

ARIANE DE OLIVEIRA CAMARGO

CONSIDERAÇÕES SOBRE A ANOREXIA NA ADOLESCÊNCIA

Assis

2010

ARIANE DE OLIVEIRA CAMARGO

CONSIDERAÇÕES SOBRE A ANOREXIA NA ADOLESCÊNCIA

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis, a Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP, para a obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade)

Orientador: Dr. José Sterza Justo

Assis

2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

Camargo, Ariane de Oliveira

C175c Considerações sobre Anorexia na Adolescência / Ariane
de Oliveira Camargo. Assis, 2010
104 f.

Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciência e
Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista
Orientador: José Sterza Justo

1. Anorexia. 2. Adolescência. 3. Psicanálise. I. Título.

CDD 616.85

155.5

ARIANE DE OLIVEIRA CAMARGO

CONSIDERAÇÕES SOBRE A ANOREXIA NA ADOLESCÊNCIA

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras – UNESP para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade)

COMISSÃO ORGANIZADORA

Presidente: PROF. DR. JOSÉ STERZA JUSTO – UNESP/Assis

Membros: CÁSSIA REGINA RODRIGUES VARGA – UFSCAR/São Carlos

PROFA. DRA. CRISTINA AMÉLIA LUZIO – UNESP/Assis

Agradecimentos

Aos meus pais, pelo apoio, compreensão e confiança, sem os quais esta realização não seria possível.

Ao professor José Sterza Justo, meu orientador, pela amizade, paciência e apoio, durante a elaboração da dissertação.

Aos meus irmãos, por torcerem pelo meu sucesso.

Aos meus amigos, que estiveram ao meu lado nos momentos difíceis.

A todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste sonho.

CAMARGO, Ariane de Oliveira. *Considerações sobre a anorexia na adolescência*. 2010. 104 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Faculdade de Ciências e Letras - Campus de Assis, Assis, 2010.

Unitermos: Anorexia; Adolescência; Psicanálise.

Resumo

A anorexia tem-se despontado como um dos grandes sintomas da atualidade. Especialmente entre jovens, a recusa radical da alimentação, associada a uma busca por um ideal de corpo esbelto, pode levar a situações extremas de emagrecimento, chegando, em alguns casos, a causar a própria morte. O aumento da incidência de anorexia fez com que as ciências da saúde e os serviços públicos a tomassem como uma de suas grandes preocupações. Diversas pesquisas surgiram, tentando compreender melhor a anorexia e aprimorar as técnicas de intervenção. Da mesma forma, os serviços públicos começaram a tratá-la com maior prioridade, em alguns casos, até criando ambulatórios especializados. Esta pesquisa visa a analisar os sentidos da anorexia produzidos, principalmente, pela literatura científica sobre o assunto e expressos em algumas narrativas de pacientes com esse diagnóstico. Para tanto, fizemos um levantamento do conceito e histórico da anorexia, detendo-nos, primeiramente, em Freud e psicanalistas que abordam diretamente o assunto, considerando ainda a descrição psiquiátrica dessa problemática. Posteriormente, buscamos autores da atualidade que tratam do problema, não apenas da ótica estrita da Psicanálise, mas também daqueles que analisam a

anorexia como sintoma do nosso tempo. Ao lado das leituras, realizamos um trabalho de campo, mediante entrevistas com anoréxicas atendidas em um Programa de Transtornos Alimentares ligado a uma Faculdade de Medicina. Ao final, dividimos o material em temas, os quais possibilitaram uma aproximação a essa problemática, tanto do ponto de vista teórico, quanto por meio dessas experiências empíricas. Notamos que o ponto de vista dos autores pesquisados é diferente, principalmente em relação ao tratamento da anorexia. Trata-se de um assunto complexo, que possui múltiplas facetas, não podendo ser resumido em um ou outro fator. Compõe um todo que se arranja em cada experiência, nas singularizações de cada anoréxica.

CAMARGO, Ariane de Oliveira. *Considerations on anorexia in adolescence*. 2010. 104 f. Dissertation (Masters in Psychology and Society) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Faculdade de Ciências e Letras - Campus de Assis, Assis, 2010.

Uniterms: Anorexia; Adolescence; Psychoanalysis.

Abstract

Anorexia has become one of the great symptoms of the present time. Especially among the youth, the radical refusal to eat, associated with the search for an ideal slim body, which may lead to extreme situations of weight loss, in some cases, resulting in death. The increased rate of anorexia has prompted the health sciences and public services to make it one their great concerns. Multiple research works have been conducted to better understand anorexia and improve the intervention techniques. In the same way, the public services began to treat it with greater priority, in some cases, to the extent of creating specialized outpatient facilities. This research has the purpose of analyzing the significance of anorexia, mainly produced by scientific literature on the subject and expressed in some narrations of patients with this diagnostic. Therefore, we made a survey of the concept and historical study of anorexia, beginning with Freud and psychoanalysts who directly address the subject, also considering the psychiatric description of this issue. Subsequently, we searched current authors on the problem, not only from the strict view of Psychoanalysis but also those who analyze anorexia as a symptom of our time. Simultaneously, we executed a field work through interviews with anorexics treated in a Program of

Eating Disorders connected to a Faculty of Medicine. Lastly, we divided the material into topics, which made possible a close approach this problematic issue, from the theoretical point of view as well as these empirical experiments. We observed that the point of view of the researched authors is different, especially regarding the treatment of anorexia. It is a complex subject, which has multiple aspects that cannot be summarized into one or other factor. It is the meaningful whole obtained in each experience, in the peculiarity of each anorexia patient.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. CONSIDERAÇÕES SOBRE O CONCEITO E HISTÓRICO DA ANOREXIA	17
2.1. O jejum na Grécia e na mitologia	17
2.2. Conceito e histórico	19
2.3. A anorexia em Freud	24
2.4. Contribuições pós-freudianas acerca da anorexia	33
2.5. Descrição psiquiátrica da anorexia nervosa	39
3. ENTREVISTAS	42
3.1. Fabiana	42
3.2. Erika	44
3.3. Clarissa	50
3.4. Gabriela	56
3.5. Breve síntese das entrevistas: a experiência das anoréxicas	61
4. A LITERATURA ATUAL E RECORTES TEMÁTICOS SOBRE A ANOREXIA	65
4.1. Sobre o tratamento	65
4.2. Anorexia, feminilidade e figura materna	70
4.3. Anorexia e imagem corporal	77
4.4. Anorexia e atuação	79
4.5. Anorexia e adolescência	80
4.6. Considerações sobre anorexia e contemporaneidade	84
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	89

6. REFERÊNCIAS	94
ANEXO	104

1. INTRODUÇÃO

Nosso interesse pelo tema da anorexia surgiu com sua ampla difusão pelos meios acadêmicos e científicos. Chamou nossa atenção a estreita associação feita entre a anorexia e o ideal de beleza, fortemente estabelecido na atualidade, vinculado à imagem de um corpo marcado pelo emagrecimento.

Um ideal de beleza transformado em imperativo e que afeta profundamente a todos, jovens, adultos e velhos, homens e mulheres, produzindo uma corrida exagerada em busca de um corpo esbelto, magro, livre de quaisquer sinais da presença de lipídeos, como uma leve barriguinha, por exemplo. Academias, exercícios físicos, caminhadas, cirurgias plásticas, regimes e tantas outras pirotecnias de emagrecimento entram em cena e dominam boa parte das preocupações diárias e com a vida. No extremo, está a imagem de um corpo esquelético, literalmente a imagem de pele e osso, como se pode ver nos casos de anorexia, quando o regime alimentar se torna recusa absoluta da alimentação e a preocupação com a massa corporal se transforma numa busca desenfreada de perda de peso, sem limites.

O imperativo do emagrecimento *entra* em nossas casas pela internet, televisão, revistas, entre outras portas, tendo como mensageiros os artistas, os modelos, os apresentadores de televisão, ou as chamadas celebridades – pessoas que são ao mesmo tempo admiradas, desejadas e invejadas. Assim, esse ideal é tido como possível de se alcançar.

Outro importante impulso que recebemos em direção ao tema da anorexia foi dado por um curso de especialização em Psicanálise, quando

tivemos a oportunidade de começar a pensar essa problemática, com base nesse referencial.

O Mestrado representou para nós a grande oportunidade de nos aprofundarmos no assunto, de forma sistematizada, por meio de uma pesquisa que nos permitisse rastrear amplamente a literatura sobre anorexia e adentrar o campo empírico, estabelecer contatos com casos, começando a compor um conhecimento capaz de articular a reflexão teórica com a experiência concretamente constituída.

Realizamos um amplo levantamento de livros, artigos, teses e dissertações, utilizando as bases de dados eletrônicos CAPES, IBICT e BVS. Consultamos, ainda, obras clássicas, como as de Freud, e outras que tratam do enfoque psicanalítico. Consideramos também descrições da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), que trazem um enfoque psiquiátrico dos distúrbios alimentares.

Não teríamos sido afetados pelo tema da anorexia ou esse interesse não teria tomado o rumo da realização de um trabalho acadêmico, se não fosse sua ampla irradiação, na contemporaneidade. Sejam quais forem as razões que tornam a anorexia hoje um assunto de preocupação da ciência e da saúde pública, é seguro que:

- Há aumento abrupto e significativo do número de adolescentes, na sua maioria do sexo feminino, que têm apresentado quadro de anorexia;

- Existe uma maior exposição desse problema pelos meios de comunicação de massa, principalmente após da morte de modelos e dos sinais evidentes de que celebridades estavam apresentando esse quadro mórbido;

- Há um número considerável de *blogs* e de páginas de relacionamento sobre o tema. O *Orkut* é um exemplo, pois nele há mais de 1.000 comunidades, em português, a respeito de anorexia e de bulimia, sendo que cerca de 10% delas são pró-anorexia e 25% pró-bulimia;

- Conforme levantamento bibliográfico, efetivado em 2010, nas bases de dados eletrônicos CAPES, IBICT e BVS, com os unitermos “anorexia” e “anorexia nervosa”, obtivemos os seguintes resultados:

- 1- Todos os trabalhos encontrados, sobre o tema, foram elaborados a partir de meados da década de 90 do século XX;

- 2- Muito da bibliografia encontrada refere-se a diferentes áreas do conhecimento, como Serviço Social, Medicina, Odontologia, Sociologia, Nutrição, Enfermagem e Fisioterapia. Dentre estas, podemos citar as pesquisas em que se prezam a tradução e a validação de instrumentos para detectar os casos de anorexia nervosa e/ou bulimia nervosa (MOYA, 2005, 2006; BIGHETTI, 2003); trabalhos que enfocam a anorexia nervosa como decorrente de um contexto social (SILVA, 2004; SILVA, V., 2005; LIRA, 2006; CIMINO, 2006; GIORDANI, 2004); estudos que focalizam os aspectos nutricionais da anorexia (ALVES, 2006; DUNKER, 1999; ANTONACCIO, 2001).

- 3- Cerca de cinquenta por cento dos trabalhos encontrados são relativos à Psicologia. Entre eles, encontramos pesquisas que verificam o comportamento alimentar, utilizando testes (VALE, 2002); estudos acerca da avaliação de

pacientes com transtornos alimentares (ÁVILA, 2004; CANGUÇU, 2004); pesquisas em que é analisada a relação familiar de pacientes com anorexia nervosa (MACHADO, 1998; SOUZA, 2003; SOUZA, 2006); sobre os aspectos cognitivos envolvidos na anorexia nervosa (BRONSTEIN, 2005; BUENO, 2005); estudo sobre as variáveis envolvidas na origem e manutenção de respostas na anorexia e bulimia nervosa (ALMEIDA, 2001); e pesquisa de Oliveira (2004), a qual faz um exame a partir de *sites* pró-anorexia.

4- Quanto às pesquisas que trazem uma trajetória histórica da anorexia até os dias atuais, encontramos a de Weinberg (2004) e a de Aldigueri (2003).

5- Empregando o referencial teórico psicanalítico, encontramos o estudo de Schontag (1995) sobre o enfoque da relação transferencial e contratransferencial, em casos de anorexia; os de Miranda (2003), Lange (2005) e Moura (2007), com enfoque na relação mãe-filha, na anorexia; as pesquisas de Silva A. (2005), Moraes (2001), Mouraria (2005), Wheatley (2006) e Ramalho (2001), abordando a anorexia como um sintoma histórico; de Scazufca (1998 e 2008), associando a anorexia com a melancolia e os distúrbios da oralidade; sobre o tratamento na anorexia, podemos citar a pesquisa de Robell (1996). Com o enfoque na recusa alimentar da anoréxica, encontramos os trabalhos de Lazzarini (2001) e de Gomes (2002).

O crescimento das pesquisas, o destaque dado pela mídia, os *blogs* da internet e até a existência de ambulatórios de saúde especializados no tratamento de transtornos alimentares demonstram a relevância científica e social do assunto.

Esta pesquisa tem como objetivo analisar os sentidos da anorexia produzidos, principalmente, pela literatura científica sobre o assunto e expressos em algumas narrativas de pacientes com esse diagnóstico.

Tendo em vista tais objetivos, delineamos o seguinte percurso neste trabalho, procurando examinar a anorexia em seus aspectos históricos, clínicos e em suas relações com os modos de subjetivação da contemporaneidade.

Primeiro, discorreremos sobre o histórico da anorexia, observando de que maneira foi entendida em alguns momentos marcantes da nossa civilização. No primeiro capítulo, retrocedemos à Grécia, como quase sempre acontece, para situar marcos inaugurais da abstenção alimentar, nas práticas de jejum do povo grego e na sua mitologia.

No tópico específico sobre os mitos, destacaremos o de Perséfone e Deméter. Aludiremos também, no tópico seguinte, a Catarina de Siena, uma *Santa anoréxica* da Idade Média. Em ambos os relatos, é interessante observar a relação mãe e filha. Juntamente com esses relatos, trabalharemos a evolução do conceito e da história da anorexia. Traremos estudiosos e clínicos que atenderam pacientes anoréxicas, em diferentes épocas.

Tendo em vista nosso interesse pela Psicanálise e pela forma como essa teoria define a anorexia, daremos uma atenção especial, num primeiro momento, à forma como Freud lidava com pacientes que apresentavam sintomas anoréxicos. Depois, discorreremos acerca de alguns conceitos de Lacan e outros psicanalistas, que auxiliaram no estudo da anorexia.

Prosseguindo, apresentaremos as descrições de experiências da anorexia, nos dias atuais, baseadas em observações e entrevistas que realizamos em um ambulatório de Distúrbios Alimentares.

Em seguida, esboçaremos uma breve caracterização da contemporaneidade, procurando mapear as principais figuras e modelos de subjetivação e identificar as tangências principais entre a anorexia e as subjetividades que se constituem, na atualidade.

No final, faremos uma discussão procurando conectar as vivências da anorexia, concretamente constituídas, com a história, com a experiência de vida e com as vicissitudes da subjetividade, no contemporâneo. Essa discussão terá como base, como já ressaltamos, autores que discutem atualmente essa problemática. Será dividida em temas: sobre o tratamento; anorexia, feminilidade e figura materna; anorexia e imagem corporal; anorexia e atuação; anorexia e adolescência; considerações sobre anorexia e contemporaneidade. Estes foram escolhidos durante o percurso de produção deste trabalho e do contato com adolescentes anoréxicas e permitiram uma aproximação do tema geral, do ponto de vista teórico e empírico.

2. CONSIDERAÇÕES SOBRE O CONCEITO E HISTÓRICO DA ANOREXIA

2.1. O JEJUM NA GRÉCIA E NA MITOLOGIA

Embora a recusa alimentar intensa seja divulgada como um mal, na atualidade, há relatos de mulheres que *sofriam desse mal* em outras épocas (FENDRIK, 1997; BIDAUD, 1998).

Etimologicamente, a palavra *anorexia* deriva do grego *an*, deficiência ou ausência de, e *orexis*, apetite (CUNHA, 1982; FERREIRA, 1989).

O jejum, na Grécia, era recomendado por médicos para a cura de doenças, assim como se aconselhava o banho, a massagem e a unção. As dietas equilibradas, assim como a prática de exercícios, eram entendidas como forma de cuidar da saúde da mente e do corpo (WEINBERG; CORDÁS, 2006).

Um comportamento semelhante ao jejum auto-imposto, encontrado na Grécia clássica, segundo Bemporad (1996, apud WEINBERG; CORDÁS, 2006), foi o dos pitagóricos, que restringiam suas dietas a todo tipo de carne, no entanto, faziam isso por uma crença de que os animais podiam conter a alma de algum ser humano falecido.

Em relação à mitologia, o tema do jejum aparece no mito de Deméter e Perséfone. Perséfone era filha de Deméter – deusa da terra cultivada e especialmente do trigo – e de seu irmão Zeus – deus maior da mitologia grega, especialmente deus da luz, do céu e dos raios.

Zeus, quando a filha ainda era muito jovem, prometeu-a a Hades – deus dos mortos –, sem consultar Deméter. Assim, fez brotar um belo narciso em um vale onde a filha passeava. Ao se afastar de suas companheiras para colher o narciso, foi raptada por Hades. Este voltou com ela para o reino das sombras. Quando Deméter soube do que ocorrera, saiu à procura de sua filha. E, com tochas acesas, saiu pelo mundo durante nove dias e nove noites, sem alimento nem bebida. Encontrou Hélios, o deus-sol, o qual lhe fez um relato do que se passou, mas garantiu que Hades seria um bom partido para jovem. Mesmo assim, Deméter ficou desesperada e assolou a terra com a seca e a fome. Zeus, diante disso, compeliu Hermes para que descesse ao mundo subterrâneo e pedisse o retorno de Perséfone. A condição de Zeus para que ela saísse do inferno era que não comesse nada enquanto estivesse lá, pois quem comesse ou bebesse algo naquele reino ficaria prisioneiro para sempre. Ao voltar para junto de sua mãe, esta perguntou se a filha havia comido algo enquanto se encontrava no reino de Hades. Perséfone acabou por confessar que comera algumas sementes de romã que Hades lhe dera. Sendo assim, Zeus decidiu que ela passaria metade de cada ano com Hades, seu marido, e a outra metade junto à sua mãe (BIDAUD, 1998).

Bidaud (1998, p. 80) salienta: “Demeter é o modelo da mãe inconsolável que se desespera e pune o mundo pela perda da filha *arrebatada* por um homem que não enterra seu desejo”. E é pelo ato de comer que Perséfone se afasta de sua mãe e se aproxima de Hades, seu marido. Comer, então, segundo o autor, significa no mito do acesso ao desejo do homem, um *ato de feminilidade da virgem Perséfone*.

2.2. CONCEITO E HISTÓRICO

Posteriormente a esses exemplos da Grécia, encontramos relatos dos séculos XIII e XIV. Fendrik (1997) afirma que, na referida época, era comum mulheres recusarem se alimentar por um longo período, almejando com isso atingir ou obter um estado de santificação. Como exemplos clássicos, temos Santa Clara de Assis e Santa Catarina de Siena. Esta última tinha uma irmã gêmea, que foi separada ao nascer e morreu logo depois. Catarina foi amamentada por sua mãe, a qual sempre enfatizava o fato de ela ser sua filha preferida, tendo em vista que sacrificara sua irmã. Continuou a filha preferida e bem cuidada pela mãe até o nascimento da próxima filha, cerca de um ano mais tarde. Aos sete anos, Catarina tem uma *visão* de Jesus e iniciou sua privação alimentar, ao mesmo tempo em que dedicou sua *virgindade à Virgem* e buscou uma maior aproximação com o mundo espiritual. Catarina recusava os enfeites e as *vantagens do sexo*, deixando sua mãe muito irritada, pois gostaria que a filha se casasse, inclusive para ajudar a família, que se encontrava em dificuldades. Aos poucos, Catarina diminui suas refeições até comer somente um pouco de pão, ervas cruas e água, sendo que, às vezes, passava o dia sem nenhum alimento. Além disso, reduziu seu sono, até chegar a dormir apenas uma hora a cada dois dias, flagelando também seu corpo com corrente de ferro.

Aos trinta e três anos, Catarina relatou: “[...] meu corpo não aceita alimento algum, nem mesmo uma gota de água, e [sofro] tantos doces tormentos corpóreos como nunca os tive iguais, a ponto de minha vida estar

por um fio” (Carta XLIX aos senhores de Florença, apud BIDAUD, 1998, p. 128). Assim, falece e é declarada santa pelo Papa Pio II, em 1461 (BIDAUD, 1998).

Sobre esse aspecto, Raimbalt e Eliacheff (1991), comparando o discurso de Catarina com o de anoréxicas da atualidade, ressaltam que a estratégia usada pela santa, para convencer as autoridades eclesiásticas de sua inspiração divina, é sem dúvida a mesma empregada por anoréxicas da atualidade, ao tentar convencer médicos de que não devem comer. Fingem cooperar com que lhes é pedido, mas continuam comendo o mínimo possível. Através do controle do corpo e do domínio das sensações, elas tentam dar um sentido as suas vidas. Todavia, são poucas as que conseguem convencer os outros disso. E Catarina foi um exemplo. Assim, tinha seu corpo atravessado por um ideal e, a partir dele, tentava convencer os outros de que era válido o seu jejum.

Cabe ressaltar que a atitude de jejuar era, nesse período, apoiada e enfatizada pela Igreja Católica. Esse comportamento – que se tornou corriqueiro, na época – era também uma forma de as jovens recusarem os matrimônios impostos, ou seja, uma maneira de reagir à dominação dos pais e dos costumes e, ao mesmo tempo, atrair a atenção (FENDRIK, 1997; BELL, 1985; BRUMBERG, 1988, apud ABUCHAIN, 1998).

Segundo Vandereycken e van Deth (1994, apud WEINBERG; CORDÁS, 2006), houve um declínio do jejum religioso: 1) pela oposição da Igreja Católica Romana ao grande número de santas jejuadoras e suas imitadoras; 2) o jejum e as autoflagelações perderam a importância, passando

a ser substituídos pela caridade, ensino e ajuda; 3) os jejuns passam a ser vistos como sinal de bruxaria e relacionados ao demônio; 4) o jejum era valorizado como espetáculo, explicado como um milagre, com as “virgens jejuadoras” e com alguns artistas da fome, que se apresentavam em praças; 5) o jejum prolongado passou a ser visto como patológico, pelas ciências médicas.

Sendo assim, nos séculos XVII e XVIII, começou-se a buscar as causas orgânicas como justificativa da recusa alimentar, devido aos avanços da Medicina sobre a anatomia e a fisiologia do corpo humano. Os médicos atentavam para os comportamentos das jejuadoras, a duração dos jejuns, quais alimentos eram ingeridos e em quais quantidades (WEINBERG; CORDÁS, 2006).

No campo médico, o inglês Richard Morton (1637-1698), em 1689, foi o primeiro a descrever, em seu livro *Tisiologia sobre a doença da consunção, a consunção ou atrofia nervosa*, que se baseia em três sintomas básicos: *perda do apetite, amenorreia e emagrecimento*. “O sinal essencial da doença é uma diminuição da força com uma perda total do apetite, cuja causa imediata deve ser buscada no sistema de nervos”. O material de seu livro foi baseado em observações clínicas, ficando conhecido principalmente pelos comentários sobre a tuberculose.

Há casos muito eloquentes, nesse tempo. Em 1684, por exemplo, Miss Duke tinha 18 anos, seu ciclo menstrual foi interrompido. Ela começou a perder o apetite e a reclamar da má digestão. Não aceitou nenhum tratamento e negligenciou cuidados por dois anos, até que procurou o médico, o qual a

descreveu como um *esqueleto apenas coberto de pele*. Mesmo assim, ela recusou qualquer remédio que ele podia oferecer, falecendo três meses depois (SILVERMAN, 1983, apud WEINBERG; CORDÁS, 2006, p.61).

Mas é só em 1789 que Naudeau, na França, descreve “uma doença nervosa acompanhada de uma repulsa extraordinária pelos alimentos” (BIDAUD, 1998, p. 15).

Desde esses primeiros relatos, cresceram bastante as preocupações e os estudos sobre *restrição alimentar*, seja sob o aspecto biológico, seja sob o social. Segundo Weinberg & Cordás (2006), até o século XIX enfatizavam-se os aspectos físicos da anorexia nervosa, apesar de existirem relatos de fatores emocionais envolvidos.

No início do século XIX, Philippe Pinel (1754-1826) faz considerações acerca da recusa alimentar. Segundo Pinel, essas neuroses digestivas pertenciam ao grupo das “neuroses das funções nutritivas”, que envolvem, entre outras, a anorexia e a bulimia ou *fome canina*. Pinel considerava a problemática da alimentação, no seu aspecto social e cultural, relacionado ao contexto de uma época.

Entretanto, foi só na segunda metade do século XIX (1868-73) que surgiu o termo *anorexia histérica*, designado por Charles Lasègue (1816-1883). Posteriormente, William Gull (1816-1890) passou a empregar *anorexia nervosa*, termo utilizado até os tempos atuais (BIDAUD, 1998).

Para Caroline Eliacheff (1972, apud BIDAUD, 1998), sempre houve anoréxicas, porém, elas somente começaram a existir depois que foram inscritas em um discurso médico, com o estudo de Lasègue, em 1873. Este

observou oito mulheres de 18 a 32 anos e descreveu três etapas da doença, a qual se caracteriza pela *convicção de que a alimentação é nociva*:

- a fase inicial, em que sensações dolorosas justificam, para a doente, a restrição alimentar;
- a segunda fase essencial, que caracteriza a afecção emotiva com o nome de anorexia histérica, onde se esboça uma forma de “perversão mental”;
- a terceira, em que a histeria se confirma e persevera. (cf. BIDAUD, 1998, p.17).

Além disso, Lasègue acrescenta comentários preciosos sobre as anoréxicas. Destaca o fato de elas não aspirarem pela cura, apesar de sua condição. Também sublinha a irredutibilidade das anoréxicas.

É o primeiro a captar a dimensão de prazer ou de gozo, na anorexia: “[...] prazer do auto-controle, prazer de controlar o terapeuta, prazer ligado a uma forma de auto-erotismo mantido pelo aguçamento da fome”. E nos alerta: a anoréxica “é toda poderosa na sua anorexia” (BIDAUD, 1998, p. 17).

Enfim Lasègue, adverte:

Ai do médico que, desconhecendo o perigo, tratar como um capricho passageiro e sem importância essa obstinação que ele espera resolver através de medicamentos, de conselhos amigáveis ou do recurso ainda mais ineficaz da intimidação. Com a histérica, um primeiro erro médico jamais é reparável... nesse período inicial, a única conduta sensata é observar e calar-se. (BIDAUD, 1998, p. 18).

Aos estudos de Lasègue e Gull seguiu-se o de Jean-Marie Charcot (1825-1893), que reconheceu na anorexia um sintoma histérico, recomendando o isolamento dessas pacientes, para que pudessem ser tratadas – prática essa comum entre os psiquiatras da época (BIDAUD, 1998; GOULART, 2003; WEINBERG; CORDÁS, 2006).

A partir desse período, são produzidos trabalhos que enfocam as causas emocionais e a psicogênese da doença, entre os quais ressaltamos os de Sigmund Freud (1856-1939) e Pierre Janet (1859-1947).

Janet (1903, apud ABUCHAIN, 1998) associou a anorexia tanto à histeria como a um quadro obsessivo. Nas pacientes obsessivas, a sensação de fome existia, e a recusa alimentar era decorrente do medo de engordar, de crescer e tornar-se mulher. Observou isso, no caso *Nadia*, em que a paciente tinha uma preocupação obsessiva com o próprio corpo e uma vergonha do corpo feminino. Além disso, havia um controle do corpo e da alimentação. Já nas pacientes histéricas, encontrava-se a perda real de apetite, e as pacientes apresentavam sintomas somáticos, vômitos e repugnância pelos alimentos.

2.3. A ANOREXIA EM FREUD

Pelos contatos com Charcot e com os estudos desenvolvidos por outros pesquisadores da época, Freud teceu algumas considerações a respeito da anorexia – sem se dedicar especificamente a ela –, referenciando-a como um sintoma. Houve uma tentativa do autor em descrever e entender o significado da recusa alimentar, em alguns casos ocorridos com seus pacientes e mencionados nas suas obras.

O autor refere-se pela primeira vez à recusa alimentar, em 1893, em *Um caso de cura pelo hipnotismo*, caso que Freud classifica como “histeria de ocasião”. Freud (1893a/1996) discorreu sobre uma jovem senhora que, ao lhe

nascer o primeiro filho, sentia-se incapaz de amamentá-lo. A mãe produzia pouco leite, sentia dores ao amamentar, não tinha vontade de se alimentar e sofria de insônia, à noite. Diante disso, uma ama-de-leite foi contratada e os problemas da mãe desapareceram.

Três anos mais tarde, nasce seu segundo filho. Os esforços da mãe para amamentar o bebê continuam, mas fracassam novamente. A paciente recusava o alimento, vomitava todo o alimento ingerido e não dormia, ficando muito deprimida. Nesse período, Freud a atende, utilizando a técnica da sugestão hipnótica. Após duas sessões, a jovem consegue amamentar seu filho por oito meses.

Depois de um ano, com a chegada do terceiro filho, a mãe foi incapaz de amamentá-lo, como anteriormente. Dessa vez, são necessárias três sessões, para que os sintomas desapareçam.

De acordo com Bidaud (1998), nesse caso, Freud ilustra a equação simbólica comer-amamentar, além de destacar as dificuldades da relação mãe-bebê, remetendo também à questão da feminilidade.

Em 1889, Freud inicia o tratamento – empregando ainda a técnica da hipnose – de uma mulher histérica, com aproximadamente 40 anos de idade. Freud (1895b/1996, p. 83) relata que se tratava de pessoa instruída e inteligente. Era a décima terceira de quatorze filhos, sendo que apenas quatro deles sobreviveram. Sua educação foi rígida e tinha uma mãe muito severa. Com 23 anos, casou-se com um homem de elevada posição social e muito mais velho do que ela. Depois de algum tempo de casados, ele morreu e ela teve de cuidar de suas duas filhas, uma de dezesseis e outra de quatorze anos.

Desde que o marido morreu, teve várias crises de depressão, insônia e dores. Os tratamentos recebidos, que a fizeram melhorar temporariamente, foram as massagens e os banhos elétricos. Para tratá-la, Freud sugeriu que ela se internasse em uma casa de saúde e, assim, se separasse das filhas.

A mulher queixava-se principalmente de sensações de frio e dor na perna esquerda, apresentando ainda movimentos frequentes, semelhantes a tiques, no rosto e no pescoço.

Freud sempre perguntava de onde provinham os eventos traumáticos e sintomas e tentava, através da hipnose, eliminar essas lembranças. Até que um dia a paciente lhe disse que ele não deveria questioná-la sobre a origem dos eventos, mas que a deixasse falar, o que constituiria posteriormente o método da associação livre, para a Psicanálise.

Freud, remetendo a um de seus atendimentos, conta:

Visitei-a um belo dia na hora do almoço e surpreendi-a no ato de tirar no jardim algo embrulhado em papel, que foi apanhado pelos filhos do porteiro. Em resposta à minha pergunta, ela admitiu que era o seu pudim (seco) e que a mesma coisa acontecia todos os dias. Isso me levou a investigar o que sobrava dos outros pratos e verifiquei que restava mais da metade da comida. Quando lhe perguntei por que comia tão pouco, respondeu que não tinha o hábito de comer mais e que passava mal se o fizesse; a Sra. Emmy tinha a mesma constituição do pai, que também tinha o hábito de comer pouco. Quando lhe perguntei o que bebia, disse-me que só podia tolerar líquidos espessos, como leite, café ou chocolate; beber água, comum ou mineral, lhe perturbava a digestão. (1895b/1996, p. 111).

Freud (1895b/1996, p. 111) recomendou que bebesse mais e também aumentasse a quantidade de seus alimentos. Ela não *parecia magra a ponto de chamar a atenção*, contudo, mesmo assim, achou melhor aceitar essa recomendação. Freud tentou indagar, em hipnose, por que não podia comer

mais nem beber água, mas a paciente respondeu que não sabia. Acrescentou que faria o que Freud pedira, mas que isso não daria bons resultados. No dia seguinte, comeu toda a comida e entrou em um estado de irritação e de depressão, queixando-se de intensas dores gástricas. Disse: “Eu lhe disse o que aconteceria” [...] “Estraguei minha digestão, como sempre acontece quando como mais ou bebo água, e agora terei de morrer de fome por cinco dias a uma semana antes que possa tolerar qualquer coisa”. Freud retrucou que não era necessário ela morrer de fome, uma vez que suas dores eram decorrentes da angústia em relação a comer e beber. No entanto, essa explicação não causou efeito na paciente.

Depois de interrogada, vinte e quatro horas mais tarde, a paciente relata que as dores provêm da angústia, entretanto, somente porque Freud é dessa opinião. Em hipnose, Freud (1895b/1996, p. 111-112) pergunta por que ela não consegue mais comer. A resposta vem em ordem cronológica de uma série de lembranças:

Quando eu era criança, muitas vezes acontecia que, por mal criação, recusava-me a comer carne no jantar. Minha mãe era muito severa a esse respeito e, sob a ameaça de um castigo exemplar, eu era obrigada, duas horas depois, a comer a carne, que era deixada no mesmo prato. A essa altura a carne já estava muito fria e a gordura, muito dura. [...] Ainda posso ver o garfo na minha frente... um de seus dentes era meio torto. Sempre que me sento à mesa vejo os pratos diante de mim, com a carne e a gordura frias. Eu me lembro como, muitos anos depois, morei com meu irmão, que era oficial e teve aquela doença horrível. Eu sabia que era contagiosa e tinha um medo terrível de apanhar sua faca e seu garfo por engano [...] e apesar disso, fazia minhas refeições com ele, para que ninguém soubesse que ele estava doente. E como, logo depois disso, cuidei de meu outro irmão quando esteve muito doente de tuberculose. Sentávamos ao lado de sua cama, e a escarradeira ficava sempre sobre a mesa, aberta [...] ele tinha o hábito de escarrar sobre os pratos na escarradeira. Isto sempre me provocava muita náusea, mas eu não podia demonstrá-la, temendo magoar os sentimentos dele. Essas

escarradeiras ainda estão na mesma sempre que faço uma refeição e ainda me causam náuseas.

Em relação ao beber água, disse que, “aos dezessete anos, a família havia passado alguns meses em Munique e quase todos os membros haviam contraído catarro gástrico, graças à água potável de má qualidade”.

Dessa vez, a hipnose teve um efeito terapêutico e a paciente conseguiu comer e beber.

Freud (1895b/1996, p. 118) revela não haver dúvidas de que se tratava de um caso de histeria, pelo *caráter brando de seus delírios e alucinações*; modificação da personalidade e de suas lembranças, enquanto se encontrava em hipnose; anestesia de sua perna; nevralgia ovariana; outros dados obtidos da paciente. O autor ainda ressalta:

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

O conceito de anorexia analisado por Freud, no caso de *Emmy Von N.*, se comparado ao conceito definido atualmente, não é o mesmo, tendo em vista que a recusa alimentar da paciente não estava relacionada a uma distorção da imagem corporal, mas sim a lembranças desagradáveis de sua infância, ou seja, a paciente tinha nojo da comida e uma identificação com seu pai.

Em *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos*, Freud (1893b/1996, p. 41-42) afirma:

Um dos sintomas mais comuns da histeria é a combinação de anorexia e vômito. Sei de um grande número de casos em que a ocorrência desse sintoma é explicada de maneira bastante simples. Assim, numa paciente o vômito persistiu depois de ela ter lido uma carta humilhante pouco antes de uma refeição e ter ficado violentamente nauseada com isso. Em outros casos a repulsa pela comida pode ser claramente relacionada ao fato de que; graças a instituição da “mesa comum”, uma pessoa pode ser compelida a fazer uma refeição em companhia de alguém que detesta. A repulsa é então transferida da pessoa para os alimentos. A mulher com o tique, que mencionei há pouco, era particularmente interessante a esse respeito. Comia excepcionalmente pouco e apenas sob pressão. Ela me informou, sob hipnose, que uma série de traumas psíquicos havia acabado por produzir esse sintoma de repulsa à comida.

É possível perceber que Freud associa a repulsa da comida à sensação e asco, quando analisa as formações do sintoma, na histeria (FERNANDES, 2007).

Ainda nos textos sobre os *Estudos sobre histeria*, Breuer (1895c/1996, p. 232) descreve o caso do garoto de doze anos que apresenta um quadro anoréxico associado à disfagia e vômitos. Conforme o autor,

[...] para produzir a anorexia, a dificuldade de engolir e os vômitos, vários fatores se fizeram necessários: a natureza neurótica inata do menino, seu intenso pavor, a irrupção da sexualidade em sua forma mais crua no seu temperamento infantil e, como fator especificamente determinante, a idéia de repulsa. A doença deveu sua persistência ao silêncio do menino, que impediu a excitação de encontrar sua saída normal.

Segundo Fernandes (2007), é importante notar nessa afirmação que o autor trata da sobredeterminação do sintoma, ou seja, para que apareça um sintoma, é necessário que vários fatores atuem ao mesmo tempo.

Freud (1895a/1996, p. 247), no *Rascunho G*, faz uma relação entre a melancolia e a anestesia (sexual). Para o autor, “[...] o afeto correspondente à melancolia é o luto – ou seja, o desejo de recuperar algo que foi perdido. Assim, na melancolia, deve tratar-se de uma perda – uma perda na vida pulsional”. E acrescenta que

[...] a neurose nutricional paralela à melancolia é a anorexia. A famosa anorexia nervosa das moças jovens, segundo me parece (depois de cuidadosa observação), é uma melancolia em que a sexualidade não se desenvolveu. A paciente afirma que não se alimenta simplesmente porque não tem *nenhum* *apetite*; não há qualquer outro motivo. Perda do apetite – em termos sexuais, perda de libido. (p. 247).

Em uma carta a Fliess, de fevereiro de 1899, Freud (1899/1996) alude à realização de desejo que há no sintoma. A esse respeito, afirma:

Você sabe, por exemplo, por que X.Y. padece de vômitos histéricos? Porque, na fantasia, ela está grávida, porque ela é tão insaciável que não consegue tolerar o fato de não ter um bebê também de seu último amante em sua fantasia. Mas ela também tem de vomitar porque, nesse caso, passará a fome e ficará magra, perderá sua beleza e não mais será atraente para ninguém. Assim o sentido do sintoma é um par contraditório de realizações de desejos. (p. 330)

De acordo com Fernandes (2007), Freud enfatiza, na referida carta, o sintoma como a realização de desejos contrários e a rejeição provocada pela insaciação da sexualidade. Se examinarmos as modificações ocorridas com a chegada da adolescência, verificaremos que isso ainda acontece, mesmo em dias atuais.

No caso de Dora, Freud (1905a/1996) relata que a paciente tinha dores gástricas, dificuldades para comer e aversão aos alimentos. Esses sintomas

eram vinculados ao incidente traumático ocorrido com o senhor K, em que Dora tinha 14 anos.

Anos depois dessas considerações a respeito da recusa alimentar e da anorexia, Freud (1918/1996), no caso do *Homem dos lobos*, refere-se à perda de apetite de seu paciente, resultante de algum processo na esfera da sexualidade:

Estou inclinado à opinião de que essa perturbação do apetite deva ser considerada como a primeira das doenças neuróticas do paciente. Se assim foi, o distúrbio no apetite, a fobia aos lobos e a devoção obsessiva constituiriam a série completa de perturbações infantis que estabeleceu a predisposição para o seu colapso neurótico, após haver passado a puberdade. (p. 106).

Fernandes (2007) observa que Freud relaciona a *perturbação* do apetite ao fato de o paciente ter observado o ato sexual, quando tinha um ano e meio de idade. Freud ainda menciona:

[...] é sabido que existe uma neurose nas meninas que ocorre numa idade muito posterior, na época da puberdade ou pouco depois, e que exprime a aversão à sexualidade por meio da anorexia. Essa neurose terá que ser examinada em conexão com a fase oral da vida sexual. (p. 109).

Para Fernandes (2007), Freud compreende, nesse trecho, que os sintomas da anorexia estavam ligados à histeria, porém, situando-a no período pré-genital da libido.

Diante dessas observações sobre seus pacientes, Freud também faz considerações, em *O método psicanalítico* (1904/1996), acerca do tratamento. Para Freud, a Psicanálise, enquanto procedimento psicoterapêutico, não era recomendável para o tratamento dos sintomas de anorexia presente nos casos de histeria:

[...] os mais favoráveis para psicanálise são os casos crônicos de psicose com poucos sintomas violentos ou perigosos, e portanto, em primeiro lugar todas as espécies de neurose obsessiva, pensamento e ação obsessivos, e os casos de histeria em que as fobias e abúlias desempenham o papel principal; e ainda todas as expressões sintomáticas da histeria, desde que a pronta eliminação dos sintomas não seja a tarefa primordial do médico, como na anorexia. Nos casos agudos de histeria, é preciso aguardar a chegada de uma fase mais calma. (p. 240).

Além disso, em *Sobre a psicoterapia*, Freud (1905b/1996) faz referência novamente às indicações e contraindicações do tratamento psicanalítico: 1) Devem-se recusar pacientes que não tenham certo grau de formação ou que sejam confiáveis. E, também, não se aplica a pessoas que vão à terapia apenas por ordem de seus familiares e não pelo seu sofrimento. 2) Deve-se restringir a atender pacientes que tenham um estado normal. Assim, “as psicoses, os estados confusionais e a depressão profundamente arraigada” não são recomendadas à Psicanálise, pelo menos do modo como era praticada. Porém, Freud considerava que, com uma modificação do método, seria possível superar essa contraindicação. 3) A idade dos pacientes é um fator importante, tendo em vista que, às “pessoas idosas acima dos cinquenta anos, costuma faltar, de um lado, a plasticidade dos processos anímicos de que dependem a terapia”, enquanto pessoas jovens são muito influenciáveis. 4) “Não se deve recorrer à psicanálise quando se trata de eliminar com rapidez fenômenos perigosos, como, por exemplo, na anorexia histérica” (p. 250).

A seguir, discorreremos sobre as contribuições de autores pós-freudianos, em relação ao tema.

2.4. CONTRIBUIÇÕES PÓS-FREUDIANAS ACERCA DA ANOREXIA

Jacques Lacan (1901-1981), assim como Freud, não se dedicou especificamente à anorexia, mas trouxe contribuições com a introdução dos conceitos de *necessidade*, *demanda* e *desejo*, bem como a articulação destes para a constituição do aparelho psíquico do sujeito (RAMIREZ et al., 2003; FERRARI, 2004; FERNANDES, 2007). Para ele – que prefere utilizar o termo *anorexia mental* –, esse sintoma pode ocorrer tanto em homens como em mulheres (LACAN, 1958/1998). Outra contribuição de Lacan encontra-se em sua obra *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (LACAN, 1964/1998), na qual desenvolve os conceitos de *alienação* e *separação*, possibilitando, portanto, ampliar os estudos a respeito da anorexia.

Lacan enfatiza que a anoréxica não suporta que toda sua demanda seja entendida pela mãe como uma necessidade. Afirma que a mãe da anoréxica “empanturra-a [a criança] com a papinha sufocante daquilo que tem, ou seja, confunde seus cuidados com o dom de seu amor. É a criança alimentada com mais amor que recusa o alimento e usa a sua recusa como desejo (anorexia mental)” (1958a/1998, p. 634).

Em relação à necessidade, ela está do lado do instinto e visa a um objeto para satisfação. O problema é que essa necessidade nunca se encontra em *estado puro*. Sempre está marcada pelo signo da linguagem (BIDAUD, 1998).

A necessidade, por conseguinte, está alienada a uma demanda de amor dirigida a um Outro. Clastres (1990, p. 51) salienta que “qualquer coisa

que se dê para a necessidade será sempre interpretada em termos de demanda de amor”.

A demanda em si refere-se a algo distinto das satisfações por que clama. Ela é demanda de uma presença ou de uma ausência, o que a relação primordial com a mãe manifesta, por ser prenhe desse Outro a ser situado *aquém* das necessidades que possa suprir. (LACAN, 1958c/1998, p. 697).

Desse modo, para que haja uma separação entre o sujeito e o Outro, é necessário ocorrer uma falta. Na anorexia, o sujeito tenta inserir uma falta no Outro – o Outro que sufoca o sujeito com a *papinha*. Ao recusar o alimento, assegura ao Outro que algo lhe falta.

Assim, o desejo da anoréxica é um desejo de nada. Recusando a comida, objeto de necessidade, a anoréxica demanda o amor, entendido como a falta, como dar o que não se tem. A função paterna precisa interferir nessa relação dual entre a criança e a mãe. Lacan (1958d/1998, p. 585) assevera:

O ponto que queremos insistir é que não é unicamente da maneira como a mãe se arranja com a pessoa do pai que convém nos ocuparmos, mas da importância que ela dá a palavra dele - digamos com clareza, a sua autoridade -, ou em outras palavras, do lugar que ela reserva ao Nome-do-Pai na promoção da lei.

A anoréxica presentifica o *nada*, através de sua recusa. “A partir daí é ela [a anoréxica] quem depende por seu desejo, é ela quem está à sua mercê, à mercê das manifestações de seu capricho, à mercê da onipotência de si mesma” (LACAN, 1956/1995, p. 190).

Bidaud (1998, p. 89) frisa que de forma “elíptica poderíamos dizer que, se para a mãe da histérica, os homens são porcos, para a mãe da anoréxica eles não servem para nada”. O autor ainda ressalta:

A inutilidade ou a impossibilidade do outro masculino está no coração da feminilidade anoréxica [...] a falência da sedução fundadora paterna torna, justamente impossível na anoréxica uma representação do ato sexual na puberdade como desejável. Ele não inspira um sentimento de repugnância histórica, o que marcaria sua ligação com uma fantasia, e sim uma impressão de estranheza (1998, p.89).

A propósito dos conceitos lacanianos de alienação e separação, Jerusalinsky (2006) explicita que um bebê, quando nasce, não tem condições de sobreviver sem a ajuda de um Outro. É a mãe (ou um cuidador) que precisa fazer uma ação específica para esse bebê, já que este não consegue realizá-la, pelas suas limitações motoras e porque ele não tem um saber previamente inscrito (instinto). Essa ação específica diante do choro do bebê produz a experiência da satisfação, cujo efeito não é somente a realização da necessidade orgânica, mas também o registro psíquico de que um dia teve uma satisfação completa. No primeiro mês, a mãe está ali para o bebê, a todo o momento, satisfazendo-o, ou seja, atendendo prontamente a seus clamores enunciados pelo choro, provendo o alimento/afeto. No entanto, aos poucos, a distância entre presença e ausência da satisfação desses incômodos que o bebê sente tende a se acentuar. Assim, a criança precisa se submeter a esse Outro, para que esse Outro a satisfaça (JERUSALINSKY, 2006).

A partir da linguagem, da fala dessa mãe, dos significados que ela confere ao que o bebê está sentindo, da interpretação de suas necessidades, da sua alimentação e proteção, é que a mãe, então, nomeia essas ações involuntárias do bebê, supondo aí um sujeito.

Fernandes (2007) argumenta que essa relação é importantíssima também para a construção da noção de *tempo e de espaço, dentro e fora*,

vazio e cheio. Tais aspectos levarão a criança a construir sua imagem corporal. E são exatamente as falhas nessas primeiras relações que podem desencadear, no futuro, um quadro de anorexia ou de bulimia.

O papel do olhar da mãe é importantíssimo, na construção da imagem do corpo, enquanto signo de um investimento libidinal. O bebê, por volta dos seis meses, reconhece-se no espelho. Assim, a criança olha para o adulto que cuida dela e demanda que este confirme o que ela vê no espelho. A imagem no espelho refere-se não só à criança, mas igualmente ao investimento libidinal desse olhar da mãe (JERUSALINSKY, 2006; LAZZARINI; VIANA, 2001; FERNANDES, 2007).

Esse período foi denominado por Lacan como *estádio do espelho*. Ele o define do seguinte modo:

Encontro do sujeito com aquilo quem é propriamente uma realidade e, ao mesmo tempo, não o é, ou seja, como uma imagem virtual que desempenha um papel decisivo numa certa cristalização do sujeito à qual dou o nome de seu Urbild. [...] a imagem do corpo dá ao sujeito a primeira forma que lhe permite situar o que é e o que não é do eu. (1957/1999, p. 233).

Manonni (1970, p. 151), em *O psiquiatra, seu “louco” e a psicanálise*, ao analisar o caso de uma garota anoréxica, discorre sobre o lugar do pai na relação entre mãe e filha:

O que pode ser revelado foi a maneira como o pai de Sidonie, identificado com sua filha, jamais havia podido funcionar como pai. Era entre a mãe e a criança que a partida se jogava. Pelo viés do sintoma, a filha dominava a mãe. Tratava-se de quem, mãe ou filha, seria a lei. Não havia lugar para um elemento terceiro.

Dolto (1984/2001, p. 290) traz igualmente contribuições ao estudo da anorexia, ao enfatizar o papel do inconsciente, na construção da imagem corporal. Diferencia o esquema corporal da imagem do corpo. O primeiro é, em princípio, o mesmo para todos os seres humanos; é em parte inconsciente, mas também pré-consciente e consciente. Já a segunda tem relação com a história de vida do sujeito e com suas experiências; é sempre inconsciente.

Além disso, Dolto (1984/2001, p. 290) entende que esse sintoma tem relação com a castração primária da menina:

É preciso compreender este sintoma em relação à imagem do corpo. Ele não remonta ao momento do Édipo, mas muito antes, entre três e seis anos. O Édipo só fez remanejar aquilo que se tinha passado quando estas menininhas eram mais jovens, no momento da castração primária, ou seja, quando atingiram o saber de sua pertinência sexual e o orgulho narcisicamente gratificante, de se tornarem mulheres como sua mãe. Momento que se dialetiza também segundo o valor do nome do pai, tal como a mãe sabe suscitar a consciência deste; pois é, em torno de um homem representante fálico de valor, que se organiza, na menina toda a “sexuação”.

Dolto (1984/2001) acrescenta que, na adolescência se desenvolve uma resistência quanto às mudanças do corpo, que suscitam desejos passivos de sedução. É difícil para a menina lidar com os olhares e desejos dos meninos, e com a rivalidade das outras meninas. Por isso, prefere manter seu corpo como o de *falsos meninos*.

Para a autora, os pais da anoréxica, de modo agradável ou desagradável, vivem de maneira assexuada. Daí vem o medo consciente de elas engordarem, que inconscientemente tem o significado de criar barriga, engravidar – uma das teorias sexuais infantis é de que os bebês crescem na barriga por alimentos ingeridos pela mãe.

Ficando com o corpo sem contornos arredondados, a menina livra-se dos desejos incestuosos do pai e da relação conflituosa com a mãe, que nunca considerou que a menina pudesse advir como mulher.

Na perspectiva de Bruch (1973, apud FERNANDES, 2007), tanto na anorexia como na obesidade, a mãe responde pela alimentação, toda demanda afetiva da criança, impossibilitando-a de perceber suas necessidades físicas, como a fome, o cansaço, o sono. A criança tem, pois, um sentimento de impotência, que se intensifica na adolescência. A autora enfatiza como a representação do corpo, nas anoréxicas, e as necessidades corporais são mal reconhecidas e percebidas. Ressalta ainda que as anoréxicas se convencem de uma ausência de fome, pelo caráter voluntário da privação alimentar, mas em verdade vivem uma luta contra a própria fome.

A anoréxica tem uma relação *apaixonada* pelo alimento. Ao mesmo tempo em que idolatrado, é odiado, puro e impuro. Ela *goza* com esse pensamento (BRUCH, 1979, apud BIDAUD, 1998). Quando ela cede a esses desejos de comer, sente-se mal e envergonhada.

Brusset (1999) salienta duas dimensões de conflito, na anorexia. Por um lado, existe a indiferenciação sujeito/objeto: “[...] as identificações secundárias relacionadas à organização edípica estão comprometidas pela identificação primária fusional (o outro como si mesmo, o si mesmo como outro) (p. 58). O autor salienta que “a organização edípica não pode desempenhar seu papel estruturante e a imagem do pai tende a ser um duplo da mãe (p. 58).

Por outro lado, o autor destaca:

A angústia da perda do objeto que vale pela perda de si decorrendo daí a falta de elaboração simbólica de atividade transicional e introjetiva. São também consequências disto a falta de integração da anilidade em seu alcance estruturante da autonomia e o reforço regressivo da dependência. (p. 58).

Ao concluir sua compreensão sobre a gênese da anorexia, Brusset (1999) assinala:

Assim se explica que a boa distancia sujeito-objeto não seja encontrável; longe demais ou perto demais, em excesso ou insuficiente, bulimia ou anorexia – a saciedade imediata ou nunca mais. Colar na mãe é estar ao abrigo da intrusão assim como do abandono, ao preço da perda do sentimento do limite. (p. 58).

Para essas garotas, a mãe, ao mesmo tempo em que representa o que lhe causa horror, não pode ser dispensada, porque é esperado que ela responda, compreenda, faça tudo para a garota.

2.5. DESCRIÇÃO PSIQUIÁTRICA DA ANOREXIA NERVOSA

A Medicina e a Psiquiatria, em particular, são outras duas fontes de saber importantes na construção da anorexia como objeto do conhecimento e de práticas sobre o corpo, intermediadas pela noção de saúde.

Os critérios diagnósticos utilizados atualmente pela Psiquiatria têm como base a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Ao mesmo tempo, consideramos importante esclarecer como a anorexia nervosa se apresenta, segundo os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1995):

[...] transtorno caracterizado por perda de peso intencional, induzida e mantida pelo paciente. O transtorno ocorre comumente em mulher adolescente ou jovem, mas pode igualmente ocorrer em homem adolescente ou jovem, como em criança próxima à puberdade ou em mulher de mais idade na menopausa. A doença está associada a uma psicopatologia específica, compreendendo o medo de engordar e de ter uma silhueta arredondada como intrusão persistente de uma idéia supervalorizada. Os pacientes impõem a si mesmos um baixo peso. Existe comumente desnutrição de grau variável que se acompanha de modificações endócrinas e metabólicas secundárias e de perturbações das funções fisiológicas. Os sintomas compreendem uma restrição das escolhas alimentares, a prática excessiva de exercícios físicos, vômitos provocados e a utilização de laxantes, anorexígenos e de diuréticos. (OMS, 1995, p. 344-345).

O Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)

estabelece, como características essenciais da anorexia nervosa, “a recusa do indivíduo a manter um peso corporal na faixa normal mínima, um temor intenso de ganhar peso e uma perturbação significativa na percepção da forma ou tamanho do corpo” (APA, 1994). Sob esse aspecto, o DSM-IV sublinha que a autoestima dos indivíduos com anorexia nervosa depende, em grande parte, de sua forma e peso corporais. Dessa maneira, a perda de peso é vista como uma conquista notável e como um sinal de extraordinária autodisciplina, ao passo que o ganho de peso é percebido como um inaceitável fracasso do autocontrole. Ainda segundo o manual, mulheres pós-menarca, com esse transtorno, são amenorreicas. Cabe esclarecer que, para o DSM-IV, o termo *anorexia* é uma designação incorreta, tendo em vista que é rara a perda de apetite. O anoréxico não come, mas a vontade de alimentar-se está presente (APA, 1994).

No DSM-IV, verificamos dois tipos de apresentação clínica da doença: no primeiro – *tipo restritivo* –, as pacientes apenas empregam comportamentos

restritivos associados à dieta; no outro grupo – *tipo purgativo* –, ocorrem episódios de compulsão alimentar e/ou comportamentos mais perigosos, como os vômitos autoinduzidos, o abuso de laxativos e de diuréticos (APA, 1994).

Deve-se notar que os critérios baseados na CID-10 e no DSM-IV identificam sintomas, porém, não sinalizam suas fontes ou causas. A preocupação maior é com o diagnóstico, com a classificação, com o presumível enquadramento que daria o caminho para o prognóstico.

Essas descrições são muito utilizadas, atualmente, em serviços de saúde mental. Nesse sentido, em nosso trabalho de campo, em um Ambulatório de Saúde Mental, as pacientes entrevistadas eram descritas como portadoras de anorexia nervosa, de acordo com esses critérios diagnósticos. A seguir, faremos um relato das entrevistas com essas pacientes.

3. ENTREVISTAS

As entrevistas foram realizadas no ambulatório, mediante a concordância das participantes e de seus responsáveis, conforme as normas estabelecidas pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa. Seguimos o modelo de entrevistas semiestruturadas, com algumas perguntas gerais sobre a história de vida, autoimagem, início do emagrecimento, os motivos, a conduta dos pais, o relacionamento com amigos, o contato com a internet e outros temas que fossem surgindo, ao longo do diálogo.

Realizamos três entrevistas com cada adolescente, conforme roteiro em anexo. As falas foram registradas com breves anotações, durante as entrevistas, e narradas logo após o término. Optamos por fazer uma redação de cada entrevistada, preservando expressões e termos mais significativos usados pela própria participante, que figuram em *itálico*, nos relatos abaixo.

3.1. FABIANA

Fabiana tem 15 anos, aparenta ser uma moça tímida e, em todas as entrevistas, sentava-se e ficava de cabeça baixa, levantando-a somente quando respondia a alguma pergunta ou complementava com algum exemplo.

Sua mãe a trouxe para o tratamento em março de 2008. No início, ela não queria, pois *achava que não estava doente*. Chegou aos cinquenta e cinco quilos e ainda se achava gorda. Parou de comer, porque *queria ser magra e*

bonita como as amigas da escola. Costumava também ver desfiles na televisão, revistas, e achava as modelos magras e bonitas. Já pensou em ser modelo, mas acha que *não poderia*, pois não tem corpo para isso. Não se considera muito bonita. Quando criança, Fabiana era magrinha. E, com dez anos, começou a engordar. Não gostou da sua perna e da sua barriga, que foram crescendo. Não aceitava seu corpo.

Além disso, há uma amiga de Fabiana – única amiga da escola – que *parou de comer para emagrecer*, e ela quis fazer isso também. Arrepende-se. No começo, ela vomitava, depois voltou a comer; parou novamente de comer, porque se achava gorda. Atualmente, continua se achando gorda. Via e ainda vê vídeos e fotos na internet sobre a anorexia. Hoje, acha horrível a foto de anoréxicas, todavia, antes achava bonito. A mãe a proibiu de entrar nesses sites.

Mora com seus pais e três irmãos, sendo ela a filha mais velha. Sua mãe trabalha em casa e seu pai, no sítio. Conversa muito com a mãe que *sempre foi amiga e boazinha, só às vezes que exagera um pouco*. Com o pai, não tem uma boa relação, não conversa com ele. Quando ela era pequena, ele era mais *calmo e bom. Mas ele batia* nela, pois ela fazia muita bagunça, *judiava do irmão, era terrível*.

Atualmente, seu pai protege e é carinhoso com sua irmã de dez anos. Com Fabiana, ele é *chato, muito bravo e briguento*. Não a deixa sair com as amigas ou com o namorado. Ela já teve dois namorados, que frequentavam sua casa. Do último ela *enjoou* e terminou.

Já pensou até em se matar, porque *não se sentia feliz, queria acabar logo com o sofrimento*, não aguentava a briga de seus pais. Eles brigam também falando para ela comer. Às vezes, Fabiana se tranca no quarto para não escutá-los. O pai reclama de ter de levá-la ao ambulatório, alegando que *ela não come e ele tem que levá-la ao médico*. Ele *a força a comer, colocando comida* em seu prato. Ele, a mãe e a avó falam muito para ela comer.

Fabiana disse que se preocupa muito com o que vai comer e procura comer coisas que não engordam. Come pouco, só almoça e janta e, às vezes, toma lanche da tarde. Gosta de fazer exercícios, faz uma hora de caminhada e exercícios diários.

Estuda à noite, faz o primeiro ano do Ensino Médio. Diz não gostar de ir à escola, pois os professores são chatos, mas gosta dos amigos de lá. Tem somente colegas; amiga, só uma.

Gostaria de morar com a avó, pois o pai é muito *briguento*.

No futuro, quer ser médica pediatra, porque gosta de criança ou psiquiatra, para *cuidar de meninas* como ela.

3.2. ERIKA

Erika tem vinte anos. Conversei com ela sobre a pesquisa e ela aceitou participar, embora, algumas vezes em que a chamei, ela disse ser melhor deixar para outro dia. Em todas as entrevistas, ela falava muito e sempre dizia

o quanto sofria por ter essa doença que a impedia de fazer coisas como trabalhar e estudar, razão pela qual gostaria de melhorar.

Erika disse que teve anorexia, mas que agora não tem mais; tem bulimia, depressão, ansiedade e, às vezes, ouve vozes. Em conversa com a psicóloga que a atende, esta argumentou que Erika é psicótica e que tem anorexia purgativa – e não bulimia. Mas, é verdade que ela também tem depressão e várias outras complicações.

Erika declarou o quanto *é horrível ter essa doença* – bulimia –, não consegue controlar, sente seu corpo tremer, transpirar e, então, ela *vomita* (repetiu isso diversas vezes). Disse querer *sair dessa*, no entanto, não consegue melhorar, às vezes pensa em se matar, para acabar com isso. Chora todos os dias, está *desanimada*. Não tem vontade de fazer nada.

Erika contou que *come muito*, e tudo o que come, come *com ansiedade, descontrolado, sem sentir o sabor da comida*. Por exemplo, come arroz e depois bolacha e daí vem o pensamento: *por que comi? Por que não posso comer bem sem engordar?* Após comer, pensa que está gorda e, então, *vomita*; depois *chora* e fica *em depressão*. Há dias em que fica sem comer (faz jejum). Nesses dias, não come nada de manhã, pouco no almoço, geralmente uma fruta ou milho verde, que ela acha que não engorda; não come nada à tarde e uma gelatina, à noite.

Para ela, sua barriga está grande. Não quer emagrecer, quer *ficar assim, mas pra ficar assim tem que vomitar*. Só aceita coisas leves no estômago, como fruta, gelatina. Quando está com fome, ela come até ficar satisfeita e depois vomita e se esvazia – daí ela se sente bem. Confessou que

vomita até sentir *um vazio dentro* dela. Houve uma época em que vomitava doze vezes ao dia: hoje, vomita *no máximo duas vezes por dia*.

Há dias em que gosta do corpo, mas geralmente *não gosta* nem sente *vontade de se arrumar, passar batom e tomar banho*. Olha-se no espelho e se vê *estranha, inchada*, parecendo um *monstro*.

Erika mora com a mãe, uma irmã de dezesseis e um irmão de dezoito anos. O pai, atualmente, está vivendo junto também; os pais se separaram e voltaram a se reconciliar várias vezes. Em casa, há muita briga entre o pai e a mãe. Dá-se bem com os irmãos, só briga às vezes, contudo, considera que seja *briga de irmãos*. Eles a apoiam e a ajudam muito, assim como os pais. Já viu o *irmão chorando por causa de sua doença*. Eles têm pena dela. Ela fala que vai morrer e os irmãos ficam preocupados.

Erika disse, repetidas vezes, que gostaria de ser como a irmã. Esta sempre foi magra e bonita. *Pode comer de tudo; não tem medo da comida, é feliz, trabalha* e todos a elogiam. Admira muito a irmã.

Sua mãe trabalha em casa, mas Erika acha que ela não limpa muito bem, de modo que prefere ela mesma limpar a casa, *deixando tudo muito limpo*, pois não consegue *ver uma sujeirinha no chão*. Não aceita *nada fora do lugar*, nem uma *cisca no chão* ou *algo cheirando mal*. Faz tudo em casa, sozinha, pois, se não fizer, não fica limpo.

A mãe sempre cuidou dela desde pequena, apesar de, com o pai, a relação sempre ter sido ruim. Gostava muito do pai; *mais do pai do que da mãe*, porém, não se dava bem com ele. Acha que era *mimada*, a mãe fazia tudo o que ela queria, *comprava comidas* que ela queria e outras coisas mais.

Erika disse que foi gordinha desde pequena. Todo mundo, na escola, a xingava de *gorda, baleia*, e isso a incomodava. Sentia-se *feia e infeliz por ser gorda*. Teve depressão, se *escondia, só comia e via televisão, mas não vomitava*. Acha que começou a engordar mais depois de uma *cirurgia para tirar pedras da vesícula*. Ficou quarenta e cinco dias de cama, lembra que ficava embaixo das cobertas e sua mãe levava comida para ela (ela tinha mais ou menos quinze anos, na época). Chegou a pesar cento e cinco quilos. Com esse peso, iniciou um regime e, em um mês, perdeu trinta quilos. *Achava que para emagrecer tinha que perder um quilo por dia, então só comia fruta ou abobrinha com cebola e sal e tomava muita água* para não sentir fome. Nessa época, desmaiava muito, já que ficava fraca e sem comer. Sua mãe é gordinha, *fortona*, pesa uns cem quilos. Acha que puxou à mãe. O pai é igualmente *gordinho, só o irmão e a irmã que não são gordos*.

Erika já passou por umas cinco internações. Antes de vir ao ambulatório, fez tratamento em outra cidade há um ano, entretanto, não gostava, não via resultado, apesar de ir a cada vinte dias. Além disso, o tratamento era particular e ela não podia pagar.

Gosta do tratamento no ambulatório, entende que já melhorou *quarenta por cento*, em vista de como estava antes: pesava quarenta e dois quilos, seu cabelo estava caindo e estava pálida. Certa vez, seu irmão tirara uma foto e lhe mostrara. Ela não acreditava que fosse ela, *na foto via os ossos e realmente estava seca*. Hoje está com sessenta e cinco quilos e considera que está bem, apenas não quer engordar mais e tem medo de que *o remédio a engorde*.

Também tem *medo do alimento* que a nutricionista passa, porque acha que pode engordar.

Não se dava bem com a mãe, dantes da doença. Agora, a mãe está muito diferente, compra tudo o que ela quer, a *mãe é tudo* para ela e a ajuda muito no seu tratamento. *O remédio, o médico e a mãe que a ajudam*. A mãe dorme com ela quase todas as noites. Às vezes, a acorda para *ver se está viva*. A mãe *está por dentro da doença*, sabe que o problema *está na cabeça* de Erika. Quanto ao pai, ele argumenta que ela *tem que ficar internada e tomar soro para melhorar*; se ele pudesse, a amarrava numa cama. O pai a *força a trabalhar*, mas ela *não para no serviço*, passa mal, *não tem vontade de fazer o serviço, chora*. Uma vez trabalhou numa lanchonete e tinha que servir as mesas, no entanto, ela não tinha vontade. O pai é bruto com ela e, quando bebe, é pior. Ele conta para as pessoas que sua filha é doente; fala que a filha come e vomita; as pessoas ficam perguntando por que ela faz isso, *por que vomita*. O pai aconselha o namorado a *largar dela*, já que sua filha é *uma bomba, um desastre*.

Hoje, não sente mais vontade de fazer exercício, está decidida a trabalhar, contudo, pensa em como será sua alimentação: *e quando chegar a hora do almoço? – tudo sempre tem o alimento no meio*.

Pensa em voltar para a escola, mas acredita que *vai ter muita cobrança* e todos farão perguntas; então, desiste.

Sente saudade de quando era pequena, das amigas da escola; *era tímida, alegre, feliz e normal*; tem *saudade da pessoa que ela era*.

Erika se considera uma boa cozinheira, ainda que não experimente a comida, pois acha que engorda. Às vezes, faz a comida sem sal, ou muito salgada. Ela pede para a mãe experimentar, *por causa da doença* dela.

Vê na internet sobre sua doença. Acha um *absurdo as meninas falarem que gostam da mia (bulimia)*, ela não gosta, *quer sair dessa*, acha *horrível* essa doença.

Entra em *sites da net* quase todos os dias; entra no *orkut, MSN*. Vê também sites médicos sobre bulimia, chora e abraça o computador: daí a mãe vem e chora com ela. Conversa com meninas que têm o mesmo problema. Elas chamam de *miar* e *uma fala do sentimento da outra*, conversam. Procura ver todos os dias os *sites*, escondido de sua mãe.

Está namorando há oito meses, aproximadamente, e o namorado sabe da doença dela e a ajuda muito. *Ele é muito bom, dá presentes, eles se amam*. Não vai à sorveteria ou sai para comer lanche. O namorado reclama, mas ela diz que *ele tem que entender a doença* dela. No início, ela não tinha relação sexual, porque ela tinha *medo de engravidar e vomitar a filha* (quer ter uma filha) e também pensava que, *se tivesse um filho, não ia conseguir cuidar da criança*; ela acha que não consegue cuidar nem dela. Além disso, mesmo usando camisinha, receava engravidar, não confiava. Já teve relação sexual, porque está namorando, mas *está receosa*, quer terminar, não tem vontade de sair, de fazer nada.

Há dois anos, seu avô morreu. Desde então, escuta vozes. Escuta o avô a chamando, e o vê. Vê ainda vultos e pessoas chamando seu nome. *Antes via mais, agora é só às vezes* – está tomando antipsicótico.

Quer, no futuro, *casar, ter uma filha, terminar os estudos e fazer administração*. Todavia, chora, quando pensa que não vai poder fazer isso.

3.3. CLARISSA

Clarissa tem 15 anos e cursa o primeiro ano do Ensino Médio. Em sua primeira entrevista, entrou chorando na sala. Quando perguntei o porquê, ela disse que vira uma paciente de seu psiquiatra, que *antes era magra e agora está gorda*. Declarou que tinha medo de ficar gorda como ela.

Na segunda entrevista, também estava chorando, pois encontrara *outras pacientes no ambulatório, que emagreceram durante as férias*. Clarissa disse que havia engordado, porque comeu muito nesse período. Mas, naquela semana, voltaria das férias da aula de dança e achava que iria melhorar. Segundo Clarissa, ela sabia quando engordava, porque sentia, ao vestir as roupas. Gostava de trocar várias vezes de roupa e de se medir. Contou-me com detalhes os centímetros que engordou. Achava que estava gorda e não conseguia mais emagrecer. *Antes era forte, conseguia parar de comer*. Agora, não consegue mais e não sabe *o porquê*.

Além disso, o motivo de seu choro deveu-se à consulta com o psiquiatra. Clarissa o considera muito esperto e não consegue enganá-lo: *Ele sabe tudo o que eu penso. Ainda bem que vai mudar, ele não vai mais me atender, vai ser uma mulher, vai ser melhor*. Outro fato que a incomoda é o de

ter que se pesar. Atualmente, não toma mais medicamento, porém, garante que, *se tivesse que tomar, ia jogar os remédios fora, porque eles engordam.*

Clarissa começou a se preocupar com o peso aos treze anos. Antes, *era gorda e não ligava, porque gostava muito de comer.* Quando seu corpo começou a mudar, sentiu-se *incomodada, porque não queria crescer.*

Ela tem dois aparelhos de fazer ginástica. No ano de 2007, ficou *viciada em fazer ginástica.* Nas férias, ficava num quartinho que tem uma televisão, um computador, um sofá e um aparelho de fazer ginástica. Ficava lá durante as férias e saía somente para ir à academia. Quase não dormia. Ficava *na televisão, internet, fingia que dormia à noite, mas ficava fazendo ginástica.* Quando seu pai acordava para ir trabalhar, às três da manhã, ela *fingia que estava dormindo,* no entanto só dormia por volta das nove da manhã e acordava ao meio dia. Um dia, Clarissa deixara um pouco a janela aberta, uma vez que o quarto estava muito abafado, e a mãe a viu *deitada no sofá, seca, com o olho roxo.* Se pudesse voltar atrás, disse que *faria diferente, comeria um pouquinho mais, para ninguém perceber.* Agora, acredita que está *comendo muito* e não quer comer. Quando vê fotos de *quando estava seca,* acha *bonita, dá para ver os ossinhos,* pensa que *“era feliz e não sabia”,* gostaria de *voltar a ser seca, poder usar short.* Agora não sai à tarde, *porque tem que usar saia ou short,* ela não gosta de usar, porque não gosta de suas pernas, considera-as *gordas e feias.* Não gosta também de quando está menstruada, fica nervosa, porque fica *inchada, grande e tem vontade de comer doce.*

Desde pequena, tinha *medo de usar short*. Lembra quando tinha dez anos e foi à piscina com sua prima, *olhava as outras meninas e queria ser magra como elas*.

Sua mãe a levou a uma médica, antes do tratamento no ambulatório, que lhe passou um medicamento. Ela advertiu a mãe de que não ia tomar o remédio. Enganou sua mãe, dizendo que, se ela fosse para uma academia, faria exercícios, ficaria com fome e então comeria mais; era só ela entrar na academia. Nessa época, ela estava abaixo do peso. Entrou na academia e esperou continuar magra, mas viu que estava ganhando massa muscular e não estava emagrecendo – então não gostou.

Sempre foi quieta, tímida e não conversava muito com as pessoas. Também não gostava de sair de casa, só saía quando era obrigada ou para ir à escola, academia ou aula de dança. Todas as atividades que realiza têm como objetivo maior emagrecer ou passar o tempo para não comer. Faz ginástica e dança do ventre. Antes, tinha mais vergonha, durante as aulas, e achava que as pessoas ficavam *olhando* para ela e para sua “*bunda*”, pensando: *Ah, o que essa menina gorda está fazendo aqui?* Atualmente, diz não se importar mais, aliás, nas duas últimas entrevistas, Clarissa declarou não se importar mais com *ninguém*.

Clarissa confessou que não fica mais sem comer, porque já percebeu que, após o jejum, tem muita fome e come muito. Prefere tomar café, comer uma fruta, umas bolachinhas, mascar *Trident*. Relata que este último a ajuda muito a não comer. Faz isso também, porque tem medo de desmaiar. Não

deixa mais *perceberem que ela não come*. Sempre toma muito cuidado com o que come e quando come.

Fica feliz quando vai à aula de dança do ventre, pois, *além de gastar calorias, falaram para ela que dá cintura*. Sente vergonha, nas apresentações, quando tem algum conhecido assistindo. Começou a fazer balé há pouco tempo, porque *soube que é bom para ficar com a postura mais reta, o que faz perder a barriga*, de maneira que ela gosta.

Faz tratamento no ambulatório desde março de 2008. Sua mãe a levou. Foi uma vez internada, estava desidratada, não tomava nem água para não engordar. Foi na época em que *estava seca* e seus cabelos caíram. Recorda-se de *quando começou a nascer de novo*, e sua mãe *falou que parecia bebê*.

Clarissa mora com a mãe, o pai, uma irmã de seis anos e três cachorros. Segundo ela, só se dá bem *com os cachorros*.

O pai trabalha o dia inteiro, dorme na hora do almoço, chega à noite e dorme. Não conversa muito com ele, *só um pouquinho*. A relação com ele é *sempre assim, um pouquinho*. Quando era pequena, *não ia no colo do pai*, tinha medo e não sabe a razão, *não se lembra*. Até hoje, nunca foi no colo dele e *não consegue chamá-lo de pai*. Ele não fica muito com ela, com a mãe e a irmã. Contudo, *ela não liga, não conversa muito com ele, mas o ama*.

Sempre foi *grudada* com a mãe. Esta começou a trabalhar fora de casa somente quando a filha completou dez anos. Porém, Clarissa brigava muito com a mãe, chegou a dizer que *queria se internar para ficar sem ela*. Nas duas últimas entrevistas, relatou que não estava mais *grudada, nem com a mãe*,

nem com amiga, nem com ninguém. Quer viver a vida dela. Fica o fim de semana inteiro no quartinho, pois lá tem tudo que precisa.

Um fato que Clarissa contou, em sua primeira entrevista, foi que, no início de seu tratamento, sua mãe disse que por ficar falando para filha comer tinha engordado uns cinco quilos. Sendo assim, Clarissa era responsável pela mãe engordar.

A relação com a irmã se restringe a brigas. Não gosta dela *desde que nasceu*. Lembra-se de quando a mãe estava no hospital, ela *chorou*, pois achava que a *irmã ia tirar as coisas dela, ocupar o lugar dela*. Disse que, às vezes, é bom ter essa irmã, porque ela acaba conseguindo algumas coisas para ela, como conversar com algumas pessoas ou ir a alguns lugares.

Clarissa acha muito bom não *comer nada*, ela sente-se leve. Quando come bastante, por exemplo, carne, farofa, sente-se *pesada*. Quando está muito ansiosa, costuma comer muito. Certo dia, confidenciou que parecia que *tinha comido a casa toda*. Apesar de não achar que seu corpo está bonito, *prefere não pensar nisso*, já que assim consegue *emagrecer*.

Quando anda, tem a sensação de ser observada, e passa a esconder o corpo, o que ocorre mais na escola, com o comentário dos meninos, dizendo que ela está mais gorda. Também observa muito as pessoas, para ver se engordaram ou se emagreceram.

Tem *medo quando toca o telefone*, tem medo de falar ao telefone. Tem *medo que alguém ligue* para ela e ela não gosta de conversar. Sua mãe brigou, pois ela desligou um botão do volume do telefone, de modo as pessoas ligam e

não se ouve o barulho. Uma amiga, às vezes, liga no celular, ela vê o *número* e não atende. Em casa, não atende ao telefone: não quer *falar com ninguém*.

Na escola, não tem amigos, tem só uma amiga, porém gosta de conversar só com os *meninos*. Suas notas caíram muito, no início de 2008, mas agora já está se recuperando. Aliás, percebeu que é muito bom ir para a aula, já que o tempo passa e ela não come. Clarissa disse não gostar *principalmente* de suas *pernas*, ainda que também não goste de sua *barriga*, *braço*, *pescoço* (acha que tem muito papo, pele).

Clarissa garante que só vai *ter namorado quando chegar aos 48 kg*. Se não chegar a esse peso, ela não namora. Já beijou alguns rapazes, mas quando ela vê que o relacionamento está sério, ela termina. Sua mãe ficava *enchendo o saco*, para ela namorar, dizendo que tal menino era legal, boa pessoa. No entanto, pensa que, se namorar, vai ter que *sair à tarde* e *usar saia ou short*, porque não pode sair de calça, e ela então *prefere não namorar*. Além disso, o namorado vai chamá-la para tomar sorvete, ir à casa dele, ele vai querer ir à casa dela, de sorte que ela vai ficar *contando as calorias da comida*. Já pensou nisso, e não dá.

Fica na internet de madrugada vendo *blogs e comunidades do Orkut Pró-Ana*. Clarissa fica olhando as fotos e acha *lindas* aquelas *mulheres magras*. Olha as fotos das anoréxicas na internet, para se *incentivar a ficar igual a elas*. No início, tinha vergonha, entrava como anônima, limitando-se a observar as *fotos das meninas no Orkut*. Hoje mudou, ela conversa com as *meninas*, elas se *ajudam*. Posta fotos do corpo no Orkut, *sem a cabeça*, porque as *meninas fazem assim*, colocam foto só do *pescoço pra baixo* e mandam

umas para as outras, para comparar as fotos e ver se emagreceram. Disse que acha que essa doença – anorexia – não existe, ela só tem vontade de ficar magra. Se todo mundo fosse magro, não tinha isso.

Na segunda entrevista, sorriu e relatou que descobriu que *tem prazer em cozinhar*. Durante as férias – dezembro/2008 –, ela fazia comida todos os dias para seus pais e sua irmã. *Procurava na internet comidas calóricas como carne com presunto e mussarela, doces, bolo, brigadeiro*. Achava que cozinhar dava *força* para ela, era *um teste* para ela *não comer*. Na entrevista seguinte, revelou que não queria mais *pensar em comida* e que fica *fugindo da comida*, para *não pensar* nela nem no *corpo*, então *não quer mais cozinhar*.

Quer chegar aos 48 quilos, para ser magra, ser feliz, poder usar short, saia.

No entanto, se vê *gorda, no futuro, isolada, sem sair de casa, sem comida, sem ninguém, deitada numa cama*. Antes, *tinha dia que tava feliz, outros dias tava mais para baixo*. Hoje, vê como “*era feliz e não sabia*” (referindo-se à época em que pesava 45 quilos). *Hoje não tem prazer nas coisas, faz, mas não tem prazer.*

3.4. GABRIELA

Gabriela tem vinte e dois anos, concluiu o terceiro grau em 2007, faz Mestrado e quer seguir carreira acadêmica, *trabalhar com formação de*

professores. Até hoje nunca trabalhou, recebe bolsa da faculdade. Mora com os pais e a irmã.

Foi diagnosticada com anorexia nervosa há três anos e é atendida no ambulatório semanalmente, em psicoterapia de grupo. Segundo sua psicóloga, ela já saiu do quadro de anorexia nervosa.

Sua mãe a trouxe para tratamento, porque, com dezenove anos, estava muito magra. Acha que sua anorexia foi decorrente de uma *depressão* que se iniciou quando *a irmã teve câncer de mama*. Nessa época, *não tinha vontade de comer*. Após a depressão, teve anorexia. Iniciou um regime e *perdeu o controle; estava mentalmente em regime e não conseguia parar de restringir a comida para não engordar. Tinha medo de comer e engordar. Comia pouco, apesar de sentir fome, tentava controlar a fome e não se permitia sentir fome*. Nessa época, chegou a pesar cinquenta quilos. Considerava que *esse peso estava bom, mas não podia engordar nem cem gramas*, então continuou comendo pouco, chegando a pesar quarenta e quatro quilos. Conseguia ver que estava magra, via seus braços magros e sentia-se fraca. Todavia, *algumas partes de seu corpo, achava que eram gordas, como as pernas e a barriga*. Percebia também que as pessoas a olhavam e a viam magra.

Antes dessa época, Gabriela, às vezes, fazia regime, mas *não conseguia emagrecer*. Depois, quando conseguiu recusar a comida, se *empolgou* e não parou mais. Via na televisão pessoas dizendo que não conseguiam emagrecer – e ela conseguia: *para as pessoas era difícil e para*

ela *era algo fácil. Comia muito pouco ou não comia durante as refeições.* Sentia-se feliz, quando estava magra.

Gabriela morou em São Paulo, com sua família, há aproximadamente cinco anos. Antes, ela, a mãe e a irmã tinham mais amizades, conheciam mais pessoas e não eram tão *grudadas*. O pai *sempre trabalhou o dia inteiro* e chegava a casa à noite, de maneira que ela *tinha mais contato mesmo com a mãe*. Todos os problemas eram *discutidos e resolvidos entre eles*. Eles são muito unidos e seus pais *não têm amigos*. Ela, *de amigo, só tem mesmo a irmã*. Não conversa muito com outras pessoas. Quando vai ao *shopping* ou a uma festa, não se sente *pertencendo àquele lugar*, acha que tem *objetivos diferentes das outras pessoas*. Não sabe qual é o objetivo das outras pessoas, porém, sempre acha que *podia estar em casa*. Gosta de ler e assistir a filmes. Esse é seu *lazer*. Gosta *mais de ficar em casa*.

Acha que sua mãe é *uma pessoa complicada*. Esta sempre foi *presente, firme, forte, autoritária. Parecia um major*. Ela quer que a vontade dela seja feita. E Gabriela *tem receio, insegurança de magoar a mãe* ou levar uma bronca, por isso acaba cedendo às suas vontades e, muitas vezes, a deixa falar e finge concordar, deixando o que pensa de lado. Considera-se uma pessoa *dependente da mãe*, precisa muito de sua opinião. Acha que continua do mesmo jeito de quando era pequena, só mudaram os assuntos, *mas a briga continua a mesma*.

Sua mãe sente *ciúmes, raiva* de ela ter que *sair de casa, sair de baixo de suas asas*. Não aceita que a filha tenha que *fazer as coisas* dela, tem que viver. Gabriela acha que abre *mão de muitas coisas pela mãe, para não*

magoar ela. Queria mais liberdade, sente-se mal por ter que abrir mão do que ela pensa ou quer pela mãe, e acredita que isso é prejudicial a ela. Sua mãe a restringe muito e ela fica muito presa.

Na verdade, assevera que sua mãe age assim com todos da casa. *Todos são dependentes dela. Seu pai é mais de ficar quieto, na dele, e ele também tem que deixar sua opinião de lado, às vezes, quando a mãe fala algo.*

Sua irmã tem trinta e três anos, fez o mesmo curso que ela e agora também cursa o mesmo Mestrado. Acha que a irmã é *bem dependente* dela e da mãe. *Sempre pede sua opinião* para fazer algum trabalho. Ela já apontou isso para a irmã, afirmando que ela consegue fazer sozinha, mas não adianta.

Gabriela acha que vive *as obrigações*. Só consegue *viver se terminar aquilo que tem pra fazer, senão fica pensando, toda hora, em qualquer lugar, em tudo que tem pra fazer. Depois que termina, tem mais coisas para fazer.* Fica *numa tensão constante*. Exige muito de si, *não aceita não saber de alguma coisa ou não conseguir fazer algo*. Essa exigência é *muito além da conta*. E que só pensa nas coisas que tem para fazer e *se isola*. Não está aberta para relação com outras pessoas.

Por outro lado, ela não quer que as pessoas *vejam* seus *defeitos*, *coisas ruins* nela. Não quer *ser notada, criticada*. Por conseguinte, *prefere passar despercebida*, acha que *assim é menos doloroso*. Antes de ter depressão e anorexia, falava mais com as pessoas, depois foi *parando de falar*, só fala quando as pessoas vão falar com ela. Faz isso, pois tem *receio de invadir, de chatear, de incomodar*.

Quando fazia faculdade, imaginava que as pessoas tinham objetivos diferentes dela; elas só queriam terminar a faculdade e ela não, ela queria se *aperfeiçoar, fazer mestrado e doutorado*. E, quando o professor fazia alguma pergunta, mesmo se soubesse a resposta, ela *não falava*. Temia que o professor fosse pensar: *Ah, o que que essa menina tá perguntando?*

Gabriela não se sente *madura para um relacionamento* com pessoas do sexo oposto. Acha que *talvez isso venha com o tempo, mas não sente vontade agora*. Tem convicção, igualmente, de que *não é boa o suficiente para alguém, que não tem muitos atrativos, acha que ninguém se interessaria por ela ou iria gostar dela*.

Atualmente, Gabriela faz natação e caminhada. Ainda se preocupa com a alimentação, mas agora *come fruta entre as refeições*; não faz mais como antes, que ficava *sem comer*. Considera-se um pouco gorda e sente-se incomodada com as *pernas e a barriga*, sente-se infeliz com seu corpo. Entretanto, crê que está *saudável*. Tenta *aceitar o corpo*, apesar de não ser o *corpo ideal que gostaria de ter*. Entende que sua *estrutura corporal não é magra*. Antes, ficava triste, mal humorada, agressiva com as pessoas da família, principalmente com a mãe. *Ter comido era como se fosse o fim do mundo*. Sua mãe ficava muito preocupada e insistia para ela comer. E ainda hoje insiste.

Disse que era *horrível* quando sua mãe dizia: *Você tem que comer. Tinha vontade de sair correndo, de ir embora*. E a mãe, além disso, a *proibia de caminhar, de fazer exercícios*.

3.5. BREVE SÍNTESE DAS ENTREVISTAS: A EXPERIÊNCIA DAS ANORÉXICAS

Não pretendemos realizar aqui grandes interpretações ou análises sistemáticas epifânicas, capazes de produzir *insights*, que, num repente, como um *flash*, iluminam e esclarecem inteiramente aquilo que não estava sendo dado inteiramente à visibilidade, à inteligibilidade. Aliás, as entrevistas que realizamos não tinham tamanha pretensão. Queríamos somente trazer, ao lado da literatura especializada, a vivência concreta da anorexia, o ponto de vista das próprias anoréxicas, seu modo de ler e compreender a própria anorexia.

Mesmo com propósitos restritos, como esses, as entrevistas possuem limites colocados pelo tempo e pelas condições que tivemos para ouvi-las. Estávamos diante delas como estagiária do ambulatório, encarregadas de levar adiante uma pesquisa.

O que vamos aqui expor é tão somente uma síntese temática das entrevistas, destacando conteúdos que perpassam as falas das entrevistadas quando narram suas experiências. Porém, como qualquer ação sobre a fala dos outros, nossa síntese também acompanhará temas enfatizados na literatura sobre a anorexia.

Um primeiro tema que pode ser destacado é o da proclamação da identidade anoréxica e da defesa da anorexia. A fala de Clarissa é bastante contundente, nesse sentido. Ela se assume como quem ser magra, bastante magra; como quem recusa deliberadamente a comida e defende esse modo de ser, negando que tal maneira de se relacionar com a comida seja uma doença.

Outro apontamento da mesma fala enfatiza a importância dos relacionamentos entre as anoréxicas e dos vínculos identitários constituídos entre elas. Ela menciona *sites da internet* e comunidades do *Orkut Pró-Ana*. Diz que passa a madrugada nesses *sites*. Um deles é bastante frequentado pelas anoréxicas. Chama-se ANA-MIA (uma junção de segmentos das palavras *anorexia* e *bulimia*). Trata-se de um *site* que contém manifestos e depoimentos a favor da anorexia e da bulimia, que traz instruções detalhadas sobre como evitar a comida ou provocar o vômito, como burlar a família ou os médicos, possibilitando a troca de experiências e intercâmbios entre elas, sempre no sentido de fortalecer a prática do emagrecimento e a “evitação” da comida.

Um fato, já bastante conhecido, e que se revela no conjunto das entrevistas, é a alta incidência da anorexia entre as mulheres. Todas as entrevistadas eram do sexo feminino exatamente porque, no ambulatório onde realizamos as entrevistas, todas as pacientes com esse diagnóstico eram desse sexo. Mesmo sendo um ambulatório novo e pequeno, esse dado não deixa de ser significativo. Recoloca a necessidade de se contemplar as questões de gênero, na discussão da anorexia, mesmo quando se pretenda dar-lhe uma ênfase mais psicológica.

A marca do gênero feminino comparece ainda, nas entrevistas, nas tantas menções à figura materna, tanto quando a entrevistada fala de seus relacionamentos familiares na infância, como quando menciona os atuais, inclusive os acontecimentos relacionados à anorexia. Os conflitos relatados têm sempre a mãe como personagem principal do embate. O pai é colocado, em regra, a alguma distância ou nem é evocado, na rede de relacionamentos.

A figura do namorado é outra ausência notável, em qualquer modalidade que possa ser situada no contexto atual dos relacionamentos amorosos e sexuais dos adolescentes. Algumas entrevistadas até aludiram à figura de um namorado, mas de forma tênue, sem demonstrar algum interesse ou preocupação maior com esse outro tão frequente no universo da adolescência, ainda mais das meninas. No curso das falas, é possível verificar que o “outro” da anoréxica, mesmo sendo uma adolescente, não é um rapaz ou mesmo outra mulher. Parece ser ela própria, a quem destina seu esforço de emagrecimento e seu corpo magro. São constantes as referências às autoapreciações e o completo desprezo e desconsideração pela apreciação do outro, quando esse outro não confirma ou quando desaprova as percepções e julgamentos das anoréxicas sobre seu próprio corpo. O conjunto das falas colhidas nas entrevistas mostra o isolamento das anoréxicas no seu próprio mundo que, no máximo, é co-habitado por outras anoréxicas.

O conhecido tema da beleza e do ideal de um corpo bem magro está bastante presente nas falas das entrevistadas. Ainda que existam ponderações da própria cultura, quanto ao excesso de magreza, na estetização do corpo, elas se mostram plenamente convencidas de que, quanto mais magro, mais bonito ficará o corpo.

Tal convicção remete a outro tema recorrente nas falas: a resistência a qualquer tipo de tratamento. Crentes de que não estão acometidas por qualquer doença, ao contrário, estão perseguindo o ideal de um corpo saudável e belo, resistem bastante a tratamentos. No fundo, ceder ao tratamento, para elas, seria abdicar de suas convicções e, sobretudo, de seus ideários e

projetos de vida. Paradoxalmente, seria a própria morte, o esvaziamento total de sentido da vida.

4. A LITERATURA ATUAL E RECORTES TEMÁTICOS SOBRE A ANOREXIA

A seguir, faremos considerações sobre a anorexia, de acordo com autores atuais que tratam especificamente dessa problemática. Optamos por dividir em temas, para que possamos visualizar melhor algumas categorias que têm sido destacadas em relação à anorexia e às anoréxicas. Esses temas foram escolhidos após a revisão de artigos e dissertações e do contato com as adolescentes, conforme foi descrito em tópico anterior.

4.1. SOBRE O TRATAMENTO

Considerando que o tratamento da anorexia é um ponto nevrálgico da questão, voltemos à literatura, uma vez que já conhecemos a posição das anoréxicas sobre o assunto.

Justus (2000) concorda com Scazufca (1998), para o qual, na Psicanálise, não existe a anorexia, bulimia ou obesidade, mas diferentes modos de ser anoréxico, bulímico e obeso. Essas manifestações podem ocorrer nas neuroses, psicoses e perversões.

A respeito do tratamento, Ferrari (2004) encontra vários obstáculos perante o “não” dos anoréxicos, que se generalizam para outras demandas, não apenas no ato de comer. A paciente confunde a intenção do analista com

uma demanda de falar e, quando isso acontece, o autor afirma que a anoréxica ficará sessões em silêncio.

Mattos (2004) cita o caso de uma paciente que ficava dias sem comer e, quando o fazia, provocava vômitos; dizia que ouvia vozes que lhe falavam para não comer, levando a autora a questionar se não se tratava de uma psicose. No decorrer das sessões, foi verificado que se tratava, na verdade, de uma histeria.

Fernandes (2005), em relação ao tratamento, salienta que é um caso difícil, já que o analista se torna fonte de angústia, pela ameaça de indiferenciação e fusão vivida na relação com a mãe. Assim, o analista não pode ter pressa para obter resultados, porque a relação analista-analisando é marcada pela *ausência e intrusão, desamparo e desesperança*.

Lima & Gutierrez (2005) discorrem acerca do caso de uma paciente anoréxica que estava hospitalizada. A escuta oferecida permitiu a ela separar-se do dito materno. Em vista da experiência, contataram: “Ao seu apetite pelo nada, pode se abrir um apetite pelo dito”.

Schmidt & Mata (2008) partem de um olhar e de uma escuta psicanalítica para tratar do tema. Criticam os médicos que se tornam porta-vozes de um diagnóstico, dando, muitas vezes, uma identidade às pacientes que chegam às clínicas dizendo “Sou anoréxica”, “Tenho anorexia e bulimia e por isso estou aqui”.

Fuks (2003) constata que, em casos graves, as condições clínicas exigem um cuidado médico, um gerenciamento psiquiátrico, nutricional e até psicoterápico do paciente. Porém, alerta para tratamentos os quais objetivam a

correção do déficit nutricional e os sintomas deles resultantes. A partir de trabalhos clínicos, atenta para a importância de se levar em conta os processos históricos e estruturais que os causaram, pois o resultado pode ser apenas uma substituição ou uma repetição dessa sintomatologia.

Sobre o aumento do número de casos de anorexia e bulimia, o autor pensa na inclusão dos transtornos alimentares como um item diferenciado no diagnóstico psiquiátrico. Hoje se prioriza descrever e identificar síndromes, com base em um critério sintomático. Busca-se corrigir a perda nutricional e os sintomas dela decorrentes com uma reeducação alimentar e uma psicoterapia focalizada na problemática da alimentação.

Para Lima & Gutierrez (2005), a escuta psicanalítica não deve prender-se ao “espetáculo de um corpo esquelético”, mas deve passar da preocupação orgânica à escuta do sujeito.

Weinberg, em seu artigo “Cabeça vazia é oficina do diabo”, coloca duas questões: o papel da Psicanálise frente a um sintoma assim tão grave e o que se deve interpretar diante de um corpo em que não há metáforas.

A autora ressalta que uma possibilidade seria a de adotar abordagem comportamental para restaurar a capacidade interna de fazer um trabalho de elaboração psíquica. Um contrato de limite de peso, estabelecido para o tratamento, faria uma função paterna, que falta à paciente. Isso deve ser feito sem utilizar meios coercitivos, que podem ser perigosos ao tratamento. Acerca dos resultados desse tipo de terapia, concorda com Fuks (2003), para quem teria apenas um efeito de remoção e substituição dos sintomas.

Silva A. (2005) observa que a relação das anoréxicas com os alimentos e com as palavras se dá da mesma forma: “[...] devora sem degustar, restringe as palavras, metabolizando-as” (p. 21). A compulsão é emagrecer a qualquer custo, parece não ter uma mensagem endereçada ao outro, possuindo a nudez própria da pulsão de morte. Todavia, nesse sofrimento, pode surgir uma demanda ao analista, e este deve dar voz a ela. O analista deve tentar trocar o gozo anoréxico por um significante.

Colucci (2004) analisa fenômenos vividos na relação analítica com uma paciente anoréxica. Percebe que a analisanda anulava seus desejos, indicando o medo de ser separada e sozinha; ela assumia postura de exasperada obediência, mas a imobilidade de emoções, de ideias, a passividade e o silêncio mostravam que a condução do trabalho ficava sob seu controle.

Sobre o tratamento, a autora, em acordo com os estudiosos anteriores, recomenda sair do discurso capitalista presente nessas patologias e “colocar em ato o discurso do inconsciente” (p.54).

Gaspar (2005), no que concerne ao tratamento da anorexia, concorda com Brusset (1999), ressaltando ser o tratamento psicanalítico válido somente em um segundo momento, quando o paciente não corre mais risco de vida. Pelas fragilidades egoicas e pelos limites entre o eu e o outro não estarem bem definidos, a interpretação do analista pode ser vista de forma invasiva pela paciente.

Brusset (1999, p. 141), a respeito do tratamento, afirma:

Se não a fuga e a interrupção da terapia, o reforço das defesas pelo vazio, pelo nada, pelo nada a dizer, pelo empobrecimento não apenas do material em sessão, mas da vida psíquica, relacional e social do paciente.

Por isso, considera necessário adequar o método a essas patologias. No entanto, ressalta que o trabalho difere daqueles que visam unicamente à remoção de sintomas, objetivando um processo de elaboração e transformação psíquica interna para que a paciente se fortaleça, do ponto de vista narcísico, podendo simbolizar, ao invés de atuar, abrindo assim possibilidade de outras vias que não as dos sintomas anoréxicos.

Gaspar (2005) considera que a técnica deve ser maleável e se adaptar às situações que vão surgindo, evitando que o enquadre terapêutico seja visto de forma persecutória pela paciente. Porém, isso não deve se confundir com uma ausência de limites, mas é necessário que haja regras, e o analista deve se colocar como autoridade, mas sem agressividade.

Deve-se favorecer a construção de fantasias no *setting* analítico, para que haja o fortalecimento das fronteiras egoicas. É importante o estímulo de atividades imaginárias e fantasísticas associadas à vivência da anoréxica com seu corpo, para que vise à simbolização e decodificação desse corpo anoréxico. Para a autora, com a produção de fantasias, pode-se operar um deslocamento da ordem da atuação do corpo para o discurso.

4.2. ANOREXIA, FEMINILIDADE E FIGURA MATERNA

De acordo com Lima & Gutierrez (2005), as anoréxicas interrogam a Psicanálise. Questionam-se a respeito da relação distorcida com o corpo, a alimentação e a feminilidade. Outra questão é se há lugar na anorexia para o desejo de comer e o desejo de ser mulher.

Os autores afirmam que a anoréxica deseja *nada*. Retomam o artigo de Célia Salle, “Cisne – um caso feliz”, em que a autora exemplifica com uma paciente anoréxica que responde “não me importo, eu não quero TV, visitas, NADA. Não é que eu não quero comer. Se tivesse um cardápio no qual estivesse escrito NADA, eu pediria esta comida”.

Retomam Freud, quando sustenta que a puberdade marca o encontro com o real da sexualidade e se revive a problemática edipiana. Diante disso, a garota tem três saídas possíveis: *a inibição da sexualidade, complexo de masculinidade e a feminilidade normal*. Na anorexia, a menina se mantém no complexo de masculinidade, eliminando de seu corpo todo sinal exterior de feminilidade, deixando-se amenorreica e longe da sedução dos homens. O corpo permanece infantilizado, assexuado, pouco atraente.

É nessa fase que a menina se confronta com a questão: *o que quer uma mulher?* A menina então recua, abrindo mão do encontro genital, satisfazendo-se na pulsão oral. Essa pode ser a resposta da anoréxica frente a uma mãe não castrada, que pode devorá-la.

Consideram que a recusa da anoréxica é generalizada: “recusa da diferença sexual, da castração e da morte”. A anoréxica recusa o outro, permanecendo na satisfação autoerótica.

Nossas entrevistadas também pareciam não estar muito preocupadas com o olhar do outro sobre elas, sobre seus corpos, sobre sua magreza extrema. Nem sequer vincularam a obsessão por um corpo isento de qualquer marca de lipídios a eventuais intenções de atrair os outros para si, embora considerando esse o corpo belo. Erika, uma das entrevistadas, fala da agradável sensação de vazio que sentia após seus vômitos bulímicos. Menciona também a sensação de tortura, quando se defronta com a mesa posta, enquanto Clarissa, na mesma linha, comenta que foge da cozinha para fugir da comida ou evitar qualquer tentação da gula. O vazio do estômago e, quiçá, outros vazios são preferíveis à imagem de preenchimento primariamente visualizada numa mesa farta de comida.

Bastos & Silva (2006), assim como Lima & Gutierrez (2005), entendem a anorexia como um *comer nada* – retomando os conceitos lacanianos acerca do tema. Abordam situações de anorexia na neurose, relatando as dificuldades da Psicanálise em tratar desses casos.

As autoras discorrem ainda sobre a constituição do sujeito, afirmando que não se nasce sujeito do desejo. Esse sujeito surge a partir de um movimento de alienação e separação.

Afirmam que as crianças podem recusar algum tipo de alimento, com a finalidade de fazer um movimento de subjetivação. Isso seriam as anorexias

leves ou passageiras, na infância. O que ocorre no processo de constituição do sujeito tem relação com a anorexia produzida como um sintoma.

A recusa anoréxica, para elas, aparece associada a um nada: “Através da recusa o sujeito coloca em ato a presença do nada” (p. 100). Pontuam que não acontece uma recusa da castração e sim uma recusa da ordem do desejo; recusa-se um objeto. Nesse sentido, a anorexia seria uma tentativa de separação do sujeito em relação ao Outro.

Segundo Silva (2009), a hipótese para o sintoma da anorexia seria a resposta do sujeito a um Outro que não se apresenta como faltoso. Com esse movimento, o sujeito faz uma tentativa de separar-se do Outro, pois o Outro “confunde seus cuidados com o dom de seu amor” (LACAN), sufocando-o com a “papinha”. Então, ao recusar o alimento, assegura ao Outro que algo lhe falta.

Na anorexia, mesmo que a mãe não seja vista como faltosa, a castração apareceu. Por isso, afirmam que há uma pseudosseparação – a anoréxica recusa a demanda do outro, põe à prova o desejo do Outro, para sustentar sua onipotência.

Nas nossas entrevistas, Gabriela, principalmente, fala de uma mãe, segundo ela, bastante autoritária e enérgica, que tentava lhe impor a comida. Quando a mãe insistia para que comesse, ela era tomada por uma vontade de fugir, de libertar-se daquela pressão. Era como se reconhecesse que o desejo de que ela comesse era da mãe e não dela. Ao se recusar a comer, tentava se desvencilhar do desejo da mãe projetado nela e, ao mesmo tempo, procurava se autoafirmar, fincando-se na recusa da alimentação.

Bastos & Silva (2006) enfatizam que é justamente quando o sujeito se depara com o desejo do Outro em sua vida, seja nas transformações sofridas pelo corpo na adolescência, seja em seu encontro com o sexo, que a anorexia aparece.

As autoras tratam igualmente da relação da anoréxica com a mãe, dos conflitos de autonomia, de um corpo compartilhado por uma mãe intrusa e abusiva.

Weinberg, em seu artigo “Cabeça vazia é oficina do diabo” – uma compreensão psicanalítica da depressão na anorexia nervosa, reflete sobre o sentido inconsciente da anorexia nervosa. Segundo a autora, nas anoréxicas, o vazio que elas revelam sentir diz respeito à manifestação de um luto que não foi elaborado.

Nesse sentido, Bidaud (1998, p. 97) afirma:

A interioridade é aquilo que se arranja pelo espaço vazio deixado pela perda do objeto primordial. Se a mãe se dedica a tamponar o vazio, a escondê-lo, mantendo seu filho como objeto exclusivo de seu desejo, este não poderá elaborar o vazio.

Weinberg, assim como Lima & Gutierrez (2005), refere-se também à relação mãe-filha, na anorexia, que permanece na fase pré-edípica do desenvolvimento, período em que precede a entrada no Édipo. A passagem a outro estágio seria um “salto estrutural”, uma “modalidade de acesso à castração simbólica”.

A anorexia foi o único recurso para diferenciar-se da mãe. Ganhar peso seria perder a identidade adquirida. Realizar o luto demandado pela separação

mãe-filha tem sido possível pela anorexia. Ao ganhar peso, temos o fracasso desse luto.

Na fala de Clarissa, o temor de crescer foi mencionado literalmente. Disse ela que ganhar peso significava crescer, e que a experiência do crescimento lhe era cara e queria evitar. Imaginava que, se fosse magra, não cresceria, não teria que abandonar o corpo e a condição infantil. Podemos aqui aludir a um luto pela perda do corpo, e à condição de criança, embutida nela a simbiose com a figura materna.

Lazzarini & Viana (2001) e Gaspar (2005) concordam com Bidaud (1998) e tratam da dificuldade da anoréxica de ultrapassar a ligação com a mãe e elaborar a mudança de objeto de amor da mãe para o pai, acarretando consequências na passagem de Narciso ao Édipo.

Para Gaspar & Cardoso (2006), um aspecto importante na anorexia é uma elaboração precária do narcisismo, que comprometeu a constituição do eu, por isso retorna à relação inicial mãe-bebê. Há dificuldade de limites na relação mãe-filha, uma relação que pode ter sido marcada tanto por um excesso quanto pela falta de cuidados, não apenas os básicos, necessários à sobrevivência, mas também a possibilidade de investi-lo narcisicamente como um ser separado dela. Sendo assim, o bebê é invadido pela realidade psíquica da mãe, ficando numa posição passiva em relação a ela. Na anorexia, os sentimentos quanto à mãe são ambivalentes: a mãe se destaca na relação com a anoréxica e o pai fica diminuído.

Sobre esse aspecto, as autoras retomam Freud, em *Sobre o narcisismo*: uma introdução, segundo o qual, o bebê, no início da vida, precisa

de um outro que faça uma ação específica para lhe dar alimento, proteção e cuidados básicos. Nesse primeiro momento, imperam as pulsões autoeróticas e a indiferenciação. Esse estágio é anterior ao narcisismo primário. Numa etapa seguinte, seria formada a representação do próprio eu e do seio/mãe como sendo separados, marcando um início de separação entre o eu e a mãe/objeto.

Uma elaboração satisfatória do narcisismo, segundo as autoras, está relacionada à elaboração e ao reconhecimento da impossibilidade de satisfação total das demandas da criança. Freud, em *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental*, enfatiza que, quando as necessidades do bebê não são satisfeitas a tempo, ou quando não são satisfeitas de forma habitual ou por alguma razão satisfeitas de forma alterada, geram um *desapontamento* no bebê, vivido intensamente por este. O bebê deverá readaptar-se a essa realidade.

No narcisismo patológico, o eu, ao contrário do narcisismo normal, não encontrando condições de se enriquecer na relação como o objeto, volta-se para si, não deixando espaço para a entrada do outro, correndo o risco de adoecer e romper com a realidade, ficando fechado em si.

Lazzarini & Viana (2001) frisam que a anoréxica estaria, ao fechar seu corpo, protegendo-se de ataques externos e internos, recorrendo à estratégia narcísica para isso.

Sob o aspecto narcísico na anorexia, Bidaud (1998) retoma André Green, em sua diferenciação entre narcisismo de vida e narcisismo de morte. O primeiro visa a realizar a unidade do eu, ao passo que o segundo tende, ao

contrário, à sua abolição e aspira ao zero. Destaca que, na anorexia, parece haver uma forma desse narcisismo de morte. Uma busca não do desprazer, mas do neutro; valoriza-se a privação, havendo um ascetismo inconsciente. Trata-se, na renúncia, de ser puro e, portanto, de ser só, para atingir uma ilusão de autossuficiência, um *nada me falta*, apagando assim todo traço do outro e de seu desejo (p. 97).

A pulsão de morte, segundo Bidaud (1998, p. 97), objetiva “o aniquilamento do sujeito e seu renascimento, como fantasia última”. Assim, a anoréxica triunfa, quando recusa a dependência do que é da ordem da necessidade, e morre.

Silva A. (2005, p. 21) destaca que o objetivo da anoréxica seria *ser o nada*. Com o corpo magro, ela recusa a feminilidade, encarnando o excesso de gozo. Este está localizado no corpo e se apresenta “como sendo originalmente fonte ilimitada de gozo, tornando-se lugar simbólico de trocas, ou seja, passa, para obter seus ganhos de prazer, pelo trabalho da fantasia e da fala (BIDAUD, 1998, p. 104).

Para Silva A. (2005), ainda, o corpo se faz objeto da pulsão, alimentando-se de si mesmo e reduzindo-se ao nada. Há com isso um rechaço da sexualidade e de outra forma de prazer. Um gozo relacionado à pulsão de morte.

Após o exposto, consideramos importante destacar a imagem corporal na anorexia. Para isso, recorreremos a autores que tratam do tema, ressaltando o início da construção da imagem corporal, na infância.

4.3. ANOREXIA E IMAGEM CORPORAL

Fernandes (2005), conforme foi assinalado anteriormente, parte de uma visão psicanalítica para abordar o tema da anorexia. Na tentativa de entendimento acerca da imagem corporal das anoréxicas, a autora levanta algumas hipóteses que incluem a percepção, a representação e a experiência interna do corpo. Com base em atendimentos clínicos a adolescentes que sofriam dessa problemática, a autora considera que há uma dificuldade de discriminação entre dentro e fora, assinalando a precariedade de fronteira entre sujeito e objeto, observada na indiferenciação entre a anoréxica e sua mãe. Cita uma paciente que, em dias ensolarados, chegava à sessão agasalhada, com meias de lã, demonstrando a dificuldade de percepção e a relação com os estímulos internos e externos. Quanto à fome e às dores gástricas, também a paciente não tinha uma percepção. Menciona, ainda, outra paciente que, após longas caminhadas, machucara seus pés e, após um comentário feito pela analista, relatou que não havia percebido seus pés machucados.

A autora afirma que, na anorexia, principalmente as de tipo restritivo, há uma anestesia do corpo libidinal, tendo-se a impressão de se estar diante de um *não-corpo*, um *corpo recusado* no que tange à sua imagem, necessidades e materialidade.

Nas anoréxicas, haveria uma verdadeira distorção da imagem corporal e uma dificuldade em relação à percepção corporal. A constituição do autoerotismo estaria comprometida. Remete às primeiras relações do bebê e sua dependência do outro, que exerce a função materna. Daí a importância da

alimentação e da constituição do corpo erógeno desse bebê, no conhecimento de seu corpo, das sensações, necessidades e afetos. Assinala que deve haver uma função materna de *paraexcitação*, a fim de que o aparelho psíquico não fique a mercê da força pulsional.

A autora finaliza, afirmando que a precariedade de paraexcitações introjetada pelo bebê – tanto pelo excesso como pela falta de investimento materno – altera a construção da percepção e representação da imagem corporal.

Sobre a construção da imagem corporal, Mouraria (2005) retoma Lacan, quando trata do estágio do espelho. É nesse momento que a criança reconhece sua própria imagem e inicia a construção do *eu*. Acrescenta que “o sujeito lacaniano não se refere a um indivíduo ou pessoa, mas a um efeito de *significante*” (p. 7).

É o Outro que faz a função materna, quem inicialmente nomeia, interpreta, supondo um sujeito nessa *bola de carne* que é o recém-nascido. Assim, o bebê passa a existir através desse Outro que nomeia suas sensações corpóreas, suas dores, emoções. Uma narrativa que começa antes mesmo dele nascer. É pelo olhar desse Outro que o sujeito começa a se enxergar e a se dizer, enquanto narrativa (p. 8).

Afirma que a alienação trazida pelo estágio do espelho, assim como as questões de identidade e alteridade dele decorrentes, são importantes na formação do sintoma anoréxico.

Mouraria (2005) também retoma Dolto, na sua diferenciação entre esquema corporal e imagem do corpo, que já fizemos no nosso trabalho.

Nas entrevistas que realizamos, o corpo aparece como centro de si mesmo, do eu e da identidade do sujeito. Um corpo cuja imagem parece gravitar em torno das próprias percepções do sujeito, as quais nunca chegam a aproximá-lo de um ideal extremamente severo quanto ao peso, sempre visto como exagerado e, portanto, tendo que ser reduzido. Não é possível saber, pelas falas das entrevistadas, em que tipo de espelho se miraram, para criar as primitivas imagens de seus corpos e de si mesmas. Resta a constatação de que tomam a si mesmas como espelho e nele veem um corpo que precisa sempre emagrecer, para tornar-se belo. Quiçá esse espelho tenha se deslocado da mãe para a cultura, e aí encontrado a reiteração de uma imagem ainda mais severa, no que diz respeito ao emagrecimento.

4.4. ANOREXIA E ATUAÇÃO

Gaspar (2005, p. 638) enfatiza que, na anorexia, há uma fragilidade egoica. Desse modo, a consequência é a incapacidade de fazer ligações e simbolizar o excesso pulsional. O comportamento substituirá o trabalho de elaboração psíquica, que se encontra em “curto-circuito, uma vez que pode haver transbordamento de conteúdos inconscientes no próprio ego”.

Sobre esse aspecto, concordando com Scazufca, a autora afirma:

Trata-se de uma resposta precária, pois apesar de o sujeito estar buscando atingir uma posição de atividade através desta “atuação”, a condição de assujeitamento psíquico, ao que é da ordem do inconsciente, permanece. Frente a esta falha no processo de simbolização, as anoréxicas buscam exteriorizar esse conflito no corpo, uma vez que não dispõem de outro idioma. Assim, a marca da “atuação” neste tipo de problemática

expressa a incapacidade do psiquismo de realizar o trabalho de representação, ou seja, de ligação deste excesso pulsional. A anoréxica parece se encontrar fora desta cadeia de representação, tornando-se escrava deste não-dizer e da mudez pulsional.

Fernandes (2003) refere-se a um corpo a mercê do excesso pulsional, que abre caminho para se pensar em um *corpo transbordamento*, esse corpo que se contrapõe ao *corpo da representação* relativo à lógica da linguagem e do recalque. Esse corpo é resultado da desproporção entre o excesso pulsional e a elaboração psíquica.

Ressalta que esse ato *não-dito, mortífero e destrutivo*, repete-se no corpo, compulsivamente, buscando uma imagem supostamente perfeita, que não tenha furos nem brechas, podendo levar a anoréxica à morte.

A partir dessas considerações acerca da relação da anoréxica com o corpo, abordaremos a adolescência, visto que essa é uma fase de muitas mudanças e rupturas, tanto do ponto de vista físico como psíquico, requerendo da garota uma elaboração da perda de um corpo infantilizado e a aquisição de um corpo feminino, com novas formas e curvas.

4.5. ANOREXIA E ADOLESCÊNCIA

Uma questão importante a se levar em conta, segundo Gonzaga & Weinberg (2005), é o fato de o maior número de casos de anorexia ocorrer na adolescência. Quando entra na puberdade, a menina, ainda infantil, assusta-se com as modificações de seu corpo, com as novas sensações e com o que isso

desperta no outro. Desse modo, a filha se aproxima da mãe de forma ambivalente, revivendo uma relação pré-edípica, de conflitos, ou seja, ao mesmo tempo em que ela procura a proteção materna, tenta diferenciar-se, para poder se separar. As autoras sublinham que “essas meninas espelham-se na moda para diferenciar-se de suas mães e conquistar, a duras penas, uma identidade própria” (GONZAGA; WEINBERG, 2005, p. 34).

Nesse momento, quando se manifesta uma grande insegurança de si, é que a mídia encontra o seu terreno fértil para divulgação de um ideal de beleza, que enaltece o corpo magro e belo de atrizes e modelos. Nesse sentido, a *confusão identitária* e o apelo da mídia para se seguir um modelo acaba por favorecer o aparecimento de patologias, como a anorexia e a bulimia.

Gonzaga e Weinberg (2005) salientam, contudo, que a mídia não é determinante para o aparecimento dessas patologias. Ela, na verdade, reforça as demandas narcísicas de garotas que, independentemente da classe social, dizem querer alcançar esse ideal. As autoras complementam que “o que está em jogo é o corpo imaginário perfeito, [...] um corpo sem falhas” (GONZAGA; WEINBERG, 2005 p. 35). Nesse contexto, a mídia apenas busca preencher e dar a aparência de solução de um conflito que já era existente nessas garotas.

Nessa fase, há também uma insegurança em relação à imagem, visto que o adolescente, ao olhar sua imagem refletida no espelho, se acha diferente e estranho. Uma imagem que também é vista de outra forma pelas outras pessoas que não o veem mais como sendo *engraçado* como na infância. Cabe destacar que o deslocamento dos laços afetivos das figuras edípicas parentais

para o círculo social mais amplo, intensificado na adolescência, faz com que o grande espelho do adolescente seja o Outro, figurado nos seus pares e nos modelos ideais veiculados pela mídia. É no olhar desse grande Outro, constituído como um espelho simbólico, que ele se mira para recolher imagens de si mesmo. Para Lima & Gutierrez (2005), a anoréxica, na busca de um corpo perfeito, apresenta-se com uma nova identidade e se identifica com colegas de anorexia. Isso é constatado com os inúmeros sites na internet que orientam os que querem manter ou aderir a essa identidade anoréxica.

Conforme Salles (2003), a anorexia surge como expressão de uma dificuldade do sujeito na puberdade, quando se confronta com o real da sexualidade, faltando recurso para fazer um sintoma histérico. Essa dificuldade decorre da “confusão estabelecida entre o Outro do amor e o Outro do cuidado, o que compromete a dialética da demanda e do desejo” (p. 54). A anorexia seria uma estratégia frente à castração.

Lazzarini & Viana (2001), Lima & Gutierrez (2005), Gaspar & Cardoso (2006), em acordo com os autores acima, questionam-se acerca do porquê de a anorexia ter prevalência na adolescência. Além disso, noventa por cento dos casos ocorre no sexo feminino, embora, como afirma André (2001, p. 34), seja “verdade que o sexo psíquico está longe de ser o simples decalque do sexo anatômico”.

Os autores enfatizam que, na adolescência, se revivem os conflitos infantis e se tenta elaborá-los, tais como as vivências do período pré-edípico e edípico. Gorgati (2002) sustenta que “a triangulação das figuras parentais com o sujeito ganha nova versão e as fixações infantis são reavivadas (p. 117). Na

fase infantil, essas fantasias, a vivência das fantasias edípicas e pré-edípicas, são fundamentais, já que é através da relação com o outro – inicialmente com a figura materna e, posteriormente, com a figura paterna – que se orienta o desejo e se estrutura o sujeito.

Gaspar (2005) e Fernandes (2007) retomam Jeammet, quando este destaca que, no processo de adolescência *normal*, essa revivência das questões infantis permite ao sujeito a construção de sua própria identidade. Mas, para que isso ocorra, é necessário que se tenham construído bases narcísicas suficientes, desde a época da infância. Quando isso não ocorre, pode desencadear problemáticas de dependência em relação com o outro, como na anorexia. Assim, as anoréxicas tornam-se dependentes do olhar do outro, em detrimento de seus próprios investimentos.

Sobre esse aspecto do narcisismo relacionado com a anorexia, já discorreremos nesta dissertação.

A partir do exposto e tendo em vista a adolescência, uma fase da vida bastante sensível ao que se passa no mundo, podemos refletir sobre a relação da anorexia com a contemporaneidade e a influência das transformações da sociedade atual, na constituição desse tipo de subjetividade.

4.6. CONSIDERAÇÕES SOBRE ANOREXIA E CONTEMPORANEIDADE

Para Ferrari (2004), não é incorreto dizer que o contemporâneo, com todas as suas transformações, trouxe diferentes formas de viver e, assim, modificações nas relações humanas. Na cultura atual, são criados ideais de corpos e modos para se *alcançar* esse ideal (cirurgia plástica, medicamentos, produtos de beleza, entre outros). Diante disso, deparamo-nos com uma *epidemia de anoréxicas*, não só nas passarelas, mas também nas ruas.

Nesse sentido, temos explicações para a anorexia baseadas nesse cenário contemporâneo que prioriza o culto ao corpo, ao belo, presente diariamente nos meios de comunicação. Porém, o autor ressalta que essas explicações não elucidam o porquê de alguns se tornarem anoréxicos e outros não; ou que ideal de beleza existe no corpo da anoréxica; ou, ainda, a questão da imagem corporal dos anoréxicos, que não se acham magros e bonitos, ao se olharem no espelho.

Por outro lado, a anoréxica denuncia, através de seu corpo, o retorno da verdade recalcada da sociedade que prioriza a “ética da satisfação e não a ética do desejo” (p.104). Uma sociedade em que os pais oferecem objetos de consumo, dinheiro, presentes, aos filhos, na tentativa de tamponar a falta que é constituinte do sujeito. A anoréxica diz que, apesar de tudo o que a sociedade pode oferecer a ela, não pode satisfazê-la.

Justus (2000) argumenta que anorexia e bulimia são paradigmas da atualidade. Sendo assim, esses *distúrbios da oralidade* expressam a sociedade

atual; a anoréxica e a bulímica *se consomem*, criando um desconforto para quem as vê.

Grant (2001) também focaliza a anorexia relacionada às questões contemporâneas, em que a mulher faz de seu corpo um objeto modelado, de acordo com os ideais estéticos. Questiona a respeito de se poder falar em novos sintomas, no mundo atual. Traz as *velhas* históricas e a *novas* históricas; antes, elas desejavam e não podiam, hoje desejam e podem, mas não mudou a miséria de suas vidas e suas constantes insatisfações. Afirma que o enigma continua sendo: *o que é ser uma mulher?*

Grant (2001) retoma Freud (1916-1917), quando assevera que o sintoma tem relação com a história de vida da pessoa. Assim, considera que mudanças de épocas históricas implicam mudanças sociais e mudanças sintomáticas: “[...] novas neuroses, novas psicoses, novas perversões”. Para a autora, assim como para Bastos & Silva (2006), a anorexia pode ocorrer em qualquer estrutura; em cada estrutura o *nada* representa uma configuração particular. A anoréxica leva a sério o ideal de magreza imposto pela mídia. O acesso ao gozo, nessa doença, é direto, não passa pela palavra. Sendo assim, esses sintomas contemporâneos requerem uma clínica além da oferecida pelo Édipo, uma clínica do real, implicando o sujeito em sua verdade de gozo.

Para Gaspar & Cardoso (2006), a Psicanálise, por muito tempo, privilegiou as representações e o discurso, deixando a problemática do corpo para o cuidado de outros saberes. Isso impossibilitou aos analistas escutar melhor os estados-limite, as depressões graves, as patologias

psicossomáticas, toxicomanias, anorexia e bulimia, patologias que têm um corpo que sofre e *fala* além do psíquico e além da representação.

Ramirez et al. (2003) partem do princípio de que o corpo é atravessado pelo psiquismo e pelo discurso. Sendo assim, ampliam as causas da anorexia, não focalizando apenas a questão cultural como desencadeadora da doença.

Alves et al. (2008) discutem as relações entre a histeria e os distúrbios alimentares. Questionam se a anorexia e a bulimia são novas patologias ou são manifestações históricas da atualidade.

Schmidt & Mata (2008) fazem uma revisão de alguns pontos acerca da anorexia nervosa, que é concebida como uma apresentação da estrutura histórica, tendo o corpo como um suporte para articulações simbólicas. A anorexia seria uma expressão de aversão à sexualidade. Descrevem também o mundo da anoréxica, que reduz suas relações sociais, seus vínculos mais íntimos e se utiliza de *sites* com outras anoréxicas.

Os autores traçam uma trajetória histórica da anorexia e tratam da visão psicanalítica dessa doença. Abordam a questão da castração na menina e o complexo de Édipo; relacionam a anorexia à histeria, esboçado o atual cenário sociocultural e afirmando ser inegável que a cultura construa um sintoma.

Para Gaspar (2005), a anorexia é uma doença do mundo contemporâneo, sobretudo da cultura ocidental, que propaga um ideal de beleza. O corpo torna-se um objeto, quase que uma entidade separada, um troféu a ser exibido. Neste, passam a ser expressos a dor e o sofrimento.

Fuks (2003) critica a sociedade atual, em que se aspira a realizações e prazeres individuais. Censura também os enquadres médicos de cunho *objetivista, qualificador e pragmatista* predominantes na nossa sociedade, que obturam toda a problemática em que a subjetividade se faz presente. Nesse trabalho, discorre sobre modelos psicanalíticos calcados numa orientação clínica da anorexia.

O autor diferencia a anorexia de base histérica da forma clássica de anorexia nervosa. Sobre a primeira, já tratamos neste texto, tendo em vista que muitos dos autores citados preferem situar a anorexia nos casos de neurose (SILVA, A., 2005; FERNANDES, 2007; GRANT, 2001; GONZAGA; WEINBERG, 2005; GASPAR, 2005). Na forma clássica de anorexia nervosa, o paciente afirma um saber próprio sobre seu mal-estar, que difere do saber médico ou familiar. Considera a seguinte ideia: “[...] comer me faz mal e o que deve ser feito é evitar comer” (p. 3). Além disso, a anoréxica não se sente mal, sente-se saudável. A relação com o saber e com a verdade, sustentada pela construção lógica e racionalizante, se aproxima da paranoia e da hipocondria, dentro do quadro das estruturas narcísicas. Essas construções podem mudar conforme a época: dor no estômago, antes; imagem do corpo, hoje. Essas anoréxicas fundem-se com o ideal, ou seja, elas não aspiram à magreza, são a magreza; há uma posição onipotente fundamentando o saber a seu respeito.

No entanto, é difícil estabelecer com precisão os limites entre um pressuposto território do psíquico e um território da sociedade ou da cultura. Pensadores mais recentes sequer admitem tal dicotomia ou diferenciação de campos. Ainda que operando com os posicionamentos teóricos mais

conservadores e aferrados à defesa de seus territórios, devemos ponderar que, mesmo estruturas psíquicas sólidas e figuras de subjetividade bem enraizadas nessas estruturas, não deixam de se apoiar firmemente em imagens, signos, forças e representações igualmente bem fincadas no território da cultura e da sociedade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho partiu, por um lado, da verificação de uma ampla difusão da anorexia pelos meios acadêmicos e científicos e, por outro, da estreita relação entre o ideal de beleza, transformado em imperativo divulgado diariamente pelos meios de comunicação, vinculado a uma imagem de um corpo magro, belo e jovem. Associado a isso, buscamos analisar os sentidos da anorexia produzidos pelos meios acadêmicos, com um enfoque psicanalítico, tendo em vista nosso interesse por essa área de estudo. Desse modo, relacionamos tais sentidos e observamos, através de autores atuais, como tem sido o tratamento de pessoas com essa problemática.

Durante esse percurso, realizamos um estágio voluntário em um Programa de Transtornos Alimentares, no qual pudemos ter uma experiência empírica com adolescentes diagnosticadas como anoréxicas. Assim, fizemos uma breve relação, a partir da fala das pacientes, com a literatura específica sobre o tema.

No primeiro tópico, discorremos acerca da anorexia durante os diferentes períodos de nossa civilização, retrocedendo à Grécia, de onde originou o conceito e o histórico da anorexia. Iniciamos com a definição da palavra *anorexia*, de origem grega, e enfatizamos a importância do jejum na Grécia e na mitologia. Atentamos para o mito de Deméter e Perséfone e a relação entre mãe e filha.

No tópico seguinte, trouxemos o histórico da anorexia, com relatos do séculos XII e XIV a respeito de santas anoréxicas que dedicaram suas vidas à

busca de um ideal de perfeição, de santidade. Enfatizamos também que muitas jovens da época se utilizavam da recusa alimentar para fugir de casamentos impostos pelos pais e pela sociedade.

Nos séculos XVII e XVIII, começou-se a procurar as causas da anorexia, tendo como primeira descrição no campo médico a de Richard Morton.

Nas obras de Freud, buscamos a concepção sobre a anorexia e a forma como ele tratava suas pacientes que sofriam dessa problemática. Para isso, tivemos que aludir brevemente à técnica da Psicanálise e à sua eficácia, nesses casos. Verificamos que o autor não recomendava o tratamento psicanalítico em casos que requeriam a rápida eliminação dos sintomas, como na anorexia.

A partir de Freud, passamos a Lacan, com a introdução de alguns conceitos e sua articulação, nos casos de anorexia. Este último também não se dedicou especificamente ao tema, mas trouxe contribuições, avançando no entendimento e no tratamento da doença. Nesse tópico, levantamos outros pós-freudianos que contribuíram igualmente e avançaram na discussão sobre o tema.

Consideramos importante levar em conta a visão psiquiátrica da anorexia nervosa, tendo em vista, principalmente, que ela é muito empregada em instituições que tratam de pessoas com essa problemática. Notamos claramente a diferença dessa concepção, comparada com a psicanalítica, desde a origem da *doença* até o tratamento.

Narramos as entrevistas com adolescentes que faziam tratamento no ambulatório em que estagiamos, procurando ter uma aproximação empírica do tema. Como frisado no parágrafo anterior, na instituição, imperava o diagnóstico psiquiátrico, sendo inclusive incorporado à fala das pacientes.

Com base nessas considerações, buscamos subsídios em psicanalistas que trabalham com essa problemática, nos dias atuais. Optamos por dividir em temas, escolhidos durante nossa revisão da literatura e no contato com as adolescentes do ambulatório.

Estes temas auxiliaram a esclarecer a visão psicanalítica da anorexia e a possibilidade de tratamento sob essa perspectiva teórica, nesses casos. Notamos que, tal como usualmente acontece, os pontos de vista assumidos pelos autores, as tentativas de explicação e as teorizações são bem diferentes e até divergentes. O tipo de cuidado ou tratamento prescrito é ainda mais polêmico, sobretudo quando se refere aos casos agudos de anorexia, nos quais há risco de morte.

As próprias trajetórias de vida das anoréxicas e suas experiências são bastante diversas, ainda que não tenha sido possível aprofundar esse aspecto, nesta pesquisa.

Trata-se, portanto, de um assunto complexo, que possui muitas facetas e não pode ser reduzido a um ou outro fator – e muito menos a uma psicogênese, que pretenda localizar padrões de experiências matriciais.

Na complexidade, são realizados arranjos entre partes que constituem o objeto, em que uma ou outra pode assumir um papel mais preponderante, mas sempre admitindo variações e imprevisibilidades. Disposições

psicológicas, socioculturais, orgânicas, ontogênicas, filogênicas e de outras esferas são atravessadas pelo sujeito, que lhes dá um sentido e direções singulares. Isso é próprio da subjetivação, e a anorexia pode ser entendida como um modo de subjetivação que processa a experiência de vida, criva-a de sentidos e a objetiva, num gesto principal: busca por um ideal de perfeição, de emagrecimento.

É notável como as anoréxicas se aferram a uma identidade que tem o emagrecimento e a recusa à alimentação como núcleo central da vida, em torno do qual se organizam as representações de si e as práticas do cotidiano. Ser anoréxica é visto com um bem, e o emagrecimento é o grande objetivo da vida.

Sabemos o quanto um sintoma ou um conjunto de sintomas pode dominar o sujeito, restringindo sua vida, fazendo-o ruminar, o tempo todo, ideias, afetos ou sentimentos estereotipados que não desgrudam. Sabemos também do alívio primário que o sintoma produz, mesmo que, na vida prática, possa causar transtornos e desadaptações consideráveis. Mas na anorexia, além de ganhos primários, há uma profunda identificação e recusa a admitir qualquer inconveniente. As anoréxicas consideram-se saudáveis, aliás consideram-se “modelos”, modelos de saúde, modelos de corpo, modelos de pessoas combativas que resistem às pressões familiares e às pressões externas, inclusive da temida Medicina e dos todo-poderosos médicos.

A anorexia recai, sobretudo, sobre as mulheres. Esse dado é importante para a consideração da imbricação de fatores socioculturais nessa *patologia* ou nessa *forma de existência*, como se queira classificar a

psicodinâmica e a conduta das anoréxicas. A menos que houvesse algo de extremamente singular, na estruturação psíquica da mulher, sendo esse algo completamente imune à cultura – o que é difícil de supor – a incidência da anorexia nas mulheres mostra que elas estão expostas às condições sociais e culturais que incitam o feminino a esse novo sacrifício: o emagrecimento extremo. No fundo, são condições sociais que enaltecem sobremaneira o corpo e estabelecem padrões bem definidos, para qualificar o corpo da mulher como bonito ou feio.

Observamos, ainda, uma forte pressão do narcisismo, que toma o corpo como objeto; a forte pressão da compulsão, que incita ao ato, sem as devidas mediações do simbólico; a forte presença de imagens desligadas de seus referentes, que fazem do corpo um espetáculo para ser visto; a incitação ao consumismo e ao excesso, que levam o corpo aos extremos de sua capacidade.

A imago materna acentuada e certo desvanecimento da paterna; a ansiedade da passagem de um corpo infantil para um corpo adulto, com todos os sentidos que acompanham tal metamorfose; a busca regressiva de um retorno à simbiose com a mãe – e tantos outros processos de subjetivação podem ser pontuados, na anorexia. No entanto, compõem um todo complexo e dinâmico, que não possui uma organização única e estável, mas que se arranja em cada experiência, nas singularizações, e se metamorfoseia no tempo.

6. REFERÊNCIAS

ABUCHAIN, A. L. Aspectos históricos da anorexia nervosa e da bulimia nervosa. In: NUNES, M. A. (Org). *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, P. 13-20, 1998.

ALDIGUERI, M. T. *Anorexia nervosa: Uma leitura psicanalítica*. 2003. 102 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

ANDRÉ, J. Feminilidade adolescente. In: CARDOSO, M. R. (org.). *Adolescência: reflexões psicanalíticas*. Rio de Janeiro: Nau/FAPERJ, 2001, p. 29-39.

ALMEIDA, P. E. N. 150 f. *Terapia Comportamental Aplicada em Contexto Ambulatorial: um estudo exploratório das possíveis variáveis envolvidas na origem e manutenção de respostas que caracterizam anorexia e bulimia nervosa*. 2001. Dissertação (Mestrado em Psicologia Experimental: análise do comportamento) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

ALVES, E. *Sintomas de anorexia nervosa e imagem corporal em adolescentes femininas do município de Florianópolis, SC*. 2006. 121 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

_____ et al. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, mar. 2008.

ANOREXIA - um estudo. *Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*, Seção RJ - caderno II, 2000.

ANTONACCIO, C. M. A. *Estudantes de nutrição: uma ótica sobre o comportamento alimentar e os transtornos alimentares*. 2001. 145 f. Dissertação (Mestrado em Interunidades de Nutrição Humana Aplicada), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

[APA] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, 1994. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br>>. Acesso em: 02 dez. 2007.

ÁVILA, B. H. N. *Qualidade de Vida em Pacientes com Transtorno Alimentar*. 2004. 85 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

BASTOS, A.; SILVA, A. N. Anorexia: uma pseudo-separação frente a impasses na alienação e na separação. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro. v. 18.n. 1. p. 97-107, 2006.

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

BIGHETTI, F. *Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto – SP*. 2003. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

BRONSTEIN, N. *Os quadros anoréxicos cognição: afetividade e realidade*. Estudo realizado com a TAT. 2005. 245 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

BRUSSET, B. Conclusões terapêuticas sobre a bulimia. In: URRIBARRI, Rodolfo (org.). *Anorexia e bulimia*. São Paulo: Escuta, 1999. p. 137-148.

_____. Anorexia mental e bulimia do ponto de vista de sua gênese. In: URRIBARRI, Rodolfo (org.). *Anorexia e bulimia*. São Paulo: Escuta, 1999. p. 51-60.

BUENO, M. O. *A noção de objeto em uma paciente com anorexia nervosa: hipóteses sobre a importância do aspecto cognitivo*. 2005. 133 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

CANGUÇU, C. R. P. *Avaliação da Ansiedade em Pessoas com Transtornos Alimentares*. 2004. 95 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade São Francisco. 2004.

CIMINO, V. R. A. *O elemento feminino veiculado pela TV e os distúrbios em adolescentes do sexo feminino*. 2006. 202 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação) – Faculdade de Ciências da Comunicação, Universidade Paulista, 2006.

CLASTRES, G. *A significação do falo e um comentário do Kant com Sade*. Salvador: Fator, 1990.

COLUCCI, R. B. De quem é o desejo? A reconstrução do desejo na anoréxica. *Revista brasileira de Psicanálise*, p.. 285-307, 2004.

CUNHA, A. G. *Dicionário etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.

DOLTO, F. *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva, 2001. (Coleção Estudos, 1984).

DUNKER, K. L. *Avaliação nutricional e comportamento alimentar de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa*. 1999. 95 f. Dissertação (Mestrado em Interunidades de Nutrição Humana Aplicada) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

FENDRIK, S. *Santa Anorexia*. Buenos Aires: Corregidor, 1997.

FERNANDES, M. H. *Corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003 (Coleção Clínica Psicanalítica).

_____. *Transtornos alimentares: anorexia e bulimia*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

_____. Tal mãe, tal Filha. *Mente Cérebro: O olhar adolescente*. São Paulo, v. 1, n.1, p. 71-5, 2007.

_____. O corpo na anorexia e na bulimia. In: IV ENCONTRO LATINO AMERICANO DOS ESTADOS GERAIS DE PSICANÁLISE, 2005.

FERRARI, I. F. Anorexia: forma de dizer que o desejo é o motor da vida. *Revista pulsional*. p. 102-110, mar. 2004.

FERREIRA, A. B. H. *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1989.

FREUD, S. Um caso de cura pelo hipnotismo. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. I (1893a).

_____. Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar (Breuer e Freud). In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. II (1893b).

_____. Rascunho G. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. I (1895a).

_____. Casos clínicos. Caso 2. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. II (1895b).

_____. Considerações teóricas (Breuer). In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. II (1895c).

_____. Carta 105. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. I (1899).

_____. O método psicanalítico de Freud. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. VII (1904).

_____. Fragmentos da análise de um caso de histeria. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. VII (1905a).

_____. Sobre a psicoterapia. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. VII (1905b).

_____. Totem e Tabu e outros trabalhos. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIII (1913).

_____. História de uma Neurose Infantil. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XVII (1918).

FUKS, M. P. O mínimo é o máximo: uma aproximação da anorexia. In: ESTADOS GERAIS DA PSICANÁLISE: SEGUNDO ENCONTRO MUNDIAL, Rio de Janeiro, 2003.

GASPAR, F. L. A violência do outro na anorexia: uma problemática sem fronteiras. *Revista latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. Ano VIII, 4, p. 629-643, dez 2005.

_____; CARDOSO, M. R. Quando o psiquismo convoca o corpo: a resposta anoréxica. In: FIGUEIREDO, A. C. (org.) *Corpo, sintoma e psicose: leituras do contemporâneo*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2006.

GIORDANI, R. C. F. *A experiência corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica*. 2004. 106 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

GOGARTI, S. B. O feminino congelado na anorexia. In: ALONSO, S. L.; GURFINKEL, A. C.; BREYTON, D. M. (orgs.). *Figuras clínicas do feminino no mal-estar contemporâneo*. São Paulo: Escuta, 2002.

GOMES, M. J. E. *Uma introdução à problemática da anorexia*. 2002. 108 f. Dissertação (Mestrado em Teoria Psicanalítica) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

GONZAGA, A. P.; WEINBERG, C. Transtornos Alimentares: uma questão cultural? *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, 8, n. 1, p.30-39, mar. 2005.

GOULART, M. *Anorexia Nervosa: uma leitura psicanalítica*. 2003. 80f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

GRANT, W. H. anorexia e a mulher da pós-modernidade. *Psicanálise univ.* abr. p. 53-63, 2001.

JERUSALINSKY, A. Primeiros desafios. Operações simbólicas. *Mente Cérebro: A mente do bebê. O fascinante processo de formação do cérebro*. São Paulo, v. 1, n.1, p. 60-65, 2006.

JUSTUS, D. Anorexia - um estudo. *Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*, Seção RJ - caderno II, 2000.

LACAN, J. A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 591-652 (1958a).

_____. O Estádio do Espelho como formador da função do eu. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 96-103 (1958b).

_____. A significação do falo. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 692-703 (1958c).

_____. De uma questão preliminar a todo tratamento possível na psicose. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 537-590 (1958d).

_____. *O Seminário*, livro 4: a relação de objeto. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995. (1956).

_____. *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente. Da imagem ao significante no Prazer e na Realidade*, 1999, p. 221-260 (1957).

LANGE, E. S. N. *Jovens Anoréticas e suas mães: abordagem psicodinâmica de uma clínica da contemporaneidade*. 2005. 156 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

LAZZARINI, E. R. *Em Cena a Anorexia: Articulações na Teoria e na Clínica*. 2001. 126 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2001.

_____; VIANA, T. C. *Narcisismo e anorexia*. In: II ENCONTRO LATINO AMERICANO DOS ESTADOS GERAIS DE PSICANÁLISE. Instituto Sedes Sapientiai, São Paulo, 2001.

LIMA, G. L.; GUTIERRA, B. C. C. Anorexia: fome de nada. In: 1 SIMPÓSIO INTERNACIONAL DO ADOLESCENTE. São Paulo, 2005.

LIRA, L. *Narrativas de Ana: Corpo, Self e Consumo entre um grupo pró-anorexia na internet*. 2006. 155 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Cultural) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2006.

MACHADO, C. G. *Anorexia Nervosa na adolescência: aspectos da interação familiar*. 1998. 196 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1998.

MAGTAZ, A. C. *Abordagem psicanalítica da anorexia e da bulimia como distúrbios da oralidade*. 1998. 146 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1998.

_____. *Distúrbios da oralidade na melancolia*. 2008. 190 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

MANONNI, M. *O psiquiatra, seu “louco” e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1970.

MATTOS, C. P. Anorexia e bulimia em “Pollyana moça”. *Curinga*, nº 20, nov. 2004.

MIRANDA, M. R. *Anorexia Nervosa e bulimia à luz da psicanálise a complexidade da relação mãe-filha*. 2003. 177 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2003.

MORAES, L. R. N. *Anorexia Nervosa e Histeria - Uma Visão Crítica*. 2001. 118 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

MOURA, F. E. G. *O cuidado materno e a estruturação do vínculo mãe-filha nos transtornos alimentares*. 2007. 93 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

MOURARIA, C. G. *Um corpo: a queixa muda da anoréxica*. 2005. 137 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

MOYA, T. *Criação e análise da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA (Levantamento Sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes)*. 2005. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

_____. *Validação da Sessão de Transtornos Alimentares do DAWBA (Levantamento Sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes)*. 2006. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

OLIVEIRA, R. M. *Corpos dóceis ou corpos em rebelião? Construção da feminilidade e devir-anoréxico na internet*. 2004. 120 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2004.

[OMS] ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: 10ª revisão*, 1995. São Paulo, 1995.

RAMALHO, R. M. *Anorexia e bulimia: manifestações do sofrimento feminino hoje*. 2001. 131 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2001.

RAMIREZ, H. et al. Transgressão ao corpo: Um caso de anorexia. *Revista Psychê*, São Paulo, v.7, n.12, jul-dez. 2003.

RAIMBAULT, G.; ELIACHEF, C. *Las indomables*. Figuras de la anorexia. Buenos Aires: Nueva Visión, 1991.

ROBELL, S. *Anorexia Nervosa e os limites de seu tratamento*. 1996. 197 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1996.

SALLES, C. Cisne - um caso feliz. *Revista Opção lacaniana*, n. 38, p. 54-58, 2003.

SCAZUFCA, A. C. *A abordagem psicanalítica da anorexia e da bulimia como distúrbios da oralidade*. 1998. 146 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1998.

_____. *Distúrbios da oralidade na melancolia*. 2008. 190 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

SCHMIDT, E.; MATA, G. F. Anorexia nervosa: uma revisão. *Revista de psicologia Fractal*, vol.20, n.2, p.387-400, dez. 2008.

SCHONTAG, M. A. *explosão do enquadre na clínica: mutações e desenvolvimento da relação transferencial e contratransferencial*. 1995. 252 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1995.

SILVA, D. *Do outro lado do espelho: anorexia e bulimia para além da imagem - uma etnografia virtual*. 2004. 143 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

SILVA, V. *As causas sociais da anorexia nervosa: a ditadura da beleza magra*. 2005. 165 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

SILVA, A. N. *A anorexia entre o desejo e o gozo*. 2005. 103 f. Dissertação (Mestrado em Teoria Psicanalítica) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

_____. *Algumas formulações de um estudo realizado sobre anorexia*. VIII JORNADA BRASILEIRA DE CONVERGÊNCIA – Movimento Lacaniano para a psicanálise freudiana, 2008, *Resumos*. Disponível em: <www.convergenciafreudlacan.org>. Acesso em: 05 mai. 2009.

SOUZA, L. V. *Produção e negociação de sentidos em um grupo de apoio aos familiares de pessoas diagnosticadas com anorexia e bulimia nervosas: uma perspectiva construcionista social*. 2006. 138 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

SOUZA, M. A. J. *Grupo Multifamiliar como Recurso no Tratamento dos Transtornos Alimentares*. 2003. 135 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

VALE, A. M. O. *Comportamento Alimentar Anormal e Práticas Inadequadas para Controle de Peso entre Adolescentes do Sexo Feminino de Fortaleza*. 2002. 127 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002.

WEINBERG, C. “Cabeça vazia é oficina do diabo” – uma compreensão psicanalítica da depressão na anorexia. Disponível em: http://www.sedes.org.br/Departamentos/Formacao_Psicanalise/cabeca_vazia.htm. Acesso em: 09 dez. 08.

_____. *Avaliação crítica da evolução histórica do conceito de anorexia nervosa*. 2004. 136 f. Dissertação (Mestrado em Fisiopatologia Experimental) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

_____; CORDÁS, T. A. *Do altar às passarelas: da Anorexia Santa à Anorexia Nervosa*. São Paulo: Annablume, 2006.

WHEATLEY, L. M. F. 2006. 79 f. *O corpo do sujeito: escuta sensível na clínica*. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

ANEXO

Itens norteadores da entrevista com as adolescentes:

1 – Identificação

Nome (iniciais); idade; estado civil; escolaridade.

2 – História de vida

Constituição familiar; relação com cada membro da família; rotinas; como é o relacionamento na escola; com amigos; como lida com a sexualidade; se tem relações amorosas.

3 – Autoimagem (como se vê)

4 – Relação com a alimentação

Relação com a alimentação; por que recusa a se alimentar; desde quando; que sentido tem.

5- Tratamento da anorexia nervosa

Quando começou; se já passou por internações; se toma medicação; quem a trouxe ao ambulatório.

6- Expectativa futura

O que espera da vida.