

O mínimo é o máximo - uma aproximação da anorexia

Mario Pablo Fuks

Resumo:

Em uma época cuja aspiração é a de um acesso pleno, livre e a-conflitivo a todo tipo de realizações e prazeres individuais, sem o estorvo de enigmas nem dramas existenciais, a rejeição da alimentação, ou sua gestão algumas vezes onipotente e outras descontrolada, faz da vida de um número crescente de jovens, mulheres em sua maioria, um enigma e um desafio para os saberes e para as práticas terapêuticas contemporâneas. O enquadramento médico exclusivamente objetivista, quantificador e pragmatista predominante na atualidade, centrado na normalização do comportamento alimentar, tende a obturar toda problemática em que a subjetividade se faça presente. O trabalho explora os modelos que podem operar como referência, dentro da psicopatologia psicanalítica, para orientar a compreensão clínica dessas formas de sofrimento e o reconhecimento de movimentos de re-subjetivação emergentes nos processos terapêuticos.

Em uma época cuja aspiração é a de um acesso pleno, livre e a-conflitivo a todo tipo de realizações e prazeres individuais, sem o estorvo de enigmas nem dramas existenciais, a rejeição à alimentação, ou sua gestão umas vezes onipotente e outras descontrolada, faz da vida de um número crescente de jovens, mulheres em sua maioria, um enigma e um desafio para os saberes e para as práticas terapêuticas contemporâneas.

A colocação em jogo no corpo de uma significação que o transcende, suscita um trabalho de pesquisa e elaboração que articula freqüentemente história, contexto sociocultural e teorização metapsicológica. Ao mesmo tempo em que **a histeria** aparece aqui como termo obrigatório de referência e de comparação, tanto teórica como clínica, as considerações

psicopatológicas referidas às vicissitudes do **narcisismo** e aos modelos explicativos das **impulsões e adicções** ganham um espaço cada vez maior. A problemática identificatória, a constituição do laço social e a dinâmica do "ideal" são, também, elementos significativos para a compreensão desses quadros.¹

É previsível que, havendo-se acumulado já um considerável cabedal de informações, estatísticas e discursos especializados e de divulgação sobre as anorexias e bulimias, e sendo conhecido que os históricos buscam se situar sempre no lugar do objeto de algum saber constituído e vigente para serem reconhecidos por alguém que situam como mestre desse saber, venha a surgir grande quantidade de pacientes com transtornos alimentares de base histórica². Com essa figura do mestre e seu saber suposto, o indivíduo tenderá a estabelecer esse tipo de vínculo peculiar, de amor e questionamento, de idealização ameaçada de decepção, fundamentalmente paradoxal, que o clínico conhece tão bem, sem por isso deixar de se surpreender.

É em torno, justamente, ao modo de *saber* sobre o seu padecimento, que podemos apontar, para ir introduzindo o tema, uma diferença entre a anorexia de base histórica e a forma clássica de anorexia nervosa, bastante mais severa. Nesta última, o paciente tende a afirmar um saber próprio sobre o seu mal-estar, que se contrapõe às exortações da família respaldadas no sentido comum e que se reforça, em forma manifesta ou larvada, quando a

¹ Desenvolvi alguns desses aspectos em relação à produção de subjetividade na contemporaneidade em: FUKS, M. "Questões teóricas na psicopatologia contemporânea", apresentado no primeiro encontro dos Estados Gerais da Psicanálise, Paris, 2000.

<http://www.geocities.com/HotSprings/Villa/3170/MarioFuks2.htm>

FUKS, M "Nos domínios das neuroses narcísicas e em suas proximidades", apresentado no III Encontro Latino-americano dos Estados Gerais, Buenos Aires, 2002:

http://www.estadosgerais.org/terceiro_encontro/fuks-neuroses.shtml

² Já vinham sendo conhecidos como "patologias do *Fantástico*", pacientes que procuravam os serviços de saúde na 2ª feira seguinte aos programas televisivos de audiência massiva em que se tematizava alguma "doença de atualidade". Efeito igual ou maior tem sido produzido ultimamente por protagonistas dos "reality show" falando sobre sua bulimia e descrevendo ou mostrando suas práticas purgativas.

família apela ao respaldo do médico. Trata-se de um saber que, segundo Lasègue, um dos primeiros a descrever o quadro³, se constrói a partir de uma idéia, que ele não hesita em chamar de hipótese teórica ou hipótese instintiva: "comer me faz mal e o que deve ser feito é evitar comer". Com o andar do processo e a estabilização da conduta anoréxica, põe-se em destaque um otimismo inexpugnável, "eu não estou me sentindo mal, portanto estou saudável". Nos casos mais graves, poderá instalar-se uma pugna com os médicos a respeito do conhecimento verdadeiro dos riscos implicados em manter as dietas⁴.

Há, em toda esta relação com o saber e com a verdade, um recurso a uma evidência auto-sustentada e a uma construção lógica e racionalizante, que a aproxima mais das modalidades paranóica e hipocondríaca, dentro do quadro das estruturas narcísicas, que da neurose histérica. Como veremos mais adiante, há nisso tudo uma busca de apropriação subjetiva.

As construções racionalizantes podem mudar conforme a época: nos tempos de Lasègue, o que justifica a dieta é a dor do estômago; hoje, centra-se na imagem do corpo. A vontade de ser magra, recorrendo a dietas rigorosamente controladas, assim como a hiperatividade física, procura legitimar-se em valores culturais contemporâneos que associam essa condição e essas práticas à esbeltez, beleza e saúde. Vistos desde esse ângulo, os transtornos alimentares podem ser incluídos entre os "sintomas sociais" característicos da época.⁵

³ Lasègue acreditava que a anorexia, conhecida há séculos, era exclusivamente uma forma de manifestação da histeria. LASÈGUE, C. (1873) "Da anorexia histérica", em *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol. 1, No. 3, 1998.

⁴ Ver MANONNI, M.: "Um caso de anorexia mental" [*O caso Sidonie*] em *A psiquiatria, seu "louco" e a psicanálise*, Cap. VI: A instituição como refúgio contra a angústia. P 139-172.

⁵ Ver FUKS, M.P. "Mal-estar na contemporaneidade e patologias decorrentes", in *Psicanálise e Universidade*, N° 9-10, 1998-1999.

A emergência crescente de pacientes com anorexias e bulimias vem de encontro a uma medicina e principalmente a uma psiquiatria que atravessa um momento peculiar. Por um lado, a inclusão dos transtornos alimentares como item diferenciado dentro das classificações psiquiátricas nos faz evocar, em relação a esses quadros, o valor do gesto de Charcot frente à histeria ao outorgar-lhe a dignidade de doença. Por outro lado, o neo-organicismo absoluto predominante condiciona os parâmetros e critérios em base aos quais estas classificações se constroem, operando, apesar desse reconhecimento, um efeito de recusa das dimensões subjetivas e das histórias de vida associadas a essas doenças. Um dos paradoxos mais curiosos da nosografia oficial atual reside no fato de que, ao mesmo tempo em que pela porta da frente entram os transtornos alimentares, sai, pela dos fundos, nada menos que a histeria. Restam dessa doença apenas conglomerados sintomais fragmentários, distribuídos pelos diferentes seções. É que o modelo psiquiátrico hegemônico tende a suprimir a noção de processo psicopatológico e, no limite, a de doença. Do que se trata, hoje, é de descrever e identificar síndromes, concebidas principalmente a partir de sua modificabilidade por um agente geralmente neuroquímico, em base a um critério puramente sintomático. Esse esquema não se aplica facilmente à complexidade dos quadros que estamos considerando, e apesar de que o déficit nutricional é apontado como o fator causal de grande parte dos sintomas, alguns autores, no campo psiquiátrico, reconhecem a necessidade de uma formulação mais ampla da psicopatologia da anorexia nervosa, vista a variabilidade histórica e cultural de sua expressão psicológica.⁶ A ação terapêutica será endereçada à

⁶ Ver as conclusões de Russell recolhidas por NUNES, M.A.A. e RAMOS, D.C. "Anorexia Nervosa: Classificação Diagnóstica e Quadro Clínico", in *Transtornos alimentares e obesidade*, Artmed, Porto

correção do déficit nutricional e dos sintomas resultantes, como a amenorréia, complementada com a reeducação alimentar e a indicação complementar de uma psicoterapia orientada à correção focal do comportamento alimentar.

Entretanto, em inúmeros trabalhos sustentados em experiências clínicas, adverte-se que se nos limitamos a identificar e agir sobre os comportamentos alimentares e seus efeitos somáticos e psíquicos sem levar em conta os processos estruturais e históricos que os "solicitaram", o resultado é nulo, pobre e inclinado à repetição ou a uma substituição, não benéfica, da sintomatologia.

O enquadramento médico exclusivamente objetivista, quantificador e pragmatista, centrado na normalização do comportamento, tende a obturar toda problemática em que a subjetividade se faça presente. Quando se insere no jogo de confrontação de forças que já vem se desenvolvendo no campo familiar, para além do caráter repressivo ou agressivo que possa assumir, contribui para reforçar a negação das vivências de extremo desamparo que atravessam esses pacientes.⁷ Toda suposição relativa à sexualidade ou a algum registro da paixão tende a ser evitada. A significação e o sentido de sintomas e comportamentos - seja algo a ser decifrado, seguindo a clave da conversão histórica, seja algo a ser reconstruído ou construído tendo como referência as falhas narcísicas precoces ou traumáticas- ficam de lado.

Devemos aceitar, contudo, especialmente em casos graves, a existência de uma fase inicial em que as condições clínicas exigem a prevalência exclusiva do cuidado médico. Inclusive, algo que deve ser reconhecido e

Alegre: 1998, p. 22.

⁷ Lasègue notava a conveniência, nesse "meio de campo", de observar e calar; evitar sobretudo entrar em disputa fazendo uso da autoridade médica, sob o risco de perdê-la.

indicado em boa quantidade de casos, é um centramento inicial na questão alimentar com pacientes preocupados com ela e que aderem a um atendimento regular por essa via. Mas, um gerenciamento psiquiátrico e/ou nutricional e até psicoterápico, que recuse dimensões mais abrangentes da subjetividade do paciente e de sua história de vida, pode limitar a compreensão dos quadros e o alcance terapêutico a que se pode aspirar.

Trata-se, em geral, de pacientes jovens, freqüentemente adolescentes, em sua maior parte mulheres, com a vida dominada por uma desordem na alimentação baseada em sua restrição quantitativa e qualitativa, intercalada, às vezes, com episódios de comer compulsivo e desesperado, que podem ser acompanhados da indução de vômitos, do uso de laxantes e da prática de exercícios físicos extenuantes. Vivem sobrecarregadas, ao mesmo tempo, pelos procedimentos de controle de calorias e pela preparação minuciosa e ritualística dos alimentos. Algumas delas conseguem, depois de um tempo variável, um importante emagrecimento, a partir do qual parecem afirmar-se em uma determinação: comer o mínimo. Para os pais, principalmente a mãe, isto se configura como um "comer nada", sem que o adequado dessa percepção se acompanhe, às vezes por um longo tempo, de uma consciência cabal do emagrecimento, sua gravidade e os riscos que estão sendo corridos.

A família reage tentando reordenar sua alimentação e encontra uma resistência obstinada, baseada, como vimos, em idéias e justificações variadas, mas fundada em um princípio complementar explícito ou implícito: "eu sou dona, única, de meu corpo". Apoiadas nessa pressuposição de base, mostram-se excessivas nas dietas, nas purgações, no próprio modo de afirmar-se frente

Ver, também, BRUSSET, B. "Anorexia mental e bulimia do ponto de vista de sua gênese", in *Anorexia e Bulimia* / R. Urribarri (org) - São Paulo: Escuta, 1999).

aos outros, na forma totalitária de aderir ao ideal ascético de magreza que cultuam e que as transforma em seres únicos, especiais e diferenciados, que não estão submetidos nem são escravos das necessidades como os outros.

A partir dessa adesão, o leque de emoções que as afeta fica polarizado entre o excitante orgulho de cumprir esse ideal, pelo qual se sentem secretamente invejadas e que encobre uma auto-estima quase sempre rebaixada, e a vergonha irredutível, em grande medida absurda, de engordar quando algo em sua rotina vem a se descontrolar.

Na gestão narcísica do ideal, não somente se regulam por valores absolutos; elas, mais bem, os representam, os encarnam. Não aspiram à magreza, são a magreza. Essa fusão com o ideal, essa condição onipotente é o suporte de sua energia inesgotável e da força de convicção que, como vimos, sustenta seu saber a respeito delas mesmas.

Historicamente, essa identificação com o ideal inserido no sistema religioso vigente permitiu às santas anoréxicas impor a fé à moral em volta delas. A proximidade da morte e o triunfo sobre ela foi condição para sua divinização, base para o ideal. Viraram, na história, objeto de devoção; imagens cultuadas, milagrosas, que estavam neste mundo como se não fossem dele, e como se suas leis, que valiam para os outros, a elas não se aplicassem.

Tende-se a situar a irrupção da sexualidade na **adolescência** como o fator que desencadeia uma batalha, intra e inter-subjetiva, entre mãe e filha, deslocada freqüentemente para outros territórios. Esse embate centra-se numa busca de autonomia e, principalmente, de diferenciação, que pode tingir-se de

um viés matricida, que aproxima o sujeito da fantasia e da possibilidade real da própria morte.

Nos casos que estamos considerando, as jovens desenvolvem um ideal de auto-suficiência que se entronca, contudo, com valores de auto-suficiência e fortaleza pessoal presentes na própria família, que se munuiu, ao longo de sua história, de uma moral de não fraquejar diante das adversidades, dos desafios e das perdas que tiveram que enfrentar. Isso implica, às vezes, um transcorrer silencioso dos lutos ou um bloqueio deles por recusa do sofrimento.⁸

Nessas circunstâncias, as mães podem ser "duras", pouco dispostas à ternura e ligadas predominantemente ao cuidado do formal. Encorajam seus filhos a assumir prematuramente uma atitude de autonomia frente às responsabilidades escolares. O cuidado do corpo e a preocupação com dietas tornam-se presentes na relação com elas mesmas e com suas filhas.

Ocorre, também, uma dificuldade para a entrada do pai. O pai tende a ser uma figura distante, em parte ausente, em parte indiferenciada. Faz-se presente no momento da "descompensação", provavelmente quando a brecha surgida na relação mãe-filha o facilita. Brecha esta que toma a forma de um "fracasso" da mãe.

A auto-suficiência da filha pode ser explicada como defesa contra o edipiano [modalidade histórica]; mas principalmente como algo a serviço da recusa. Recusa da diferença sexual, da castração, e da morte. Mas, também, da alteridade do objeto, da passagem do tempo e das mudanças que ele produz no corpo. Sua prescindência de comida é uma recusa às leis próprias da natureza mas, também, as da cultura. É conhecido o lugar da comida nos

⁸ Ver BRUSSET, B e ROVIRA, B. "Presentación y supervisión de un caso clínico de anorexia", *Zona Erógena*, N° 30, 1996.

rituais coletivos quotidianos e nos grandes eventos, tendo sido destacada, pela psicanálise, sua importância nos processos de identificação constitutivos do laço tribal ou comunitário.

Tende-se a pensar que o papel da relação com a mãe, na gênese das dificuldades que estouram na adolescência, remonta aos estágios iniciais do desenvolvimento psíquico. Ansiosas por responder à demanda através da satisfação da necessidade, essas mães têm dificuldade em identificar diferentes tipos de choro dos bebês que criam. A monotonia da resposta mediante a provisão alimentar induz na criança uma dificuldade na codificação e decodificação interna das mensagens interoceptivas e próprioceptivas. Sua significação vai além de uma falha no registro de sinais; esses processos implicam qualificação de intensidades, ligação a palavras, produção de sentidos.

O olhar da mãe também é importante. Tem sido apontada a presença, nas mães, de um alto grau de preocupação com a aparência física, o peso e a dieta. Fala-se de um olhar materno intrusivo, traumatizante, que impede a privacidade ou se impõe compartilhando-a. Algo nesse olhar é vivido como indecente, abusivo e, no final das contas, incestuoso.⁹ A mãe, a quem cabe cumprir, na fase do espelho, o papel de fiadora da relação com a imagem especular, acaba sendo invasora dessa relação, criando uma urgência de separação, simultânea a uma impossibilidade da menina perceber-se sem ela.

⁹ Ver SAPOZNIK HOLCBERG, A. "As alpinistas", em *Colóquio freudiano. Teoria e prática da psicanálise contemporânea.*/ A. M. Sigal e I. M. de Villutis [orgs.], São Paulo: Via Lettera, 2001, p. 95-112.

Isso dá a idéia de que o corpo da anoréxica não é um corpo plenamente próprio, mas um corpo compartilhado pela mãe.¹⁰

Esse peso excessivo do objeto externo, em suas diversas funções nas fases iniciais, dificulta os processos de interiorização e constituição do narcisismo e deixa uma dependência residual que "priva o sujeito de si mesmo", socavando as bases para o desenvolvimento dos processos identificatórios subseqüentes.

Os conflitos entre autonomia e dependência próprios da adolescência, envolvendo objetos com os quais não foi possível estabelecer uma diferenciação clara, renovam e agudizam as angústias de intrusão ou abandono anteriores ao período de latência, fragilizando o eu e expondo o sujeito a intensos sentimentos de desamparo, desvalimento e desesperança. Tenta-se anular e compensar essas vivências através da adesão ou fusão com o ideal e o controle onipotente sobre o próprio corpo que repete, por meio de uma inversão passivo-ativo, a relação experimentada com a mãe.

Não comer e manter a fome pode corresponder a uma tentativa de criar e preservar um vazio em que o psíquico se torne possível através das representações, sua constituição em rede e o jogo dos deslocamentos. Poder, a partir de uma ausência, abrir um caminho para um continente íntimo em que um desejo possa vir a aninhar-se. A negativa, o "não à comida", busca instaurar essa possibilidade, numa luta da resistência destinada a afirmar uma apetência pela vida.

No entanto, o peso do ideal anoréxico, somado à falta de um outro que compreenda o sentido dessa denegação e possa situar-se fora do circuito

¹⁰ Ver GORGATI, S.B. "O feminino congelado na anorexia" in: *Figuras clínicas do feminino no mal-estar contemporâneo* / Depto. de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae; Silvia Leonor Alonso, Aline

ambiental de ação e reação, tende a re-inscrever esse movimento nos termos de uma auto-suficiência recusatória de toda falta e de toda alteridade que ameace com o retorno do sofrimento. O ideal de magreza e libertação ascética do corpo serve como contracatexia contra desejos de incorporação resultantes da urgência introjetiva que o processo mobiliza.

A sujeição e fusão com o ideal opera uma espécie de triunfo maníaco sobre o objeto. Mas contrapõe, ao mesmo tempo, às vivências de fragilidade narcísica, um reforço da representação unitária do eu que impõe uma censura e bloqueio de sensações e impulsos, assim como de formações de afeto e representação, suscitados a partir das fontes erógenas de estimulação. Como pode ser observado em outras patologias narcísicas, os campos da imagem, da motricidade e da agressividade se prestam particularmente bem à realização desses objetivos, às custas de uma renúncia ou de um subdesenvolvimento erótico-afetivo. Uma vez montada essa conformação defensiva reativa, se tentará regular o que possa ameaçar com uma intrusão, vinda dos outros ou do próprio interior, mediante a indução ou intensificação seletiva de *sensações corporais de cheio e de vazio* através dos comportamentos alimentares.

A dimensão de exaltação e triunfo maníaco, de energia e vitalidade conhecida desde a antiguidade, é coadjuvada, ao parecer, pela liberação de endorfinas que acontece quando o jejum atinge um certo limite. Configura-se um quadro que foi caracterizado como uma espécie de toxicomania sem droga.

Do ponto de vista da gestão da sexualidade, a conduta anoréxica implica a assunção triunfante de um ideal ascético. O objetivo da anoréxica é anular o corpo pulsional e sexuado. Seu ideal é um corpo puro, sem libido, sem

pulsção; é o ideal de um corpo desencarnado. O ideal anoréxico opera no repúdio, em particular, de certos aspectos da feminilidade associados à passividade e à dependência e figurados pela imagem de "uma gorda branda, submissa e detestável", ao que se pode contrapor a dureza tônica e auto-suficiente do comportamento ativo e do músculo.

A partir dos trabalhos apresentados no encontro de Toronto de 1981¹¹ ficou estabelecida de maneira incontestável a existência, nessas pacientes, de uma perturbação na formação da imagem corporal, desenvolvendo-se um debate em torno dessa dificuldade ser primária ou posterior à eclosão da doença.

É possível pensar, a partir do que foi exposto, que uma identificação primária com a mãe, mal resolvida, somada às vicissitudes do processo de sexuação (forte fixação materna, distância ou ausência do pai), pode condicionar que o desenvolvimento, na puberdade, de traços corporais femininos seja processado através do desdobramento projetivo de uma imago feminina rebaixada, contendo aspectos indiferenciados de si e da mãe. Essa é a imagem que se apresenta perceptivelmente para a anoréxica com o signo do horror quando realiza a experiência *unheimlich* de olhar-se no espelho e ver-se gorda. O que está se operando nessa situação é um retorno mais do recusado que do recalçado, como corresponderia a um sintoma neurótico.

Poderia acrescentar-se que a tirania narcísica do ideal, o domínio do idêntico e a onipresença dos mecanismos de recusa impõem um regime de funcionamento em que a tópica intra-psíquica sustentada pelo recalque tende a colapsar-se. Está impedido o processamento elaborativo de desejos e fantasias

através de processos introjetivos que envolvem simbolização, pensamento e palavra.

Torna-se vigente uma lógica de funcionamento que está além do princípio do prazer, no regime do traumático, da compulsão de repetição, da suspensão ou abolição da produção de ligação e da emergência de sentido, pelo efeito puro, poderíamos dizer, da imposição de um regime narcísico associado a um ideal absoluto e do fechamento do espaço psíquico. Funcionamento este que é próprio das neuroses narcísicas, em que os estímulos não se processam pela via elaborativa mas através de recursos evacuativos, da projeção paranóica para o mundo exterior ou da hipocondríaca dirigida ao corpo.¹²

Temos visto anteriormente que, através dos comportamentos alimentares de preenchimento e esvaziamento, assim como de outras formas de atuação motora (exercícios atléticos, marcha), se induzem sensações corporais, administráveis erigindo o corpo como uma fronteira que separa um exterior e um interior. Alguns enfatizam que isso constitui uma defesa contra o vazio mental associado à realidade interna desfalecente e ameaçadora, mas que também poderia e tenderia a transformar-se em um fator causal do mesmo. Assim, se instituiria uma tendência ao escoamento de todas as tensões pela via comum e indiferenciada da descarga quantitativa sensório-motora, induzindo um curto-circuito que desvia os estímulos do caminho da ligação com a rede de representação e a conseqüente transformação de quantidade em qualidade. Aplica-se, dessa maneira, aos transtornos

¹¹ Ver, RAIMBAULT, G. e ELIASCHEFF, C. *Las indomables - figuras de la anorexia*. Nueva Visión, Buenos Aires, 1991, p. 41 e seguintes.

¹² Ver FUKS, M. "Nos domínios das neuroses narcísicas e em suas proximidades", Apresentado no III Encontro Latino-americano dos Estados Gerais, Buenos Aires, 2002:

alimentares, o modelo explicativo elaborado por Freud para dar conta das neuroses atuais, diferenciando-as das psiconeuroses, que foi retomado pela psicossomática e utilizado também para o estudo das adições. Trata-se de uma explicação diferente do modelo da neurose narcisística, que parece corresponder a aspectos diferentes do processo psicopatológico, confluindo em um resultado comum, que temos caracterizado como um fechamento do espaço psíquico elaborativo.

Algumas observações, no entanto, permitem pensar de forma mais complexa e menos unívoca a significação das condutas descritas. Vimos que elas podem constituir o corpo como uma espécie de fronteira. Contudo, como desdobramento do narcisismo, podem vir a constituí-lo como espaço de projeções, assumindo uma função imaginária inconsciente de corpo-*toilet*, em que o objeto pode ser feito sumir, por exemplo, de forma fecalizada.

O recurso a modalidades hipocondríacas de expressão do corpo implica em novas possibilidades de figurabilidade, em termos de conteúdos e perigos corporais, que têm um caráter diferente do medo obsessivo de engordar associado ao ideal que consideramos anteriormente. Num caso em que o medo das conseqüências físicas de vômitos praticados persistentemente e jamais revelados a terceiros foi o motivo desencadeante de uma procura de análise, viu-se sua importância como índice de que se iniciavam processos de mediação e internalização. Avançado o processo terapêutico, a paciente trouxe sonhos que, através de imagens de transbordamento de esgotos e de associações a elas ligadas, tematizavam essa versão fecalizada do corpo e do comportamento alimentar, e que eram comentados com um toque de humor

engenhoso e reflexivo que tornava evidente a presença da elaboração introjetiva.

A investigação clínica de pacientes anoréxicos em análise que se habitua a práticas extenuantes de marcha permite reconhecer, também nelas, uma certa função de re-subjetivação. Segundo Brusset, igualmente ao que se observa em certos ataques bulímicos, "esse tipo de comportamento aditivo, além de sua função de descarga, de evitação da atividade psíquica consciente e da exclusão psíquica relativa, pode ter uma função de estimulação, de neo-regulação e de ligação: novas ligações parecem fazer-se possíveis pelo desligamento que ele tende a instaurar."¹³

Ao mesmo tempo, essa atividade os constitui como sujeitos de uma ação com finalidade precisa, no contexto de uma inserção do corpo em movimento no espaço circundante. O excesso presente no exercício lhe confere um caráter freqüentemente sofrido e sacrificial, por causa do qual podem aceitar os cuidados de outrem, principalmente da mãe, para se repor do esgotamento, se alimentar e tratar das feridas dolorosas dos pés. Trata-se, segundo o autor mencionado, da erotização masoquista de uma atividade egóica, possibilitando a reintrodução diferenciada do objeto e do desejo. Instaura o acesso a um prazer autoerótico não antagônico com a satisfação narcísica. Enfim, são diversas as funções "metapsicológicas" atribuídas à estruturação complexa dessa atividade.

Pode-se pensar que esse encaminhamento significativo de atos que poderiam funcionar como mero suporte de um funcionamento aditivo desubjetivante se dá pela presença do analista numa relação de acolhimento e

¹³ BRUSSET, B. (1990) "La adicción anoréxica a la marcha y el trabajo psicoanalítico", in *Revista de Psicoanálisis de Niños y Adolescentes*, Buenos Aires, No.10, p. 160.

de fala. De fato, durante o período da marcha, se fazem presentes pensamentos e conteúdos diversos que serão trazidos à sessão.

A aproximação psicanalítica dos transtornos alimentares, e da anorexia em particular, permite entrever, assim, o caráter peculiar e complexo das formações psicopatológicas variáveis que os integram. O reconhecimento de alternativas, associadas a sua incontestável condição de processos, que implicam na possibilidade de recriação de significado e sentido na experiência subjetiva desses pacientes, permite encarar com expectativas crescentes, apesar das dificuldades, o trabalho terapêutico que vem sendo desenvolvido com eles.

* * *