

A RECUSA DA MULHER: ANOREXIA NA ESTRUTURA HISTERICA

Cláudio Rio

Psicanalista

Centro Universitário Newton Paiva

Belo Horizonte - MG – Brasil

Email:

claudioRIO@hotmail.com

RESUMO

Mesmo a compreensão que hoje se tem dos mecanismos sob os quais se instaura um quadro de anorexia nervosa não é suficiente para evitar que jovens mulheres continuem padecendo com esse transtorno. O presente artigo busca focar a atenção nos quadros que associam anorexia à histeria, de modo a segmentar o estudo e torná-lo o mais específico possível, por entendermos que assim abarcamos a predominância dos casos, uma vez que é sabido que a estrutura histórica é predominante nas mulheres. São apresentadas visões de renomados estudiosos, de modo a abranger grande diversidade de pontos de vista. Com isso, é possível observar as constatações do lugar que ocupa o sintoma na histeria e, especialmente, na anorexia. Espera-se, assim, contribuir para a reflexão de futuros acadêmicos sobre tão grave patologia que insiste em se manifestar em jovens mulheres por todo o mundo.

Palavras-chave: anorexia, desejo, gozo

INTRODUÇÃO

Para estabelecermos a relação entre sintoma e desejo nos casos de anorexia, é importante que busquemos em Freud a conceituação de desejo, assim como a ótica sob a qual Lacan (1956-1957) trata a noção de necessidade frente aos conceitos de demanda e de desejo. Um quadro anoréxico, sob a abordagem lacaniana, vai muito além do não comer, enveredando-se pelo ato de comer nada.

Etimologicamente, o verbete anorexia, segundo a gramática grega, dá idéia de ausência de apetite. Cabe-nos, no entanto, apresentar uma visão mais abrangente do distúrbio a que nos remete o referido vocábulo, baseando-nos em renomados autores, em especial em Sigmund Freud e Jacques Lacan, que apontam com bastante propriedade para o viés afetivo de tal transtorno, que traz a privação alimentar apenas como a ponta de um grande iceberg, que se traduz, via de regra, num imenso déficit de amor no âmbito familiar, o que acaba por gerar a recusa daquilo que já não se tem, numa associação lógica entre afeto e alimento.

Evidentemente não estamos trabalhando em um tema novo, uma vez que relatos de manifestações anoréxicas aparecem já na Idade Média, quando casos como o de Santa Catarina de Siena desencadearam o que, segundo Fendrik *apud* Weinberg (2006), constituiu uma verdadeira epidemia do comportamento anoréxico entre os séculos XIII e XIV.

Tal referência nos leva a associar os atuais sintomas da anorexia aos da supracitada época, já que, se na Antigüidade questões religiosas motivavam o jejum, as anoréxicas da era pós-moderna têm com foco aparente o mito do corpo perfeito, quando na verdade em ambos os casos constata-se uma desesperada busca pela obtenção de amor, seja na esfera espiritual ou no contexto familiar. Estamos, na verdade, diante de velhos sintomas com roupagem nova.

Lacan trabalha conceitos de anorexia a partir da relação de não-resposta à demanda de amor feita pela criança à mãe, sob uma ótica em que a mãe não responde satisfatoriamente a essa demanda, seja abstendo-se de oferecer afeto, seja oferecendo-o somente de forma superficial, caso em que pouco de si é oferecido à criança, que tem frustrada sua maior expectativa amorosa.

Seria um equívoco atribuir especificamente a alguma estrutura psíquica a possibilidade de desenvolvimento de um quadro anoréxico, que decorre do enlaçamento afetivo no romance familiar e, normalmente, aflora após a fase de latência, quando a estrutura do sujeito tende a estar definida. Entretanto, vamo-nos ater às especificidades da anorexia em mulheres históricas, de modo que possamos melhor direcionar nosso estudo. Pretende-se, sobretudo, estudar o conceito de anorexia baseando-se nos trabalhos desenvolvidos por diferentes autores psicanalíticos, especialmente Freud e Lacan.

CAPÍTULO 1: HISTERIA

1.1: Histórico do conceito

No final do século XIX, o médico e cientista francês Jean-Martin Charcot e seus seguidores dominaram a investigação da histeria na Europa, apesar de enfrentarem grande resistência por parte de uma outra corrente, liderada por Hyppolite Bernheim (1837-1919), professor da Faculdade de Medicina de Nancy. Por ser jovem e ávido por conhecimento, Sigmund Freud não descartou nenhuma das duas visões, a de Charcot e a de Bernheim acerca da

histeria e, com isso, chegou às descobertas necessárias para a criação da Psicanálise, sendo a observação do comportamento histérico a mola mestra no desenvolvimento de toda a teoria freudiana.

A sintomatologia que, ao mesmo tempo que frustrou, estimulou os médicos do século XIX foi o grande desafio para Freud, que, a partir desse quadro ainda misterioso, desenvolveu técnicas específicas para conduzir o tratamento de suas pacientes: nascia a Psicanálise, como resposta a esse desafio.

Aos poucos foi-se observando que a histeria não era um distúrbio que acometia exclusivamente as mulheres, mas nelas predominava. Teorizou-se, então, outra segmentação da estrutura neurótica: estava-se diante dos obsessivos que, com sintomas diferentes, também apresentavam grande sofrimento psíquico. Esta sintomatologia, embora predominantemente masculina, não pode ser tratada como exclusiva dos homens.

1.2: Histeria e desejo

Como nos propusemos a estudar especificamente a anorexia feminina associada a um quadro histérico, vamo-nos abster de trabalhar aspectos inerentes à neurose obsessiva, sem, no entanto, desmerecer sua importância no estudo das neuroses e até mesmo de alguns casos de anorexia nervosa.

A Psicanálise, conforme nos aponta Quinet (2003), é tributária da histeria, uma vez que, por meio do estudo dessa estrutura, Freud foi capaz de inferir a dinâmica do funcionamento do inconsciente, assim como a origem sexual dos sintomas e o corpo como cena do gozo. Breuer e Charcot transmitiram a Freud importantes ensinamentos sobre a estrutura histérica, sendo ambos unânimes quanto à origem sexual dos sintomas, partindo de Charcot a percepção de que tais sintomas transpunham o campo da simulação e alcançavam um status patológico, enquanto Breuer chegou a afirmar que os problemas de histeria começam na cama.

Por outro lado, cuidado especial deve-se ter ao imaginar que uma histérica estaria curada se satisfeita sexualmente. A falta estrutural da histérica reside exatamente no que ela mais deseja, pois a recusa ao sexo sustenta seu desejo de insatisfação.

Breuer e Freud apresentam, no caso de Ana O., o advento de um novo saber, que foi marco decisivo na Psicanálise. Produz-se a partir desse caso uma revolução no que tange as idéias predominantes da época sobre a sexualidade humana.

Surge, assim, um modo específico de explicação para a histeria na psicanálise, apresentando-a como uma doença psíquica bem definida, o que a desvincula das noções apresentadas pela medicina da época. Observa-se que os sintomas histéricos continuam a aparecer atualmente em jovens mulheres, que ainda apresentam o mesmo desejo insatisfeito de que sofriam as histéricas de outras épocas, mudando apenas as facetas sob as quais se manifestam

os casos da pós-modernidade. A clínica da histeria pós-moderna também apresenta sintomas somáticos, sem causa orgânica aparente, dentre os quais podemos citar enxaquecas, fibromialgia e anorexia nervosa. Estamos diante de novas apresentações para os mesmos sintomas: a conversão no corpo originada na falta e na negação.

Antes de nos alongarmos ao discorrer sobre a histeria, convém esclarecermos ao leitor alguns aspectos do funcionamento dessa estrutura, uma vez que ela é marcada pela relação do sujeito com o seu desejo. A histérica elege um significante mestre, ao qual se dirige para interrogá-lo. Nessa dialética, representada mais tarde por Lacan em forma de matema, fica explícito que, em sua busca infundável pela realização de seus desejos, a histérica acaba por produzir um saber, que Lacan denomina S2, conforme subsequente representação do Discurso da Histérica:

$$\begin{array}{c} \S \rightarrow \underline{S1} \\ a // \underline{S2} \end{array}$$

Genericamente, tal estrutura se traduz da seguinte forma:

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

Lacan, no *Seminário 5*, faz menção a essa dinâmica ao apresentar a interpretação do Sonho da Bela Açougueira, precioso objeto de estudo oriundo de uma paciente de Freud, que enriquece a possibilidade de estudarmos o sintoma (nomenclatura que adotaremos no lugar do verbete *distúrbio*) sobre o qual nos propusemos a discorrer.

O Sonho da Bela Açougueira foi relatado por uma paciente de Freud, uma jovem mulher sexualmente satisfeita pelo marido, que era um açougueiro atacadista, honesto e competente, de quem ela ouvira, na véspera do sonho que será mencionado, o comentário de que estava ficando muito gordo e que pretendia iniciar um regime alimentar. Além disso, ele havia conhecido um pintor que insistiu em pintar um retrato de seu rosto, mas ele não aceitou a proposta, comentando que tinha certeza de que o pintor daria preferência a parte do traseiro de uma bonita garota. Essa jovem e bela mulher pedia que o marido a privasse de caviar, alimento de que ela mais gostava. Eis a clara necessidade de a histérica preservar a falta, o desejo¹ insatisfeito sem o qual tal estrutura não se sustenta. O que numa análise inicial pode parecer privação do gozo¹, na verdade manifesta-se com gozo na privação.

No sonho, a mulher queria oferecer uma ceia, mas tinha em casa apenas um pedaço de salmão defumado e, por ser domingo e seu telefone estar com defeito, ela não tinha como sair para comprar algo ou mesmo ligar para solicitar que seus fornecedores lhe entregassem alimentos. Assim, ela teve que desistir de oferecer a refeição.

Assim como, no real, a jovem mulher precisa sustentar um desejo insatisfeito, no caso o caviar, no sonho em tela o desejo de oferecer uma ceia também não é realizado. Em Lacan (1999), é citado um importante comentário de Freud, que dá maior consistência à interpretação desse sonho: a mulher teria visitado, na véspera, uma amiga de quem tinha muito ciúme, por ser esta

¹Cf. LACAN, 1999, p. 261

objeto de comentários positivos por parte do marido açougueiro. Como ele, na fala dirigida ao pintor, demonstra admiração por traseiros mais volumosos e essa amiga é uma pessoa magra, não ofereceria a jovem do sonho um jantar que pudesse engordar a amiga e torná-la mais atraente para o referido marido.

Fica evidente a necessidade na histeria de se manter a falta na dialética da demanda e do desejo. Assim como no sexo a histérica goza mais com a recusa do que com a própria relação, tal conduta se revela em outras nuances, como no sonho citado.

A dissimulação, inerente à histeria, costumava provocar grande descrédito na fala das históricas, pois, uma vez que os sintomas por elas apresentados não eram de ordem física, ganhavam o status de falsos. Num movimento restaurador da credibilidade dessas mulheres, Charcot engajou-se em demonstrar a autenticidade de seus sintomas, que, embora muitas vezes se manifestassem com características de fingimento, deveriam, segundo o médico, ser encarados como resultado de alucinações. Essa postura não pretendia transformar em verdade a fala histérica, mas atribuir-lhe um caráter patológico. Seguindo essa lógica, Freud posteriormente teorizou que os sintomas histéricos faziam sentido, independentemente da veracidade do que era dito pelas pacientes, uma vez que, verdade ou mentira, a fala delas veiculava a expressão de traumas psíquicos que, por sua vez, tinham estreita ligação com impulsos libidinais que haviam sido recalçados (optou-se pelo verbete recalque, em vez de repressão). Surgia a possibilidade de cura pela fala, ou seja, a constatação de que a promoção da lembrança e da expressão dos traumas pela narrativa levaria à catarse, que poderia mobilizar uma mudança de posição por parte da paciente.

Com a posterior abordagem de Jacques Lacan acerca da histeria, tomando-a como uma forma de enlaçamento social e de inscrição no desejo do Outro, a psicanálise envereda-se pela via da linguagem, em que a constituição da cadeia de significantes torna-se decisiva no processo analítico. Surge a escuta analítica distinta da praticada ao se escutar o significado. Lacan enfatiza a demanda da linguagem para além do objeto intencionado e o não dito passa a ter relevância na busca da compreensão do inconsciente, sendo a falta importante veículo de trabalho para o analista. O desejo aparece como principal produto da linguagem e sua não realização como elemento integrante na estrutura histérica. Nessa dialética, propõe-se pensar em desejo como

desejo do Outro e, conseqüentemente, na pressuposição de que esse Outro seria detentor do saber a que a histórica busca.

Lacan, ao formular os quatro discursos, aponta oportunamente para o tipo de laço social no qual o sujeito se inscreve. Define-se, assim, o lugar desse sujeito em relação àquilo que ele elege para ser seu mestre, instaurando-se um modo particular de relação com o saber. No caso da histórica, o enlaçamento social se dá na insatisfação, pois o saber é da ordem do grande Outro, o que leva o sujeito a alienar-se. O que a histórica mais deseja no campo do saber é encontrar um mestre que o detenha. Desse modo, ela recalca a falta e provoca a fala no corpo. Pode-se dizer que o Discurso da Histórica desafia continuamente o saber do Outro, colocando-o em cheque.

CAPÍTULO 2: HISTERIA E GOZO

O sujeito histórico faz de seu corpo um objeto de barganha, um produto a serviço do Outro e, ao mesmo tempo, promove a satisfação no próprio desprazer. Para Freud, a reação experimentada nessa satisfação pulsional é determinante no diagnóstico da histeria, ficando a manifestação dos sintomas num plano secundário.

Cabe-nos, desse modo, esclarecer o conceito de pulsão em Freud. Numa rápida alusão ao termo, Laplanche; Pontalis (1988) definem-na como um processo dinâmico, que objetiva suprimir o estado de tensão provocado por uma excitação corporal, onde está a origem das pulsões.

Retomando a noção de satisfação pulsional, vale mencionar o Caso Dora, Freud (1905), em que, segundo relato da paciente, ela recebera do Sr. K, aos 14 anos de idade, um beijo nos lábios. Freud põe em questão o sentimento despertado na moça a partir desse ato, haja vista que era de se esperar que tal iniciativa normalmente provocasse nela a sensação de prazer, mas Dora relatou sentir extrema repugnância. Nesse caso, a excitação sexual teria despertado sentimentos desprazerosos. Freud identifica um deslocamento de sensação: da excitação genital para uma sensação desprazerosa provocada pelo beijo. Este processo de deslocamento passaria pelo real do corpo e provocaria aversão por alimentos.

Caso prototípico de conversão histórica, o beijo recebido do Sr. K por Dora e seus desdobramentos não se diferenciam da recusa da jovem açougueira em receber caviar. A histórica necessariamente tem de estar repleta de falta, o que não significa insatisfação, mas a satisfação no desprazer e, até mesmo, a busca incessante de um prazer inatingível.

Essa busca pelo inatingível marca a falta estrutural, que em nosso estudo será restrita à falta da histórica. Cabe apresentarmos o conceito de objeto *a*, sobre o qual Valas (2001) discorre como sendo um resto produzido na operação da cadeia de significantes, em cujo interstício aparece o

sujeito. O estatuto de *a*, causa do desejo e também denominado objeto perdido, é elaborado por Lacan na diferença da relação do sujeito com o outro (semelhante) e o Outro (do significante).

Com o objeto *a*, apresentado por Lacan como objeto da fantasia, estabelece-se estreita relação entre pulsão e fantasia, já que o neurótico tende a confundir o objeto de seu desejo com a demanda do Outro. A histérica, objeto de nosso estudo, goza na falta, mesmo que o preço a ser pago por esse gozo seja o desprazer de um desejo não satisfeito, como no Sonho da Bela Açougueira.

Observa-se também expressiva cota de gozo da histérica na relação com o saber. Ao mesmo tempo em que a histérica busca informações sobre tudo que a afeta, desvaloriza esse saber. Nenhuma verdade impera por muito tempo, pois, na relação com o saber, a demanda concilia-se com a recusa. Isso fica bastante evidente nas sessões de análise, em que a histérica enche o analista de perguntas e, quando as tem respondidas, empenha-se em desbancar a fala do profissional.

No campo do desejo sexual, a histérica coloca-se como objeto, mas goza no jogo que faz ao furtar-se de uma relação, o que não significa que não haja libido, mas que é maior o gozo esquivando-se de uma relação sexual. O gozo na privação é imperativo, pois sem a privação a histérica não se sustenta. Desse comportamento decorre a identificação com outra mulher, uma vez que é mais confortável delegar à outra um suposto saber sobre como ser mulher, o que a isenta da preservação de um saber que para a histérica é volátil e sustenta a falta na sexualidade, o que é de primordial importância no jogo histórico.

Atenção especial deve-se dar também ao corpo da histérica, que se faz não só abrigo de significantes, mas também lugar de inscrição do gozo. A auto-imagem distorcida diante do espelho, no caso da anoréxica, é um importante índice da inscrição de significantes que podem acabar deflagrando grave quadro psicopatológico; mas relevante é também o gozo obtido nesse próprio corpo, que vai desde o uso de laxantes em grande quantidade até a autoflagelação com objetos pontiagudos ou cortantes. O corpo é o lugar onde a anoréxica passa ao ato e ninguém pode detê-la. Ali ela pode tudo, até mesmo privar esse corpo do alimento necessário à sua preservação. Se algum dia afeto e alimento se permearam na fase oral, mais tarde ela recusa o que já não tem e, na impossibilidade de dissociar as duas coisas, ela agride esse corpo. Ele é o que lhe restou e que não lhe dá prazer, pois até mesmo a libido foi apagada; mas, como ela já não sente prazer e o gozo só depende dela mesma, a consequência é a passagem ao ato, numa busca desenfreada pelo gozo histórico da falta, da dor e, acima de tudo, da negação¹.

O culto à estética corporal aparece nos dias de hoje como uma possível tentativa de tamponar o furo, a falha frente ao ideal de perfeição. Evidentemente, ao contrário do que se supunha até pouco tempo, não é essa a motivação primária para o comportamento anoréxico, a negação ao alimento deve ser encarada como apenas uma forma de negação, independentemente do objeto recusado. Quando Charcot começou a estudar as históricas (1880 a 1890), os sintomas

apareciam sob a forma de paralisias, contraturas e cegueiras, o que também era sintomático da negação. Fica evidente que a procura desse ideal de perfeição, vai além do corpo, busca-se a superação do déficit afetivo marcado pela insatisfação, pois a histérica não persegue seu desejo, mas vislumbra um ideal, motivo pelo qual queixa-se continuamente e apresenta sempre justificativas para permanecer naquele lugar, de modo a manter sempre o Outro idealizado.

O gozo histórico busca sempre reconhecimento do Outro e, na sua procura recorrente e contraditória, na preservação de um estado de tristeza incompreendida, a histérica acaba sendo alvo de severas críticas e de mais incompreensão. Assim se sustenta o interminável gozo histórico.

Freud, ao deixar de lado a idéia de que a origem da histeria residia numa fantasiosa representação inconsciente, passa a relacioná-la à castração, momento em que o narcisismo é deveras afetado, fazendo instaurar-se o confronto entre o sujeito e sua angústia, o que é decisivo na estruturação da neurose. Aparece, então, o sujeito dividido e, assim, a constatação de que não há unidade no inconsciente. A sexualidade aponta para o desencontro entre o sujeito e sua angústia, para a falha que a histérica recusa, em face de suas fantasias e idealizações. A necessidade de tamponar a falta faz com que a histérica ressalte o restante, o que não falta, travando assim um nefasto jogo

¹Cf. LAPLANCHE; PONTALIS, 1988, p. 373.

que contrapõe a ocultação e exposição. Desse modo, a histérica não permite que ocorra um encontro com a tão angustiante falta e, com essa estratégia, ela aponta para o horror à falta. A verdade da histérica vislumbra o encontro com o mestre, detentor do falo e capaz de apagar o nada, oferecendo-lhe a completude. Porém, esse nada jamais se apaga, pois é nele que a histérica se sustenta, seja no insaciável e não correspondido desejo de ser desejada, seja na negação ao que lhe é oferecido. No caso da anorexia, a negação é essencial à permanência no lugar da falta e, conseqüentemente, do gozo.

A infundável insatisfação do desejo é, para a histérica, a forma mais contundente de provar que seu desejo existe. O gozo ocupa, então, o lugar de mantenedor da tensão do desejo insatisfeito, o que se opõe ao prazer, daí a grande importância de distinguirmos gozo de prazer. Nessa lógica, é possível perceber a estratégia da histérica, que precisa preservar seu desejo insatisfeito. Assim, a histérica em seus enlaçamentos, especialmente no amor, sustenta a idéia de que é sempre possível encontrar algo melhor, o que facilmente se observa no matema que representa o Discurso da Histérica.

Lacan oportunamente apresentou de modo esquemático preciosos acréscimos ao legado de Freud, mas é importante atentarmos para o aspecto estrutural, apresentado inicialmente por Freud, dos esquemas posteriormente apresentados por Lacan. O Discurso da Histérica, que é o

que nos compete estudar, passa incontestavelmente pela lógica da castração, em que a questão edípica é determinante.

Em *Sexualidade Feminina*, Freud (1931) explica o desligamento entre a menina e a mãe, de modo que inferimos também a dinâmica dos fenômenos da vida sexual da mulher, que podem ser compreendidos na leitura do que é aduzido acerca do momento em que a menina tem que abandonar o que originalmente constitui sua principal zona genital, o clitóris, em favor de outra, a vagina. Nesse processo, a saída da mãe e a entrada do pai no referencial de sexualidade vão determinar a diferença entre o Complexo de Édipo na menina em relação ao menino. Instaure-se, nesse ponto, a falta do falo, essencial à manutenção da estrutura histórica. A frustração com a mãe castrada que não lhe deu o falo faz com que a menina eleja seu pai como novo objeto sexual; entretanto, o pai acaba sendo insuficiente, por não ser capaz de reparar a falta. Essa constatação é determinante na infinita busca de tal reparação. Fica evidenciado que a histórica tem grande dificuldade em se assumir como mulher e, por isso, delega à outra esse papel e com essa outra trava infinita competição. O Caso Dora é prototípico dessa insegurança feminina, pois a triangulação amorosa ali estabelecida evidencia a identificação com outra mulher, desde que desejada.

A obstinação de querer reparar a própria falta engaja a histórica no ideal de perfeição do Outro, de modo a suprir-lhe essa falta. Ela esbarra, no entanto, no limite do impossível e é nessa busca incessante que ela goza, mesmo em face do desprazer do vazio que nunca é preenchido.

CAPÍTULO 3: ANOREXIA E HISTERIA

4.1- História da Anorexia

Embora, conforme Fabel (2007), Fendrik já tenha falado de uma epidemia anoréxica entre os séculos XIII e XIV, segundo Cobelo (2007) somente no século XIX elabora-se o conceito de anorexia nervosa, passando as jovens jejuadoras a ser consideradas doentes. Assim, pode-se atribuir a Lasègue, que em 1873 iniciou na França um trabalho acadêmico sobre anorexia nervosa, o início dos estudos científicos do transtorno em questão.

O trabalho de Lasègue destituiu definitivamente a anorexia do campo espiritual, como era vista na Idade Média, passando a patologia a ser abordada pela Medicina e ciências afins. O referido transtorno alimentar passou a ser visto sob a ótica psíquica. Pode-se afirmar que as anoréxicas só passaram a existir como sujeito a partir do momento em que foram inscritas num discurso, o que, sem a contribuição de Lasègue, citado por Cobelo (2007) não teria ocorrido na época.

Cobelo (2007) menciona ainda que, na Psicanálise, a primeira publicação em que se observa um caso de anorexia, é o texto de Freud “Um caso de Cura pelo Hipnotismo” (1892-

1893), em que é apresentado o caso de uma mãe com dificuldades para amamentar seus filhos. Aos poucos, a anorexia vai-se tornando objeto de estudo no campo da saúde mental e os sintomas das anoréxicas vão ganhando credibilidade no meio científico, saindo do campo religioso ou da visão de se tratar de uma simples falta de apetite.

Em 1895, Freud publica o caso de Emmy Von N., em que a paciente, educada sob rígida disciplina pela mãe excessivamente enérgica e severa, casou-se aos vinte e três anos com um grande industrial muito mais velho do que ela, que em pouco tempo veio a falecer. Emmy atribuía à perda do marido, assim como à árdua tarefa de criar duas filhas sem o pai sua enfermidade, pois tinha depressão, insônia e fortes dores gástricas. Ao pedir ajuda quanto à descoberta do motivo dessas dores, foi questionada por Freud se, em alguma ocasião, ela se haveria forçado a comer. Ela informou que, após a morte do marido, perdera inteiramente o apetite por muito tempo e havia comido apenas por um sentimento de obrigação e que as dores gástricas haviam começado naquela época.

Certa vez, foi surpreendida por Freud arremessando um pudim seco no jardim e, quando questionada, informou que esse episódio se repetia diariamente. Isso o fez atentar para o quanto ela deixava de comida no prato em suas refeições. Emmy informou que não tinha o hábito de comer mais e que passava mal se o fizesse. Quando questionada sobre o que bebia, informou que só podia tolerar líquidos espessos, como leite, café ou chocolate e que beber água, comum ou mineral, lhe perturbava a digestão. Para Freud, já estavam explícitos todos os sinais de uma escolha neurótica.

Sob hipnose, a Sra. Emmy foi questionada sobre os motivos que a impediam de comer. Ela prontamente informou que, quando criança, muitas vezes por malcriação, recusava-se a comer carne no jantar. Sua mãe, bastante severa, a obrigava a comer horas depois a carne fria que deixara no prato. Isso desencadeava nela grande repulsa. Além disso, Emmy tinha muito medo de enganar-se com os talheres e ser contaminada pela doença de seus irmãos, mas mesmo assim comia à mesa com eles, para que ninguém soubesse da enfermidade.

Começa a se estabelecer o caráter psíquico do comportamento anoréxico, uma vez que começa a ser observado que tal atitude vem, via de regra, antecedida de conflitos na infância, sempre ligados à ingestão forçada do alimento, ou de uma dinâmica similar no campo afetivo, o que denota que a recusa é uma recusa para fazer-se sujeito, na tentativa de inscrever o direito de negar a comida ou de comer nada e, sobretudo, negar o que se deseja, mas não foi ofertado convenientemente.

4.2 Anorexia e Alimento

Na anorexia, ao contrário do que se costuma imaginar, a paciente não sofre de falta de apetite, o que vem contrariar a própria etimologia grega à qual nos referimos na introdução, mas recusa veementemente aquilo que mais deseja: o alimento. Cabe-nos agora definir alimento e

enveredar-nos por seus significados no psiquismo humano, pois, para a criança, a amamentação supre simultaneamente a fome e a necessidade de afeto, numa relação objetual que vai ser determinante no enlaçamento afetivo entre mãe e filha.

Num processo substitutivo, Freud (1905) menciona a inevitável separação da criança com o seio e o leite maternos, que tendem a dar lugar a outros objetos, cujos significados são preservados na busca de prazer sexual e da ingestão de alimentos. O afeto materno tende a encampar novos significantes e o leite é naturalmente substituído por outros nutrientes; desse modo, afeto e alimento se dissociam e, muitas vezes, surge a dificuldade nessa relação que deveria ser uma continuação natural da anterior. Se a amamentação conciliava amor e supressão da fome, na adolescência isso já não ocorre e duas necessidades distintas se instauram no sujeito. O comportamento anoréxico normalmente aparece quando há oferta de comida, assim como de outros objetos, mas falta o afeto, que antes era ofertado de forma conjugada com o alimento. Ocorre ainda de ser ofertado afeto, mas com roupagem de objeto, como se a demanda por afeto fosse uma relação objetual.

Para a anoréxica, recusar o alimento significa recusar o enlaçamento afetivo deficitário. A fome existe e muitas vezes ocorre a ingestão compulsiva de comida, mas é necessário expurgar o que não veio da forma adequada e desejada. Daí vem a recorrente conciliação de anorexia com bulimia.

Embora Freud tenha-nos apresentado diversos conceitos que muito nos ajudaram a compreender a anorexia, ele nunca dedicou um texto exclusivo ao assunto, o que veio acontecer em publicações de autores que o sucederam. A concepção da anorexia a partir do enlaçamento afetivo entre mãe e filha, assim como o significado da alimentação nas primeiras relações objetuais são abordagens relativamente recentes. M. Selvini-Palazzoli (1999), citado por Cobelo (2007), relaciona as dificuldades nas relações objetuais com experiências corporais de caráter patológico. Segundo a psicanalista, uma relação mãe-filha emocionalmente perturbada provoca no corpo da filha, sensações de alienação, de imperfeição e de descontrolo. Essas sensações, quando recalçadas, promovem a passagem ao ato, por meio de condutas anoréxicas. Tais assertivas conduzem-nos ao caráter sistêmico da anorexia, que tem, indubitavelmente, começo meio e fim nos óbices do romance familiar.

4.3 – Demanda, Desejo e Anorexia

Fica-nos evidente que, especialmente na histeria, o sintoma é uma importante forma de efetuar uma demanda e ele tem a função de expressar uma pergunta do sujeito, no entanto, é inerente à histérica inferir as próprias respostas de modo a sustentar a falta da satisfação de seus desejos e, na anorexia, evidencia-se que a demanda está na dimensão do desejo, o que a destitui do lugar de necessidade. Diante da capacidade de controlar seus desejos, a anoréxica renuncia ao que na verdade é demanda. Essa dinâmica torna cada vez mais frágeis os limites entre a vida e a

morte, mas a anoréxica mantém-se nesse limiar perigoso, em que se instaura um nefasto jogo com o Outro, de modo que seu gozo se sobrepõe à própria integridade.

Freud deu voz às histéricas e, com isso, foi capaz de traduzir o funcionamento do inconsciente e analisar o sofrimento psíquico que as acometia. Os sintomas em geral ganharam um novo status, que desfaz a idéia de que se requeria intervenção medicamentosa. Com isso, entre outros quadros de histeria, as anoréxicas ganharam a dignidade de quem apresenta sofrimentos originados no inconsciente.

A anorexia, enquanto sintoma neurótico, apresenta um quadro de compulsão, em que emagrecer a qualquer preço seria a demanda secundária, uma espécie de justificativa para um comportamento incompreendido, quando na verdade a anoréxica está continuamente endereçando expressiva mensagem ao Outro, abstendo-se inclusive de qualquer dizer, o que é característico da própria da pulsão de morte.

4.4 – Tratamento da Anorexia

Num contexto analítico, cabe ao profissional dar voz à paciente anoréxica, de modo a explorar uma possível demanda a ele endereçada, movimento que, quando praticado pela paciente, viabiliza a transferência e a definição da direção do tratamento.

Não se podem ter esses dados como regra geral, mas a literatura específica indica que a anorexia normalmente surge na puberdade, o que, via de regra, coincide com a iniciação sexual da paciente, época em que normalmente se intensificam os conflitos entre mãe e filha. É fácil compreender essas coincidências, uma vez que a adolescente, ao tornar-se mulher, vê intensificada a competição travada com a mãe, movimento este instaurado ainda na fase edípica. A adolescente passa a ter uma relação com o corpo comprometida, pois a insegurança inerente à histeria coloca em cheque a legitimidade da passagem à condição de mulher, especialmente porque é comum a mãe continuar a ver os filhos adolescentes como crianças e a tratá-los como tal. O olhar da mãe acaba por trazer intenso desconforto e a recusa ao alimento reflete a recusa à dinâmica familiar que se tenta impor. Como alimento e afeto se permeiam no inconsciente, aquele se torna eficaz instrumento de repúdio à postura materna.

A paciente anoréxica costuma apresentar falas do tipo nada tem graça na minha vida, pois nada é tudo que ela se propõe a receber, é tudo que ela tem, tornado este nada um objeto com o qual ela interage em todos os segmentos de sua vida, inclusive na esfera sexual, pois ele passa a ocupar status prioritário na economia libidinal do sujeito.

Cuidado especial deve ter o analista ao verbalizar para a paciente seu diagnóstico. A convicção de ser anoréxica pode colocá-la num lugar estanque e mascarar sua relação particular com seu sintoma. É justamente a partir dessa particularidade que se deve investigar a relação da anoréxica com seu desejo. É comum ouvir-se das pacientes engajadas no tratamento falas do tipo

“eu queria muito sentir desejo, mas não sinto”, o que é perfeitamente compreensível, já que ela se furtou de seus desejos, proibiu-se de ter prazer e goza essencialmente na falta, como é inerente à histórica. O que mais preocupa o analista, no caso da anorexia histórica, é que essa falta extrapola o desejo de afeto, pois a paciente atua no corpo, num processo de autodestruição.

Parece-nos improvável que venha surtir qualquer efeito positivo falar para a anoréxica que ela precisa comer. Isso é tudo que ela não quer ouvir. Deve-se explorar o enlaçamento afetivo no âmbito familiar, pois, uma vez atenuada a recusa de afeto, que é a demanda primária no sintoma aqui tratado, a tendência é a paciente começar a se abrir ao recebimento de algo mais além do nada a que ela se restringia. Com isso, busca-se o encontro da paciente com novas formas de gozo, que possam se aproximar mais do prazer.

Basta lermos as sinopses de algumas obras como Buckroyd (2000), Busse (2003), entre outros, para constatarmos que ainda existe uma expressiva corrente que aborda a anorexia segundo uma ótica social, em que o transtorno é atribuído ao ideal de magreza preconizado pelo meio. No entanto, a veiculação desses ideais influenciaria apenas uma pequena parcela da sociedade. Podemos, dessa forma, entender que a anorexia encontra-se num contexto muito mais particular, ou seja, cada anoréxica tem a sua própria anorexia vinculada a uma história de vida. Sem dúvida, encontramos muitas interseções entre os diferentes históricos de mulheres anoréxicas e isso nos remete a considerar o viés afetivo como determinante, mas abordar todos os casos sob uma só ótica seria uma conduta bastante simplista e equivocada, especialmente se atribuirmos os sintomas a influências de uma sociedade que preconiza o ideal de um corpo magro.

Por isso, é oportuno escapar do engessamento da medicina que apresenta como tratamento para a anorexia a ingestão de remédios associados a alimentos. Seria simples trabalhar com os casos de distúrbios alimentares sob essa ótica, desde que fosse uma abordagem eficaz. No entanto, não se obtêm resultados satisfatórios tratando o corpo da paciente, pois não é ele que está adoecido. Faz-se mister o exercício da escuta, dar voz a quem sofre para que se possa conhecer o sofrimento, pois este sim deve ser combatido. A experiência clínica tem mostrado que a escuta transforma o paciente em sujeito e é esse sujeito que, ao emergir, vai trabalhar em prol da própria cura. É importante que se compreenda que, no caso da anorexia, não há cura sem o desejo da paciente e tal desejo só surge a partir da subjetivação dessa paciente. Portanto, apagar o sujeito enchendo-lhe a boca de comida e dopando-o com psicofármacos só agravará a falta de identidade e de desejo.

Assim como a paciente de Freud, no caso da Bela Açougueira, pede ao marido que a mantenha insatisfeita em seu desejo, a anoréxica não come, ou come o nada, com o mesmo intuito de deixar vazia a lacuna do desejo. O desejo da anoréxica é um desejo de nada; recusar o objeto da necessidade é fundamental no jogo que ela impõe, pois a demanda é de amor, por isso é importante, nesse contexto, que não sejam ofertados apenas objetos necessários, mas que seja sinalizado o amor.

A relação infantil entre sujeito e objeto tem um viés narcísico, pois são esperados objetos carregados de afeto para que a oferta seja completa e possa suprir a demanda; no entanto, a dissociação entre as duas intenções no momento da oferta transforma o que é oferecido em um objeto parcial, o que gera expressivo abismo nessa interação e o surgimento do objeto do desejo.

Observa-se, no comportamento anoréxico, que o sujeito abandona o desejo de alcançar o objeto capaz de atenuar sua excitação. Essa renúncia decorre da ausência da satisfação esperada e o inconsciente é remetido à tentativa de efetuar alterações no real, o que o faz passar ao ato. Nesse processo é deixado de lado o princípio do prazer e adotado o princípio da realidade.

Segundo Lacan (1957-1958), a identificação na demanda é feita com o objeto do sentimento, pois a intersubjetividade só se instaura a partir da fala do Outro e o desejo reside nos interstícios entre os significantes dessa interação. No tocante a esse posicionamento do sujeito perante o desejo, o próprio Lacan mencionou a dificuldade que o sujeito encontra para fazer a distinção entre ele mesmo e o Outro, citando a ênfase que Freud dá ao valor sintomático do momento da infância em que a criança crê que seus pais são capazes de conhecer todos os seus pensamentos. Eis o motivo pelo qual a origem dos pensamentos do sujeito situa-se na fala do Outro.

No campo da demanda, existe significativa reciprocidade entre o sujeito e o Outro, pois cabe ressaltar que não só o desejo depende do Outro, mas o que o Outro demanda também depende do sujeito, o que se explicita na constatação de que a criança percebe possuir uma moeda de barganha a ser usada na relação com a mãe e, controlando a evacuação, a criança atua ativamente no jogo da dialética do desejo e da demanda. Comportamento similar tem a filha que promove na mãe intensa angústia, ao recusar o alimento.

Lacan aponta também para o sujeito que se reconhece como submetido às leis da linguagem. As necessidades e os desejos do sujeito manifestam-se por meio da linguagem, que é dirigida ao Outro e a fala retorna ao sujeito alienada na fala do Outro, que responde à demanda.

Na posição de grande Outro, a mãe interpreta o choro do bebê, atribui a ele um sentido e, a partir desse sentido, oferta o que ela entende como demanda. A criança se faz sujeito e demanda num jogo em que exige a presença da mãe, de modo que a eventual falta do objeto faça surgir tal demanda. Lacan (1958) refere-se a essa demanda como algo distinto das satisfações por que a criança aparentemente clama, tratando-se de uma demanda de presença ou ausência. A mãe, neste caso, situa-se aquém dos desejos que possa suprir.

Se, por um lado, a necessidade aponta para o instinto, a demanda está ligada à pulsão. Lacan (1960) define instinto como o conhecimento necessário à satisfação das necessidades naturais do ser vivo. No transtorno em estudo, cabe-nos focar a atenção não no instinto, mas na pulsão, que, diferentemente do instinto, abarca um saber que não tem a ver com conhecimento. A demanda está intimamente ligada à pulsão e ao estado de insatisfação do sujeito, que transforma tudo em prova de amor, além de anular as particularidades de cada objeto. É a demanda que

anuncia o desejo, sendo ela articulável na cadeia de significantes e sua diferença estrutural em relação à necessidade estabelece o diferencial nessa articulação. Sob essa ótica, o desejo nada tem a ver com necessidades frustradas, pois ele é inerente ao sujeito e nenhuma satisfação obtida no campo do real é capaz de eliminá-lo, o que sustenta a existência do sujeito da falta.

Na anorexia, o sujeito estabelece uma relação peculiar com o alimento ofertado pelo Outro e, fazendo equivalência entre esse alimento e o desejo do Outro, ele desenvolve sintomas que não só tentam dar sentido, mas buscam respostas com relação a esse desejo. O alimento transforma-se, portanto, em moeda de troca na busca de respostas sobre o desejo do Outro.

Pode-se deduzir daí que o sintoma anoréxico, embora introduza um não que estabelece um distanciamento entre o sujeito e o Outro, vai além de uma simples posição desejante desse sujeito, mas marca o gozo onipotente da introdução da falta no Outro. Desse modo a anorexia aponta para uma postura radical, em que a negação imperativa marca o modo precário de enlaçamento com o Outro e, como ela reside no campo do desejo, não há supressão de necessidade que a contenha. Cabe, portanto, ao analista promover uma mudança de posição do paciente com relação ao Outro, de modo que, mesmo com seus desejos insatisfeitos, o sujeito seja capaz de suportar o real sem desencadear um confronto com esse Outro, o que acaba por desencadear um nefasto processo autodestrutivo.

CONCLUSÃO

Mesmo a compreensão que hoje se tem dos mecanismos sob os quais se instaura um quadro de anorexia nervosa não é suficiente para evitar que jovens mulheres continuem padecendo com esse transtorno.

O trabalho apresentado buscou focar a atenção nos quadros que associam anorexia à histeria, de modo a segmentar o estudo e torná-lo o mais específico possível, por entendermos que assim abarcamos a predominância dos casos, uma vez que é sabido que a estrutura histórica é predominante nas mulheres.

Apresentamos visões de renomados estudiosos, que vão de Breuer e Charcot, que antecederam Freud, até autores atuais, de modo a abranger grande diversidade de pontos de vista. Com isso, pudemos observar as constatações do lugar que ocupa o sintoma na histeria e, especialmente, na anorexia.

Sem dúvida, grande evolução se deu no estudo de tal transtorno e hoje sabe-se que um quadro anoréxico requer uma abordagem clínica bem mais voltada para o aspecto afetivo, em relação ao que era praticado no passado. Sabe-se que necessidade e desejo se desvencilham no inconsciente do sujeito e que a supressão de um deles não compensa o outro.

A anorexia atual não é diferente da do passado. Acreditamos que nem mesmo os sintomas sejam diferentes, mas que os mesmos sintomas se apresentam hoje com aspectos compatíveis com os costumes atuais. Se no passado os médicos deparavam com os desmaios e as paralisias, hoje a negação aparece na anorexia, atuando, como no passado, sobre o corpo da histérica.

Esperamos, assim, ter contribuído, mesmo que modestamente, para a reflexão de futuros académicos sobre tão grave patologia que insiste em se manifestar em jovens mulheres por todo o mundo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOROSSA, Júlia. *Conceitos da Psicanálise: Histeria*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2005.

BUCKROYD, Julia. *Anorexia e Bulimia: Sinopse*. São Paulo: Ágora, 2000. Disponível em www.livrariasaraiva.com.br/produto/produto.dll/detalhe?pro_id=174664&ID=C95088AB7D803171611310413. Acessado em 23/03/2008.

BUSSE, Salvador. *Anorexia, Bulimia e Obesidade: Sinopse*. São Paulo: Manole, 2003. Disponível em www.livrariasaraiva.com.br/produto/produto.dll/detalhe?pro_id=136844&ID=C95088AB7D803171611310413. Acessado em 23/03/2008.

CASTRO, Marilita Lúcia Calheiros de. A histeria. Disponível em: www.psiconica.com/psimed/files/html/histeria.html. Acessado em 02/03/2008

COBELO, Alicia. *De Lasègue à Lacan: o percurso psicanalítico no estudo da anorexia nervosa*. Encontro Latino Americano dos Estados Gerais da Psicanálise. São Paulo, 2001. Disponível em http://www.estadosgerais.org/encontro/de_lasegue_a_lacan.shtml. Acessado em 02/03/2008

COTTET, Serge. *A histérica e o mais-de-gozar*. In: *Estudos clínicos de Serge Cottet*. Transcrição 4. Publicação da Clínica Freudiana. Salvador: Fator, 1988.

FABEL, Rogério. *Anorexia Nervosa: necessidade e demanda em Santa Catarina de Siena*. Monografia de conclusão do curso de Especialização em Saúde Mental e Psicanálise – Centro Universitário Newton Paiva. Belo Horizonte, 2007.

FREUD, Sigmund. Um Caso de Cura pelo Hipnotismo (1892-1893), In: *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1980. Volume I.

_____, Sigmund. Casos Clínicos: caso 2 - Sra Emmy Von N., idade 40 anos, da Livônia (1890), In: *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1980. Volume II.

_____, Sigmund. Um caso de Histeria (1905). In: *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1980. Volume VII.

_____, Sigmund. Além do Princípio de Prazer (1920). In: *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1980. Volume XVIII.

_____, Sigmund. Sexualidade Feminina (1931), In: *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1980. Volume XXI.

_____, Sigmund. A Sexualidade Infantil (1905), In: *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1980. Volume VII.

LACAN, Jacques. *O Seminário - Livro 4. A relação de objeto* (1956-1957). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995.

_____, Jacques. *O Seminário. Livro 5. As formações do inconsciente* (1957-1958). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

_____, Jacques. *O Seminário. Livro 17. O avesso da psicanálise* (1969-1970). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.

_____, Jacques. A significação do falo. In: *Escritos* (1958). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____, Jacques. Posição do inconsciente. In: *Escritos* (1960). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Bertrand. *Vocabulário da Psicanálise*; tradução Pedro Tamen. 10 ed. São Paulo: Martins Fontes Editora, 1988.

QUINET, Antônio; In: *Stylus* – Revista de Psicanálise da Associação de Fóruns do Campo Lacaniano. Rio de Janeiro: Contracapa, nº 7, out., 2003.

VALAS, Patrick. *As Dimensões do Gozo*. Rio de Janeiro: Zahar Editor, 2001.

WEINBERG, Cybelle; CORDÁS, Táki Athanássios. *Do altar às Passarelas: da anorexia santa à anorexia nervosa*. São Paulo: Annablume, 2006.