe um processo de regressão da libido na melancolia, é possível, também, entrever um processo progressivo que possibilitará uma religação com os objetos. Poderíamos nos perguntar: a obsessividade é o que possibilitaria ao melancólico evoluir de uma

fase anal-sádica primária (expulsiva) para a seguinte, a fase anal-sádica secundária (retentiva)?

Quando Lívia começa a se interrogar (fazer pensar) a respeito da paixão pelo ato de vomitar não estaria passando de uma impulsividade (pura descarga da excitação) para uma obsessividade (guardar seus pensamentos e refletir sobre eles)?

3.2.3. Neurose obsessiva e neurose impulsiva

Segundo Gurfinkel (2005), “hoje podemos ampliar o leque de formas clínicas, nas quais a compulsão à repetição é uma característica predominante, como é o caso de certos tipos de perversão, de certos quadros fronteirços e, mais particularmente, das adições” (p. 260).

O autor estabelece uma distinção entre neurose obsessiva e as chamadas neuroses impulsivas. É típico do obsessivo a impossibilidade de fazer uma escolha levando a uma paralisia da ação, o que ele chama de inação. A dúvida acaba contaminando vários aspectos da vida do sujeito, como se a vida pudesse ser adiada em pensamento. Ele diz: “A paralisia - ou a inação - é o resultado de um impasse, ou de um conflito sem saída. A dúvida é a expressão psíquica do dilema, o que muitas vezes é visto pelo observador externo como uma espécie de covardia, um medo da vida” (p. 261). “A ação não é, pois, neste caso, mediatizada pelo pensamento, e sim inteiramente substituída e, portanto, impossibilitada por ele” (p. 262).

Para Gurfinkel, na neurose obsessiva “o pensamento não é mais uma atividade preparatória e organizadora de uma ação mais eficaz, mas,

enquanto fim em si mesmo, tem sua natureza pervertida; a sexualização do pensamento é, aliás, um sinal de tal perversão” (p. 263). O que se observa é uma retenção dos objetos, com os pensamentos cuidadosamente guardados e erogenizados dentro do psiquismo.

Diz ele:

O caráter auto-erótico deste pensar apresenta, ainda, um aspecto marcadamente narcísico de um fechamento em si mesmo, característica que deve ser distinguida, porém, do retraimento de origem psicótica. Aqui, novamente, a contribuição de Abraham pode nos ser útil. Para ele, a linha divisória que separa neurose e psicose em geral encontra-se entre a neurose obsessiva e a melancolia, ou entre uma organização anal expulsiva e outra retentiva. A relação do obsessivo com o objeto, por mais ambivalente que seja ainda conserva-o imaginariamente pela atividade retentiva, enquanto o melancólico, ao eliminar o objeto por uma analidade expulsiva, abre caminho para o retraimento narcisista e para a queda desenfreada em caminho regressivo em termos de organizações da libido, até o nível oral (p. 264).

Gurfinkel diz que o que acontece nas neuroses impulsivas é o oposto da neurose obsessiva: a ação prevalece sobre o pensamento. O que marca sua estrutura é o domínio da ação impulsiva e irrefreável: um agir sem pensar. Há uma primazia da ação sobre outras esferas da vida psíquica, o que pode ser denominado por “ato sintoma”.

Ato sintoma é um termo cunhado por Joyce McDougall (cf. Fine, 2003). Ela o concebe como “produto de um curto-circuito, um ato que, dirigindo a fala e o pensamento verbal, assume o lugar de uma elaboração

mental. O ato sintoma tenta descarregar o mais rapidamente possível toda tensão criada por acontecimentos internos ou externos” (p. 189). O que se busca pela via do ato é a dispersão imediata de uma tensão emocional insuportável, o que leva a um empobrecimento da capacidade de elaboração das situações de conflito, impossibilitando a reflexão sobre essa experiência afetiva.

Para Gurfinkel, comparando a neurose obsessiva e as neuroses impulsivas, é possível observar na tendência ao agir uma deficiência básica no plano simbólico. Na neurose obsessiva, a ação é adiada pelo excesso de pensamento e nas neuroses impulsivas, a ação de descarga serve como defesa contra a atividade de pensamento.

Gostaria de retomar, neste momento, a diferença entre a analidade retentiva do neurótico obsessivo e a analidade expulsiva do melancólico, por entender ser de importância fundamental para a clínica dos distúrbios da oralidade.

A analidade (expulsiva) nos casos graves de anorexia e bulimia apresenta-se, geralmente, como uma ruminância de palavras em torno da comida, dietas e exercícios físicos. A dor e o sofrimento, assim como a comida, precisam ser expelidos e recusados. Na anorexia, todos os orifícios estão fechados; nada entra, nada sai, nem a menstruação acontece mais. Nos distúrbios da oralidade, é possível perceber uma indiferenciação entre comida e pensamento, elementos inacessíveis ao sujeito.

Durante o tratamento analítico de uma jovem com graves sintomas anoréxicos, Victoi (2001) sugere um caminho de ver desenvolver-se na adolescente uma contra-oralidade ou um contranarcisismo por meio de

elementos pulsionais como o domínio. Isto é, quando em uma determinada sessão a paciente consegue dizer “eu guardo tudo para mim”, a analista reconhece nessa fala uma demanda e passa, então, a trabalhar com ela a possibilidade de reter o alimento dentro de si e de exteriorizar seus pensamentos. Aos poucos, a paciente começa a tentar controlar e conhecer o que está no interior de seu corpo e a libidinização da analidade leva-a a uma autonomia, encontrando prazer em pensar.

Voltando ao caso Lívia, durante muito tempo ela esteve preenchendo-se e esvaziando-se compulsivamente usando objetos-transitórios (cf. McDougall, 2003) - comida, maconha, álcool -, através de uma atividade de pura descarga de excitação, tentando proteger-se da angustiada tristeza que a acometia. É possível pensar em uma falha na analidade retentiva, ao observarmos um ritual de destruir e reconstruir o objeto fixado na oralidade. Os sintomas bulímicos revelariam uma expulsão que visa a estagnação do pensamento e, os sintomas anoréxicos, uma retenção que também almeja a estagnação do pensamento, por se tratar de uma retenção do vazio.

Também é possível dizer que Lívia pôde reconhecer em si e buscar em sua história a existência também de um “*vício em pensar*”, não somente o vício dos objetos transitórios. Pôde abandonar a bulimia em favor do pensamento; procuramos, assim, sustentar a sua capacidade de pensar e de dizer de si, propiciando a colocação em palavras de todas as formas de viver o corpo, mesmo que esse viver fosse mais atuado do que falado.

3.3. 3º MOVIMENTO

UM PESADELO BULÍMICO

A problemática da solidão, sobre a qual Octavio Paz (1999) soube chamar a atenção em seu ensaio “Labirinto da solidão”, possibilita uma reflexão aprofundada sobre esse aspecto tão presente na clínica dos distúrbios da oralidade.

Neste ítem procuramos, a partir do relato de Lívia, pensar sobre o sintoma anoréxico/bulímico como uma máscara que protege a expressão dramática de um rosto sem identidade, lançando o sujeito em um sentimento de solidão impensável, excessivamente afirmado na melancolia e negado na mania.

O melancólico não reflete sobre a possibilidade de ficar só, desapegado do objeto. A identificação ao objeto incorporado integra o eu em sua solidão insuportável diante da perda, impedindo a solidão necessária e constituinte para o amadurecimento psíquico via separação. A anorexia e a bulimia compõem a série de psicopatologias da adição, ou seja, modos de negar, momentaneamente, essa solidão impensável, de forma maníaca pela via da impulsividade.

Como conclusão, revela, na abertura ao jogo transferencial, a possibilidade de o sujeito despertar para a solidão necessária ao questionamento acerca da singularidade de sua existência.

Lívia: --- *“Vivi um acontecimento muito estranho nas minhas férias: viajei com amigos para um parque florestal e fomos caminhar por uma longa*

trilha, mata adentro, até o topo da montanha. Na volta, escutei um barulho na mata e parei na trilha. Em seguida passou correndo na minha frente um porco do mato assustado e, atrás dele, perseguindo-o ferozmente, uma onça que o capturou mais adiante. Fiquei paralisada escutando a onça devorar o porco. O cheiro de sangue fresco me estremeceu. Fui invadida por um pavor que jamais tinha sentido. Tive a certeza de que também seria devorada. Mesmo assim, continuei seguindo a trilha sem olhar para trás e corri chorando para a casa”.

Ana Cecília: --- *“Enquanto você contava este acontecimento, senti como se estivesse escutando o relato de um pesadelo”.*

Lívia: --- *“É verdade... parece mesmo um pesadelo, um pesadelo bulímico!”*

3.3.1. A passagem da Lívia-onça para Lívia e a onça

Lívia é uma jovem de 21 anos e está em psicoterapia comigo há três. Chegou com a queixa de sintomas bulímicos desde os 16 anos. No início da análise relatava consumir bebidas alcoólicas sem nenhum limite e passar a maioria das noites comendo e vomitando compulsivamente até chegar à exaustão e adormecer. Pedia-me ajuda dizendo: *“Sou bulímica e estou assustada com essa doença. Como posso deixar de ter bulimia?”*.

Seus pais se separaram quando ela era ainda um bebê. Filha única, passa a dormir com a mãe na cama do casal. A mãe, muito abalada com a separação, deprimiu, estado em que se manteve por muitos anos. Nas sessões, Lívia falava da tristeza da mãe e do período em que ficou sob os cuidados da avó materna. Quinzenalmente, passava o final de semana com o

pai, um homem descrito por ela como carinhoso e brincalhão. Quando voltava da casa do pai tinha a sensação de encontrar sua mãe mais triste do que antes.

Não conseguia entender como tinha se tornado bulímica e o porquê desse “*hábito viciante*”, como ela o denominava. Começou a vomitar aos 16 anos, período em que começou a fazer uma dieta para perder alguns quilos e sentir-se mais bonita. Certa vez, após ter comido com muito prazer um doce, sentiu-se profundamente culpada, como se ele a tivesse engordado em demasia. Entrou em pânico e a única saída que encontrou para se livrar daquele desespero foi vomitar. Daquela data em diante, quando comia e revivia aquela sensação de pânico, vomitava.

Para Livia, sua mãe também tinha problemas com a alimentação, pois falava o tempo todo de dietas e insinuava à filha estar gorda e precisar emagrecer. Livia dizia não suportar mais ouvir essa demanda materna, o que a levou a sentir um ódio crescente por sua mãe desde então. Não tinha mais confiança e nem respeito por ela.

Após a separação dos pais, a paciente morou com a mãe até completar 19 anos. A falta de limites e a permissividade com que a mãe a educava - podia levar todos os namorados para dormir em casa; consumir bebidas alcoólicas e fumar maconha sem restrição -, deixava-a muito incomodada.

Nessa época, Livia dizia se sentir sufocada e sobrecarregada com esse excesso de liberdade, pois achava que sua mãe sabia tudo sobre sua vida e a controlava dessa forma. Como consequência desse controle, os vômitos e o ódio que sentia pela mãe se intensificaram de forma marcante.

No início do tratamento a paciente costumava faltar muito sem avisar. Às vezes, passava longos períodos sem dar notícias. Quando retornava, falava intensamente e de forma implicada sobre o seu sofrimento. Nessa fase, empenhei-me em possibilitar à Lívia a capacidade de elaborar e digerir sua fala ao se escutar - muitas vezes, “*falava por falar*”, “*falava da boca para fora*”, “*tagarelava*” - o que ela aceitou bem. Era como se ela pudesse revelar pensamentos e idéias sentidos como indigestos, e a análise lhe dava a possibilidade de elaboração e contenção.

Durante muito tempo Lívia atuou e expressou sua falta de medo e de limites. Expunha-se constantemente a perigos: dirigia bêbada; dormia com homens que mal conhecia; comia e vomitava até expelir sangue. Deixou de estudar e tocar piano de que tanto gostava e isolou-se em seu quarto. Na análise, Lívia pedia os limites que a mãe não podia e não conseguia dar, até que finalmente, o pai entrou em cena e manifestou uma imensa preocupação com a vida da filha e o desejo dela ir morar com ele.

A partir de então, começamos a trabalhar nas sessões a possibilidade de Lívia ir morar com o pai. A princípio, ela ficou dividida em relação a essa possibilidade: de um lado, achava que seria um alívio estar longe da mãe e, de outro, temia o controle rígido do pai. Com seu consentimento, marquei uma entrevista com os pais, quando expus a gravidade da situação – as atuações - e a necessidade de pensarmos juntos na mudança de Lívia para a casa do pai.

Na entrevista, a mãe de Lívia, uma mulher desalinhada e de feições tristes, mostrou uma postura alheia à filha e achava o ex-marido exageradamente preocupado com a situação. Durante toda a entrevista os pais

ocuparam posições antagônicas: o pai brigava para ter a filha junto a si, alegando que ela precisava de limites e a mãe pedia calma, dizendo não ver problema algum com a liberdade concedida à filha.

Nessa entrevista, Lívia passou quase todo o tempo em silêncio, observando o casal. No final, manifestou sua decisão de ir para a casa do pai e todos concordaram. Algumas semanas depois ela se mudou para lá.

No início, sentiu-se muito irritada com os limites impostos pelo pai. No entanto, embora brigassem e discutissem muito, conseguiam resolver os impasses conversando. Há três anos Lívia mora com o pai e sua segunda família e, desde então, sua psicoterapia seguiu um caminho diferente.

Aos poucos, entre uma e outra atuação, Lívia diminuiu seus atos impulsivos. Retomou os estudos que havia abandonado, e na terapia começou a falar do ódio que também sentia pelo pai. Lívia se questionava: “*Como meu pai se sente no direito de interferir na minha vida, se me abandonou tão pequena?*”. Entretanto, Lívia o respeitava, condição fundamental para a possibilidade de diálogo entre eles.

Durante muito tempo falou das sensações de desconforto e desespero que precediam as refeições. Era um mal-estar que tomava conta da sua mente, quando seus pensamentos expressavam a idéia de um corpo que se deformava quando recebia a alimentação. Fazia um esforço enorme para se livrar dessa idéia fixa, começando por desenvolver atividades que a distraíssem nesse momento de desespero.

Aos poucos, a fala sobre seu desconforto físico foi dando espaço para uma outra fala. Do “*sou bulímica ou tenho bulimia*”, passou a se questionar: “*quem eu sou?*”.

Lívia se esforçava para lembrar de sua história infantil, e de suas fantasias daquele período. Nunca relatara um sonho, mas voltava no tempo e revivia medos e questionamentos infantis.

A cena da onça relatada no início deste texto apareceu nesse momento da psicoterapia. Penso que o susto vivenciado afetou Lívia e a fez despertar de um “pesadelo bulímico” angustiante e paralisante para poder começar a associar *a posteriori*. “A relação de complementaridade”¹⁷ de Lívia, sujeito impotente, frágil e indefeso diante do objeto atemorizante, foi revelada pela cena relatada e escutada como um sonho. Talvez o mais importante seja poder explicitar aqui a mudança de posição subjetiva de Lívia. Observava-se, pela repetição impulsiva e alienada das suas crises bulímicas, uma relação de identidade com o objeto em que Lívia era igual à onça. Quando o susto a faz enxergar e reconhecer o objeto como um outro diante e distinto de si, essa relação passa a poder ser recordada e elaborada (Freud, 1914b).

Algumas associações foram imediatamente relatadas ao revelar seu “pesadelo”. Contou que seus doze anos marcaram seu destino. Nessa época, tinha decidido que queria morar com o pai, casado novamente com uma mulher muito afetiva. O pai negou, alegando que ela deveria ficar com a mãe que, sem ela, ficaria imensamente desamparada. Lívia sentiu-se rejeitada e retraiu-se, afastando-se do pai. A mãe tornou-se permissiva, como uma forma de aprisionar e reconquistar a filha. Lívia dizia: *“meu pai não conseguiu entender como eu tanto precisava dele e minha mãe pouco conversava comigo como adulta. Ela sempre foi uma pessoa muito confusa e ensimesmada. Quando*

¹⁷ Expressão utilizada por Bleichmar, Hugo. *O narcisismo – estudo sobre a enunciação e a gramática inconsciente*, p. 19.

mudei para a casa do meu pai tive muito medo e raiva, mas, hoje, acho que foi a melhor coisa que me aconteceu!”.

Lembra do seu sofrimento quando voltava da casa do pai depois de passar com ele o final de semana. Sua mãe a olhava e a reconhecia inchada. Lívia procurava no espelho seus traços de inchaço, máscara materna. A mãe-onça atacava todas as marcas deixadas pelo porco do mato no corpo da filha. “*Cara inchada*”. Talvez de tanto chorar... A mãe de Lívia não se dava conta de seu sofrimento pela separação – perda/como morte - do marido. Máscara transferida para a filha. Máscara que mascarava uma dor que nenhum trabalho de luto poderia resolver. Lívia veste a máscara e, diante do espelho, defronta-se com a melancolia da mãe, agora mascarada pelo “inchar” da filha.

Lívia conseguiu ter uma conversa franca com o pai depois de muitos anos. Não mais o atacava ferozmente. Pôde dizer a ele de sua tristeza ao perceber-se como um objeto entre ele e sua mãe. De como sua mãe precisava dela para sobreviver e isto era muito sufocante; e de como se sentia culpada por querer sair de casa, seguir seu caminho independente da mãe. Seu maior medo era ficar igual a ela: sozinha e deprimida. Lívia questionava o pai: “*Porque, pra você, a necessidade da minha mãe era muito mais importante do que o meu desejo?*”.

Era como se Lívia pedisse ao pai para ajudá-la a sair das garras da onça: onça-mãe e Lívia-onça bulímica. Escutar a cena relatada como um pesadelo abriu a possibilidade de entender a posição subjetiva dessa paciente e trabalhar com ela a passagem desse pesadelo angustiante para um caminho associativo.

Até aqui, se tratou do susto vivenciado por Lívia e os desdobramentos de seu impacto em suas associações. Agora, é preciso analisar um outro aspecto revelado pela cena: o sentimento de solidão pelo qual Lívia foi invadida frente à onça. Antes, porém, reconhece-se uma necessidade de reflexão acerca de aspectos da adolescência e sexualidade feminina para avançarmos, mais adiante, na problemática da solidão.

3.3.2. Adolescência e feminilidade: a abertura para o mundo

A clínica dos transtornos alimentares é eminentemente feminina (90% dos casos) e adolescente. A “feminilidade adolescente” foi analisada por Jacques André (2001) em um texto que apresenta subsídios valiosos para avançarmos na reflexão acerca da máscara materna que recobre o rosto da filha revelada no fragmento clínico descrito.

Segundo o autor, a puberdade revela-se como um momento do corpo no qual acontece uma infinidade de mudanças incontroláveis, mudanças desejadas e, ao mesmo tempo, temidas pela adolescente. O tamanho do corpo muda; a pele, o cabelo, a voz e, principalmente, o olhar do outro. É o outro que reconhece o adolescente como tal.

Para o autor, há uma diferença fundamental entre meninos e meninas adolescentes. As mudanças corporais na menina geralmente desestruturam o ambiente adulto, principalmente porque a sua imagem desperta o interesse dos homens e a inveja nas mulheres.

Normalmente, a relação com a mãe se intensifica nesse momento. A ambivalência da relação mãe-filha é marcada ora pela cumplicidade, ora pelo

distanciamento e indiferença. Essas posições extremadas revelariam uma “aproximação identificatória” (p. 31) entre mãe e filha, estabelecendo um fechamento à penetração masculina.

A experiência da menarca, como marca dessa identificação, aparece como momento fundamental na sexualidade da menina. Traumático (sentimento de vergonha) e estruturante (orgulho de pertencer ao mundo das mulheres), esse momento lança a menina numa possibilidade de abertura para o mundo. Ela pode gerar e despertar o desejo de penetração nos homens. E, abrindo-se, ela se defronta com o desconhecido fora e dentro de si. A ela é dado novamente o poder da sedução, deixado de lado no período de latência.

“A sexualidade na menina põe em risco a integridade narcísica, suscitando angústias próximas ao registro arcaico” (p. 34). Para o autor, a anorexia e a bulimia representam duas respostas simétricas, e não antagônicas, a essas angústias primitivas: angústias de separação e intrusão. “O trauma da puberdade e sua promessa de penetração são, para a futura anoréxica ou bulímica, de uma violência particular” (p. 34). “A bulímica responde pelo ato de preencher e a anoréxica pelo de fechar todas as saídas” (p. 37).

O excesso pulsional, que é afastado da genitalidade, procurará satisfazer-se por um outro caminho, a oralidade. Percebe-se, na clínica, a combinação entre genitalidade e oralidade: “Deixada insatisfeita pelo coito, ela termina (solitariamente) por uma crise bulímica e vômitos, única coisa capaz de esgotar sua excitação” (p. 34).

Essa solidão experimentada, por exemplo no ato bulímico, merece atenção. Lívia conta que pensava que ao conseguir um namorado deixaria de

lado seus comportamentos bulímicos. Reconhece, no entanto, não suportar uma sensação de incompletude quando não está com ele. Essa incompletude, todavia, remete a um sentimento de solidão insuportável e impensável. Num primeiro momento pode-se pensar na sua bulimia como um ato solitário que procura, em contrapartida, triunfar sobre o sentimento de solidão vivenciado na incompletude e impossível de ser elaborado. Pode-se pensar a perda do objeto lançando o sujeito numa solidão necessária de abertura a outros objetos, como um ritual de passagem fundamental à constituição do eu e seus ideais.

Segundo André, a anorexia e a bulimia revelariam um sofrimento narcísico, compreendendo tentativas de recuperação de um tempo anterior à perda do objeto, talvez mesmo um tempo de fusão anterior ao próprio objeto. Uma recusa à feminilidade no que esta tem de sentido de abertura e entrega ao Outro.

3.3.3. Máscara, rosto e a solidão impensável

“Quero que me deixem sozinha, em paz”; “me sinto tão sozinha quando como e vomito”; “como porque me sinto só” são alguns exemplos de falas sobre o sentimento de solidão.

A problemática da solidão, sobre a qual Octavio Paz (1999) soube chamar a atenção em seu ensaio “Labirinto da solidão”, possibilita uma reflexão mais aprofundada sobre esse aspecto muito presente na clínica da adolescência.

O autor começa falando da revelação da nossa existência, em algum momento, como algo “particular, intransponível e precioso” (p. 11). Essa

revelação, quase sempre acontece na adolescência, momento de questionamento solitário acerca de si mesmo. “O adolescente se espanta de ser” (p. 11).

Ele nos lembra que as crianças conseguem se esquecer de si mesmas quando estão brincando e os adultos se esquecem de si mesmos quando estão trabalhando. Já o adolescente não consegue se esquecer de si mesmo, está totalmente capturado pela sua imagem diante do espelho. O mundo passa a afetá-lo de forma diferente; seu olhar volta-se para esse afeto, em outros tempos infantis sentido apenas como pura sensação. O adolescente se dá conta, esta é a consciência questionadora da qual fala o autor, de sua existência singular. Ele desperta para a sua história.

“Depois do assombro sucede a reflexão: inclinado sobre o rio de sua consciência se pergunta se esse rosto que aflora lentamente do fundo, deformado pela água, é o seu” (p. 11). E continua: “O adolescente ignora as futuras transformações do rosto que ele vê na água: indecifrável à primeira vista” (p. 12).

Para esse autor, há uma diferença entre o rosto e a máscara. A máscara protege o rosto e oculta sua intimidade. A máscara, quase sempre, esconde uma dor, um sofrimento. Por exemplo, a “*cara inchada*” de Lívia esconde a dor da mãe e a própria dor da culpa diante do sofrimento materno. A imagem que a mãe faz de Lívia reveste seu rosto como uma máscara. Lívia ignora a si mesma; qual o seu rosto? Debruço-me sobre sua imagem e me questiono. E a meta essencial do tratamento é poder abrir espaço para Lívia também poder se questionar.

A solidão diz respeito à possibilidade de separação do que fomos (eu ideal) para podermos adentrar no que desejamos ser (ideal do eu), futuro sempre estranho e incerto segundo Paz.

Seguindo o pensamento do autor, a tendência humana é tentar abolir o sentimento de solidão, afirmado na melancolia (delírio de inferioridade) e negado na mania (megalomania). Portanto, do ponto de vista psicanalítico, um problema narcísico. Sentir-se só é para muitos, sentir-se inferior, como no melancólico, e não se sentir distinto, único, singular. Enquanto estamos vivos, transitamos no labirinto, com investimentos narcísicos e objetais.

Penso que a máscara anoréxica e bulímica esconde a expressão dramática de um rosto sem nome. Os pacientes com sintomas anoréxicos e bulímicos estão com o olhar voltado para o espelho, um olhar que encontra uma “*imagem embaçada*”, “*deformada*”, “*grotesca*”, “*horrível*”, segundo vários relatos, inclusive o de Lívia. Imagens sem forma definida, nem nome próprio. Máscaras. A máscara esconde a ferida aberta dessa aflição diante da imagem distorcida de si. Questionamento impedido do adolescente diante da família e da sociedade.

Como foi visto anteriormente, o corpo da menina, ao despertar da puberdade, se abre ao mundo. A máscara anoréxica não permite que o mundo exterior penetre em sua intimidade. A recusa ilimitada, não só do alimento, mascara o medo de abrir-se ao outro. A máscara anoréxica é um fechamento narcísico, pois o ideal de corpo perfeito, sem falhas, impede o questionamento da intimidade que é revelada pelo desabrochar do corpo. Entretanto, o corpo do paciente com sintomas anoréxicos parece também gritar por socorro e pedir um acolhimento. A máscara anoréxica o protege e, ao mesmo tempo, o

denuncia. Esconde-o e o exhibe. A anorexia afirma-se como desafio ao olhar do outro.

Uma hipótese inicial é a de que os sintomas anoréxicos e bulímicos apontam para uma solidão impensável, um isolamento narcísico, característica da melancolia, do trabalho melancólico, como diz Freud (1917) e reafirma Benno Rosenberg (2003).

O melancólico não reflete sobre a possibilidade de ficar só, desapegado do objeto. O objeto, de forma ilusória e mágica, integra o ego em sua solidão insuportável diante da ameaça e da perda vivenciada, impedindo a solidão necessária e constituinte para o amadurecimento psíquico via separação. Os sintomas anoréxicos e bulímicos seriam formas de negar, momentaneamente, essa solidão impensável, de forma maníaca pela compulsão.

Hugo Mayer (2001) diz:

O psicanalista precisa fornecer as palavras que permitam fazer emergir investimentos que ficaram em estado embrionário, esmagados pelas marcas das relações narcísicas. Dessa maneira, a análise poderia e deveria promover uma elaboração que aspire não somente a que, onde era o isso o ego possa advir, mas também a que o ego ideal possa transformar-se em ideal do ego, a repetição em história, e o narcisismo em auto-estima (p. 99).

Para concluir, é preciso voltar ao fragmento clínico e reconhecer que o susto pela onça devorando o porco afetou Lívia de forma marcante em seu isolamento (solidão impensável), isto é, ela pôde pensar sobre sua solidão depois de “despertar” do pesadelo bulímico. Poder pôr em palavras, abrir-se ao

jogo transferencial, é não estar mais tão só, é poder encontrar seu rosto emergindo no espelho. Um rosto que possui uma história, transformando-se com o tempo e com a idade. Um rosto que vive o passar do tempo e não pretende suspendê-lo de forma tão radical como se idealiza na anorexia.

CAPÍTULO 4

OBESIDADE E CANIBALISMO PSÍQUICO

4.1. Fragmento clínico

Eugênia¹⁸ é uma mulher de bonita feição, sorridente e falante. Está bastante gorda, pesando 120 quilos. Quando iniciou sua psicoterapia comigo, há três anos, estava com trinta quilos abaixo do seu peso atual. Seu pai havia falecido há alguns meses e decidira procurar ajuda porque tinha selado um pacto com ele e o não cumprimento do mesmo a estava perturbando, isto é, não conseguia parar de pensar no castigo pelo crime cometido.

Antes de revelar o pacto contou que fora bulímica durante muitos anos. Uma bulimia branda (*lighth*) mantida por um longo tempo, mais ou menos 15 anos. Provocava o vômito somente depois de comer demais. Geralmente, era disciplinada com suas dietas e raramente saía da linha. Vomitar depois de comer demais (vomitava somente o excesso) era, portanto, algo natural, íntimo e esporádico. Dessa forma manteve seu peso numa faixa ideal durante muitos anos. Casou-se, teve duas filhas lindas e trabalhava como arquiteta e decoradora.

A primeira vez que fez tratamento psicoterapêutico foi há 15 anos, aos trinta anos, devido a uma crise conjugal. Não havia conversa possível entre ela e o marido, um homem violento e sem escrúpulos nas relações interpessoais e no trabalho. Procurou ajuda para conseguir separar-se dele. Os

¹⁸ O nome e qualquer possibilidade de identificação foram alterados para preservar a identidade da paciente. Eugênia significa “bem nascida, nobre”.

vômitos, após algumas refeições abundantes, foram relatados ao psicoterapeuta que, então, comunica o fato de ela sofrer de um transtorno alimentar chamado de “bulimia nervosa”, o qual carecia de tratamento especializado.

Inicia, então, tratamento para bulimia nervosa com uma equipe multiprofissional: nutricionista, psiquiatra e psicólogo especializados em tratar de transtornos alimentares. Consegue deixar de vomitar depois das tais refeições abundantes e chega a ganhar um pouco de peso, o que a deixa angustiada. É medicada com antidepressivo, moderador de apetite e lhe é prescrito a prática de exercícios físicos diariamente. Inicia a prática de escrever um diário alimentar que se transforma em um diário geral de tudo o que precisa fazer desde a hora de acordar até a hora de dormir. Inclusive, escreve frases que ela ouve e julga serem importantes para que não sejam esquecidas. Eugênia tem a impressão de que não tem memória nem capacidade de pensamento. A palavra torna-se uma imagem concreta, qualquer coisa, ao ser escrita em seu diário.

Contou que sempre foi gordinha: quando bebê, quando criança e, principalmente, quando adolescente, ocasião em que começou a se incomodar com a forma e o tamanho do seu corpo. Sua primeira dieta teve início aos 14 anos. Seu pai, reconhecido por ela e pela família como “um homem de excessos” - alcoolista, fumante e obeso - odiava a obesidade no/do outro. Seus seis filhos viviam num ambiente abundante, rico e da alta sociedade. A casa onde viviam era enorme, repleta de empregados, de animais de estimação, festas programadas e banquetes realizados. Havia, segundo ela, muita “falação” e nenhuma conversa íntima. Os filhos não podiam engordar e eram

todos gordos. Eugênia sempre foi, aos olhos do pai, a mais bonita, e a mais gorda.

Da mãe relatou uma lembrança única e marcante. Uma mulher linda e deslumbrante, vestindo um roupão verde-água andando pela casa com um molho de chaves balançando e tilintando. Eugênia a seguia como se fosse uma sombra tentando descobrir o que havia por trás das portas trancadas e onde a mãe se escondia durante o dia. Nunca descobriu seu esconderijo secreto.

Algum tempo antes de seu pai morrer; ele já estava bastante doente com problemas de saúde desencadeados pelo excesso de peso, fumo e álcool, chamou Eugênia para conversarem e selarem um pacto.

O pai, aborrecido com a obesidade da filha, propôs a ela pagar caro pela colocação de um balão intragástrico.¹⁹ Para tanto, ela deveria manter-se com setenta quilos caso contrário seria deserdada. O procedimento médico, realizado por um especialista famoso e renomado, foi um sucesso. Entretanto, para surpresa de Eugênia, que sonhara com um resultado mágico e rápido, a colocação do balão foi desastrosa. Era impossível não vomitar após ingerir qualquer alimento líquido ou pastoso. Rapidamente perdeu peso, chegando aos tão almejados setenta quilos. Em duas semanas, estava desnutrida e desidratada. A retirada do balão, antes do tempo previsto (ela deveria ficar com ele durante seis meses), foi prescrita e efetuada. Eugênia,

¹⁹ O **BALÃO INTRAGÁSTRICO** é feito de silicone, preenchido com uma solução líquida. Após ser colocado através de endoscopia no interior do estômago, pode permanecer lá por um período de quatro a seis meses, causando sensação de saciedade mais precoce, devendo ser retirado após esse período. Nos primeiros dias após a colocação do balão o paciente pode apresentar náuseas e vômitos intensos, obrigando a internação hospitalar para melhora do quadro. Não é o balão que emagrece, ele diminui o volume ingerido devido à saciedade precoce (pode-se ingerir uma grande quantidade de calorias numa pequena porção de alimentos) a sua presença associada à reeducação alimentar, é que levam a um bom resultado na perda de peso. É utilizado em "superobesos" que necessitam perder peso antes de se submeterem à cirurgia.

mesmo sem o balão, passava a provocar o vômito para tentar manter o peso de setenta quilos. O ato de vomitar tornara-se um hábito viciante depois de todas as refeições. Voltou, segundo ela, a ser bulímica; tratava-se, agora, de uma intensa bulimia.

Depois de alguns meses, o pai morre em decorrência de um ataque cardíaco fulminante. Voltemos, então, ao momento em que Eugênia me procura para tratamento psicoterapêutico. Ela estava bastante perturbada com o fato de estar engordando muito rápida e descontroladamente. Já estava com noventa quilos, e culpada por não conseguir manter o peso ideal imposto pelo pai. Os vômitos não eram suficientes para alcançar um equilíbrio corporal. Ela se perguntava, não sem uma ponta de certeza, se isto seria um castigo.

Durante esses três anos de tratamento, foi possível acompanhar o desabrochar da obesidade de Eugênia. O inventário do pai foi complexo e tumultuado. Seis filhos e uma esposa decidindo a divisão de uma quantidade enorme de imóveis.

Eugênia recebe parte da herança (um “*dinheirão*”) e compra um “*carrão*” e um “*apartamento*” para viver mais confortavelmente. Pede demissão do trabalho e decide viver do dinheiro recebido como se tivesse ganhado na loteria. A casa, segundo ela, tornou-se um refúgio e passa a ser difícil sair de seu quarto, mais precisamente de sua cama, e encarar a vida. Sua fala me leva a imaginá-la como se estivesse enterrada (pesada, afundada, presa, estagnada) em sua cama. Continua se tratando com um psiquiatra e com uma nutricionista e, aos poucos, vai deixando o vício de vomitar depois das refeições. Apesar de tomar Reductil, antidepressivo, estabilizador de humor, e fazer um rígido controle alimentar, continua ganhando peso.

Certa sessão, deitada no divã, surpresa, percebe-se na mesma posição em que o pai ficava quando assistia à TV. Como se estivesse vendo-se refletida na tela, disse que seu casaco estava abotoado do mesmo jeito que o do pai; a barriga enorme na mesma proporção que a dele. Reconhece estar com coisas grandes demais como seu pai tinha: um apartamento, um carrão, um corpão e uma grande tristeza. Além do mais, está gastando permissivamente como se o dinheiro não fosse acabar; e esse vai chegar ao fim, em breve. A imagem de seu pai tomara conta da parte visual do seu corpo, de seus gestos. O pai não se privava de nada, assim como ela faz agora. “*Não gasto mais o excesso como quando vomitava depois de comer demais*”. Sobra excesso em Eugênia.

4.2. A mulher sucuri

Poder-se-ia perguntar: qual a percepção de Eugênia a respeito do que está acontecendo no interior de seu ego/corpo?

Naquele momento foi possível pensar que ela havia devorado o pai em sua concretude/totalidade e dele se apossado por uma ação maníaca de devoração canibalística, como se fosse uma mulher sucuri. Mais algumas questões podem ser levantadas: que papel o pai desempenhava no momento da perda? Podemos pensar numa função balão intragástrico? Algo que almejaria recriar a integridade do ego/corpo?

Pensar o pai com uma função balão intragástrico leva ao conceito de incorporação amplamente trabalhado em *A casca e o núcleo*, por Maria Torok e Nicolas Abraham (1995) e ao conceito de canibalismo psíquico proposto por

Gabrielle Rubin (1997), também encontrado em “O canibal melancólico”, de Pierre Fédida (1999a).

Segundo Torok e Abraham (1995), o trauma da perda objetal - trazendo consigo a impossibilidade de elaborar os efeitos da perda no psiquismo - induz à incorporação do objeto no ego. De forma mágica, o ego torna-se aquilo que ele não pode ter, ou seja, o objeto. Trata-se de um ego mutilado à procura de um objeto complementar.

Queremos falar das fantasias de incorporação. Introduzir no corpo, nele deter ou dele expulsar um objeto – todo ou parte – ou uma coisa, adquirir, guardar, perder, tantas variantes fantasísticas, que carregam em si, sob a forma exemplar da apropriação (ou da desapropriação fingida), a marca de uma situação intrapsíquica fundamental: aquela que a realidade criou a partir de uma perda sofrida pelo psiquismo. Essa perda, se ela fosse ratificada, imporá uma recomposição profunda. A fantasia de incorporação pretende realizar isso de modo mágico, cumprindo no próprio o que só tem sentido no figurado. É para não ‘engolir’ a perda que se imagina engolir, ter engolido, o que está perdido, sob a forma de um objeto (p.245).

Pode-se pensar no vômito como “desapropriação fingida”, como um retorno da ausência. Comer é matar, para o canibalismo, mas é também amar. Assim, a ambivalência pode ser pensada como comer para esconder (a ausência) e vomitar para reencontrar (a ausência).

Pode-se pensar que o ego de Eugênia está enfastiado de um pai função balão intragástrico, como um objeto-coisa dentro de si, mas sem função de estabelecimento de limites. Não sobra espaço livre para a reflexão e o

pensamento. A identificação se dá com a imagem do objeto-coisa absorvido e não com a experiência de falta que propiciaria a abertura para o investimento em outros objetos, o processo de introjeção das pulsões. A falta anuncia e denuncia a possibilidade de separação do ego em relação ao objeto que o faz reconhecer-se como um outro ego.

De uma perspectiva edípica, é possível pensar no lugar ocupado por Eugênia sob a sombra de um pai do pacto tão estranho e de uma mãe que é o esconderijo, a ausência e o barulho das chaves. Encontramos dois pontos diferentes e congruentes: o pai morto e a mãe ausente. A analisanda faz a sua bulimia não só para engolir o morto, mas também para suportar a ausência. Um olhar de mãe que se voltou para dentro de si, onde a filha não estava. A fusão com o pai é permeada pelo desaparecimento materno, o que não permite o interjogo entre presença-ausência. Existiria, entre o morto e a ausência, uma conexão. Podemos nos perguntar: Eugênia nunca descobriu o esconderijo da mãe ou dela mesma? Citando novamente Torok e Abraham, “A fantasia de incorporação denuncia uma lacuna (a mãe) no psiquismo, uma falta no lugar preciso em que uma introjeção deveria ter ocorrido” (p. 245)

A falta inaugura a existência de um espaço possível, de trânsito (digestivo), entre diferentes posições. O transitar, o se movimentar, transformaria a fome em um movimento de investimento libidinal, enriquecendo o ego. O pai, como função “balão intragástrico”, esconde a ausência e deixa somente vazio a preencher. Vazio da boca, estômago vazio, vazio de pensamento, vazio preenchido por um pai cuja função é a de ocupar um lugar ocupado pelo vazio. A perda do pai não pode ser simbolizada, tampouco a

ausência da mãe. Não há separação do objeto, pois ele estava o tempo todo ausente.

Para Gabrielle Rubin (1997), o “canibalismo psíquico”, termo cunhado por ela, é puramente fantasmático e corresponde a uma incorporação inconsciente do objeto no interior do corpo. O paciente obeso parece abrigar no interior de seu corpo um outro ser, e a sobrevivência desse ser passa a ser responsabilidade de quem o mantém. Trata-se de um canibalismo psíquico, cujo objetivo é nutrir o outro que assegura força e segurança a quem o mantém. O canibalismo psíquico patológico seria decorrente de um luto não elaborado e revelaria uma possessão do ego pelo objeto, isto é, o ego procura tomar posse do objeto que possui qualidades a serem incorporadas (Abraham). No entanto, o ego passa a ter uma outra forma de vida dentro de si e o objeto incorporado faz com que ele conduza sua vida ao contrário dos seus desejos conscientes. Trata-se, na visão da autora, de uma “incorporação violenta” que fortalece a alma e enfraquece o corpo.

As considerações acima possibilitam levantar as seguintes questões: como desencarnar o morto que permanece vivo no interior do psiquismo? Isto se daria pelo mecanismo de evacuação mental, movimento posterior ao de ingestão mental e ao de digestão mental?

Fédida (1999a), em “O canibal melancólico” liga o conceito de canibalismo à destrutividade presente na angústia de separação. Para ele, o canibalismo é um conceito que compreende a ambivalência amor-ódio, vida-morte, atração-destruição, presente na identificação narcísica que requer a escolha de objeto.

Quaisquer que sejam as expressões clínicas emprestadas pela angústia de separação, no duplo sentido de “separar-se de” e de “estar separado”, quer dizer “em pedaços”, o conceito de canibalismo, para ele, diz respeito a uma gama de fantasias que surgem na transferência e dela fazem parte de maneira silenciosa e intensa. Compreende a agressividade presente na angústia de perder o objeto de amor e de aniquilá-lo ao invés de a ele renunciar separando-se dele. O “luto” canibalístico seria uma solução incestuosa de união alimentar ao objeto de amor (p. 66). Tentativa de eliminar o objeto devorando-o – devorar psicologicamente um objeto expressa o desejo de contato íntimo com ele e, ao mesmo tempo, o desejo de eliminá-lo do mundo exterior. Esta seria a ambivalência da fase canibalística.

Assim, para Fédida, a incorporação canibalesca não significaria uma elaboração da perda, mas compreenderia um gozo imaginário ligado à angústia de perder o objeto de amor. A melhor forma para o canibal melancólico se preservar da angústia de perda do objeto é destruí-lo, em pedaços, para, assim, conservá-lo vivo dentro de si. “A incorporação canibal não é de forma alguma o ato simbólico da resolução da perda” (p. 67)

Chama a atenção no fragmento de caso apresentado, o fato de Eugênia conservar o objeto concreto vivo em si. Seu corpo se transforma na imagem do pai, num corpo-outro. Pode-se pensar que aqui não se trata de um canibalismo dos pedaços, como salienta Fédida, mas de um canibalismo do inteiro, do objeto engolido em sua concretude. O ego se funde com o objeto incluso e inicia um luto interminável. “O melancólico parece fazer sofrer sua própria carne emprestando-a a seu objeto-fantasma” (p. 256).

A oralidade comporta três momentos: a ingestão mental, a digestão mental e a evacuação mental. O primeiro momento é marcado pela fantasia de incorporação e precede o processo de introjeção. O trânsito interno implicaria em um lugar entre a devoração e a evacuação, onde um espaço da elaboração da existência e da qualidade do objeto pela via do amor possa se dar. Essa elaboração, entre os dois extremos, o oral e o anal, seria a passagem do ego ideal para o ideal do ego? Seria o início da superação de um narcisismo ilimitado?

Não adianta tomar laxantes e diuréticos porque o objeto devorado não sairá sem um trabalho de digestão mental, de elaboração simbólica. Como se daria este trabalho? No caso de Eugênia, como ajudá-la a enterrar o pai morto vivo em si?

Gostaria de voltar ao momento no qual Eugênia recebe de seu primeiro psicoterapeuta o diagnóstico de portadora de uma bulimia nervosa. A partir daí sua vida passa a girar em torno dessa problemática alimentar e a bulimia passa a ser investida como um objeto-coisa que ela possui. Sempre dizia: “*Tive, tenho bulimia nervosa*”. A dieta, a medicação, o diário alimentar e o balão intragástrico passam a ser assimilados compulsivamente, também, como objetos-coisa para combater a bulimia-obesidade. O mesmo pode-se dizer do pai morto vivo em si para combater a sensação de vazio experimentada pela vivência de perda. Eugênia nos ensina, assim, sobre o perigo do diagnóstico de uma bulimia concreta, alimentar e não psíquica.

“Aprender a preencher com palavras o vazio da boca” (p. 246), é uma saída proposta pelos autores de *A casca e o núcleo* para enterrar o morto vivo em si. Pensar nesta saída como uma possibilidade de transformar o

canibalismo psíquico patológico num ritual de apropriação das qualidades do objeto, sem destruí-lo, significa aproximar-se de um canibalismo simbólico, dando lugar a um luto verdadeiro, no qual as fantasias de incorporação poderão dar lugar à digestão mental (propiciar que o objeto possa fazer parte do ego) e à descoberta de Eugênia a respeito de seu esconderijo secreto.

Foi possível entender o distúrbio da oralidade de Eugênia como uma fixação no primeiro momento da ingestão, momento de devoração canibalística do pai. Esse processo se dá por uma ação maníaca de engolimento do objeto em sua concretude/totalidade e leva ao pé da letra o significado de bulimia como “fome de boi”.

4.3. Vazio e ausência: sobre a impossibilidade de “perder de vista” o objeto

Observamos como Eugênia sofre no corpo o vazio instaurado pelo *desaparecimento* tanto materno quanto paterno. Seu corpo revela um amor cego pelas imagens parentais, imagens estas fixas *presentes* em sua fala. O que caracterizaria estas imagens fixas? Por que esta fixidez do visível?

Pontalis (1991) em seu valioso texto intitulado *Perder de vista* se questiona se o insuportável na perda para algumas pessoas seria perder de vista o objeto. Ele afirma que sim; não ver mais alguém que ama significa não ser mais visto por este alguém. E se pergunta, também, se somos capazes de amar o invisível.

É preciso acalmar a angústia suscitada em nós pela ausência garantindo que o objeto amado esteja inteiramente ao alcance de nosso olhar e

que possa nos refletir insistentemente e nos dar notícias de nossa existência. O desaparecimento do objeto, para o melancólico, implica o desaparecimento do ego diante do vazio deixado pelo objeto. Vazio que não pode se transformar em imagem ausente.

O autor diz que sonhamos a cada noite para ver o desaparecido em nós (mundos, lugares, pessoas, ambientes), confirmar sua permanência e tentar, com isso, unir o efêmero ao eterno, o visível ao invisível, o superficial ao profundo.

Diz Pontalis:

A visão é algo que podemos perder mesmo quando dispomos dela. Perdemos-la quando ficamos fascinados, “estupefatos”, quando a morte, e não mais a vida, está dentro dos olhos. E talvez a percamos também quando cremos estar apenas a seu serviço, isto é, quando observamos (p. 205-6).

Observar significa tomar certa distância para poder ver sem ficar fascinado nem hipnotizado pelo visto. É não entregar-se ao amor que cega. Mantendo o objeto à distância, exige que ele fique inteiramente visível e sempre presente. Trata-se de não perdê-lo de vista.

Freud, um não-visual que se emocionara com Charcot, um grande visual, ao exigir-se pensar, tentou livrar-se do fascínio através da observação, do mistério através da investigação e do encanto através da interpretação (p. 208).

Pontalis chama ainda a atenção para o fato de que Freud, em seus escritos científicos, convocou o sonho, composto de imagens visuais, e que isto gera uma ambigüidade no que concerne ao estatuto do visual. A

psicanálise não reproduz o visível. O perder de vista, para a psicanálise, apresenta-se como condição do pensar. A transferência analítica possibilita a visão como perda de visão.

“A imagem não dá a ver” (p. 220). Esta frase é complexa e poderíamos comentá-la com um exemplo: uma senhora que sofria de intensa catarata nos olhos mantinha sua casa e a si mesma muito bem arrumadas e em harmonia. Quando submetida a uma cirurgia para corrigir o problema assusta-se diante de sua imagem no espelho, pois enxerga sua velhice. Passa a não mais conseguir se cuidar harmoniosamente; borra a maquiagem, não encontra os objetos da casa. Este exemplo nos ensina que tratar do visual não inclui tudo unicamente na categoria do olhar. O campo visual é imenso, não unificável.

Para ouvir, para dizer, é preciso, ao mesmo tempo, que a imagem, em sua presença obnubilante, se apague e permaneça em sua ausência. O invisível não é a negação do visível: está nele, frequenta-o, é seu horizonte e seu começo. Quando a perda está na visão, ela deixa de ser um luto interminável (p. 222).

Eugênia é possuída pela imagem de uma mãe ausente presente e um pai alcoólatra, obeso e excessivo. Ela os conserva em seu corpo. Ela não os perdeu de vista, estão em si. Não há outra saída para Eugênia senão perder os pais de vista.

CAPÍTULO 5

BINGOMANIA

5.1. Fragmento clínico

Joana chega pontualmente para a primeira entrevista. É uma mulher de aproximadamente cinquenta anos e bastante obesa. Os cabelos desalinhados chamam a atenção, principalmente por que ela trabalha no ramo da beleza e estética.

Ela conta que procurou ajuda porque se sente no “*fundo do poço*”. Arruinou-se, financeira e moralmente, devido à sua “*impulsividade*”. Reconhece-se muito “impulsiva” na vida em geral, mas o vício pelo jogo está destruindo sua existência como esposa, mãe e profissional.

Tudo começou há três anos quando foi ao bingo pela primeira vez. Foi junto com o marido para se divertirem um pouco, uma forma de distração. Não foi uma paixão à primeira vista. Aos poucos foi se tornando assídua no bingo; uma necessidade diária de estar lá, diante da máquina, crescia dentro de si. Era como se a sua mente ficasse vazia, limpa e, diante da máquina, um prazer intenso a invadissem. Naquele momento esquecia de tudo, estava livre do dia-a-dia tedioso de sempre. Pensou que poderia parar quando quisesse, entretanto, não conseguiu mais. A máquina, a mesma de todas as tardes e noites, o encontro incansável. Máquina devoradora. Joana sozinha diante dessa máquina que engole todo o seu dinheiro.

No bingo não tem amigos e não joga com parceiros; joga somente com a máquina. Mesmo quando ganha uma rodada não consegue ir embora com o dinheiro. Precisa apostar até gastar tudo o que tem e ir embora arruinada.

Joana chora ao contar da sua relação com o jogo. Durante o dia sobrevém um sentimento de culpa gigantesco. Sente-se um monstro, uma mulher detestável e incompreensível. Há algo dentro dela mesma, um aspecto de sua personalidade, muito estranho e assustador.

Nasceu no Peru e há trinta anos mora no Brasil. Veio para cá tentar uma vida melhor porque lá a pobreza imperava. Sempre trabalhou com estética e beleza.

Casou-se com um homem brasileiro e tem um filho, atualmente na faculdade. Deixou tristes lembranças no Peru: mãe, pai, dez irmãos, pobreza e carências básicas. Afastou-se, aos 17 anos, idade em que veio para o Brasil, de um homem casado por quem sofria de uma paixão doentia. Doentia porque esse homem, mais velho do que ela vinte anos, era a sua vida. Lembra que o perseguia dia e noite e sentia um ciúme exagerado dele. Seus pais resolveram acabar com essa paixão doentia enviando a filha ao Brasil, onde ela deveria viver com uma irmã mais velha e independente. Lembra que ao chegar em São Paulo esqueceu-se por completo desse homem e não sofreu. Não escuto o sotaque de Joana e ela parece bem paulistana. Onde estarão suas raízes peruanas?, me pergunto.

Ela se pergunta: *“Será que essas tristes lembranças têm algo a ver com o meu vício pelo jogo?”*

Silenciosamente deixo que ela responda. Depois de um longo suspiro, ela diz que sim. O vício está relacionado com sua tristeza, com sua amargura e sua sobrevivência. Preenche, momentaneamente, um vazio deixado pela tristeza. Nesse momento, no lugar da fala sobre as lembranças vem um choro. Respeito sua dificuldade em lembrar-se do que se esforça para esquecer. Continuo em silêncio, afetada pelo seu sofrimento e pela dramaticidade do seu choro.

Penso: "*Sorte no jogo, azar no amor*". Joana tem azar no jogo e azar no amor. Ela continua seu relato: reconhece ser uma mulher não amada pelo marido. Desde que teve seu filho ele a deixou de lado e não a deseja como mulher. Não a toca, não a olha com carinho, não conversam como amigos e não se beijam. Há anos se toleram. Hoje ele não a suporta mais. O vício pelo jogo está destruindo de vez seu casamento. Ele ameaça deixá-la na rua, fora de casa. O marido e o filho pedem para ela iniciar um tratamento, pois está louca e doente. É por isso que vem me procurar.

Quando é impedida de ir ao bingo pelo marido e o filho, come demais. Devora toda a comida da casa e fuma incessantemente. Quando não há mais o que comer e o cigarro acabou, deita-se na cama – estagnada - e chora horas a fio; um choro ilimitado, sofrido, de quem somente vê a morte como saída para sua terrível vida.

Já tentou fazer tratamento em um Hospital-escola, em um programa para mulheres viciadas em jogo. Sentiu-se uma palhaça, perdendo o tempo com um grupo de mulheres e um psiquiatra que só falavam dos efeitos nocivos do jogo. Não é isso o que quer. Para ela, moralizar seu vício não a tirará do fundo do poço. Pergunto-me: como Joana poderá sair do fundo do poço?

5.2. Joana diante da máquina devoradora: a impossibilidade de jogar

Nessa primeira entrevista me impressionou o distanciamento que Joana faz da vida via o ato de jogar. Ela, diante da máquina devoradora, como uma relação especular na qual não há troca, não há jogo possível. É a própria máquina devoradora.

Joana não sabe jogar. Ela precisa aprender a jogar para poder libertar-se do ritual de esvaziamento diante da máquina, no qual está capturada. Esvaziamento do pensamento, do sofrimento. O não-pensamento é condição para estar diante da máquina, jogando com a sorte e esvaziando-se numa transferência “caça-níquel”. Isso é estar no fundo do poço. Tristeza, ritual de esvaziamento, sentimento de solidão negado na bingomania.

Não adianta impedi-la de jogar. Ela quer jogar, mas não sabe como; por isso está presa no fundo do poço. É preciso convidá-la a jogar na transferência. Transformar o espaço analítico num espaço de jogo, de troca, de enriquecimento. É preciso dizer que estou disposta a jogar com ela, desejar o jogo a dois.

Em nenhum momento Joana fala de sua compulsão pelo jogo, e sim de sua impulsividade. Mecanismo de impulsão, como se ela precisasse ser impulsionada a sair dessa compulsão. Essa primeira entrevista delinea a direção do tratamento de Joana. Um primeiro caminho a ser seguido em direção “ao sair do fundo do poço”. Um convite ao jogo transferencial como uma aposta na possibilidade de aproximação de si mesma, um reconhecimento impedido pela antimetáfora da máquina devoradora.

5.3. O paradigma da adicção

A clínica dos distúrbios da oralidade - anorexia, bulimia, obesidade, dependências químicas, vício pelo jogo - convida a pensar sobre um modo de relação bastante enigmático e perturbador: a adicção, isto é, a relação excessivamente apaixonada de submissão e escravidão estabelecida entre o ego e o objeto eleito.

Mais do que escravo de um objeto, o sujeito fica escravo de um aspecto estranho a si mesmo. A maioria dos pacientes se queixa de possuir dois lados: um que quer ficar bem (criativo) e outro que submete o primeiro à estagnação (destrutivo). Muitas vezes, como se vê no relato de Joana, o paciente se reconhece capturado por uma força estranha atuando dentro de si. Essa, talvez, seja uma via de abertura para o tratamento desses pacientes. Ao perceberem a presença de um estranho enigmático dentro de si, algo que incomoda internamente e produz sofrimento, abre-se uma possibilidade de sair da relação alienada com o objeto de adicção. A dor psíquica força o sujeito a reconhecer a existência em si mesmo daquilo que pretende, de forma maníaca, ignorar, dominar e ocultar. Mas o que se quer ocultar pela ação maníaca?

5.4. Adições como relações assimétricas

Piera Aulagnier (1985) fala das relações assimétricas cujo protótipo é a paixão:

Defino com este termo uma relação na qual um objeto tornou-se para o ego fonte exclusiva de todo prazer, tendo sido por ele deslocado para o registro das necessidades (...) Quero esclarecer que quando falo de relação passional entre o sujeito e o objeto droga ou entre o sujeito e a atividade do jogo (da qual me sirvo como protótipo de outras formas de atividade que permitem outras formas de investimento igualmente passionais); não me refiro ao fato de que para certos sujeitos droga e jogo estejam entre os objetos ou atividades fontes de um prazer, que não se torna por isso um prazer exclusivo. A paixão pela droga, pelo jogo e, igualmente, aquela que tem como objeto o ego de um outro se referem àqueles para quem a droga ou o jogo tornaram-se não somente fonte do único prazer que conta realmente, mas de um prazer que se tornou necessidade (p. 150-151).

Freud, no texto “O mal-estar na civilização” (Freud, 1930[1929]), apresenta algumas formas de defesa encontradas pelo homem diante dos sofrimentos da vida:

A vida, tal como encontramos, é árdua demais para nós; proporciona-nos muitos sofrimentos, decepções e tarefas impossíveis. A fim de suportá-la, não podemos dispensar medidas paliativas. Existem três medidas desse tipo: derivativos poderosos, que nos fazem extrair luz de nossa desgraça; satisfações substitutas, que a diminuem; e substâncias tóxicas, que nos tornam insensíveis a ela (p. 93).

Esperança, conformismo e anestesia. Três saídas possíveis para um sofrimento diante da realidade que barra a realização da felicidade ilusória e idealizada buscada na experiência de prazer fugaz via objeto da adição.

5.5. Adicção como ato-sintoma

Joyce McDougall (cf. Fine, 2003) escolhe o termo adicção (anglo-saxão) para substituir seu equivalente francês, toxicomania. Segundo ela, toxicomania leva a pensar que o sujeito se intoxica para se prejudicar. No entanto, ela reconhece que os sujeitos não buscam causar-se mal e, sim, encontram nos objetos de adicção uma possibilidade de investimento. Trata-se, principalmente, de objetos a serem utilizados para atenuar sentimentos intoleráveis ou excitações excessivas que afetam o sujeito.

Ela concebe a adicção como um “ato-sintoma” (p. 186), isto é, o produto de um “curto-circuito”: no lugar de uma elaboração mental, surge um ato que guia o pensamento e a fala do sujeito. O ato-sintoma revela uma descarga rápida e intensa de toda a tensão mobilizada por acontecimentos tanto internos (excitações, frustrações, medos etc.) como externos (perdas reais).

Trata-se de uma defesa primitiva que busca a descarga imediata, por isso violenta, das tensões emocionais impossíveis de serem elaboradas e integradas pelo sujeito, funcionando como medida de proteção contra a dor e o sofrimento. O objeto de adicção estaria a serviço de um “ideal narcísico patológico: ‘eu posso fazer tudo sozinho, eu controlo magicamente meu objeto e o utilizo quando quero e como quero’” (p. 187).

Para essa autora, a fantasia megalomaniaca infantil revela que o objeto primário nunca foi reconhecido como não pertencente ao ego, isto é, nunca colocou-se diante do ego, como objeto não-ego, outro. Como consequência, seu luto não pôde ser realizado, simbolizado e introjetado.

Esse objeto primário “jamais perdido” está fora e é desesperadamente procurado no mundo exterior revelando-se, assim, um desamparo e uma carência ilimitados. A angústia da perda do objeto primário invade o ego e o imobiliza, levando o sujeito a sentir-se incapaz de, sozinho, proporcionar-se alívio sem o uso de um objeto a ser incorporado vorazmente.

Nessa perspectiva, as adicções seriam tentativas de sobrevivência psíquica no sentido de impedir o despedaçamento do ego. O objeto, de forma ilusória e mágica, integra o ego em sua solidão insuportável diante da ameaça e da perda vivenciada (ego ideal). De toda forma, há nessa busca pela sobrevivência psíquica um paradoxo: o risco de um predomínio da pulsão de morte revelado pelo desinvestimento em direção aos outros objetos, levando a um empobrecimento do ego. Uma compulsão à repetição sem a mínima possibilidade de elaboração.

A autora assemelha os objetos de adicção a objetos transitórios, objetos sempre fora, sempre a serem recriados de forma urgente pelo sujeito que, ao sentir-se só, sente-se inferiorizado. O objeto transicional, diferentemente, seria um objeto em processo de introjeção, abertura de um espaço para a existência de uma relação com um outro eu. Ausência a ser preenchida pelo pensamento e representações. Aqui, sentir-se só é sentir-se distinto no duplo sentido: separado e íntegro.

Segundo M. Torok e N. Abraham (1995), a introjeção é o que possibilitará a transformação do “vazio da boca” (p. 245) que espera pelo leite, numa ausência necessária. A ausência anuncia e denuncia a possibilidade de separação do ego em relação ao objeto primário e o reconhece como um outro ego.

A ausência inaugura a existência de um espaço possível, de trânsito, entre diferentes posições. O transitar, o se movimentar, transformaria a fome num movimento de investimento libidinal.

A introjeção reserva ao objeto o papel de mediador para o inconsciente. Operando num vai-e-vem entre o narcísico e o objetal, entre o auto e o hetero-erotismo, ela transforma as incitações pulsionais em desejos e fantasias de desejo e, conseqüentemente, torna-os aptos a receber um nome e cidadania e a se abrir no jogo objetal (p. 222).

Nas adicções, o vazio da boca acaba sendo preenchido pela paixão por um objeto substancial a ser incorporado e não pela capacidade do sujeito ser preenchido por palavras que representem esse vazio transformando-o em ausência do objeto. Segundo os autores, a incorporação seria a capacidade de recuperação mágica do objeto. Pode-se pensar que o objeto eleito da adicção é colocado no mesmo lugar do objeto perdido, impedindo a experiência da ausência do objeto. O vazio não transformado em ausência necessita ser “curado” instantaneamente, compreendendo uma reparação narcísica: recuperação de objetos perdidos que eram constitutivos de si. Esse seria “um destino das perdas que não podem se confessar enquanto perdas” (p. 248). Segundo os autores, a incorporação poderá ser compreendida como uma antimetáfora pela impossibilidade do sujeito colocar em palavras o vazio da boca.

5.6. O jogo transferencial

Segundo Freud, em “Recordar, repetir e elaborar” (1914b), a via para a simbolização e introjeção situa-se na esfera transferencial, na qual a repetição pode e deve transformar-se em rememoração. A possibilidade de escuta analítica depende da possibilidade do psicanalista manejar a repetição como resistência trazendo-a para o espaço transferencial. Esse movimento é o que Freud denomina de neurose de transferência, característico do espaço analítico, construído para permitir a simbolização da repetição.

O jogo entendido como brincadeira infantil em direção a uma evolução psíquica está presente na obra freudiana no texto “Além do princípio do prazer” (1920). O menino e seu carretel, num jogo repetitivo e metafórico do ir e vir. A encenação da possibilidade de separação introduz o objeto internamente como possibilidade de articulação simbólica da ausência. A brincadeira infantil como possibilidade de abertura para a simbolização, o desaparecimento e o retorno do objeto, revelariam o que Freud chamou de “o desejo de crescer” (p. 28) do ego. O desejo do ego de introjetar.

Na identificação narcísica revelada nas relações adictivas não há palavra nem pensamento acerca da ausência, espaço propício às relações de objeto, ao investimento objetal. Como passar da identificação para a escolha de objeto; como passar da incorporação para a introjeção, isto é, como gerar a capacidade do eu jogar com o outro criativamente?

Hassoun (2002) apresenta algumas proposições que auxiliam na compreensão do drama daqueles que são capturados pelos objetos-droga.

- Constituição de um objeto-droga no lugar do objeto interno, do qual o sujeito não pôde fazer o luto;
- Crueldade exercida contra o próprio corpo, por não ter podido encontrar aquilo que teria o efeito de erigir-se em lei;
- Eclipse da identificação primeira, enfim, que se acha substituída pela identidade que lhe devolve o social, e que ele exhibe e porta como um distintivo: “Eu sou um drogado” (p. 34).

Segundo ele, nos tratamentos dos dependentes de um objeto-droga, o trabalho do analista tenderá a dar forma a um objeto interno.

De um lado, a transferência, lugar de formação desse objeto, que desloca a expectativa infinita pela intermediação do ritmo das seções e sua regularidade e, de outro, o contrato, que delas é a garantia, introduzem o sujeito na ordem simbólica. Trata-se, portanto, de dar a entender e a interpretar a droga como o objeto que o analisando teve que constituir em vez e lugar daquilo que lhe teria permitido representar seu tormento melancólico (p. 39).

Para o autor haveria um saber que se constitui na transferência que permite ao sujeito um trabalho de luto a partir do qual se reconfigura o objeto interno. Dar contorno e forma a uma imagem ausente. Constituir, assim, o objeto interno.

O apaixonado se verá escravo daquilo que o aprisiona e o escraviza. Segundo Hassoun, é raro que o apaixonado, imerso em sua euforia, busque análise. É no momento em que precisa esperar pelo que não se pode possuir, daquilo que trai e não aparece mais, que a demanda de análise se apresenta como “um pedido de socorro contra o desamparo melancólico em que então parece submergir o sujeito” (p. 44).

Paixão e melancolia estão presentes na clínica das adicções. A melancolia, para Hassoun, é o “núcleo em torno do qual se organiza a paixão” (p. 44). A paixão seria uma tentativa de cura da melancolia?

Na paixão, o objeto apaixonado, o objeto-droga, é obrigado a ocupar a posição de ativo. “Aquele que precipita o apaixonado num drama em que ele brinca de se desfazer das suas insígnias, em que ele joga a sua derrota. O melancólico, por sua vez, designa o outro como causa da sua passividade, agente de seu desamparo” (p. 44)

Como tratar a queixa infinita do analisando melancólico?

“Para fazer advir, na melancolia, o objeto como perdido supõe que é como não perdido que ele se apresenta no melancólico, como uma causa de sofrimento e de luto impossível de cumprir, à qual o sujeito é submetido” (p. 50).

“É pelo intermédio do amor de transferência que o melancólico poderá constituir objeto” (p. 70). Esta afirmação é muito importante porque aponta para a importância, nestes casos, da identificação do analisando com o analista. Por ser uma relação especular o analisando pode vir a se identificar com o analista deprimido (recolhido) e pode vir a se deprimir também. O analista possibilitará, assim, erotizar a depressão no processo analítico.

A este respeito vale lembrar o texto de Fédida (1999b) intitulado “O vazio da metáfora e o tempo do intervalo”, no qual ele diz que durante o tratamento é muito comum os analisandos expressarem o sentimento de vazio. “A descoberta depressiva do vazio durante o tratamento é um ponto de apoio da cura” (p. 71). Ele se questiona se a análise seria o lugar propício para acolher o vazio. Diz que o analista cria o vazio e a ausência estando presente

diante do analisando. O vazio apresenta-se como silêncio necessário à fala. “O vazio pode ser silencioso, mas nem por isso ele é o silêncio: ele é a abertura da fala para ela mesma” (p. 76). Para ela se pensar.

Para Fédida a boca é a cavidade que inaugura o vazio. Tem-se fome de fala e ela expõe uma voracidade. O vazio se impõe no tratamento analítico pela fala ávida e pelo agir desenfreado. O vazio, portanto, instala-se com sua fala e o analista não deve, de maneira nenhuma, desprezá-lo ou preenchê-lo. Deve, sim, jogar com ele.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Melancolia, distúrbio da oralidade

Este trabalho apresentou dois momentos distintos que ilustram o desdobramento do tema *distúrbios da oralidade na melancolia*.

O primeiro momento encontra-se na introdução da tese, com a passagem de uma problemática da alimentação para uma problemática da oralidade. Nossa intenção foi deixar de lado uma preocupação com os comportamentos alimentares patológicos ou não - na anorexia e na bulimia - para compreender os modos de funcionamento psíquicos que estão na base dessas sintomatologias. O problema psicopatológico da anorexia e da bulimia não se restringiu a um problema do comportamento alimentar; abordá-las como distúrbios da oralidade, sob a ótica psicanalítica, resgatou a possibilidade de se pensar o que há de mais importante no humano: o seu desejo que se constitui nos modos de relação com o objeto. Na clínica, o psicanalista escuta preciosas expressões a respeito das representações de desejo oral, a serem trabalhadas na transferência: “da boca pra fora”; “comer com os olhos”; “falar mais que a boca”; “comi fulano”; “engolir a língua”; “boca fechada não entra mosca”; “estou me comendo por dentro”; “cair de boca”; “boca suja”; “encher a boca”, “abra a boca e feche os olhos”, entre outras.

O segundo momento, dando continuidade ao primeiro, defende a tese de que os distúrbios da oralidade são sintomas da melancolia, uma neurose narcísica. Expusemos nossa leitura comentada a respeito das contribuições de Charles Lasègue, Sigmund Freud, Karl Abraham e Ludwig

Binswanger, indispensáveis para a compreensão do tema dos distúrbios da oralidade na melancolia. Observamos também, a partir dos fragmentos de caso apresentados, juntamente com as reflexões clínico-teóricas, a possibilidade de criarmos um painel clínico intitulado distúrbios da oralidade na melancolia.

Aqui, faz-se necessário expor um terceiro momento que dá continuidade aos anteriores, com a seguinte hipótese: *a melancolia é um distúrbio da oralidade por excelência*. Esta hipótese possibilita-nos pensar numa melancolia parcial presente nas neuroses de transferência - manifesta pela via dos distúrbios da oralidade, suscetíveis de manifestarem-se em diversas entidades clínicas - e explicitar a utilidade desta compreensão para a clínica em geral. Foi necessário visitar o Demônio meridiano, a acídia religiosa, experiência fascinante, para entendermos melhor o problema da estagnação presente nos distúrbios da oralidade. Pensar a melancolia como um distúrbio da oralidade acena para a importância da acídia e da ilusão negativa no funcionamento do humano.

Lembremo-nos de Abraham (1924a) quando chama a atenção para a “formação de sintomas transitórios” (p. 137) na clínica, ao observar pacientes deixarem de produzir uma depressão melancólica, e uma psicose passar de um nível melancólico para um nível histérico ou obsessivo. E, também, do texto de Rosenberg (2003) ao ensinar que o trabalho de melancolia pode ajudar a melhor compreender a noção central de trabalho psíquico em geral, uma noção implicada, como todos nós sabemos, em toda a clínica (p. 119).

Teceremos, então, algumas considerações finais sobre a hipótese sugerida neste terceiro momento da pesquisa. Nosso objetivo, aqui, será

apresentar estas considerações como idéias a serem aprofundadas em pesquisas posteriores. São elas:

1) Algumas considerações sobre a alucinação negativa e a ilusão negativa.

2) A importância do trabalho “Uma nota sobre o ‘bloco mágico’”, de Freud (1925) para a compreensão da ação maníaca como anteparo - escudo protetor do psiquismo.

Alucinação negativa e ilusão negativa

Retomemos o relato do fragmento clínico do caso Lívia, quando diz: *Lembra do seu sofrimento quando voltava da casa do pai. Depois de passar um delicioso fim-de-semana, a mãe a olhava e a reconhecia inchada. Com a testa franzida dizia: “minha filha você está com a cara tão inchada!”. Lívia procurava no espelho seus traços de inchaço, máscara materna. Talvez de tanto chorar, a mãe de Lívia não se dava conta do sofrimento pela separação do marido. Máscara projetada na filha. Máscara que mascarava uma imensa dor irreparável até aquele momento. Lívia veste a máscara materna e diante do espelho se defronta com a melancolia da mãe, agora mascarada pelo “inchar” da filha. Diante do espelho começa a apavorar-se com a idéia de estar inchada aos olhos dos outros também. De hora em hora olha-se no espelho para apalpar-se e certificar-se de que não está mais inchada do que antes.*

Lívia ensina, principalmente, a respeito de alguém que se olha no espelho e não encontra sua imagem. Qual imagem Lívia vê no espelho? A mãe, como sendo o seu duplo?

Green (1994), no capítulo intitulado “O duplo e o ausente”, refere-se a:

(...) um *aparelho vazio* no qual vemos a expressão do narcisismo negativo. Isso significa a sombra invisível, onde toda representação da imagem do sujeito se apaga. (...) de um lado, o sujeito e sua imagem no espelho – ou seja, seu duplo -, e do outro um espelho sem nenhum reflexo, onde o sujeito que se contempla não enxerga qualquer representação se formando, o que chamamos de alucinação negativa. A imagem do duplo no espelho é apagada: ele está ausente (p. 51).

Estas considerações possibilitam pensar em Lívia fascinada pela imagem da mãe como seu duplo, e também na imensa dificuldade em fazer a operação de torná-la ausente para que sua imagem pudesse surgir em seu lugar. A mãe não se constitui como um objeto perdido, e a *ilusão negativa* de Lívia em direção à imagem materna acaba se expressando pelos sintomas bulímicos, como uma tentativa, ilusória, de fazê-la desaparecer. Seus sintomas bulímicos revelam-se como um não reconhecimento de si vindo daquele que está no espelho (a mãe), pois é ela quem desfaz a ilusão de existência daquele que está diante de si (a filha).

Como foi visto no Capítulo 3, nos três movimentos com Lívia, o tratamento procurou possibilitar a ela imaginar-se entre o duplo e o ausente, capacidade representativa que foi sendo criada a partir dos desenhos de fragmentos corporais e de seu auto-retrato.

Por que utilizar ilusão negativa ao invés de alucinação negativa, termo empregado por Green na passagem acima? Antes de responder a esta questão, apresentaremos alguns significados de alucinação, alucinação

negativa e de ilusão para podermos definir, assim, a ilusão negativa de forma mais clara e precisa.

Para Campbell (1986) “a alucinação ocorre quando os órgãos de sensopercepção funcionam na ausência de objetos concretos externos ou quando não há acontecimentos factuais” (p. 26).

Fédida (1997) escreve que a alucinação negativa seria “o poder de fazer desaparecer alguém a partir de sua própria presença. Como diz Freud (1905b, 1907[1906]), a capacidade física do psiquismo de ausentar o outro em sua presença, ou, ainda, de tornar sua “pessoa transparente como o ar” ” (p. 32).

Lalande (1999) define a alucinação negativa como um “fenômeno que consiste em não perceber um objeto presente, e preencher através de uma imagem indiferente a parte da representação total que esse objeto deveria normalmente ocupar” (p. 49).

Segundo Mijolla (2005), a alucinação negativa seria “o apagamento ativo de uma percepção que leva o sujeito a negligenciá-la, fazendo aparecer um hiato na realidade, ou uma impressão mais vaga de irrealidade” (p. 70).

André Green (cf. Mijolla, 2005) - de 1977 a 1994 – resgata o termo alucinação negativa e dá-lhe um lugar importante na teoria e na clínica psicanalíticas:

Para Green, a *alucinação negativa da mãe* é uma condição da capacidade representativa da criança. Ela é a tela branca e a tela de fundo sobre a qual se inscrevem as representações. No processo representativo, ela inscreve-se como moldura desse processo. No plano clínico, reencontra-a na célebre alucinação de “O homem dos lobos”, de Freud, a alucinação do dedo cortado (quando o dedo estava, na verdade, intacto),

estabelecendo assim o elo entre esse processo e os estados limites entre neurose e psicose (p. 70).

Em outro trabalho, Green (1988b) observa em algumas configurações clínicas - como a melancolia, o autismo e a anorexia mental - o mecanismo dominante ser um luto insuperável acompanhado das reações defensivas desencadeadas por ele. Tal observação complementa o que foi dito anteriormente sobre a alucinação negativa no plano clínico.

Green propõe como meta essencial das pulsões de vida garantir a função objetualizante, capaz de efetuar, a partir do trabalho de luto, reações com os objetos. A meta das pulsões de morte, por outro lado, seria a de realizar uma função desobjetualizante pela via do desligamento e do desinvestimento. A manifestação da destrutividade própria à pulsão de morte é o desinvestimento.

Green (1988b) define o termo narcisismo negativo apresentando-o como expressão de uma função desobjetualizante que não se contenta em recair sobre os objetos e seus substitutos, mas sobre o processo objetualizante como tal.

Para ele:

Quanto mais próximos estivermos do recalque propriamente dito, mais a polaridade ligação/desligamento vem acompanhada de um religamento no inconsciente, graças a outros mecanismos (deslocamento, condensação). Quanto mais nos afastarmos do recalque, mais constatamos na ação dos outros tipos de defesas primárias (clivagem, forclusão) que o desligamento tende a levar a melhor, limitando ou impedindo a religação (p. 62).

A alucinação negativa, para Green, tem fundamentalmente um valor de desligamento. Na mesma linha, Duparc (2001a,b,c) diz ser um mecanismo mais primitivo do que a denegação freudiana (Freud,1925b), defesa psíquica cuja função é atenuar a percepção do conteúdo recalcado de uma idéia ou pensamento. O objetivo fundamental da alucinação negativa – mecanismo ativo que o autor prefere chamar de alucinação branca - não seria atenuar a percepção, mas sim torná-la nula, atacando a relação com a realidade, à custa de grandes quantidades de energia de contra-investimento.

Onde se situa a ilusão? A ilusão localiza-se entre a realidade e a alucinação? Entre a realidade interna e a realidade externa?

Lalande (1999) define a ilusão como sendo oposta à alucinação: “falsa apresentação proveniente não dos dados da sensação, mas da maneira pela qual se faz a interpretação perceptiva desta” (p. 516). Nesta mesma direção encontramos Abbagnano (1999) ao dizer que “a ilusão pertence ao juízo feito sobre o dado sensível” (p. 537).

Para Mijolla (2005), o humano é suscetível de se iludir, de alimentar ilusões ao tomar seus desejos por realidade.

É esta última formulação a que corresponde à abordagem freudiana da ilusão, definida como uma crença motivada de modo preponderante pela realização de um desejo. Nisso, a ilusão encontra a sua primeira proximidade com o sonho, que foi onde os filósofos da Antiguidade a situaram (p. 926).

Em “Um distúrbio de memória na Acrópole”²⁰, Freud (1936) trabalha com o sentimento de incredulidade, dúvida que experimentamos acerca da realidade como sendo um sentimento de “desrealização”. Ele

²⁰ Carta aberta de Freud a Romain Rolland por ocasião de seu setuagésimo aniversário.

encontrava-se na Acrópole, mas não conseguia acreditar nisso, diz: “O que estou vendo aqui não é real” (p. 242). As desrealizações podem ser observadas sob duas formas: 1) A pessoa sente que uma parte da realidade ou do seu próprio ego, lhe é estranha. Este último caso podemos denominar de “despersonalização”. 2) ‘*Fausse reconnaissance*’, ‘*déjà vu*’, ‘*déjà raconté*’ seriam ilusões em que procuramos aceitar algo como pertencente ao nosso ego, do mesmo modo como, nas desrealizações, nos empenhamos em manter algo fora de nós (p. 242).

Para Freud, a primeira característica dos fenômenos de desrealização consiste em que todos eles servem ao objetivo de defesa, ao tentar manter, fora do ego, algo que lhe é insuportável, podendo surgir do mundo externo real e do mundo interno dos pensamentos e impulsos que irrompem no ego. A segunda característica consiste na sua dependência do passado, do conjunto de recordações e de experiências da infância, que talvez tenham sucumbido ao recalque. Às vezes, parece que estamos além dos limites do possível, iludidos com a realização de um desejo – principalmente, o desejo infantil proibido de realizar mais do que o pai realizou e ultrapassá-lo. Imaginamos, assim, viabilizar uma aproximação entre os fenômenos de desrealização abordados por Freud e a ilusão negativa, no intuito de caracterizá-la melhor, ambos como uma defesa contra algo que precisa ser negado e expulso do ego, porque a ele tornou-se insuportável. Interpretamos a realidade de forma errônea, ilusória, para tornar o mundo mais adequado à realização de nossos desejos.

Entendemos a ilusão, como fenômeno característico das neuroses, tanto narcísicas quanto de transferência. No capítulo 2, ao referirmo-nos ao

fascinante e fundamental problema da acídia – estagnação – na melancolia, abordou-se o problema da ilusão negativa como estando relacionada à idéia daquilo que só pode ser possuído se estiver perdido para sempre. A regressão à fase oral canibalesca constitui a base da melancolia e, portanto, da ilusão negativa. Lembramo-nos de Freud e Abraham a respeito da fase oral canibalesca da evolução da libido na qual o eu melancólico apropria-se do negativo pelo movimento de incorporar o objeto devorando-o; de um lado o destrói e, de outro, dá vida ao objeto. “Se, por um lado, o mundo externo é narcisisticamente negado pelo melancólico como objeto de amor, por outro, o fantasma obtém dessa negação um princípio de realidade, e sai da muda cripta interior para ingressar em uma dimensão nova e fundamental” (Agamben, 2007c, p. 53).

Optamos pelo termo ilusão negativa ao invés de alucinação negativa, principalmente porque o ego alimenta-se de ilusões e ilusões negativas em relação aos ideais. A ilusão, diferente da alucinação negativa, tem um valor de ligação e permite “jogar” com a realidade; e o que dizer da ilusão negativa? A ilusão negativa também tem um valor de ligação porque implica a negação da realidade, dando ao ego um magnífico poder: o de que nada tem a perder, porque nada tem, já perdeu tudo. Revela-se aí o desejo presente na ilusão negativa; o desejo de não se iludir novamente.

Lembre-mo-nos de Freud (1917), em “Luto e melancolia” ao afirmar: “com relação a algumas outras auto-acusações, notamos que, embora o doente também pareça ter razão, ele apreende a realidade de modo mais intenso e agudo do que os não melancólicos” (p. 106). Esta passagem é valiosa para a clínica da melancolia porque, de fato, o paciente sofre do que

poderíamos chamar de um excesso de realidade quando se refere à perda em seu ego (perde, de maneira violenta, a ilusão de gratificação narcisista). Esse excesso de realidade refere-se à “ferida aberta absorvendo de todos os lados a energia de investimento para si e esvazia o ego até seu total empobrecimento” (p. 111). A maior dor do melancólico é não conseguir livrar-se da realidade da perda e de todo o tipo de confrontação que evidencia suas limitações. Só lhe resta recorrer à ilusão negativa como forma de sobrevivência psíquica, propiciando que o objeto reapareça em si. A ilusão negativa não se configura a partir de um olhar voltado para o futuro, e sim, a partir de um olhar voltado para o ideal ou para o passado, onde a ilusão fracassou.

Podemos dizer que a realidade da qual não consegue livrar-se é, para Lívia, a realidade do olhar vazio materno. Assim, seus sintomas bulímicos, o comer e vomitar sem descanso - como uma ação desenfreada, maníaca - a protege, pela ilusão negativa, da angustiada tristeza diante do espelho materno.

A ilusão negativa de Eugênia apresenta-se pela função balão intragástrico. Ela nega a tristeza pela morte do pai e ilude-se com a sua presença em seu corpo.²¹ A identificação com o pai converte-se em sinônimo de incorporação – desaparecem, assim, os limites entre seu ego e o do pai.

Joana, estagnada, nega sua pobre vida no Brasil enriquecendo-se, ilusoriamente, através da máquina de “(des)fazer dinheiro”.²²

De alguma maneira é possível perceber que a ilusão negativa, ao negar a realidade, atua para possibilitar o surgimento da ilusão do ideal. Nesse interjogo ilusão-ilusão negativa é possível pensar, também, na clínica

²¹ Ver capítulo 4.

²² Ver capítulo 5.

psicanalítica, na ilusão como criação de um sentido ausente tanto para o paciente quanto para o analista; não seria este o fundamento mesmo da interpretação psicanalítica; compreendê-la como uma ilusão? Green (1994) nos fala que a interpretação não é interpretação de um sentido oculto, mas a criação de um sentido ausente. Seria possível pensar numa ilusão negativa dos ruídos externos e internos para possibilitar o surgimento do silêncio e depois da fala?

É possível pensar, também, em uma ilusão negativa do complexo de Édipo quando falamos em sua dissolução. O desaparecimento aparente desse objeto pode ser compreendido pela sua sombra que se abate sobre o ego. A ilusão negativa, portanto, acena para o fato de que há sempre algo que não desaparece por completo e possibilita ao ego iludir-se com seus ideais.

Gostaríamos, agora, de retomar a seguinte interrogação: O que caracteriza o excesso de realidade na melancolia que precisa ser negado, muitas vezes, por uma ação desenfreada - maníaca?

Responderemos esta interrogação valendo-nos do trabalho “Uma nota sobre o bloco mágico”, de Freud (1925a).

A importância do artigo “Uma nota sobre o ‘bloco mágico’”, de Freud (1925)

Segundo Freud, carregamos dentro de nós um invisível “aparelho de lembrar” (p. 137). Já em 1900, em *A interpretação dos sonhos*, reconhece o aparelho psíquico como apto a receber novas percepções, ao mesmo tempo, registrá-las como “traços permanentes de memória” (p. 138),

embora estes possam se modificar com o tempo. Descreve um dispositivo denominado “bloco mágico” semelhante ao aparato perceptivo psíquico:

Em verdade, não é mais que uma placa da qual se podem eliminar as anotações com um simples gesto. É capaz não só de manter uma superfície sempre apta a receber novas anotações, como também de armazenar permanentemente os traços das anotações anteriores. Analisando-se de perto a sua construção constata-se uma notável coincidência com a estrutura que descrevi para o aparato perceptivo humano.

A placa marrom-escura pode ser de resina ou cera e tem uma moldura de papel. Recobrimo a placa há uma folha fina e transparente, presa na trave superior da moldura e solta na parte inferior. O elemento mais interessante do pequeno aparelho é justamente essa folha. Trata-se de uma dupla folha constituída de duas camadas, que estão unidas na extremidade superior e inferior e soltas nas margens laterais. A primeira camada é de celulóide transparente e, a segunda, de papel de cera fino e translúcido. Quando o bloco mágico não está em uso, o papel de cera adere levemente à superfície da placa de cera” (p. 139).

Para usar o bloco mágico, escreve-se sobre a primeira camada de celulóide usando um estilete com o qual se risca a superfície produzindo ranhuras que funcionam como escrita. O riscar não ocorre diretamente sobre a placa, é intermediado pela dupla folha que o recobre. A dupla folha retransmite a pressão do estilete para a placa de cera e as letras vão se tornando visíveis sobre a superfície do celulóide. Para desfazer a anotação, levanta-se a borda inferior da dupla folha, descolando-a da placa de cera; assim, os pontos de contato entre o papel de cera e a placa de cera se desfazem, impedindo de tornar a escrita visível. Ao abaixar novamente a dupla folha e mantê-la em

repouso sobre a placa, a escrita não mais aparece. O bloco mágico torna-se puro para receber novas anotações (tela branca).

Freud se pergunta a respeito da necessidade da folha de celulóide sobre a folha de cera. Responde dizendo que o delicado papel de cera não suportaria a pressão do estilete diretamente nele e se rasgaria. “A folha de celulóide funciona como um invólucro protetor que preserva o papel de cera dos estímulos externos e a camada que de fato estaria recepcionando os estímulos seria o papel de cera” (p. 139).

Mesmo quando se desfaz uma anotação é possível, utilizando uma iluminação adequada, perceber na placa de cera um registrado permanentemente da escrita anterior. Diz Freud:

Portanto, o bloco não apenas oferece uma superfície de captação sempre renovável – tal como uma lousa de ardósia –, mas também guarda permanentemente as marcas das anotações anteriores, tal como ocorre com o bloco de papel comum. Assim, para que essas duas capacidades atuem simultaneamente, também o bloco mágico as distribui por duas partes – sistemas – que embora separadas, estão interligadas. Ora, conforme supus acima, este é o modo como nosso aparato psíquico executa a função perceptiva: a camada que recebe o estímulo – o sistema *P.-Cs.* não forma marcas permanentes; os fundamentos de nossas memórias se produzem em sistemas adjacentes (p. 140).

Nossa memória é capaz de restaurar a escrita que já foi eliminada do papel de cera. É possível comparar a dupla folha à camada de proteção e ao sistema *P.-Cs.* A placa de cera pode ser comparada ao inconsciente, oculto atrás do sistema *P.-Cs.*

No bloco mágico, toda vez que se desfaz o ponto de união entre o papel que recebe a pressão do estilete e a placa de cera na qual se encontram as ranhuras, a escrita desaparece. Freud faz a seguinte analogia com o aparato perceptivo:

Minha suposição era de que inervações condutoras de cargas de investimento fossem periodicamente enviadas em ondas de curta duração ao sistema *P.-Cs.* – este, altamente permeável à entrada dessas cargas – para, em seguida, serem novamente recolhidas. Durante o tempo em que o sistema estivesse sendo ocupado por essas cargas de investimento, ele se manteria ativado e apto a captar as percepções que lhe chegam de fora e se manifestam como consciência. Em seguida, o sistema *P.-Cs.* Retransmitiria esses novos estímulos que captou para os sistemas inconscientes de rememoração (p. 140-141).

No aparato psíquico há um estado de “inexcitabilidade” (a tela branca) que periodicamente se instala no aparato perceptivo e é análogo ao momento em que se desfazem os pontos de contato entre folha e placa de cera. São descontinuidades do sistema *P.-Cs* que garantem a proteção contra a excitação por uma alternância entre investimento e desinvestimento periódicos. Freud apresenta uma linda imagem para exemplificar isto: “enquanto uma das nossas mãos escreve sobre a superfície da dupla folha, a outra, de tempos em tempos, desfaz a escrita, descolando a folha da placa de cera situada logo abaixo” (p. 141).

Podemos comparar a camada protetora do aparato psíquico descrita por Freud - a folha de celulóide do bloco mágico - à idéia de receptáculo tratada por Platão em *Timeu* e por Fédida (1991), em sua “Teoria dos lugares”, ao resgatar o pensamento platônico.

Platão (427-347 a.C. [?]), ao apresentar o relato cosmológico de Timeu sobre a origem do universo e do homem, procura esclarecer a natureza do receptáculo como sendo a “matriz de tudo o que devém”. Modelam-se nele, matriz invisível, figuras das mais variadas formas ao receber “todas as coisas sem nunca assumir, de maneira alguma, o caráter do que entra nele” (p. 90, 50b). É possível pensar que a memória se constitui e se manifesta através do receptáculo ao lermos: “Quanto às coisas que entram e saem, devem ser consideradas cópias de substância eterna, cunhadas sobre esse modelo, por maneira admirável e difícil de explicar” (p. 90, 50c).

Fédida (1991) emprega o termo *Chôra* para designar “o substrato espacial de recepção das marcas” (p. 125); receptáculo que dá lugar a todas as determinações embora não as detenha em si. O que ela recebe transforma-se em imagens e em figuras que constituem a memória do humano. Deve ser compreendida como um lugar primordial, o “sítio do estrangeiro”, o lugar transferencial da metáfora na situação analítica. Para o autor, a alucinação negativa do analista procura afastar a representação da pessoa do analista, esvaziando-a de qualquer conteúdo psíquico e físico, fazendo surgir a ausência a partir de sua presença. Essa negação característica da transferência realiza-se sobre a pessoa do analista procurando transformá-lo numa superfície de projeção, um porta-marcas. O analista, portanto, não deve ser visto como destinatário da transferência (transferência para a pessoa do analista) e, sim, como porta-marcas, “receptáculo” de imagens a serem trabalhadas em transferência.

Estas idéias são de grande importância para compreendermos o que caracteriza o excesso de realidade na melancolia que precisa ser aplacado,

muitas vezes, por uma ação desenfreada – maníaca. Permite-nos dizer que, na melancolia, haveria uma falha na formação do escudo protetor contra os estímulos externos e internos. A intensa sensibilidade do melancólico, reconhecemos aí uma sensibilidade à flor da pele, transforma-se em seu reverso, uma insensibilidade, como forma de proteção. Insensibilidade que aparece nos sintomas anoréxicos – ascetismo e hiperatividade - como uma recusa a sentir os estímulos dolorosos da psique e do soma e, na obesidade, aparece ligada à capa de gordura que reveste e insensibiliza a carne.

Na mania, a ação funciona como escudo protetor contra os estímulos insuportáveis ao ego, já que ele encontra-se confundido com a percepção, como se fosse uma ferida aberta.

Para concluir, é preciso retomar o conceito de acídia e o fato de que ela provoca, de um lado, inação (vazio) e, de outro, ação desenfreada (excesso). Fazendo uma analogia com as fases lunares, supomos que na melancolia, distúrbio da oralidade, haveria somente a alternância entre Lua Cheia (totalmente iluminada pela luz solar) e Lua Nova (não a vemos porque não há luz solar refletida). Não há lugar para as fases intermediárias: Lua crescente e Lua minguante; estas representando passagem gradual de uma fase a outra. Os dois extremos estariam a serviço da estagnação que pode ser comparada ao que Freud (1925) chama de “inexcitabilidade” do aparato perceptivo (a tela branca). Como se, pela via da ilusão negativa, fosse possível estagnar o afluxo de estímulos internos e externos criando-se, assim, um escudo protetor impermeável no psiquismo. Impermeabilidade que coloca um limite para a ferida aberta do melancólico e leva a uma perda do ilimitado -

ilustrado de forma magistral por Fédida (1991) ao desenvolver a noção de porta-marcas.

Mesmo sabendo que as hipóteses aqui sugeridas apresentam importante contribuição ao tema da melancolia, reconhecemos que diversos pontos expostos exigem uma investigação mais aprofundada; o que será feito em trabalho posterior.

REFERÊNCIAS:

ABBAGNANO, Nicola. *Dicionário de filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

ABRAHAM, K. (1911). Notas sobre a investigação e o tratamento psicanalíticos da psicose maníaco - depressiva e estados afins. In: *Teoria Psicanalítica da libido*. Rio de Janeiro: Imago, 1970. p. 32-50.

_____(1915). Carta de K. Abraham a S. Freud (31-3-1915). *Imago-Revista de Psicoanálisis, psiquiatria y psicología*, Buenos Aires, n. 13, p. 7-9, 1990.

_____(1916). O primeiro estágio pré-genital da libido. In: *Teoria Psicanalítica da libido*. Rio de Janeiro: Imago, 1970. p. 51-80

_____(1924a). Breve estudo do desenvolvimento da libido visto à luz das perturbações mentais. In: *Teoria Psicanalítica da libido*. Rio de Janeiro: Imago, 1970. p. 81-160.

_____(1924b). Melancolia e neurose obsessiva: dois estágios da fase sádico-anal da libido. In: *Teoria Psicanalítica da libido*. Rio de Janeiro: Imago, 1970, p. 85-95

ABRAHAM, Nicolas & TOROK, Maria. *A casca e o núcleo*. São Paulo: Escuta, 1995.

AGAMBEN, Giorgio. O demônio meridiano. In: *Estâncias. A palavra e o fantasma na cultura ocidental*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007a. p. 21-32.

_____. O objeto perdido. In: *Estâncias. A palavra e o fantasma na cultura ocidental*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007b. p. 43-47.

_____. Os fantasmas de eros. In: *Estâncias. A palavra e o fantasma na cultura ocidental*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007c. p. 48-56.

AMBERTÍN, Marta Gerez. *Imperativos do supereu*. São Paulo: Escuta, 2006.

ANDRÉ, Jacques. Feminilidade adolescente. In: CARDOSO, M. R. (org.) *Adolescência: Reflexões psicanalíticas*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2001. p. 29-39.

_____. Transferência borderline. In: CARDOSO, M. R. (org.) *Limites*. São Paulo: Escuta, 2004. p. 71-80.

AULAGNIER, Piera. *Os destinos do prazer*. Rio de Janeiro: Imago, 1985.

_____. Nascimento de um cuerpo, origen de uma história. In: HORSTEIN, L. *Cuerpo, historia, interpretação*, Buenos Aires, Barcelona, México: Paidós, 1991. p. 117-170.

_____. Nascimento de um corpo, origem de uma história. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. II, n. 3, p. 9-45, set/1999.

BERLINCK, Manoel Tosta. O que é Psicopatologia Fundamental? *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. I, n. 1, p. 46-59, mar/1998.

_____. *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta, 2000.

_____. Paisagem e existência. *Revista Psicologia Clínica*, PUC-RJ, v. 17, n 1, p. 177-190, 2005.

_____. O método clínico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. X, n 3, p. vii-x, set/2007.

BERLINCK, M. T. & FÉDIDA, P. A clínica da depressão: questões atuais. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. III, n. 2, p. 9-25, jun/2000.

BIDAUD, Eric. *Anorexia mental, ascese, mística: Uma abordagem psicanalítica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.

BINSWANGER, Ludwig. *Melancolie et manie*. Paris: Presses Universitaires de France, 1960.

_____. El caso de Ellen West. Estudio antropológico-clínico. In: MAY, R., ANGEL, E. & ELLENBERGER, H.F. (eds.). *Existencia*. Madrid: Editorial Gredos, 1977. p. 288-434.

BLEGER, José. Psicanálise do enquadramento psicanalítico. In: BLEGER, J. *Simbiose e ambigüidade*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988. p. 311-328.

BLEICHMAR, Hugo. *O narcisismo*. Estudo sobre a enunciação e a gramática inconsciente. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

BRUCH, Hilde. Death in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, v. 33, n. 2, p.135-144, 1971.

_____. *Eating disorders*. Obesity, anorexia and the person within. New York: Basic Books, Harper Torchbooks, 1973.

BRUSSET, B. Anorexie mentale et boulimie du point de vue de leur genèse. *Neuropsychiatrie de L'enfance*, v. 41, n. 5-6, p. 245-249, 1993.

_____. De la bulimia a los vómitos adictivos. *Actualidad Psicológica*, ano XXVI, n. 288, p. 2- 6, 2001.

_____. Psicopatologia e metapsicologia da adição bulímica. In: BRUSSET, B., COUVREUR, C. & FINE, A. *A bulimia*. São Paulo: Escuta, 2003. p.137-172.

BURTON, Robert (1621a). *Anatomía de la melancolía II*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatria, 1998.

_____(1621b). *Anatomía de la melancolía I*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatria, 2003.

CAMPBELL, Robert J. *Dicionário de psiquiatria*. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

CANTONI, Remo. *A vida cotidiana*. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1968.

CARDOSO, Marta Resende. *Superego*. São Paulo: Escuta, 2002.

_____. *Superego e violência psíquica*. In: CINTRA, E. M. de U. *O corpo, o eu e o outro em psicanálise: ciclo de palestras da Clínica Dimensão*. Goiânia: Dimensão, 2006. p. 57-67.

CHANDLER, Eduardo. Escisión y contexto en la anorexia nerviosa. *Actualidad Psicológica*, ano XXVI, n. 288, p. 12-15, 2001.

COTARD, J. (1880). Do delírio hipocondríaco em uma forma grave da melancolia ansiosa. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. I, n. 4, p. 151-155, dez/1998.

_____(1982). Do delírio das negações. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. I, n. 4, p. 156-177, dez/1998.

DEUTSCH, H. Melancolia y estados depresivos. In: GARMA, A. & RASCOVSKY, L. *Psicoanálisis de la melancolia*. Buenos Aires: El Ateneo, 1948a. p. 271-283.

_____. Sobre la psicología de los estados maníacodepresivos, especialmente de la hipomanía crónica. In: GARMA, A. & RASCOVSKY, L. *Psicoanálisis de la melancolía*. Buenos Aires: El Ateneo, 1948b. p. 467-480.

_____. Anorexia Nervosa. In: URRIBARRI, R. (org.). *Anorexia e bulimia*. São Paulo: Escuta, 1999. p. 9-27.

DOLTO, Françoise. *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva, 1984.

DUPARC, François. La manie blanche ou la dépense dès pensées. *Revue française de psychosomatique*, v. 2, n. 20, p. 151-169, 2001a.

_____. Inquiétante voracité. *Revue française de psychosomatique*, v. 5, n. 65, p. 1463-1485, 2001b.

_____. Formes motrices et figures hallucinatoires. *Revue française de psychosomatique*, v. 4, n. 65, p. 1291-1302, 2001c.

ENRIQUEZ, Michelline. *Nas encruzilhadas do ódio*. Paranóia, masoquismo, apatia. São Paulo: Escuta, 1999.

FÉDIDA, Pierre. *Nome, figura e memória*. São Paulo: Escuta, 1991.

_____. O interlocutor. In: *O Sítio do estrangeiro*. São Paulo: Escuta, 1996a, p. 99-174.

_____. O sopro indistinto da imagem. In: *O Sítio do estrangeiro*. São Paulo: Escuta, 1996b, p. 175-212.

_____. A adicção da ausência. A atenção de ninguém. *Boletim de Novidades da Livraria Pulsional*, São Paulo, ano X, n. 101, p. 29-39, set/1997.

_____. De uma psicopatologia geral a uma psicopatologia fundamental. Nota sobre a noção de paradigma. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. I, n. 3, p. 107-121, set/1998.

_____. O canibal melancólico. In: *Depressão*. São Paulo: Escuta, 1999a. p. 61-70.

_____. O vazio da metáfora e o tempo do intervalo. In: *Depressão*. São Paulo: Escuta, 1999b. p. 71-122.

FÉDIDA, P. & LACOSTE, P. Psicopatologia/Metapsicologia. A função dos pontos de vista. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v.I, n. 2, p. 23-59, jun/1998.

FERNANDES, Maria Helena. A hiponcodria do sonho e o silêncio dos órgãos: o corpo na clínica psicanalítica. In: AISENSTEIN, M., FINE, A. & PRAGIER, G. (orgs.). *Hipocondria*. São Paulo: Escuta, 2002. p. 173-192.

_____. *Corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

_____. *Transtornos alimentares: anorexia e bulimia*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006a.

_____. Entre a alteridade e a ausência: o corpo em Freud e sua função na escuta do analista. In: CINTRA, E. M. de U. *O corpo, o eu e o outro em psicanálise: ciclo de palestras da Clínica Dimensão*. Goiânia: Dimensão, 2006b. p. 29-54.

FERRAND, Jacques (1623). *Melancolia erótica*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatria, 1996.

FIGUEIREDO, Luis Cláudio. *Elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2003.

FINE, A. Sobre a bulimia. Entrevista com Joyce McDougall. In: BRUSSET, B., COUVREUR, C & FINE, A. A bulimia. São Paulo: Escuta, 2003. p. 185-196.

FORTHOMME, Bernard. *De l'Acédie Monastique a l'anxio-depression*. Histoire philosophique de la transformation d'um vice em pathologie. Paris: Synthélabo (Les Empêcheurs de penser em rond): 2000.

FOUCAULT, M. *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

FREUD, S. (1950[1892-1899]). Extratos de documentos dirigidos a Fliess. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. I, p. 243-380.

_____(1893-1895). Estudos sobre a histeria. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, v. II. p. 13-318.

_____(1893a). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, v. II, p. 39-53.

_____(1893b). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: uma conferência. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, VIII. , p. 37-47.

_____(1896). A etiologia da histeria. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, v.III, p. 189-215.

_____(1905[1904]). Sobre a psicoterapia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, v. VII, p. 241-254.

_____(1905a). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, v. VII, p. 117-231.

_____(1905b). O tratamento psíquico (ou Anímico), In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, vol. VII, p. 267-288.

_____(1906[1905]). Minhas teses sobre o papel da sexualidade na etiologia das neuroses. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, v. VII, p. 255-265.

_____(1907[1906]). Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, v. IX, p. 19-94.

_____(1910[1909]). Cinco lições de psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, v. XI, p. 15-65.

_____(1914a). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, v. XIV, p. 89-119.

_____(1914b). Recordar, repetir e elaborar. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969, v. XII, p. 193-203.

_____(1917). Luto e melancolia. In: *Escritos sobre a psicologia do inconsciente, volume II: 1915-1920/ Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 103-122.

_____(1918[1914]). História de uma neurose infantil. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XVII, p. 15-129.

_____(1920). Além do princípio do prazer. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, Imago, 1969. v. XVIII, p. 11-75.

_____(1923). O Ego e o Id. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, Imago, 1969. v. XIX, p. 13-80.

_____(1924a). A Dissolução do Complexo de Édipo. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, Imago, 1969. v. XIX, p. 189-199.

_____(1924b). A perda da realidade na neurose e na psicose. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, Imago, 1969. v. XIX, p. 201-209

_____(1924[1923]). Neurose e psicose. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, Imago, 1969. vol. XIX, p. 163-171..

_____(1925a) Uma nota sobre o 'bloco mágico'. In: *Escritos sobre a psicologia do inconsciente, volume III: 1923-1940*. Rio de Janeiro: Imago, 2007. p. 135-141.

_____(1925b). A negativa. In: *Escritos sobre a psicologia do inconsciente, volume III: 1923-1940*. Rio de Janeiro: Imago, 2007. p. 145-157.

_____(1927). O humor. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XXI, p. 161-169.

_____(1930[1929]). O mal-estar na civilização. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XXI, p. 66-148..

_____(1936). Um distúrbio de memória na Acrópole. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XXII, p. 233-245.

_____(1940[1938]). A divisão do ego no processo de defesa. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XXIII, p. 289-296.

FREUD & PFISTER. *Cartas (1909-1939)*. Um diálogo entre a psicanálise e a fé cristã. Viçosa: Ultimato, 1998.

FUKS, Mario Pablo. O sintoma na bulimia: psicopatologia e clínica. In: FUKS, L. B. & FERRAZ, F. (orgs.). *O sintoma e suas faces*. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2006. p. 43-56.

GARMA, Angel. El suicídio. In: GARMA, A. & RASCOVSKY, L. *Psicoanálisis de la melancolía*. Buenos Aires: El Ateneo, 1948a. p. 333-367.

_____. Resumen de las investigaciones psicoanalíticas en la melancolía y estados afines. In: GARMA, A. & RASCOVSKY, L. *Psicoanálisis de la melancolía*. Buenos Aires: El Ateneo, 1948b. p. 435-438.

GERÖ, Georg. La construcción de la depresión. In: GARMA, A. & RASCOVSKY, L. *Psicoanálisis de la melancolía*. Buenos Aires: El Ateneo, 1948. p. 285-331.

GREEN, André. *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta, 1988a.

_____. Pulsão de morte, negativo, função desobjetalizante. In: *Pulsão de morte*. São Paulo: Escuta, 1988b.

_____. *Le travail du négatif*. Paris: Les Édition de Minuit, 1993.

_____. *O desligamento*. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

GORALI, Vera (org.). *Estúdios de anorexia y bulimia*. Buenos Aires: Atuel, 2000.

GURFINKEL, Décio. Ódio e inação: o negativo da neurose obsessiva. In: BERLINCK, M. T. (org.). *Obsessiva neurose*. São Paulo: Escuta, 2005. p. 237-294.

HASSOUN, Jacques. *A crueldade melancólica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

HECKIER, Marcelo & MILLER, Celina. *Anorexia-bulimia: deseo de nada*. Buenos Aires: Paidós, 1995.

HERNÁNDEZ, Isabel Cabetas. Anorexia nerviosa: la melancolia como sustrato psicopatológico de la enfermedad. *Psicoanálisis y el Hospital*, ano 12, n. 24, p.137-141, nov/2003.

HERSCOVICI, C. R. & BAY, L. *Anorexia nervosa e bulimia. Ameaças à autonomia*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

HILFERDING, Margarete; PINHEIRO, Teresa & VIANNA, Helena Besserman. *As bases do amor materno*. São Paulo: Escuta, 1991.

JACOBSON, Edith. El conflicto edípico en el desarrollo de los mecanismos depresivos. In: GARMA, A. & RASCOVSKY, L. *Psicoanálisis de la melancolia*. Buenos Aires: El Ateneo, 1948a. p. 369-387.

_____. Efecto del desengano en la formación del yo y del superyó en el desarrollo normal y depresivo. In: GARMA, A. & RASCOVSKY, L. *Psicoanálisis de la melancolía*. Buenos Aires: El Ateneo, 1948b. p. 389- 410.

JEAMMET, Ph. L'approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires. *Neuropsychiatrie de L'Enfance*, v. 41, n. 5-6, p. 235-244, 1993.

_____. Abordagem psicanalítica dos transtornos das condutas alimentares. In: URRIBARRI, R. *Anorexia e bulimia*. São Paulo: Escuta, 1999. p. 29-50.

KAFKA, Frans. *Um artista da fome & A construção*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

KAUFMANN, Pierre. *Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

LACAN, Jacques (1949). O estágio do espelho como formador da função do eu. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LAMBOTTE, Marie-Claude. *O discurso melancólico*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1997.

_____. *Estética da melancolía*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2000.

LALANDE, André. *Vocabulário técnico e crítico da filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J. B. *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

LASÈGUE, Charles (1973). Da anorexia histérica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. I, n. 3, p.158-171, set/1998.

LEWIN, Bertram D. Análisis y estructura de una hipomanía transitória. In: GARMA, A. & RASCOVSKY, L. *Psicoanálisis de la melancolía*. Buenos Aires: El Ateneo, 1948. p. 451-466.

LIPPE, Daniel. Transtornos das condutas alimentares e ideal. In: URRIBARRI, R. *Anorexia e bulimia*. São Paulo: Escuta, 1999. p. 85-90.

LOLI, Maria Salete Arenales. *Obesidade como sintoma: uma leitura psicanalítica*. São Paulo: Vetor Editora Psico-Pedagógica.

LORAND, Sandor. La depresión neurótica. In: GARMA, A. & RASCOVSKY, L. *Psicoanálisis de la melancolía*. Buenos Aires: El Ateneo, 1948. p. 411-433.

Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM IV. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

MAYER, Hugo. Passagem ao ato, clínica e contemporaneidade. In: CARDOSO, M. R. (org.). *Adolescência: reflexões psicanalíticas*. Rio de Janeiro: Nau, 2001, p. 80-101.

McDOUGALL, Joyce. *Teatros do eu*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989.

_____. *Teatros do corpo*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. Sobre a bulimia. Entrevista com Joyce McDougall. In: BRUSSET, B., COUVREUR, C & FINE, A. *A bulimia*. São Paulo: Escuta, 2003. p. 185-196.

MIGUELEZ, Oscar. *Narcisismos*. São Paulo: Escuta, 2007.

MIJOLLA, Alain de. *Dicionário Internacional da psicanálise: conceitos, noções, biografias, obras, eventos, instituições*. Direção geral de Alain de Mijolla, comitê editorial Sophie de Mijolla-Mellor, Roger Perron e Bernard Golse. Rio de Janeiro: Imago, 2005.

MOREIRA, Ana Cleide Guedes. *Clínica da melancolia*. São Paulo: Escuta, 2002.

NINA-RODRIGUES, Raimundo (1903). A paranóia nos negros: estudo clínico e médico-legal. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. VII, n. 2, p. 161-178, jun/2004.

NORSA, D. & SEGANTI, A. A anorexia e sua organização relacional. In: URRIBARRI, R. *Anorexia e bulimia*. São Paulo: Escuta, 1999, p. 61-84.

PAZ, Octavio. *El Laberinto de la soledad*, Postdata y vuelta a el labirinto de la soledad. México: Fondo de Cultura Económica, 1999.

PEREIRA, Mario Eduardo Costa. Apresentação a “Da anorexia histérica”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. I, n. 3, p. 155- 157, set/1998a.

_____. A dor de não poder morrer. Sobre o “delírio das negações” de Jules Cotard. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. I, n° 4, p. 147-150, dez/1998b.

PERES, Urânia Tourinho (org.). *Melancolia*. São Paulo: Escuta, 1996.

PLATÃO (427-347 a.C. [?]). *Timeu – Crítias – O segundo Alcebiades – Hípias Menor*. Tradução de Carlos Alberto Nunes. Belém: EDUFPA, 2001.

PONTALIS, J-B. *Perder de vista*. Da fantasia de recuperação do objeto perdido. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

_____. *Entre o sonho e a dor*, São Paulo: Idéias e Letras, 2005.

RADÓ, Sandor (1927). El problema de la melancolia. In: GARMA, A. & RASCOVSKY, L. *Psicoanálisis de la melancolia*. Buenos Aires: El Ateneo, 1948. p. 251-270.

RAIMBAULT, G. & ELIACHEFF, C. *Lês indomptables*. Figures de l'anorexie. Paris: Poches Odile Jacob, 2001.

RECALCATI, Máximo. Anorexia-bulimia entre depresión y melancolia. In: GORALI, Vera (org.) *Estudios de anorexia y bulimia*. Buenos Aires: Atuel, 2000. p. 139-148.

_____. La clínica contemporánea como clínica del vacío. *Psicoanálisis y el hospital*, ano 12, n. 24, p. 120-128, 2003.

ROSENBERG, Benno. *Masoquismo mortífero e masoquismo guardião da vida*. São Paulo: Escuta, 2003.

RUBIN, Gabrielle. *Cannibalisme psychique et obésité*. Paris: Champs Psychanalytiques, 1997.

ROUSSILON, René. *Lê plaisir et répétition: théorie du processus psychique*. Paris: Dunod, 2001.

_____. *Paradoxos e situações limites da psicanálise*. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2006.

SILVA, Paulo José Carvalho da. Sobre um mal universal. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, IX, 3, 533-537, 2006.

SCAZUFCA, Ana Cecília M. Abordagem psicanalítica da anorexia e da bulimia como distúrbios da oralidade. 1998a. 146 p. Dissertação (mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

_____. Anorexia, bulimia: sintomas de desejo. *Boletim de Novidades da Livraria Pulsional*, São Paulo, ano XI, n. 106, p. 15-27, fev/1998b.

_____. Solidão-isolamento na clínica da adolescência. In: CARDOSO, M. R. (org.) *Adolescentes*, São Paulo: Escuta, 2006, p. 123-132.

SCAZUFCA, Ana Cecília M. & BERLINCK, Manoel Tosta. Sobre o tratamento psicoterapêutico da anorexia e da bulimia. In: CARDOSO, M. R. (org.). *Limites*. São Paulo: Escuta, 2004. p. 89-106.

SCHILDER, Paul. *A imagem do corpo*. As energias constitutivas da psique. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

STERBA, Richard. Caracteres de la sexualidad infantil. Su desarrollo. In: GARMA, A. & RASCOVSKY, L. *Psicoanálisis de la melancolía*. Buenos Aires: El Ateneo, 1948. p. 83-98.

TATOSSIAN, Arthur. *A fenomenologia das psicoses*. São Paulo: Escuta, 2006.

URRIBARRI, Rodolfo (org.). *Anorexia e bulimia*. São Paulo: Escuta, 1999.

VEGH, Isidoro. El melancólico objeto del maldecir. *Imago-Revista de Psicoanálisis, psiquiatria y psicología*, Buenos Aires, n. 13, p. 79-83, 1990.

VICTOI, Anna. Cybelle: o tratamento de uma adolescente anoréxica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. IV, n. 3, p.89-115, set/2001.

VIEIRA, Padre Antônio (1679). Sermão da quarta domingo depois da Páscoa. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. IX, n. 3, p. 538-564, set/2006.

WEINBERG, C. & CORDÁS, T. A. *Do altar às passarelas: da anorexia santa à anorexia nervosa*. São Paulo: Annablume, 2006.

WEISS, Edoardo. Masoquismo y pulsión de muerte. *Imago-Revista de Psicoanálisis, psiquiatria y psicología*, Buenos Aires, n. 13, p. 13-32, 1990.

WIESEL, Elie. *Homens sábios e suas histórias*. Retratos de mestres da Bíblia, do Talmude e do hassidismo. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

WILLIAMS, Elizabeth A. Neuroses of the Stomach. Eating, Gender, and Psychopathology in French Medicine, 1800 – 1870. *Isis*, n. 98, p. 54-79, 2007.

ZALTZMAN, Natalie. *A pulsão anarquista*. São Paulo: Escuta, 1993.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)