

O CORPO NA ANOREXIA E NA BULIMIA

Maria Helena Fernandes¹

Resumo:

A diversidade psicopatológica encontrada na clínica psicanalítica da anorexia e da bulimia nos confronta de saída com a questão do corpo, assim como nos coloca diante da especificidade dos processos da adolescência. Tal especificidade evoca as vicissitudes da relação precoce com a mãe no que diz respeito ao gerenciamento pulsional e sua relação com a identificação primária e, conseqüentemente com os ideais, a diferenciação, a autonomia, o tempo e a morte. Este texto traz para a discussão algumas hipóteses, elaboradas a partir da metapsicologia, com o objetivo de contribuir para uma melhor compreensão do processo de construção da imagem corporal, que inclui a percepção, a representação e a experiência interna do corpo próprio. Os impasses vividos na situação analítica assinalam, ainda, as particularidades no manejo transferencial desses casos.

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

El cuerpo en la anorexia y en la bulimia

Maria Helena Fernandes

Resumen:

La diversidad psicopatológica encontrada en la clínica psicoanalítica de la anorexia y de la bulimia nos confronta inicialmente a la cuestión del cuerpo, así como nos pone delante de la especificidad de los procesos de la adolescencia. Tal especificidad evoca las vicisitudes de la relación precoz con la madre en lo que atañe al manejo pulsional y su relación con la identificación primaria y, por consiguiente, con los ideales, la diferenciación, la autonomía, el tiempo y la muerte. Este texto trae a la discusión algunas hipótesis, elaboradas a partir de la metapsicología, con el objetivo de contribuir para una mejor comprensión del proceso de construcción de la imagen corporal, que incluye la percepción, la representación y la experiencia interna del cuerpo propio. Los impasses vividos en la situación analítica señalan, además, las particularidades en el manejo transferencial de esos casos.

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

O CORPO NA ANOREXIA E NA BULIMIA

Maria Helena Fernandes

Michelle tem 14 anos, precisa ser internada no hospital geral devido ao seu estado físico: pesa apenas 32 quilos e continua recusando alimentação; está amenorréica há vários meses. Uma equipe terapêutica é formada para ocupar-se do caso. Um psiquiatra, uma psicanalista, um clínico geral e uma nutricionista. O quarto de Michelle está sempre cheio de comida. Deliciosas guloseimas, frutas frescas e finos chocolates parecem ser, entretanto, encarados com desprezo por seu olhar distante. Quando a atendo pela primeira vez, ainda no hospital, Michelle usa uma sonda parenteral para alimentar-se. Sugiro à família que retirem do quarto toda espécie de comida. Três semanas depois, ela tem alta do hospital e continua sua análise indo até meu consultório.

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

Renata também se diz deprimida. Na nossa primeira entrevista, queixa-se de um retraimento social que a tem impedido de relacionar-se com os outros “como antes”. Ao tentar conhecer o “divisor de águas” que a faz estabelecer uma âncora no tempo - um tempo do *antes* e outro do *depois* -, fico sabendo que Renata se refere a uma ruptura amorosa provocada por ela mesma. Tal decisão acontece depois de um acidente que a deixa incapacitada por alguns meses. Porém, ela me conta, intrigada, que durante os primeiros meses, após o final do namoro, ela se sentia bem e em harmonia com sua decisão. É apenas com o passar do tempo que começa a “ficar encanada” consigo mesma, experimentando uma preocupação excessiva com a forma e o peso corporal, sentindo-se com frequência “feia, gorda e pouco atraente”.

O que pretendo trazer para a discussão neste texto é o que pude aprender com essas jovens, e com tantas outras, sobre seu sofrimento, sua obstinação, seu profundo desamparo e sua tenaz vontade de viver. É a história desse aprendizado que possibilitou a construção das hipóteses de trabalho que apresentarei resumidamente a seguir. A diversidade psicopatológica encontrada na clínica psicanalítica da anorexia e da bulimia nos confronta de saída com a questão do corpo, assim como nos coloca diante da especificidade dos processos da adolescência, particularmente em relação às meninas. Tal

especificidade evoca as vicissitudes da relação precoce com a mãe no que diz respeito ao gerenciamento pulsional e sua relação com a identificação primária e, conseqüentemente com os ideais, a diferenciação, a autonomia, o tempo e a morte.

Em meu último livro, atualmente em fase de revisão, dediquei-me a explorar e articular metapsicologicamente esses diversos aspectos e suas ressonâncias clínicas.² No entanto, no curto espaço deste texto seria impossível discutir todos esses aspectos, por isso decidi priorizar a questão da percepção do corpo na anorexia e na bulimia, assim como assinalar as vicissitudes do manejo transferencial desses casos.

A questão do corpo nos remete de saída à problemática da distorção da imagem corporal que abrange desde as dificuldades na percepção das sensações corporais, dos estímulos oriundos do interior e do exterior, até uma distorção da imagem corporal de proporções verdadeiramente delirantes, conforme assinalou H. Bruch (1973).³ Não se pode deixar de notar ainda uma ausência de discriminação entre dentro e fora. Tudo se passa como se o corpo próprio não exercesse aí uma de suas funções que é colocar os limites entre o eu e o outro. Essa dificuldade de discriminação entre dentro e fora, assinala, a meu ver, a importância da precariedade das fronteiras entre sujeito e objeto, evidenciada na ausência de autonomia e dificuldade de diferenciação da figura materna.

Não é sem razão que muitos autores, dentre eles André Green, sugerem que se situe a anorexia e a bulimia entre o que se compreende hoje como *borderlines* ou *casos-limite*. Creio que o interesse maior dessa novidade nosográfica reside justamente na noção de *limite*, mais precisamente na noção de *fronteira*, o que, aliás, essas patologias parecem evocar a todo momento. Fronteira entre dentro e fora, entre eu e outro, entre realidade e fantasia, entre a representação e o irrepresentável. Mas também entre categorias nosográficas, como, por exemplo, a fronteira com a psicose, a melancolia e a hipocondria.

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

Em Lígia isso era particularmente marcante. Com medo de perder o controle de suas próprias necessidades orais e de se ver à mercê da compulsão bulímica, ela corria durante horas no Parque do

Ibirapuera, quilômetros a fio; os pés chegavam a ficar machucados. No início da análise fiz um comentário a esse respeito e, examinando os próprios pés, ela me disse surpresa: “*não havia me dado conta*”. A meu ver, essa espécie de negatização da dor nessas jovens está diretamente associada à problemática da percepção do corpo, na qual a distorção da imagem corporal se apresenta em graus variados. De fato, chama a atenção a ausência de manifestação da dor particularmente nas jovens anoréxicas; o corpo anoréxico parece não sentir a dor, nem quando fica sem comer, nem quando se entrega a exercícios físicos exaustivos, como se esse corpo só existisse em negativo.

Em minha clínica, não pude deixar de observar, ainda, a associação entre o aparecimento de uma doença orgânica grave ou incapacitante, ou até mesmo um acidente, como no caso de Renata e a intensificação das preocupações com o corpo.

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

Na melancolia, através da identificação narcísica, o objeto perdido encontra-se fundido com o ego, a meu ver, na anorexia e na bulimia, esse objeto parece encontrar-se fundido com o corpo, à semelhança da hipocondria. A extrema atenção que os hipocondríacos dedicam a escutar seus órgãos e o funcionamento de seu corpo, nossas jovens anoréxicas e bulímicas dedicam a observar, cuidadosa e atentamente, os contornos e a superfície externa de seus próprios corpos. A preocupação com a imagem do corpo, rigorosamente verificada no espelho do olhar do outro, autoriza a falar de uma verdadeira *hipocondria da imagem*. (aliás, também presente, embora com menos exclusividade, na cultura pós-moderna).⁴

Nos casos em que a anorexia aparece ligada à bulimia, com vômitos e uso de laxantes, como no caso de Lígia, o papel desempenhado pela manutenção da sensação de fome, parece mais evidente. Isso deveria nos levar a questionar a função auto-erótica da fome, ou da motricidade e suas relações, por exemplo, com o autismo. Uma pergunta se coloca aqui. A motricidade impulsiva dessas jovens, a

compulsão bulímica e os vômitos são eles auto-eróticos? Ou melhor, seriam essas ações tentativas desesperadas de constituir o lugar do auto-erotismo?

A resposta a essa questão é certamente complexa, mas o fato de colocá-la nos remete necessariamente, segundo a contribuição de Fédida (1990), ao lugar da alteridade no “autos” do auto-erotismo, ou melhor dizendo ao fracasso na constituição de um tal lugar. Para Fédida, a compreensão das anorexias e bulimias se enriqueceria se pudessem ser pensadas clinicamente a partir do modelo do autismo, que coloca em cena a fecundidade da noção de auto-erotismo.⁵

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

O corpo recusado da anoréxica e o corpo estranho da bulímica

As minhas hipóteses sustentam a idéia de que na anorexia tem-se a impressão que estamos diante de um fenômeno de anestesia do corpo libidinal, enquanto que na bulimia poderíamos pensar em um auto-erotismo negativo, em razão da prevalência da busca de sensação no agir bulímico e do desprazer com freqüência experimentado.

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

A recusa do corpo na anorexia, através da recusa da fome, do brutal emagrecimento, do cansaço, da dor, denuncia assim a impossibilidade de constituição da experiência hipocondríaca, que através da percepção da dor, por exemplo, participa da construção da função estruturante da imagem corporal na subjetividade.⁶

Minhas hipóteses sustentam então a idéia de que, nas pacientes onde se evidencia uma marcada dificuldade de percepção do corpo, a ponto de denotar uma verdadeira distorção da imagem corporal, a

experiência do corpo pareça ter ficado ancorada no registro da necessidade, isto é, em um tempo anterior ao auto-erotismo. Foi a constituição do auto-erotismo que ficou comprometida.⁷

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

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

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

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

O percurso realizado até aqui permite, então, ampliar as minhas hipóteses. Na ausência de possibilidade para sentir o que se passa no nível do próprio corpo, conforme vimos, a eclosão da anorexia na adolescência nos confronta a uma espécie de movimento de descarga que poderia ser compreendido enquanto conseqüência de uma defusão pulsional. No caso da bulimia, mesmo que o

prazer possa se travestir em dor, conforme já assinalamos, ainda assim permanece a presença de um investimento libidinal mínimo. Parece que não estamos aí diante de um corpo em negativo, como na anorexia, mas diante de um *corpo estranho*. A clivagem entre o ego e o corpo parece evidenciar essa estranheza da bulímica com seu próprio corpo.

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

Se o auto-erotismo, conforme salienta Freud, vem apenas em resposta à perda do objeto que garantia a satisfação, isso implica considerar que, se ele não se constitui, o bebê estará desamparado para lidar com a ausência do objeto. Tal ausência, não podendo ser atenuada pelo recurso à satisfação auto-erótica, será dificilmente suportada. A meu ver, pode-se pensar que é nessas condições que a ausência toma toda a sua dimensão traumática, impedindo ou dificultando as condições de possibilidade para a fusão das pulsões. Em termos metapsicológicos, sugiro que a bulimia e, particularmente a anorexia, colocam em evidência a precariedade da fusão pulsional no início da vida. Tal precariedade, segundo minha hipótese, pode ter sido instalada pelas dificuldades ou descontinuidades no exercício da *função de pára-excitação materna*.

Ora, a função de pára-excitação da mãe só será parcialmente substituída pela sua introjeção. Essa introjeção é que irá assegurar, na ausência da mãe, a possibilidade de um apaziguamento através da constituição de um objeto interno capaz de garantir o enfrentamento das adversidades ao longo do crescimento. É graças a essa mediação que a criança adquire um conhecimento de seu corpo, de suas sensações, de suas necessidades e de seus afetos. É essa mediação que organiza o contato da criança com seus amores e seus ódios, sua capacidade de amar e de destruir, de vincular-se ao outro ou de isolar-se, mas também de promover o prazer e de suportar o sofrimento.

A *função de pára-excitação da mãe* tem assim uma tripla função, ela é não apenas protetora e mediadora, mas é também libidinizadora. Pode-se então pensar que *essa dimensão libidinizadora da função de pára-excitação materna representa uma condição de possibilidade para a fusão das pulsões*.

Segundo minhas hipóteses, será necessário que o objeto tenha sido capaz de assegurar sua *função de pára-excitação*, no que esta função comporta de *proteção, mediação e libidinização*. Se por qualquer vicissitude o objeto falha nessa sua função, o mecanismo da introjeção não pode se processar. *A meu ver, a rigor, deve-se dizer que a introjeção das pulsões e suas vicissitudes supõe uma introjeção anterior, não do objeto, mas uma introjeção da função de pára-excitação materna.* Sem essa introjeção, o processo identificatório primário fica restrito à incorporação.

Essa compreensão permite acrescentar às minhas hipóteses uma precisão importante. As dificuldades da mãe no exercício da sua *função de pára-excitação* dificultam o caminho em direção à introjeção dessa função, pois, conforme vimos, a função de pára-excitação da mãe só será substituída pela sua introjeção. É essa introjeção que irá garantir a constituição de um objeto interno, que na ausência da mãe mais tarde, será capaz de assegurar as possibilidades de enfrentar os excessos e adversidades inerentes ao crescimento e à aquisição da autonomia.

Se a *função de pára-excitação materna* não pôde ser introjetada o sujeito fica desamparado diante do excesso pulsional. Na anorexia e na bulimia os processos próprios da adolescência chegam a provocar uma desfusão pulsional justamente porque encontram uma fusão pulsional precária e, até mesmo parcial, fruto das dificuldades na introjeção da função de pára-excitação materna, particularmente no seu aspecto libidinizador. Dito de um outro modo, *os processos próprios da adolescência provocam a desfusão pulsional ao encontrar uma fusão já precarizada particularmente pelas dificuldades na introjeção da função de libidinização da mãe.*

Pode-se supor, então, que na anorexia, particularmente a de tipo restritivo, houve uma precariedade no processo de fusão pulsional ainda mais marcada do que nos casos de bulimia, como se a fusão das pulsões tivesse sido apenas parcialmente realizada. A partir daí adquire sentido a idéia, já expressa anteriormente, de que na anorexia estaríamos aquém do masoquismo originário.

Se a bulimia representa uma tentativa de refusão pulsional por buscar reativar as funções de ligação do masoquismo originário através do sofrimento infringido ao corpo nos excessos alimentares, nos vômitos e até nos exercícios exaustivos, conforme assinalamos, a meu ver, a anorexia, mesmo a de tipo restritivo, também representa uma tentativa de refusão das pulsões, só que tal tentativa esbarra em uma precariedade mais acentuada dos processos de fusão pulsional no início da vida.

Isso nos permite pensar que se na anorexia e na bulimia, como é freqüentemente assinalado pelos psicanalistas, parece que estamos diante de um fracasso da introjeção das pulsões, o que aliás torna-se evidente com a adolescência, esse fracasso deve-se justamente ao fracasso da constituição da introjeção. É assim que, diante do fracasso da *introjeção da função de pára-excitação materna*, o

sujeito, desprotegido perante a emergência pulsional, fica à mercê da necessidade de incorporar o objeto. Sendo assim, poderíamos pensar que *nas jovens anoréxicas e bulímicas a identificação primária fica presa na incorporação, seu protótipo corporal*. Ora, enquanto a introjeção virá permitir ao sujeito restringir a sua dependência do objeto, a incorporação do objeto, ao contrário, cria e reforça a ligação objetal imaginária. Isso nos permite avançar na compreensão da dificuldade de diferenciação sujeito-objeto, tão freqüentemente assinalada pelos psicanalistas na clínica da anorexia e da bulimia.⁸

Ora, minhas hipóteses colocaram em evidência que é a mãe, através da sua função de pára-excitação, que gera um corpo erógeno e ensina o caminho da simbolização. É, então, a mãe que, desde o tempo anterior ao auto-erotismo, realiza o trabalho de simbolização pelo bebê. O aparelho psíquico sem esse tempo, fica exposto à precocidade do trauma. Sem simbolização não há possibilidade de recalçamento. O que entra em cena é a compulsão à repetição e os mecanismos da recusa e da clivagem. O mecanismo da clivagem (*Spaltung*) retorna tardiamente na obra de Freud, particularmente a partir do trabalho sobre o fetichismo (1927) quando vai ganhar peso a noção de recusa (*Verleugnung*).⁹

Para E. Kestemberg, J. Kestemberg e S. Decobert (1972)¹⁰ na anorexia se evidencia uma erotização da fome, a meu ver, esses casos parecem representar *uma tentativa de recusa pulsional através da erotização do controle sobre as necessidades do corpo como um todo e não apenas sobre a fome*, pois, se o corpo da bulímica é um *corpo estranho* o corpo da anoréxica é um *corpo recusado* em sua materialidade e em suas necessidades. A erotização do controle recusa ao corpo da anoréxica sua humanidade criando os impasses que alimentam a gravidade desses casos e as dificuldades no manejo clínico deles.

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

A recusa da realidade humana, no que ela tem de mortal e erótica, sugere que a anorexia abrigaria assim um fantasma de indestrutibilidade do corpo, como se o sujeito se recusasse a ver-se como vulnerável. Neste sentido, o sentimento de onipotência e a recusa da realidade do corpo próprio parecem manter entre si relações estreitas, combinando-se, a um ego ideal bastante poderoso que leva o sujeito a tentar manter-se na ilusão de um corpo inatingível, simultaneamente inatingível pela morte e

pelo tempo. Ora, essa fusão com o ideal não assinalaria também a tentativa de recusa da alteridade e seus efeitos sobre o destino do sujeito?

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

Conforme vimos, as perturbações do investimento materno e a precariedade do pára-excitações introjetado pelo bebê perturbam a construção da imagem corporal, que inclui a percepção, a representação e o sentimento do corpo próprio, porém o excesso de investimento materno também perturba essas vivências. A mãe intrusiva é tão nociva quanto a ausente, denotando assim os efeitos nefastos do que caracterizei como – *a mãe de extremos*. A intensidade do perigo que solicita defesas tão poderosas parece estar diretamente ligado à dificuldade de diferenciação da figura materna que solicita, de forma eloqüente, a recusa da passagem do tempo, da vulnerabilidade inerente a existência humana e da necessidade do objeto.¹¹

O cotidiano da clínica

A dificuldade de percepção das sensações corporais se faz acompanhar nessas jovens de uma outra, igualmente significativa, a saber, a dificuldade de percepção de seu mundo interior e suas necessidades afetivas. O que chama atenção é que, mesmo diante de uma atividade fantasmática aparentemente rica, ela não parece favorecer o enriquecimento da atividade imaginativa e relacional. Os fantasmas parecem aprisionados no corpo surgindo, muitas vezes, de forma antimetáforica e concreta. Nossas jovens se apresentam como se estivessem privadas do seu espaço interno, despossuídas de uma interioridade. Uma despossessão que, segundo Bidaud (1998), diz respeito ao corpo, ao afeto e ao pensamento.¹²

É a sensibilidade e fineza do analista que deve guiá-lo na aridez desse terreno de contato restrito, oferecendo pouco alimento interpretativo, dosando a conta gotas o que será oferecido. É justamente quando a vivência transferencial começa a movimentar-se, saindo do seu congelamento inicial, que é o próprio vínculo com o analista que se torna algo potencialmente destrutivo e ameaçador.

O difícil na condução do processo analítico dessas jovens é encontrar a justa medida, é conseguir dosar proximidade e distância, silêncio e palavra. O paradoxo reside justamente no fato de que o interesse no trabalho analítico e o prazer no contato com o analista torna-se ao mesmo tempo

fonte de angústia, provavelmente porque evoca a ameaça de indiferenciação e fusão vivida na relação com a mãe. O controle onipotente sobre o corpo repete a relação experimentada com a mãe e é esta relação que se repete na transferência. Uma relação marcada por ausência e intrusão, desamparo e desesperança, o que exige do analista *delicadeza e paciência*, não pode ter pressa!

As dimensões paradoxais dessa transferência - fascínio e horror, amor e ódio, vida e morte - solicitam do analista que este possa exercer uma *função de pára-excitação* em sua tripla dimensão de proteção, mediação e libidinização, permitindo à situação analítica funcionar como um reorganizador da libidinização do corpo. Somente nessas condições a atividade fantasmática pode ressurgir em toda sua virtualidade e riqueza.

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

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

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

Tudo se passa como se a palavra do analista devesse incentivar essas jovens a desenvolverem seu poder imaginativo de tal forma que as vivências que tocam o corpo, o afeto e o pensamento não

fiquem privadas de possibilidades metafóricas. A metáfora, disse Fédida (1977), “é uma morada, e o psicanalista tem necessidade do poema para habitar” (p.131).¹³ Se o psicanalista tem necessidade do poema para habitar, é na figura do poeta que o analista deve buscar inspiração para tentar preservar sua capacidade de devanear com as palavras, criar imagens a partir do silêncio e conseguir assim habitar discretamente e com serenidade o vazio, pois como disse, René Chair, “Um poeta deve deixar vestígios da sua passagem, e não provas. Só os vestígios fazem sonhar”.¹⁴

Maria Helena Fernandes

Endereço: Rua Dr. Diogo de Faria, no. 1087, cj. 905, cep: 04037-003, São Paulo, SP.

Fone/Fax: (11) 50833892

E-mail: mhfernandes@terra.com.br

¹ Psicanalista, doutora em Psicanálise e Psicopatologia pela Universidade de Paris VII, com pós-doutoramento pelo Departamento de Psiquiatria da UNIFESP; é professora do Curso de Psicossomática do Instituto Sedes Sapientiae e autora dos livros *L'hypocondrie du revê et le silence des organes: une clinique psychanalytique du somatique* (Villeneuve d'Ascq: Presses Universitaires du Septentrion, 1999) e *Corpo* (Coleção “Clínica Psicanalítica”. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003).

² Cf. meu livro *Transtornos Alimentares: anorexia e bulimia* (Coleção “Clínica Psicanalítica”) - no prelo.

³ Cf. o livro *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within* de Hilde Bruch (Harper Torchbooks, 1973).

⁴ A respeito da primazia do corpo na cultura pós-moderna, remeto o leitor aos livros: *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*, de Joel Birman (Civilização Brasileira, 2001) e *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*, de Jurandir Freire Costa (Garamond, 2004).

⁵ Cf. o artigo de Pierre Fedida (1990) “Auto-érotisme et autisme. Conditions d'efficacité d'un paradigme em psychopathologie” (*Revue Internationale de Psychopathologie*, 2: 395-414).

⁶ Pude observar também essa dificuldade de percepção do corpo em pacientes organicamente doentes, fenômeno que denominei «o silêncio dos órgãos». Tal fenômeno pôde receber uma inteligibilidade metapsicológica a partir da comparação com a hipocondria, o que me permitiu colocar em evidência as vicissitudes do desenvolvimento libidinal. Ao leitor que se interessar, remeto aos meus artigos “A hipocondria do sonho e o silêncio dos órgãos: o corpo na clínica psicanalítica”, publicado na coletânea *Hipocondria* (Escuta, 2002); “As formas corporais do sofrimento: a imagem da hipocondria na clínica psicanalítica contemporânea”, publicado no livro *Psicossoma III* (Casa do Psicólogo, 2003) ou ainda, de forma mais abrangente, ao meu livro *L'hypocondrie du rêve et le silence des organes: une clinique psychanalytique du somatique* (Presses Universitaires du Septentrion, 1999).

⁷ Cf. o quarto capítulo (“A função alimentar: entre o corpo, o eu e o outro”) do meu livro *Transtornos Alimentares: anorexia e bulimia* (no prelo).

⁸ Cf. o quinto capítulo (“A função alimentar: além do princípio do prazer”) do meu livro *Transtornos Alimentares: anorexia e bulimia* (no prelo).

⁹ Sobre a clivagem remeto o leitor aos textos de Freud: Fetichismo (1927), A divisão do ego no processo de defesa (1938) e Esboço de Psicanálise (1940).

¹⁰ Cf. o livro *La faim et le corps* de E. Kestemberg, J. Kestemberg e S. Decobert (PUF, 1972).

¹¹ Cf. o sexto capítulo (“Um corpo para dois”) do meu livro *Transtornos Alimentares: anorexia e bulimia* (no prelo).

¹² Cf. o livro *Anorexia Mental, ascese, mística: uma abordagem psicanalítica*, de Eric Bidaud (Companhia de Freud, 1998).

¹³ Cf. *Corps du vide et espace de séance*, de Pierre Fédida (Jean Pierre Delarge, 1977).

¹⁴ Agradeço a Tereza Lins a indicação dessa bela citação de René Chair e a Mario Fuks a generosa disponibilidade na discussão prévia das hipóteses aqui apresentadas.