



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Aline Martins

Anorexia: história, clínica e teoria

Rio de Janeiro

2017

Aline Martins

Anorexia: história, clínica e teoria



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Pesquisa e Clínica em Psicanálise.

Orientadora: Prof.^a Dra. Sonia Alberti

Rio de Janeiro

2017

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

M386 Martins, Aline.
 Anorexia: história, clínica e teoria / Aline Martins. – 2017.
 118 f.

 Orientadora: Sonia Alberti.
 Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
 Instituto de Psicologia.

 1. Psicanálise – Teses. 2. Anorexia – Teses. 3. Histeria – Teses. I. Alberti,
 Sonia. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. III.
 Título.

es

CDU 159.964.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Aline Martins

Anorexia: história, clínica e teoria

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Pesquisa e Clínica em Psicanálise.

Aprovada em 03 de maio de 2017.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Sonia Alberti (Orientadora)

Instituto de Psicologia – UERJ

Prof.^o Dr. Marco Antonio Coutinho Jorge

Instituto de Psicologia – UERJ

Prof.^o Dr. Paulo Eduardo Viana Vidal

Instituto de Psicologia - UFF

Rio de Janeiro

2017

DEDICATÓRIA

Para Verônica, minha mãe.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo sol de cada manhã.

À Sonia Alberti, pela dedicada orientação, por todo o aprendizado ao longo desses anos e pela contribuição à minha formação.

Ao Marco Antonio Coutinho Jorge, por aceitar o convite para participar desta banca e pelas preciosas sugestões na banca de qualificação que muito acrescentaram neste trabalho.

Ao Paulo Eduardo Viana Vidal, pela participação nesta banca e por suas atenciosas contribuições para este trabalho e para a minha formação.

Aos professores do PGPSA-UERJ, pela transmissão de excelência.

Às amigas Heloene Ferreira, Raquel Puga e Julia Brandão, sempre cuidadosamente presentes, compartilhando comigo tanta amizade e companheirismo.

À Verônica Martins de Sá, pela aposta e sustentação.

Ao Mário Neto, por toda a leveza e por todo o cuidado.

A todos os meus amigos, por serem abrigo e família.

É sobre escalar e sentir
Que o caminho te fortaleceu.
Ana Vilela

RESUMO

MARTINS, Aline. **Anorexia**: história, clínica e teoria. 2017. 118 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) - Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Esta dissertação propõe investigar a conceituação histórica e clínica do que hoje a medicina chama de anorexia nervosa. À luz da psicanálise, pretende-se percorrer os casos de recusa alimentar desde a Idade Média até o momento atual. A partir da pesquisa da vida de santas e beatas da Idade Média, discorre-se sobre o quão antiga é a prática da recusa alimentar como forma de se opor às imposições do Outro. Analisa a contextualização médica dos casos de anorexia e as suas implicações diagnósticas, abordando as diferenças entre a psicanálise e a medicina. Explora as contribuições da psicanálise para a conceituação da anorexia histérica, trazendo casos para ilustrar o manejo clínico sob o viés psicanalítico.

Palavras-chave: Anorexia. Histeria. Santas anoréxicas.

ABSTRACT

MARTINS, Aline. **Anorexia**: history, clinic and theory. 2017. 118 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) - Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

This dissertation proposes to investigate the historical and clinical conceptualization of what medicine today calls anorexia nervosa. In the light of psychoanalysis, it is intended to cover cases of food refusal from the Middle Ages to the present moment. From the research of the life of saints and beatas who lived in the Middle Ages, it is discussed how antique is the practice of food refusing as a way of opposing the impositions of the Other. It analyzes the medical contextualization of cases of anorexia and its diagnostic implications, addressing the differences between psychoanalysis and medicine. It explores the contributions of psychoanalysis to the conceptualization of hysterical anorexia, bringing cases to illustrate clinical management under the psychoanalytic approach.

Key words: Anorexia. Hysteria. Anorexic saints.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	9
1	A RECUSA ALIMENTAR NO CONTEXTO RELIGIOSO	14
1.1	Corpo e religião	15
1.2	Sobre o jejum autoimposto.....	20
1.3	Santa anorexia	23
1.4	Catarina de Siena	26
2	O JEJUM COMO PATOLOGIA: A DESCRIÇÃO MÉDICA DA ANOREXIA NERVOSA	32
2.1	Contextualização histórica do pensamento moderno	32
2.2	Da religião à Medicina	34
3	A PSICANÁLISE E O SINTOMA DA ANOREXIA	45
3.1	Considerações freudianas acerca da anorexia nervosa	45
3.2	O sintoma em Freud.....	50
3.3	Contribuições lacanianas.....	55
3.4	O sintoma como mensagem.....	55
3.5	O sintoma como modo de gozo.....	58
3.6	Contribuições de Lacan sobre a anorexia	60
3.7	Diagnóstico da anorexia: medicina versus psicanálise	63
3.8	A teoria dos discursos em Lacan.....	66
3.9	Discurso do mestre e discurso do analista.....	70
3.10	O corpo na anorexia histérica	73
3.11	Caso clínico: “não quero que eles me queiram”	77
3.12	O olhar do Outro	83
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
	REFERÊNCIAS	91
	APÊNDICE - “Os mistérios do corpo falante” e a adolescente anoréxica.	97

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa surge a partir do desejo em estudar sobre as relações do sujeito com o corpo na clínica psicanalítica. O início desse interesse data da graduação em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense, período em que foi realizado um estágio clínico em uma instituição de reabilitação de pacientes acometidos por sequelas físicas – amputações, paralisias etc. As questões suscitadas nesse primeiro momento se reatualizaram a partir da atuação como residente em psicologia clínico-institucional, no Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (HUPE/UERJ), em um projeto ambulatorial dedicado a atender adolescentes com sintomas anoréxicos.

É evidente a constatação de que o volume de pacientes com o diagnóstico de anorexia nos consultórios de psicanálise tem aumentado, e os casos que se destacam pela recusa à alimentação nos sujeitos neuróticos têm constituído um grande desafio para a clínica psicanalítica do sujeito adolescente, na disjunção entre alienação e separação (LACAN, 1964). Em sua maioria mulheres, adolescentes e adultas jovens, esses sujeitos chegam através da demanda de sua família ou de um médico um pouco mais atento que identificou a necessidade dessas meninas serem escutadas para além de seu mal-estar orgânico.

O atual cenário midiático, com seus corpos e formas perfeitos e determinantes, acaba trazendo a impressão de que a manifestação do sintoma da anorexia é própria do nosso atual contexto histórico, impressão essa que deixa de lado a incidência que esse sintoma já apresentava nos tempos passados. Embora curiosamente pertinente aos desenlaces culturais contemporâneos, a anorexia tem raízes que remontam, conforme sugere Bidaud (1998), à Antiguidade Clássica. Esse autor, que aproxima as nuances do jejum místico às do jejum profano, anoréxico, sob o pretexto de “destacar um movimento comum, uma trajetória saída da mesma origem” (BIDAUD, 1998, p. 118), propõe uma visão da anorexia desde os tempos precedentes à conceituação etimológica do termo.

A partir de fragmentos de obras clássicas, Bidaud (1998) ilustra o modo como a questão alimentar figura em lugar privilegiado tanto na mitologia grega, quanto na representação bíblica. Referindo-se às tradições orientais e egípcias, o autor aponta que o jejum parece ter papel importante como confronto diante da ação maléfica de demônios. Afirmar ainda que a abstinência alimentar, como arma de purificação na relação com o divino, perduraria até a reforma protestante, quando é considerada obra demoníaca e passa a ser desencorajada pela Igreja.

Durante a Idade Média, as práticas de jejum eram compreendidas como formas de alcançar a santidade. O controle que a Igreja exercia sobre a sociedade medieval começava pelo corpo, fazendo os fiéis buscarem a salvação eterna em severas práticas religiosas. Em seu livro *Holy Anorexia*, Bell (1985) relata o comportamento anoréxico realizado por duzentos e sessenta jovens que viveram entre os séculos XIII e XVII e que foram posteriormente canonizadas pela Igreja. A escolha dessas meninas pelo jejum religioso veio, aparentemente, em resposta à estrutura social patriarcal a qual estavam submetidas. Através da supressão da alimentação, elas acreditavam que não responderiam às necessidades mundanas do corpo e alcançariam metas espirituais superiores, além de ajudá-las a perder os atributos femininos e não serem submetidas ao casamento. As privações, a confissão, o sacrifício e as penitências eram usados como forma de controlar o corpo, e este, quando considerado sob perspectiva estética ou sexual, era reflexo do paganismo e do pecado.

Tendo em vista todo o contexto histórico e religioso enraizado na privação alimentar, achamos pertinente analisarmos a concepção de corpo construída pela Igreja durante os primeiros séculos do cristianismo e a função que o jejum autoimposto exercia na sociedade medieval. Por meio de uma pesquisa histórica minuciosa, encontramos relatos de práticas de jejuns entre meninas que aspiravam à santidade na Idade Média, relatos esses que apontam para os primeiros casos de anorexia. Iremos expor, no primeiro capítulo, o caso de sete jovens meninas que utilizaram o jejum como forma de rogar a Deus para que Ele lhes concedesse a salvação eterna através do ideal da santidade.

Na época dessas santas a ciência e a medicina modernas ainda não existiam e, com isso, a recusa à alimentação ainda não era descrita como anorexia nervosa. Com o desenvolvimento da ciência, período que compreende os séculos XVII e XVIII, passou-se a buscar causas orgânicas que pudessem justificar a recusa alimentar e o jejum prolongado passou a ocupar um lugar de patologia. A partir daí, médicos e estudiosos da medicina puderam descrever a privação alimentar como um quadro nervoso, trazendo à tona a possível presença de uma implicação voluntária da doente na perda do apetite.

Se todo o conhecimento e o controle sobre o corpo eram propriedade da Igreja na Idade Média, a partir do século XIII as mudanças iniciadas na sociedade começaram a expandir os estudos leigos de medicina. Iniciando pela contextualização histórica da mudança no conceito de corpo a partir do Renascimento e advento da ciência, iremos expor, no segundo capítulo, a transição da hegemonia da religião à influência da medicina, para posteriormente abordarmos as perspectivas médicas sobre a anorexia surgidas nesse período.

O termo “anorexia” deriva do grego “an-“, deficiência ou ausência de, e “orexis”, apetite. Na língua portuguesa, segundo definição do dicionário Houaiss (2001), a anorexia é uma forma de psicopatologia na qual o indivíduo reduz a quantidade de alimentos por meio de uma dieta voluntária. Não podemos deixar de perceber a homonímia perfeita entre o substantivo *apetite* nas formas *apetite alimentar* e *apetite sexual*, tendo Freud (1895) destacado, em *Rascunho G*, a analogia entre a ausência de apetite sexual, na melancolia, e a perda de apetite na anorexia.

As primeiras referências a essa condição, segundo Cordás e Claudino (2002), surgem com o termo “*fastidium*” em fontes latinas de vários textos do século XVI. As descrições clínicas da anorexia surgiram na literatura médica já em 1689, com Richard Morton. Os termos “anorexia” e “anorexia nervosa”, porém, aparecem apenas em 1868, com William Gull, referindo-se à “forma peculiar de doença que afeta principalmente mulheres jovens e caracteriza-se por emagrecimento extremo (...) e falta de apetite decorrente de um estado mental mórbido e não a qualquer disfunção gástrica” (PARRY-JONES B, 1991, p. 21-8, tradução nossa).

Atualmente o termo “anorexia” não é utilizado em seu sentido etimológico para a “anorexia nervosa”, conforme a descrição de Gull (1873), porque entende-se que as anoréxicas não apresentam real perda de apetite até estágios mais avançados da doença, mas sim uma recusa alimentar deliberada, com o intuito de emagrecer ou por medo de engordar. A partir disso, podemos afirmar que não é no corpo biológico que se esgota a problemática da recusa alimentar, há questões subjetivas e escolhas inconscientes implicadas no cenário anoréxico. A anorexia não se reduz à tentativa de explicações sobre sua etiologia e tampouco a motivos que pretendam dar conta do quadro em sua totalidade. É nesse sentido que a psicanálise vem tentar contribuir à compreensão dos casos de anorexia nervosa.

É importante compreendermos que a concepção do sintoma na clínica psicanalítica é totalmente distinta da concepção da clínica médica. Sabemos, com Lacan (1966), que a psicanálise mantém um tipo de relação extraterritorial com a medicina. A respeito dessa relação, Lacan (1966) analisa o lugar que a psicanálise ocupa na medicina. Ele ressalta que é um lugar marginal e extraterritorial. Vejamos:

Ele é marginal por conta da posição da medicina com relação à psicanálise – ela admite-a como uma espécie de ajuda exterior, comparável àquela dos psicólogos e dos outros distintos assistentes terapêuticos. Ele é extraterritorial por conta dos psicanalistas, que provavelmente têm suas razões para querer conservar esta extraterritorialidade (LACAN, 1966, p. 8).

A medicina coloca a psicanálise à margem, e a psicanálise opta por uma extraterritorialidade. Apesar de a psicanálise ter surgido no campo médico, afinal Freud era neurologista, esse lugar de margem e de extraterritorialidade é demarcado desde o início de sua obra. Tendo em vista essa distinção, Clavreul (1978), em *A ordem médica*, explicita que o discurso médico se sustenta através da objetividade, ao contrário do discurso psicanalítico, que reivindica a inclusão da subjetividade.

A psicanálise acredita que o sintoma do sujeito é singular, enquanto para a medicina o sintoma é uma forma de classificar e descrever as alterações corporais e comportamentais apresentadas pelo paciente. Para a primeira, portanto, a anorexia não é considerada um transtorno que deve ser corrigido, mas um sintoma, uma forma que o sujeito encontra de se organizar subjetivamente. Faz-se necessário, então, que entendamos como se deu a elaboração do que é o sintoma nas obras freudianas e lacanianas, nossa pretensão para o capítulo três.

No mundo contemporâneo, presenciamos um ideal obstinado do conceito de beleza, que dita que o corpo atraente está ligado à magreza. Inegavelmente, esse imperativo social tem implicações sobre a vida do sujeito, sobre suas motivações e sobre seus vínculos sociais e afetivos. No entanto, consideramos que esse cenário não se constitui como elemento suficiente para determinar a formação de um sintoma anoréxico. A anorexia pode ser considerada, na neurose – estrutura clínica a qual este trabalho pretende se limitar –, como uma forma de dar uma solução para um conflito psíquico. Existem conteúdos inconscientes mobilizando a posição do sujeito que se recusa a comer, manifestando-se sempre insatisfeito com sua imagem corporal e com o seu peso.

Os seres humanos não se alimentam apenas pela necessidade que têm de se satisfazer, mas o fazem conforme as leis da cultura e da civilização. Como observa Recalcati (2004), esta é a condição para a existência de um discurso culinário, em que o “prato” a ser servido é feito para ser visto, admirado, saboreado com os olhos e paladar, despertando preferências e sugerindo modos específicos de comer. Por isso, a alimentação ultrapassa a noção de satisfação da necessidade, tendo uma composição erótica, de prazer, que começa na amamentação, sendo desenhada nos primeiros anos de vida. Dessa maneira, mesmo sendo um sintoma que está vinculado à questão alimentar, na anorexia a recusa ao alimento retrata uma recusa ainda mais fundamental. Para além da alimentação, a anorexia toca num aspecto importante: a função que recusar-se a comer tem para cada sujeito.

Neste sintoma, o corpo apresenta-se deteriorado e muito fragilizado, com alterações orgânicas, fisiológicas e comprometimento das funções vitais. O corpo parece querer dizer o que não pode ser dito pela via da fala, retornando no real do corpo um componente psíquico

sem representação, que repercute no corpo do sujeito anoréxico demonstrando como um corpo, ainda que vivo, pode mostrar-se tão mortificado.

No quarto e último capítulo deste trabalho, pretendemos revisitar as considerações freudianas e lacanianas acerca da anorexia. Neste ponto, a partir das obras de Freud e de Lacan, assinalaremos o percurso da teoria psicanalítica a respeito das manifestações do sintoma anoréxico e destacaremos nesses autores os momentos nos quais este sintoma é abordado e os avanços teóricos produzidos. Traremos, também, as divergências entre os critérios que orientam o diagnóstico da medicina e o diagnóstico da psicanálise, com o intuito de fazer compreender as diferenças na escuta do sintoma anoréxico a partir desses dois saberes.

A medicina é norteadada por uma série de categorizações e descrições fenomenológicas da recusa a comer, enquanto que a psicanálise acredita que guiar o tratamento do sujeito a partir do fenômeno seria tomar todas as anoréxicas como iguais, ignorando o sentido subjetivo e particular que o sintoma representa para cada sujeito. A psicanálise visa evidenciar o particular de cada sujeito, no sentido de investigar o individual do sintoma, e não o universal.

Recalcati (2004) observa que a anorexia é um esforço do sujeito em dar sentido para questões inconscientes das quais ele não consegue dar conta, e então a tentativa de elaboração dessas questões encarna no corpo. No último capítulo traremos os casos de três meninas que, durante a adolescência, apresentaram o sintoma da anorexia. A partir da concepção freudiana de narcisismo e a posterior elaboração lacaniana sobre o estágio do espelho, analisaremos o resgate pelo sujeito do interesse pela própria imagem especular que, ao se deparar com as transformações da puberdade no corpo, precisa passar por uma retificação da imagem narcísica. Essa desestabilização da imagem na adolescência evidencia o desarranjo entre a imagem real e a imagem especular em sua articulação com o olhar do Outro.

Analisaremos, por fim, o excesso de real que a anorexia impõe ao sujeito, dificultando o poder simbólico da palavra. Na anorexia, trata-se de fazer mostrar no corpo conteúdos que não encontram uma mediação na dialética da linguagem, levando o sujeito a tornar o seu corpo o próprio objeto de gozo. O sujeito anoréxico é tomado por um gozo que transborda pelo corpo e se dirige ao Outro para obter uma resposta; esse transbordamento de gozo produz um resto, uma sobra, sem mediação simbólica. O corpo da anoréxica é um complexo emaranhado, misterioso porque não só imaginário e simbólico, mas também real.

1 A RECUSA ALIMENTAR NO CONTEXTO RELIGIOSO

A partir do estudo de Éric Bidaud (1998) sobre a anorexia, este capítulo pretende estabelecer um paralelo entre o jejum das santas da Igreja e o sintoma da recusa alimentar das chamadas anoréxicas. Afirmar que a atual concepção de anorexia nervosa é semelhante aos jejuns praticados por crentes e devotos de certas culturas anteriores à nossa seria um erro, mas alguns paralelos são evidentes quando tratamos dessas meninas que aspiravam à santidade na Idade Média. Nos relatos dessas jovens fica explícita a intolerância às consequências de comer, já que elas acreditavam que ingerir alimentos as colocaria no lugar de pecadoras mundanas e seriam castigadas por Deus. Também a busca por estados ideais - como a santidade, e a evitação da sexualidade - aproxima os casos de santas jejuadoras às moças dos tempos atuais que trazem a anorexia nervosa como sintoma.

Bidaud (1998) estabelece uma importante distinção entre o jejum proposto pelas diferentes religiões e marcado por datas comemorativas, com início e fim e que “inscreve o sujeito numa ordem” (p. 39), do jejum interminável e absoluto, como vemos nas anoréxicas. Segundo o autor, este jejum é marcado pelo excesso e pela ultrapassagem de um limite.

Citando Éliade (1983), Bidaud (1998) chega à conclusão de que o projeto de morte de si mesmo é condição para o acesso ao sagrado, ao gozo divino. É necessário o rompimento com tudo que liga às evidências da vida normal, com tudo o que se origina da vida comum e profana: o sono, a fala, o trabalho, a comida, as relações sexuais.

De uma religião a outra, de uma gnose ou uma sabedoria a outra, permanece um elemento comum, uma invariante que se poderia definir da seguinte maneira: o passo à vida espiritual ou santificada comporta sempre a morte à condição profana, seguida por um novo nascimento. (ÉLIADE, 1983 apud BIDAUD, 1998, p. 41).

Ainda segundo o autor, dentre todas as tradições ascéticas, a ascese cristã é a que mais avançou no caminho da renúncia. Para entendermos o porquê dessas renúncias é preciso que analisemos como o corpo tem sido compreendido pelo cristianismo no Ocidente através dos séculos. Para isso, percorreremos o conceito de corpo construído pela Igreja.

1.1 Corpo e religião

Durante o Império Romano, entre os séculos II e III d.C, antes da difusão do cristianismo, o que se buscava era a administração do corpo e o incentivo à procriação. De acordo com o historiador Peter Brown¹ (1990), os romanos acreditavam que a atividade sexual frequente reduziria a fertilidade do esperma masculino – chamado de “semente”, naquela época. Por isso, pregavam a abstinência sexual, já que para procriar era necessário ter virilidade, a qual acreditavam ser obtida através da evitação do coito, dietas e exercícios físicos. Brown (1990) afirma ainda que os romanos encaravam o coito como um dos muitos aspectos da vida que podia ser submetido ao controle mediante o bom senso e a educação.

De acordo com o autor, os romanos distinguiam os bem-nascidos de seus inferiores desregrados, de acordo com o refinamento e o autocontrole, ainda que a própria aristocracia, como denunciavam os pregadores cristãos, patrocinasse festivais em que predominavam a crueldade e a libertinagem. Para os homens inseridos na sociedade romana, o desejo sexual não era problemático nem digno de reprovação, mas o corpo deveria ser administrado, bem como a atividade sexual. Por isso, Brown (1990) afirma que a ascensão do cristianismo no mundo romano no início do século IV não se deu apenas como uma passagem de uma sociedade menos repressiva para outra mais repressiva, porque o que estava em jogo era a percepção do próprio corpo.

Jacques Le Goff (2008) aponta que os cristãos acrescentaram uma nova razão para a castidade: a aproximação do fim do mundo, que exigia a pureza do homem. Segundo o autor, surge, na Idade Média, uma nova ética sexual que impõe a demonização da carne e do corpo, e a Igreja traz a virgindade como um ideal (LE GOFF, 2008, p.137).

É possível afirmar, segundo Huizinga (1919), que o controle da Igreja sobre a sociedade medieval começava pelo controle do corpo. Nesse período, houve um grande desprestígio das atividades corporais greco-romanas e a santidade cristã se tornou uma virtude para os homens, fazendo-os buscar em severas práticas religiosas a salvação eterna. Elementos como o pecado, as privações, a confissão, o sacrifício e as penitências eram usados

¹Peter Robert Lamont Brown (Dublin, 1935) é um historiador irlandês. Tornou-se aos 32 anos de idade a maior autoridade sobre Santo Agostinho de Hipona. Desde então, tem produzido um fluxo contínuo de livros e artigos, e, presentemente, é citado como o historiador mais destacado em Antiguidade tardia (Fonte: <https://www.presenca.pt/autor/peter-brown/>).

como forma de controlar o corpo, e este, quando considerado sob perspectiva estética ou sexual, era reflexo do paganismo e do pecado.

Na concepção bíblica o corpo é a unidade constitutiva do ser humano, é a expressão na qual o humano se manifesta, mas não é propriedade dele, pois é obra-prima da criação divina. De acordo com a linguagem bíblico-teológica, o corpo é o templo onde habita o espírito de Deus. A Bíblia afirma que o corpo não é do próprio homem, mas de Deus:

Não sabeis vós que os vossos corpos são membros de Cristo? Tomarei pois os membros de Cristo, e fá-los-ei membros de uma meretriz? Não, por certo. (...) Ou não sabeis que o nosso corpo é o templo do Espírito Santo, que habita em vós, proveniente de Deus, e que não sois de vós mesmos? Porque fostes comprados por bom preço; glorificai pois a Deus no vosso corpo, e no vosso espírito, os quais pertencem a Deus (1Coríntios 6:15-20).

Nas *Cartas de Paulo*, relevante apóstolo do cristianismo durante a propagação inicial do Evangelho pelo Império Romano, aparecem referências sobre o corpo no pensamento cristão. Ele aponta, sobre o corpo do homem:

Porque bem sabemos que a lei é espiritual; mas eu sou carnal, vendido sob o pecado. (...) Porque eu sei que em mim, isto é, na minha carne, não habita bem algum; e com efeito o querer está em mim, mas não consigo realizar o bem. (...) Mas vejo nos meus membros outra lei que batalha contra a lei do meu entendimento, e me prende debaixo da lei do pecado que está nos meus membros. Miserável homem que eu sou! Quem me livrará do corpo desta morte? (Romanos, 7: 14-24).

Segundo Brown (1990), em todos os escritos cristãos posteriores, a noção da carne como imunda e pecadora inundou o corpo de associações perturbadoras, como sua fragilidade e o inegável pendor de seus instintos para o pecado. Esses escritos denunciavam um estado de rebeldia contra Deus, estado esse que era maior do que o próprio corpo.

A imagem dualista trazida na Bíblia pelo apóstolo Paulo se dá pela antítese entre o espírito e a carne. Há um doloroso conflito entre o corpo e a alma, assim como o pecado é oriundo da rendição às exigências do corpo. A fragilidade física do corpo, sua propensão à morte e o inegável pendor de seus instintos para o pecado eram lidas por Paulo como a rebeldia da humanidade lançada contra o espírito de Deus.

A autoridade da Igreja era hegemônica no período da Idade Média, controlando as concepções criadas sobre o corpo do homem, exercendo um rígido controle sobre o corpo de seus discípulos, reprimindo e punindo quem fizesse dele um meio para pecar. O culto ao corpo era considerado um verdadeiro pecado e a renúncia a ele era a base de sustentação do discurso da salvação da alma. A Igreja influenciava a sociedade no campo moral e social,

interferindo no modo de agir, de se relacionar e de pensar do homem medieval, e este se preocupava com a salvação da sua alma e confiava no que a Igreja pregava como meios e modos para alcançar a vida eterna.

Nos primeiros três séculos depois de Cristo os difusores do cristianismo pregavam que a virgindade, enquanto praticada no amor, era santa, mas quando procedia do menosprezo ao casamento deixava de ser boa. A easese praticada em detrimento do modelo de vida conjugal era considerada uma afronta à criação de Deus. Por outro lado, o corpo sexuado na Idade Média foi majoritariamente desvalorizado, o desejo carnal era amplamente reprimido (HUIZINGA, 1919). O culto ao corpo era considerado um verdadeiro pecado e a procriação era a única justificativa para a cópula. O apóstolo Paulo defendia que seria bom se o homem não tocasse em uma mulher, porém o matrimônio seria mais seguro do que os males possivelmente causados pela abstinência. “É melhor casar-se do que incendiar-se de paixão” (1Coríntios, 7: 9).

A partir do século IV, começou a ser instaurado nas comunidades cristãs o modelo monacal, especialmente presente no ensino e na educação da época. O crescimento da quantidade de mosteiros e conventos denunciava a nova paisagem social europeia, trazendo como ideal de vida moral a castidade e a renúncia da sexualidade. O casamento não era mais necessário, a virgindade era vista como o retorno à origem e à imortalidade. Os tratados teológicos elogiavam a virgindade feminina e atacavam o matrimônio com o propósito de convencer as mulheres a evitá-lo. Em seus textos, os teólogos advertiam o público feminino dos perigos do casamento e incentivavam a castidade das mulheres.

Entre os séculos IV e VI surgiu a literatura monástica, destinada aos homens que viviam isolados em mosteiros e lutavam constantemente contra seus desejos carnavais. Esses escritos abordavam o combate solitário da fornicção e forneciam aos monges técnicas de observação da carne para combater o pecado. Práticas de mutilação corporal foram adotadas, visando inibir os instintos, e era necessário realizar um árduo trabalho de vigilância e controle dos pensamentos, imagens e desejos na tentativa de inibir os movimentos involuntários do corpo, restringir o poder da vontade e anular a concupiscência. As mais discretas manifestações da “carne” deveriam ser captadas e eliminadas.

Foucault (1985) demonstra que a vida monástica modificou a questão da renúncia sexual, pois não era mais suficiente apenas obedecer às leis cristãs e morais para evitar atitudes reprováveis. Os monges deveriam observar e perscrutar a própria dimensão subjetiva para controlar o desejo, sendo necessário realizar um intenso trabalho de vigilância sobre si, a fim de expurgar o pecado, mesmo que em pensamento e não em ato.

O que está em jogo não é um código de atos permitidos ou proibidos, é toda uma técnica para analisar e diagnosticar o pensamento, suas origens, suas qualidades, seus perigos, seus poderes de sedução, e todas as forças obscuras que podem se ocultar sob o aspecto que ele apresenta (FOUCAULT, 1985, p. 37).

Pode-se identificar, nesse período, que a compreensão do ser humano se dava a partir de uma visão dualista de corpo e alma. A negação do corpo e a libertação do mundo material eram alcançadas através do exercício da virgindade. O corpo era algo inferior à alma, era autor dos desejos e das vontades, e a alma era o que exercia o controle sobre ele. O corpo era considerado impuro, animalesco, demoníaco, excluído da salvação. Como consequência desse pensamento, a sexualidade era irrelevante e desprezível, sendo necessário a sua repressão.

Para Santo Agostinho (354-430), um importante teólogo dos primeiros anos do cristianismo, cujas obras foram muito influentes no desenvolvimento do cristianismo e da filosofia ocidental, o mal da imoralidade sexual não decorria do ato em si, mas das emoções que tipicamente o acompanham. De acordo com ele, o amor e o desejo são opostos, sendo o primeiro uma realização divina e o segundo algo terreno, que nada tem a ver com os propósitos de Deus. Defendeu em sua obra *Sobre a doutrina cristã* que o amor apropriado ocorre quando se nega o prazer egoísta e se subjugam o desejo corporal em homenagem a Deus.

Em um de seus textos clássicos, nomeado *A virgindade consagrada* (354-430), Santo Agostinho acrescentou algo novo à visão de sexualidade dominante no meio eclesial, interpretando o episódio bíblico de Adão e Eva e suas consequências para a humanidade. Trouxe a visão dos dois como dotados das mesmas características físicas que os homens terrenos, assim como partilhando da mesma possibilidade de prazer sexual. Não eram angelicais, mas havia a promessa de virem a ser, caso fossem obedientes. Brown (1990) afirma:

(...) eles tinham sido colocados no Paraíso por um período probatório, para que aprendessem a experimentar e aceitar, com obediência inabalável e sincera gratidão, a gama completa dos prazeres de seres plenamente físicos, plenamente sociais e, como Agostinho estava perfeitamente disposto a concluir, plenamente sexuais (Brown, 1990, p. 329).

Isso significa dizer que, no estado original de Adão e Eva, o desejo sexual estava presente. Esse desejo, no entanto, coincidia perfeitamente com a vontade consciente de ambos, a partir de uma união harmoniosa entre corpo e alma, com o prazer sexual e a vontade caminhando juntos. Foi com a desobediência por terem provado do fruto proibido que as sensações sexuais descontroladas tornaram-se imediatamente palpáveis:

A mulher, vendo que o fruto da árvore era bom para comer, de agradável aspecto e mui apropriado para abrir a inteligência, tomou dele, comeu, e o apresentou também ao seu marido, que comeu igualmente. Então os seus olhos abriram-se; e, vendo que estavam nus, tomaram folhas de figueira, ligaram-nas e fizeram cinturas para si. (Gênesis 3, 6).

É nesse instante, portanto, que se instala a vergonha sexual no homem. Brown (1990) esclarece:

Mal eles tornaram sua própria vontade independente da vontade de Deus, algumas partes de Adão e Eva se tornaram resistentes a sua vontade consciente. Seus corpos foram afetados por um novo e inquietante sentimento de estranheza, sob a forma de sensações sexuais que escapavam a seu controle. O corpo passou a não mais poder ser inteiramente abarcado pela vontade. Um sintoma minúsculo, mas ameaçador – no caso de Adão, o alvoroço de uma ereção sobre a qual ele não tinha nenhum controle –, advertiu os dois da derradeira evasão do corpo, como um todo, do abraço familiar da alma no instante da morte (BROWN, 1990, p. 342).

Santo Agostinho (354-430/1990) afirmava que o prazer que Adão e Eva sentiam no ato sexual, em sua vida anterior ao pecado da desobediência, adquiriu um impulso próprio e passou a confrontar as intenções da sua vontade. O teólogo se expressava a favor do casamento e contra aqueles que o condenavam, ideia comum antes da difusão de seus ensinamentos. No discurso da Igreja, o casamento era considerado o remédio do desejo maligno, mas como um mal menor. Casar-se seria estar na fronteira entre o estado preferível, ou seja, a virgindade, e o pecado, a fornicção. Os religiosos pregavam que o casamento e a sexualidade teriam decorrido do triste declínio do espírito e da ascensão do corpo, a partir do abandono do estado angelical por Adão e Eva.

Para Agostinho (354-430/1990), o estado virginal não podia entrar em conflito com o estado conjugal, não se podia valorizar um em detrimento do outro:

Tudo o que estou a dizer é por receio de que a fecundidade conjugal não pretenda rivalizar com a pureza virginal (...). Que vós sejais virgens e nós sejamos mães. Que vossa virgindade intacta vos console de não terdes filhos, e a vantagem de tê-los compense a nossa virgindade perdida (AGOSTINHO, 354-430/1990, p. 27).

Para o teólogo, o casamento era desprezível apenas enquanto pretendia buscar o prazer carnal. Se destinado à procriação, o matrimônio era um bem. Agostinho, assim como seus contemporâneos cristãos, não encontrou uma maneira de articular a possibilidade de o prazer sexual fazer parte e enriquecer as relações entre esposo e esposa. Ele defendia a sexualidade através do matrimônio, mas entendia a libido e a paixão como não naturais, ou seja, a libido – e não a sexualidade – era o mal primordial.

O próximo passo do poder eclesial foi, então, disciplinar a sexualidade das pessoas, mediante a sacramentalização do casamento. Como o casamento era uma prática cada vez mais frequente e normatizada na comunidade civil, a Igreja percebeu a necessidade de sacralizar essa união entre homem e mulher. Ato, entretanto, que não foi de todo pacífico, pois a tradição depreciativa do casamento era ainda muito forte na Igreja.

Até o século IX, o matrimônio era uma instituição laica e privada, apesar de reconhecido publicamente. Os pais dos noivos eram os únicos responsáveis por todos os preparativos da festa, a Igreja não participava da celebração. O casamento representava uma aliança política e um contrato comercial firmado entre as famílias. Após a cerimônia, o casal era levado ao leito, acompanhado por parentes e convidados para que testemunhassem o acontecimento. Após despirem-se, o casal deitava e o pai do noivo abençoava a união. Ao final da solenidade, o público retirava-se do local para deixar os noivos a sós. Enquanto os convidados aproveitavam a festa, o casal tinha o dever de se relacionar sexualmente.

A oficialização cristã do casamento assegurou a consolidação do poder político e moral da Igreja a partir da formulação de um código de conduta moral sistemático. Já que a união conjugal passou a ser uma união sagrada, autorizada pelo clero, tornou-se necessário regulamentá-la a partir dos preceitos cristãos. Surgem os emblemas da indissolubilidade conjugal e a monogamia como próprios do casamento cristão, emblemas esses que enfrentaram uma forte oposição aristocrática. Gradativamente, porém, o modelo cristão de casamento, monogâmico e indissolúvel, foi prevalecendo sobre o modelo laico aristocrático. A partir do século XII a união entre marido e mulher foi considerada instituição divina e elevada à categoria de símbolo da união entre Cristo e a sua Igreja. O rito do casamento deixou de ser realizado no quarto dos noivos e foi transferido para o altar da igreja.

1.2 Sobre o jejum autoimposto

A restrição alimentar autoimposta e a prática do jejum existem desde longa data, como demonstra Bidaud (1998), aprofundando sua pesquisa sobre a conduta anoréxica. Segundo os estudos do autor, tanto na mitologia grega quanto na representação bíblica a questão alimentar está no princípio das relações entre homens e deuses, regulando todo um sistema de interditos e exclusões. O autor mostra ainda que nas tradições orientais e egípcias o jejum parece ter

sido dirigido contra a ação maléfica de demônios. Desde a época mais remota do cristianismo, o jejum autoimposto, tal como a castidade, foi recomendado como meio de salvação.

A Bíblia apresenta o jejum como algo bom e lucrativo. O livro dos Atos registra os crentes jejuando antes de tomarem importantes decisões (Atos, 13:4; 14:23). A prática do jejum é uma maneira de desviar os olhos das coisas deste mundo, e então direcionar seus pensamentos a Deus. É também vista como uma forma de demonstrar a Deus a necessidade de sua ajuda:

Então proclamei um jejum ali junto ao rio Ava, para nos humilharmos diante do nosso Deus, a fim de lhe pedirmos caminho seguro para nós, para nossos pequeninos, e para toda a nossa fazenda. (Livro de Esdras, 8:21).

É impossível abordar o jejum sem citar os fariseus. Essa classe se considerava protetora da lei de Deus na Terra, então fazia de tudo para que os judeus seguissem à risca os mandamentos divinos. Com receio de que as pessoas deixassem de cumprir a vontade de Deus, colocavam fardos cada vez mais pesados sobre os judeus, e o jejum era um deles.

A prática da abstinência e o jejum são formas de penitência interior. Agostinho (354-430) também fala sobre a bem-aventurança que é não precisar comer e beber:

Depois da ressurreição os corpos dos justos de mais nenhuma árvore terão necessidade para não morrerem de doença ou de extrema velhice, nem de qualquer alimento corporal com que satisfaçam a necessidade de comer ou de beber. (...) daí o que disse o anjo no livro de Tobias: “Vieis-me comer, mas era com os vossos olhos que me vieis”, isto é, “julgáeis que eu tomava o alimento por necessidade de refazer o corpo como vós fazeis”. (...) Na verdade, o que a tais corpos será tirado, não é a faculdade, mas a necessidade de beber e de comer. Segue-se disto que eles serão espirituais, não porque deixarão de ser corpos, mas porque subsistirão graças à vida do espírito (AGOSTINHO, 354-430, p. 92).

Na Idade Média a privação do alimento conferia às mulheres *status* de santidade. O cristianismo é uma religião ascética, que se baseia nos esforços, então a renúncia e o sacrifício são vistos como formas de aproximação do sagrado, de purificação corporal. Para Bidaud (1998), a própria missão de Jesus, que tem o deserto como palco de sua renúncia, nos mostra isso:

Uma das referências evangélicas essenciais ao deserto relaciona-se ao episódio da tentação de Jesus. Depois de ter sido batizado por João, o anunciador, aquele cuja vida é inteiramente posta sob o signo da ascese e da penitência, Jesus, pleno do Espírito Santo, partiu para o deserto, a fim de jejuar, sendo ali durante quarenta dias, tentado pelo diabo. Em seguida, rompe definitivamente com sua família, escolhe seus discípulos e vai difundir seu ensinamento. Logo, é através de um jejum que o Cristo se prepara para seu ministério e para a realização do mistério pascal. Um papel realmente estrutural cabe, assim, ao jejum na iluminação e santificação cristãs.

(...) A fascinação exercida pelo jejum de Cristo vem também do fato de que ele faz existir a tentação e a força dez vezes aumentada do desejo, engajando um combate monstruoso com o que o asceta não deixa de se deleitar. O jejum é a condição de uma tentação a ser buscada. (BIDAUD, 1998, p. 42/43).

Ainda hoje algumas religiões têm a privação a alguns alimentos como forma de preparar o corpo para receber Cristo, como o ritual realizado por cristãos em virtude da quaresma - período de quarenta dias, subsequentes à Quarta-feira de Cinzas, em que os católicos e algumas outras comunidades cristãs se dedicam à penitência em preparação para a Páscoa. O jejum com duração determinada é hábito comum ainda nos tempos atuais em diversas religiões, inclusive no judaísmo e em outras religiões não cristãs, sob a justificativa de livrar-se das impurezas e dos exageros que intoxicam o corpo, tornando-o impuro.

Outro ato interessante possível de se observar na atualidade são as greves de fome realizadas por sujeitos religiosos ou não, nas quais eles se privam da alimentação por um tempo determinado e denotam a faceta de sacrifício e renúncia. Em geral, essas greves de fome têm duração determinada e em sua maioria são estabelecidas em função de algum protesto. Dessa forma, ao recusar a ingestão de alimentos, o sujeito se coloca em posição de sacrifício, renunciando ao prazer e colocando sua vida em risco, com o intuito de alcançar sua demanda.

Recentemente foi divulgada pela mídia a greve de fome iniciada por Chelsea Manning, uma militar transexual do Exército dos Estados Unidos que foi presa e processada por acesso e divulgação de informações sigilosas. A militar de vinte e oito anos nasceu homem e chamava-se Bradley, mas revelou que se identifica com o gênero feminino após ser condenada em 2013. Chelsea iniciou uma greve de fome na prisão militar, onde cumpre uma pena de trinta e cinco anos, para reivindicar ao governo dos Estados Unidos que lhe proporcione remédios adequados para seu processo de mudança de sexo².

Como já exposto anteriormente, a negação das necessidades corporais significava que as mulheres haviam deixado de lado o alimento mundano e encontrado a oração e a eucaristia como forma de alimentação e purificação de seus corpos, logo a prática do jejum era encorajada pela Igreja Católica. Interessa-nos, a partir deste ponto, abordar os casos de mulheres beatas da Igreja Católica medieval que aspiravam à santidade e utilizavam o jejum como ato de sacrifício e devoção à religião.

Bidaud (1998) aponta o quanto é interessante a analogia possível entre a questão do jejum anoréxico e as condutas religiosas de privação, de forma a esclarecer uma problemática

² Fonte: Site Globo.com. Disponível em: <http://g1.globo.com/mundo/noticia/2016/09/chelsea-manning-informante-do-wikileaks-inicia-greve-de-fome.html>. Acesso em 12 de setembro de 2016.

através de outra, em favor das semelhanças, mas sempre tendo a clínica como ponto de ancoramento.

(...) achamos legítimo aproximar a anorexia mental das condutas religiosas de privação alimentar, não sob o ângulo simples das analogias extrínsecas, mas para destacar um movimento comum, uma trajetória saída de uma mesma origem. (Bidaud, 1998, p. 118).

Traremos, então, relatos das histórias de abstinência alimentar dessas mulheres hoje consideradas santas.

1.3 Santa anorexia

Bucaretti e Weinberg (2003) apontam que os primeiros relatos de anorexia datam da Idade Média, segundo as descrições do modo de vida das santas e das beatas da Igreja Católica. Numa tentativa de explicação do aparecimento de santas anoréxicas na Idade Média, Gamero (2002) afirma que, com o advento do cristianismo, houve uma substituição drástica dos deuses obesos, hedonistas, pelos cristos magros. Foram abandonadas as imagens gordas de divindades ancestrais, bem como o hábito dos grandes banquetes romanos. Também as imagens retratadas em pinturas de mulheres na Idade Média mostram seus corpos esbeltos e delineados com corpetes apertados, tendo sido o vestuário feminino apontado por Duby (2009) como um meio de valorização da imagem das mulheres medievais, assim como uma forma de pureza e controle corporal.

Nos primeiros anos da Idade Média, a voracidade passou a ser sinônimo de impureza, a gula tornou-se um dos sete pecados capitais e a rejeição aos alimentos eram uma das penitências preferidas para alcançar o estado de máxima espiritualidade. A busca da santidade, do puro, exigia privações do corpo. O jejum autoimposto podia, também, trazer certas vantagens, de acordo com Liles e Woods (1999):

Uma mulher podia usar o jejum religioso para negligenciar seus deveres e/ou exercer controle sobre outros, barganhar por abstinência sexual com seu marido, rejeitar um casamento indesejado ou rogar por membros da família. Santas jejuadoras podiam até passar por cima da autoridade dos homens da Igreja com suas práticas religiosas austeras, criticar o poder secular ou as autoridades religiosas e assumir o papel de professoras, conselheiras ou reformadoras das regras da Igreja em seu benefício. (Liles e Woods, 1999, p. 215).

O historiador americano Rudolph M. Bell publicou em 1985 um livro chamado *Holy Anorexia*, no qual relata a história de duzentos e sessenta santas italianas que viveram entre os séculos XIII e XVII e praticavam o jejum autoimposto de forma bastante rígida. Ele afirma:

(...) mais da metade manifestou sinais evidentes de anorexia; possuímos uma documentação vasta e absolutamente confiável para várias dezenas delas. Trata-se, aí, de mulheres que geraram controvérsias e atraíram atenção. Durante anos, e mesmo séculos depois de suas mortes, elas representaram modelos de coragem, figuras protetoras para os crentes que disputaram a posse de suas relíquias e escutaram, com veneração, os pregadores que falavam de suas atitudes santas.(BELL, 1985, p. 10).

Bell (1985) encontra características comuns em todas essas santas, como a tentativa de libertação do patriarcado que tenta se intrometer entre elas e seu Deus. Iremos expor, neste ponto, a história de apenas algumas dessas mulheres, pois julgamos demasiado extenso trazer todos os relatos existentes.

Hubert Lacey, um psiquiatra londrino professor da St George's - University of London, especialista nos chamados transtornos alimentares, traz em seu texto *Anorexia Nervosa and a Bearded Female Saint* (1982) o caso de Santa Vilgefortis (do latim *virgo fortis*, virgem forte), que viveu provavelmente durante o século VIII. A imprecisão temporal e a falta de documentação sobre sua vida faz com que a existência dessa santa seja considerada por muitos autores uma lenda. Segundo a versão contada pelo autor, Vilgefortis era filha do rei de Portugal, um homem conhecido pela sua crueldade e rudeza. Seu pai a prometeu em casamento ao rei da Sicília, deixando-a apavorada, pois já havia feito votos de castidade com o intuito de entrar para um convento. Horrorizada com a possibilidade do matrimônio, Vilgefortis rezou a Deus pedindo que sua beleza fosse apagada, com a esperança de que o possível marido não mais a desejasse como esposa. Como recusa a se casar, ela jejuou até perder os traços femininos e, assustado diante de tamanha magreza, o rei da Sicília desistiu do casamento e o pai da moça, com muita raiva e desgosto, mandou crucificá-la.

Em Portugal e na Espanha, Vilgefortis é conhecida como Santa Liberata, libertadora das mulheres com problemas sexuais. Já na Inglaterra, é conhecida como Uncumber, expressão do inglês medieval que significa “aquela que causa problemas” (Oxford Dictionary of English, 2010). Ela é venerada por pessoas que procuram alívio de tribulações, em particular por mulheres que desejam ser libertas de maridos abusivos. Na Holanda seu nome é Ontkommer, que significa “aquela que escapa”, e na Alemanha é chamada de Kümmeris, ou seja, preocupação, ansiedade. Sua imagem é geralmente retratada em uma cruz, com o aspecto

de uma criança em torno de dez a doze anos, e uma forte barba, fruto de seu pedido de ter a beleza apagada (LACEY, 1982).

Outra mulher jejuadora foi Liduina de Shiedam (1380 – 1433). Nascida na cidade de Shiedam, na Holanda, era a única mulher entre os oito irmãos de uma família pobre e católica. Liduina, na adolescência, começou a atrair o olhar e a atenção dos rapazes da cidade, que procuravam seu pai para pedi-la em casamento. Com horror a casamento e com o desejo de viver para Deus e para a igreja, Liduina pediu a Deus uma doença capaz de torná-la tão feia e disforme a ponto de afastar e causar horror a todos os pretendentes. A partir de então, a moça passou a jejuar e alimentava-se de apenas um pedaço de maçã por dia, com isso adquiriu doenças que mudaram totalmente seu aspecto. Nenhum dos mais famosos médicos de sua época foi capaz de explicar a causa das diversas patologias que acometeram seu corpo, e então a igreja acreditou que seu adoecimento foi o pedido da moça atendido por Deus (BELL, 1985).

Bell (1985) traz ainda o caso de Santa Rosa de Lima (1586 - 1617), considerada a Patrona da América e das Filipinas. Rosa foi a primeira santa latino-americana a ser canonizada, em 1671, e a primeira a ter sua obra difundida na Europa. Ainda criança, Rosa passava muitas horas no altar, em oração, era escrupulosamente obediente e trabalhadora incansável, dedicando-se aos afazeres domésticos. Depois de ler sobre a vida de Catarina de Siena – importante santa jejuadora que abordaremos com mais cuidado a seguir -, tomou-a por modelo, começando a jejuar três vezes por semana e aplicando-se severas penitências, fato que levou Bell (1985) a chamá-la de “imitadora consciente”. Além disso, para não ser tentada pela vaidade, cortou seu formoso cabelo (assim como fizera Catarina) e maltratava suas mãos com trabalhos penosos. Durante dez anos lutou contra o propósito de seus pais de fazê-la casar-se, até que obteve o consentimento para que continuasse em sua vida de devoção a Deus. Quando o trabalho permitia, retirava-se para uma cabana construída por suas próprias mãos em seu pequeno jardim, e ali permanecia isolada, orando.

Desde os dez anos, Santa Rosa de Lima já fazia jejuns todas as quartas, sextas e sábados, ingerindo apenas um pouco de pão e água. Nos outros dias da semana, comia apenas uma refeição de batatas guisadas com folhas muito amargas. Aos quinze anos, fez a promessa de nunca mais comer carne e passar os demais dias de sua vida a pão e água, promessa que cumpriu até a morte. Dormia apenas em torno de duas a três horas por dia, passando o resto do tempo entre orações, realizando trabalhos domésticos e serviços na horta, além de confortar os pobres e os enfermos.

Aos vinte anos, Rosa de Lima ingressou na Irmandade da Terceira Ordem da Penitência de São Domingos e aumentou a severidade e a variedade das penitências. Usava constantemente uma coroa de espinhos de metal, que escondia sob uma fileira de rosas, e uma cinta de ferro na cintura. Era capaz de permanecer dias seguidos sem provar qualquer alimento e, quando já não podia se manter em pé, buscava repouso numa cama construída por ela, feita de vidro picado, pedras e espinhos. Esse martírio ininterrupto, no entanto, era compensado, segundo ela, pelas frequentes revelações de Jesus Cristo.

Ainda segundo Bell (1985), houve o caso de Santa Colomba de Rieti (1467-1501), que morreu por desnutrição severa em consequência de um jejum, e Santa Verônica Giuliani (1660-1727) que não ingeria alimento algum, exceto às sextas-feiras, dia em que se permitia mastigar cinco sementes de laranja em nome das cinco feridas de Jesus. Em artigo sobre os hábitos alimentares de Maria Madalena de Pazzi, Cordás e Weinberg (2002) afirmam que esta santa fazia jejuns severos e, quando forçada a comer, provocava vômitos. Considerava os alimentos como tentações do diabo, às quais deveria resistir, sendo, no entanto, frequentemente surpreendida comendo às escondidas grandes quantidades de alimentos.

1.4 Catarina de Siena

Um dos casos mais trabalhados pelos autores que abordam as santas anoréxicas é o de Santa Catarina de Siena (1347-1380), portanto decidimos dar especial atenção à história dessa santa. Filha de artesãos de Siena, cidade da região de Toscana na Itália, e com onze irmãos, Catarina nasceu em 1347, quando sua mãe estava com quarenta anos, junto com uma irmã gêmea, da qual foi separada imediatamente. Enquanto Catarina foi amamentada por sua mãe até completar um ano, sua gêmea Giovana foi confiada a uma ama de leite e acabou morrendo em seguida. Nessa mesma época, sua mãe engravidou novamente de uma menina e lhe deu o mesmo nome da irmã gêmea já falecida. Aos sete anos, Catarina dedicou sua virgindade à Virgem Maria e decidiu abster-se de relações sexuais para sempre, decidindo “tirar desta carne qualquer outra carne, pelo menos o quanto lhe for possível” (GAUTHIEZ, 1916 apud BIDAUD, 1998). Começa, então, a privar-se de carne, dando-a aos irmãos ou aos gatos, às escondidas de seus pais, comportamento análogo ao que observamos nas anoréxicas de hoje.

Sua mãe, sem saber do voto de castidade feito em segredo por sua filha aos sete anos, pede-lhe que cuide de seus cabelos e de seu corpo, a fim de agradar ao esposo que sua família

lhe procura. Catarina se recusa, torna-se inflexível em suas atitudes para não ser desejada por homem algum. Entretanto, sua mãe deu ordens para que fosse morar com sua irmã casada, com a intenção de ser introduzida na vida social e arrumar um homem para se casar. Alguns dias depois, porém, a irmã de Catarina falece ao dar à luz um filho e a beata teve de voltar à casa dos pais.

Segundo Bidaud (1998), neste momento Catarina volta, então, aos rigores da penitência e reduz mais ainda sua alimentação. A mãe de Catarina, entretanto, não desanimava de sua vontade de conseguir um casamento para a filha. Chama um padre para convencê-la a render-se ao casamento, mas o eclesiástico não resiste aos argumentos de Catarina, que chega a questioná-lo: “O que devo fazer para escapar às pressões de minha mãe?” (BASÍLIO, 1993, p. 17). A jovem, seguindo os conselhos do padre, faz um ato: corta seus cabelos para que não seja vista como uma mulher sexualizada e para que não seja desejada pelos seus pretendentes. A reação de sua mãe diante do corte dos cabelos da filha foi feroz. Disse-lhe que os cabelos cresceriam e que Catarina seria obrigada a se casar:

Filha má! Cortou os cabelos, mas está pensando por acaso que vai fazer o que quer? Mesmo que não queira, os cabelos vão tornar a crescer, e mesmo que seu coração se parta, será obrigada a tomar um esposo. E não terá sossego enquanto não consentir em nossas exigências.(GAUTHIEZ, 1916 apud BIDAUD, 1998, p. 122).

Priva, então, a filha de um quarto particular – onde Catarina realizava suas orações e praticava as vigílias e os jejuns -, obrigando-a a fazer todo o serviço doméstico. Esta, porém, constrói uma “fortaleza interior” e declara a toda sua família: “Querem vocês que eu seja criada de todos para sempre? Eu o serei de boa vontade. Mas peço que me deixem livre, como vocês. Não vou pedir dinheiro algum. Nada terão de me dar, além de pão e água. Quanto ao casamento, definitivamente, não vou me casar”(BASÍLIO, 1993, p. 20). Dizia também ter um Esposo tão rico e poderoso que nunca deixará faltar o necessário, e que Ele proverá todas as suas necessidades (BIDAUD, 1998, p. 123).

O pai de Catarina, segundo nos conta Bell (1985), era um homem sem interesse nos assuntos domésticos, mas que mantinha uma relação de discreta ternura com sua filha. Apesar de deixar sua esposa tratar, na maioria das vezes, dos assuntos familiares, decide se colocar neste momento da história de Catarina, defendendo-a: “Que ninguém ouse vir atormentar minha filha, que ela sirva seu Esposo em paz e em liberdade.”(BELL, 1985, p. 198). Ela retoma, então, seus sacrifícios tão intransigentes e sobrenaturais que mal se compreende como permanecerá viva por mais vinte anos.

Nessa época, tendo acabado de completar dezesseis anos, Catarina decide alimentar-se apenas de pães e ervas cruas, diante do falecimento de sua irmã mais nova Giovana, a que havia ganhado o mesmo nome da gêmea falecida. Além disso, expunha-se a jatos de água fervente em seus banhos, restringiu seu sono a apenas uma hora a cada dois dias, flagelava seu corpo três vezes ao dia com uma corrente de ferro e dormia nua em cima de uma tábua, para não desfrutar do leito confortável porém mundano que sua família lhe oferecia.

A beata decide solicitar admissão às irmãs penitentes dominicanas, mas esbarra com a recusa destas. Segundo Bidaud (1998):

A brutalidade de suas privações faz suspeitar a presença do diabo, e incita a ver nela uma inspirada pelo demônio, uma feiticeira ou uma simuladora. As autoridades eclesiásticas e masculinas da época viam com muito maus olhos essa jovem exaltada. Se hoje o demônio não pertence mais a nossas referências, continua-se, no entanto, a suspeitar a anoréxica de más intenções, e a querer “corrigi-la” pela força ou pela ameaça. (BIDAUD, 1998, p. 124).

Catarina assegura que se esforça mais de uma vez por dia para ingerir alimentos, mas acredita que Deus lhe deu essa enfermidade – a de não conseguir se alimentar – para corrigi-la do vício da gula. Pede que rezem para que Deus a deixe se alimentar, já que isso é da vontade das irmãs penitentes, ou que lhe digam um remédio que conhecem e tomaria de bom grado. A recusa das irmãs, entretanto, continua consistente e, diante disso, Catarina cai doente. Contrai varíola e é descrita nesta época apresentando pústulas e pequenos abscessos em sua pele. Sua mãe torna a ficar ao seu lado, paparicando-a, e Catarina pede-lhe:

Minha doce mãe, se quiser ver-me recuperar força e saúde, faça com que seja acolhido meu desejo de receber o hábito das irmãs penitentes. De outra maneira, receio mesmo que Deus faça de modo com que você não mais me possua, nem sob esse hábito, nem sob nenhum outro. (GAUTHIEZ, 1916 apud BIDAUD, 1998, p. 124).

Sua mãe corre para as irmãs e pede-lhes que revejam sua posição. Estas aceitam, sob a condição de que Catarina não fosse dotada de uma beleza demasiada sedutora. Ao verem a jovem, deparam-se com um corpo magérrimo e um rosto desfigurado pelas mazelas da doença. As freiras pronunciam, com isso, a admissão de Catarina no convento e, milagrosamente, a jovem se cura da varíola alguns dias depois.

Para além do que lhe é exigido pela ordem, Catarina decide restringir cada dia mais sua alimentação e, conforme ia tornando mais rígido o jejum, mais seu estado de saúde se agravava. Em 1380 parou completamente de se alimentar: “Meu corpo não aceita alimento

algum, nem mesmo uma gota d'água" (CAPOUE, 1905 apud BIDAUD, 1998, p. 128). Alguns meses depois, faleceu por desnutrição.

Catarina foi escolhida por outras jovens, santas e beatas, como um exemplo de dedicação a ser seguido. Além do mais, ela foi escolhida pela Igreja Católica – ao lado da Santa Teresa de Ávila e de Santa Teresa de Lisieux –, como uma das três Doutoradas da Igreja.

A característica mais notória do ascetismo de Santa Catarina de Siena foi seu comportamento alimentar anormal, até mesmo para os padrões religiosos da época – tanto que foi considerada demoníaca. Rampling (1985) cita o confessor de Catarina, Raymond:

Era um grande sofrimento para ela comer, mais do que seria para um faminto ficar sem comida. Ela usava os vômitos como reparação, e como não conseguia vomitar espontaneamente, costumava usar uma fina palha ou outro objeto que podia por na sua garganta e provocar o vômito. Seu confessor tentou persuadi-la para que deixasse essa prática, mas ela continuava assegurando que isso agradava a Deus. (RAMPLING, 1985, p. 90).

Pode-se observar que a anorexia de Catarina de Siena surge como uma solução, de natureza inconsciente, para suas dificuldades na sua relação com o Outro. É possível ler a abstinência alimentar de Catarina como um sintoma que se apresenta na tentativa de impedir que o Outro obture seu desejo. Catarina e sua mãe não cessaram de disputar e de depender uma da outra, enfrentando uma a outra em diversos momentos. Muitas vezes, já adulta, Catarina recebia banhos de sua mãe e dividia com ela a mesma cama, ou seja, ambas pertenciam uma à outra.

Freud inscreve a problemática mãe e filha desde o primórdio de seus escritos, situando essa relação através de marcas de amor e ódio. O autor trata com excelência desta temática em seus textos *Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos* (1925), *Sexualidade feminina* (1931) e *Feminilidade* (1932), ao descrever as implicações da fase pré-edipiana na mulher. Nesta fase, a menina assume a mãe como objeto de amor e revela uma sexualidade de caráter inicialmente masculino. Posteriormente, ao perceber sua mãe castrada e dar-se de encontro com a sua própria castração, distancia-se da figura materna e responsabiliza a mãe pela ausência do falo. Surge, com isso, um contorno particular ao afastamento entre mãe e filha: ele será permeado por hostilidade.

Diante disso, o pai passa a ter um lugar no desenrolar da sexualidade feminina, enquanto aquele que é o suposto portador do falo e capaz de dar um filho como substituto simbólico fálico. O caminho rumo à feminilidade, descrito na premissa freudiana, passa pela mudança de objeto amoroso da mãe para o pai, entretanto surge uma constatação clínica,

conforme nos indica Soler (2005): o forte vínculo com a mãe nunca é de todo rompido. O pai de Catarina aparece pouquíssimas vezes em sua história, conforme apresentamos; quando se faz presente, é o primeiro a ceder aos pedidos da filha. Bidaud (1998,p. 123), retomando a mitologia grega de Antígona, compara o pai de Catarina a um Creonte vencido: “alguém que passa a um outro a lei que, no entanto, ele encarna”.

Recalcati (2003) afirma que a anorexia de Catarina permitiu obter uma pequena separação desse Outro materno e dirigir ao Pai ideal – a Deus Pai – seu desejo. Já que seu pai não podia responder plenamente enquanto tal, Catarina teve de recorrer ao seu Pai divino e usar da ascese para fazer seu desejo valer.

Santa Catarina, provavelmente pela rigidez de seu ascetismo, entre outras razões, foi escolhida por outras tantas santas e beatas como modelo. Santa Madalena de Pazzi e Santa Rosa de Lima, já citadas anteriormente, são os melhores exemplos de suas seguidoras. Por sua vez, Rosa de Lima, Catarina de Siena e Madalena de Pazzi, segundo Bell, teriam inspirado o comportamento de Santa Verônica Giuliani, outra grande jejuadora.

Não podemos deixar de apontar a semelhança dessas santas seguidoras de modelos anteriores com as atuais adeptas de “Ana” e “Mia” – apelidos carinhosos que carregam a tentativa de corporificar a anorexia e a bulimia, respectivamente. As anoréxicas atuais dispõem de diversos *sites* e *blogs* nos quais trazem variadas formas de burlar a vontade de comer e de esconder sua inapetência de quem quer que esteja ao seu redor. Além da inspiração por celebridades magérrimas, essas meninas buscam incentivo umas nas outras, partilhando sua rotina e seus truques para enganar a fome e a quem lhes obrigar a comer.

Juntamente com as fotografias de corpos magros - delas mesmas ou de modelos - e as descrições dos pormenores da dieta, os lemas compõem parte importante das chamadas *thinspirations*, as inspirações de magreza postadas na rede. Frases como “se é saboroso, está tentando te matar”, “um minuto na sua boca, a vida toda no seu quadril” e “um corpo imperfeito reflete uma pessoa imperfeita” são difundidas entre elas e viram títulos de seus *blogs* e páginas na internet.

Até um objeto de identificação foi criado para que elas possam reconhecer-se umas às outras no meio da multidão, assim como as religiosas usam vestimentas ou acessórios, como o terço, para distinguirem-se. As “Anas”, partidárias da anorexia, usam pulseiras vermelhas, feitas com miçangas, fitas ou qualquer outro material; já as “Mias”, favoráveis à bulimia, usam pulseiras roxas. Outra utilidade atribuída ao acessório é servir como um lembrete do compromisso com a “Ana” e a “Mia” – assim como o terço lembra ao crente o dever de rezar.

A orientação de algumas garotas é colocar a pulseira na mão usada para abrir a geladeira, assim, ao olhar para a bijuteria, reafirmariam sua recusa à comida e desistiriam da refeição.

Identificamos mais uma semelhança entre os religiosos e o universo da anorexia. Essas meninas, adeptas de “Ana e Mia”, possuem um próprio conjunto de regras e deveres, curiosamente chamando de “*Thin Commandments*”, “mandamentos da magreza”, e estes são compostos de dez pontos, assim como os Dez Mandamentos bíblicos cristãos. São eles:

- 1) Se você não é magra, você não é atraente;
- 2) Ser magra é mais importante do que ser saudável;
- 3) Tu deves comprar roupas menores, cortar o cabelo, tomar laxantes, qualquer coisa para fazer você parecer mais magra;
- 4) Tu não deves comer sem se sentir culpada;
- 5) Tu não deves comer alimentos gordos sem se punir depois;
- 6) Tu deves contar calorias e restringir a ingestão delas ao máximo;
- 7) O que a balança diz é a coisa mais importante, não importa se disserem que estás muito magra;
- 8) Perder peso é bom, o ganho de peso é muito ruim;
- 9) Você nunca está magra;
- 10) Ser magro e não comer são sinais de força de vontade verdadeira e sucesso. (*Ana religion and lifestyle*, tradução nossa. Extraído do *blog The Pro-Ana lifestyle forever*, acesso em agosto de 2016).

O texto original encontra-se em inglês, e é usado o imperativo na forma “*thou shall not*”, aqui traduzido por “Tu não deves”. Ambas as formas são semelhantes às utilizadas no texto dos Dez Mandamentos da Bíblia, em inglês e em português, respectivamente.

Pudemos perceber, com este capítulo, múltiplas semelhanças nos comportamentos das santas da Igreja Católica e das meninas atualmente diagnosticadas com anorexia. O que nelas difere, então, a ponto de não podermos chamar as primeiras de anoréxicas, como atualmente chamamos as mulheres que decidem parar de comer? Na época dessas santas a ciência e a medicina modernas ainda não existiam e, com isso, a privação alimentar ainda não era nomeada como anorexia nervosa. Apenas anos depois, com o Renascimento e o advento da ciência, a recusa alimentar passa a ocupar o lugar de patologia. Dentro da medicina, estudiosos passam a descrever a privação alimentar como um quadro nervoso, trazendo à tona a possível presença de uma implicação voluntária da doente na perda do apetite. Abordaremos essa temática no próximo capítulo, e traremos as perspectivas médicas sobre a anorexia durante os séculos XVII E XVIII.

2 O JEJUM COMO PATOLOGIA: A DESCRIÇÃO MÉDICA DA ANOREXIA NERVOSA

Conforme trabalhamos no capítulo anterior, a partir da expansão do cristianismo na Idade Média, a autoridade da Igreja se tornou hegemônica na época. Seu poder não se limitava à religião. A Igreja era a detentora do conhecimento, os livros existentes pertenciam ao clero e ficavam confinados nas bibliotecas das igrejas para uso exclusivo de seus membros. Ela era responsável pela difusão do ensino e da cultura, já que os monges eram os responsáveis pela transmissão do conhecimento. Esse ensino era voltado principalmente para as doutrinas da religião, não abrindo espaço para a população participar. Como a Igreja servia de marco referencial para praticamente todas as ideias discutidas na época, o conhecimento científico também passou a ser de sua posse.

Observamos, também, que a concepção do corpo humano era atravessada pela dialética entre a repressão e a exaltação, a humilhação e a veneração religiosas. A humanidade repousava sobre a concepção cristã do pecado original. O corpo sexuado foi majoritariamente desvalorizado, assim como a sexualidade e o desejo carnal foram amplamente reprimidos. O culto ao corpo era considerado um verdadeiro pecado, e a renúncia a ele foi a base de sustentação do discurso de salvação da alma.

Neste capítulo estudaremos como se deu o declínio do jejum religioso e o surgimento das concepções médicas que buscavam causas orgânicas para justificar a recusa alimentar. Percorreremos o advento dos estudos da anatomia humana e a valorização do corpo como posse do homem e não mais de Deus, a partir da mudança da visão teocentrista para a antropocentrista. Para isso, entretanto, é necessário localizarmos historicamente as mudanças ocorridas na época e que deram origem à transição entre Idade Média e Idade Moderna.

2.1 Contextualização histórica do pensamento moderno

No século XIV iniciou-se, na Península Itálica, o que ficou conhecido como Renascimento, depois se expandindo para os demais países da Europa. Esse movimento marcou a transição da Idade Média para a Modernidade e representou para a sociedade da época não somente uma mudança econômica, mas principalmente no modo das pessoas

pensarem e se organizarem em sociedade. O termo, derivado da palavra francesa *renaissance*, hoje é empregado para designar o avivamento literário e artístico que ocorreu na Europa entre os séculos XIV e XV.

O ideal de corpo passou a ter um caráter humanista, diferente do ideal ascético concebido pela Igreja na Idade Média. Desse modo, as restrições religiosas que eram exercidas sobre o corpo deram lugar ao desenvolvimento da racionalidade, colocando o homem à frente da produção de conhecimento e de uma nova concepção de corpo.

A ideia de ser humanodesperto para o tato, a visão, a audição, o olfato, o sabor, o movimento, como um contato natural até então expropriado do ser, escapa da vigilância da Igreja. As cores, os sons e as formas rompem o estigmado corpo encarcerado pela motivação religiosa (CARMO, 2005, p.68).

As regras que regularizavam o convívio em sociedade pouco a pouco se diferenciaram daquelas ligadas à Igreja. O homem passou a cultuar a si próprio e ao seu corpo, e as leis sobre o funcionamento da sociedade passaram a ser ditadas pela razão. A sexualidade e as emoções, antes vistas como ações pecaminosas, foram incorporadas pela nova sociedade (FOUCAULT, 1980). As qualidades mais valorizadas no ser humano passaram a ser a inteligência, o conhecimento e o dom artístico, e o homem passou a ser o principal personagem de sua própria vida.

Segundo Brown (1988), foi nessa época que os seres humanos retomaram o prazer de pensar e produzir o conhecimento através das ideias. Nesse período, as artes tomaram um impulso significativo: foi quando Michelangelo esculpiu a estátua de David (1501-1504) e pintou o teto da Capela Sistina (1508-1512); Thomas Morus escreveu *A Utopia* (1516); Francis Bacon escreveu *A Nova Atlântica* (1624); Voltaire escreveu *Micrômegas* (1752), dentre muitas outras obras artísticas e intelectuais produzidas durante o período renascentista.

Se na Idade Média o corpo era associado ao pecado, no Renascimento o corpo passa a ser a principal referência do ser humano e é incluído na sociedade de mercado na condição de valor para o trabalho e para o homem. De forma lenta e paulatina, surge o corpo singularizado na sua anatomia e apropriado pelos artistas, ginastas, educadores etc. Tal progresso gerou diversas obras artísticas exaltando o corpo humano, tendo sido Leonardo da Vinci (1452-1519) o mais famoso deles e reconhecido ainda hoje por seus diversos esboços e obras baseados na arte da dissecação. Em 1543 foi produzido o primeiro atlas de Anatomia – *De Humani Corporis Fabrica* – pelo médico belga Andreas Vesalius, incitando cada vez mais médicos a desmistificarem segredos do corpo humano. Com a expansão do conhecimento e a

crescente busca por respostas acerca dos mistérios do corpo, ao final do século XVII Frederik Ruysch (1638-1731), médico e botânico holandês, e outros estudiosos passaram a produzir peças anatômicas para exposição em museus de anatomia (RONAN, 1987).

O pensamento religioso e a hegemonia da Igreja cederam lugar a um processo denominado, por alguns historiadores, de *secularização da sociedade* (CRUZ, 2010), o qual é caracterizado pela passagem do domínio religioso para o laico. Se a Igreja trazia até o fim da Idade Média a hegemonia dos estudos e da explicação dos fenômenos relacionados à vida, a ciência tomou a frente deste processo, valorizando a razão e a natureza com grande intensidade.

Os homens renascentistas, principalmente os que se dedicavam aos estudos científicos, passaram a valorizar métodos experimentais e de observação da natureza e do universo. O corpo passou a ser manipulado, sentido, auscultado, dissecado, seus movimentos analisados e sua massa e volume calculados. A nova sociedade traz a necessidade do conhecimento da natureza para prover os homens de novos recursos, e a ciência aparece com papel importante para o desenvolvimento industrial. Assim:

Passo a passo com a ascensão da burguesia produzia-se um grande ressurgimento da ciência. Volta-se a cultivar a astronomia, a mecânica, a física, a anatomia, a fisiologia. A burguesia necessitava para o desenvolvimento da sua produção industrial de uma ciência que investigasse as propriedades dos corpos físicos e o funcionamento das forças naturais. Mas até então a ciência não havia sido mais do que a servidora humilde da Igreja, não lhe sendo permitido transpor as fronteiras estabelecidas pela fé (...). Agora a ciência rebela-se contra a Igreja; a burguesia precisava da ciência e lançou-se com ela na Rebelião (ENGELS, 1980, p. 15).

O trabalho humano sobre a natureza aparece como a forma do homem apropriar-se de seu corpo e de se diferenciar dos demais. Locke (1978) afirma, sobre o novo conceito de propriedade, que “cada homem tem uma propriedade em sua própria pessoa, a esta ninguém tem o direito, senão ele mesmo. O trabalho de seu corpo e a obra de suas mãos, pode dizer-se são propriedades dele” (LOCKE, 1978, p. 43). Portanto, se a questão agora é o trabalho e não mais Deus, estão dadas as condições necessárias para se repensar o corpo, sobretudo um corpo produtivo.

2.2 Da religião à Medicina

Se todo o conhecimento e o controle sobre o corpo eram propriedade da Igreja na Idade Média, a partir do século XIII as mudanças iniciadas na sociedade começaram a expandir os estudos leigos de medicina. Segundo Almeida (2009), o final do império romano foi marcado por uma grave crise interna, o que gerou uma série de tentativas de solução, seja por parte dos dirigentes, seja por parte da população. Um dos seus resultados foi a cristianização do império e a incorporação de funções públicas pela igreja nascente. Isto se reflete, entre outros aspectos, na questão dos cuidados médicos:

Os cristãos fizeram muito para aliviar o sofrimento dos homens. Albergues, que mais tarde se transformariam em hospitais, foram construídos para abrigar os peregrinos. O primeiro grande hospital cristão foi construído por São Basílio em Cesareia, no ano 370, e o primeiro hospital no mundo ocidental foi erguido em Roma, no ano 400. (...) a figura do médico leigo entrava em declínio, pois a igreja encarava o cuidado dos doentes como obrigação moral de seus membros, sendo mais uma missão do que uma profissão remunerada. (ALMEIDA, 2009 apud MARGOTTA, 1998, p. 44).

O declínio da medicina leiga se agravou na Idade Média, já que, como já dito anteriormente, as funções de leitura e de estudo ficavam restritas aos monges e membros do clero. O serviço médico e de cuidados era visto como uma obrigação cristã baseada no mandamento que pregava o amor ao próximo. Entretanto, entre os séculos XII e XIII, inicialmente sob proteção das monarquias e do papado, começa o advento das universidades europeias, que ofereciam três áreas de especialização: Teologia, Direito e Medicina.

Entre o fim do século XIII e o início do século XV, na época de maior desenvolvimento das universidades, médicos e cirurgiões esforçam-se, no quadro geral de um processo de normalização e de institucionalização de sua disciplina, por definir solidamente a sua identidade científica e profissional. Uma das estratégias desenvolvidas para este fim será a marginalização de todos os que não seguem um *cursus* regular de estudos, e que não pertencem à sua corporação. (ALMEIDA, 2009 apud AGRIMI, 1993, p. 1283).

A partir da valorização do corpo como objeto de estudo e do surgimento da anatomia, o discurso científico se torna hegemônico e é nas mãos dos médicos que a vida deverá ser confiada. Foucault (1963) aponta que a incessante busca por redenção espiritual foi sendo substituída, paulatinamente, pela qualidade de vida e pela busca por saúde. Para o autor, é quando a noção de saúde invade o espaço outrora ocupado pela salvação da alma que o discurso médico e seu poder ascendem. Ademais, na investigação de Foucault (1963), a mudança ocorrida no saber médico demandou toda uma reorganização do ensino e da prática hospitalar. Até o século XVII, o hospital, enquanto um espaço político e administrativo, era

apenas o depositário da miséria e da morte próxima. No final do século XVIII, aos poucos, o hospital se articulou para se transformar em um espaço terapêutico, passando a formar médicos e produzir conhecimento.

Com o desenvolvimento da ciência, período que compreende os séculos XVII e XVIII, passou-se a buscar causas orgânicas que pudessem justificar a recusa alimentar, sobretudo devido aos notáveis avanços que a medicina dessa época desenvolvia sobre a anatomia e a fisiologia do corpo humano. Assim, os médicos começaram a prestar atenção a algumas características desse comportamento, tais como a duração dos jejuns, a quantidade e qualidade dos poucos alimentos que eram consumidos e os métodos adotados (BELL, 1985). Desta forma, a visão sobre o jejum autoimposto foi sendo modificada: se a princípio essa prática foi vista como santidade, posteriormente, através do saber médico, foi considerada uma enfermidade física ou mental. Isto aponta para uma mudança gradual referente à interpretação daquilo que estas moças manifestavam e indica que aos poucos o conceito evoluiu, tornando-se um diagnóstico médico pautado em sinais e sintomas.

O olhar empirista do médico está sempre atrelado a uma linguagem, intrinsecamente ligada às interpretações dos sintomas e sua transformação ou não em signos de doença, conforme demanda o raciocínio diagnóstico-clínico. É a partir disso que podemos entender o declínio do olhar religioso sobre o jejum autoimposto e o surgimento das descrições médicas da anorexia. A anexação do quadro como um sintoma patológico às ciências médicas emergentes na época transformou as santas miraculosas em pacientes histéricas. Cada caso de recusa alimentar passou a ser examinado isoladamente, sendo importante perceber suas peculiaridades e as diversas formas manifestas.

A explicação médica mais comum partia da teoria da fermentação. Sob este prisma, a presença de certas substâncias dentro do corpo era responsável pela impossibilidade de ingestão de alimentos, e era também o que permitia que certo valor nutricional fosse preservado, garantindo, com isso, a manutenção do organismo com vida. Ao mesmo tempo, era esta a explicação para o fato de serem, sobretudo, moças jovens que recusavam a alimentação, pois se acreditava também que a fermentação das substâncias estaria relacionada ao sangue menstrual, e através da amenorreia serviria como reserva alimentícia e assim, poderia mantê-las vivas (BELL, 1985).

A primeira descrição na literatura médica sobre jovens que rejeitavam alimentos foi de Richard Morton, médico inglês que em 1689 publicou em latim uma obra intitulada *Tisiologia sobre a doença da consunção*, na qual descreve a consunção ou atrofia nervosa, doença caracterizada por três principais sintomas: perda do apetite, amenorreia e emagrecimento

importante. Sua causa imediata, segundo o médico, deveria ser buscada no sistema dos nervos ou, mais precisamente, seria causada por tristeza e preocupações ansiosas (BIDAUD, 1998).

Seu livro traz o caso de Miss Duke, jovem de dezoito anos que teve seu ciclo menstrual interrompido motivado, segundo ele, por preocupações e paixões de sua mente. Miss Duke apresentava perda do apetite, queixas de má digestão, pele flácida e palidez, mas mesmo assim não aceitou nenhum tratamento e negligenciou qualquer cuidado consigo mesma por dois anos, quando decidiu procurar Morton para um aconselhamento. O médico descreve-a como “um esqueleto apenas coberto de pele” (WEINBERG; CORDÁS, 2006, p. 61) e afirma que a jovem não apresentava febre, mas um corpo muito frio, sem qualquer dificuldade respiratória, apenas apresentava desmaios frequentes e seu apetite encontrava-se consideravelmente diminuído. No entanto, Miss Duke recusou todos os remédios que Morton lhe ofereceu e veio a falecer três meses depois de sua ida a seu consultório. (SILVERMAN, 1983 apud WEINBERG; CORDÁS, 2006).

Apesar de sua descrição minuciosa da anorexia nervosa, Morton ficou mais conhecido pelos seus trabalhos sobre tuberculose, e foi somente ao longo dos séculos XVIII e XIX que a literatura médica passou a fazer referências ocasionais mais sistemáticas a estados de inanição voluntária e consequente emagrecimento.

Em 1764, cabe a Robert Whytt, médico de Edimburgo, a descrição de um caso de “atrofia nervosa” no qual relata a alternância entre a aversão por alimentos e a ingestão alimentar exagerada seguida de vômitos por um menino de quatorze anos. Para este autor, a recusa alimentar seria explicada a partir da disfunção dos nervos gástricos. Foi Whytt o responsável por conferir a esta patologia um estatuto de organicidade, atribuindo uma visão médica acerca de sofrimentos relegados anteriormente a um plano meramente místico (BELL, 1985).

Posteriormente, em 1789, o francês Naudeau fez uma descrição sintomatológica da doença da consunção, descrevendo-a como uma doença dos nervos marcada pela repulsa aos alimentos. Atualmente é possível entender, em seus estudos, uma aproximação de seus relatos clínicos aos quadros típicos da anorexia nervosa, como amenorreia e emagrecimento importante.

Em sua pesquisa sobre a psicopatologia da anorexia mental, Bidaud (1998) cita Pinel (1813) que defendia que as questões relacionadas à alimentação tinham a ver com os excessos da mesa dos mais ricos, e também com os jejuns e abstinências. As chamadas neuroses digestivas eram compostas, para Pinel (1813), por esses excessos e privações relacionados ao

contexto social e cultural, de acordo com as regras e rituais que faziam parte das práticas alimentares.

Durante o século XIX, um número crescente de médicos em todo o mundo passou a se dedicar aos distúrbios psiquiátricos e, na medida em que mais doenças mentais foram sendo descritas, a psiquiatria pode se estabelecer dentro da medicina, com organização profissional e publicações próprias. É desta forma que, segundo Bell (1985), na segunda metade do século XIX começaram a aparecer na literatura médica e psiquiátrica descrições bem delimitadas do quadro que em breve seria denominado anorexia nervosa ou mental. Um médico americano chamado Chipley descreve, em 1859, o medo intenso de comer, mas relacionando-o a outros problemas mentais ou a desordens digestivas, não como uma questão central.

O psiquiatra francês Louis-Victor Marcé traz, em 1860, um trabalho intitulado *Note sur une forme de délire hypochondriaque consécutive aux dyspépsies et caractérisée par le refus d'aliments*, no qual discorre sobre meninas que, no período da puberdade, se tornam convictas de que não podem ou não devem comer. O autor traz claramente a ideia de uma desordem gástrica que se torna, segundo ele, cérebro-nervosa, com uma ideia delirante como ponto de partida. Segundo ele:

(...) meninas que no período da puberdade e após um desenvolvimento precoce se tornam sujeitas a inapetências levadas ao limite máximo (...) chegam a uma convicção delirante de que não podem ou não devem comer (...) a desordem gástrica se torna cérebro-nervosa (...) não é mais o estômago que requer atenção porque o estômago é capaz de digerir e sofre apenas da necessidade de comida (...) é a ideia delirante que constitui o ponto de partida e está na essência da doença, as pacientes não estão mais dispépticas – elas estão insanas (...) (MARCÉ, 1860apudBELL, 1985, p.134).

Através desta citação podemos notar o deslocamento de uma hipótese orgânica para uma interpretação mental sustentada por uma ideia que o autor chama de delirante e que diz respeito à impossibilidade de comer, presente na doença. Assim, foi atribuído à gênese da anorexia um fator emocional, consideração fundamental para o desenvolvimento do conceito. Neste período, então, começa a haver uma interpretação mental presente na descrição de casos de anorexia, deixando de lado as hipóteses que abarcavam apenas perturbações estomacais como as principais causadoras da inapetência. Atribui-se à gênese da recusa à alimentação um fator emocional, pontapé inicial para o desenvolvimento do conceito de anorexia nervosa.

Entretanto, apenas no final do século XIX surge o relato de William Gull, em 1868, que passou a empregar o termo “anorexia nervosa” para designar pacientes que apresentavam

grave debilidade física por inanição de origem nervosa, mas que não podiam ser descritos como melancólicos. Inicialmente, a terminologia adotada por Gull foi “apepsia histérica”, depois substituída por “anorexia nervosa”, por se levar em conta sua relação com o sistema nervoso central, nomenclatura ainda usada pelos países de língua inglesa, pela Alemanha e pela Rússia. A anorexia passou a ser nervosa por se levar em conta sua relação com o sistema nervoso central, deixando aberta a possibilidade de que pudesse existir também nos homens e não apenas em mulheres, o que a associação com a histeria poderia sugerir naquela época.

Bidaud (1998) aponta que Gull (1868) definia a anorexia como uma privação do apetite, passando, então, da condição de perda do apetite, como supunha Morton (1689), para a condição de privação do apetite. Essa nova concepção da anorexia traz à tona a possível implicação voluntária do sujeito na recusa à alimentação, não por falta de apetite, mas por uma decisão de si próprio.

Por volta dessa mesma época, em 1873, Lasègue começa a se interessar pelo mesmo assunto. Segundo Recalcati (2004), Lasègue foi o psiquiatra que primeiro situou a anorexia como síndrome psicopatológica autônoma, clinicamente específica da psiquiatria. Lasègue (1873), após observar oito casos de mulheres anoréxicas com idade entre 18 e 32 anos, concluiu que a doença expressava uma “perversão mental”, e enfatizou os aspectos emocionais e a contribuição do contexto familiar na perpetuação dos sintomas. O autor caracterizou o quadro de anorexia como uma grande resistência da paciente em alimentar-se, interrupção das menstruações, constipação, pele ressecada e vertigens. Pela especial importância atribuída à interação família/paciente, Lasègue defendia que o tratamento da pessoa acometida pela anorexia deveria se dar distante do âmbito familiar, sendo o tratamento moral necessário à cura.

Um pouco depois, o próprio Gull (1874) descreveu o caso de três pacientes cujos sintomas eram perda severa de peso, amenorréia, inquietação etc. Chamou-lhe atenção nessas pacientes a obstinação pelo emagrecimento e a determinação em manter a privação alimentar que era acompanhada de intenso bem-estar e vigor físico. Para Gull, assim como para Lasègue, o tratamento deveria consistir em persuadi-las a comer, sendo necessário seu afastamento da família e amigos.

Recalcati (2004) aponta que Lasègue e Gull trouxeram duas perspectivas diferentes para a clínica da anorexia. Gull entendia a anorexia como um distúrbio oriundo de complicações nervosas, como uma disfunção dos ramos gástricos do nervo pneumogástrico, o que evidenciaria uma forte predominância do componente genético que se encontrava presente nas possíveis explicações para doenças mentais naqueles tempos.

Lasègue (1873), por sua vez, compreendeu a anorexia dentro do campo da histeria, denominando-a anorexia histérica, termo que posteriormente seria modificado para *anorexia mental* pelo psiquiatra Huchard, em 1883, na tentativa de dissociar a anorexia e a histeria. É esta a terminologia adotada atualmente na França e na Itália e em países sob influência desses dois. Lasègue (1873) identificou nesses pacientes um consentimento em relação à inapetência e comparou a anorexia a um estado de alienação, percebendo neles um prazer e um autocontrole em relação à alimentação. Supôs, então, que havia alguma dimensão ainda oculta que mantinha o sujeito fixado no sintoma, além do autoerotismo mantido pela fome. O autor também chama a atenção para um aspecto paradoxal da doença: o sujeito parece obter algum tipo incompreensível de satisfação de seus sintomas:

Lo que domina en el estado mental de la histérica es ante todo una tranquilidad –yo diría casi una placidez– verdaderamente patológica. No sólo no suspira por la curación, sino que se complace en su condición a pesar de todas las contrariedades que le suscita (LASÈGUE, 1873, p.277).

Bidaud (1998) afirma que o trabalho de Lasègue acrescenta comentários relevantes sobre a implicação da jovem anoréxica em sua doença:

Ressaltando o contentamento e a complacência na atitude da anoréxica, Lasègue é o primeiro a captar a dimensão de prazer ou de gozo como força fundamental na sua organização psíquica: “prazer do auto-controle, prazer de controlar o terapeuta, prazer ligado a uma forma de auto-erotismo mantido pelo aguçamento da fome (BIDAUD, 1998, p. 17).

Prazer este tão bem ilustrado pela jovem santa, já citada no capítulo anterior, Catarina de Siena:

Meu corpo não aceita alimento algum, nem mesmo uma gota de água, e sofro tantos doces tormentos corpóreos, como nunca os tive iguais, a ponto de minha vida estar por um fio (R. DE CAPOUE, Lettre XLIX aux seigneurs de Florence, 1380, apud BIDAUD, 1998, p. 128).

A importância das contribuições de Gull e de Lasègue deve-se ao fato de que é somente a partir de seus relatos que a anorexia passou a fazer parte do conhecimento clínico e a se constituir como objeto de estudos sistemáticos no âmbito médico. Ainda que ambos não tenham se afastado totalmente daquilo que poderia ser considerado orgânico nos casos de anorexia, e tendo em vista que se trata de um período pré-psicanalítico, é relevante a

importância atribuída à motivação emocional da doença que identificamos já nestes trabalhos precursores ao surgimento da psicanálise.

Em 1885, segundo Bidaud (1998), Charcot, professor na Faculdade de Medicina de Paris e médico da Salpêtrière, começou a pesquisar as doenças nervosas e trouxe à tona casos nos quais não havia causas orgânicas para justificar os sintomas trazidos pelas histéricas. Segundo Weinberg & Cordás (2006), a histeria a que se referiam os médicos, naquela época, apresentava-se como uma perversão do sistema nervoso central, sustentada pela existência de alguma lesão cerebral, e ao mesmo tempo uma perversão moral, já que a paciente sente prazer na doença e recusa tratamento. A anorexia era, então, associada pelos médicos desta época à histeria, já que as anoréxicas pareciam apresentar comportamento manipulador e dissimulado semelhante ao das histéricas.

Charcot (1885) apresenta o método de isolamento terapêutico em sua palestra intitulada “O isolamento no tratamento da histeria”. Neste trabalho o médico enfatiza o que chamou de “a influência curativa do isolamento”, parte do tratamento que consistia na remoção do paciente do lugar onde a doença havia se originado e a supressão de todas as visitas de amigos e parentes. Ele recomendava que as pacientes fossem colocadas sob cuidados de outras pessoas:

As doentes são postas sob a direção de pessoas competentes e experimentadas: são, habitualmente, religiosas que uma longa prática tornou especialistas o manejo desse gênero de doentes (...). Os pais são sistematicamente afastados até o dia em que, tendo-se produzido uma melhora nítida, permite-se às doentes, a título de recompensa, vê-los (CHARCOT, 1890 apud BIDAUD, 1998, p. 18).

Para exemplificar a eficácia de seu método, Charcot expôs, em 1887, o quadro clínico de uma paciente de quatorze anos que recusava qualquer alimento e que foi até ele por procura dos pais. Segundo ele, “era um desses casos que se limitam com a histeria, porém que não lhe pertencem com exclusividade, e que foram admiravelmente descritos por Lasègue na França e por W. Gull na Inglaterra sob o nome de anorexia nervosa ou anorexia histérica” (WEINBERG; CORDÁS, 2006 apud SILVERMAN, 1997, p. 69). Charcot se refere à adolescente como um “esqueleto vivo, um espetáculo lamentável” (IBIDEM, p. 70). Bell (1985) apresenta a seguinte descrição da paciente de Charcot:

Uma jovem de treze ou quatorze anos que há cerca de cinco meses recusa insistentemente todo alimento. Não tem nenhuma enfermidade, tampouco alguma disfunção do tipo digestivo. Simplesmente não come e não quer comer – ainda que algumas vezes o faça escondido. A família aguarda que o desejo de alimentar-se reapareça, já que nem pedidos ameaças ou castigos conseguiram vencer sua tenaz

resistência. A menina emagreceu a tal ponto que parece um esqueleto vivo. É difícil saber como consegue sobreviver (CHARCOT, 1887 apud BELL, 1985, p. 156).

Segundo ele, os resultados do isolamento foram “rápidos e maravilhosos”. Apesar da repugnância à comida, a paciente aceitou alimentar-se durante o isolamento e depois de dois meses já havia recuperado suas forças. Charcot (1887) apud Bell (1985) relata uma confidência da jovem feita a ele:

Enquanto papai e mamãe não me deixaram, em outras palavras, enquanto você não triunfou, porque eu sabia que você gostaria de me internar, eu acreditava que minha doença não era séria e como eu tinha horror a comer, não comia. Quando eu vi que você era o mestre, eu tive medo, e apesar da minha repugnância, eu tentei comer e consegui fazê-lo pouco (CHARCOT, 1887, p. 243, apud BELL, 1985, p. 157).

Bell (1985) relata também que Charcot certa vez, ao examinar uma paciente, encontrou uma fita cor de rosa amarrada em sua cintura, obtendo posteriormente a confissão de que se tratava de um método para que não ficasse gorda como a mãe. Assim, a fita seria uma medida que não poderia ser ultrapassada, o que levou Charcot a criar o conceito de *idée fixe d'obésité* (ideia fixa de obesidade) presente nas anoréxicas histéricas. Outro ponto de encontro entre a anorexia e a histeria, segundo ele, era sua grande incidência entre mulheres e também a presença, nesses quadros, do que poderia ser visto como impasses da feminilidade, ou seja, a dificuldade em lidar com o corpo e com a sexualidade feminina – questões só posteriormente trabalhadas com a psicanálise de Freud e Lacan.

Convém aqui apontar que era este o tempo em que o saber médico havia se apropriado da histeria, como foi demonstrado através das célebres sessões clínicas da Salpêtrière através de Charcot e seus discípulos. Pierre Janet, psiquiatra francês, ao estudar a anorexia relacionou a vergonha do corpo feminino ao medo de engordar, e considerou que a recusa alimentar tinha o objetivo de estagnar o crescimento, retardando a maturidade sexual (BELL, 1985). Para este autor, a sintomatologia anoréxica apontava para significados diversos dependendo do quadro em que se manifestava. Na histeria, a anorexia se evidenciava através de sintomas somáticos, vômitos, perda real de apetite e repugnância pelos alimentos. Já nos quadros obsessivos, estava presente através de um medo de crescer, sob a forma do medo de engordar e do controle do corpo e da alimentação e, havia ainda, a persistência da fome (BELL, 1985).

Do ponto de vista da medicina, desde os primeiros estudos de casos de anorexia, foi dada especial ênfase à descrição e à identificação de sinais e sintomas mais frequentes na anorexia nervosa. Esta preocupação com a descrição sintomatológica está também presente na

atual abordagem psiquiátrica dos transtornos alimentares, dentre os quais encontramos não só a anorexia nervosa, mas também a bulimia nervosa e o comer compulsivo. O conjunto de sinais e sintomas observáveis pelo psiquiatra leva-o a crer que um indivíduo apresenta determinado tipo de transtorno. A preocupação com o exame sintomatológico acarreta na perda da dimensão da singularidade do sofrimento, pois além de "transtornado" em sua alimentação, o paciente é também um sujeito que sofre a seu modo, de acordo com suas questões subjetivas.

É a partir disso, portanto, que ainda que a anorexia demonstre uma íntima relação com o corpo biológico, não é neste que se esgota a questão do sujeito anoréxico. A anorexia não se reduz à tentativa de explicações sobre sua etiologia e tampouco a motivos que pretendam dar conta do quadro em sua totalidade. É nesse sentido que a psicanálise vem tentar contribuir à compreensão dos casos de anorexia nervosa.

Podemos constatar, então, que os sintomas anoréxicos adquiriram contornos variados ao longo da história, desde uma forma de expiação dos pecados até um meio de se inserir no que o mundo midiático apresenta como correto. É importante sublinhar como a psicanálise se posiciona de forma diferente da medicina em relação à anorexia. Enquanto a medicina e a psiquiatria se esforçam para descrever os fenômenos e classificar a anorexia como um transtorno, através do CID-10 (Classificação Internacional das Doenças – volume 10), a psicanálise rompe com esse modelo fenomenológico e estereotipado, apontando para algo particular de cada sujeito que constrói seus sintomas como forma de resposta às motivações inconscientes.

A psicanálise entende que embora as condições sociais sejam relevantes, elas não são determinantes, e desse modo considera que na anorexia não se trata de uma síndrome social, mas de uma posição do sujeito. Nesse sentido, para a psicanálise trata-se não de insistir no sentido social, mas de incluir o sujeito. Na medida em que se leva em conta o sintoma do sujeito como singular, a anorexia pode ser considerada, na neurose, como uma forma de dar uma solução para um conflito psíquico.

Em sua obra, Freud não se ateu à questão da anorexia com exclusividade, entretanto, conforme destacam Silva e Bastos (2006), sempre falou da anorexia como um sintoma. Os sintomas de ordem alimentar presentes nos casos relatados por Freud se encontram articulados à sexualidade ou, mais propriamente, às “forças pulsionais de cunho sexual” (FREUD, 1905, p. 154) que o autor localizava na etiologia das psiconeuroses. O próximo capítulo trará as contribuições que a psicanálise, de Freud a Lacan, trouxe para a compreensão da anorexia nervosa.

3 A PSICANÁLISE E O SINTOMA DA ANOREXIA

Ainda que a anorexia enuncie uma íntima relação com o corpo biológico, não é neste que se esgota a questão. A anorexia não se reduz à tentativa de explicações sobre sua etiologia, tampouco a motivos que pretendam dar conta do quadro em sua totalidade. É nesse sentido que a psicanálise vem responder à tentativa de compreensão da anorexia nervosa oferecendo, na verdade, outra definição do quadro anoréxico.

Ao propor que “o ego não é o senhor da sua própria casa” (FREUD, 1916/1917, p. 153), Freud retira o eu do lugar de comando dos processos psíquicos. Lacan (1957, p. 521) reitera essa proposição freudiana ao dizer “penso onde não sou, logo sou onde não penso”, reafirmando que o sujeito do inconsciente não está submetido aos critérios da razão. É a verdade do sujeito o que está em questão, intimamente ligada às suas experiências subjetivas, ao saber inconsciente e ao seu desejo.

Enquanto a medicina reúne seus esforços para classificar, descrever e corrigir as alterações corporais e comportamentais apresentadas pelos pacientes que sofrem de anorexia, a psicanálise, desde Freud, está interessada em analisar os fatores subjetivos vinculados à recusa alimentar. Para a psicanálise, portanto, a anorexia não é considerada um transtorno que deve ser corrigido, mas um sintoma, uma forma que o sujeito encontra de se organizar subjetivamente. Sendo assim, analisaremos as contribuições freudianas e lacanianas acerca da anorexia nervosa, bem como o conceito de sintoma para a psicanálise.

3.1 Considerações freudianas acerca da anorexia nervosa

Freud enveredou-se na investigação da anorexia em alguns de seus casos clínicos e ligou a anorexia à histeria. Curiosamente, desde cedo o autor nos alertou sobre a contraindicação da psicanálise em casos de anorexia, uma vez que a prática psicanalítica só seria adequada para casos em que “(...) a pronta eliminação dos sintomas não seja a tarefa primordial do médico, como na anorexia” (FREUD, 1904, p. 237). No ano seguinte, Freud (1905) volta a afirmar que “(...) não se deve recorrer à psicanálise quando se trata de eliminar com rapidez fenômenos perigosos, como por exemplo, na anorexia histérica” (FREUD, 1905, p. 248).

Em seu texto *Um caso de cura pelo Hipnotismo* (1892-1893), o autor conta um caso no qual foi chamado a realizar sessões de hipnose em uma mãe que apresentava sintomas anoréxicos após o nascimento de seus filhos. Começou quando a mulher estava se preparando para a amamentação de seu primeiro filho, mas houve pouca produção de leite e ela sentia dores fortes quando se esforçava para amamentá-lo. Em seguida, a paciente começou a não sentir mais fome e a ter episódios de insônia. Quando finalmente decidiu abandonar as tentativas de amamentar e recorreu a uma ama de leite, seus sintomas desapareceram e ela pode voltar a ter apetite e a dormir bem. Três anos depois, nasceu o segundo bebê, e os esforços da mãe para amamentação eram bem menos sucedidos ainda. Além de todos os sintomas anteriores, a paciente passou a vomitar tudo o que comia, e então os médicos que a acompanhavam decidiram encaminhá-la a Freud para sessões de hipnose.

Freud (1893) chegou a afirmar em seu texto *Sobre os mecanismos psíquicos dos sintomas histéricos: uma conferência* que a combinação de anorexia e vômito é um dos sintomas mais frequentes na clínica com histéricas, relacionando a repulsa por comida com o asco. Referindo-se à paciente Emmy Von N., que relatava que não conseguia se alimentar bem, Freud (1893) descreve:

Ela comia tão pouco por não gostar do sabor, e não podia apreciar o sabor porque o ato de comer, desde os primeiros tempos, se vinculava a lembranças de repulsa cuja soma de afeto jamais diminuía em qualquer grau; e é impossível comer com repulsa e prazer ao mesmo tempo. Sua antiga repulsa às refeições permanecera inalterada porque ela era constantemente obrigada a reprimi-la, em vez de livrar-se dela por reação. Na infância ela fora forçada, sob ameaça de punição, a comer a refeição fria que lhe era repugnante, e nos anos posteriores tinha sido impedida, por consideração aos irmãos, de externar os afetos a que ficava exposta durante suas refeições em comum (FREUD, 1893, pp.118-119).

No caso de Emmy, Freud (1893) afirma que os sintomas podem ser divididos entre “alterações do temperamento (ansiedade, depressão melancolia), fobias e abulias (inibições da vontade)” (FREUD, 1893, p.132). Através das sessões de hipnose realizadas com Emmy, Freud entendeu que a anorexia da paciente apresentava-se como um tipo de abulia proveniente de associações cheias de afeto, vinculadas a cenas traumáticas da infância. Hipnotizada, Emmy expressava repugnância ao se lembrar das cenas em que era forçada a comer refeições frias, momentos também nos quais não podia expressar seu incômodo em se alimentar junto aos irmãos doentes.

Freud faz um paralelo entre a abulia, que pode ser caracterizada como uma paralisia psíquica, e as paralisias das conversões histéricas. Ele descreve as causas das paralisias histéricas como um grupo de ideias vinculadas a uma parte do corpo que ficam inacessíveis a

novas possibilidades de associações. Assim, a parte do corpo paralisada fica ligada a uma emoção que não foi descarregada. A abulia de Emmy é um bom exemplo desta comparação, já que a falta de apetite também é relacionada às lembranças repugnantes não liberadas, o que coloca as paralisias psíquicas sob os mesmos mecanismos das paralisias motoras das histéricas. Desse modo, as abulias também são referentes às ideias que estão impossibilitadas de associações.

Posteriormente, em *Rascunho G*, Freud (1895) retoma a anorexia como associada à melancolia e ao não desenvolvimento da sexualidade. Freud relaciona a perda de apetite com a perda da libido, fazendo uma analogia entre a anestesia sexual e a anorexia nervosa. Claramente, Freud (1895) descreve:

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 em que a sexualidade não se 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 (FREUD, 1895, p.222-223).

Na carta 105 dirigida a Fliess (1899), Freud relaciona a repulsa aos alimentos aos sintomas de conversão. Nela, o autor cita uma paciente que apresentava episódios de “vômito histérico”. Ele observa que o sintoma aparece no lugar onde “um pensamento recalcado e o pensamento recalcador conseguem juntar-se na realização do desejo.” (FREUD, 1899, p.375). Afirma que o sintoma “é um par contraditório da realização de desejos”. Por um lado, a paciente vomita porque não tolera não estar grávida de seu amante, mas por outro, “também tem de vomitar porque, nesse caso passará fome e ficará emagrecida, perderá sua beleza e não será mais atraente para ninguém” (FREUD, 1899, p. 375).

Você sabe, por exemplo, porque X.Y. padece de vômitos histéricos? Porque, na fantasia, ela está grávida, porque ela é tão insaciável que não consegue tolerar o fato de não ter um bebê também de seu último amante em sua fantasia. Mas ela também tem de vomitar porque, nesse caso, passará a fome e ficará magra, perderá sua beleza e não mais será atraente para ninguém. Assim, o sentido do sintoma é um par contraditório de realizações de desejos (FREUD, 1899, p.375).

Ainda nessa correspondência de Freud direcionada a Fliess (1899), o autor afirma que os ataques histéricos são realizações de desejo, tal como os sonhos, porém de desejos do pensamento recalcador:

Para um sonho, é suficiente que ele seja a realização de desejo de um pensamento recalcado, pois os sonhos são mantidos longe da realidade. Mas um sintoma, que

está inserido no meio da vida, precisa constituir algo mais, além disso: precisa ser também a realização de desejo do pensamento recalcador. O sintoma surge ali onde o pensamento recalcado e o pensamento recalcador conseguem juntar-se na realização do desejo. Um sintoma é a realização de desejo do pensamento recalcador quando, por exemplo, o sintoma constitui uma punição, uma autopunição, a substituição final da autogratificação, da masturbação (FREUD, 1899, p.210).

Em 1905, em seu texto *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, Freud (1905) estabeleceu que a função nutricional está atrelada à atividade sexual, com um mesmo objeto servindo às duas funções:

A primeira dessas organizações sexuais pré-genitais é a oral, ou se preferirmos, canibalesca. Nela, a atividade sexual ainda não se separou da nutrição, nem tampouco se diferenciaram correntes opostas no seu interior. O objeto de uma atividade é também o da outra, e o alvo sexual consiste na incorporação do objeto – modelo do que mais tarde irá desempenhar, sob a forma da identificação, um papel psíquico tão importante (FREUD, 1905, p.186).

No relato do caso do Homem dos Lobos, Freud (1918 (1914)) volta a falar sobre a anorexia. Chamando de “resultado de algum processo na esfera da sexualidade” (p.133), Freud entende as questões do seu paciente com a comida como um distúrbio do apetite que se dá a partir de uma aversão à sexualidade. Tal aversão é finalmente associada pelo autor à anorexia como uma neurose própria das meninas no período da puberdade:

Sabe-se que em época bem mais adiantada, em meninas que estão na puberdade, há uma neurose que exprime a recusa sexual mediante a anorexia; é lícito estabelecer sua relação com essa fase oral da vida sexual (FREUD, 1918 (1914), p.141).

Ainda em *História de uma neurose infantil*, Freud (1918(1914)), destaca:

A primeira coisa que ouvimos dele é o distúrbio do apetite, que, de acordo com outras experiências, mas como toda a reserva, eu apreenderia como resultado de um processo no âmbito sexual. (...) O dano ao instinto de alimentação – que naturalmente pode ter outras causas – nos leva a atentar para o fato de que o organismo não conseguiu dominar a excitação sexual. A meta sexual dessa fase só poderia ser o canibalismo, a devoração; ela aparece em nosso paciente mediante a regressão de um estágio mais alto, no medo de ser devorado pelo lobo. Esse medo tivemos que traduzir assim: ser possuído sexualmente pelo pai (FREUD, 1918(1914)), p.140-141).

Em *Luto e Melancolia*, Freud (1915) volta a apontar a recusa de alimentos como o sintoma de uma melancolia grave. Devido à impossibilidade de investir libidinalmente em novos objetos, o sujeito se reduz ao seu próprio eu, se autoconsumindo.

Apesar de não desenvolver mais o assunto, Freud considerou a anorexia possível de se

manifestar na psicose quando a associou à melancolia e ao caso do Homem dos Lobos. Consideramos necessário, apesar de não ser o foco central deste trabalho, abordar a recusa alimentar na psicose, o que Recalcati (2003, p. 23) chamou de “negação mortífera do Outro através da negação do alimento”. O Homem dos Lobos recusava o alimento para não ser devorado pelo Outro. Na psicose, a anorexia denuncia uma recusa radical do gozo do Outro, diferente do que acontece com a histérica, que recusa a demanda do Outro para defender o seu desejo. Recalcati (2003) distingue clinicamente as dimensões neurótica e psicótica da anorexia por meio do estudo dos “dois nada”, a partir da perspectiva lacaniana de que a escolha da anoréxica é de “comer nada”. Trabalharemos mais essas distinções posteriormente.

Na perspectiva freudiana é possível constatar a diferença crucial em relação à concepção religiosa do jejum, tratada anteriormente, a qual associava o jejum a uma prática ascética da purificação e elevação espiritual. A privação alimentar no contexto religioso se estrutura de forma bem diferente do que Freud propõe ao longo de sua obra. A partir do que o autor chama de “perversão da vontade” (FREUD, 1892-1893, p. 178), as pacientes desejam ter determinada conduta, mas se mostram impedidas por algo que lhes escapa à consciência. Ele define uma sintomatologia causada por ideias removidas da consciência e na qual conteúdos inconscientes determinam o funcionamento de algumas funções:

Em consonância com a tendência da dissociação da consciência, que se observa na histeria, a ideia antitética aflitiva, que parece estar inibida, é removida da associação das ideias juntamente com a intenção e continua a existir como ideia desconectada de seu contexto, muitas vezes sob uma forma da qual o paciente não tem consciência (FREUD, 1886-1889, p. 177).

A psicanálise surge marcando uma reviravolta no saber médico do século XIX, evidenciando uma nova causalidade aos sofrimentos psíquicos e até mesmo orgânicos. É possível distinguir, dessa forma, três maneiras de compreender a privação alimentar: o jejum místico e voluntário como um ideal ascético relacionado ao discurso religioso; a recusa alimentar compreendida a partir da entrada do discurso científico, que introduz a patologização da perda do apetite e emagrecimento profundo, e, por fim, o discurso psicanalítico que prioriza o inconsciente e evidencia a origem psíquica do sintoma que causa o sofrimento corporal.

Podemos entender, então, que a recusa de alimentos aparece, nos escritos de Freud, como um sintoma, algumas vezes relacionado à melancolia e outras à histeria, que eclode no período pubertário para denunciar um conflito sexual. A repulsa à sexualidade por meninas em idade jovem traria uma perda de libido e ocasionaria a perda do apetite. Para a psicanálise,

portanto, desde Freud, a anorexia não é classificada como um transtorno ou uma estrutura, mas como um sintoma. Sendo assim, o próximo ponto deste trabalho irá apresentar o estudo do sintoma para a psicanálise, visto que o surgimento da anorexia em cada sujeito se deve à formação sintomática.

O conceito de sintoma para a psicanálise não assume as mesmas definições do senso comum ou do campo médico. Seja na norma léxica, no conhecimento popular ou no saber médico, o conceito de sintoma é tomado como a manifestação de uma doença e por isso deve ser tratado. Freud (1917) fala sobre o que é o sintoma para o senso comum e a medicina:

Para o leigo, os sintomas constituem a essência da enfermidade, e a cura é, para ele, a eliminação dos sintomas. Para o médico, importa diferenciar os sintomas da doença, e a remoção dos sintomas, afirma ele, ainda não é a cura da doença. (FREUD, 1917, p.475).

No sentido léxico o sintoma é entendido como um fenômeno das funções ou da constituição material dos órgãos, próprio para indicar a existência, a sede e a natureza de uma enfermidade, segundo o dicionário Michaelis (1998/2009). Esse significado aponta para uma definição de sintoma como sinal da manifestação de alguma alteração no organismo que deve ser tratada e eliminada.

No que tange o campo psicanalítico há algumas diferenças, principalmente porque a psicanálise não objetiva a cura do sintoma. Quinet (2000) aponta que o sintoma para a clínica médica é um fenômeno que se opõe ao estado de saúde, e seu significado como significante é sempre patológico. Já para a psicanálise, o sintoma, que também é apreendido como significante, não apresenta um caráter patológico. É um sinal, não de doença, mas do sujeito:

Para a psicanálise, o sintoma não remete a uma doença que tenha algum substrato anatomopatológico, ou seja, não remete a um significado generalizável nem a um significado patológico. Assim, o significado do sintoma tosse de um sujeito, por exemplo, é diferente do que é a tosse para outro sujeito. O sintoma para a psicanálise não revela a verdade de uma doença orgânica, o que não quer dizer que não revele uma verdade: trata-se da verdade do sujeito do inconsciente. (QUINET, 2000, p.120).

3.2O sintoma em Freud

Para Freud (1917, p. 475), eliminar os sintomas não equivale a curar a doença. A única coisa tangível que resta da doença, depois de eliminados os sintomas, é a capacidade de

formar novos sintomas. Neste sentido, a psicanálise não tenta intervir no sintoma, mas provocando efeitos no sujeito, ou seja, não visa à cura, mas à investigação do inconsciente, ou seja, objetiva se debruçar sobre o sujeito do inconsciente, em um trabalho no qual a cura vem por acréscimo.

As neuroses, para a psicanálise, são a expressão de conflitos entre o eu e as pulsões impedidas de se tornarem conscientes por serem incompatíveis com os padrões do eu, ou seja, são afastadas da possibilidade de satisfação. Esse recalçamento das pulsões, porém, facilmente fracassa e a libido represada, que foi repelida pela realidade, deve agora procurar outras vias de satisfação. Ela, então, regride a fases anteriores do desenvolvimento infantil, a pontos de fixações infantis que são capazes de terem efeitos traumáticos. Freud afirma (1917):

Como veem, a escapada da libido, nas condições do conflito, é possibilitada pela presença das fixações. O investimento regressivo dessas fixações permite contornar a repressão e leva a uma descarga—ou satisfação—da libido, na qual as condições do compromisso precisam ser mantidas. Através do rodeio pelo inconsciente e pelas antigas fixações, a libido consegue enfim avançar rumo a uma satisfação real que, no entanto, é extremamente limitada e já quase irreconhecível. (...) Onde, então, a libido encontra as fixações de que necessita para romper as repressões? Nas práticas e vivências da sexualidade infantil, nas tendências parciais abandonadas e nos objetos da infância que foram deixados para trás. É para eles, pois, que a libido retorna. (FREUD, 1917, p. 478-479).

O resultado dessa regressão são os sintomas, que têm a natureza de conciliação, de formação de compromisso entre as duas forças que entraram em luta no conflito: a libido insatisfeita, recalcada, e a força repressora. É esse acordo entre as partes em luta que torna o sintoma tão resistente. O sintoma é um substituto de algo que foi afastado pelo recalçamento, indica o retorno do recalcado e é uma satisfação sexual substitutiva para desejos sexuais não realizados. Sofre deslocamentos e modificações, uma vez que não escapa inteiramente à censura, então é uma satisfação substituta deformada, irreconhecível.

Podemos entender os sintomas, segundo a concepção freudiana, como formações de compromisso resultantes do conflito entre a sexualidade infantil recalcada de um lado, e as exigências da realidade moral do outro. As manifestações sintomáticas, assim como sonhos, atos falhos e chistes, são índices do recalcado. Através das manobras da condensação e do deslocamento, o recalcado produz efeitos irreconhecíveis para o sujeito, os quais, muitas vezes, geram desprazer na consciência, embora traduzam substitutivamente uma satisfação libidinal inconsciente. Portanto, na perspectiva freudiana, o sintoma é o retorno do recalcado e porta um sentido inconsciente decifrável na experiência analítica.

Na Carta 105 a Fliess, Freud (1899, p.210) expõe que “(...) o sentido do sintoma é um par contraditório de realizações de desejos”, ou seja, o sentido que mantém o sintoma é ao mesmo tempo um sem sentido, na medida em que ele serve tão somente para o gozo do neurótico. Freud (1917) nos mostra:

(...) sempre e em toda parte o sentido dos sintomas é desconhecido do doente, que a análise demonstra com regularidade serem esses sintomas derivados de processos inconscientes, mas que podem se tornar conscientes sob diversas condições favoráveis(FREUD, 1917, p.372).

Tendo a psicanálise começado pela histeria, Freud, a princípio, toma o sintoma histérico como modelo do sintoma neurótico. Na análise do caso de Elizabeth Von R., Freud (1895) estabelece a conexão do desejo inconsciente com o sintoma: a paciente se apaixonara pelo cunhado, mas recalcara esse sentimento durante o casamento da irmã. Quando esta vem a falecer, vem à cabeça de Elizabeth o pensamento “ele está livre para mim”. Pouco depois adoece, passando a ter fortes dores na perna e desenvolvendo uma paralisia nesse membro. No decorrer do tratamento, Elizabeth descobre o sentimento recalcado pelo cunhado e Freud conclui estabelecendo a conexão do desejo inconsciente com o sintoma. O que acontece no caso de Elizabeth é uma substituição do recalcado pelo sintoma, o que mais tarde Lacan identificará como uma metáfora.

Então, para a consciência do sujeito, o sintoma não faz nenhum sentido, e muitas vezes isso é relatado pelo próprio paciente na chegada à análise, quando diz que não sabe por que age de determinada forma ou por que alimenta determinada repetição. Do ponto de vista inconsciente, entretanto, há um sentido operante, por mais absurdo que esse possa parecer para o sujeito. Esse sentido contribui para a formação do sintoma, já que, como metáfora, o sentido produz sentido ao mesmo tempo em que é produzido por um sentido inconsciente, mesmo que para a consciência isso seja sem nexos.

Em 1920, a partir da publicação de *Além do princípio do prazer*, Freud traz mudanças na sua concepção do aparelho psíquico e uma nova formulação acerca das forças que organizam o funcionamento deste aparelho. Com a introdução da segunda tópica do aparelho psíquico e da noção de pulsão de morte, Freud avança com o intuito de demonstrar que, para além do princípio do prazer, há um real de gozo impossível de ser representado, demonstrando, com isso, o caráter problemático da realidade psíquica que se expressa no sintoma. Partindo do conceito de pulsão de morte, aponta para o caráter paradoxal da

satisfação pulsional para além do prazer, do qual o sujeito não pode abrir mão. Essa satisfação paradoxal pode situar-se como desprazer e até atentar contra o sujeito.

No texto *Inibições, sintomas e angústia*, Freud (1926) propõe uma ideia muito importante na concepção do sintoma, que foi retomada e aprofundada na teoria lacaniana: a ideia de satisfação do sintoma. Apesar de em outros estudos ele indicar que o sintoma realiza a satisfação dos impulsos recalcados, nesse momento Freud (1926) amplia esta ideia da satisfação e apresenta duas linhas de comportamento que o Eu adota em relação ao sintoma, referindo-se ao ganho secundário da doença, *Krankheitsgewinn*, conceito discutido por Freud em sua vigésima quarta conferência introdutória à psicanálise (1916/17) e trazido também em uma nota de rodapé acrescentada em 1923 ao capítulo um de *Fragmento da análise de um caso de histeria* (1905(1901)). Esclarece, em 1926:

Ela (a doença) favorece o esforço do Eu em incorporar o sintoma e aumenta a fixação deste. Quando buscamos prestar ajuda analítica ao Eu em sua luta contra o sintoma, vemos que esses laços conciliatórios entre Eu e sintoma atuam do lado das resistências, e não é fácil rompê-los. Os dois procedimentos que o Eu adota contra o sintoma acham-se realmente em contradição. O outro é de caráter menos amigável, prossegue na linha da repressão. Mas parece que não podemos acusar o Eu de incoerência. (FREUD, 1926, p.31).

Há uma satisfação inconsciente provocada pelo sintoma, com isso, ao mesmo tempo em que o sujeito sofre, ele não quer abrir mão do seu sintoma. Nesse mesmo texto, Freud apresenta o sintoma como “verdadeiro substituto e derivado do impulso reprimido”, continuando a desempenhar o papel desse impulso, o qual renova constantemente sua exigência de satisfação, “obrigando o Eu a novamente emitir o sinal de desprazer e se dispor para a defesa” (ibidem). O Eu demonstra sua força pelo ato de recalçamento, mas sua impotência é revelada nesse mesmo ato, já que, como consequência do processo de recalçamento, surge um sintoma através do qual a libido insatisfeita encontra uma satisfação substituta.

Essa dualidade pulsional apontada por Freud reafirma que a satisfação está na base do sintoma, não só como ganho secundário, mas principalmente como defesa contra a satisfação advinda da fantasia. Somente por isso ela é resistente à decifração analítica, ou seja, à interpretação pela via do sentido. O sintoma, como formação do inconsciente, é comparável aos sonhos e atos falhos, sendo assim, é decifrável. Por outro lado, o sintoma como satisfação pulsional é resistente à interpretação, resistência essa própria da estrutura do sintoma.

Essa satisfação proveniente da doença faz com que haja uma permanência do sintoma na vida do sujeito. Quando o analista intervém nessa luta contra o sintoma, ele verifica que a

resistência impossibilita a eliminação do sintoma, pois, como este é derivado do impulso que exigia satisfação, ele assume a posição que demanda satisfação. A esse respeito, Lacan (1966) afirma, no texto *O lugar da psicanálise na medicina*, que quando o doente é enviado ao médico ele não espera pura e simplesmente a cura, ele põe o médico à prova de tirá-lo de sua condição de doente, e isso pode implicar que o sujeito está totalmente preso à ideia de conservar sua doença. Essa afirmação demonstra que o sujeito realiza de forma inconsciente uma manutenção do sintoma, pois até mesmo quando há a procura por um tratamento, não significa que o sujeito quer a eliminação de seu sintoma. Pelo contrário, ele pode querer o reconhecimento, através do outro, do seu sintoma.

Ainda em 1926, Freud introduz uma relação entre a angústia e a formação de sintomas, afirmando que os dois processos têm relação entre si. O sintoma surge como uma forma de reestabelecimento de um suposto equilíbrio que teria sido quebrado pelo conflito psíquico. Ele chega a cumprir sua função, no sentido de resolver o conflito, mas ganha como produto uma satisfação que perturba e que causa angústia ao Eu. Essa angústia é o sinal de desprazer que leva o Eu a colocar-se em posição de defesa, desencadeando o recalçamento e a formação de sintomas. A partir da análise da fobia de seu paciente *pequeno Hans*, Freud conclui que a angústia, essência da fobia, provém do próprio Eu, agente recalçador, ou seja, está na origem do recalque e, conseqüentemente, põe a formação de sintomas em movimento.

Sendo o sintoma também resistente à interpretação, Freud (1926) reconhece que há algo da satisfação no sintoma que permanece inabalável, apesar da interpretação analítica, embora muito do sintoma pudesse ser removido por ela. Em *Análise terminável e interminável*, Freud (1937) entrevê que a psicanálise não pode dar garantias, porque em algumas pessoas há uma lentidão nos movimentos que a análise propõe:

Deparamo-nos com pessoas, por exemplo, a quem estaríamos inclinados a atribuir uma especial adesividade da libido. Os processos que o tratamento coloca em movimento nessas pessoas são muito mais lentos do que em outra, porque aparentemente, elas não podem decidir-se a desligar catexias libidinais de um determinado objeto e descolá-los para outro, embora não possamos descobrir nenhuma razão especial para essa lealdade catexial. (FREUD, 1937, p. 258).

Freud entende, na primeira concepção do sintoma, o sintoma como efeito lacunar, como mensagem, passível de interpretação, e posteriormente como satisfação pulsional, que é o que resiste ao tratamento analítico.

3.3 Contribuições lacanianas

A partir de Freud, Lacan (1957) pode reconhecer no sintoma uma metáfora, figura de linguagem na qual também está em jogo uma substituição. Durante o seu ensino, Lacan trabalhou duas concepções de sintoma: o sintoma como mensagem e o sintoma como modo de gozo. Lacan toma por base a primazia do simbólico, fundada na fórmula do inconsciente estruturado como linguagem, privilegiando o deciframento simbólico, numa tentativa de dar conta do que é decifrável do inconsciente na experiência analítica.

3.4 O sintoma como mensagem

Partamos de uma análise mais aprofundada do que seria o sintoma como metáfora, e não como algo que não é interpretável, como retomaremos posteriormente. Lacan (1957) propõe que entendamos o sintoma como uma metáfora, na qual está em jogo uma substituição. Pode-se pensar, por um lado, o sintoma como uma metáfora, por ser uma substituição, e, por outro, quase análogo, como sinal. De todo modo, pode-se, via de regra, entender o sintoma como um significante, como aquilo “que representa um sujeito para um outro significante” (LACAN, 1964, p. 197). Segundo Quinet (2000) “o sintoma é uma formação substitutiva do significante recalcado, sendo, portanto, uma metáfora “ (QUINET, 2000, p. 48).

Em *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise*, Lacan (1953) aborda a convicção freudiana de que os sintomas têm um sentido e que podem ser decifrados a partir dos recursos da linguística estrutural. O autor afirma que, por ser estruturado como uma linguagem, o sintoma se resolve em uma análise languageira, por ser a linguagem cuja fala deve ser libertada. (LACAN, 1953, p. 270). O sintoma é, tal como o inconsciente, estruturado como uma linguagem, porque participa desta e de suas leis. É fala dirigida ao Outro, lugar de onde o sujeito recebe o sentido, a significação de seu sintoma, ou seja, “sua própria mensagem de forma invertida” (IBIDEM, p. 299).

Em *A instância da letra no inconsciente ou razão desde Freud*, Lacan (1957) diz que “é toda a estrutura da linguagem que a experiência psicanalítica descobre no inconsciente” (LACAN, 1957, p.498). Quinet (2000) afirma que a verdade do sintoma se manifesta como uma mensagem cifrada do Outro, mensagem esta cujo significado ele deve decifrar:

O que Lacan nos aponta com sua tese “o inconsciente estruturado como uma linguagem” é menos a importância daqueles que ocuparam esse lugar do que aquilo que eles disseram, os significantes que constituem o sintoma do sujeito. Daí o sintoma ser um monumento histórico, um marco da história do sujeito – ele é uma mensagem histórica da alienação do sujeito aos significantes do Outro. (QUINET, 2000, p. 130).

O sintoma é, assim, definido como “o significante de um significado recalcado da consciência do sujeito” (LACAN, 1953, p.282), uma opacidade no discurso do sujeito. O sintoma é situado como mensagem a partir da transferência, ele é mensagem para aquele que se dispor a lê-la. Lacan (1953) parte do pressuposto de que, se o sintoma pode ser dissolvido através da fala, é porque sintoma e fala trazem certa homogeneidade: as leis da fala como fundamento do trabalho analítico abrem a via de acesso ao entendimento da estrutura do sintoma.

Nesse momento de seu ensino, Lacan coloca o simbólico no plano principal de suas elaborações teóricas, o que implica, entre outras coisas, que já dá ênfase à importância da fala do sujeito em análise: “quer se pretenda agente de cura, de formação ou de sondagem, a psicanálise dispõe de apenas um meio: a fala do paciente.” (LACAN, 1953, p. 248). Direcionada ao analista, essa fala porta sua verdade para além do que é dito, e isso só poderá emergir quando o sujeito é escutado de um modo particular: “A arte do analista deve consistir em suspender as certezas do sujeito, até que se consumam suas últimas miragens. E é no discurso que devem escandir-se a resolução delas.” (LACAN, 1953, p.253).

Lacan (1953) considera que é na linguagem que o inconsciente se demonstra como uma verdade, e reconhece nos dois a mesma estrutura. O inconsciente, como Outro da fala do sujeito, comparece naquilo que é dito independente da vontade do sujeito que fala. Essa intervenção do Outro na fala revela que há um equívoco na comunicação, mas neste equívoco se constitui uma verdade. O autor fez uma distinção entre fala plena e fala vazia, considerando que a primeira é a expressão do inconsciente e a segunda é expressão do eu. Como vazia, a fala está no eixo imaginário; como plena, testemunha a emergência da verdade no real.

Na análise, a fala vazia poderá ser transformada em fala plena, através da qual o sujeito poderá encontrar um novo modo de lidar com o seu sintoma. É nas entrelinhas que se situa a verdade do inconsciente, e a fala plena, ao ser libertada, deixa escapar, para além do

vazio de seu dizer, o apelo do sujeito à verdade que está inscrita em alguma parte no seu inconsciente. O simbólico se introduz através da produção de sentido para além do que é dito, e esse sentido esclarecerá o sintoma do sujeito e o situará em relação ao seu inconsciente. Neste momento, Lacan (1953) toma o sintoma como “o significante de um significado recalcado da consciência do sujeito. Símbolo escrito na areia da carne e no véu de Maya, ele participa da linguagem pela ambiguidade semântica que já sublinhamos em sua constituição.” (LACAN, 1953, p. 282).

É pela produção de sentido, para além do que é dito, que se introduz o simbólico, ou seja, o simbólico se manifesta no sentido que possa vir a produzir nos ditos do sujeito. Este sentido esclarecerá o sintoma e situará o sujeito em relação ao seu próprio inconsciente. O sintoma, para Lacan (1956), faz parte do jogo de significantes e, neste sentido, o autor afirma: “todo fenômeno analítico, todo fenômeno que participa do campo analítico, da descoberta analítica, daquilo com que lidamos no sintoma e na neurose, é estruturado como linguagem” (LACAN, 1956, p. 192).

Essa conceitualização lacaniana permite tomar o sintoma como uma formação do inconsciente, sendo este decifrável. Sendo o significante de um significado recalcado da consciência do sujeito (LACAN, 1953, p. 282), como já falado anteriormente, o sintoma pode ser decifrado através da interpretação analítica porque ele porta um sentido aprisionado. Trata-se, portanto de desvelar pela palavra o sentido que essa mensagem explicita e esconde. Lacan (1966) afirma que o sintoma só pode ser interpretado na ordem do significante:

O significante só tem sentido por sua relação com outro significante. É nessa articulação que reside a verdade do sintoma. O sintoma tinha um ar impreciso de representar alguma irrupção da verdade. A rigor ele é verdade, por ser talhado na mesma maneira que ela é feita. (LACAN, 1966, p. 235).

Em uma análise busca-se, portanto, que a palavra plena surja por meio da transferência e que o sujeito, através do trabalho de retificação subjetiva, no qual pode se implicar com aquilo que o faz sofrer, dê-se conta de sua parte em seu sintoma. Lacan (1957) relaciona a condensação e o deslocamento dos sintomas às operações de metáfora e metonímia. O sintoma como metáfora aponta para outro sentido, é um significante em relação a outro significante. Neste sentido, o sintoma retém um saber que o sujeito se recusa a reconhecer:

O mecanismo de duplo gatilho da metáfora é o mesmo em que se determina o sintoma no sentido analítico. Entre o significante enigmático do trauma sexual e o termo que ele vem substituir numa cadeia significante atual passa a centelha que

fixa num sintoma – metáfora em que a carne ou a função são tomadas como elemento significante – a significação inacessível ao sujeito consciente onde ele pode se resolver. (LACAN, 1957, p. 522).

Nessa primeira fase de seu ensino, Lacan prioriza a noção do inconsciente e do sintoma estruturados como linguagem, referindo-se quase nada à insatisfação contida no sintoma. Já Freud, desde o começo, incluiu o conceito de satisfação pulsional vinculado ao sintoma. Em seu quinto seminário, Lacan (1957-1958) retoma as formulações freudianas de *Além do princípio do prazer* e fala da insistência do sintoma e seu caráter de satisfação paradoxal. Traz, também, a afirmação de que a liberação do que foi recalcado é estruturalmente impossível e que o significado permanece sem acesso à consciência do sujeito. Nesse momento, o autor faz uma mudança na concepção de verdade, passando da verdade que pode ser apreendida totalmente na fala para uma meia-verdade. Há uma impossibilidade de se acessar a verdade toda do sujeito, ou seja, há algo do significado que é resistente ao significante, e posteriormente aprofundará essa nova concepção ao postular o sintoma como modo de gozo.

3.5 O sintoma como modo de gozo

O sintoma é, inicialmente, “o mutismo do sujeito suposto falante. Se ele fala, está curado de seu mutismo, evidentemente” (LACAN, 1964, p. 18). Com o avanço de sua teoria, Lacan reorienta seu trabalho em direção à conceitualização do real como o que resiste a qualquer significação. No seu seminário RSI de 1974, Lacan afirma que é do real que se trata no sintoma. “Lá onde há sintoma há sujeito, um sujeito como resposta do real” (QUINET, 2000, p. 144), conceito que sofre modificações ao longo da obra Lacaniana, passando de realidade em si, o que está fora da experiência analítica (LACAN, 1953), o que faz obstáculo à cadeia significante (LACAN, 1957), até ser formalizado como o impossível de ser simbolizado, o que não cessa de não se inscrever (LACAN, 1973-1973).

Há um limite para a significação do sintoma, limite que Freud (1937) já havia apontado em *A análise terminável e interminável*. Há um resto da pulsão que sobra e sempre se satisfaz, e Lacan identifica que existe nesse limite um sofrimento e uma satisfação. Segundo Conde (2008), Lacan se refere ao sintoma como resultado de uma estrutura marcada

por uma falta, representando a verdade que aponta para essa falta inerente. O gozo do sintoma seria, então, essa parte intocável pelo sentido.

A partir do conceito de pulsão de morte, Freud se vê obrigado a generalizar o *Zwang*, compulsão, ao que se repete no inconsciente. “*Zwang* é o sinal da pulsão de morte que força os significantes a se repetirem no pensamento e por conseguinte no sintoma.” (QUINET, 2000, p. 139). No seminário *O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise* Lacan (1954-1955) afirma que a repetição está para além do princípio do prazer, por seu caráter de insistência, insistência repetitiva, situando-a no registro do simbólico. Por outro lado, afirma que há a dimensão do real a partir do fenômeno da repetição, em sua característica de *Zwang*, para além do princípio do prazer. O que se passa na repetição é a revelação do real “sem nenhuma mediação possível, do real derradeiro, do objeto essencial que não é mais um objeto, porém este algo diante do que todas as palavras estacam e todas as categorias fracassam, o objeto de angústia por excelência” (LACAN, 1954-1955, p. 209).

Nesse sentido, o gozo não coincide com prazer, mas é um modo de satisfação que leva o sujeito em direção à pulsão de morte. O gozo encontra satisfação voltando sempre ao mesmo lugar, repetindo. De forma oposta à medicina, que visa abolir o sintoma, a psicanálise entende que este é um signo do sujeito, e não visa o franqueamento - impossível - do recalque. O sujeito não tem como ter acesso pleno à sua verdade, pois essa verdade é sempre não-toda. Quinet (2000, p. 141) esclarece: “a verdade, segundo Lacan, nós a recalamos e com o real habituamo-nos”. Trata-se, então, na análise, de fazer o sujeito elaborar um saber que produza uma transformação no sintoma e, como efeito sobre o real, uma transformação do gozo que dê, ainda, lugar a um resto de gozo.

Quinet (2000) aponta que a operação da psicanálise vai do semi-dizer da verdade do sintoma do sujeito ao bem dizê-lo, já que o sintoma não se diz por inteiro. A verdade, segundo o autor, não é totalmente desvelada, e o sintoma é um semi-dizer porque participa do enigma da verdade, e mesmo quando decifrado contém algo que continua velado ao sujeito. O autor afirma, então, que o sintoma fica reduzido a um real bem dito:

O que é um sintoma como um real bem dito? Será que não é um paradoxo falarmos de um real dito, se o real se caracteriza pelo impossível a ser dito? O bem dizer do sintoma é um dizer de verdade que toca o real, é um dizer sobre o núcleo irredutível do real do sintoma. (QUINET, 2000, p. 140-141).

Ainda segundo Quinet (2000, p. 141):

Bem dizer o sintoma é a condição para aquilo que Lacan propôs para se referir à relação do sujeito com seu sintoma no final de análise: *savoir y faire*, saber lidar com o sintoma. O bem dizer do sintoma a que leva uma análise conduzida até seu final é a condição de saber lidar com ele.

A análise implica, segundo QUINET (2000), em um efeito na enunciação que corresponde a uma mudança operada na economia do gozo. O final de uma análise, então, consiste em saber fazer com o sintoma, precisamente ali onde o simbólico não alcança, onde as palavras não são suficientes. Resta, então, no final da análise, um para-além do sentido, o real do sintoma.

3.6 Contribuições de Lacan sobre a anorexia

Lacan propõe um retorno à teoria freudiana em seu ensino e mantém a mesma posição de Freud sobre a anorexia, entendendo este sintoma como algo inconsciente. Em seu texto *Os Complexos familiares na formação do indivíduo*, de 1938, Lacan relaciona a anorexia com uma busca nostálgica da imagem materna, pela qual o sujeito recusa a ausência de totalidade e a incompletude que o desmame do bebê introduz. Ele afirma, sobre o desmame:

De fato, o desmame, por qualquer das contingências operatórias que comporta, é frequentemente um traumatismo psíquico cujos efeitos individuais, anorexias ditas mentais, toxicomanias pela boca, neuroses gástricas, revelam suas causas à psicanálise. Traumatizante ou não, o desmame deixa, no psiquismo humano, um traço permanente da relação biológica que ele interrompe (LACAN, 1938, pp. 36, 37).

Em seu quarto seminário *A relação de objeto* (1956/57), Lacan nos remete à ausência de reciprocidade entre o objeto da necessidade e o objeto da demanda, e da mesma forma entre o objeto da demanda e o objeto de desejo. Nesse seminário, o autor discorre sobre uma mãe que irá sempre demandar muito do filho e introduz o objeto nada na teorização da anorexia, assinalando que não é um não comer, mas um “comer nada” que está em jogo. Assim, ele insere um novo ponto fundamental a ser investigado que prioriza a relação com uma mãe onipotente e um pai simbolicamente precário.

O que está em questão neste detalhe é que a criança come nada, o que é diferente de uma negação da atividade. Esta ausência saboreada como tal, ela a emprega diante daquilo que tem a sua frente, a saber, a mãe de quem depende. Graças a este nada ela faz a mãe depender dela (LACAN, 1956-1957, p. 188).

Em *A direção do tratamento e os princípios de seu poder* (1958), Lacan toma o objeto nada a partir de seu estatuto simbólico, surgindo como um objeto que se coloca como uma distância entre a criança e a mãe, ou seja, entre a criança e o Outro materno. Os sujeitos anoréxicos sofrem de um aprisionamento à demanda do Outro e acabam escolhendo “comer nada”, como um ato que faz presente a necessidade de haver uma falta. Muitas vezes o Outro não é capaz de perceber o hiato entre o objeto da demanda e o objeto do desejo, confundindo seus cuidados com o dom do seu amor. Assim, Lacan marca um ponto essencial no estudo desse sintoma, colocando a anorexia correlacionada à operação de separação.

Neste texto, Lacan (1958) se refere à anorexia para esclarecer que a irredutibilidade do objeto do desejo ao objeto da necessidade e ao objeto da demanda pode ser levada às últimas consequências.

(...) a criança nem sempre adormece assim no seio do ser, sobretudo quando o Outro, que também tem suas ideias sobre as necessidades dela, se intromete nisso e, no lugar daquilo que ele não tem, empanturra-a com a papinha sufocante daquilo que ele tem, ou seja, confunde seus cuidados com o dom do seu amor. É a criança alimentada com mais amor que recusa o alimento e usa sua recusa como um desejo (anorexia mental). (LACAN, 1958, p. 634)

Ainda em 1958, Lacan trabalha o caso do “homem dos miolos frescos” que apresentava uma inibição intelectual, a qual ganhava apoio devido a uma ideia fantasmática de que era um plagiário. O homem saía de suas sessões de análise em busca dos restaurantes que oferecessem miolos frescos em seu cardápio, porém não conseguia alimentar-se de fato desses pratos, apenas os comia com os olhos. Lacan acreditava que o homem sofria de uma anorexia mental, roubando “nada”.

Em 1963, em seu Seminário sobre a angústia, Lacan afirma que a criança não é desmamada, ela se desmama, desliga-se do seio por conta própria, brincando de se soltar e tornar a pegá-lo. Relaciona esse ato da criança a um desejo de desmame e a um aparecimento das formas primárias da anorexia:

Se já não houvesse nisso algo tão ativo que podemos enunciá-lo no sentido de um desejo de desmame, como poderíamos sequer conceber os fatos sumamente primitivos, sumamente primordiais em seu aparecimento, da recusa do seio, as formas primárias da anorexia, cujas correlações no nível do grande Outro nossa experiência nos ensina imediatamente a procurar? (LACAN, 1963, p.356).

De acordo com as elaborações lacanianas, os sujeitos anoréxicos sofrem de um aprisionamento à demanda do Outro materno, escolhendo recusar o ato de se alimentar e, então, “comer nada”, a fim de que seu desejo possa advir. Essa decisão mostra a necessidade

de haver uma falta, à diferença do puro negativismo. A anorexia, para Lacan, é a consequência da relação do sujeito com o Outro, e não pode ser vista como causa. A criança se recusa a satisfazer a demanda da mãe, demandando-lhe que tenha um desejo fora dela, que se mostre em falta, porque ela sabe que o objeto da satisfação não é da mesma ordem de um dom de amor.

Através da anorexia, o sujeito afasta-se do Outro da demanda que acredita saber tudo sobre cuidados de saúde e alimentação. Nesse sentido, poderíamos relacionar a recusa a uma marca da anorexia na neurose histérica, trazendo alguma funcionalidade para o sujeito, que persiste em provar a todo custo a diferença entre o que precisa e o que deseja. Mas nem toda anorexia ocorre na neurose, como vimos, Freud também a insere como um fenômeno possível de acontecer na melancolia.

Retomando os estudos de Lacan (1956-57), Recalcati (2001) propõe uma clínica diferencial da anorexia por meio da distinção de dois estatutos do "nada" e, assim, sugere uma clínica diferencial do nada. Um primeiro "comer nada" estaria ligado à histeria, portanto à neurose, em que a recusa alimentar vale como suporte e escudo do desejo, em oposição à demanda sufocante do Outro. Segundo Pencak & Bastos (2009), trata-se, na histeria, de uma operação de separação contra a alienação ao Outro, ou seja, a anoréxica buscaria desvincular-se da operação subjetiva estrutural da alienação ao campo da linguagem, ao campo do Outro.

Esse primeiro nada que Recalcati (2003) aponta como sendo da ordem de um objeto separador e serviria como um modo de barrar o Outro para reduzir sua onipotência.

É o nada como aquilo que consente numa virada radical de força: se, num primeiro tempo (no tempo da infância), o sujeito se encontra em um estado de impotência fundamental com relação à onipotência do Outro (é o status de objeto que a criança assume necessariamente na relação com o Outro), em um segundo tempo (no tempo da adolescência), por meio do ponto chave da recusa, do "não!" ao Outro, através da função do nada como objeto separador o sujeito anoréxico lança o Outro numa impotência angustiante (...) (RECALCATI, 2003, p. 03).

O nada aparece aqui entre o sujeito e o Outro como aquele objeto do qual o sujeito se utiliza para se separar da demanda asfixiante do Outro. "É o nada como escudo e como suporte do desejo" (RECALCATI, 2003, p. 04), que funciona como defesa do desejo. A anorexia, aqui, apresenta uma natureza dialética. Recusar o Outro, aqui, é uma modalidade para fazê-lo faltar, permanecendo na dimensão de uma dialética entre o sujeito e o Outro.

O segundo nada seria mais uma anulação do desejo, uma redução do desejo a nada, e estaria então ligado às formas psicóticas da anorexia (RECALCATI, 2001, p.26-36). Trata-se de um nada que, diferentemente do primeiro, não está relacionado com o desejo do Outro,

mas com o gozo do Outro e que extravai qualquer valor dialético. A anorexia na psicose aponta a manobra do sujeito contra o gozo invasivo do Outro, ou, nas palavras de Recalcati, para “(...) conter o imperativo maligno do gozo do Outro” (RECALCATI, 2004, p. 06).

Na psicose, o nada aponta para um eclipse total da demanda, uma separação do sujeito da demanda como tal. Recalcati (2004) aponta que na psicose o nada denuncia o empuxo do corpo à sua destruição, é o corpo do sujeito que se torna um nada. O que se percebe, então, é que as perturbações que estão em questão na anorexia, esteja ela na neurose ou na psicose, são menos ligadas à relação do sujeito com a alimentação do que a questões mais fundamentais do sujeito com o Outro.

3.7 Diagnóstico da anorexia: medicina versus psicanálise

Os critérios diagnósticos da Psiquiatria moderna, baseados nos DSMs (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), são uma forma de categorizar e catalogar os indivíduos, e vêm se tornando um reservatório de rótulos segregadores. De natureza eminentemente assubjetivadora, a função do diagnóstico para a psiquiatria é contrária à sua função para a psicanálise, categorizando a anorexia na contramão da psicanálise e em continuidade com o modelo da psiquiatria do século XIX. As divergências no diagnóstico da anorexia em relação à psiquiatria e à psicanálise é fundamental no sentido de situar as diretrizes diagnósticas que delimitam estas classificações.

O DSM IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais estabelece como características fundamentais para o diagnóstico da anorexia os seguintes sinais e sintomas:

- Recusa a manter o peso corporal em um nível acima ou igual do mínimo normal adequado à idade e à altura (por exemplo: perda de peso, levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado; ou fracasso em ter o ganho de peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado).
- Medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo estando com peso abaixo do normal.
- Perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho ou forma corporais; excessiva influência do peso ou forma corporais na maneira de se autoavaliar; negação da gravidade do baixo peso corporal atual.
- Nas mulheres pós-menarca, amenorreia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos (considera-se que uma mulher tem amenorreia se seus períodos

ocorrem apenas após a administração de hormônio, por exemplo, estrógeno). (FONTE: <http://www.psiquiatriageral.com.br/dsm4/alimen.htm>. Acesso em 09 de dezembro de 2016).

O DSM-IV também separa a anorexia em dois subtipos: o Restritivo, no qual não há episódio de compulsão alimentar seguido de prática purgativa (vômito autoinduzido, uso de laxantes, diuréticos) e o Purgativo, onde existe episódio de compulsão alimentar seguida de métodos compensatórios através da purgação.

No CID-10, manual de Classificação Internacional de Doenças aprovado pela Organização Mundial de Saúde, os critérios diagnósticos da anorexia são determinados de modo um pouco diferente do DSM-IV. Nesse manual, onde não há subdivisões da anorexia, ela é definida como:

- Perda de peso e manutenção abaixo do normal ($IMC \leq 17,5 \text{ kg/m}^2$).
 - Perda de peso autoinduzida pela evitação de alimentos que engordam.
 - Medo de engordar e percepção de estar muito gorda (o).
 - Distúrbio endócrino envolvendo o eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal (amenorréia) e atraso no desenvolvimento puberal.
- Obs.: vômitos autoinduzidos, purgação e uso de inibidores do apetite e/ou diuréticos podem estar presentes. (FONTE: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13964.pdf>. Acesso em 09 de dezembro de 2016).

Como sabemos, o critério que orienta o diagnóstico psicanalítico é o diagnóstico estrutural ou diferencial, de forma que os sintomas devem ser compreendidos na estrutura psíquica em que aparecem. A questão do diagnóstico diferencial entre neurose e psicose é fundamental para a clínica psicanalítica, com a função de dar a direção da análise. Para o atendimento psicanalítico não existem regras específicas, mas Lacan coloca uma exigência: “não há entrada em análise sem as entrevistas preliminares” (Quinet, 2005).

Freud estabeleceu o início do tratamento como um momento necessário para o diagnóstico diferencial entre neurose e psicose e para a decisão de aceitar um paciente em análise. Para Freud, o diagnóstico vai além da ideia de nexos causal. Ele aponta a necessidade da realização das entrevistas preliminares, que dizem respeito aos primeiros contatos com o paciente e são de extrema importância. A partir dessas entrevistas pode-se estabelecer a transferência que permite ao psicanalista localizar a estrutura do sujeito. Freud acrescenta que nas entrevistas preliminares “se deixa o paciente falar quase todo o tempo e não se explica nada mais do que o absolutamente necessário para fazê-lo prosseguir no que está dizendo” (FREUD, 1913, p. 140).

As entrevistas preliminares consistem em permitir que o sujeito fale tudo que lhe venha à mente, uma vez que é a partir da sua fala que o psicanalista estabelece o diagnóstico da estrutura clínica que orientará o tratamento. As entrevistas preliminares servem justamente para o estabelecimento da transferência, na medida em que, no início do tratamento, a presença do analista é o simples comprometimento de sua escuta. Assim, a posição do analista na transferência, implicado na escuta que faz, é fundamental para a construção do diagnóstico.

O diagnóstico psicanalítico é, então, uma operação descritiva do analista e não uma descrição objetiva como na medicina. A nomeação da estrutura do paciente incide sobre a conduta do tratamento em vários níveis, e pode permitir ao analista manter no horizonte a produção de uma verdade singular e a emergência da história única do sujeito. No entanto, em psicanálise, o diagnóstico é de estrutura, mas é sempre sob transferência. Não há diagnóstico fora da transferência. Figueiredo e Machado (2000) apontam que o sujeito observado é quem inclui o observador em uma de suas séries psíquicas, pela via da transferência, e é a partir desta que é possível lançar mão dos instrumentos de diagnóstico e de tratamento na psicanálise.

O psicanalista, operando através da transferência, não trabalha como um leitor de fenômenos e sim como nomeador de um modo de incidência do sujeito na linguagem. O diagnóstico aparece então como estrutural e não mais fenomenológico. Por diagnóstico estrutural podemos por hora entender como um diagnóstico que se dá a partir da fala dirigida ao analista, logo, sob transferência, onde os fenômenos vão se orientar com referência ao analista como um operador e não como pessoa. (FIGUEIREDO, 2000).

O diagnóstico de anorexia não é suficiente para o trabalho da psicanálise, visto que se trata de uma expressão fenomenológica e não um posicionamento estrutural neurótico ou psicótico. É fundamental definir a partir de qual estrutura o paciente se posiciona, não só para compreender a função da recusa alimentar para aquele sujeito, mas também para estabelecer um direcionamento clínico.

O caso que trabalharemos neste estudo foi atendido em um hospital geral, ou seja, uma instituição predominantemente médica, e o trabalho da psicanálise nesse campo, como diz Lacan (1966), é extraterritorial.

Pode-se afirmar que é a partir de um incômodo, de um impasse da medicina que o analista é chamado a intervir no terreno do hospital geral. É a existência de impasses como esses que propicia a convocação de um saber exterior ao campo da medicina, ou seja, o saber da psicanálise. Esses impasses são gerados em grande parte pelo modo particular como o paciente ou a família responde ao saber médico. Dito de outro modo, esses nós no tratamento

do paciente vêm à tona quando o médico se vê impossibilitado de lidar com a particularidade revelada pela resposta do paciente ou de sua família. Ou seja, o analista é acionado quando o saber médico se mostra impossibilitado de lidar com as questões de um sujeito singular.

Nesse sentido, os impasses e os incômodos que muitas vezes o saber da ciência tenta eliminar são endereçados ao analista. É no que escapa àquilo que pode ser apreendido pelo discurso da ciência que o analista é convocado a intervir. No hospital, onde o discurso da ciência é hegemônico, é frequente a busca por respostas rápidas, regularmente preestabelecidas pelo saber científico. Entretanto, a partir da clínica psicanalítica, sabemos que a demanda do paciente não corresponde necessariamente ao que ele deseja. No momento em que o sujeito demanda alguma coisa, isto pode não ser idêntico àquilo que ele deseja, ou seja, existe uma falha entre a demanda e o desejo. E é quando essa falha aparece e o saber médico não dá conta, que o psicanalista é convocado a trabalhar, especialmente em um contexto hospitalar, onde o doente precisa ser tratado e de onde precisa ter alta o mais breve possível, e às vezes sem a intervenção da psicanálise a alta não é possível – como veremos mais adiante no caso que discutiremos.

Principalmente no espaço de um hospital geral, o médico é considerado o detentor do saber, aquele que supostamente terá a assertiva sobre o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico do paciente. Há uma expectativa grande por parte dos pacientes, familiares e até mesmo de alguns profissionais de saúde de que ele seja capaz de salvar vidas e curar doenças. Para pensar o lugar do analista em uma instituição hospitalar, onde ele se vê confrontado com os discursos que ali circulam, recorreremos à teoria lacaniana dos discursos.

3.8 A teoria dos discursos em Lacan

Em 1969, Lacan deu início às aulas do seu seminário *O avesso da psicanálise*. Nele, Lacan permite uma leitura própria dos laços sociais e estabelece o conceito de discurso. Seu objetivo foi retomar o estatuto do sujeito dividido, assumindo a psicanálise pelo avesso, e propor uma nova forma de entendimento do laço social entre os sujeitos. Neste ponto realizaremos uma leitura do *Seminário 17 – O avesso da psicanálise* e tentaremos apontar a importância dessa nova e singular forma que o autor instaura de se compreender o laço social.

Freud (1937) inaugura o mal-estar dos laços sociais, expressados nos atos de governar e ser governado, educar e ser educado, no vínculo entre analista e analisante, inaugurado por

ele, e no ato de fazer desejar, como as histéricas o ensinaram. A essas quatro formas de relação entre os sujeitos – governando, educando, psicanalizando e fazendo desejar – Lacan nomeou de discursos, pois os laços sociais são tecidos e estruturados pela linguagem e efeito dela (QUINET, 2009).

O termo discurso ganha, com Lacan, um sentido particular e diferente daquele que Foucault (1970) apresenta em *A ordem dos discursos*. Por um lado, Foucault (1970) acredita que para fazer o estudo do discurso é preciso ficar no nível de existência das palavras, das coisas ditas. Por outro, Lacan se interessa pelo que há de estrutural no discurso, aquilo que está para além das palavras, pois considera que elas são de ordem casual, remetendo à dimensão contingente. Referindo-se à estrutura do discurso, ele delimita relações fundamentais que não poderiam se manter sem a linguagem: “Mediante o instrumento da linguagem, instaura-se certo número de relações estáveis, no interior das quais certamente pode inscrever-se algo bem amplo, que vai bem mais longe do que as enunciações efetivas” (LACAN, 1969, p. 11).

Clavreul (1978) aponta que Lacan se separa dos linguistas por abordar que a significação procede da relação dos significantes entre si, do fato de que constituem uma cadeia. O significante, então, só ganha sentido ao ser preso nessa cadeia de significantes, o que contrapõe à ideia de uma simples relação entre significante e significado. O autor aponta a importância do sujeito na representação do significante:

O significante, portanto, só ganha sentido ao ser preso na cadeia dos significantes. Não há relação simples entre significante e significado. O que representa o significante é um sujeito, e esta representação do sujeito só toma consistência do lugar que toma junto a outros representantes, isto é, outros significantes. “O significante é o representante do Sujeito para um outro significante.” Esta formulação inclui a questão da enunciação, visto que a escolha do significante, da cadeia significante, modifica o modo de representação do sujeito, constituindo a cena onde se faz a representação e os elementos que habitam esta cena. (CLAVREUL, 1978, p. 165).

No intuito de compreender como o real interfere nos laços sociais e como as pessoas lidam com o sofrimento, Lacan propõe a existência de quatro discursos radicais, maneiras distintas de relação e que regulam os enlaçamentos sociais: o discurso do mestre, o universitário, da histérica e do analista. São quatro configurações significantes - embora nem tudo seja significante na estrutura do discurso - que se diferenciam e se especificam por sua distribuição espacial. O que está em jogo é aquilo que ordena e regula um vínculo social entre os sujeitos.

Segundo Lacan (1969), para entender os discursos é importante considerar que cada um deles é passível de várias leituras e que um discurso não deve ser lido isoladamente, mas em função dos outros. A ideia predominante é que um discurso estabeleça uma relação com os demais discursos, e é em função disso e da permutação de seus termos que cada um deles deve ser lido. Para o autor os discursos constituem os tipos mais abrangentes de laços sociais, e cada um apresenta-se formalmente como um algoritmo com quatro posições: o agente, o outro, a produção e a verdade. Os lugares fixos representam uma referência da parte do sujeito em relação ao Outro, tesouro de significantes.

$$\frac{\textit{agente}}{\textit{verdade}} \rightarrow \frac{\textit{outro}}{\textit{produção}}$$

Os matemas dos discursos são estabelecidos por Lacan a partir de quatro postos fixos que se diferem e se especificam por sua distribuição espacial. Eles são regidos pela primazia da cadeia significativa que tem como característica fundamental a divisão do sujeito. Desta maneira, por meio da disposição ordenada e mutável das letras *S1*, *S2*, *\$* e *a* nos lugares fixos acima demonstrados, constituem-se os quatro discursos. Faz-se necessário, então, que apresentemos brevemente o que se pode compreender a partir de tais letras.

Os termos serão aqueles já encontrados na fórmula do significante ou, dito de outro modo, pela definição estrutural do sujeito como aquilo que é representado por um significante a um outro significante, sendo que o produto dessa relação é um resto. Disso Lacan apreende algo que se manifesta em relações constantes. Ele afirma:

(...) é no instante mesmo em que o *S1* intervém no campo já constituído dos outros significantes, na medida em que eles já se articulam entre si como tais, que ao intervir junto a um outro, do sistema, surge isto, *\$*, que é o que chamamos de sujeito como dividido (...) Enfim, nós sempre acentuamos que desse trajeto surge alguma coisa definida como uma perda. É isto o que designa a letra que se lê como sendo o objeto *a* (LACAN, 1969, p. 13).

No que concerne ao *S1*, referimo-nos ao significante mestre que representa o sujeito como atravessado e determinado pela ação significativa. É a condição da articulação da cadeia, estando, de alguma forma, fora dela. É um significante vazio de significação. É representado pela sua qualidade de comando e, portanto, de unicidade. Pode-se também entendê-lo como aquele significante da primeira experiência de satisfação, a qual nunca poderá ser retomada de forma plena. Configura-se, a partir da negligência dessa impossibilidade, o *S2*, já que

representa a busca infindável da primeira experiência de satisfação, constituinte da própria cadeia de significantes, isto é, o saber inconsciente (QUINET, 2009). Em cada posição discursiva ele possui características peculiares que são importantes para a compreensão daquele modo específico de laço social.

Referindo-nos ao \$, lidamos com o sujeito marcado pela barra, dividido, deixando aberta a possibilidade de *vir a ser*. Divisão esta que está para além da consciência e da racionalidade humana e que mostra seus efeitos nas relações entre os seres falantes. Tal concepção considera que não há um significante que esgote a definição do sujeito, pois ele está apenas em relação à cadeia significativa. É nesse sentido que Lacan nos ensina que o sujeito “ex-siste”, pois está fora dessa rede de saber.

Apresentando diversas nuances ao longo do ensino de Lacan, temos, finalmente, o elemento representado pela letra *a*. Neste ponto, no denominado campo do gozo, no qual foi proposta a teoria dos quatro discursos, o *a* é predominantemente denominado de *mais-de-gozar*, causa de desejo. Ora, o *a* representa justamente o excesso do gozo que se perde pelo próprio funcionamento do aparelho psíquico, isto é, o excedente na busca da experiência de satisfação apontada pelo S1 (QUINET, 2009). Neste sentido, o objeto *a* possui uma relação íntima com o objeto perdido freudiano. Trata-se daquilo que se perdeu e que jamais poderá ser recuperado. Embora o ser falante busque resgatá-lo de todas as maneiras, não há nome ou significante que dê conta da castração.

Como a ordem entre os termos é fixa, sua rotação pelas posições em movimentos de um quarto de volta resulta nas quatro modalidades de discurso: do mestre, da histórica, do universitário e do analista:

MESTRE	HISTÉRICA
$\frac{S1}{\$} \rightarrow \frac{S2}{a}$	$\frac{\$}{a} \rightarrow \frac{S1}{S2}$
UNIVERSITÁRIO	ANALISTA
$\frac{S2}{S1} \rightarrow \frac{a}{\$}$	$\frac{a}{S2} \rightarrow \frac{\$}{S1}$

Observa-se que o discurso do mestre é o avesso do discurso do analista, e é nesse sentido que Lacan trabalha o discurso do mestre como sendo o avesso da psicanálise. Antes de

atentarmos nosso estudo para essa diferença, apresentaremos uma breve passagem pelo que os discursos da histórica e do universitário representam para Lacan.

No discurso da histórica a posição dominante é ocupada por \$, o que é bastante apropriado, pois o sujeito histórico é o sujeito dividido exemplar, envolto em dúvidas e questionamentos. É interessante notar que a histórica toma o outro como mestre (S1), ao qual dirige sua demanda de cura do sintoma. A posição da histórica é a de agente provocador que, através do desejo do Outro e do vazio que o movimenta, encontra seu lugar. Ao interrogar aquele que ocupa a posição do outro do discurso, ela o encarrega de fornecer respostas, dá-lhe o poder de conferir sentido às coisas, transforma-o num senhor (S1). E, com seu questionamento, a histórica compele o senhor a fornecer um saber (S2):

O que a histórica quer (...) é um mestre. Isto é completamente claro. A tal ponto, inclusive, que é preciso indagar se a invenção do mestre não partiu daí. (...) Ela quer um mestre. É o que está no cantinho acima e à direita, para não nomeá-lo de outro modo. Ela quer que o outro seja um mestre, que saiba muitas e muitas coisas, mas, mesmo assim, que não saiba demais, (...) Em outras palavras, quer um mestre sobre o qual ela reine. Ela reina, e ele não governa. (LACAN, 1969, p.122).

A posição da histórica é marcada por uma ambiguidade: por um lado, ela comanda o senhor, a partir da posição de agente, quando requer dele a produção de um saber; por outro lado, ela depende dele, na medida em que se deixa definir por ele e seu saber. A ambiguidade reflete-se na atitude da histórica diante do senhor, pois ela o desafia e ao mesmo tempo o sustenta, aguarda dele respostas.

No campo do discurso universitário o sujeito aparenta ser sem furo. Há uma disposição a tomar o outro como objeto a partir do saber. A verdade do sujeito é descartada e substituída por uma crença na possibilidade de “tudo saber”. O sujeito do discurso universitário passa a ser configurado como um sujeito da crença – crença em um saber onisciente (QUINET, 2009). Pode-se, então, tomar como estatuto desse discurso o fato de que se trata de um saber (S2) que tem como pretensão objetificar (*a*) o outro de forma a produzir um sujeito (\$) dissociado de seus significantes primordiais (S1).

3.9 Discurso do mestre e discurso do analista

O discurso do mestre é o que Lacan toma como ponto de partida. Tendo um mestre como agente, o que esse discurso trata de instalar é a lei. Dirige-se a um outro que deste lugar responde como escravo. Produz um resto – *a* – que neste lugar assume o valor do mais-de-gozar. A verdade que sustenta o mestre é a da divisão subjetiva. Lacan indica que o discurso do mestre é o avesso da psicanálise. Marco Antonio Coutinho Jorge (2002), sobre essa questão, comenta que o discurso do mestre funciona pela sugestão e esta opera por meio do saber, o que oblitera a transferência. Nesse sentido, é o avesso da psicanálise que opera pela transferência e tem o sujeito suposto saber como pivô. O mestre coloca o escravo a trabalho e este, com seu trabalho, reforça a função do senhor absoluto.

Retomando Hegel em *A Fenomenologia do Espírito*, Lacan faz uma relação dialética entre o senhor e o escravo e o discurso do mestre. Hegel trabalhou em seu texto a existência de uma relação de dominância entre o mestre antigo e o escravo. Nela o senhor detém o poder absoluto, mas é o servo quem possui o *saber fazer* sobre o trabalho. Trata-se de uma forma de enlaçamento social importante na medida em que demonstra a dependência entre os sujeitos e a falta que é inerente a cada um deles.

Ao dialogar com Hegel, Lacan posiciona S1 como o senhor e mostra a suposta identidade entre ele e o sujeito. O mestre tenta sustentar-se no mito de ser igual a seu próprio significante, e o saber (S2) se apresenta como escravo. A verdade do mestre é que ele é castrado e o escravo tem algum saber sobre a castração do senhor, pois o \$ no lugar da verdade mostra que não existe essa identidade ôntica e que o sujeito não é unívoco, mas dividido.

Sendo o ponto de partida de Lacan, o discurso do mestre é marcado pelo domínio, pela maestria. O significante mestre é quem agencia a discursividade e por isso a sua nomeação. Trata-se de uma posição discursiva caracterizada pelo autoritarismo e pela tentativa impossível de tudo governar. No lugar de agente, o mestre desconhece a sua castração e acredita ser capaz de uma dominação completa. Todavia, conforme dito por Freud (1936) no texto *Análise terminável e interminável*, existe uma impotência de tudo ordenar. A verdade da sua castração impede que a dominação do senhor seja completa, embora ele permaneça mandando, insistindo na sua autoridade. Neste sentido, percebe-se a dificuldade do ser falante em lidar com a sua divisão.

O discurso do mestre é facilmente percebido nos regimes ditatoriais e nas relações cotidianas nas quais se pode perceber uma posição de exercício da autoridade. Existe um real inapreensível pela linguagem que causa a impossibilidade de tudo governar, porém esse

discurso é marcado pela insistência e pela vontade de domínio. Assim, o mestre desconhece a sua divisão, não reconhece a sua falta.

Essa forma de laço social trabalhada por Lacan é baseada na devoção do S2 e na obediência ao detentor do poder. Os discípulos encontram no mestre alguém que supostamente fornece respostas e soluções para seus sofrimentos, mas, em contrapartida, não são ouvidos e não têm seus aspectos subjetivos considerados.

Percebe-se, então, que o discurso do mestre provoca um assujeitamento do outro, de forma contrária ao que ocorre no discurso do analista, em que é o sujeito quem ocupa o lugar do outro. No discurso do Mestre se trata de um sujeito que sabe e não de um sujeito suposto saber, o qual é característico do discurso do analista.

O agente no discurso da psicanálise é marcado pelo objeto *a*, o que significa que o analista não responde do lugar de maestria e, por isso, estabelece um modo de laço social que é o avesso do discurso do mestre. Ele não pretende dominar o analisante e nem impor a sua vontade. É uma discursividade sem objetivo de dominação em que o significante mestre não está no lugar de agente, mas no lugar da produção. Dessa maneira, no discurso do analista o outro é tratado levando em conta sua divisão. A singularidade do sujeito é levada em consideração neste modo de laço social, o que não ocorre nas demais discursividades.

O saber presente no discurso do analista se refere ao suposto saber depositado no analista e, principalmente, ao saber inconsciente do próprio sujeito. Não se trata de um saber autoritário escravizante tal como no discurso do mestre, ou da produção consequente do discurso histórico e nem do saber burocrático descrito pelo discurso da universidade.

A posição do analista é feita substancialmente do objeto *a*, causa de desejo. O saber inconsciente (S2) ocupa, no discurso do analista, o lugar da verdade. E estando no lugar da verdade, é um enigma, um dito pela metade. O saber é posto à prova pela psicanálise, impondo ao sujeito a tarefa de interrogação. Para a psicanálise não é possível saber tudo, pois o inconsciente é "não todo".

O saber que se encontra no lugar da verdade no discurso do psicanalista não é o saber do analista, mas um saber a ser buscado. Trata-se de um saber inconsciente próprio ao analisante, ao qual somente ele tem acesso. Neste sentido, o analista convida o sujeito cindido ao trabalho subjetivo, propondo ao analisante lidar com a sua falta-a-ser.

É importante nos atentarmos para o fato de que os profissionais da área da saúde - especialmente os médicos com seu trabalho de dar nome aos sintomas de quem chega demandando um diagnóstico - precisam adotar um discurso normativo. Como aponta Clavreul (1978), o discurso médico instaura uma ordem do organismo, e o médico, enquanto

representante desse discurso, precisa fazer valer a sanção terapêutica para que o doente volte a ser são como antes.

Há para a psicanálise um real que não é passível de ser normatizado, racionalizado ou categorizado, real esse que não passa ao domínio do simbólico. O efeito de sua existência fica evidente no mal-estar que o sujeito apresenta e ao qual a medicina não é capaz de dar conta. Esse real é o sintoma, e é a ele que visa o analista.

É nesse sentido que podemos afirmar que a categorização médica e psiquiátrica da anorexia não orienta a clínica psicanalítica, pois guiar o tratamento a partir do fenômeno – a recusa alimentar – seria tomar todos os sujeitos anoréxicos como iguais. Recalcati (2004, p. 166) destaca que na clínica psicanalítica é mais importante a posição subjetiva individual do sujeito do que o universal do sintoma - universalidade esta tão valorizada na psiquiatria e nos manuais diagnósticos que se baseiam em uma generalização estatístico-descritiva. A psicanálise visa evidenciar o particular de cada sujeito, no sentido de investigar o individual do sintoma, e não o universal. Já que o fenômeno não se confunde com a estrutura, é possível afirmar que a anorexia pode surgir na neurose ou na psicose.

3.10O corpo na anorexia histérica

Neste trabalho, nos limitaremos a trabalhar a clínica da anorexia na estrutura neurótica, trazendo três casos de histeria na adolescência. Tendo como base a função que o sintoma tem para o sujeito neurótico, podemos pensar que essa função tem a ver com o que Freud (1916-1917) postulou a respeito da satisfação trazida pelo sintoma, forma pela qual os conteúdos inconscientes se manifestam. Na anorexia, essa satisfação encontra no aparato real do corpo uma via de manifestação.

Para Hekier e Miller (2005), a clínica da anorexia-bulimia vai na contramão da vertente simbólica do sintoma como mensagem, para evidenciá-lo como fixação de gozo, recusa do inconsciente, na medida em que ali se verifica uma substituição do significante pelo gozo, apontando para o ato. O corpo da anoréxica toma todo o ser do sujeito, tornando-se um corpo-refém, como aponta Recalcati (2004, p. 05). O corpo se consome, se esqueletiza, para abrir no Outro uma falta. Hekier e Miller (2005) consideram a anorexia um sintoma que

encobre o sujeito, submetendo-o a um modo de gozo que toma o corpo de maneira avassaladora. O que se depreende dessas contribuições diz respeito à importância do lugar do gozo na anorexia, tema para futuros aprofundamentos.

Recalcati (2004) observa que a anorexia é um esforço do sujeito em dar sentido para questões inconscientes das quais ele não consegue dar conta, e então a tentativa de elaboração dessas questões encarna no corpo. Para formular a íntima relação entre o Eu e o corpo na constituição do sujeito, retomemos Freud (1923, p.20) em sua constatação de que o Eu é a projeção de uma superfície corporal: “O ego é, acima de tudo, ego corporal”. Freud dá relevo ao eu como uma projeção mental da superfície do corpo, o que Lacan reitera através da elaboração do esquema conceitual proposto pelo estágio do espelho. De acordo com esse estudo, Lacan especifica o momento primevo em que, a partir da imagem corporal, a criança estabelece uma diferença entre seu corpo e o mundo.

Com a formulação do estágio do espelho, Lacan (1966a) acata a assertiva freudiana de que não há desde o nascimento da criança uma unidade comparável ao eu. A imagem unificada se constrói a partir do Outro, da relação que o bebê tem com aquele que dele cuida, o que marca, para sempre, o desconhecimento e a alienação como constitutivos do eu. Há um processo de identificação no campo especular a partir do olhar do Outro: a criança assume determinada imagem de si mesma e se reconhece nela. Para se constituir é preciso que ela seja objeto do olhar e tenha um lugar no campo do Outro. É a partir desse momento que a criança passa a se reconhecer; seu corpo não é inicialmente vivido como seu, mas projetado e alienado ao Outro.

É, portanto, através da identificação com o Outro que a criança antecipa imaginariamente a forma total de seu corpo, como se fosse um esboço do eu. Lacan (1966a, p.113) afirma: “(...) o primeiro efeito que aparece da imago no ser humano é um efeito de alienação do sujeito. É no Outro que o sujeito se identifica e mesmo se experimenta de início”. Com isso, a identidade do sujeito nunca poderá deixar de ser algo que vem de fora, do horizonte da alteridade. Nas palavras de Lacan (1966a, p.113): “Essa relação erótica em que o indivíduo humano se fixa a uma imagem que o aliena em si mesmo, eis aí a energia e eis aí a forma onde tem origem esta organização passional que ele chamará de seu eu”.

Freud (1914), ao destacar a inexistência primária de uma unidade comparável ao Eu se refere à passagem do auto-erotismo ao narcisismo em relação ao surgimento do Eu:

(...) estamos destinados a supor que uma unidade comparável ao ego não pode existir no indivíduo desde o começo; o ego tem de ser desenvolvido. Os instintos auto-eróticos, contudo, ali se encontram desde o início, sendo, portanto, necessário

que algo seja adicionado ao auto-erotismo – uma nova ação psíquica – a fim de provocar o narcisismo. (FREUD, 1914, p.47)

Retomando Freud, Lacan compreende que há uma antecipação da imagem do eu a partir da Gestalt que o *infans* encontra de se mesmo no olhar do Outro diante do espelho. Seu eu é a própria antecipação imaginária de um corpo unificado, a identificação primordial do sujeito com a imagem. Nessa perspectiva, o corpo surge como afirmativa à importância da imagem na causalidade psíquica e na passagem ao narcisismo:

A assunção jubilatória de sua imagem especular por esse ser ainda mergulhado na impotência motora e na dependência da amamentação que é o filhote do homem nesse estágio de *infans* parecer-nos-á pois manifestar, numa situação exemplar, a matriz simbólica em que o (eu) se precipita numa forma primordial, antes de se objetivar na dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito. (LACAN, 1949, p.97).

O que há de mais importante nesse momento para Lacan é o reconhecimento que a criança obtém de sua imagem. Há um processo de identificação no campo especular a partir do olhar do Outro: a criança assume determinada imagem de si mesma e se reconhece nela. Para se constituir é preciso que ela seja objeto do olhar e tenha um lugar no campo do Outro, cujo reconhecimento, na medida em que a nomeia, permite sua entrada no registro simbólico. É a partir desse momento que a criança passa a se reconhecer; seu corpo não é inicialmente vivido como seu, mas projetado e alienado ao Outro.

Sobre a passagem do autoerotismo para o narcisismo, Freud (1911) destaca este como sendo uma etapa fundamental no desenvolvimento humano, com um novo modo de investimento pulsional, diferente do modo autoerótico:

O que acontece é o seguinte: chega uma ocasião, no desenvolvimento do indivíduo, em que ele reúne seus instintos sexuais (que até aqui haviam estado empenhados em atividades auto-eróticas), a fim de conseguir um objeto amoroso; e começa por tomar a si próprio, seu próprio corpo, como objeto amoroso. (...) (FREUD, 1911, p.82).

A partir dessa concepção freudiana, fica definido o conceito de narcisismo primário para a inauguração do Eu como corpo unificado, a partir da tomada de si como objeto de investimento pulsional. Ao longo da vida, contudo, há momentos propícios à claudicação do plano das identificações no qual a unidade atribuída ao eu se evidencia. Destacamos a desestabilização promovida pela entrada do sujeito na adolescência. Esse período da vida apresenta um resgaste pelo sujeito do interesse pela própria imagem especular que, ao se

deparar com as transformações da puberdade no corpo, precisa passar por uma retificação da imagem narcísica. Essa desestabilização da imagem na adolescência evidencia o desarranjo entre a imagem real e a imagem especular em sua articulação com o olhar do Outro.

Se a adolescência é um longo trabalho de elaboração da falta no Outro (ALBERTI, 2004), neste período o suposto equilíbrio da latência e a imagem corporal primariamente construída são colocados em questão. Reordenamentos nas identificações, atribuições de novos sentidos às experiências, rompimentos e buscas de ideais exigem toda uma reelaboração da vida subjetiva.

Temos o incremento das identificações ao outro, nos fenômenos que vão desde a moda, o maior ou menor cuidado com o corpo, até as disputas grupais: nos esportes, nos grupos minoritários, nos jogos, nas salas de *chat* da Internet; que permitem, às vezes mais, às vezes menos, velar a questão de que falta um significante no Outro (ALBERTI, 2004, p.47).

Lacan (1962) trabalha a angústia como resposta ao encontro com o que não é especularizável, logo, se partirmos do pressuposto de que há limites para a especularização narcísica, o encontro com o que não é especularizável pode transformar o espelho de objeto que oferece uma sustentação identificatória em um objeto que gera angústia. Podemos questionar se é que, pela adolescência ser um momento em que há uma dificuldade do sujeito em integrar o corpo como imagem narcísica e o corpo como ser pulsional, o sintoma da anorexia encontra espaço para se manifestar.

Recalcati (2001) afirma que “a histérica sofre de uma especularização inconcluída da própria imagem, a qual mantém em suspenso sua interrogação sobre o ser homem ou ser mulher” (RECALCATI, 2001, p.23). A “outra mulher” na histeria ocupa, então, o lugar da imagem especular idealizada, e a histérica busca nela o parceiro narcísico para dar conclusão ao processo de especularização. A inexistência de A mulher é uma saída que Lacan (1975) utiliza quando retoma a afirmação freudiana sobre a existência de uma só função, a fállica, para definir os sexos. Se o sujeito feminino buscar identificar-se, irá, pelo contrário, se desdobrar. Essa dificuldade engendra o apego excessivo da anoréxica ao espelho, parecendo procurar a resposta ao enigma da feminilidade nos confrontos com a própria imagem.

O caso que traremos a seguir como forma de concluir este trabalho traz o desastre que a adolescente sentia em sua relação com o espelho: não suportava se olhar por se ver gorda, mas ao mesmo tempo era atraída a se ver no espelho em qualquer lugar que se encontrasse.

3.11 Caso clínico: “não quero que eles me queiram”

Os atendimentos de Nathália³ se deram na enfermaria e no ambulatório do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ), durante minha residência em Psicologia Clínico-Institucional. Nathália chegou ao primeiro atendimento com dezessete anos, através de um encaminhamento feito pelo INCA - Instituto Nacional de Câncer, onde era acompanhada anualmente por conta de um osteossarcoma⁴ diagnosticado aos seus quatorze anos. No encaminhamento se lia que a paciente estava com significativa perda de peso e de apetite, há mais ou menos seis meses, apresentando distorção na imagem corporal, sugerindo, então, um quadro de anorexia.

Nathália foi avaliada pela equipe de médicos, enfermeiros e nutricionistas do NESA e afirmou-se que a paciente estava em grave desnutrição, com alterações na frequência cardíaca e respiratória, sendo indicada a internação imediata na enfermaria de adolescentes. Na chegada à enfermaria, recebo Nathália e sua mãe bem assustadas com a necessidade de internação, e peço que me digam o motivo de terem sido encaminhadas para o HUPE.

A mãe de Nathália conta que há mais ou menos seis meses sua filha decidiu iniciar uma dieta para emagrecer e ela havia achado normal, porém agora estava muito magra e muito fraca, e há aproximadamente um mês ela identificou que havia problemas nessa dieta, pois Nathália começou a dormir muito, a ter dificuldade para se concentrar na escola e desmaiou algumas vezes durante as aulas e na rua. Não sabia explicar muito bem os pormenores da rotina alimentar de Nathália, conseguiu apenas relatar que a filha se recusava a comer e que havia descoberto há pouco tempo que ela estava induzindo vômitos após as refeições e jogando a comida no lixo sem que a mãe pudesse ver.

Durante a fala da mãe, Nathália permaneceu sentada com a cabeça baixa sobre a mesa, chorando e pedindo para ir embora, dizendo que não ficaria internada, que não poderiam lhe obrigar a comer. Recusou-se, nesse primeiro momento, a me falar qualquer coisa sobre sua dieta, apenas repetia “sou imensa, sou muito enorme, sou muito horrível.” A imagem de Nathália era impactante. Primeiro porque, devido à operação para retirada do osteossarcoma, teve seu membro inferior esquerdo amputado e andava com a ajuda de muletas. Segundo

³Nome fictício utilizado para preservar a identidade do sujeito

⁴Tumor ósseo maligno primário mais comum em crianças e adolescentes (Fonte: <http://www.hcancerbarretos.com.br/osteossarcoma> - Acesso em 25 de abril de 2016).

porque seus ossos estavam bem marcados por uma fina camada de pele, de tão emagrecida que estava. Olheiras e olhos fundos expressavam cansaço e davam a impressão de tristeza a qualquer um que a olhasse.

Em um segundo momento, já a sós comigo, Nathália consegue me contar sobre sua dieta restritiva. Sua meta era ingerir apenas 250 kcal por dia, e mesmo com esse valor mínimo ainda estimular o vômito após as refeições e usar medicamentos laxantes e diuréticos como métodos purgativos. Conta sobre uma voz que está em sua cabeça e que é quem a manda fazer tudo isso e que, se ficar internada e comer, será punida, a voz irá brigar com ela e chamá-la de gorda.

A adolescente precisou ficar internada por um período em torno de dois meses para que sua saúde fosse restaurada, e através de sondas nasogástricas colocadas mais de cinco vezes, a desnutrição pode ser superada. Sua escolha por não comer estava sendo burlada por uma equipe atenta a cada refeição e a cada ida sua ao banheiro, já que Nathália tentou inúmeras vezes arrancar a sonda de seu nariz ou despejar o conteúdo da dieta enteral na pia, de forma lenta e gradual, para que parecesse que a dieta estava sendo consumida. Ao final da internação, Nathália já estava fora da zona de risco nutricional e pode receber alta da enfermaria para ser acompanhada semanalmente no ambulatório do NESA.

Acompanhei Nathália todos os dias durante sua estadia na enfermaria e toda semana no ambulatório até o fim da minha residência no HUPE, quando ela não pode mais seguir o tratamento pela impossibilidade de conciliar o estudo para o vestibular com o horário do atendimento. Somou-se em torno de um ano e meio de atendimentos, nos quais a adolescente pode contar sobre as difíceis perdas que sofreu em pouco tempo: teve um dos membros inferiores amputado aos quinze anos, devido ao tumor maligno que é o osteossarcoma, já mencionado anteriormente, e alguns meses antes de iniciar sua dieta restritiva, seu pai falecera.

A adolescente trouxe muitas questões em sua fala durante esse tempo em que estivemos em atendimento. Falava sobre a saudade que sentia do pai e sobre as mudanças que a morte dele causou na família. Segundo ela, sua mãe precisou trabalhar muito mais, já que não contavam mais com a renda do pai, o que a tornou pouco presente em casa. Sua ausência na vida de Nathália ficava clara nos atendimentos em que a mãe comparecia e contava sobre como estava surpresa ao saber das questões da filha com a alimentação. A imagem cadavérica de Nathália não causava dúvidas a quem a visse, mas sua mãe não pode percebê-la.

Após sofrer tamanho abalo com a perda no real de quem lhe sustentava a lei do desejo, o pai, a adolescente sofre uma verdadeira desagregação em seu corpo: não se reconhece mais

no espelho, o corpo que vê não é mais o seu, precisa machucá-lo para senti-lo seu, vê-se obesa quando seus ossos estão marcados por uma fina camada de pele. Olhar-se no espelho trazia muita angústia e desespero, mas relatava não conseguir passar um dia sem olhar sua imagem. A partir de uma orientação da equipe de nutrição, a mãe de Nathália decide jogar fora todos os espelhos da casa, mas a adolescente busca a própria imagem através da câmera de seu celular e de qualquer objeto que pudesse refleti-la.

Durante as sessões, Nathália falava sobre sua relação próxima com seu falecido pai, seus momentos de lazer e de conversa, ou seja, sobre sua ligação afetiva com o pai que a sustentava como sujeito do desejo. No momento em que Nathália perde o pai, perde também sua possibilidade de se identificar como sujeito. Segundo Alberti (2004):

Se na relação com a mãe a criança é também sempre objeto de seu zelo e de seus caprichos, de seus desejos e de sua satisfação, é na relação com esse pai que é franqueada a via para uma identificação como sujeito, sempre do desejo. Isso não quer dizer que a mãe não deseje que seu filho cresça e apareça, e que não procure causar o desejo dele, mas significa que, para que o desejo da mãe possa alcançar algo do que almeja, é preciso que o sujeito tenha uma referência a um pai que pode relativizar, mediatizar e barrar o próprio desejo da mãe. (ALBERTI, 2004, p.18).

Sabe-se que a perda de um objeto de amor abala o sujeito e lhe revela o encontro com o real. O mundo se esvazia, perde o valor, segundo afirma Freud (1917), e cabe ao sujeito o trabalho de luto, de se reordenar e dar um sentido ao furo que o evento da perda abriu no real. Mas: e quando o sujeito neurótico não tem recursos subjetivos suficientes para realizar a passagem pelo luto dessa forma? No adolescente, que ainda se encontra em vias de elaborar a falta no Outro (ALBERTI, 2004), esses recursos podem vacilar e fazer surgir uma sintomatologia que, fenomenologicamente, se associa à da psicose.

Além dos sintomas já mencionados, Nathália fazia cortes em sua própria pele com bastante frequência. Dizia que eles aliviavam a dor que sentia quando estava muito triste ou angustiada, mas também serviam como punição caso ela comesse mais do que achava que deveria. Sempre que brigava com sua mãe ou irmãs, corria para o quarto, se cortava e mandava mensagem no celular contando o que havia feito. Em sua fala trazia a presença de pensamentos suicidas, tendo já havido duas tentativas: em uma delas, Nathália se jogou de uma escada consideravelmente alta e em outra se lançou na frente de um ônibus em movimento, tendo sido necessário que o motorista a encaminhasse para casa.

Em um dos atendimentos no ambulatório do NESA, a adolescente chega de cadeira de rodas, acompanhada por sua mãe, por conta de uma paralisia aguda que havia acometido repentinamente seus membros superiores, impedindo-a de andar – coisa que já não era

simples porque necessitava da ajuda de muletas devido à amputação. A clínica médica foi imediatamente acionada para avaliá-la, pois era preciso verificar se a paralisia tinha uma razão orgânica ou se era uma conversão histérica, como já suspeitávamos. O exame clínico foi realizado, confirmando que não havia nenhum motivo orgânico para a paralisia.

Adverti a equipe sobre a necessidade da internação imediata de Nathália na enfermaria do NESA, tendo em vista os relatos de recentes tentativas de suicídio e agora uma possível conversão histérica, a paralisia, como um apelo ao Outro. Mas essa não foi a opinião da residente em psiquiatria, que acreditava que, se a internássemos, iríamos “fazer o que ela quer” e isso intensificaria os seus sintomas. Decide, então, medicá-la imediatamente com um ansiolítico, orientando-a ir para casa e “conversar com seus braços, pedindo-lhes que melhorem logo”.

Passados poucos minutos da saída da adolescente do hospital, ela e sua mãe retornam à enfermaria me procurando, com a queixa de que agora todo o corpo de Nathália estava paralisado. A equipe médica do NESA pode, nesse segundo momento, escutar a minha solicitação e autorizaram a internação de Nathália na enfermaria. Ao ser comunicada de que dormiria no hospital naquela noite, a adolescente começa a gritar que não quer ficar e que, assim que seus braços voltarem a se movimentar normalmente irá se machucar muito, se não a liberarem da internação. Sua mãe concordou com a decisão de que a filha dormir no hospital aquela noite era opção mais segura, porém avisou à equipe que não poderia ficar junto à filha, pois trabalharia cedo no dia seguinte.

Poucas horas depois, sozinha no leito da enfermaria e já se movimentando, Nathália encontra uma tesoura de papel em sua mochila e começa a gritar dizendo que, se não a liberarem da internação, irá se cortar ali mesmo. Após inúmeras tentativas sem sucesso minhas e da equipe médica de que a adolescente nos desse a tesoura, a decisão da medicina é a de contê-la, para evitar que machuque a si mesma, e então um braço e sua perna são amarrados ao leito. Ao me aproximar dela logo após sua contenção, Nathália expressa estar mais calma, porém não quer falar, pede-me que vá embora.

No dia seguinte, Nathália já havia sido desamarrada do leito e não apresentava mais nenhum sinal de paralisia. Sentei-me ao seu lado e ela prontamente disse: “Obrigada, tá? Eu precisava disso”. Após a discussão do caso com toda a equipe da enfermaria do NESA, decidiu-se dar a alta para Nathália, já que durante o dia a adolescente permaneceu mais calma e não apresentou mais conversões.

Podemos entender, no caso de Nathália, que o uso de tais recursos não verbais, como as escarificações e as tentativas de suicídio, tinham por objetivo aliviar a angústia

avassaladora que a tomava. Através de um apelo em forma de ato, a paciente dirigia uma demanda ao olhar do Outro, visando transmitir uma mensagem. *Acting out* ou passagem ao ato? O *acting-out* é uma manifestação inconsciente que possui uma semelhança com o processo de transferência, uma vez que nele há uma atuação onde o ato está dirigido a alguém, a um outro. O *acting-out* comporta um endereçamento, uma demanda dirigida ao Outro, necessitando do Outro muitas vezes como espectador da cena. Poderíamos, então, identificar esses atos de Nathália como sendo da ordem dos *acting out*. No entanto, a questão talvez não seja tão simples. Vejamos o que podemos aprender com Lacan.

Em seu seminário sobre Angústia (LACAN, 1962/63), abordou a questão dos atos sintomáticos e propõe sua distinção baseada na posição do sujeito em relação à cena em torno do conflito. A passagem ao ato seria, segundo Lacan (1962/63), a queda do sujeito para fora da cena, interrompendo seu curso. O *acting out*, como o autor propõe, é a criação e sustentação da própria cena, em um nível de demonstração intencional, apesar de inconsciente.

Lacan (1962-63, p. 136) sugere que “tudo que é *acting out* é o oposto da passagem ao ato”. Tal oposição seria principalmente situada em relação ao endereçamento do ato. O *acting out* seria, assim, algo que se mostra na conduta do sujeito, orientado para o Outro. Na passagem ao ato, segundo Lacan (1962/63, p. 130), “o sujeito se encaminha para se evadir da cena”, e como nos aponta Alberti (2009, p. 21), na passagem ao ato “o sujeito se despede da cadeia significante”.

Ainda em seu seminário sobre a angústia, Lacan (1962/63) alerta para a escandalosa publicidade do *acting out*, que demonstra seu direcionamento em relação ao Outro, clamando por um espectador capaz de interpretá-lo. “O *acting out*, bem, ele é o começo da transferência, é a transferência selvagem”, afirma Lacan (1963, p.140). A partir daí, podemos entender as mensagens de texto de Nathália para mim logo após realizar os cortes em sua pele como um apelo para que eu suportasse os destinos da transferência, para que eu domesticasse a transferência selvagem (LACAN, 1963, p.140), já que há no direcionamento ao Outro do *acting out* um vínculo transferencial. SIM! Os cortes podem ser *acting outs*.

Também é importante retomarmos Alberti (2009), visto que a autora fala sobre as tentativas de suicídio por sujeitos neuróticos na adolescência. Segundo ela, essas tentativas são sempre da ordem de um apelo, demonstrando uma dificuldade no relacionamento do adolescente com aquele que está instituído no lugar do Outro. Vejamos:

A tentativa de suicídio na infância e na adolescência, desde que levada a cabo por sujeitos neuróticos – a maioria dos suicidas nessa idade –, sempre implica um apelo, razão pela qual ela jamais é pura passagem ao ato, quer dizer, a tentativa de suicídio na adolescência jamais é pura despedida da cadeia significante. Ela sempre denota uma dificuldade no relacionamento com aquele que o sujeito institui no lugar do Outro. Denota algo que passou despercebido ao Outro, mesmo que, muitas vezes, o sujeito tenha chamado a atenção para isso de outras maneiras. (ALBERTI, 2009, p. 21-22).

Nathália se cortava em locais nem sempre difíceis de serem vistos, como nos braços, na perna e na barriga, e não se privava de andar de blusas sem manga ou shorts curtos. É importante destacar esses detalhes porque sua mãe apenas pode ver os cortes após ser alertada por mim. Nathália usava todo o seu corpo cadavérico e machucado como apelo, mas sua mãe não podia responder a essa demanda naquele momento. Seu marido havia falecido há pouco mais de um ano e, em processo de luto, não poderia investir noutra coisa senão no objeto de amor perdido, conforme nos aponta Freud (1917 (1915)):

O luto profundo, a reação à perda de um ente amado, comporta o mesmo doloroso abatimento, a perda de interesse pelo mundo externo — na medida em que não lembra o falecido —, a perda da capacidade de eleger um novo objeto de amor — o que significaria substituir o pranteado —, o afastamento de toda atividade que não se ligue à memória do falecido. Logo vemos que essa inibição e restrição do Eu exprime uma exclusiva dedicação ao luto, em que nada mais resta para outros intuítos e interesses. (FREUD, 1917 (1915), p.129).

Isso também se refletia na insistência da mãe de que Nathália encontrasse um namorado: seria uma forma de Nathália poder contar com alguém que não a mãe, impossibilitada, por sua vez, de dar a atenção que a filha demandava. Com bastante frequência aparecia no discurso de Nathália o receio que sentia ao pensar na possibilidade de ser desejada por algum menino. Queixava-se da cobrança por parte da mãe que dizia frequentemente: “tudo isso vai passar se você arranjasse um namorado”. Percebendo a intensão da mãe de fazê-la procurar outra pessoa, o que interpretava como uma forma de descaso da mãe para com ela, Nathália respondia a isso claramente: “eu não quero que eles me queiram, não quero ser mulher de ninguém”. Ao ser questionada sobre essa sua posição, ela se defendia: “eu tenho meus gatos, eu tenho minha mãe, minhas irmãs... não quero ter que namorar ninguém”.

A adolescente havia tido recentes investimentos de meninos de sua escola para namorá-la, mas dizia sentir nojo. Acrescentou: “eu estou magra assim justamente pra ninguém me querer, pra não ter peito, bunda, pra não ter nada de mulherão! O que eles viram em mim?”. Sua mãe dizia perceber alguns meninos atraídos por Nathália e tentava incentivar a

filha a namorar. Contava que começou a namorar cedo e que na idade da filha já estava com o pai dela: “Eu já estava arranjada nessa idade! Ela tem que começar a beijar na boca!”. Quando falava disso perto de Nathália, a reação da adolescente era uma expressão facial de nojo: “Eca! Para com isso, mãe!”, ela dizia.

Diante de toda a história de Nathália, no decorrer dos atendimentos cada vez mais se levantava a hipótese diagnóstica de neurose de histeria com um quadro anoréxico, quadro este que trazia a representação das dificuldades de Nathália em significar o vivido em função das recentes perdas e em abdicar de sua posição infantil e entrar na adolescência, tornando-se, então, uma mulher a ser desejada. No caso de Nathália, assim como nos das jovens santas da Idade Média, teria o sintoma anoréxico surgido como uma recusa da feminilidade? Parece-nos ser algo a mais, e para isso seria necessário analisar os impasses que a sexuação impõe ao gozo dos sujeitos que se situam do lado mulher na partilha dos sexos, tema demasiado complexo para a proposta desta dissertação. No entanto, o texto em anexo, escrito nos últimos dois meses, pode dar uma orientação para os próximos tópicos deste capítulo.

3.12O olhar do Outro

Camila, adolescente de treze anos, chegou ao NESA apresentando baixo peso corporal, beirando a faixa da desnutrição, recusando-se a comer para não engordar. Dizia ter parado de comer devido a uma intensa dor estomacal que sentia ao se alimentar, dor esta que havia cessado ao decidir não ingerir mais alimentos. Foi diagnosticada com anorexia nervosa pelos médicos e nutricionistas do ambulatório.

No decorrer dos atendimentos, Camila pode contar que duas de suas professoras de *ballet* haviam lhe dito que estava acima do peso para conseguir passar em um importante concurso de dança. A partir daí, a adolescente localiza o início de suas dores estomacais, afirmando que acabaram por ajudá-la, pois foi ao parar de comer que conseguiu alcançar o peso exigido pelo *ballet*. No entanto, ao atingi-lo, Camila estava tão fraca que desmaiou em algumas aulas e não conseguiu continuá-las.

Poucos dias depois, Camila relata sentir dores nas pernas e não conseguir mais frequentar as aulas de dança. Diferentes tipos de exames clínicos foram realizados, mas nenhuma causa para suas dores foi encontrada. Agora, apesar de ter alcançado o peso ideal para a dança, não pode mais frequentar as aulas de *ballet* devido às dores nas pernas.

É a partir da tentativa de elaborar a castração do Outro que o adolescente tenta se reestruturar psiquicamente. É esse desarranjo que obriga o sujeito a elaborar a adolescência, e então ele busca identificar-se ao Outro. Na retificação da imagem imposta ao adolescente não se trata de uma mudança de ordem biológica, mas das consequências psíquicas que a elaboração da castração do Outro traz ao sujeito. É o suporte do olhar do Outro que sustenta o desarranjo e a desestabilização da imagem de si que se projeta como corpo. A partir da fala de sua professora de *ballet*, Camila tem sua imagem corporal posta em questão e precisa conseguir uma forma de reestruturá-la. O olhar do Outro se impõe e traz a necessidade de Camila se enquadrar no que o Outro está lhe exigindo, no caso, emagrecer.

A forma que Camila encontra para dar conta dessa reorganização corporal é impor ao seu corpo uma dieta restritiva, concomitante à dor estomacal. Essa dieta, entretanto, termina por frustrar a intensão inicial – satisfazer sua professora de ballet – e lhe traz consequências orgânicas – a fraqueza e os desmaios – que a impedem de dançar. Momento em que Camila perde a referência que a vinculava como sujeito do desejo – ser bailarina e passar em um concurso importante para aperfeiçoar sua técnica –, reduzindo-se a esse objeto que é criticado pelo Outro – na ocasião, suas examinadoras no *ballet*.

Cabe aqui trazermos o caso de Mariana, adolescente de dezesseis anos também atendida do ambulatório do NESA. Mariana chegou ao primeiro atendimento com baixo peso, taquicardia e sensações de desmaio. Foi diagnosticada com anorexia nervosa e apresentou distúrbios eletrolíticos, precisando ficar internada na enfermaria do NESA por mais de três meses. Durante a internação, Mariana sofreu um infarto e os médicos chegaram à conclusão de que havia sido provocado pela carência de potássio, substância que regula o ritmo cardíaco.

Em uma das sessões, Mariana pode recordar que iniciou uma dieta restritiva aos treze anos ao ouvir do pai que não era bonita porque estava muito gorda. Seus pais eram divorciados e Mariana via o pai com pouca frequência, pois ele morava em outro país. Chegou à conclusão, em um dos atendimentos, de que imaginava que seu pai não gostaria mais de vê-la se ela não emagrecesse. Provavelmente, por viver distante de Mariana, o pai idealizava a filha conforme uma imagem que ele mesmo construiu. Ao encontrá-la de fato, a Mariana, sua filha, não era conforme aquela imagem, o que deve tê-lo decepcionado. No lugar de se dar conta de que sua filha nunca seria como a imaginou por longos anos quando esteve ausente por ter partido, responsabilizou a filha pelo abandono dele, cobrando dela que se fizesse à imagem de sua própria fantasia. Mariana, enquanto sujeito do desejo, foi totalmente anulado na mensagem que o pai externou: você não é a filha que desejo ou, ainda, você não é

minha filha, esta é magrinha, diferente de você. Do mesmo modo como Camila, Mariana cai como sujeito, por ter se tornado rebus no olhar do pai.

Tanto Nathália, quanto Mariana e Camila, necessitavam da sustentação no olhar do Outro para estabilizarem-se para além da imagem narcísica, ou seja, como sujeitos do desejo. A partir da exigente demanda do Outro de que emagrecessem, acabaram por desenvolver o sintoma da anorexia, vendo-se gordas naquele olhar, de modo a já não verem que, no espelho, seus corpos desapareciam em troca de um olhar que as sustentasse como sujeitos do desejo.

A compreensão de Lacan (1960/1961, p. 634) sobre o par demanda e desejo como essenciais na composição do sintoma anoréxico aponta que o que é demandado pelo sujeito é oferecido pelo Outro sob o equívoco do objeto da necessidade, ou seja, o alimento, suprimindo o desejo do sujeito – o que chama em 1958 de “papinha sufocante”. Como o mesmo autor aponta em 1960/1961, há um ponto de ambiguidade na demanda, pois ao mesmo tempo em que ela pede para ser atendida, cai-se numa armadilha quando a atendemos prontamente, visto que o que a demanda aponta do desejo inconsciente só sobrevive na sua não-satisfação. Para Lacan (1960/1961), a demanda não é passível de ser compreendida e respondida de forma direta, já que o que ela comporta está além e aquém dela mesma, ou seja, o desejo.

O corpo da anoréxica se consome, se esqueletiza, para abrir no Outro uma falta em direção ao seu desejo. Recalcati (2004) aponta: “O corpo (...) faz-se invisível, tende a desaparecer, diminuir, secar, mas só para ganhar uma maior consistência, para existir verdadeiramente para o Outro, para cegar o Outro” (RECALCATI, 2004, p. 05).

Com base nesses três casos, podemos retomar o que pontua Santoro (2003) em seu texto *O corpo e seus excessos na alimentação*, no qual a autora diz que o que acontece na anorexia é um excesso de real, dificultando o poder simbólico da palavra. Nesse sentido, poderíamos vincular a anorexia à dimensão do objeto, do real. É importante abordar o que Lacan (1969-1970) traz em seu seminário *O avesso da psicanálise* a respeito do mais-gozar. Neste seu trabalho, o acento está no significante como marca de gozo, tanto no sentido de introduzir uma perda de gozo quanto um suplemento de gozo. Em uma articulação à anorexia, podemos pensar que o sujeito não consente com o que o significante traz de perda de gozo, já que o lhe interessa é a forma como o objeto a pode produzir um mais gozar, um suplemento de gozo. A satisfação na anorexia, portanto, se dá no próprio corpo, não passando pelo significante.

Para Santoro (2003), o sujeito anoréxico encontra dificuldade em absorver o gozo à ação mediadora do significante, produzindo um resto, uma sobra. Podemos pensar essa sobra

como o excesso de gordura – inexistente - que as três pacientes aqui tratadas trazem em seu discurso. Há um pedaço de corpo que sobra, objeto *a*. O sujeito, tomado por um gozo que transborda pelo corpo, se dirige ao Outro – mãe, professora de *ballet*, pai - para obter uma resposta. Miller (2005, p. 126, tradução nossa) afirma que “o desejo cai substituído pelo gozo; a resposta à pergunta pelo gozo do Outro é a aparência, e a maneira de tramitá-lo torna-se significada pelo gozo da contemplação de seu próprio corpo.”⁵

Hekier e Miller (2005) afirmam que, diante da impossibilidade de uma articulação significativa, o corpo anoréxico sofre do gozo, que ao mesmo tempo é um gozo ao qual o sujeito não consegue renunciar, agindo como o imperativo da satisfação incompleta da pulsão. Bidaud (1998) aponta um paradoxo no sintoma anoréxico: se por um lado o sujeito não constitui o corpo como subsídio simbólico, por outro o sujeito está colado no corpo real e na imagem corporal, sentindo as dores e sofrimento que ele lhe traz. Desde os casos das santas anoréxicas, é possível identificarmos uma satisfação que a dor da fome traz, como denuncia o texto de Sara Perola Pux (2002) intitulado “*A fome dói...mas passa.*” Essa satisfação sustenta o sintoma anoréxico, que faz escoar do sujeito não só a beleza, mas a vitalidade, a sexualidade, o corpo e o próprio desejo que, diante de um gozo excessivo, fica apagado. (BIDAUD, 1998).

Se por um lado a anorexia é um sintoma de desejo, por outro, quando o gozo passa a imperar nos domínios da pulsão de morte, quando se chega ao gozo da fome, faz o desejo sucumbir. Com isso, temos que os impasses do sujeito anoréxico não encontram um respaldo simbólico que poderia ser capaz de amortecer os impactos do gozo no corpo. Na anorexia, trata-se de fazer mostrar no corpo conteúdos que não encontram uma mediação na dialética da linguagem, levando o sujeito a tornar o seu corpo o próprio objeto de gozo, mas reiteramos que esta discussão ficará para posteriores aprofundamentos.

⁵ “El deseo queda sustituido por el goce; la respuesta a la pregunta por el goce del Otro es la apariencia, y la manera de tramitarlo queda significada por el goce de la contemplación de su propio cuerpo.”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como eixo principal apresentar um estudo histórico do que hoje chamamos de anorexia, atrelando a clínica à teoria, e, a partir disso, pretendeu distinguir as diferentes perspectivas da medicina e da psicanálise no que tange a abordagem desse sintoma. A importância do estudo das condutas anoréxicas através da história confirma-se na medida em que contribuiu com elementos relevantes para o esclarecimento de questões atuais sobre esse sintoma. A época contemporânea convoca o analista a questionar e investigar o sintoma da anorexia, apesar deste não ser exclusivamente moderno, como vimos. A contextualização histórica realizada nesta dissertação visa retificar posições simplistas sobre a anorexia ser um novo transtorno, um sintoma contemporâneo.

Freud (1908) questiona os efeitos da modernidade apontando o aumento da doença nervosa moderna como um dano causado pela moral civilizada. Ele chama atenção para “a doença nervosa moderna que se difunde rapidamente na sociedade contemporânea” (FREUD, 1908, p. 188). A partir do testemunho de diversos autores de sua época, Freud (1908, p. 188) aponta a “alta incidência da doença nervosa e a moderna vida civilizada” e traça um paralelo entre as características e exigências dos tempos modernos com uma exaustão do sistema nervoso. O sujeito moderno deve responder a um aumento de exigências sociais e econômicas, exigindo maior dispêndio de energia e um excesso de esforço mental. Freud, entretanto, observa que essas teorias não são suficientes para explicar a causa dos sintomas neuróticos modernos:

A meu ver, a deficiência destas e outras teorias semelhantes está, não em sua imprecisão, mas no fato de se revelarem insuficientes para explicar as peculiaridades dos distúrbios nervosos, e de ignorarem justamente o fator etiológico mais importante. (...) Se nos atermos às doenças nervosas propriamente ditas veremos que a influência prejudicial da civilização reduz-se principalmente à repressão nociva da vida sexual dos povos (ou classes) civilizados através da moral sexual ‘civilizada’ que os rege (FREUD, 1908, p. 190-191).

Nesse sentido, Freud (1908) aponta que seria insuficiente atribuir a causa dos sintomas neuróticos apenas às exigências da cultura, e traz à tona o caráter sexual da origem dos sintomas:

(...) não existe nenhuma correspondência entre as formas das doenças nervosas e as outras influências nocivas assinaladas por aquelas autoridades. Podemos, portanto,

considerar o fator sexual como o fator básico na causação das neuroses propriamente ditas. (FREUD, 1908, p. 191).

No primeiro capítulo, a revisão crítica dos preceitos religiosos acerca do jejum ofereceu um alicerce para questionarmos comportamentos que nos surpreendem pela proximidade aos atuais casos de anorexia nervosa. Conduzimos nossa pesquisa o mais próximo possível dos textos religiosos e das práticas cristãs a respeito do jejum, a fim de investigar em que medida as condutas das atuais anoréxicas lembram aquelas da privação e da santificação.

No segundo capítulo propusemos uma análise do conceito de anorexia nervosa através da literatura médica. Foi a partir dos avanços científicos, por volta dos séculos XVII e XVIII, que se passou a buscar fatores orgânicos na compreensão da anorexia nervosa que justificasse que esta fosse considerada uma enfermidade física ou mental. Desta forma, o discurso medicotrouxe novas concepções da recusa alimentar para que não mais se tratasse esses casos como uma questão de santas ou bruxas, mas como um quadro mórbido evidenciando uma estranha enfermidade. Houve a patologização do jejum com o advento do raciocínio científico, permitindo a inserção da recusa alimentar como uma doença e não mais como uma manifestação a serviço de Deus.

Foi na segunda metade do século XIX que começaram a aparecer na literatura médica e psiquiátrica descrições bem delimitadas do quadro que em breve, com Gull (1868), seria denominado anorexia nervosa ou mental. A partir daí, a anorexia passou a ser vista, na medicina, como uma entidade clínica separada de outros quadros. Neste mesmo século, entretanto, a psicanálise surge marcando uma revolução no saber médico, evidenciando uma nova causalidade aos sofrimentos psíquicos e até mesmo orgânicos.

No terceiro capítulo expusemos o que a psicanálise trouxe como contribuição para a leitura dos sintomas anoréxicos, a partir de uma revisitação aos textos de Freud e de Lacan. Percorremos a formulação do que é o sintoma para a psicanálise, visto que para esta ele não assume as mesmas definições do senso comum ou do campo médico. O diagnóstico psicanalítico parte de pressupostos muito diferentes da psiquiatria, pois se orienta a partir da definição estrutural do sujeito sob transferência, de forma que os sintomas devem ser compreendidos na estrutura psíquica em que aparecem.

Diante disso, achamos importante discorrer sobre a teoria lacaniana dos discursos, já que os casos posteriormente trabalhados foram atendidos em um contexto predominantemente médico, o hospital geral. Trouxemos as conceituações sobre as diferenças entre o discurso médico e o discurso psicanalítico para contribuir com a definição do que é o sintoma para a

psicanálise, com o intuito de afirmar que a classificação médica e psiquiátrica da anorexia não orienta a clínica psicanalítica.

Limitamo-nos a trabalhar a anorexia na neurose de histeria, já que os três casos trabalhados no desfecho desta pesquisasituam-se nessa estrutura. Nas três adolescentes pudemos identificar um corpo deteriorado e fragilizado, com alterações orgânicas, fisiológicas e comprometimento das funções vitais. Entendemos que o corpo, nesses casos, parece querer dizer o que não pode ser dito pela via da fala, retornando no real do corpo um componente psíquico sem representação.

Com Nathália, Camila e Mariana, entendemos a doação do corpo como uma forma de apelo para barrar o Outro e desgarrar-se da dependência alienante, a partir de uma demanda dirigida ao olhar do Outro, seja pela negação à comida, seja pelos cortes que Nathália realizava em sua pele, seja pela dor de estômago cultivada por Camila. Entendemos, nesse último capítulo, a partir dos estudos de Lacan, que o nada na anorexia histérica aparece como associado à recusa, recusa esta sendo a tradução em ato do nada. Retomando as considerações lacanianas, Recalcati (2004, p. 04) aponta que “a recusa anoréxica é, com efeito, o ato que faz surgir o nada como objeto de separação”.

Na histeria, a recusa alimentar é sempre uma recusa dialética, como um apelo ao Outro, diferente do que ocorre na psicose, como vimos, onde a recusa é pura exclusão do Outro. A recusa defende o desejo da histérica do risco de sua absorção na demanda do Outro, como entendemos em Lacan. Ao fazer referência à anorexia como forma de preservar o desejo, o autor torna explícito que o que está em questão neste sintoma não é o alimento, mas a falta, o desejo.

O Outro que convoca o sujeito o tempo todo a responder sua demanda acaba por fazer com que o sujeito não apareça, sob pena de o desejo sucumbir à voracidade do Outro. Ora, ao sujeito é preciso que ele não atenda à demanda do Outro como artifício para que este Outro deseje outra coisa para além do próprio sujeito. Já que o desejo só pode se produzir no para-almém da demanda, é preciso que o sujeito reconheça que para além da sua demanda existe o desejo do Outro, que constitui o sujeito como ser de desejo.

Nessa perspectiva, a anorexia torna-se uma solução encontrada pelo sujeito de não se manter totalmente alienado no campo do Outro. Como disse Lacan em seu texto *Juventude de Gide ou a letra e o desejo* (1958, p. 766), “(...) amar é dar aquilo que não se tem (...)”, e isso implica que, para demonstrar seu amor, seria preciso que o Outro consentisse com sua castração e oferecesse ao sujeito o significante da falta, para que algo falte ao sujeito, algo para desejar. O objeto nada na anorexia das nossas três adolescentes surge como uma

possibilidade de o sujeito barrar o Outro de tomá-lo completamente em sua demanda devoradora.

Podemos concluir, a partir dos casos aqui trabalhados das santas da Idade Média, das históricas de Freud e das adolescentes do NESA, que o sintoma anoréxico pode ser compreendido como uma forma que o sujeito encontra para mostrar que para ele o que está em questão não é a sobrevivência do corpo ou um ideal de corpo magro e belo; o que realmente lhe importa é a sobrevivência do desejo, mesmo que isso possa lhe custar a entrega do seu corpo como nada para falar a um Outro.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, S. [1996]. **Esse sujeito adolescente**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos/Contra Capa, 2009.

ALBERTI, S. [2004]. **O adolescente e o outro**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.

BASILIO, F. **Vida de Santa Catarina de Sena**. São Paulo: Paulus, 1993.

BELL, R. [1985]. **Holy anorexia**. Chicago: University of Chicago Press, 2014.

BÍBLIA, N.T. **Romanos**. Português. Bíblia Sagrada. 1. ed. São Paulo: Ed. Sociedade Bíblica do Brasil, 1969. Cap. 07.

BÍBLIA, A.T. **Gênesis**. Português. Bíblia Sagrada. 1. ed. São Paulo: Ed. Sociedade Bíblica do Brasil, 1969. Cap. 03.

BÍBLIA, A.T. **Livro dos Esdras**. Português. Bíblia Sagrada. 1. ed. São Paulo: Ed. Sociedade Bíblica do Brasil, 1969. Cap. 08.

BÍBLIA, N.T. **1Coríntios**. Português. Bíblia Sagrada. 1. ed. São Paulo: Ed. Sociedade Bíblica do Brasil, 1969. Cap. 06.

BÍBLIA, N.T. **Atos dos Apóstolos**. Português. Bíblia Sagrada. 1. ed. São Paulo: Ed. Sociedade Bíblica do Brasil, 1969. Cap. 13-14.

BIDAUD, E. [1998]. **Anorexia mental, ascese, mística: uma abordagem psicanalítica**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2000.

BROWN, P. **The Body and Society: Men, Women, and Sexual Renunciation in Early Christianity**. 1988.

CLAVREUL, J. [1978]. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1983.

CONDE, H. **O sintoma em Lacan**. São Paulo: Escuta, 2008.

CORDÁS, T. A.; WEINBERG, C. **Santas anoréxicas na história do ocidente: o caso de Santa Maria Madalena de Pazzi**. In: Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo: 2002.

CORDÁS, T. A.; CLAUDINO A.M. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, p. 3-6, 2002.

CRUZ, R. J. B. Oito teses sobre processo de secularização da cultura ocidental: indicações de momentos e teóricos chave. **Revista Espaço Acadêmico**, 2010.

DUBY, G. [1967-1986]. **Idade Média, idade dos homens: do amor e outros ensaios**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

ENGELS, F. **Do socialismo utópico ao socialismo científico**. São Paulo: Ed. Global, 1980.

FIGUEIREDO, A. C.; MACHADO, O. M. R. O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, Rio de Janeiro, 2000.

FOUCAULT, M. [1963]. **O nascimento da clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

FOUCAULT, M. [1970]. **A ordem do discurso**. São Paulo: Edições Loyola, 1999.

FOUCAULT, M. [1980]. **História da sexualidade 1: A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

FOUCAULT, M. [1984]. **História da sexualidade 2: O uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FOUCAULT, M. [1985]. **História da sexualidade 3: O cuidado de si**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FREUD, S. [1886-1889]. Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.v. 1.

FREUD, S. [1904 [1903]]. O método psicanalítico de Freud. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1969.v. VII.

FREUD, S. [1905a [1904]]. Sobre a psicoterapia. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1969.v. VII, 1969.

FREUD, S. [1986]. A etiologia da histeria. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1973.v. 3.

FREUD, S. [1892-1893]. Um caso de cura pelo hipnotismo. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.v. I.

FREUD, S. [1893]. Casos clínicos. In: _____. **Obras Completas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. v. II.

FREUD, S. [1893a]. Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.v. II.

FREUD, S. [1893-1895]. Estudos sobre a histeria. In: _____. **Obras Completas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. v. II.

FREUD, S. [1895]. Rascunho G. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.v. I.

FREUD, S. [1899]. Extratos dos documentos dirigidos a Fliess: carta 105. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.v. I.

FREUD, S. [1905]. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.v. VII.

FREUD, S. [1916 - 1917]. Conferências Introdutórias à psicanálise. In: _____. **Obras Completas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2014. v. XIII.

FREUD, S. [1917 [1915]]. **Luto e Melancolia**. In: _____. **Obras Completas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. v. XII.

FREUD, S. [1918 [1914]]. **História de uma neurose infantil**. In: _____. **Obras Completas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. v. XIV.

FREUD, S. [1920]. **Além do Princípio do Prazer**. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.v. XVIII.

FREUD, S. [1926]. **Inibição, sintoma e angústia**. In: _____. **Obras Completas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2014. v. XVII.

FREUD, S. [1937]. **Análise terminável e interminável**. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.v. XXIII.

GAMERO, C. La insoportable levedad del nunca comer. **Revista Vivat Acad.**, Chile, 2002.

HEKIER, M.; MILLER, C. **Anorexia y bulimia: deseo de nada**. Buenos Aires: Paidós, 2005.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Ed. Objetiva, 2001

HUIZINGA, J. [1919]. **O outono da Idade Média**. São Paulo: Cosac Naify, 2013.

JORGE, M. A. C. Discurso e liame social: apontamento sobre a teoria lacaniana dos quatro discursos. In: JORGE, Marco Antonio Coutinho; RINALDI, Doris (Orgs.). **Saber, verdade e gozo**: leituras de O Seminário, livro 17, de Jacques Lacan. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002.

LACAN, J. [1938]. Os complexos familiares na formação do indivíduo. In: _____. **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, J. [1966]. O estádio do espelho como formador da função do eu. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar Editor, 1998.p. 96-103

LACAN, J. [1935]. Interventions de Lacan à la Societé psychanalytique de Paris.**Ornicar?** Revue du Champ Freudien, Paris,n.31, 1984.

LACAN, J. [1953]. Função e campo da linguagem em psicanálise. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar Editor, 1998.

LACAN, J. [1954-1955]. **O Seminário, livro 2**: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

LACAN, J. [1956-1957]. **O Seminário, livro 4**: a relação de objeto.Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

LACAN, J. [1957]. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar Editor, 1998.

LACAN, J. [1957-1958]. **O Seminário, livro 5**: As formações do inconsciente.Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, J. [1958]. A direção do tratamento e os princípios do seu poder. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar Editor, 1998.

LACAN, J. [1962-1963]. **O Seminário, livro 10**: a angústia.Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

LACAN, J. [1964]. **O Seminário, livro 11**: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise.Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

LACAN, J. [1966]. O lugar da psicanálise na medicina.Collège de Medicine, La Salpêtrière, Paris. **Opção Lacaniana**: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise, São Paulo,n. 32, 2001.

LACAN, J. [1966a]. Do sujeito enfim em questão. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar Editor, 1998.

LACAN, J. [1969-1970]. **O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

LACAN, J. [1972-1973]. **O Seminário, livro 20: mais, ainda**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

LACEY, H. (1982). Anorexia nervosa and a bearded female saint. **British Medical Journal**, Londres, n. 285. 1982. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1500267/pdf/bmjcred00637-0060.pdf>. Acesso em 15 de agosto de 2015.

LAPLANCHE, J; PONTALIS, J. B. [1996]. **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LASÈGUE, C. [1873]. Da anorexia histérica. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria, Madrid, v. XX, n. 74, 2000. Disponível em: <http://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15697/15556>. Acesso em: 10 de janeiro de 2016.

LILES, E. G.; WOODS, S. C. Anorexia nervosa as viable behavior: extreme self-deprivation in historical context. **Hist Psychiatry**, 1999.

MICHAELIS: moderno dicionário da língua portuguesa. [1998]. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.

PARRY-JONES, B. Historical Terminology of eating disorders. **PsycholMed**, Cambridge, p. 21-28, 1991

PENCAK, S.; BASTOS, A. Anorexia mental e feminilidade. **Revista Ágora**. Rio de Janeiro: 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982009000200013&lng=en&nrm=iso. Acesso em 11 de março de 2016.

QUINET, A. **A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

QUINET, A. [2000a]. **As 4+1 Condições da Análise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2013.

QUINET, A. [2006]. **Psicose e laço social: esquizofrenia, paranóia e melancolia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

RAMPLING D. Ascetic ideals and anorexia nervosa. **Journal Psychiatr Res**, 1985.

RECALCATI, M. Os dois "nada" da anorexia. **Correio**: Revista da Escola Brasileira de Psicanálise, São Paulo, n. 32, p. 26-36, 2001.

RECALCATI, M. **Clínica do vazio**: Anorexia, dependência e psicoses. Madrid: Síntesis, 2003.

RECALCATI, M. [2004]. **La última cena**: anorexia y bulimia. Buenos Aires: Del Cifrado, 2007.

RONAN, C. A. **História ilustrada da ciência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1987. v. II

SANTO AGOSTINHO (354-430). **A virgindade consagrada**. São Paulo: Paulinas, 1990.

SILVA, A. N.; BASTOS, A. Anorexia: uma pseudosseparação frente a impasses na alienação e na separação. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 97-107, 2006.

STEVENSON, A. [2010]. **Oxford Dictionary of English**. Oxford: Oxford Dictionaries, 2011.

WEINBERG, C.; CORDÁS, T.A. **Do altar às passarelas**: Da anorexia santa à anorexia nervosa. São Paulo: Annablume, 2006.

APÊNDICE - “Os mistérios do corpo falante”⁶ e a adolescente anoréxica⁷.

Autoras: Sonia Alberti⁸ e Aline Martins⁹.

O corpo e sua imagem, na anorexia.

Com a formulação do estágio do espelho, Lacan (1949/1966) acata a assertiva freudiana de que não há, desde o nascimento da criança, uma unidade comparável ao eu. A imagem unificada se constrói a partir do Outro, da relação que o bebê tem com aquele que dele cuida, o que marca, para sempre, o desconhecimento e a alienação como constitutivos do eu. Há um processo de identificação no campo especular a partir do olhar do Outro: a criança assume determinada imagem de si mesma e se reconhece nela. Para se constituir, é preciso que ela seja objeto do olhar e tenha um lugar no campo do Outro. É a partir desse momento que a criança passa a se reconhecer; seu corpo não é inicialmente vivido como seu, mas projetado e alienado ao Outro.

É, portanto, através da identificação com o Outro que a criança antecipa imaginariamente a forma total de seu corpo, como se fosse um esboço do eu. Lacan (1949/1966, p.113) afirma: “[...] o primeiro efeito que aparece da imago no ser humano é um efeito de alienação do sujeito. É no Outro que o sujeito se identifica e mesmo se experimenta de início”. Com isso, a identidade do sujeito nunca poderá deixar de ser determinada por uma relação, libidinal, com algo que vem de fora, do horizonte da alteridade. Daí, um eu articulado

⁶Expressão utilizada por Lacan (1972-3/1975), p. 118.

⁷Este trabalho é um dos produtos da pesquisa de Mestrado de Aline Martins sob orientação da Professora Sonia Alberti, no Programa de Pós-graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

⁸Sonia Alberti é Professora Associada e Procientista da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Pesquisadora do CNPq. É psicanalista membro da Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano. Endereço: Rua João Afonso, 60 casa 22. 22261-040 Rio de Janeiro/RJ. Tel./Fax: (21) 25273154. E-mail: sonialberti@gmail.com

⁹Aline Martins é mestranda em Psicanálise no Programa de Pós-graduação em Psicanálise na Universidade do Estado do Rio de Janeiro. É Professora Substituta da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Campus Macaé. Endereço: Rua Soares da Costa, 400. 20520-100 Rio de Janeiro/RJ. E-mail: alinemartins1508@gmail.com

tanto ao Outro, quanto a Eros e à imagem que se cria a partir disso: “Essa relação erótica em que o indivíduo humano se fixa a uma imagem que o aliena em si mesmo, eis aí a energia e eis aí a forma onde tem origem esta organização passional que ele chamará de seu eu” (idem). É essa forma que verá de si mesmo, de seu corpo como superfície equivalente ao eu, determinado pelo Outro.

Retomando a passagem do auto-erotismo para o narcisismo, Freud (1911/2006) destaca este último como sendo uma etapa fundamental do desenvolvimento humano, com um novo modo de investimento pulsional, diferente do modo auto-erótico:

O que acontece é o seguinte: chega uma ocasião no desenvolvimento do indivíduo em que ele reúne suas pulsões sexuais – que até aqui estavam empenhados em atividades auto-eróticas – e passa por tomar a si próprio, seu próprio corpo, como objeto amoroso (FREUD, 1911/2006, p. 82).

A partir dessa concepção freudiana, fica definido o conceito de narcisismo primário para a inauguração do eu como corpo unificado, tomada de si como objeto de investimento pulsional.

Ao longo da vida, contudo, há momentos propícios à claudicação do plano das identificações no qual a unidade atribuída ao eu se evidencia. Destacamos a desestabilização promovida pela entrada do sujeito na adolescência. Esse período da vida apresenta um resgate pelo sujeito do interesse pela própria imagem especular que, ao se deparar com as transformações da puberdade no corpo, precisa passar por uma retificação da imagem narcísica. Essa desestabilização da imagem na adolescência evidencia o desarranjo entre a imagem real e a imagem especular em sua articulação com o olhar do Outro.

Para exemplificá-lo, iniciemos com o caso clínico de Camila¹⁰, adolescente de treze anos atendida no ambulatório do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente, no Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – NESA. Camila chegou ao NESA com baixo peso corporal, beirando a faixa da desnutrição, recusando-se a comer para não engordar. Dizia ter parado de comer devido a uma intensa dor estomacal que sentia ao se alimentar, dor esta que havia cessado ao decidir não ingerir mais alimentos. Foi diagnosticada com anorexia nervosa pelos médicos e nutricionistas do ambulatório.

No decorrer dos atendimentos, Camila pode contar que duas de suas professoras de *ballet* haviam lhe dito que estava acima do peso para conseguir passar num importante concurso de dança. A partir daí, a adolescente localiza o início de suas dores estomacais,

¹⁰Todos os nomes das adolescentes cujos casos foram retomados no texto, são fictícios.

afirmando que acabaram por ajudá-la, pois foi ao parar de comer que conseguiu alcançar o peso exigido pelo *ballet*. No entanto, ao atingi-lo, Camila estava tão fraca que desmaiou em algumas aulas e não conseguiu continuá-las.

Poucos dias depois, Camila relata sentir dores nas pernas e não conseguir mais frequentar as aulas de dança. Diferentes tipos de exames clínicos foram realizados, mas nenhuma causa orgânica para suas dores foi encontrada. Agora, apesar de ter alcançado o peso ideal para a dança, não pode mais frequentar as aulas de *ballet* devido às dores nas pernas.

Se a adolescência é um longo trabalho de elaboração da falta no Outro (ALBERTI, 2004), neste período o suposto equilíbrio da latência e a imagem corporal primariamente construída são colocados em questão. Reordenamentos nas identificações, atribuições de novos sentidos às experiências, rompimentos e buscas de ideais exigem toda uma reelaboração da vida subjetiva.

Temos o incremento das identificações ao outro, nos fenômenos que vão desde a moda, o maior ou menor cuidado com o corpo, até as disputas grupais: nos esportes, nos grupos minoritários, nos jogos, nas salas de *chat* da Internet; que permitem, às vezes mais, às vezes menos, velar a questão de que falta um significante no Outro (ALBERTI, 2004, p.47).

É a partir da tentativa de elaborar a castração do Outro que o adolescente tenta se reestruturar psiquicamente (ALBERTI, 2004, p. 16). É esse desarranjo que obriga o sujeito a elaborar a adolescência mas, na medida em que aqueles que encarnam o Outro para o sujeito adolescente são sempre, de alguma forma, furados, como reorganizar sua Gestalt? E o que fazer no caso em que aquele que encarna o Outro para o adolescente não esteja justamente preocupado em acompanhar o sujeito nessa travessia – respeitando o tempo e o desejo do jovem – e sim, em inundá-lo com demandas – demandas do Outro? No momento em que se defronta com tais demandas, seu próprio trabalho de elaboração acaba interrompido e, particularmente, aquele que visava a elaboração da castração do Outro. É o suporte do olhar do Outro que sustenta o desarranjo e a desestabilização da imagem de si que se projeta como corpo. A partir da fala de sua professora de *ballet*, Camila tem sua imagem corporal posta em questão e precisa conseguir uma forma de reestruturá-la. O olhar do Outro se impõe e traz a necessidade de Camila se enquadrar no que o Outro está lhe exigindo, no caso, emagrecer.

A forma que Camila encontra para dar conta dessa reorganização corporal é impor ao seu corpo uma dieta restritiva, concomitante à dor estomacal. Essa dieta, entretanto, termina por frustrar a intensão inicial, satisfazer suas professoras de *ballet*, e lhe traz consequências orgânicas – a fraqueza e os desmaios – que a impedem de dançar. Momento em que Camila

perde a referência que a vinculava como sujeito do desejo – ser bailarina e passar em um concurso importante para aperfeiçoar sua técnica –, reduzindo-se a esse objeto que é criticado pelo Outro – na ocasião, suas examinadoras no *ballet*. Camila se torna a dor, já não mais do estômago ou das pernas, mas a dor de não responder à intransigente demanda do Outro que não a leva em conta como sujeito do desejo.

Um caso que não é único. Se associa ao de Mariana, adolescente de dezesseis anos também atendida do ambulatório do NESA. Mariana chegou ao primeiro atendimento com baixo peso, taquicardia e sensações de desmaio. Foi diagnosticada com anorexia nervosa e apresentou distúrbios eletrolíticos, precisando ficar internada na enfermaria do NESA por mais de três meses. Durante a internação, Mariana sofreu um infarto e os médicos chegaram à conclusão de que havia sido provocado pela carência de potássio, substância que regula o ritmo cardíaco.

Em uma de suas sessões conosco, Mariana pode recordar que iniciou uma dieta restritiva aos treze anos ao ouvir do pai que não era bonita porque estava muito gorda. Seus pais eram divorciados e Mariana via o pai com pouca frequência, pois ele morava em outro país. Chegou à conclusão, em um dos atendimentos, de que imaginava que seu pai não gostaria mais de vê-la se ela não emagrecesse. Provavelmente, por viver distante de Mariana, o pai idealizava a filha conforme uma imagem que ele mesmo construiu. Ao encontrá-la de fato, a Mariana, sua filha, não era conforme aquela imagem, o que deve tê-lo decepcionado. No lugar de se dar conta de que sua filha nunca seria como a imaginou por longos anos quando esteve ausente por ter partido, responsabilizou a filha pelo abandono dele, cobrando dela que se fizesse à imagem de sua própria fantasia. Mariana, enquanto sujeito do desejo, foi totalmente anulado na mensagem que o pai externou: você não é a filha que desejo ou, ainda, você não é minha filha, esta é magrinha, diferente de você. Do mesmo modo como Camila, Mariana cai do Outro como sujeito, por ter se tornado rebus no olhar do pai.

Tanto Camila, quanto Mariana, necessitavam da sustentação no olhar do Outro para estabilizarem-se para além da imagem narcísica, ou seja, como sujeitos do desejo. A partir da exigente demanda do Outro de que emagrecessem, acabaram por desenvolver o sintoma da anorexia, vendo-se gordas naquele olhar, de modo a já não verem que, no espelho, seus corpos desapareciam em troca de um olhar que as sustentasse como sujeitos do desejo¹¹.

A título de introdução às questões que serão desenvolvidas adiante, é preciso especificar o que estamos aqui chamando de Outro. Trata-se de um conceito proposto por

¹¹É do olhar do pai que a assim chamada Jovem homossexual, um caso de Freud (1920/1973) também cai, *Niederkommen*, quando então executa seu ato suicida.

Jacques Lacan a partir do que pode depreender tanto da noção de *Anderer* (literalmente Outro) a que Freud já se referia em 1895, quanto da noção que Freud (1900/1972) retoma da expressão que Fechner já indicara em 1860, *ein anderer Schauplatz* (uma Outra cena), o Inconsciente, onde se gerariam os sonhos (cf. também WEGENER, 2005). A primeira referência diz respeito ao que costuma se chamar em psicanálise, o complexo do Outro, identificado por Freud como sendo o intraduzível *Nebenmensch* – “a bela expressão de Freud” (LACAN, 1959-60/1986, p. 70) que se refere ao intermediário com o qual, para todo sujeito falante, “pode tomar forma tudo o que se refere ao processo do pensamento” (LACAN, 1959-60/1986, p. 70). De um lado, o complexo do Outro implica o estranho, ou seja, o não especularizável, de outro, o que, por meio da fala, é transmitido de geração em geração, ou seja, a própria linguagem, a cultura, o desejo, permitindo a cada novo *fallasser* que vem ao mundo, o acesso a eles, subjetivando-se. Assim, o Outro termina sendo o próprio inconsciente de um sujeito, pois ele próprio vai incorporando o que recebe dos primeiros Outros e dos que, para ele, encarnam os Outros subsequentes, com os quais convive. Por não ser especularizável, ele tem uma posição, digamos, hierarquicamente diferente à do sujeito que sempre dependerá dele. Ora, se esse Outro é encarnado por alguém, ou alguma função ou mesmo por uma elite social que não tem um desejo de sustentar o sujeito enquanto sujeito, mas que o tiraniza – e há diversas formas de tiranizar alguém – então esse Outro é encarnado por alguém que toma o próprio sujeito muito mais como objeto do próprio gozo do que como um sujeito do desejo ele mesmo, justamente. A hipótese que levantamos neste texto é que, na anorexia, frequentemente algo vai mal na relação com o Outro e que a relação com o outro imaginário, ou seja, o que visivelmente vai mal na relação que o sujeito tem com sua imagem no espelho – vendo-se *gordo* – é apenas um efeito disso, nem sempre presente nos casos de anorexia. Na realidade, a íntima relação entre o eu e o corpo na constituição do sujeito, é que o eu é a projeção de uma superfície corporal: “O eu é, acima de tudo, eu corporal” (FREUD, 1923, p. 20). Freud dá relevo ao eu como uma projeção psíquica da superfície do corpo, o que Lacan (1949/1966) reitera através da elaboração do esquema conceitual proposto pelo estádio do espelho. Para desdobrar nossa hipótese, iniciaremos com um pouco de história.

Contexto histórico

Na Alta Idade Média¹² (séculos V a X), após a queda do Império Romano do Ocidente, as religiões monoteístas foram cada vez mais ganhando terreno na Europa bastante sofrida em decorrência de guerras, invasões, fome, corrupções e pestes. De um lado, a conquista muçulmana da Península Ibérica (séculos VIII a XV), de outro lado, a expansão do cristianismo que resumiremos a seguir.

Já no século VI os mosteiros passaram a exercer uma influência profunda na vida religiosa e política, tutelando vastas regiões em nome de famílias poderosas, atuando como centros de propaganda e de apoio monárquico em regiões recentemente conquistadas, e organizando missões de evangelização (WICKHAM, 2009, pp. 185-7). Sua função não se restringia à religião, portanto, mas fazia parte da sustentação do poder e, além disso, os mosteiros eram peça chave da transmissão da cultura, já que neles se copiavam os textos clássicos, se ensinava a leitura e a escrita, e se escrevia inúmeras novas obras de história, teologia, botânica e vários outros temas (COLISH, 1997, p. 64-5). Com as conquistas que levaram Carlos Magno ao trono no século VIII, unificou-se parte da Europa sob a imposição do catolicismo, criou-se uma escrita padrão para a Europa – a *minuscula carolíngia* – e intensificou-se, por decreto, o projeto escolar, diversificando-o: já não apenas nos monastérios, também em catedrais (que se tornariam, mais tarde, as primeiras universidades, medievais) e na corte. A comunidade acadêmica foi autora de muitos trabalhos de cópia, correção e divulgação de obras de referência de temas religiosos e seculares, com o intuito de encorajar a aprendizagem. Além disso, produziu imensas obras originais, sobretudo livros, tanto didáticos quanto religiosos (COLISH, 1997, p. 66-70), utilizando o latim, língua capaz de ser lida – e escrita – pelos literatos em todo Império de Carlos Magno. Certamente a conquista muçulmana da Península Ibérica nessa mesma época levou conhecimento e iluminismo à Europa cristã que, por outro lado, precisava se fortalecer intelectual, religiosa e militarmente de modo a fazer frente a essa invasão. Foi a reforma sob Carlos Magno que preparou o renascimento clássico do século XII, já na Baixa Idade Média (séculos XI a XV).

As disputas entre os herdeiros de Carlos Magno acabaram levando a novo período de alguma instabilidade, mas os missionários cristãos continuaram agindo em toda Europa, agregando inclusive a Escandinávia, o que incrementaria nos séculos seguintes, a formação de

¹²O excelente artigo publicado na *Wikipedia* sobre a Idade Média nos serviu aqui de base para a pesquisa.

Estados, cristãos. Ao mesmo tempo, houve um fortalecimento dos feudos, em que vassalos recebiam proteção econômica e militar dos senhores, numa sociedade fundamentalmente rural. O clero dividia-se entre o secular, parte da comunidade local, e o regular, os monges que viviam em comunidades religiosas. O topo hierárquico da Igreja era constituído de nobres seculares e regulares (HAMILTON, 2003, p. 33). Às mulheres de forma geral – assim como às freiras, sempre mendicantes – era reservada a organização da casa e um papel subalterno, subordinado a um elemento masculino – o pai, o marido ou outro parente.

A própria hierarquização da sociedade, a cada vez maior hierarquização da Igreja e do poder do papado, as cruzadas e suas ações militares, que se impunham no século XIV ao mesmo tempo em que novos flagelos assolavam a Europa, não só por causa da má administração, também em função da grande peste (de 1347 a 1350) e da fome que foi consequência de invernos muito frios e verões chuvosos, entre 1315 e 1317, incrementou-se ainda mais a crença e a instigação à fé.

Foi nessa época que surgiu o culto à Santa Vilgefortis, já tornada lenda a partir de uma estória de uma moça que teria vivido no século VIII, ou seja, na época da reforma de Carlos Magno. Conforme a versão descrita em *Anorexia nervosa e a santa com barba* (LACEY, 1982), Vilgefortis era filha do rei de Portugal, um homem conhecido pela sua crueldade e rudeza. Seu pai a prometeu em casamento ao rei da Sicília, deixando-a apavorada, pois já havia feito votos de castidade com o intuito de entrar para um convento. Horrorizada com a possibilidade do matrimônio, Vilgefortis rezou a Deus pedindo que sua beleza fosse apagada, com a esperança de que o possível marido não mais a desejasse como esposa. Jejuou até perder os traços femininos e, assustado diante de tamanha magreza, o rei da Sicília desistiu do casamento o que acabou levando o pai da moça, cheio de ira e desgosto, a mandar crucificá-la. Foi venerada nos séculos subsequentes, sobretudo por mulheres que desejavam ser liberadas de seus maridos abusivos.

Os primeiros relatos de anorexia datam da Idade Média, segundo as descrições do modo de vida das santas e das beatas da Igreja Católica¹³ apontadas pelo historiador americano Rudolph Bell (1985) em seu livro *Holy Anorexia*. A voracidade havia se tornado sinônimo de impureza, a gula tornara-se um dos sete pecados capitais e a rejeição aos alimentos era uma das penitências preferidas para alcançar o estado de máxima espiritualidade (BELL, 1985). A busca da santidade, do puro, exigia privações do corpo. O jejum autoimposto podia, também, trazer certas vantagens:

¹³Como, por exemplo, o caso da jovem Liduina de Shiedam (1380 – 1433), na Holanda (BELL, 1985).

Uma mulher podia usar o jejum religioso para negligenciar seus deveres e/ou exercer controle sobre outros, barganhar por abstinência sexual com seu marido, rejeitar um casamento indesejado ou rogar por membros da família. Santas jejuadoras podiam até passar por cima da autoridade dos homens da Igreja com suas práticas religiosas austeras, criticar o poder secular ou as autoridades religiosas e assumir o papel de professoras, conselheiras ou reformadoras das regras da Igreja em seu benefício (LILES; WOODS, 1999, p. 215).

Bell (1985) relata a história de duzentos e sessenta santas italianas que viveram entre os séculos XIII e XVII e praticavam o jejum autoimposto de forma bastante rígida. Ele afirma:

(...) mais da metade manifestou sinais evidentes de anorexia; possuímos uma documentação vasta e absolutamente confiável para várias dezenas delas. Trata-se, aí, de mulheres que geraram controvérsias e atraíram atenção. Durante anos, e mesmo séculos depois de suas mortes, elas representaram modelos de coragem, figuras protetoras para os crentes que disputaram a posse de suas relíquias e escutaram, com veneração, os pregadores que falavam de suas atitudes santas (BELL, 1985, p. 10).

Com o incremento da relação entre o Estado e a Igreja, por um lado o poder do patriarcado se fortalecia, mas por outro, dividia-se, porque o elemento masculino a que as mulheres estavam subjugadas, era ele também, por sua vez, subjugado a Deus. Assim, a relação direta com Deus dava a elas uma justificativa para se libertarem da subjugação terrena, promovendo a relação mística com Ele e chegando a acusar os homens de quererem se intrometer entre elas e seu Deus. É em consequência da original posição de objeto – objeto do Outro, tanto para seu desejo quanto para seu gozo – que não dava lugar de sujeito de desejo às jovens – filhas, noivas, esposas – que começou a surgir uma reação. E a forma a mais eficaz de reação era essa: se tornar indesejável como objeto do Outro, o homem, o que, não poucas vezes, pagavam com a própria vida; mas como havia outra vida as aguardando depois da morte, como havia um Pai – ou marido – muito mais poderoso do que o terreno, que as desejava – misticamente –, a morte da carne não seria a coisa mais importante com que se preocupar.

O Outro que fazia dessas jovens objeto não era necessariamente o pai terreno, a cultura, de uma forma geral já o sustentava, a própria hierarquização da sociedade, a cada vez maior hierarquização da Igreja e do poder do papado, e a própria estrutura familiar consequência da estratificação feudal. A posição original de objeto de gozo do Outro, era até mesmo muitas vezes sustentada pelas mães que, como nos mostra Lacan (1975), ocupam a posição masculina na sexuação.

Um dos casos mais trabalhados pelos autores que abordam as santas anoréxicas é o de Santa Catarina (1347-1380), filha de artesãos de Siena. Enquanto Catarina foi amamentada por sua mãe – então já com quarenta anos de idade – até completar um ano, sua gêmea, Giovana, foi confiada a uma ama de leite e acabou morrendo. Nessa mesma época, sua mãe engravidou novamente de uma menina e lhe deu o mesmo nome da irmã gêmea já falecida. Aos sete anos, Catarina dedicou sua virgindade à Virgem Maria e decidiu abster-se de relações sexuais para sempre, decidindo “tirar desta carne qualquer outra carne, pelo menos o quanto lhe for possível” (GAUTHIEZ, 1916 apudBIDAUD, 1998). Dava sua comida à Giovana, aos outros irmãos ou aos gatos, escondida de seus pais, comportamento análogo ao que observamos nas anoréxicas de hoje.

Sua mãe, sem saber do voto de castidade feito em segredo por sua filha aos sete anos, pede-lhe que cuide de seus cabelos e de seu corpo, a fim de agradar ao esposo que sua família lhe procura. Quando chega a idade de se casar, a mãe procura um padre para convencê-la a render-se ao casamento. Segundo Bidaud (1998), o eclesiástico não resiste aos argumentos de Catarina, que chega a questioná-lo: “*O que devo fazer para escapar às pressões de minha mãe?*” (BASÍLIO, 1993, p. 17). A jovem, seguindo os conselhos do padre, faz um ato: corta seus cabelos para que não seja vista como uma mulher sexualizada e para que não seja desejada pelos seus pretendentes. A reação de sua mãe diante do corte dos cabelos da filha foi feroz. Disse-lhe que os cabelos cresceriam e que Catarina seria obrigada a se casar e que não teria “*sossego enquanto não consentir em nossas exigências*” (GAUTHIEZ, 1916 apudBIDAUD, 1998, p. 122).

Priva, então, a filha de um quarto particular – onde Catarina realizava suas orações e praticava as vigílias e os jejuns -, obrigando-a a fazer todo o serviço doméstico, o que leva a filha a resistir mais, ainda: “Querem vocês que eu seja criada de todos para sempre? Eu o serei de boa vontade. [...] Quanto ao casamento, definitivamente, não vou me casar”(BASÍLIO, 1993, p. 20). Dizia também ter um Esposo tão rico e poderoso que nunca deixará faltar o necessário, e que Ele proverá todas as suas necessidades (BIDAUD, 1998, p. 123). Incrementa então seu jejum.

O pai de Catarina, segundo nos conta Bell (1985), era um homem sem interesse nos assuntos domésticos, mas mantinha uma relação de discreta ternura com sua filha e termina por apoiar a vontade da filha que, apesar de seus sacrifícios, viveria ainda por vinte anos. Uma curiosidade de sua história é que tentou, por duas vezes, ser admitida junto às irmãs penitentes dominicanas, sem sucesso. Seu jejum e os maltratos do próprio corpo eram de tal ordem, que as freiras temiam que ela estivesse “inspirada pelo demônio” [, que fosse] “uma feiticeira ou

uma simuladora” (BIDAUD, 1998, p. 124). Na realidade, é bem provável que as próprias autoridades eclesiásticas e masculinas comessem a ver tudo isso com maus olhos, pela eficácia do método de resistir ao Outro. Bidaud (1998, p. 124) observa que, apesar de hoje a referência ao demônio não ser mais aventada, continua verdadeiro que se suspeite “a anoréxica de más intenções, e [se quer] 'corrigi-la' pela força ou pela ameaça”.

Uma carta à mãe leva esta, finalmente a mudar de ideia. Teria sido escrita pela própria Catarina:

Minha doce mãe, se quiser ver-me recuperar força e saúde, faça com que seja acolhido meu desejo de receber o hábito das irmãs penitentes. De outra maneira, receio mesmo que Deus faça de modo com que você não mais me possua, nem sob esse hábito, nem sob nenhum outro (GAUTHIEZ, 1916 apud BIDAUD, 1998, p. 124).

Nessa época, de tão fraca, Catarina já estava doente tendo, inclusive, contraído varíola. Seria somente quando a própria mãe de Catarina acabou convencida de que era preciso abrir mão de suas intenções, para salvar a vida da filha, que ela própria foi solicitar às irmãs penitentes que a recebam. Estas aceitam vê-la e, ao descobrirem seu corpo magérrimo e um rosto desfigurado pelas mazelas de doenças, definitivamente a recebem. A admissão de Catarina no convento, milagrosamente, cura a jovem da varíola.

Para além do que lhe é exigido pela ordem, Catarina decide restringir cada dia mais sua alimentação e, conforme ia tornando mais rígido o jejum, mais seu estado de saúde se agravava. Em 1380 parou completamente de se alimentar: “Meu corpo não aceita alimento algum, nem mesmo uma gota d’água” (CAPOUE, 1905 apud BIDAUD, 1998, p. 128). Alguns meses depois, faleceu por desnutrição.

A característica mais notória do ascetismo de Santa Catarina de Siena foi seu comportamento alimentar anormal, até mesmo para os padrões religiosos da época – tanto que chegaram a considerá-la demoníaca. Rampling (1985) cita o confessor de Catarina, Raymond:

Era um grande sofrimento para ela comer, mais do que seria para um faminto ficar sem comida. Ela usava os vômitos como reparação, e como não conseguia vomitar espontaneamente, costumava usar uma fina palha ou outro objeto que podia por na sua garganta e provocar o vômito. Seu confessor tentou persuadi-la para que deixasse essa prática, mas ela continuava assegurando que isso agradava a Deus (RAMPLING, 1985, p. 90).

Como observa Lacan já em 1958/1966 (p. 601 e 628) a propósito da anorexia mental: recusa-se o alimento para manter vivo o sujeito enquanto desejante, não como objeto, mas como sujeito do desejo. É possível ler a abstinência alimentar dessas mulheres como um

sintoma que se apresenta na tentativa de impedir que o Outro obture seu desejo. Recalcati (2003) afirma que a anorexia de Catarina permitiu obter uma pequena separação desse Outro materno e dirigir ao Pai ideal – a Deus Pai – seu desejo. Já que seu pai terreno não podia responder plenamente enquanto tal, Catarina teve de recorrer ao seu Pai divino e usar da ascese para fazer seu desejo valer.

Para escapar de uma relação com o Outro absolutamente tirânica, o sujeito se volta para o corpo próprio, incrementando uma fantasia que se inscreve na cultura da época, a ponto de constituir uma relação mística com Deus, para o qual o corpo-carne é dito não importar.

Corpo sensório *versus* corpo falante ou Wilder Penfield *versus* Sigmund Freud.

Aristóteles praticava o pensamento andando. É isso o que significa o “peripatético” de seu método que deu nome à sua Escola: peripatética¹⁴. Séculos depois, Nietzsche dizia que “os únicos pensamentos válidos nos ocorrem quando estamos andando”¹⁵, produzindo um equívoco a partir de frase similar de Kierkegaard¹⁶, equívoco no qual a palavra *ergangen*, utilizada por Nietzsche, pode ser tanto o particípio passado de acontecer – os pensamentos válidos são os que ocorrem – quanto estar referida ao ato de andar. Com efeito, um pensamento nos acontece, nos ocorre, particularmente quando não estamos muito atentos a isso, ou seja, a partir do inconsciente, eventualmente quando estamos andando. Daí a observação de Lacan, em uma de suas conferências nos Estados Unidos: “Acreditamos pensar com nosso cérebro. Mas eu penso com meus pés [...], às vezes penso com a testa, quando a bato em algum lugar. Vi eletroencefalogramas demais para saber que ali não há sequer uma sombra de um pensamento” (LACAN, 1975a).

Também a neuro-psicóloga Sabine Schäfer (2013) e seus colegas do Instituto Max Planck em Berlim, conhece os limites do eletroencefalograma. Schaefer, S. & Lindenberger (2013) fizeram uma experiência para verificar os efeitos no cérebro, da capacidade cognitiva

¹⁴Peri (*Περί*): em torno, Patein (*Πατείν*): deambular, Iko (*Ικο*): relacionado com. A filosofia aristotélica se ensina caminhando em torno, seu ensino é relacionado com esse caminhar.

¹⁵“Nur die *ergangenen* Gedanken haben Wert”. Nietzsche, F. (1888).

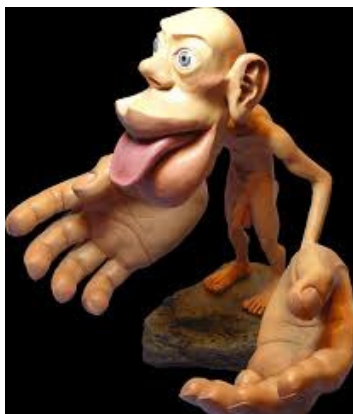
¹⁶“*Ich habe mir meine besten Gedanken ergangen und kenne keinen Kummer, den man nicht weggehen kann*”. – Søren Kierkegaard (cf. <https://warja.wordpress.com/2015/06/02/ich-habe-mir-meine-besten-gedanken-ergangen/>). [Criei meus melhores pensamentos andando e não conheço tristeza da que não se possa ir afastando.]

no andar. Pelo que relatam dessa experiência, não chegaram a nenhum resultado estatisticamente significativo. Ocasão de lembrarmos que, desde 1891, Freud já chegara à conclusão que localizar alguma ideia no cérebro é impossível, pelo simples fato de que, ao fazê-lo, estamos apenas projetando na mais que complexa rede de neurônios o que sabemos a partir de nossas experiências psíquicas, pois a rede neural é, muito provavelmente, o que a ciência computacional definiria décadas depois como um problema NP-completo¹⁷ (problema não polinomial, ou seja, cujo tempo de resolução cresce geometricamente em relação ao expoente do algoritmo que o resolveria). Isso quer dizer que a complexidade da dita rede é de tal ordem que, nem mesmo com o supercomputador mais potente que possa vir a ser construído, haverá tempo hábil para saber tudo o que essa mesma rede é capaz porque os algoritmos porventura construídos para resolver essa complexidade, seriam ultrapassados no próprio tempo em que a solução seria buscada. Incomensurável, portanto, impossível de saber. Identificar tais redes ao que nelas projetamos a partir do que pensamos e sentimos, é fazer delas uma superfície especular em que lhe atribuímos características que são de outra ordem, diferente da delas, imaginária, diríamos, para resumir. A relação entre o funcionamento do cérebro e o *modus operandi* do psiquismo não passa, como já dizia Freud (1891/1992, p. 98), de uma simples *dependent concomitant*.

No entanto, o corpo é uma superfície, e o encontramos assim definido tanto em alguns capítulos do campo das neurociências, quanto no texto freudiano que, aliás, não é de todo independente das descobertas da neurologia em sua época. Em que diferem suas abordagens?

O Homúnculo de Penfield. Neurocirurgião, trabalhando sobretudo com pacientes epiléticos, Wilder Penfield montou os primeiros mapas do corpo no cérebro, estimulando diretamente o órgão em cirurgias com anestesia local, identificando assim a que partes do corpo tal zona cerebral estaria ligada. Isso o levou a criar uma imagem da superfície corporal no cérebro, que é bem estranha e difere totalmente da imagem que um sujeito vê quando diante de um espelho. Ele a chamou de superfície interna do corpo, distinta da superfície especular, externa. O que determina tal superfície interna? A supervalorização de algumas partes do corpo – que varia de indivíduo para indivíduo – em função da importância maior ou menor daquela parte do corpo para aquele indivíduo. Por exemplo, em um indivíduo que lê através do Braille, o dedo indicador que passa por cima das letras seria bem maior do que os outros dedos etc. O homúnculo de Penfield é normalmente representado com uma imagem como esta:

¹⁷Problema não polinomial, ou seja, cujo tempo de resolução cresce geometricamente em relação ao expoente do algoritmo que o resolveria.



Homúnculo de Penfield

Observe-se que, a partir dessa técnica que aponta para a supervalorização de determinadas partes da superfície corporal, que variam de indivíduo para indivíduo, deu-se um importante salto na neurocirurgia no início dos anos 1940. A técnica ainda é utilizada hoje em neurocirurgias que, via de regra, são realizadas com o paciente acordado para poder guiar o médico em suas ações a partir do que vai percebendo durante a cirurgia. A topologia dessa superfície enfatiza o *topos*, o lugar anatomicamente correspondente da região cerebral. Mas a única coisa que o Homúnculo de Penfield guarda de especular é o fato de que, como tudo na neurologia, o que está para o lado direito da superfície corpórea no cérebro é do lado esquerdo e vice-versa. De resto, ele é totalmente distinto da imagem especular de um sujeito.

O eu de Freud. “O eu é, antes de tudo, corporal, não se trata somente de uma superfície, mas também da projeção de uma superfície” (FREUD, 1923/1975, p. 294). Numa primeira leitura, poderíamos até aplicar essa frase do criador da psicanálise às descobertas de Penfield, bastante seu contemporâneo, mas ao examinarmos mais de perto o que Freud está observando, veremos que a superfície corpórea é, para Freud, uma coisa bastante diferente. Inicialmente também, poderíamos associar essa superfície ao próprio campo do imaginário a que Lacan faz referência quando observa que a relação do homem com seu corpo, é determinada pelo “alcance que adquire a imagem desde o início [...] pois somente a prematuração explica essa preferência pela imagem decorrendo do fato de que o homem antecipa sua maturação corporal” (LACAN, 1974/2002, p. 13). Observa ele:

O Real-Ich é concebido como sustentado [...] pelo sistema nervoso. Ele tem um caráter de sujeito planificado, objetivado. Sublinho os caracteres de superfície desse campo tratando dele topologicamente, tentando mostrar-lhes como tomá-lo sob forma de uma superfície, o que responde a todas as necessidades de seu manejo” (LACAN, 1964/1985, p. 184-5).

No entanto, o contexto em que o observa é aquele em que Lacan está às voltas com o que fura a imagem, a perturba, o que do corpo jorra tal as cataratas que jorram do rasgo na terra, não a partir do que se vê, portanto, mas a partir do que se goza: “Ele, o corpo, se introduz na economia do gozo (foi daí que parti) pela imagem do corpo” (LACAN, 1964/1985, p. 184-5). E como se constitui a imagem, para Lacan? A partir do simbólico. Há um corpo simbólico (S), um corpo imaginário (I) – o gestáltico – e um corpo real (R) – esse que jorra. O corpo simbólico é aquele que, a partir da linguagem, é nominado, mapeado pelos significantes, ou seja, a partir do que é dito à criança como nome dessa superfície corpórea. Por exemplo, para uma criança que está aprendendo as declinações em alemão, pode ser pintado com três cores cada uma referenciada ou ao masculino, ou ao feminino, ou ao neutro. Então, se masculino é azul, feminino, vermelho e neutro é amarelo, o corpo para essa criança terá um nariz – que em alemão é feminino –, vermelho, uma boca – que em alemão é masculina –, azul, e um cabelo amarelo, pois o significante correspondente na língua alemã é neutro. Curioso que, nariz e bochecha (também feminina) seriam da mesma cor, com o que o corpo simbólico dela também seria diferente da criança que o estaria aprendendo em português, para a qual, o nariz sendo azul e a bochecha, vermelha, o nariz ressaltaria bem mais do fundo gestáltico do que no caso da imagem a partir do corpo simbólico da criança aprendendo alemão.

Assim, o corpo tampouco é igual de um para outro sujeito conforme a psicanálise, se constitui como uma superfície que, igualmente diferente da superfície especular, é uma superfície que envolve os três registros da realidade psíquica: S – I – R. Mas a topologia, na psicanálise, diferentemente da topologia na neurocirurgia, enfatiza o *logos*, a lógica que é decorrente da linguagem com a qual se denominam as diferentes superfícies. Ou seja, a topologia em psicanálise é muito mais próxima do ramo da topologia que se destacou da Geometria a partir do trabalho com a teoria dos conjuntos (cf. VILCHES, s/d). Esta, como se sabe, necessariamente inclui o conjunto vazio sempre presente, razão pela qual se pode dizer que a “topologia estuda as superfícies com base nos furos” (ALBERTI, 2014, p. 39). Os furos, os vazios – de onde jorram os produtos do corpo – são identificados já por Freud, em 1938/1999, como as zonas erógenas (ALBERTI, 2014, p. 73) que lesam de tal forma a imagem especular, gestáltica, que algo ali se torna impossível de especularizar. Há um não especularizável em psicanálise e que, apesar disso, ou justamente por isso, é a principal causa do mal-estar de estrutura.

De um lado o impossível de especularizar, de outro, uma lógica topológica – já visível no esquema que se convencionou chamar de “pente”¹⁸ que articula percepção e memória de tal modo que é possível armazenar o inesgotável volume de informações que o sujeito recebe ao longo de sua vida porque o tratamento dado, ou o processo inconsciente pelo qual os dados são armazenados – o processo chamado por Freud (1900/1972) de “primário” – faculta, ao ser falante, toda uma outra maneira de captar e armazenar o que percebe. Mas isso não teve somente vantagens no processo evolutivo, isso também trouxe novos problemas: “À medida que se armazenam as experiências [dessa forma], o maior perigo para o homem vem de dentro” (ALBERTI, 2014, p. 44), no que difere dos seres que não são regidos pela fala. “Para escapar desses perigos não há pseudópodos... Para armazenar tantas experiências, não dá para contar somente com os órgãos dos sentidos. Até porque, se estes as armazenassem, já não seriam mais capazes de perceber coisa alguma por excesso de informação” (ALBERTI, 2014, p. 44).

Em suma, o corpo do ser falante, para a psicanálise é decorrente dessa lógica outra, subjetiva, determinada pela linguagem, e que, por isso, faz sintoma. O sintoma o presentifica, o diz, como no caso daquela paciente de Freud que, por volta de 1894, ficou paralisada. Elisabeth von R. mencionava cosquinhas voluptuosas e, ao mesmo tempo, tinha dores na perna de tanto ficar sentada numa única posição quando cuidava do pai já muito doente. Morrendo, deixaria a família bastante desvalida. Havia, por outro lado, o interesse no cunhado, reprimido por causa da presença da irmã. Com a morte do pai, Elisabeth já não consegue se sustentar em pé, literalmente. A perna é percebida por Freud como uma zona “histerógena”, por aglutinar tanto o formigamento, as cosquinhas, quanto as dores – o gozo – e, por outro lado, por aglutinar conversivamente vários representantes, significantes que estão todos de uma ou outra forma “encadeados na trama da dialética subjetiva” (DELGADO, 2015):

stehen: ficar de pé; | *gehen*: caminhar; | *aufstehen*: se levantar; | *hinausgehen*: sair; | *alleinstehen*: ficar sozinha, que remete a seu desvalimento na situação toda, o não ter como avançar um só passo; | *stillstehen*: ficar quieta.

O caso revela, diz Freud, como um sintoma se constitui: “mediante uma simbolização [*Symbolisierung*] sintomas histéricos podem ser gerados” (BREUER; FREUD, 1895/1996, p. 167), ela já não consegue ficar de pé porque está *alleinstehen*, sozinha (sem o pai e sem o

¹⁸Freud, 1900/1972, p. 514ss.

cunhado), o que a aterroriza. O corpo fala, mas o que ele diz, o faz simbolicamente porque somos seres falantes.

Assim, também é possível dizer que se pensa com os pés, que um método filosófico é peripatético porque se pensa melhor quando se caminha, que só têm valor os pensamentos que são *ergangen*, em que “*der Gang*” é caminhar que equivoca com o particípio passado de acontecer, ocorrer.

Com isso, finalmente, é preciso dizer que o sujeito enquanto estruturado como uma linguagem, pode se fazer uma imagem de si a partir do que o determina na linguagem que, por sua vez, é adquirida na relação com o Outro, como vimos. Para poder sustentar a sua própria imagem, não há como não se fundamentar nessa relação. A anorexia é um fenômeno que o demonstra. Com a imagem especular furada e com um perigo que vem de dentro, que corpo é aquele do adolescente anorético? É um corpo que dói.

A anorexia como fenômeno do corpo falante: caso Nathália.

O mínimo que se possa dizer é que o corpo anorético é um corpo bem estranho. Assim como é estranho o corpo do homúnculo de Penfield, aquele que a adolescente vê no próprio espelho em nada se parece com o corpo que a equipe de saúde que a recebe, enxerga. E mais, estes também podem ser muito diferentes do corpo que os próprios pais da adolescente vêem – como foi o caso de uma jovem que acabou falecendo por desnutrição em consequência de o pai insistir com ela que filha dele tinha que ter o corpo da atriz americana Jane Fonda, o que levou a adolescente a uma dieta desastrosa. Pudemos observá-lo ainda no caso Mariana, cujo pai, vivendo em outro continente, fantasiava a filha de um modo que o impediu de enxergá-la quando efetivamente se encontrou com ela. Mariana emagreceu tanto que terminou tendo que ser hospitalizada. Finalmente, também aconteceu no caso Nathália, com o qual nos ocuparemos a seguir. Sua mãe não percebeu que estava emagrecendo, tão ocupada que estava em tentar sustentar a casa, agora que já não tinha o marido, pai de Nathália, para ajudá-la. Provavelmente fazia bastante tempo que a mãe não olhava muito para Nathália, pois tinha uma filhinha pequena.

O pai de Nathália falecera um ano antes de seu encaminhamento para o NESA onde a recebemos, ele faleceu de modo repentino, de um ataque cardíaco, deixando tanto mãe como filha em estado de choque e luto. Um luto que a mãe de Nathália precisava vencer para poder

trabalhar e garantir a sobrevivência da família, o que se acrescentou às dificuldades de se ocupar da filha, então com dezesseis anos de idade. No NESA, onde a jovem foi internada um ano depois, a mãe não sabia explicar muito bem os pormenores da rotina alimentar de Nathália, conseguiu apenas relatar que a filha se recusava a comer e que havia descoberto há pouco tempo que ela estava induzindo vômitos após as refeições e jogando a comida no lixo. A imagem cadavérica de Nathália não causava dúvidas a quem a visse, mas sua mãe não tinha podido percebê-la, provavelmente também ainda muito impactada com a perda recente do marido.

A imagem de Nathália era impactante. Primeiro porque, devido à operação para retirada de um osteossarcoma aos quatorze anos de idade, teve seu membro inferior esquerdo amputado e andava com a ajuda de muletas. Segundo, porque seus ossos estavam bem marcados por uma fina camada de pele, de tão emagrecida que estava. Olheiras e olhos fundos expressavam cansaço e davam a impressão de tristeza a qualquer um que a olhasse.

No encaminhamento feito pelo INCA – Instituto Nacional do Câncer –, se lia que a paciente estava com significativa perda de peso e de apetite há mais ou menos seis meses, apresentando distorção na imagem corporal, sugerindo, então, um quadro de anorexia. Quando chegou ao NESA, já apresentava grave desnutrição, com alterações na frequência cardíaca e respiratória, e ela foi internada no próprio NESA. Por dois meses todos os esforços foram empregados pela equipe que, vigilante, tentava impedir que arrancasse a sonda nasogástrica – que teve que ser reinserida cinco vezes –, atenta a cada refeição e a cada ida sua ao banheiro, onde Nathália tentava despejar o conteúdo da dieta enteral na pia, de forma lenta e gradual, para que parecesse que a dieta estava sendo consumida. Graças a todos esses esforços e vigilância, ao final da internação Nathália já estava fora da zona de risco nutricional e pode receber alta da enfermaria para ser acompanhada semanalmente no ambulatório. Seu trabalho conosco não foi, certamente, sem importância para esse bom desfecho do caso.

Como no INCA se observou a perda de peso a partir dos últimos seis meses, era provável que a adolescente já viesse apresentando comportamento de evitar de se alimentar, algum tempo antes, ou seja, não muito longe do tempo em que sofreu a amputação e se submeteu a rigoroso tratamento profilático. Se o câncer foi diagnosticado quando tinha quatorze anos, e tratado por mais de um ano, e se os sintomas que a levaram ao encaminhamento para o NESA apareceram há seis meses, quando tinha dezesseis anos e meio, então, provavelmente, iniciara restrições alimentares entre o final dos quinze, início dos dezesseis anos. Teria ocorrido alguma outra coisa na vida de Nathália nesse momento? Sim,

Nathália havia perdido seu pai. Nos relatou então que, seis meses depois de o pai falecer, decidiu iniciar uma dieta para emagrecer, dieta esta que sua mãe, a princípio, havia achado normal. Meses depois, porém, Nathália começou a dormir muito, a ter dificuldade para se concentrar na escola e a desmaiar algumas vezes na rua.

A adolescente trouxe muitas questões em sua fala durante o tempo em que esteve em atendimento. Falava sobre a saudade que sentia do pai e sobre as mudanças que a morte dele causou na família. Sua ausência na vida de Nathália não trouxe como única consequência a anorexia. Nathália fazia cortes em sua própria pele com bastante frequência. Dizia que eles aliviavam a dor que sentia quando estava muito triste ou angustiada, mas também serviam como punição caso ela comesse mais do que achava que deveria. Tentava assim aliviar a dor emocional, substituindo-a por dores físicas, inclusive com a própria fome. Dizia gostar de sentir fome, de sentir “aquele vazio”, pois só assim conseguiria esquecer os problemas por que passava, como a saudade que sentia do pai. Poderíamos dizer que o sofrimento da adolescente era parecido com o de Camila, deixada cair do Outro que não a aprovaria no concurso de *ballet* porque estaria acima do peso, apesar de já estar, então, muito magra. Ambas apresentavam dor, Camila, no estômago e depois nas pernas, Nathália a dor dos cortes e da fome, dores corporais que se substituíam às dores de ver seus mundos de desejo ruírem, dores que se inscreviam nessa superfície que especulariza um eu diante de um Outro estranho. No caso de Camila, a professora que até então a apoiara no *ballet* e deixara de fazê-lo, no caso de Nathália, o pai que falecera. Mas neste caso, talvez possamos aprender algo mais sobre a anorexia.

Reconstruamos o histórico do caso. Aos onze anos de idade, nasce uma irmã caçula, destronando-a dessa posição de que até então gozava, ao lado de uma irmã mais velha que, no momento de sua internação no NESA, já não vivia mais na casa da família. Aos quatorze anos de idade, Nathália tem uma perna amputada e sofre meses de tratamento hospitalar, é submetida a diferentes tratamentos profiláticos contra um câncer agressivo. Durante todo o tempo em que passou por essas agruras, pode contar com seu pai ali, presente, e Nathália sobreviveu – certamente muitas vezes com dietas bastante restritivas em razão dos efeitos colaterais sistêmicos do tratamento. Como já dizia Freud, em 1914/1990: quando o sujeito adoece fisicamente, a mais normal das reações é de voltar toda sua libido para si próprio. Ele demanda cuidados e se cuida a si mesmo, sem realmente se ocupar muito com o mundo à sua volta. Trata-se de uma retração da libido sobre si mesmo, na busca da cura.

O homem enfermo retira suas catexias libidinais de volta para seu próprio ego, e as põe para fora novamente quando se recupera. ‘Concentrada está a sua alma’, diz Wilhelm Busch a respeito do poeta que sofre de dor de dentes, ‘no estreito orifício do molar’” (FREUD, 1914/1990, p.50).

No encaminhamento recebido do INCA, não havia qualquer menção a um distúrbio subjetivo durante todo tratamento do osteosarcoma. Nathália atravessara todo aquele período, que a colocou frente a frente ao horror do real, investindo seu corpo narcisicamente, sustentada pelo desejo do Outro presente e atento – o pai –, e aos cuidados de uma excelente equipe e pais desejosos de que saísse bem de tudo aquilo.

Mal estava se adaptando à nova vida, um novo encontro com o horror do real: perde seu pai de forma súbita. A mãe, desesperadamente enlutada, precisa ganhar o suficiente para sustentar uma família de três pessoas. Seis meses depois, Nathália inicia sua dieta que se torna quase tão desastrosa quanto a da jovem cujo pai queria que tivesse o corpo da Jane Fonda e que acabou falecendo disso.

Após sofrer o abalo com a perda no real de quem sustentava a lei do desejo para ela, o pai, a adolescente sofre uma verdadeira desagregação em seu corpo: não se reconhece mais no espelho, o corpo que vê não é mais o seu, precisa machucá-lo para senti-lo, vê-se obesa quando seus ossos estão marcados por uma fina camada de pele. Durante as sessões, Nathália falava sobre sua relação próxima com seu falecido pai, seus momentos de lazer e de conversa, ou seja, sobre sua ligação afetiva com o pai que a sustentava como sujeito do desejo. No luto incontestado, o que fizera Nathália? Diante de um vazio deixado por aquele que para ela encarnava o Outro que a sustentava com seu desejo e que partira, Nathália reatualiza sua experiência anterior: precisa ser internada, se ocupa exclusivamente do próprio corpo, investindo-o novamente de forma narcísica como há três anos atrás, em que era submetida a dietas rigorosas em função do tratamento oncológico, mas garantindo, assim, em troca, a lembrança de ter seu pai a seu lado, vivo, cuidador. É dele que fala a maior parte do tempo em que está internada. Ela dera seu corpo em sacrifício para manter vivos os instantes em que seu pai ainda vivia, ou seja, para se manter viva ela também, como sujeito desejante. Não era exatamente isso o que faziam as chamadas anoréxicas santas, dando seus corpos em sacrifício para se manterem vivas como sujeitos do desejo? E não é exatamente isso o que vimos que Lacan (1958/1966) observa quando diz que a anorexia nervosa recusa o objeto da demanda – o alimento – para garantir o desejo?

Atravessado um luto com as sessões em seu atendimento, já de alta hospitalar por ter vencido a desnutrição, Nathália chega um dia ao ambulatório de cadeira de rodas,

acompanhada por sua mãe, por conta de uma paralisia aguda que havia acometido repentinamente seus membros superiores, impedindo-a de andar – coisa que já não era simples porque necessitava da ajuda de muletas devido à amputação. Os exames físicos não acusaram nada, e a equipe decidiu medicá-la com um ansiolítico e encaminhá-la de volta para casa. Passados poucos minutos da saída da adolescente do hospital, ela e sua mãe retornam à enfermaria com a queixa de que agora todo o corpo de Nathália estava paralisado. A equipe médica do NESA pode, nesse segundo momento, se dar conta que um simples ansiolítico não resolveria a questão, indicando a reinternação, com o acordo da mãe. Ao ser comunicada de que dormiria no hospital naquela noite, a adolescente começou a gritar que não queria ficar, disse que, assim que seus braços voltassem a se movimentar, se machucaria muito. A mãe não pode ficar junto à filha porque tinha que ir trabalhar muito cedo no dia seguinte.

Poucas horas depois, sozinha no leito da enfermaria e já se movimentando, Nathália encontrou uma tesoura de papel em sua mochila e ameaçou de se cortar, ali mesmo. Nathália se rebelava! Após inúmeras tentativas sem sucesso de que entregasse a tesoura, foi contida: um braço e sua perna foram amarrados ao leito. E finalmente, dormiu.

No dia seguinte, Nathália já havia sido desamarrada do leito e não apresentava mais nenhum sinal de paralisia. Nos agradeceu: “*Obrigada, tá? Eu precisava disso*”. Após a discussão do caso com toda a equipe da enfermaria do NESA, lhe foi dada alta, e a adolescente permaneceu calma. Nathália, sem dúvida, tinha feito um ataque histérico, aquele que inquire o Outro sobre seu desejo para com ela. Definitivamente, há anoréxicas histéricas, esse caso o comprova.

A curiosidade no caso, no entanto, é a pouca referência da adolescente à sua própria imagem especular! Se ainda se dizia gorda, apesar de sua imagem esquelética no momento da internação, era muito mais porque sabia que era isso o que se dizia das anoréxicas do que em razão de ela própria assim se ver. Sabia que não estava gorda, o dizia apenas para justificar frente ao Outro – a equipe hospitalar – sua recusa do alimento. E convencencia... o que nos permite levantar a hipótese de que a anorexia é uma maneira de responder ao Outro da demanda a própria mensagem dele sob forma invertida. A professora de *ballet* demanda que se emagreça. O que faz Camila? Se vê gorda, do jeito que era no dizer do Outro quando ainda se julgava sustentada por aquele que O encarnava para ela. Com isso, Camila congela sua imagem dita pelo Outro de forma a se manter sujeito sustentado no desejo do Outro e todo o emagrecimento que sofre em seguida, não se reflete no espelho. Porque a imagem que permanece é a *dita* pelo Outro no momento anterior de se ver caída dele. Eis o que o caso de

Nathália pode nos ensinar sobre a anorexia: o corpo é um complexo emaranhado, misterioso porque não só imaginário e simbólico, mas também real. Ele fala.

Referências bibliográficas

ALBERTI, S. (2004). **O adolescente e o Outro**. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar Editor.

ALBERTI, S. (2014). **O Corpo, uma superfície**. In: *Retorno do exílio: o corpo entre psicanálise e ciência*. Rio de Janeiro, Contra Capa Livraria. pp. 37-46.

BASILIO, F. (1993). **Vida de Santa Catarina de Sena**. São Paulo: Paulus.

BELL, R. M. (1985). **Holy Anorexia**. Chicago, University of Chicago Press.

BIDAUD, E. (1998) **Anorexia mental, ascese, mística: uma abordagem psicanalítica**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

BREUER, J. & FREUD, S. (1895/1996). **Studien über Hysterie**. Frankfurt am Main, Fischer Taschenbuch Verlag.

COLISH, M. L. **Medieval Foundations of the Western Intellectual Tradition 400–1400**. New Haven: Yale University Press, 1997.

HAMILTON, B. **Religion in the Medieval West**. 2 ed. London: Arnold, 2003.

DELGADO, O. (2015). **La aptitud de psicoanalista**. Buenos Aires, Eudeba. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?isbn=9502346041>

FREUD, S. (1891/2001). **Zur Auffassung der Aphasien**. Frankfurt a.M., Fischer Taschenbuch.

FREUD, S. (1895/1999). **Entwurf einer Psychologie**. In *Gesammelte Werke*, Frankfurt a.M., Fischer Taschenbuch. Nachtragsband. pp. 375-488.

FREUD, S. (1900/1972). **Die Traumdeutung**. In *Studienausgabe*. Frankfurt a.M., S. Fischer, vol. II.

FREUD, S. (1911/2006) **Notas Psicanalíticas sobre um Relato Autobiográfico de um caso de Paranóia (Dementia Paranoides)**. In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 2006, pp. 3-51.

FREUD, S. (1914/1990). **Sobre o narcisismo: uma introdução**. In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1990, pp. 83-119.

FREUD, S. (1920/1973). **Über die Psychogenese eines Falles von weiblicher Homosexualität**. In *Studienausgabe*. Frankfurt a.M., S. Fischer, vol. VII. pp. 255-282.

FREUD, S. (1923/1975). **Das Ich und das Es**. In: *Studienausgabe*. Frankfurt a.M., S. Fischer. Vol. III. pp. 273-330.

FREUD, S. (1938/1999). **Abriss der Psychoanalyse**. In *Gesammelte Werke*. Frankfurt a.M., Fischer Taschenbuch. Vol. XVII. pp. 63-138.

HAMILTON, B. **Religion in the Medieval West**. 2 ed. London: Arnold, 2003.

LACAN, J. (1949/1966). **Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je**. In *Écrits*. Paris, Seuil. pp. 93-100.

Lacan, J. (1958/1966). **La direction de la cure et les principes de son pouvoir**. In: *Écrits*. Paris, Seuil, 1966. pp. 585-646.

Lacan, J. (1986). **Le Séminaire, livre VII, L'Éthique de la psychanalyse (1959-1960)**. Paris, Seuil.

LACAN, J. (1964/1985). **O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro, J. Zahar.

LACAN, J. (1975). **Le Séminaire, livre XX: Encore (1972/3)**. Paris, Seuil.

LACAN, J. (1975a). **Conférence au Massachusetts Institut of Technology**. In *Scilicet*, 1975, n° 6-7, pp. 53-63. Disponível em: MIT. <http://aejcpp.free.fr/lacan/1975-12-02.htm?>. Consultado em 23/02/2017.

LACAN, J. (1975/2002). **A Terceira**. In: *Cadernos Lacan*. Porto Alegre: APPOA, 2002. v. 2, pp. 1-23. Disponível em: <http://docslide.com.br/documents/a-terceira-jacques-lacan.html>. Consultado em 20/02/2017.

NIETZSCHE, F. (1888). **Crépuscule des idoles. Pensée 34**. Disponível em https://fr.wikisource.org/wiki/Le_Cr%C3%A9puscule_des_idoles/Texte_entier. Consultado em 20/02/2017.

RAMPLING D. (1985). **Ascetic ideals and anorexia nervosa**. In: *Journal of Psychiatric Research*. Vol.19 (2-3). pp. 89-94.

RECALCATI, M. (2003). **Clínica do vazio. Anorexia, dependência e psicoses**. Madrid: Síntesis.

SCHAEFER, S., & LINDENBERGER, U. (2013). **Thinking while walking: Experienced high-heel walkers flexibly adjust their gait**. *Frontiers in Psychology*, 4: 316. Disponível em: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2013.00316/full>

VILCHES, M. A. (s/d). **Topologia geral**. Departamento de Análise – IME/UERJ. Disponível em: <http://www.ime.uerj.br/~calculo/LivroVI/topologia.pdf>. Consultado em 20/02/2017.

WEGENER, M. (2005). **Das psychophysische Unbewusste. Gustav Theodor Fechner und der Mond.**In *Psychoanalytische Perspectieven*, 2005, 23, 2: 261-282. Disponível em: <http://www.pschoanalytischeperspectieven.be/wp-content/uploads/2012/10/2005-2-Wegener.pdf>. Consultado em 23/02/2017.

WICKHAM, C. (2009). **The Inheritance of Rome: Illuminating the Dark Ages 400–1000.**Nova Iorque, *Penguin Books*, 2009.