

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO



Alice Gallas Stepansky

INDEPENDÊNCIA OU MORTE?

Uma visão psicanalítica sobre a anorexia

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Orientadora: Profa. Monah Winograd

Rio de Janeiro

Maio de 2017



Alice Gallas Stepansky

INDEPENDÊNCIA OU MORTE?

Uma visão psicanalítica sobre a anorexia

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Profa. Monah Winograd

Orientadora

Departamento de Psicologia – PUC-Rio

Profa. Perla Klautau

UVA - RJ

Profa. Barbara Andrade

UFRJ

Profa. Monah Winograd

Coordenadora Setorial de Pós-Graduação
e Pesquisa do Centro de Teologia
e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 23 de maio de 2017.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização do autor, do orientador e da universidade.

Alice Gallas Stepansky

Graduou-se em psicologia pela Universidade Católica do Rio Grande do Sul em 2014.

Ficha Catalográfica

Stepansky, Alice Gallas

Independência ou morte? : uma visão psicanalítica sobre a anorexia / Alice Gallas Stepansky ; orientadora: Monah Winograd. – 2017.

92 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2017.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Anorexia. 3. Trauma. 4. Objeto primordial. I. Winograd, Monah. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Aos meus pais,
por todo incentivo e apoio.

Agradecimentos

À CAPES e à PUC-Rio, pelos auxílios concedidos, sem os quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

À Monah Winograd, minha orientadora, pela paciência e disponibilidade, e pelo olhar carinhoso e criterioso durante toda a produção desta dissertação.

À Bárbara Andrade, por seus conselhos pessoais e acadêmicos.

Aos meus pais, por terem me apoiado incondicionalmente durante todo esse processo, por aceitarem minhas loucuras e por jamais terem deixado faltar amor: esta vitória e todas as outras sempre serão dedicadas a vocês.

Ao João Pedro, pelo companheirismo diário, por me confortar sempre que preciso, por acreditar em mim e por todo nosso amor compartilhado.

Ao Vini, pela paciência com as minhas crises, por me conter diariamente e por dividir comigo cada etapa deste processo sempre com muito amor e carinho.

Ao Agostinho, por estar ao meu lado ao longo de todo esse processo, pelas tapiocas maravilhosas e por segurar na minha mão na reta final.

A Lulu Barros, por dividir comigo toda essa intensidade vivida; e que nunca nos falte pautas sobre o amor.

A Thaina e ao Pedro, por estarem ao meu lado, pelo café preto, para acordar; pelo vinho, para dormir.

Ao Marcelo, pela eterna amizade e pelo olhar carinhoso e pelos cuidados ao longo de toda essa escrita.

A Isa e ao Lucas, por todo acolhimento e pela linda amizade compartilhada.

Aos meus avós, por serem eternamente meus exemplos de determinação e coragem.

Resumo

Stepansky, Alice Gallas; Winograd, Monah. **Independência ou morte? Uma visão psicanalítica sobre anorexia.** Rio de Janeiro. 2017. 92 p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A presente dissertação consiste em uma análise teórico-psicanalítica da anorexia com enfoque nas questões relacionadas ao amadurecimento emocional na relação mãe-bebê, bem como nas questões envolvendo o trauma no amadurecimento psíquico. Primeiramente, será conceituada a anorexia tanto em sua vertente patológica quanto no uso da doença como uma maneira de manter-se vivo. Posteriormente, serão abordados os conceitos winnicotianos referentes à relação primordial materna com o indivíduo anoréxico. Por fim, serão apresentados os modelos do trauma pelo viés freudiano. O presente estudo discorre sobre a organização psíquica dos sujeitos comprometidos pela anorexia, olhando para as falhas do objeto primordial em um momento precoce do desenrolar psíquico, assim como a necessidade do indivíduo de usar a doença como uma forma de manter-se vivo e de tentar separar-se do objeto externo.

Palavras-chave

Anorexia; trauma; objeto primordial

Abstract

Stepansky, Alice Gallas; Winograd, Monah (Advisor.) **Independence or death? A psychoanalytic view on anorexia.** Rio de Janeiro. 2017. 92 p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

This dissertation consists of a theoretical – psychoanalytic analysis of anorexia with a focus on issues related to emotional maturation in the mother – baby relationship, as well as on issues involving trauma in psychic maturation. Firstly, we will conceptualize anorexia both in its pathological aspect and in the use of the disease as a way of maintaining oneself alive, in order to approach the Winnicottian concepts regarding the maternal primordial relationship with the anorexic individual. And finally, present the models of trauma through the Freudian bias. The present study deals with the psychic organization of the individuals compromised by anorexia, looking at the failures of the primordial object at an early moment of the psychic unfolding, as well as the individual's need to use the illness as a way to stay alive and try to separate from the external object.

Keywords

Anorexia; trauma; primordial object.

Sumário

1. Introdução	10
2. Anorexia: independência ou morte?	13
2.1. Estado limite e anorexia	16
2.2. As dificuldades do simbolizar	22
2.3. Anorexia: Uma saída	27
3. O desenrolar psíquico e suas falhas	36
3.1. Mãe suficientemente boa	37
3.2 Fases do desenvolvimento emocional	39
3.3. Objetos transicionais, a criatividade e o brincar	44
3.4. Integração e faces da falha	48
4. Trauma	58
4.1. A sedução como trauma	60
4.2. O trauma a posteriori	65
4.3. Trauma precoce e anorexia	71
5. Considerações finais	79
6. Referências bibliográficas	83

“De nuestros miedos nacen nuestros corajes, y en nuestras dudas viven nuestras certezas. Los sueños anuncian otra realidad posible, y los delirios otra razón. En los extravíos nos esperan los hallazgos porque es preciso perderse para volver a encontrarse.”

(Eduardo Galeano)

1 Introdução

O presente trabalho pretende articular conceitos freudianos e winnicotianos a fim de compreender questões relacionadas ao transtorno alimentar – anorexia –, tendo como ponto de partida a relação mãe-bebê. O interesse pelo tema da anorexia nervosa é baseado na tentativa de entender tanto as questões relacionadas ao prejuízo pelo adoecimento quanto ao uso da patologia para manter-se vivo.

A revisão teórica tem início com a análise do adoecimento pela anorexia, que seria a resposta do sujeito frente a um novo evento, a adolescência, que denuncia as falhas postas após um trauma experienciado na fase inicial da vida.

No que diz respeito à patologia estudada, inicia-se a análise através do conceito geral da anorexia, definindo-a como uma privação do apetite relacionado à recusa em manter o peso corporal necessário para o funcionamento saudável do organismo. Posto isso, posteriormente, nos debruçaremos sobre a anorexia pelo viés dos estados limites sob o olhar de autores como André Green (1975), passando então a questões relacionadas às dificuldades do poder de simbolização na anorexia.

A autora Joyce McDougall (1991) será muito importante para a presente análise do tema da subjetividade e anorexia. A autora enriquece a argumentação acerca das dificuldades que o anoréxico sofre pela precariedade de seu poder de simbolização e elaboração subjetiva.

Nesta dissertação, busca-se clarear outro viés da anorexia, examinando os pontos ligados ao movimento de busca em manter-se vivo. Portanto, o foco será no aprofundamento da tentativa de buscar uma saída para sobreviver diante da dificuldade em constituir-se como ser único e autônomo sob o olhar do objeto.

A partir daí, serão aprofundadas questões relacionadas ao “eu” e ao “outro”, visto que o trauma está associado a uma falha ambiental em uma etapa na qual a criança está iniciando o processo de elaboração, onde, sem o olhar do outro, não há como progredir de maneira saudável.

Para tanto, direciona-se o olhar para o bebê e sua relação com o objeto primordial. À luz da teoria winnicottiana, aprofundaremos o que, para nós, é o fator mais importante para o entendimento da anorexia: a compreensão da falha

materna no desenrolar psíquico da criança. O fracasso do objeto materno será discorrido pelo entendimento dos conceitos abordados por Winnicott (1983/2007).

Será analisado o papel da mãe suficientemente boa, tendo em vista a importância desse objeto e a dependência que o bebê tem da qualidade desse olhar diante das dificuldades esperadas no desenvolvimento saudável.

“Sabemos que o mundo estava lá antes do bebê, mas o bebê não sabe disso, e no início tem a ilusão de que o que ele encontra foi por ele criado. Esse estado de coisas, no entanto, só ocorre quando a mãe age de maneira suficientemente boa” (Winnicott, 2002, p. 56).

Além disso, discorrer-se-á sobre o entendimento da preocupação materna primária, do ambiente suficientemente bom e das falhas necessárias para a estruturação psíquica, assim como as fases do amadurecimento emocional, os conceitos relacionados à criatividade, o brincar e o papel fundamental dos objetos transicionais. Após as definições expostas, chegar-se-á na análise da integração egoica da criança e as faces da falha.

É a partir desse processo de integração que ocorre a diferenciação entre psique e soma, ponto em que o bebê consegue habitar seu próprio corpo, portanto, existir como um sujeito íntegro e independente do olhar do objeto (Winnicott, 1983/2007). Entretanto, devido ao excesso de presença materna, esse indivíduo entra na fase posterior do desenvolvimento sem ter elaborado saudavelmente essas etapas, o que acarreta um amadurecimento marcado por traumas estruturais precoces.

A partir disto, temos as dificuldades da elaboração psíquica diante das dificuldades da vida. Desta forma, no último capítulo, será feita a análise dos modelos do trauma em Freud (1914/2004;1920/1977), passando pelo primeiro modelo do trauma. Posteriormente, discorreremos sobre o segundo modelo do trauma para chegar ao trauma precoce e sua associação com a patologia estudada.

A reflexão sobre este tema é de fundamental importância para a compreensão da anorexia, visto que é por meio do entendimento do rompimento das defesas do sujeito que a doença se instaura na psique humana. O trauma, segundo nosso enfoque, pretende trazer à tona a ideia de um excesso de energia pulsional, que penetra no amadurecimento do indivíduo e causa uma desestruturação no percurso de seu desenvolvimento.

Os traumas desorganizam o funcionamento psíquico ao nível dos investimentos objetais e desorganizam a constituição do narcisismo, assim como das falhas que participam da estruturação e organização do infantil, da pulsão e do desejo, apontando para a potencialidade esperada quanto ao traumático ligado à base de todo funcionamento psíquico (Bokanowski, 2005).

O objetivo da presente dissertação é aprofundar as questões relacionadas ao trauma pelo viés desestruturante do psiquismo, que causa um dano narcísico e uma ruptura do ego, diferenciando das falhas estruturais necessárias para a organização psíquica.

Desta forma, o primeiro modelo do trauma, encontrado no contexto teórico de 1895 a 1905, parte do pressuposto dos estudos freudianos sobre as histéricas e as questões relacionadas à teoria da sedução. Freud (1896/1974) postula que o trauma está restrito a um atentado sexual sofrido pela criança de forma passiva, apresentando-se em dois tempos. O primeiro tempo está localizado em uma etapa inicial da vida, na inscrição psíquica da situação abusiva. O segundo tempo surge de alguma experiência vivida em fase posterior, que aciona a lembrança do evento traumático por meio de traço associativo.

Ao abordar o segundo modelo do trauma, Freud (1920) trabalha as questões relacionadas ao excesso pulsional proveniente de um trauma que desorganiza a estrutura psíquica do sujeito. Como afirma Cardoso (2010), o trauma passa a ser compreendido como um excesso pulsional, portanto, excesso de energia livre, que, por estar fundamentalmente desligada e não elaborada, passa a ter fixações no amadurecimento emocional, desestruturando a psique humana.

Essa concepção teórica deixa claro que, diante de tal disfunção, ocorre um empobrecimento da capacidade de elaboração subjetiva do indivíduo, que, sem ter como dar conta dessa invasão, tem seu desenvolvimento emocional marcado por uma impotência. Com isso, no capítulo final, o foco será o trauma precoce associado à anorexia.

Tomando como base os modelos traumáticos de Freud (1895;1920), pensando na fragilidade egoica da criança somada ao excesso experienciado na relação com o objeto, chega-se ao atravessamento da anorexia como uma patologia resultante de uma falha na relação mãe-bebê.

2 Patologias alimentares: anorexia

O conceito geral da anorexia nervosa é definido como uma privação do apetite, associado à recusa em manter o peso corporal necessário para o funcionamento saudável do organismo. De maneira geral, é possível afirmar que está presente na anorexia o medo constante do aumento do peso corporal, causando a amenorreia em mulheres, assim como hiperatividade associada a possíveis mudanças de caráter e problemas ligados a percepção corporal. Esse transtorno se dá, principalmente, porém não exclusivamente, em mulheres durante a adolescência. Os casos clínicos mais comuns são os de meninas adolescentes entre os 12 e 15 anos de idade (Nunes, 2006).

As características típicas da anorexia, segundo Hercovici e Bay (1997), aparecem na adolescência, com sintomas que incluem baixa ingestão calórica, visão distorcida da imagem corporal, interpretação errônea dos estímulos corporais, assim como dos significados da necessidade nutricional. O resultado da perda de peso pelo rechaço alimentar acaba por interferir na regulação do sistema nervoso central, prejudicando o crescimento do corpo, a independência pessoal e a sexualidade. O curso da doença é marcado por uma perda de peso progressiva e continuada. O padrão alimentar vai se tornando cada vez mais secreto e muitas vezes até assumindo características ritualizadas.

O modelo etiológico acreditado para explicar a gênese e a manutenção da anorexia é o modelo multifatorial, que se baseia na hipótese de que vários fatores biológicos, psicológicos e sociais estejam envolvidos, inter-relacionando-se. O fator crucial para o entendimento da anorexia é compreender os prejuízos que o transtorno causa no funcionamento da autonomia do indivíduo, bem como no estabelecimento da identidade, diminuindo assim a capacidade de amadurecer separadamente dos familiares.

O vocábulo “anorexia” é derivado do grego *anorektos*. A tradução literal aponta para “sem apetite, sem desejo”, o que nos leva a percorrer a compreensão do ponto fundamental dessa patologia, que se dá pelo entendimento do funcionamento psíquico do anoréxico com relação do sentimento de prazer e desejo pela autodestruição, pela necessidade de contato com a dor do vazio.

O alimento – ou alimentar-se – é feroz e sagrado. A energia da vida, em seu sacrifício, gera a própria necessidade da violência primitiva da caçada para manter-se viva. Na outra ponta, tem-se o jejum, que denota também ao sagrado e ao ritualístico, mas de forma antagônica captura a purificação, o estado de sublimação e, sobretudo, a autopunição e a privação de prazeres mundanos, pecados condenados religiosa ou socialmente.

A culpa é um ponto chave. Se em escritos teológicos encontramos relatos ligados ao jejum como ato relacionado à eliminação dos pecados religiosos, também se verifica nos casos clínicos de anorexia a autopunição como um sentimento recorrente. Em 1868, conforme aponta Bidaud (1998), o termo anorexia nervosa começou a surgir nos estudos psicanalíticos, denunciando questões relacionadas à privação do comer pelo viés psicológico.

O transtorno anoréxico, assim como outros transtornos alimentares, é considerado um transtorno do estado limite, ou seja, situa-se na interface entre a neurose e a psicose. O fronteiroço é, antes de tudo, uma organização bastante singular, marcada principalmente pela fragilidade dos limites intrapsíquicos e intersubjetivos. Nas palavras de Green: "não se trata simplesmente do problema dos limites do ego, mas também da desorganização dos limites no interior do aparelho psíquico" (1990, p.13). Nesses casos, ocorre grande dependência do objeto, que se torna um apoio, funcionando como um ego e um superego auxiliar, gerando uma "permeabilidade excessiva entre o ego, o id e o superego" (Green, 1896/1990, p. 13).

Justamente pelo fato de pacientes desse tipo de clínica possuírem uma falha no desenvolvimento do processo de simbolização psíquico, é que ocorre um intenso prejuízo à capacidade de pensar. Isto, articulado com a dificuldade em separar interno/externo, dentro/fora, eu/outro – ocasionada pela deficiência da funcionalidade de suas fronteiras psíquicas –, denuncia as falhas na relação com o objeto primário (McDougall, 1991).

Fica claro que os tempos atuais (novas simbolizações e práticas sociais) servem como reforçadores das patologias alimentares como um todo. Porém, neste estudo não serão aprofundadas as questões sociais e culturais. Apenas pontua-se que, como diversos autores afirmam (Hercovici & Bay, 1997; Carreiro, 2005; Andrade & Bosi, 2003), a mídia e o culto à magreza são aspectos importantes no cuidado dessas patologias, porém não são determinantes.

A prevalência de anorexia nervosa varia de 2% a 5% em mulheres adolescentes e adultas. Nos Estados Unidos, é a terceira doença crônica mais comum entre adolescentes, só perdendo para a obesidade e a asma (Dunker & Philippi, 2003). Uma revisão de 12 estudos relatou incidência média anual de anorexia nervosa em 18,5 por 100.000 entre mulheres e 2,25 por 100.000 entre homens da população (Hay, 2002). Vale pontuar que adolescentes do sexo feminino constituem o maior número de casos, correspondendo a 90% deles. Os 10% restantes são indivíduos adolescentes de sexo masculino (André, 2001).

Nosso objeto de interesse maior, no entanto, está na compreensão das razões pelas quais um jovem acolhe a anorexia como um meio, uma forma estoica de vida. Considerando as ideias anteriormente descritas sobre o trauma freudiano e a relação mãe-bebê pelo viés winnicotiano, algumas associações serão estabelecidas.

Porém, iniciando sob a ótica do texto “*Estudos sobre a histeria*” (1895/1987), pode-se afirmar que Freud aborda a anorexia como sendo um sintoma de conversão ligado a um trauma psíquico. Seu entendimento sobre o transtorno alimentar, nesse momento teórico, está vinculado a outras patologias, como a histeria. Freud buscou entender a anorexia a partir do modelo da histeria, dando destaque para a oralidade na organização da sexualidade assim como sua relação com a melancolia.

Freud, nesse desenrolar teórico, analisa o caso de uma paciente que desenvolve sintomas associados à falta de apetite após o nascimento de seu primeiro filho e a repetição desses sintomas no nascimento do seu segundo filho. Nesse contexto, a patologia é pontuada como “histeria ocasional”.

Bidaud (1998), baseado nas teorias de Lasègue, afirma que, a partir desse momento, a anorexia é vista como um sintoma puramente histérico, portanto, anorexia histérica na qual a recusa alimentar é entendida como um sintoma de conversão.

Freud (1895), no texto *Manuscrito G*, aprofunda sua teoria sobre a anorexia comparando-a com a melancolia. Pontua que, baseado em suas observações clínicas, sua paciente, além de não se alimentar por não ter apetite, demonstra fortemente a perda libidinal.

A neurose alimentar paralela à melancolia é a anorexia. A anorexia das jovens, que é um problema bem conhecido, aparece, após uma observação rigorosa, como uma forma de melancolia nos sujeitos com a sexualidade ainda inacabada. A paciente assegura não comer simplesmente porque não tem fome. Perda do apetite e, no domínio sexual, perda de libido” (*ibidem*, p.93).

Esse viés do raciocínio freudiano serve exatamente de introdução para o caminho de teoria que desejamos traçar. Ao longo deste trabalho será aprofundada esta questão relacionada à anorexia e à ausência do desejo, o que, acredita-se, vai além de uma recusa alimentar, mas sim, conduz para uma falta do desejo da necessidade do alimento. A alimentação passa a não despertar prazer, portanto, não se trata de uma privação dolorosa do comer e sim de uma ausência de prazer na ingestão alimentícia.

2.1 Estados limites e anorexia

Conforme pontuado nos estudos de Green (1990), os denominados casos dos estados limites são aqueles em que ocorre um fracasso na elaboração dos limites intersubjetivos e intrapsíquicos, causando uma fragilidade na elaboração dos espaços tanto internos quanto em relação aos externos/objetos.

Tal fracasso denuncia o desequilíbrio da relação objetal primária do sujeito, portanto, da mãe com o bebê. A mãe não conseguiu exercer sua maternagem suficientemente boa, interferindo, assim, na "formação intermediária no diálogo entre o corpo e o mundo". (*ibidem*, p. 59).

“[...] é necessário então considerarmos o limite como uma fronteira móvel e flutuante, tanto na normalidade, quanto na patologia. O limite é talvez o conceito mais fundamental da psicanálise moderna. Não devemos formula-lo em termos de representação figurada, mas sim em termos de processos de transformação de energia e de simbolização”. (Green, 1976, p.125-126)

Sob o viés de Bergeret (1974), quanto aos casos fronteirizos, André Green (1990) pontua que esses estados limites relacionam-se a traumas precoces que causam uma desorganização associada à ameaça de perda do objeto juntamente com a existência de um segundo trauma, na adolescência, relacionado à neurose, psicose e regressões psicossomáticas. Essa ideia corrobora o que até então vem

sendo abordado quanto à associação do trauma precoce na anorexia, assim como o pertencimento dessa patologia aos estados fronteiraços.

Seguindo pelo olhar do autor, existe a afirmação do mesmo quanto ao viés winnicottiano do tema indo pela vertente de associação da falha do poder de simbolização dos pacientes fronteiraços, ligadas a falta do papel suficientemente bom por parte do objeto primordial, entrando nas questões relacionadas a dificuldade em lidar com o vazio. Gurfinkel (2011) pontua corretamente que as características das patologias fronteiraças são tanto a dissociação quanto o esvaziamento do sentido.

Afirma-se, então, que esses pacientes demonstram uma insuficiência no poder de representação, portanto, uma pobreza simbólica na sua constituição psíquica. A onipresença do objeto intrusivo e a inacessibilidade do objeto idealizado dificultaram a construção de representações, e, portanto, do pensamento, já que a ausência enquanto presença em potencial não se constitui por falta de uma experiência satisfatória ou, em termos winnicottianos, de um ambiente suficientemente bom (Green, 1975).

Dialeticamente, é possível dividir o trabalho do psíquico entre processos disjuntivos e conjuntivo. Desta forma, para se obter a individuação e a autonomia é necessário separar, e, posteriormente, com a mesma importância, é necessário ser capaz de reunir, estabelecendo assim uma comunicação entre os elementos divididos. Gurfinkel (2011), ao afirmar isto, está nos levando ao entendimento de que, graças ao trabalho da simbolização, é possível separar e depois unir os pedaços gerando um terceiro e mais elaborado elemento.

Nos estados limites, há um empobrecimento do poder de simbolização, então é exatamente aqui que se encontra o fator comum entre a anorexia e as patologias fronteiraças. Devido ao excesso de presença materna, ocorre a falha no desenrolar do amadurecimento psicológico do anoréxico, fazendo com que esse movimento de separação para posterior união seja falho, gerando um abismo no sentir e, conseqüentemente, a dificuldade de se ver como um sujeito único, inteiro e desejante. É na dependência do olhar do objeto que o anoréxico vive e é na recusa de comer que ele tenta, repetidamente, se tornar um sujeito autônomo.

(...) Green assinala a importância na constituição subjetiva e na montagem do aparelho psíquico dos limites externos ao eu. Nesse contexto, ele aponta as

duas angústias características dos *fronteiriços*: a angústia de abandono, separação e perda do objeto e a angústia de invasão ou engolfamento pelo objeto. Ambas, abandono e perda ou engolfamento, seriam doenças das fronteiras do ser e implicariam possibilidades aterrorizadoras de morte e dissolução”. (Figueiredo, 2003, p. 82).

Nesses casos, o objeto é insistentemente procurado no exterior, via a compulsão de repetição. O fenômeno mais marcante é, portanto, o da exteriorização, que pressupõe, dentre muitos outros aspectos, um estado de permanente abertura do espaço egoico ao outro. Reforçando essa teoria, há a ideia já abordada da fragilidade do ego desses sujeitos. Portanto, didaticamente, tem-se um sujeito com o ego extremamente frágil que precisa do ego do objeto como extensão de si, como ego auxiliar.

Dentro desse contexto, há uma angústia depressiva do medo da perda do objeto, o que é diferente da angústia de castração do neurótico e da angústia de destruição do psicótico. Uma angústia totalmente ligada ao objeto, ligada à dificuldade em lidar com as demandas da vida sem o olhar do objeto externo. Essa dificuldade está presente na anorexia, porém, nesse caso, existe a ambivalência de lutar por uma separação do mesmo (Chagnon, 2009).

Bergeret (1974) pontua que os estados limites têm sua origem, conforme apontado anteriormente, em traumatismos precoces que geram um impacto desorganizador na psique. Essa desorganização precoce bloqueia a evolução saudável do amadurecimento emocional, e, por consequência, impede a resolução do complexo de Édipo, que passa a operar com seu poder no psiquismo. Devido a isso, o sujeito fica preso na angústia da perda do objeto.

Se o trauma é compreendido, com base na teoria freudiana, como um excesso pulsional, excesso de energia livre, que o ego não vê os meios de ligá-la, de elaborar psiquicamente essas excitações, então é possível associar que, diante da precariedade do poder de simbolização, os pacientes *fronteiriços* procuram uma maneira de evacuar as excitações que não conseguem ser ligadas. Essa falha no âmbito representacional gera diversos prejuízos ao sujeito. Constitui, portanto, a anorexia, um exemplo de como se dá a evacuação das pulsões que não têm representação e o prejuízo que a falta representacional gera.

Essas marcas traumáticas, por não poderem ser inscritas, interiorizadas como representações psíquicas, tendem a ser exteriorizadas pela via do ato e do

corpo, ou seja, inclinam-se a ser expostas através de fenômenos veiculados pela compulsão de repetição. Na anorexia, existem os processos repetitivos da negativa em ingerir alimentos como uma incansável tentativa de libertar-se da fusão com o objeto. Porém, devido à ambiguidade vista na patologia, no mesmo movimento de não comer e de fantasia de controle da própria vida, há a dificuldade de não conseguir viver com o vazio deixado pela ausência do olhar do objeto.

Esse raciocínio leva a aprofundar a questão da exteriorização e das angústias de caráter paradoxal que inundam os sujeitos pertencentes à clínica dos estados limites, assim como os anoréxicos. O paradoxo se dá pela ameaça de invasão e, ao mesmo tempo, pela ameaça de perda do objeto.

“[...] é preciso um esforço considerável para tolerar a ausência, diferenciá-la da perda e para dar ao mundo da representação seu pleno papel: imaginação e pensamento. Somente a ausência do objeto pode estimular a imaginação e o pensamento, em outras palavras, a criatividade e a vitalidade psíquicas”.
(Green, 1976, p. 139)

O que temos nesses casos são pacientes que tiveram a experiência de uma fusão com o objeto materno e não conseguiram vivenciar a ausência desse objeto para conseguir desenvolver, de maneira saudável, seu poder de subjetivação para dar conta das demandas da vida. Estes vivem presos no medo paradoxal entre a perda e a fusão dessa relação primordial excessiva. Conforme apontado por Green (1976) acima, é necessário um grande esforço por parte do sujeito para conseguir lidar com a ausência e com o vazio interno, e, tanto na anorexia quanto nos estados limites, o que temos é uma dificuldade em lidar com esse sentimento, visto que o mesmo não pode ser elaborado da maneira esperada nos primeiros momentos de vida.

Além das angústias de caráter paradoxal que inundam os sujeitos pertencentes a essa clínica, temos, no plano interno, a ausência da formação de uma efetiva zona fronteira entre o eu e o outro interno. Essa ausência interna causa uma grande dificuldade no estabelecimento de ligações elaborativas entre as marcas traumáticas e o ego. Aquilo que não consegue representação surge como ato, resposta limite à ameaça de um possível transbordamento interno provocado pela presença de um excesso pulsional.

Devido à falta de elaboração subjetiva, nesses casos, a angústia surge como um afeto sexual que não pode ser formado, a tensão física não pode se ligar psiquicamente. Portanto, a angústia surge como um substituto somático da representação que falta. Frente à dificuldade de simbolização, o sujeito tem na angústia a resposta para uma impossibilidade de representação. (Green, 1973)

Nos estados limites temos o objeto como uma fonte de consistência para o sujeito, como se na ausência do outro houvesse uma falta de ser, um transbordamento que impossibilita o existir. A angústia paradoxal baseada no medo da perda do objeto e no medo da invasão dele se transforma em ato.

Se nos casos pertencentes a essa situação limítrofe existe uma dificuldade de elaboração, portanto, a passagem ao ato como forma de comunicar-se. Na anorexia temos a passagem ao ato com o não comer. O movimento da recusa, acredita-se, está estritamente ligado à falta de alternativa psíquica para comunicar-se e, com isso, o uso das marcas no corpo como uma forma de denunciar seu adoecimento.

A importância do objeto, nestes casos, é absolutamente crucial, isto é, a importância da manutenção da autonomia do ego frente ao objeto. De acordo com esse viés, a manutenção dos limites psíquicos é ainda mais importante do que a satisfação pulsional e o investimento narcísico. Devido à precariedade das falhas psíquicas, o foco principal desses indivíduos é tentar assegurar seu lugar diante do objeto – que é visto como intrusivo – mais do que lutar para ser um ser desejante (Moreno; Junior, 2012).

Nos estados limites, fala-se em pessoas que carregam em si falhas simbólicas e marcas de outro objeto que abalam o processo de introjeção e inscrição. Diante disso, ocorre um esforço constante no sentido de se livrar de uma experiência psíquica insuportável através da exclusão somática e da expulsão via ação, ou até mesmo do desinvestimento libidinal. O indivíduo luta incessantemente para conseguir dar conta do fluxo de excitações que vagam livremente, sem registro de ligação (*ibidem*).

O que existe nesses casos é o adoecimento como defesa frente à ameaça de fusão regressiva. Ou seja, o sujeito adoce para tentar dar conta das exigências do mundo externo e do outro (Green, 1976).

Na anorexia, o que vemos é o uso do controle do peso corporal como proteção do sujeito frente à ameaça de fusão regressiva ou de dissolução psíquica.

A doença, nesses casos, garante certa coerência do eu. É importante sublinhar que, para os indivíduos que sofrem de anorexia, a perda de peso é percebida como uma grande conquista e um sinal de autocontrole, ao passo que o ganho de peso é como um fracasso da autodisciplina, sendo inteiramente inaceitável.

Na anorexia há uma fixação na fase pré-edípica, portanto, nas relações primitivas, assim como um não reconhecimento da alteridade, deixando claro que as fronteiras egoicas são extremamente tênues. As intensidades pulsionais desorganizadoras vividas por esses sujeitos fazem com que não haja um espaço próprio para sua efetiva constituição. Assim, este bebê, ainda precário de sua maturidade, é invadido por essa relação materna, assim como o ego não consegue dar significado para esse excesso. As fronteiras egoicas, por sua vez, não conseguem ser elaboradas de maneira clara e estável. Sendo assim, a anorexia seria uma resposta à toda a invasão sentida, a todo o excesso acumulado; tudo posto na doença experienciada.

De acordo com o traçado, a ideia do paradoxo faz parte de todo nosso pensamento. Se, por um lado acredita-se que o excesso pulsional pela fusão materna no período pré-edípico causa uma falha no processo de amadurecimento do sujeito, levando o mesmo a não dar conta das questões simbólicas, por outro lado nota-se que diante desse sujeito adoecido existe um objeto externo que não consegue sustentar esse corpo molesto. Com isso, conclui-se que tanto nos primórdios do desenrolar psíquico quanto posteriormente existe uma mãe que não consegue dar conta dessa relação, pecando por um abandono.

Observa-se que, para além dessa relação primária mãe-bebê, o que fica na vida do sujeito anoréxico é o estabelecimento de relações com o pano de fundo dessa relação doentia com a mãe. Ou seja, o sujeito cria novas relações permeadas por essa dificuldade da fusão ocorrendo uma forte tendência a sempre se permitir ser invadido e, com isso, perder-se de si.

Tendo em vista as frágeis fronteiras egoicas dos sujeitos pertencentes a essa clínica e o resultado dessa fragilidade sendo vista, na prática, como a dificuldade do anoréxico em se discriminar do outro e lutar pela sua própria autonomia, é possível afirmar que a anorexia é fruto de uma falha no processo e simbolização do ego. Portanto, há uma articulação das falhas precárias na relação inicial com o objeto, com a tênue fronteira egoica. A anorexia fica entendida como o transbordamento do excesso pulsional por parte do ego.

O corpo serve como comunicação, expondo, gritando as dificuldades de representação de quem sofre a doença. O não comer passa a ser percebido como uma escravidão do que não se consegue ser simbolizado, falado: “não comer, recusar o elo fundamental da relação primeira com a mãe, parece ser um ótimo começo a se encenar essa vingança, ou protesto” (Gogarti, 2002, p. 119). Essa vingança é entendida como uma maneira de impor limite na relação com o objeto. O sujeito perde o desejo pelo alimento como uma forma de agredir ao objeto materno. Uma recusa com a mãe intrusiva na tentativa de criar uma barreira e conseguir ser autônomo. Uma busca sofrida por sua diferenciação e singularidade.

2.2 As dificuldades do simbolizar

Se o sintoma, conforme visto por Freud (1920), é o resultado do conflito que se instaura no psiquismo relacionado tanto com a tendência da busca de satisfação do inconsciente quanto com o que é recaiado por parte do ego, é possível aprofundar constatando que pacientes com precariedade no poder de simbolização apresentam pensamentos superficiais, desprovidos de valor libidinal, fortemente orientados para a realidade externa e rigorosamente vinculados à materialidade dos fatos.

Os sujeitos em questão se caracterizam por um comprometimento da capacidade de simbolização. Além disso, esse comprometimento tende a se desdobrar em uma notável restrição da atividade fantasmática, o que indica a existência de uma carência funcional do psiquismo (Horn & Almeida, 2003).

Aprofundando essa questão relacionada ao poder da atividade fantasmática, tem-se como base as ideias de Klein (1986), que considera o primeiro alvo das fantasias da criança como sendo o corpo da mãe, já que ela é o principal objeto com o qual a criança se relaciona em seus primeiros dias de vida.

As principais atividades associadas às funções da fantasia pela teoria kleiniana atravessam a realização de desejos, a negação de fatos dolorosos, a segurança em relação aos fatos aterrorizadores do mundo externo, o controle e a reparação.

Klein afirma que "o terreno donde jorram a mente e a personalidade individuais" (*idem*, p. 284) – ou seja, a partir da relação com a mãe, na qual a criança vivencia um espaço suficientemente bom – será progressivamente amadurecido na psique do sujeito o poder de fantasiar, simbolizar e elaborar as questões subjetivas. Contudo, conforme visto anteriormente, na anorexia ocorre um empobrecimento desse poder.

Nestas novas patologias “contemporâneas”, o corpo vem assumindo a frente da cena, passando a ser o instrumento de expressão da dor e do sofrimento (Fernandes, 2002). Considerando essas características, conclui-se que esses pacientes não conseguem estabelecer conexão com os conteúdos simbólicos regidos por investimentos libidinais arcaicos. Consequentemente, a energia psíquica, que é a essência do quantitativo da simbolização, encontra-se livre e focada em encontrar caminhos mais rápidos e diretos para escoar sua tensão.

Essa questão teórica nos leva a pontuar que o sujeito que sofre de anorexia tem como saída adotar respostas psíquicas precárias para minimizar o impacto causado pelas excitações. Em outras palavras, devido ao fato do inconsciente não conseguir se comunicar mediante o uso de representações, é no corpo que se encontrará sua forma única de expressão (Marty, 1993).

Roussillon (1995) afirma que a simbolização pode ser entendida em dois processos: o primário, no qual o traço mnêmico primário é transformado em traço inconsciente; e o secundário, no qual o traço inconsciente passa a se transformar em traço consciente. Ou seja, o processo primário é responsável pela representação “coisa”; já o processo secundário é o que constitui o desenvolvimento da representação em palavra.

No caso da anorexia nervosa, a falha de representação no psiquismo ocorre pela impossibilidade de transformar uma percepção em uma representação. Ocorre uma cisão e, conseqüentemente, uma falha na etapa da representação “coisa”. Assim, uma falha no processo primário de simbolização está posta.

No início da década de 60, alguns autores, como Marty (1993), abordaram esse tipo de amadurecimento psíquico com o termo "pensamento operatório". Diferente do que era dito nessa época, o que se vê atualmente é que tal termo não remete apenas a uma modalidade de pensamento, mas sim a um tipo de organização psíquica. Fala-se, então, de "funcionamento operatório" para sugerir essa falta do poder de simbolização que é vista da patologia abordada.

Esse funcionamento operatório comporta em seu significado teórico algo abordado na teoria freudiana como um mecanismo de defesa denominado *Verwerfung*, que remete ao repúdio para fora do ego. Assim sendo, o anoréxico tem como tendência ejetar do próprio psiquismo percepções, fantasias e pensamentos associados a afetos. Tal defesa promove a tentativa de exclusão de sentimentos do plano da consciência. (*Ibidem*).

Ao abordar as questões relacionadas a esse “ejetar” das questões não trabalhadas pela consciência, propõe-se que os afetos expulsos do aparelho mental desses pacientes se perdem sem qualquer espécie de compensação psíquica. Portanto, o ato de não comer serve como movimento estritamente ligado à liberação do excesso de energia pulsional, sem dar conta de todas as questões subjetivas, ou seja, sem colocar em questão da consciência as falhas pré-edípicas experienciadas (McDougall, 1989).

A defesa utilizada pelos pacientes dessa clínica demonstra a precariedade psíquica do sujeito anoréxico, marcando a existência de um distúrbio da economia afetiva. McDougall (1984) aborda um conceito teórico denominado “desafetação” para dar conta dos estudos relacionados às dificuldades do poder de simbolização percebido nesses sujeitos. Os indivíduos considerados, nessa questão teórica, desafetados, demonstram forte tendência a manter relações fusionais na tentativa de recriar a ilusão primitiva de unidade corporal e mental com a figura materna, e fomentam, com isso, a crença de existir apenas um corpo para duas pessoas, dificultando ainda mais a distinção de si e do outro. (McDougall, 1991).

Falou-se aqui de certa incapacidade de simbolização, de uma dificuldade de tradução entre concreto e simbólico. O atravessamento do sujeito pela linguagem não se dá de maneira completa, o que impossibilita que o desejo se instaure, deixando-o aprisionado na tendência de evacuar o excesso pulsional através da doença em si. Nestes casos, o processo de simbolização ocorre de maneira insuficiente e deixa sem significado subjetivo o foco corporal, permanecendo não representado pelo sujeito. A fragilidade da simbolização é denunciada pelo comparecimento corporal dos sintomas envolvidos nos transtornos alimentares.

Pensando na fragilidade do poder de simbolização por parte do anoréxico, podemos fazer uma ligação teórica com os estudos freudianos acerca da melancolia. Primeiramente, iremos pontuar as diferenças entre luto e melancolia,

sem a intenção de dar conta de todo esse tema, mas a título de esclarecimento, para chegar na associação entre a patologia estudada e o conceito da melancolia.

O luto, segundo Freud (1996 [1917[1915]]), diz respeito a um processo saudável de elaboração psíquica diante da perda real de um objeto de amor. De algo que não faz mais parte da vida do sujeito e que causa um sofrimento pontual, esperado, necessário para o processo de amadurecimento emocional. O sujeito, através da simbolização irá processar a perda sofrida e, com o tempo, irá superá-la. Portanto, no luto, espera-se que primeiro haja uma aceitação pela perda do objeto, para que seja iniciado um trabalho de luto. Ou seja, trata-se de um sujeito consciente da perda que experiencia e que vivencia uma dor pelo vazio da perda, assim como uma tristeza profunda que, gradualmente, irá sendo elaborada.

Conforme apontado por Leader (2011, p. 16), no luto, sentimos pesar pelos mortos; na melancolia, morremos com eles. Pensando que um dos olhares possíveis para a questão da diferenciação do luto com a melancolia é justamente a necessidade de elaboração psíquica por parte do sujeito que vive uma perda, vamos ao entendimento da melancolia pelo olhar freudiano, focando nas questões que nos aproximam da anorexia e das falhas do poder de simbolização.

A melancolia, segundo Freud (1996 [1917[1915]]), é entendida como um processo patológico, no qual, existe uma dificuldade do sujeito de elaborar a perda vivenciada. Dentro disso, um desinteresse intenso pela vida se faz presente, assim como uma grave apatia. Nesses quadros, existe a presença da suspensão do interesse pelo mundo externo, criando uma inibição pelas atividades, perda acentuada da libido e um severo rebaixamento do sentimento de autoestima, podendo chegar ao ponto de criar dentro de si “uma delirante expectativa de punição” (p. 173).

Com base nos estudos freudianos, nosso olhar foca no seguinte entendimento: existe uma violência sofrida pelo sujeito que perde de um objeto de amor, no luto, ocorre um processo saudável em que o indivíduo, através da simbolização, irá elaborar a perda e conseguirá, com o tempo, ressignificar esse espaço vazio deixado. Após o entendimento de que esse objeto não retornará para ocupar o papel que já teve, surge o desejo que irá auxiliar o sujeito a buscar no mundo outros objetos. Na melancolia, devido à fragilidade do poder de simbolização, esse processo patológico transborda na psique do sujeito,

paralisando-o da possível elaboração pela perda; o ego fica preso ao vazio deixado, sem conseguir dar conta de novos investimentos externos.

Pensando na evolução teórica freudiana e levando como base do nosso pensamento os primeiros momentos da vida do anoréxico, temos a ideia de que o sujeito faz naturalmente uma primeira escolha objetal, para nós, o objeto primordial: mãe. Junto dessa escolha, cria-se uma ligação objetal, onde existe investimento por parte do sujeito, mesmo que ainda muito pequeno, que anseia por um retorno, mesmo que inconsciente. Posteriormente, há uma frustração pela ausência do retorno esperado por parte do objeto externo. Essa relação entre sujeito e objeto mostra-se, de alguma maneira, estremecida, havendo a ideia de que algo se perdeu. A partir disto, em alguns casos, surge o luto; em outros, a melancolia.

Em um primeiro momento, temos a dor esperada, conforme foi apontado anteriormente, a fragilidade esperada, que dura um certo momento e, gradualmente, vai dando espaço para que o desejo de fazer novas ligações objetais surja e ocorra a total elaboração dessa perda. Nesse momento, a melancolia se diverge do luto, esse desejo de novas ligações fica comprometido. Mesmo consciente de que essa relação perdida não voltará como esperado, o melancólico não consegue romper a ligação com o objeto primordial de amor, como se houvesse uma fusão entre o ego do sujeito com a ligação amorosa não mais possível, da maneira anteriormente esperada.

Aqui temos nosso elo de ligação entre a anorexia e a melancolia. Pensando na melancolia como um quadro patológico que causa intenso prejuízo para o sujeito e na anorexia que gera no indivíduo uma dor diária, teremos então que compreender em quais aspectos esses adoecimentos se aproximam. Se na anorexia temos o padecimento pela perda de apetite, na melancolia percebemos a presença da perda de libido.

“A neurose nutricional paralela à melancolia é a anorexia. A famosa anorexia nervosa das moças jovens, segundo me parece (depois de cuidadosa observação), é uma melancolia em que a sexualidade não se desenvolveu. A paciente afirma que não se alimenta simplesmente porque não tem nenhum apetite; não há qualquer outro motivo. Perda do apetite – em termos sexuais, perda da libido”. (Freud, 1996 [1917[1915]], p. 247)

Sabemos que na melancolia existe o deslocamento da libido investida no objeto perdido para o próprio ego. O ego incorpora o objeto, ou seja, cria uma identificação com o objeto perdido e passa a viver sendo julgado por esse objeto incorporado. O conceito de incorporação será aprofundado posteriormente, porém, nesse momento teórico, faz-se necessário esclarecer que a incorporação é compreendida como um processo no qual o sujeito introduz e conserva um objeto dentro de si (Freud, 1996 [1917[1915]]).

Baseado no que foi percorrido acerca da teoria freudiana, podemos pensar então que tanto na anorexia quanto na melancolia, o conflito entre o eu e o objeto que foi perdido se transforma, deste modo, num conflito entre a atividade crítica do eu e o eu alterado pela identificação (Freud, 1996 [1917[1915]]). A identificação ao objeto substitui a escolha, o objeto incorporado passa a ser a base da ligação mais forte no desenrolar psíquico do sujeito. A autonomia como um ser desejante fica extremamente fragilizada. Para nós, a anorexia é vista como uma defesa, mesmo que precária, para essa invasão experienciada ao colocar o objeto materno nesse lugar interno de domínio das ligações psíquicas e emocionais.

2.3

Anorexia: uma saída

Os sintomas corporais falam pelo indivíduo anoréxico, espelhando sua necessidade de utilizar dos desconfortos corporais para se sentir vivo. A dor física, ou outro excesso de sensação somática, como a fome, possibilita o reconhecimento enquanto pessoa. Freud (1923), ao afirmar que o ego é antes de tudo um ego corporal, resultado das sensações da superfície do corpo, mostra a importância da pele, nossa parte mais externa, fronteira corpórea, que marca todos os sentidos de dentro e fora, do eu e do não-eu. O limite epitelial não é somente um invólucro, barreira física do corpo, mas sim é como uma membrana simbólica e psíquica (eu-pele), como estrutura que servirá de continência para o limite do eu (Anzieu, 1988).

Esse conceito criado por Anzieu denominado “eu-pele” aprofunda perfeitamente as questões abordadas até agora:

“[...] incertezas sobre as fronteiras entre o Eu psíquico e o Eu corporal, entre o Eu realidade e o Eu ideal, entre o que depende do *Self* e o que depende do outro, bruscas flutuações destas fronteiras, acompanhadas de quedas na depressão, indiferenciação das zonas erógenas, confusão das experiências agradáveis e dolorosas, não distinção pulsional que faz sentir a emergência de uma pulsão como violência e não como desejo, vulnerabilidade à ferida narcísica devido à fraqueza ou às falhas do envelope psíquico, sensação difusa de mal-estar, sentimento de não habitar sua vida, de ver de fora funcionar seu corpo e seu pensamento, de ser expectador de alguma coisa que é e que não é sua própria existência”. (*Ibidem*, p. 8).

Todas as referências que envolvem a construção do ego corporal dependem das sensações de contato do indivíduo, ainda muito pequeno, com sua mãe. De um lado, o psiquismo e o corpo da mãe, do outro, o corpo do bebê.

O funcionamento suficientemente bom dessa relação irá possibilitar que a sensação de continuidade e o calor do colo sejam experienciados pelo bebê, marcando ao mesmo tempo um "espaço" (continente) e um ritmo (ir/vir, dentro/fora), que serão fundamentais para a etapa seguinte, o processo de separação, ocorra de maneira não catastrófica (Winnicott, 2002).

Ao marcar o desenrolar psíquico do sujeito com falhas nesse momento tão precário, a qualidade de presença na ausência do objeto não estará garantida, o que indica que, devido a isso, o bebê cresce com uma tendência à adesividade, ou seja, o ego corporal vive a tentativa de descontinuidade vivida. O ego corporal será buscado através das dores sentidas na busca do não comer. As sensações serão ligadas sempre a falta de limite corporal, ao desconhecimento de si e a busca de autonomia através do controle corporal. O bebê vive um grande vazio que está na origem da oscilação através dos excessos entre: transbordamento e esvaziamento interno.

“Desse modo, tem-se à mão a chave do quadro clínico, na medida em que se reconhecem as autorrecriminações como recriminações contra um objeto de amor, a partir do qual se voltam sobre o próprio ego” (Freud, 1996 [1917[1915], p.56) Ao acrescentar essa afirmação o que se está pontuando é que esse sujeito, regido pelo ego corporal, sem poder de simbolização elaborado, ataca ao seu próprio ego para atacar ao outro: objeto externo, figura materna ou substituto desse papel na vida do indivíduo. Portanto, existe um deslocamento da libido objetual, no lugar de expressá-la para o objeto, há um foco em seu próprio eu, alimentado pela fantasia de estar controlando ao outro ao controlar a si mesmo.

McDougall defende:

“A doença é uma maneira muda de comunicar pensamentos e sentimentos que nunca tinham podido ser elaborados psiquicamente, é uma expressão de temores libidinais arcaicos e de desejos fusionais acessíveis à consciência, porém acompanhados de fúria narcísica e de pavor primitivos, totalmente inconscientes”. (1991, p. 158)

É deste não ser, não saber, que a anorexia é entendida como uma saída para dar conta dos excessos das experiências vivenciadas. A falta do poder de articulação entre corpo e psique, a dificuldade de autonomia e de limites nas relações internas e externas que o sujeito anoréxico utiliza perpetua sua doença. Assim, a libido que deveria se desligar de um objeto e ganhar novos investimentos retorna ao ego, nesse caso ao ego corporal que se sustenta em representações identificatórias muito primitivas.

“A pregnância do apego pré-edipiano à mãe e a dificuldade que apresenta a jovem anoréxica de ultrapassar essa ligação para que se elabore a mudança de objeto de amor da mãe para o pai” (Bidaud, 1998, p. 34). O que parece se encontrar no centro da problemática da anorexia é a presença de uma falha significativa, ao nível do registro pré-edípico, aliada à falência do ambiente suficientemente bom.

A patologia abordada comporta uma fixação na relação primitiva e um não-reconhecimento da alteridade. Pode-se concluir então que, a partir desta perspectiva, as fronteiras egoicas são mais tênues e, com isso, o funcionamento anoréxico, na prática, fica restrito às relações em que não há discriminação entre eu-objeto. O outro interno/externo é sentido como invasivo e violento. Por fim, a anorexia constitui, por assim dizer, uma resposta a esse excesso.

Levando em consideração as questões trabalhadas; com perspectiva na ideia que o problema central do anoréxico está embasado em não conseguir se discriminar do outro e assumir o seu desejo como sujeito autônomo, compreende-se essa patologia como sendo a exteriorização de uma falha no processo de simbolização no ego.

Assim sendo, na anorexia há uma fixação na relação primitiva com o objeto materno e uma impossibilidade do ego em ser investido como objeto de amor, e isto se articula ao fato de as fronteiras egoicas serem frágeis. A consequência desta fragilidade é a perda de uma de suas funções fundamentais do ego, a de poder fazer ligações, e com isso simbolizar o excesso pulsional. Diante desse quadro, o comportamento, então, substituirá o trabalho de elaboração

psíquica que se encontra confuso, podendo haver o transbordamento de conteúdos inconscientes no próprio ego (Gaspar, 2005).

Por existir a falta do poder de elaboração subjetiva e o meio de comunicação nesses casos ser restritamente ligado ao corpo, 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. O anoréxico parece se encontrar fora desta cadeia de representação, tornando-se refém deste não-dizer e da mudez pulsional (Sczufca, 1998).

Conforme pontua Bidaud, “O vivido terrível corporal da anoréxica resultaria de uma fusão total de seu próprio corpo com o objeto incorporado (a mãe) nos aspectos maus e devastadores, a fim de poder combatê-lo e separá-lo de si” (1998, pg. 20-21), diante dessa fusão imposta pela mãe, da ausência de autonomia, fruto de uma relação doentia com o objeto primário, o indivíduo encontra na doença uma maneira de proteger-se e tentar separar-se da mãe que o invade. Essa enorme dependência em relação ao outro denuncia a forte dificuldade de expressar o desejo próprio, de saber de fato, existir como um ser desejante.

Este não comer seria uma forma de recusa. A partir da recusa do alimento o sujeito almeja barrar este outro-mãe, tentando inverter esta relação de dependência, de impotência frente a ele; buscando, ainda que muito precariamente, a sua autonomia.

“A típica mãe anoréxica seria descrita como possessiva, opressora e superprotetora e, senso assim, incapaz de ver sua filha como um objeto separado dela. Essa relação de dependência com a mãe impossibilitaria que a filha fizesse uso de seu corpo como objeto de prazer e criaria um tipo de vínculo que dificultaria qualquer possibilidade de autonomia, seja de pensamento ou de ação. Assim, o reconhecimento das necessidades do corpo e sinais físicos estaria comprometido por esta falta de autonomia. A impossibilidade em obter controle sobre si e sobre sua mãe acarretaria no controle do próprio corpo como forma de expressar a dificuldade de separação do objeto materno. Se a vida da anoréxica é controlada pela mãe, lhe resta manter seu corpo sob o seu próprio domínio”. (Goulart, 2003, p. 39)

Segundo Weinberg e Cordás (2006) a busca incessante pela magreza tem dupla função: desfazer sentimentos de ineficiência à medida que se consegue o controle do corpo e romper, em um nível superficial, através de um comportamento de oposição, a ligação com uma mãe sentida como intrusiva e

controladora. Acredita-se que, apesar do prejuízo vivenciado pelo anoréxico, tal patologia mantém vivo o sujeito. Esses sintomas sustentam a travessia do indivíduo na sua tentativa de ser um sujeito independente e autônomo de seus desejos.

A falta de investimento libidinal saudável na construção psíquica do sujeito o leva a não ter outro modo de relacionar-se consigo e com o meio a não ser pelo adoecimento. O ato de não comer, a negativa diante do alimento, é compreendida, por nós, como uma luta da resistência destinada a afirmar uma apetência pela vida. Poder, a partir de uma ausência, iniciar um caminho para um continente íntimo, um lugar onde possa posteriormente surgir um desejo.

Lacan (1995/1956-57)¹ aborda a recusa alimentar, nesses casos, nos distanciando da referência ao simples "não comer", e nos levando a entender a anorexia enquanto um comer nada. Sugere que, ao comer nada, o sujeito está dizendo um não ao alimento materno. Como se dentro desse ato estivesse toda negação do anoréxico frente a uma mãe que, por algum motivo, não soube reconhecer as necessidades do filho e alimentou excessivamente essa criança para dar conta de um cuidado. Através disso o sujeito estaria tentando não mais sufocar-se tanto do excesso do alimento quanto da falta da qualidade de cuidado do objeto materno.

A releitura teórica psicanalítica leva a compreender que, apesar de abordarmos a doença, levamos em consideração que o anoréxico se encontra em movimento, buscando sua integração psíquica. O corpo, único meio de verbalização, nesses casos, denuncia as necessidades. Portanto, existe, de alguma maneira, uma tentativa de saúde na patologia.

O adoecer é visto, neste trabalho, como uma etapa de um ajustamento disfuncional, capaz, muitas vezes, de proteger a pessoa de determinadas experiências insuportáveis. Ao pontuar que a doença é um processo, e não algo definitivo sem perspectiva de transformação, passa-se a lidar com a anorexia como algo necessário para proteger o eu dos excessos pulsionais (Polito, 1999).

Na anorexia tem-se como base um sujeito com intensas dificuldades na relação materna, sendo essa recusa oral a única forma de se opor a isso e ser

¹ Devido à limitação desse trabalho não serão aprofundados os estudos lacanianos, porém entendemos que sua teoria vai ao encontro do nosso pensamento nesse momento teórico.

verdadeiramente olhado. Estamos diante então de casos em que a luta, por meio da dor e de um corpo que busca o não existir, é atingir a individualidade e, ao mesmo tempo, uma melhor qualidade do olhar do objeto. (Bidau, 1998)

Não se nega que tal busca pelo espaço de desejo seja arriscada e tenha como finalidade a morte. O que se acredita é na ideia de que o sujeito segue tentando fazer valer o seu desejo, diferenciando-o do desejo do objeto. Então, fica claro que existe dentro da doença uma dualidade: o anseio pela individualização como ser e a necessidade do olhar do outro para existir.

Aprofundando esse viés há a conflitiva embasada no desejo de nada desejar, portanto, isso assegura que o desejo do sujeito permaneça insatisfeito e que esteja sempre em busca de se separar. "O sujeito possa mover-se da demanda do outro ao reconhecimento do desejo do outro como distinto do seu próprio" (Pollo, 2000, p.76).

O conceito de desejo para Freud (1900), no texto *A interpretação dos sonhos*, estaria especificamente relacionado ao movimento que o sujeito realiza numa tentativa de reencontro com o objeto perdido, ou melhor, trata-se de uma tentativa de reencontro com a suposta satisfação proporcionada por esse objeto no mundo externo.

A criança que, a princípio, se encontra numa condição de prematuridade tanto motora quanto simbólica, está completamente dependente do desejo materno. Então, nesse momento inicial, o desejo do qual a criança é investida, é obrigatoriamente o desejo materno.

Freud afirma que existe "uma corrente... que arranca [o aparato psíquico] do desprazer e aponta ao prazer, chamamos *desejo*" (1900 p. 588), logo, a grande força motriz da ação de um sujeito é a busca de retorno ao momento de satisfação plena, que, na anorexia, não foi vivenciada como o esperado. Esse sujeito não pode viver as falhas organizadoras na infância remota, o que o dificulta ou impossibilita de buscar, na vida adulta, a realização de seus desejos.

Pensando que "somente um desejo pode impulsionar a trabalhar nosso aparato anímico" (*ibidem*, p. 559) teremos uma paralisação nesse sentido no anoréxico. Ao que tudo indica, Freud, nesse momento teórico, aponta para o entendimento de que o desejo pertence ao viés do afeto, enquanto a satisfação, investida pelo desejo, pertence ao campo representacional, ou seja, as dificuldades em desejar acarretam, conseqüentemente, uma ruptura no poder representacional.

Para que o sujeito, ao crescer, tenha sua autonomia e, conseqüentemente, seus desejos próprios, é preciso que a mãe consiga dar conta da sua ausência gradual e esperada e, assim, deixe um espaço de criação subjetiva para seu filho. Na anorexia já foi pontuado que esse espaço não é experienciado, portanto, o indivíduo não vivenciou essa ausência necessária, o que faz com que o anoréxico busque no outro, algo que o faça conseguir ser um ser desejante. Diante da frustração de não ser desejante a recusa a comer verbaliza essa busca constante por desejo.

Nas palavras de Freud:

“O desenvolvimento do eu consiste em um processo de distanciamento do narcisismo primário e produz um intenso anseio de recuperá-lo. Esse distanciamento ocorre por meio de um deslocamento da libido em direção a um ideal-de-Eu que foi imposto a partir de fora, e a satisfação é obtida agora pela realização desse ideal”. (1914/2004, p. 117)

Devido ao excesso de presença materno o sujeito não consegue o afastamento necessário para conseguir, futuramente, buscar em outros objetos externos o reencontro com o objeto primordial. Ele vive sem ter conhecimento dos próprios desejos e, por conseguinte, sem conseguir satisfazer, elaborar subjetivamente as representações disso.

Por fim, resta, então, o eu carregado da necessidade de ser o que já não é mais, porém um dia foi. Portanto, um eu que anseia por buscar no mundo externo algo já conhecido e sentido, uma satisfação do desejo que ocorreu nos primórdios do seu existir.

Contudo, na patologia estudada, procura-se deixar claro que essa vivência não ocorreu como o esperado, de maneira saudável. Então, impossibilitado de uma organização subjetiva após a vivência traumática, submerso em sua dor e perdido no vazio de si mesmo, é na doença que o sujeito repete o que já foi vivido, nesse caso, uma repetição dolorosa que o leva a uma dura tentativa de tentar ser autônomo e desejante.

Para Jeammet, a origem da patologia alimentar se dá como uma defesa contra o medo de invasão do objeto e tem como função a para-excitações e tentativa de estabelecimento de limite entre o eu e o outro.

“Manter um contato com o objeto para assegurar-se de sua presença e de sua não destruição, mas um contato que mantenha esse objeto nos limites do Eu, externo ao Eu, suficientemente próximo para não ser perdido e suficientemente externo para não correr o risco de ser invadido”. (1999, p.40)

O que há nesse raciocínio de Jeammet (*idem*) é a ideia de que existe a tentativa, através da doença, de elaborar uma relação que não pode ser suficientemente boa e, em fase posterior, tenta ser reconstruída. O preço pago por essa falha primordial é alto, porém, através desse movimento há um sujeito que luta diariamente para chegar em uma relação suficientemente boa com o objeto. Ao mesmo tempo que existe um esvaziamento interior existe uma inundação vinda da relação de fusão criada entre o eu e o objeto.

Inicialmente fala-se apenas da relação de fusão do ego com o objeto primordial, porém, posteriormente, esse objeto pode ser substituído pelos objetos secundários e manter sua estrutura fusional. Ou seja, essa relação desestruturante inicial gera, por consequência, a dificuldade do anoréxico em relacionar-se com os objetos que surgem no desenrolar do meio. Portanto, existe a repetição daquela relação doentia ao longo do crescimento do sujeito (*ibidem*).

“Assim se explica que a boa distância 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.” (Busset & Couvreur, 2003 p.58)

Fica clara a existência de uma grande carga de afeto e precariedade de representação nesses casos. Essa confusão entre excesso de presença; excesso de ausência; excesso de afeto; excesso de angustias; excesso de medo da perda do objeto; junto com o excesso da falta do poder de simbolização, acusa a desorganização psíquica do anoréxico.

Pensando que a anorexia é o único destino possível para os sujeitos que pertencem a essa clínica, aceitando a ideia de que na doença existe um movimento em busca de algo, se faz necessário fomentar que é desse movimento que poderá vir a solução para a dor que transborda nesses indivíduos. Se as pulsões estão soltas dentro do sujeito e não há recursos para elaborar as demandas, o ato surge como solução. E desse movimento pode surgir a saída para conseguir criar um potencial de elaboração e subjetivação psíquica.

Em suma, é possível afirmar que, didaticamente, há: um trauma precoce em uma fase inicial do amadurecimento psíquico, que gera um empobrecimento do poder de simbolização do sujeito, acarretando na dificuldade em lidar com questões subjetivas, denunciada através da recusa em alimentar-se na anorexia. Assim sendo, agora resta olhar para o desenvolvimento psíquico do indivíduo pertencente a essa clínica focando na relação mãe e bebê.

3

O desenrolar psíquico e suas falhas

Ao abordar a teoria winnicottiana sobre o desenvolvimento emocional é necessário dar conta de alguns conceitos fundamentais. Winnicott (2007[1983]) discorre suas teses passeando sobre os pensamentos de outros teóricos psicanalíticos. Não dispensa, por exemplo, as teorias de Freud e Melanie Klein. O autor pontua fortemente suas ideias, por vezes discordando, por vezes acrescentando questões, mas sempre analisando suas crenças com base nos seus estudos tanto psicanalíticos quanto da sua formação pediátrica.

Nas palavras do próprio Winnicott: “a única coisa importante é que a psicanálise, baseada firmemente em Freud, não pode desperdiçar as contribuições de Klein” (1990/1971 p. 162). Com certeza, Klein foca sua psicanálise nos primeiros estágios da relação de objeto com a mãe e a interrogação sobre o seu lugar no mundo do bebê.

Winnicott (2007[1983]) se mantém firme na abordagem de alguns conceitos fundamentais e conhecidos por todos da área. Autores como, por exemplo, André Green, discorreram análises sobre as conquistas teóricas de Winnicott. Nem sempre seus pontos de vista foram aceitos. Porém, não se pode anular o fato de que, ao falar de maturação psíquica, existam pontos cruciais do autor que acrescentam e fundamentam fortemente o entendimento dos processos de crescimento individual.

O autor define processos de maturação como sendo “a evolução do ego e do *self*, inclui a história completa do id, dos instintos e suas vicissitudes, e das defesas do ego relativas ao instinto” (*idem*, p.81). Em sua prática, tanto psicanalítica quanto pediátrica, Winnicott concluiu que grande parte dos problemas emocionais encontram origem em fases muito primordiais do desenvolvimento. Para ele, as bases da saúde mental de qualquer sujeito se dão na relação mãe-bebê, sendo o ambiente facilitador o grande modelador da psique do indivíduo.

Acreditamos que na anorexia existem falhas importantes nessa relação primordial e nos primeiros momentos da maturação psíquica do sujeito, o que nos motiva a aprofundar os conceitos winnicottianos. Neste capítulo serão analisadas algumas questões muito trabalhadas pelo autor, como: a mãe suficientemente boa,

preocupação primária, fases do desenvolvimento, a criatividade, o brincar, entre outros.

3.1

Mãe suficientemente boa

Para compreender-se o desenvolvimento infantil pelo viés de Winnicott (2007[1983]), é preciso começar abordando um conceito central em sua teoria: “mãe suficientemente boa”. Tal conceito expressa a importância de uma figura materna dinâmica, que consiga efetuar de maneira constante as adaptações às necessidades do bebê – relação mãe-bebê. A adaptação total das necessidades vai sendo gradativamente reduzida, e cabe à mãe ser capaz de tolerar os ataques do filho frente às frustrações vivenciadas.

Winnicott (*idem*) vai destacar que a “mãe suficientemente boa” efetua uma adaptação ativa que exige uma preocupação fácil e sem ressentimentos, diversas vezes destacado pelo autor, esse papel suficientemente bom não pode ser ensinado, mas sim vivido. A teoria nos mostra que o cuidado materno está fortemente ligado a sensibilidade e ao encontro entre mãe e filho. Sendo único e desenrolado de acordo com os limites de cada relação.

É essencial compreender que o meio ambiente é visto como um facilitador do potencial herdado. O processo de maternagem tem início desde o momento que o feto existe. O biológico da mãe vai sendo adaptado ao biológico do seu filho. Nos últimos meses de gestação, o psicológico da mãe começa a agir para um estado denominado por Winnicott (*idem*) de “*preocupação materna primária*”.

Para que essa mãe consiga desempenhar seu papel suficientemente bom é preciso que o pai ofereça suporte a ela. Nas palavras de Winnicott (1975[1971]) “o bebê saudável vive independente do pai, que por sua vez é absolutamente necessário para proteger a mãe” (p.90). É esperado que o pai auxilie como um facilitador e apoiador no processo de maternagem e que ele dê conta em oferecer suporte às necessidades da mãe assim como contenha as ansiedades e angústias experienciadas por ela.

Essa preocupação materna diz respeito à sensibilidade da mulher diante das necessidades do bebê. A fusão emocional está posta nesse momento tão

premature da criança, portanto, ao pensar em mãe suficientemente boa, entende-se que a mãe não apenas cria um ambiente facilitador para seu filho, mas sim se coloca como esse ambiente, devido ao ego rudimentar do recém-nascido, que depende do ego maduro do seu objeto primordial para manter-se vivo e dar conta dos processos psíquicos.

Este estado de preocupação primária materna irá se deteriorando conforme o tempo avança e o bebê vai deixando de ser fusionado com ela e passa a reconhecer uma alteridade mínima. Através das falhas esperadas, ou seja, com a mãe frustrando gradualmente seu filho, o mesmo irá passando para a seguinte etapa do desenvolvimento.

A ilusão de fusão que o recém-nascido sustenta nos primeiros momentos de vida é extremamente basilar para a psique. É fundamental que a figura materna permita e possibilite a vivência da onipotência por parte do seu filho. Essa experiência inclui toda técnica de maternagem, mas, principalmente, a qualidade dessa técnica. A qualidade do afeto disponível por trás de toda prática do cuidado.

Após a tarefa materna de criar uma relação de ilusão de fusão com seu bebê, começa o processo gradual de desiludir seu filho. No processo de desilusão, Winnicott (1975[1971]) une todas as frustrações vivenciadas pelo bebê à prática do desmame.

Quando a passagem da ilusão para a desilusão se dá de maneira abrupta, o bebê não consegue elaborar de maneira saudável a separação do objeto primordial, gerando, por exemplo, a dificuldade em efetivar o desmame, devido ao fato dessa separação se dar como um simples corte da alimentação ao seio. Essa ruptura abrupta pode causar marcas importantes no desenvolvimento emocional, fazendo com que o bebê não consiga processar a questão subjetiva ligada a essa vivência.

Portanto, se o bebê não pode existir sozinho e sua sobrevivência depende da relação com o objeto primordial, é através das condições criadas pela mãe ou figura materna que se dará a base do amadurecimento emocional. O autor afirma que essas condições vão acentuar o potencial natural que o bebê traz consigo, tanto fisiológicos quanto psicológicos. Em outras palavras, o cuidado primordial irá dar suporte para que o lactante consiga uma adaptação psicossomática satisfatória.

Como apontado, a abordagem winnicottiana tem como foco o relacionamento mãe-bebê. Em suas primeiras fases, o bebê passa por um processo de identificação primária e a mãe representa o ambiente primário. O bebê é dependente e tem poucas condições simbólicas e possibilidades de representação, sendo fundamental a função do objeto primordial, ou seja, que haja na vida do recém-nascido um objeto que tenha condições de suportar e de dar conta da sua intensidade bem como suas demandas. Portanto, os pais precisam de condições para promover o desenvolvimento dos filhos.

Quando esse cuidado primordial não ocorre de maneira satisfatória, ou seja, o ambiente facilitador não é experienciado como tal, a criança se desenvolve com falhas importantes. Nesse momento teórico que surgem as falhas que possibilitam o surgimento da anorexia futuramente. É através da não vivência de uma relação saudável com o objeto primordial e de todas falhas por trás disso que fica uma marca no amadurecimento do anoréxico. Marcas que dificultam a desenrolar simbólico e subjetivo do indivíduo.

3.2

Fases do desenvolvimento emocional

O processo de maturação emocional, por meio do entendimento da teoria winnicottiana, leva à abordagem de três fases do desenvolvimento: dependência absoluta, dependência relativa e rumo à independência.

3.2.1

Dependência absoluta

Nesta fase, a mãe desempenha a “preocupação materna primária”, que inicia durante a gravidez e segue até os primeiros meses de vida do seu filho. Inicialmente, a mãe é unicamente o ambiente favorável, vive com seu filho uma relação na qual ele parece ser sua extensão. Visto que o recém-nascido necessita de um alto grau de adaptação, cabe à mãe entender as necessidades do mesmo e perceber que elas não estão confinadas às tensões instintuais e sim que existe um

conjunto de desenvolvimentos do ego do lactante que necessitam de um cuidado particular.

Nesse primeiro contato o bebê tem a ilusão de que o seio e todo o significado por trás dele foram criações suas, com base em suas necessidades:

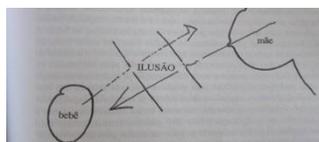


Figura 1 - Winnicott, 1990[1971], p.121

Com esse diagrama, o autor deixa claro que nessa fase trata-se de um bebê em estado de elevada dependência sem consciência dela. Inicialmente o ambiente da criança é apenas a mãe, na figura dela inclui-se todo o sentido de vida do bebê. O papel paterno e de outros objetos incluem-se nessa fase como parte do suporte que a figura materna necessita para desempenhar com qualidade seu papel.

Junto com a dependência absoluta e a ilusão de fusão com o objeto materno tem-se também a adaptação perfeita. A mãe, antes mesmo do nascimento de seu filho, já começa a vivenciar o estado de adaptação para receber o mesmo. As necessidades da criança, ainda pequena, não estão restritas às tensões instintivas. Elas fazem parte de todo desenvolvimento do ego, porém, ele tem suas próprias necessidades. O lactante, inicialmente, só consegue perceber as manifestações de amor através do cuidado físico.

3.2.2

Dependência relativa

A dependência relativa tem início em torno dos seis meses de idade do lactante e dura até, aproximadamente, os dois anos. É um estágio no qual se espera que ocorra a adaptação a uma falha gradual dessa mesma adaptação. Winnicott (2007[1983]) afirma ser necessário que a mãe consiga prover gradualmente uma desadaptação ao seu bebê para que ele consiga vivenciar uma apresentação da realidade externa de maneira saudável.

Nesse momento, o lactante passa a ter certa consciência de sua dependência, percebendo a necessidade da figura primária. É uma fase de

desilusão, onde, gradualmente, a antiga sensação de onipotência e fusão vai sendo abandonada para dar espaço à realidade externa e, com isso, à evolução psíquica.

Considerando que o objeto primordial realiza sua tarefa materna de maneira constante - suficientemente boa - o bebê começa a inaugurar, junto com a mãe, um estado de confiança. Com o decorrer do tempo passa a tolerar a ausência do objeto materno, visto que existe a segurança de que o mesmo irá retornar quando preciso for. Dessa maneira, inicia-se o processo no qual o bebê passa a entender a existência de uma realidade externa, ou seja, que o objeto aparece e desaparece: “através da magia do desejo, podemos dizer que o bebê tem a ilusão de possuir uma força criativa mágica, e a onipotência existe como um fato, através da sensível adaptação da mãe” (Winnicott, 1990[1971], p.126).

3.2.3

Rumo à independência

A última fase descrita por Winnicott (2007[1983]), denominada de “rumo à independência”, versa sobre os esforços da criança pré-escolar e da criança na puberdade. É neste momento em que se espera que a criança consiga cada vez mais experimentar a capacidade de se defrontar com o mundo e todas as suas complexidades.

Espera-se que, em um amadurecimento saudável, a criança consiga identificar-se com fenômenos externos e, com isso, ir aplicando sua base de tolerância com o mundo que a cerca. Seguindo o percurso esperado, chega-se à fase de independência que, segundo Winnicott (*idem*) nunca é absoluta.

Nessas fases de maturação, existem três funções principais esperadas no papel primário materno: sustentação, manejo e realização ou apresentação dos objetos. A sustentação é uma função descrita por Winnicott (1975[1971]) considerando a experiência física e simbólica: a forma na qual a mãe segura seu bebê, o ato de dar colo, sustentar seu filho, suprimindo as necessidades instintuais e emocionais do mesmo - trata-se da capacidade de identificação da mãe com seu filho.

Winnicott, em 1960, descreve detalhadamente a função esperada do objeto primário para a formação egoica saudável. O autor afirma que a mãe necessita proteger o filho de agressões fisiológicas; leva em consideração a sensibilidade

cutânea do lactante, bem como a sensibilidade à queda e a falta de conhecimento do mesmo em relação a qualquer coisa que não seja ele mesmo; inclui todo o cuidado diurno e noturno e as mudanças instantâneas da rotina que fazem parte do crescimento físico e psicológico. Todos esses cuidados são necessários para que o lactante tenha uma continuidade de ser e consiga desenvolver estabilidade egoica.

Pela função do manejo entende-se “a experiência de entrar em contato com as diversas partes do corpo através das mãos cuidadosas da mãe” (Coutinho, 1997, p. 101). Winnicott (1960) discorre sobre a maneira como a mãe trata seu filho, depende qualidade de afeto ao manejá-lo, ao percebê-lo sensorialmente, formando no sujeito o sentido do real e do irreal. A importância desse conceito dá-se não pelo objeto em si, mas pela maneira como o bebê relaciona-se com o mesmo, de que forma lida com a mudança do estado em que não existe distinção entre ela e o mundo para um estado em que se relaciona com o externo sem ser por meio de suas projeções.

A respeito da função de realização ou apresentação dos objetos, Winnicott (*idem*) afirma ser o cuidado no qual será formada a capacidade do bebê de relacionar-se com objetos, logo, possibilita o início das relações interpessoais, incluindo todo o mundo compartilhado do mesmo. O bebê tem a ilusão de onipotência e, mediante essa função, o objeto primário reforça essa fantasia ao apresentar-lhe, por exemplo, o seio, a mamadeira e, assim, saciar seus desejos no momento em que os necessita.

Winnicott (1975[1971]) inclui nesse momento teórico a noção de que tanto a identificação projetiva quanto a introjetiva originam-se nessa fase em que cada um é o mesmo que o outro. Para clarear essa afirmação iremos aprofundar acerca de três conceitos fundamentais: projeção, introjeção e incorporação.

A projeção ocorre desde os estágios mais precoces de desenvolvimento, contribuindo para a distinção entre eu e não-eu, onde tudo o que é bom é experimentado como pertencente a si, considerado dentro; e tudo o que é ruim se experimenta como sendo parte do não-eu, considerado fora. Esse é um processo estruturante para a psique. Na sequência, a introjeção, nos estágios iniciais do desenvolvimento, é ligada a ação de que tudo o que agrada o bebê é introjetado, ou seja, é um mecanismo essencial para o psiquismo, pois é através dele que se constroem os objetos internos.

Usando da teoria de Ferenczi: “(...) O neurótico procura incluir em sua esfera de interesses uma parte tão grande quanto possível do mundo externo para fazê-lo objeto de fantasias conscientes ou inconscientes. (...) Proponho que se chame introjeção a esse processo inverso da projeção”. (1991 [1909], p.101)

É com o movimento da introjeção que a psique irá formando seu poder de simbolização e todo processo de subjetivação. Está ligado a instauração da dualidade prazer/desprazer e da base de toda estruturação psíquica. Mecanismo pelo qual ocorre a apropriação das qualidades que o sujeito absorve do objeto. Estamos falando de um processo que oscila entre o narcisismo e o amor pelo objeto, a base para a estruturação do poder de simbolização do sujeito.

Nesse momento temos uma possível falha na anorexia. Os indivíduos pertencentes a essa clínica sofrem pela dificuldade no poder de representação e simbolização. O que constatamos no anoréxico é que esse amadurecimento psíquico ligado a introjeção falha e a incorporação parece estar mais presente.

A incorporação é entendida por nós, com base na teoria psicanalítica, como um movimento ligado a uma falha por parte do objeto. O objeto como responsável por não dar conta da intermediação necessária para o desenrolar saudável do amadurecimento emocional. A incorporação consiste no aprisionamento do sujeito ao objeto. Ou seja, no lugar de introjetar qualidades do outro para si, o sujeito incorpora o objeto por inteiro. Isso ocorre diante da perda do objeto, tanto uma perda real quanto uma perda pela frustração de não receber do objeto a qualidade essencial para uma ligação saudável.

Segundo Winnicott nos primórdios do indivíduo, quando existe a precariedade do desenvolvimento psíquico, o bebê precisa incorporar algumas qualidades relacionadas ao objeto materno para conseguir criar dentro de si autonomia para ser um sujeito separado do outro. Com o passar do desenrolar emocional, dentro de um crescimento saudável, esse processo dá espaço para a introjeção. Portanto a criança "se torna capaz de dispensar a presença *real* da mãe ou figura materna. Isto tem sido denominado em termos do estabelecimento de um 'meio interno'. É mais primitivo que o fenômeno que merece o termo 'mãe introjetada'" (1990/1971, p. 36)

Ou seja, para esse autor a distinção dos conceitos discorridos aparece após o indivíduo já ter uma unidade interna. Diferentemente de outros autores, como Ferenczi (1991 [1909]), que postulam a existência dessa diferenciação desde o

início do amadurecimento psíquico. Ao nosso ver, o que fica claro é que a incorporação se apresenta como um mecanismo fora do poder identificatório, impedindo o sujeito de se apropriar simbolicamente do que recebe do objeto, se mantendo vinculado a ele, fusionado e dependente desse objeto.

Como analisado no capítulo anterior, na anorexia, existe uma comunicação através do corpo. Devido à dificuldade de simbolização o anoréxico tem como linguagem o ato de não comer. A recusa do alimento denuncia o sofrimento psíquico. O indivíduo pertencente a essa clínica tem na sua maturação psíquica a marca de uma incorporação do objeto primordial que reflete em todas as escolhas objetais futuras. Por trás da dependência do olhar do outro, do seu funcionamento ligado ao movimento paradoxal que oscila entre o medo da invasão do outro e o medo da perda do objeto, existe essa falha ligada a dificuldade representacional que demonstra processos internos ligados a incorporação objetual.

Também notamos nesses casos a impossibilidade de constituição segura de um espaço de solidão e de um espaço transicional. Devido às falhas na capacidade de simbolização, o sujeito não consegue constituir um objeto da realidade psíquica vinculada ao corpo assim como não consegue limitar um espaço pessoal interno que o contenha. Isso diz respeito ao percurso experienciado no desenrolar emocional e psíquico e tem consequências decisivas para o destino do sujeito.

3.3

Objetos transicionais, a criatividade e o brincar

Para dar conta das frustrações esperadas no processo de amadurecimento, Winnicott (1975[1971]) pontua o conceito de objetos transicionais, no qual versa sobre a presença de um objeto que representa o estado de passagem entre o estado fundido com a mãe, para uma relação em que está separado dela, enxergando-a como algo externo a si.

“O sentimento de que a mãe existe dura x minutos. Se a mãe ficar distante mais do que x minutos, então a imago se esmaece e, juntamente com ela, cessa a capacidade de o bebê utilizar o símbolo da união. O bebê fica aflito, mas essa aflição é logo corrigida, pois a mãe retorna em $x + y$ minutos. Em $x + y$ minutos, o bebê não se alterou. Em $x + y + z$ minutos, o bebê ficou

traumatizado. Em $x + y + z$ minutos, o retorno da mãe não corrige o estado alterado do bebê.” (Winnicott, 1975[1971] p.135)

Durante esse período ocorre o início da vivência de um momento em que existe uma terceira realidade que não pertence nem ao mundo externo nem ao mundo interno do bebê, denominada por Winnicott (1975[1971]) de experiências transicionais, a criança encontra-se na primeira infância, na qual ainda acredita ter um controle mágico sobre a realidade externa. Inicialmente, o bebê elege um objeto para atenuar e depositar suas angústias diante de um processo tão intenso.

Laplanche e Pontalis (1988[1967]) pontuam, pela face de Winnicott, que os objetos transicionais são a primeira posse de qualquer coisa que pertence ao não eu. “O objeto transicional é usado tal como se fosse a mãe; ele guarda a relação de familiaridade que o bebê tem com a mãe, fazendo as vezes da mãe, desde que ela permaneça sendo, efetivamente, uma presença para a criança” (Fulgencio,2008). Os autores grifam na teoria winnicottiana, que esses objetos têm fundamental importância para efetuar a transição entre a primeira relação oral com a mãe para a relação de objetos.

Winnicott (1975[1971]) explica algumas atividades que fazem parte dos fenômenos transicionais associadas à experiência auto erótica como, por exemplo, sugar o polegar. Com uma mão a criança suga o próprio polegar e com a outra leva à boca um objeto externo como, por exemplo: uma parte do lençol ou cobertor - segurar e chupar um pedaço de tecido como babadores ou lenços.

É de fundamental importância que tais objetos tenham certa continuidade na experiência transicional. A continuidade deve ser possibilitada pela mãe, respeitando a escolha do objeto por parte de seu filho e permitindo que estejam em contato.

Esta atividade com o objeto transicional segue pertencendo à fase oral, porém, o objeto deixa de ser o seio materno (relação primordial) para tornar-se outro, criado, escolhido pelo bebê. Esse objeto está entre dois momentos: subjetivo e objetivo.

O objeto não surge do mundo externo e nem mesmo vem do interior da criança, visto que não é uma alucinação; constitui a parte mais importante da vivência infantil. É nesse sentido que se torna de total importância compreender

de que maneira o bebê experiencia todo esse estado, que resultará na maneira como o sujeito dominará a vida imaginativa (Winnicott, 1975[1971])

Considerando que todo esse percurso ocorra de maneira favorável, surge um complexo estado interno no qual a criança torna-se capaz de separar o que é bom e o que é mau dentro de si. O que é mau é retido por algum tempo e, posteriormente, expresso como raiva, e o que é bom é guardado para o crescimento pessoal.

Na anorexia assim como nos estados limites, esse percurso não ocorre de maneira favorável, com isso, existe uma impossibilidade de criar um espaço transicional ocorre um processo denominado de clivagem. Portanto, sempre que há tentativa de separar o bom do mau, o prazer do desprazer, a obrigação de conseguir distinguir entre si mesmo e o objeto, o dentro e o fora ocorre um corte. Usando da teoria de André Green (1976) para fundamentar essa ideia temos: A clivagem está ligada à pulsão da morte, pois esta é uma força que desliga, separa. Sua função essencial é disjuntiva, de desconectar ligações.

Como resultado da clivagem podemos afirmar que alguma coisa é excluída, rejeitada, recusada. Esta coisa fica como algo não elaborado pela psique. Sem ligação representacional, sem possibilidade de subjetivação. Além disso, os elementos clivados retornariam com uma qualidade persecutória intrusiva, como uma busca compulsiva por algo que não consegue ser representado.

Na anorexia, vemos no ato corpóreo esse sintoma fruto de uma clivagem. Essa passagem ao ato é, então, uma ação expulsiva, evacuadora e aparentemente desprovida de sentido. Ou seja, o sujeito diante da precariedade de simbolização usa do seu corpo como uma maneira de evacuar coisas que não puderam ser elaboradas, ligadas. O processo autodestrutivo dessa patologia é buscado compulsivamente como uma tentativa de movimento para uma elaboração, que, devido a limitação psíquica, por vezes, não ocorre.

Em um processo saudável, nesse momento teórico temos a criatividade como um item importante que sustenta e auxilia as dificuldades desse processo. Para que a criança consiga dar conta desta nova fase, que oscila entre excitação e tranquilidade, é indispensável que exista um componente interno fundamental denominado por Winnicott de “criatividade”: “A criatividade que me interessa aqui é uma proposição universal. Relaciona-se ao estar vivo” (Winnicott, 1975[1971] p. 98).

O autor discorre sobre a relevância do conceito de criatividade para o indivíduo conseguir adaptar-se à realidade externa. Durante a etapa em que se encontra hora atacando o objeto devido às questões relacionadas ao seu instinto, hora reparando, é essencial que a criatividade exerça seu papel para conseguir saudavelmente superar essas demandas do ambiente. O choque da perda da onipotência é vivenciado como algo extremamente ansiogênico pela criança.

O processo criativo da criança está fortemente ligado ao que lhe foi apresentado pelo objeto primordial. A questão da criatividade primária é analisada nos primeiros meses de vida do sujeito; no entanto, é uma problemática que jamais deixa de existir. A ilusão do sentimento de criador do universo que a criança ainda pequena sustenta é essencial para inaugurar o potencial criativo dentro da psique - sendo o brincar a linguagem do corpo com a psique. Através dos cuidados suficientemente bons da mãe o filho consegue caminhar para o desenvolvimento de um potencial criativo. A fase do brincar, na teoria de Winnicott (*idem*), reforça a importância dessa criatividade para a maturação emocional.

Ao discorrer sobre a importância do brincar no crescimento infantil, Winnicott (*idem*) conceitua que o brincar tem um lugar e um tempo para ocorrer. Frente à dificuldade de lidar com a transição entre o eu e o não eu, o brincar representa um espaço entre as fronteiras do eu e o objeto externo (mãe).

Como anteriormente pontuado, o comportamento do ambiente está fortemente associado ao desenvolvimento pessoal; é com o brincar que a criança denuncia sua criatividade, seu poder de simbolização para lidar com os obstáculos desse processo tão árduo e essencial da maturação psíquica – um ato de construção como ser.

Para conseguir lidar com toda essa intensidade faz-se necessária a utilização da criatividade para seguir sua trajetória de amadurecimento emocional saudavelmente, “e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o eu (*self*)” (*ibidem*, p.80). O sentimento do eu (*self*) inicia em um estado não integrado que irá sendo elaborado, transformando-se em um estado integrado esperado, com o auxílio essencial da presença de um objeto externo que executa sua função materna de confiança e possibilita a dependência inicial bebê-mãe. O brincar (ação que sinaliza a criatividade infantil) não se encontra nem dentro (eu) nem fora (não-eu) do mundo infantil, mas sim auxilia no processo de dependência

necessária com o objeto primordial de total confiança para a independência e a conexão, o vínculo do eu com o mundo.

Winnicott (*idem*) pontua que o lactante e a mãe estão fundidos em um primeiro momento, sendo a visão que o mesmo tem do objeto unicamente subjetiva. Cabe à figura materna tornar concreto aquilo que o seu filho está pronto para encontrar. Assim sendo, o bebê precisa repudiar a mãe para aceitá-la novamente e conseguir enxergá-la objetivamente. Por sua vez, a mãe, atuando como um objeto primordial suficientemente bom, precisa conseguir sustentar esse processo necessário, tendo capacidade de se organizar frente aos ataques neste movimento de repúdio e aceitação.

Considerando que tal processo ocorra de maneira desejável, um espaço de confiança se cria entre mãe e filho. A esse espaço, com relação ao brincar, Winnicott (*idem*) denomina de “espaço potencial”. Espaço variável de acordo com a relação mãe-bebê, portanto, com o mundo externo e com o mundo interno. “Chamo isso de *playground* porque a brincadeira começa aqui. O *playground* é um espaço potencial entre a mãe e o bebê, ou que une mãe e bebê” (Winnicott, *idem*, p. 71).

A importância do brincar está essencialmente na ideia de ser algo que serve para intermediar a realidade psíquica pessoal e a experiência do controle dos objetos reais. A criança coloca no ato do brincar objetos ou fenômenos oriundos da realidade externa. Rompe o tempo e espaço e, conseqüentemente, inaugura um novo tempo e espaço.

É nesse sentido que a brincadeira entra na maturação emocional como uma ferramenta fundamental, visto que, por meio do expressar criativo, a criança consegue dar conta de diversas intensidades psíquicas, bem como da transição do sentimento de onipotência e da dependência absoluta com o objeto. Segue daí para a gradual evolução de compreender a existência de um eu e de um outro, externo a si.

3.4 Integração e faces da falha

Os conceitos abordados por Winnicott (2007[1983]) apontam para o processo de integração do ego. A palavra ego é entendida como sendo a parte da

personalidade que tende a se integrar como uma unidade quando se tem um ambiente favorável. O ego do bebê inicia-se em um estado não integrado, que, gradualmente, vai sendo integrado. Logo, o ego, em seu estado inicial, é um ego corporal. Como pontuado anteriormente, com os cuidados suficientemente bons, o bebê vai dando conta da integração do seu eu, através dos processos já abordados.

A mãe, com sua maternagem suficientemente boa, através do suporte adequado, possibilita ao bebê o amadurecimento do seu ego neste árduo caminho de elaboração que trilha em destino a integração do mesmo. O ego, ainda imaturo, recebe toda a carga afetiva do objeto materno, e é nesse momento que marcas importantes ocorrem. Fala-se aqui da etapa anterior ao processo de diferenciação eu / não-eu.

Após o nascimento, constata-se no bebê o movimento que leva para a integração interna, que é acompanhado por dois fatores: a técnica da maternagem e as agudas experiências instintivas do bebê que demandam, desde o interior, por satisfações constantes e repetitivas. A partir disso, as partes experienciadas como pedaços de sensações vão sendo aglutinados e associados, possibilitando sua gradual reunião em torno da sensação de unidade interior (Winnicott, 1990).

Analisando o desenvolvimento emocional da primeira infância, Winnicott (*idem*) discorre sobre a importância de compreender como funciona o processo de maturação na fase pré-genital. Nessa etapa a criança ainda não consegue estabelecer uma relação triangular, ou seja, relaciona-se apenas com o objeto primordial. O terceiro objeto, figura paterna, é visto como essencial, porém, nesses instantes iniciais, sua presença é fundamental para dar o suporte necessário para a construção de um ambiente facilitador quanto a qualidade de sustentação dirigida ao objeto materno.

É nesse momento pré-genital que começa a se falar em uma unidade, passando a falar do *self* como algo inteiro. Winnicott (*idem*) discorre sobre a existência de uma coisa – ego - que é envolta por uma membrana limitadora que separa o interior do exterior, o dentro do fora.

Seguindo esse raciocínio, a partir da ideia de haver uma membrana protetora e limitadora do ego, é possível compreender o processo no qual o bebê começa a entender a existência de um eu e um não-eu. O ego, ainda frágil, começa a relacionar-se, começa a compreender que existe um eu e os objetos. Portanto o

bebê passa a sentir a mãe como uma pessoa, o seio deixa de ser uma continuidade do eu para, gradualmente, ser visto como parte de um outro ser.

Durante esse processo ocorre a oscilação entre os estados destacados por Winnicott (*idem*): estado excitado e estado tranquilo. O estado excitado, responsável pelos ataques ao objeto, vai diminuindo, dando espaço para o estado tranquilo, que reconhece o outro como cuidador de si. Para que esse registro de cuidado seja instaurado no bebê é preciso que a mãe, como objeto primordial, desde o primeiro contato com seu filho, durante as primeiras mamadas, seja constante para que no bebê se inscreva à sensação de segurança e afeto que irá dar estabilidade para que ele percorra seu amadurecimento de maneira saudável.

A criança, ainda pequena, começa a perceber que ambos os estados (excitado e tranquilo) constituem uma relação total com o objeto primordial. Winnicott (*idem*) denomina esse estágio como “A Posição Depressiva no Desenvolvimento Emocional”, fase na qual a criança está com a ansiedade extremamente elevada, visto que é inundada tanto pelo sentimento de culpa, advindo dos elementos instintivos que acabam por atacar o objeto, quanto pela preocupação com as mudanças internas decorrentes das experiências de excitação.

A intensidade de tais processos - passando de dependência do eu para um relacionamento do eu, de estado não integrado para uma tentativa de integração do ego - exige continuamente um ambiente suficientemente bom. O ego ainda muito rudimentar do bebê carece de sustentação contínua por parte da mãe para conseguir dar conta do sentimento de culpa que o atinge através da dependência absoluta com o objeto, atravessado pelos ataques vindos do amor instintual em direção à mãe.

É essencial que a mãe consiga manter-se firme aos ataques, que tenha estabilidade para sustentar essa raiva em direção a ela, podendo assim permitir que o filho consiga fazer reparações e, com isso, organizar em si as consequências imaginativas dessa culpa. Destarte, a sequência “machucar e curar” (Winnicott, 1990/1971, p.90), após repetir-se diversas vezes, faz com que a criança consiga suportar a culpa e aceitar o amor instintivo.

O amor impiedoso do filho, fruto da urgência instintual provocada por uma excitação que necessita de descarga imediata, gradualmente cede espaço ao poder de simbolização que, posteriormente, possibilitará a integração egoica do mesmo.

Para desenvolver sua força pulsional, o filho precisa que a mãe-objeto suporte os seus ataques, demonstre que sobrevive aos episódios dirigidos pelo instinto.

Com o passar do tempo, o objeto primordial vai deixando de ser um objeto que cumpre as necessidades do bebê para passar a ser um objeto de desejo do mesmo. Winnicott reitera: “ela própria precisa estar dotada de um tipo de potência especial, pois nem um seio cheio demais nem um seio inteiramente inerte serão perfeitamente apropriados” (*idem*, p.123); nesse sentido o papel da mãe é deixar seu seio a disposição, perto da boca de seu filho, para que ele mesmo crie o seio durante sua ilusão de criador dos objetos de necessidade.

Winnicott afirma que a "quantidade de ilusão experimentada e, portanto, do quanto nesse mundo criado pelo próprio indivíduo, ele foi ou não capaz de usar objetos percebidos no mundo externo como matéria prima" (2007[1983], p. 228) acusará a estruturação e o potencial simbólico existente internamente. Portanto, é desse processo que surge a possibilidade de desenvolvimento saudável no que tange o poder de criatividade, subjetivação e integração no sujeito.

Conter as necessidades de um filho não é uma tarefa fácil, apesar de, muitas vezes, ser considerada natural. A ansiedade que uma mãe traz consigo pode, diversas vezes, dificultar o manejo esperado em seu papel suficientemente bom.

Dar ao bebê a possibilidade de vivenciar a ilusão de criação do seio materno parece ser simples, pois, na maioria dos casos, existe uma inclinação natural de proteção e cuidado materno. No entanto, falhas podem ocorrer nesse contato inicial, e algum tempo excessivo pode existir até que aconteça um entendimento entre mãe e bebê.

Para melhor entendimento dessa questão teórica vamos analisar a diferença entre trauma e falha pelo viés winnicottianos. O autor pontua que o trauma “implica que o bebê experimentou uma ruptura na continuidade da vida, de modo que defesas primitivas agora se organizam contra a repetição da ‘ansiedade impensável’ ou contra o retorno do agudo estado confusional próprio da desintegração da estrutura nascente do ego” (1975[1971]) p.135-136).

Já por falha entendemos ser uma privação do objeto materno em um grau suportável pelo bebê no qual a mãe repara constantemente, através da qualidade do seu afeto, as angustias do seu filho. Esse movimento permite uma certa continuidade pessoal de existência. (Winnicott, 1975[1971])

A partir destas falhas necessárias o bebê começa a entrar em contato com o não-eu. Como mencionado anteriormente, nesse momento ele principia a sentir afetos diferentes dos até então vividos. A raiva (estado excitado) é uma resposta vivenciada pelo bebê em direção ao objeto primordial, posto que, momentaneamente, a mãe falha, inaugurando a sensação de desamparo. Junto a isso, o estado tranquilo age e a mãe retorna sendo alvo da descarga pulsional ou como representação de um espaço propiciador de sua capacidade de criação, acalmando as necessidades do filho.

Como aponta Coutinho (1997, p. 100), “é na falha que surge o desejo e o movimento da criação”. Portanto, nesse papel suficientemente bom, é preciso que a mãe consiga dar conta das falhas necessárias e estruturantes para frustrar seu filho e dar seguimento ao amadurecimento egoico saudável. Winnicott (1975[1971]) postula que os processos de maturação se desenrolam com base no atendimento das necessidades somatopsíquicas do bebê pelos objetos cuidadores.

Quando o cuidado primordial não consegue ser executado da maneira esperada, seja por excesso de presença ou excesso de ausência materna, etapa na qual o bebê ainda não é capaz de manter as pessoas vivas na realidade psíquica interna, traumas denominados narcísicos podem ocorrer. É o que analisamos com relação a anorexia, por um excesso de presença do objeto primordial, onde as falhas não puderam ser experienciadas como tal, um trauma ocorre e a patologia é posta.

É no reconhecimento da falha ambiental que surge o processo de integração e de simbolização. Candi (2010) pontua, com base na teoria winnicottiana, que o bebê não existe por si só. Winnicott (2007[1983]) afirma que, além dos cuidados maternos para estar vivo, o recém-nascido necessita estar acoplado ao objeto para poder sobreviver. Visto por esse viés, desde o início, ele é submetido à violência das urgências das pulsões sem ter capacidade de discriminá-las e projetá-las.

É preciso que o bebê consiga reconhecer estas urgências como sendo parte de si mesmo e inaugure a sensação de sobrevivência diante da força dessas pulsões. No desenvolvimento da capacidade de tolerar a força da pulsão, o objeto primário é atacado – mais uma vez, auferindo-se a oscilação entre estado calmo e excitado Winnicott (*idem*).

O ataque ao objeto surge no estado considerado por Winnicott (*idem*) de excitado, também entendido como “mãe da pulsão”, como escape para a força pulsional sentida e não bem compreendida ainda. Gradualmente, o processo de intelectualização vai sendo realizado, efetivado.

A ausência materna, portanto, no momento em que o bebê quer satisfazer suas necessidades, será uma fonte de angústia depressiva que engendrará um processo de reparação do seio anteriormente destruído, esvaziado pela mamada do mesmo. Esta sequência de falhas para a psique do recém-nascido necessita de fenômenos específicos para que o excesso não ocorra e com isso seja visto como falhas estruturante para o desenvolvimento de um ego unificado.

Winnicott (1975[1971]) aborda o conceito de falso *self* em sua teoria quanto a integração do eu. O falso *self* tem como base a função de preservação do *self* verdadeiro, isto é, daquilo que é singular e original no indivíduo. O *self* verdadeiro é visto em todo impulso espontâneo do lactante na fase na qual seu ego ainda é fragmentado e dependente do objeto materno. Em contrapartida, o falso *self* surge como preservação do ego, ocultando a realidade interna do mesmo.

Em certo grau, o falso *self* atua de maneira necessária, levando em consideração a precariedade psíquica infantil frente à ameaça das falhas ambientais nos estágios de absoluta dependência. Diante da ameaça de colapso narcísico, o falso *self* se submete às exigências do meio, adaptando-se à realidade externa: tentativa desesperada da criança para criar uma atmosfera favorável ao seu próprio crescimento (Winnicott, *idem*).

Porém, quando a falha excede o limite suportável pela psique e um trauma é posto existe o risco do falso *self* tornar-se organizador da psique do indivíduo, acarretando uma pobreza na vida cultural, bem como dificuldades nos aspectos ligados à simbolização. “A exploração desse falso *self* complacente ou submisso não pode levar a um bom resultado” (Winnicott 1990[1971], p.128).

De acordo com Winnicott, "somente a partir da não-existência é que a existência pode começar" (1994[1963], p.76), portanto, para o desenvolvimento egoico faz-se primordial o equilíbrio entre a presença e a ausência do objeto primário. O autor aponta para a necessidade de o lactante aprender a tarefa de estar só.

Esse conceito abordado na teoria winnicottiana discorre sobre a ideia da criança, ainda pequena, quando, nas palavras do autor, “a imaturidade do ego é

naturalmente compensada pelo apoio do ego da mãe” (2007[1983], p.34) conseguir, gradualmente, dar conta da ausência materna, mesmo quando presente.

Se o percurso evolutivo do bebê ocorrer de acordo com o desejado, tem-se um amadurecimento saudável que, por consequência, resultará na capacidade de introjetar o ego auxiliar e conseguir, futuramente, exercitar a capacidade de ser só.

Quando o esperado não ocorre, baseado em toda teoria traçada até o momento, os traumas podem ocorrer. Portanto, cortes abruptos entre mãe e filho, nos quais a vivência de fusão satisfatória e dependência absoluta são rompidas fortemente para a vivência de abandono e desespero ou a ausência da vivência de um espaço entre mãe e filho não ocorre, ou seja, é experienciado apenas uma dependência absoluta, formam o trauma.

O conceito anteriormente abordado acerca do ambiente suficientemente bom inclui dentro dele a função de suficientemente má. Ou seja, é fundamental para maturação psíquica a gradual modificação de dependência absoluta com a ilusão de onipotência para a vivência do conhecimento da diferenciação entre eu e objeto, dentro e fora.

Retomando o conceito de Winnicott, o lactante e a mãe estão fundidos um no outro, o objeto é repudiado, aceito novamente e objetivamente percebido. “Esse processo complexo é altamente dependente da mãe ou figura materna preparada para participar e devolver o que é abandonado” (1975[1971], p.70). A leitura que se faz disso é a questão primordial do objeto materno dar conta dos ataques de seu filho, conseguindo manter-se inteira diante dos movimentos de amadurecimento emocional do bebê possibilitando uma continuidade existencial.

Analisando agora o viés não saudável dessa evolução, diante do ambiente que falha, diversas possibilidades de traumas podem ocorrer. A dificuldade de elaboração criativa é uma delas. Nas palavras de Winnicott “viver criativamente constitui um estado saudável, e de que a submissão é uma base doentia para a vida” (*idem*, p.95). Essa criatividade está ligada desde o início da vida, seja na fase de ilusão da onipotência auxiliada pelo objeto primordial, seja na escolha dos objetos transicionais para dar conta da desilusão gradual, seja no surgimento dos sonhos. Com lacunas na criatividade, a criança sentirá dificuldade nas adaptações exigidas pela maturação emocional.

Os traumas vêm justamente da oportunidade oferecida pela mãe de o bebê ter objetos reais para neles e com eles poder viver criativamente. Ou seja, todo

objeto é um objeto descoberto, com isso, o fracasso, nesse sentido, acarretará a ausência da capacidade imaginativa, dificultando o poder de simbolização e gerando um *self* submisso e dependente dos objetos externos ao eu.

Com seu olhar cuidadoso e todo suporte necessário, a criança recebe da mãe e do ambiente um contorno, tanto físico quanto psíquico. Com a passagem saudável desses processos primários, o bebê começa a compreender a existência de um interior e de um exterior demarcados por uma membrana, por um contorno. O corpo, segundo Pedrozo (1997), apoiado na teoria winnicottiana, é o centro do *self* - a “pele” a condição de última fronteira do eu com o mundo.

No entanto, com essa base já se pode compreender que quando o cuidado materno suficientemente bom falha, excedendo a intensidade que o bebê pode suportar, implica na desilusão precoce ou no excesso de presença, gerando uma descontinuidade com o ambiente. O *self* pode vir a se dissociar do corpo. Baseada na teoria winnicottiana, essa afirmação sugere que se cria no lactante uma falha mental representada pela ausência das fronteiras do corpo, reverso do processo de integração egoica.

Corroborando a essa ideia, analisando o pensamento freudiano quanto ao amadurecimento emocional, concordamos que: sendo o narcisismo primário o momento no qual o bebê investe toda sua libido em si, onde o ego encontra-se fragmentado, momento primeiro no qual toda a libido é investida no próprio corpo, e a diferenciação entre sujeito e objeto é mínima, qualquer excesso, seja de presença ou de ausência, acarretará, possivelmente, em traumas considerados primários, precoces, portanto, pré-edípicas.

Seguindo pela teoria winnicottiana, o trauma, por definição, implica na experiência de ruptura na continuidade da vida, acionando defesas primitivas contra a repetição dessa vivência. A forma não estruturante desse processo gera defesas rígidas no bebê, que, diante das poucas possibilidades de elaboração - visto que se encontra em fases prematuras - fica marcada por todo seu futuro crescimento.

Diante de uma maternagem insuficiente e um ambiente desfavorável, a criança vivencia as experiências primárias de maneira invasiva. A crença de continuidade psíquica é interrompida por cortes abruptos que geram marcas possivelmente profundas e importantes para o sujeito. A criança registra em sua

evolução emocional inseguranças e desconfianças para com o mundo externo e interno. Sua formação egoica será percebida de maneira fragmentada, com uma

Com essa dissociação do *self* e prevalência de um falso *self*, o sujeito, carente do poder de simbolização, passa a atuar, como forma de defesa, como uma maneira de manter-se vivo. Frente a angústia do aniquilamento, portanto, da fragmentação total do eu, os indivíduos buscam na ação uma defesa para darem conta das demandas do viver. Na atualidade denominamos estas patologias, fruto do fracasso do contato inicial, de patologias narcísicas, pertencentes aos casos do estado limite ou fronteiro. (Galvan; Amiralian, 2009).

Aprofundado o estudo sobre esses traumas, é plausível afirmar que, com base no estudo de Winnicott (2007[1983]), falhas maternas no que diz respeito a fase denominada de sustentação proporcionam no bebê a vivência traumática de um sentimento de falta de confiança em si, pois o objeto primordial, ao não conseguir vivenciar com o bebê a sensação de confiança, na qual ele inaugura em si a percepção de que não será deixado cair, ou melhor, que terá o cuidado afetuoso materno quando necessário for, instaura nele angústias inomináveis associadas ao pavor do contato com o vazio.

Portanto, se o ego, pela teoria psicanalítica, é envolto por uma membrana limitadora, que serve para proteger e intermediar o eu do mundo externo, ao falar de traumas narcísicos sugere-se fendas nesse limite. Essas “rachaduras” na membrana protetora do ego, causadas por traumas desestruturantes, apontam para patologias ligadas a dificuldade de simbolização, no campo psicossomático do ser.

Dando sequência a esse pensamento, esses sujeitos, que crescem e amadurecerem psiquicamente com um trauma excessivo na fase pré-edípica, são marcados por um contorno egoico frágil. Essa fragilidade aponta para uma tendência de desvanecimento devido a unificação corporal ausente de consistência.

Esses casos denunciam um fracasso do objeto primordial em executar suas tarefas de forma consecutiva, a perda do objeto para então buscá-lo na realidade posterior não pode ser vivida por sua presença excessiva. Portanto, os limites fronteiros entre o eu e o outro não ocorrem da maneira desejada, considerada saudável.

“Na época em que a satisfação sexual estava ligada à absorção dos alimentos, a pulsão encontrava seu objeto fora, na sucção do seio da mãe. Este objeto foi posteriormente perdido, talvez precisamente no momento em que a criança se tornou capaz de ver em seu conjunto a pessoa a quem pertence órgão que lhe proporciona satisfação”. (Freud 1914, p.124)

O autor discorre sobre o desenrolar esperado da maturação psíquica, onde o ser humano deixa de ser fragmentado e passa, gradualmente, a ser um indivíduo inteiro por suporte do cuidado suficientemente bom. Então, o bebê pode perder o objeto materno, que passa a ficar internalizado, sendo buscado no mundo externo. Porém, quando esse objeto não consegue ser perdido, sua internalização é falha. Dessa forma, como o sujeito passará a buscar sua satisfação no mundo externo?

Conforme apontado anteriormente, reflete-se os estados narcísicos ao falar dessa temática. Esse estado inclui a relação do bebê com o que foi internalizado, ou seja, uma relação com esses objetos internos envolvendo fantasias, angústias e defesas. Na anorexia a internalização não ocorre de maneira satisfatória, logo, são pessoas feridas e expostas normalmente a decepções profundas nas relações com o outro, onde o objeto primordial foi incorporado pelo sujeito.

Levando em consideração o processo de maturação emocional pelo viés winnicottiano a partir da análise feita com relação a anorexia, os estados limites e as dificuldades do simbolizar, trabalha-se, em seguida, com o aprofundamento das questões teóricas acerca do trauma pelo viés freudiano.

4 Trauma

Esta leitura não pretende esgotar todas as possibilidades de trabalho com a noção de trauma na obra de Freud. Outros modelos teóricos podem ser encontrados em uma obra tão vasta e fértil como a do autor supracitado. Contudo, a reflexão proposta vem ao encontro do assunto desta dissertação, que tem como objetivo compreender o trauma vivido por trás do transtorno anoréxico através do entendimento da relação mãe-bebê embasada pelo viés winnicottiano.

Iniciando pela questão etimológica, a palavra "trauma" é de origem grega e refere-se a ferida, dano ou lesão provocada por um agente externo. Segundo Freud (1994[1893]), o trauma deve satisfazer algumas condições: deve ser grave, portanto, envolver certo perigo mortal. Ou seja, deve ser forte o suficiente para ultrapassar as defesas psíquicas e, com isso, perder seu caráter estruturante e passar a ser excessivo para o amadurecimento humano.

A teoria freudiana do trauma precisa ser dividida em dois momentos distintos. Primeiramente a partir dos estudos realizados até 1897, nos quais Freud, apoiado em suas análises sobre as histéricas, postula que a teoria do trauma está associada à teoria da sedução. Posteriormente, de 1920 em diante, a teoria do trauma começa a ser observada pelo viés das pulsões, passa a estar associada à formulação dos conceitos de compulsão à repetição e de pulsão de morte (Sales, 2002).

Em 1896, Freud faz sua abordagem do trauma mais percuciente, configurando a denominada *teoria da sedução*, cuja organicidade requintada de elementos e dinâmica singular produziram o primeiro “modelo” (na acepção plenamente epistemológica dessa palavra) do trauma.

No primeiro entendimento teórico sobre o trauma, Freud afirma: “essa lembrança ou está inteiramente ausente da recordação do paciente, quando este se encontra em seu estado normal, ou está presente apenas em forma rudimentar, condensada” ([1886 – 1889] 1990 p.220). Assim, o trauma deixa marcas no amadurecimento psíquico; segue provocando efeitos no psiquismo - como algo latente e intrínseco, como um afeto que não conseguiu nem ser apagado nem ser significado.

Na década de 1890, a teoria freudiana se apoia na ideia de que a ação traumática se baseia em dois tempos. Como afirma Utichel (2001), é no efeito *a posteriori* que o evento se torna traumático: o trauma não está na vida adulta, mas sim na vivência da intensidade atual que traz à tona a primeira cena experienciada.

Freud em 1897 começa a descartar a ideia até então afirmada quanto a teoria da sedução ligada ao trauma. Anteriormente, o autor acreditava que, baseado nos estudos das histéricas, toda mulher histérica teria sofrido um trauma ligado à sedução infantil, portanto um abuso sexual precoce que criaria uma marca excessiva no desenvolvimento psíquico. Posteriormente, concluiu que não seria de fato um abuso vivido no âmbito real, na vida cotidiana, mas sim a possibilidade de uma fantasia da cena de sedução. A partir de então a fantasia ganha a força que antes pertencia ao evento traumático (Cardoso, 2015).

“Sustentamos, portanto, que as experiências sexuais infantis constituem a precondição fundamental da histeria, que são, por assim dizer, a predisposição para esta, e que são elas que criam os sintomas histéricos - mas não o fazem de imediato, permanecendo inicialmente sem efeito e só exercendo uma ação patogênica depois, ao serem despertadas, após a puberdade, sob a forma de lembranças inconscientes”. (FREUD, 1994[1893], p.207).

A questão relacionada ao fato do trauma ocorrer em dois tempos segue fazendo parte do entendimento freudiano. O que está em mudança nesse tempo teórico é o material relativo ao trauma, que deixa de ser a sedução explícita e passa a ser a fantasia. Ocorre, então, a renúncia à primeira teoria do trauma (Fuchs, 2016).

Tal renúncia se deve ao fato que Freud, até 1897, acreditava na vivência real do abuso sexual; porém, com essa nova reflexão, que sugeriu a descoberta da existência do fator fantasioso que encobre atividade auto erótica dos primeiros anos de infância, o autor então segue seus estudos em direção à segunda teoria do trauma, a qual aponta para o entendimento relacionado às questões das pulsões. (Martinez, 2007)

Em 1920, o “trauma” passa a ter um sentido muito mais próximo aquele visto no *Projeto para uma psicologia científica*, associado, então, às questões relacionadas a pulsão de morte, surge a necessidade de admitir a existência de processos psíquicos que repetem experiências originariamente desprazerosas e

leva a introdução dos conceitos de "compulsão à repetição" e "pulsão de morte". (Caropreso, 2013).

4.1 A sedução como trauma

Freud, em 1893, pela primeira vez associa a histeria ao que denominava neurose traumática. Entendia a histeria como fruto de traumas psíquicos derivados de choques extremamente fortes de afeto, em que o psiquismo – despreparado para o ataque – é marcado pela situação vivenciada de onde os sintomas histéricos emergem (Knobloch, 1998). Para Freud (1994/ 1893, p.44) o trauma psíquico age como “um corpo estranho que, muito depois de sua entrada deve continuar a ser considerado como um agente que ainda está em ação”.

Portanto, como já exposto, o eixo central do primeiro modelo teórico do trauma sustenta-se no estudo de Freud sobre as histéricas, alicerçado na teoria da sedução. O trauma psíquico é compreendido, neste momento, como aquelas vivências emocionais que se constituem fator etiológico para o aparecimento da histeria, ou seja, toda a impressão ou vivência que provoca afetos intensos e angustiantes de medo, susto ou vergonha e que o sistema psíquico tem dificuldade para resolver por meio do pensamento associativo ou por reação motora.

Sendo assim, tal patologia funciona como resíduo de traumas psíquicos, e o caráter particular de cada um de seus sintomas foi explicado a partir das relações com a cena traumática. A essa primeira ideia de trauma corresponde, do ponto de vista clínico, o método catártico, que consiste em remover as consequências das ideias que não sofreram ab-reação², trazendo-as para o plano da consciência através dos métodos da hipnose superficial. Através a investigação da experiência vivenciada que agiu como um invasor do psíquico infantil e serve como agente dos sintomas experimentados.

Desse modo, a primeira teoria do trauma de Freud não é biologista, já que não sustenta qualquer aposta etiológica substancial na hereditariedade; não é mecanicista, pois não acredita que o evento externo por si mesmo provoque diretamente o trauma; e também não é psicologista, porque não reduz o

² Termo introduzido por Freud e Breuer, em 1893, para definir um processo de descarga emocional saudável que consiste em liberar o afeto que está ligado à lembrança de um trauma, anulando seus efeitos patogênicos.

traumático à condição de uma forma de assimilação psíquica de eventos (Castilho, 2013).

Torna-se notável a evolução pela qual passou o pensamento de Freud e sua complexa originalidade atingida nos anos 1895/1896, quando preconiza definitivamente a etiologia sexual da neurose, formulando então uma teoria da sedução como teoria do trauma em dois tempos. Os dois tempos do trauma referem-se ao fato do sujeito passar pela vivência, quando criança, de uma experiência abusiva, de forte intensidade pulsional para o momento em que se encontra, e a revivência desse trauma posteriormente, em fase adulta. Freud (1994 / 1983 - 1985) discorre em sua teoria sempre abordando o primeiro evento como causador do trauma e a conexão entre esse fato e os sintomas na vida adulta: “o histérico sofre, sobretudo, de reminiscências” (p.25).

Portanto, a primeira teoria do trauma, pelo viés freudiano, fundamenta-se em um modelo da psique como um *aparelho de memória*. Conforme descrito por Freud (1896[1950]) na *Carta 52*, a memória é vista como não sendo algo linear. O autor considera que as experiências vividas deixam impressões no aparelho psíquico e, por sua vez, essas impressões podem gerar traços, estarem ligadas a representações ou - caso não consigam ligar-se - ficam postas como marcas baseadas em conteúdos que transbordam, excedem o limite de elaboração da psique (Sales, 2013).

Esse excesso, descrito por Freud, está associado à falta do princípio de constância. Se o princípio de constância consiste na tendência do aparelho psíquico de manter o mais baixo possível o número de excitações do organismo, buscando um equilíbrio, a falta de estabilidade nesse sentido indica, portanto, uma falha no processo de descarga de energia, gerando, por consequência, um desequilíbrio das excitações no organismo.

O objeto, que deveria possibilitar este processo estável de economia de energia, por meio do cuidado, da presença e da ausência processual falha e desorganiza as questões relacionadas ao poder de simbolização no desenvolvimento da criança assim como a capacidade de defesas psíquicas mais elaboradas.

“Consideremos o caso de uma pessoa sujeita a um trauma, sem antes ter estado doente, e talvez, mesmo sem ter qualquer predisposição hereditária. O trauma deve satisfazer a certas condições. Deve ser grave — isto é, ser de

uma espécie que envolva a ideia de perigo mortal, de uma ameaça à vida. Mas não deve ser grave no sentido de pôr termo à atividade psíquica. De outra forma, não produziria o resultado que esperamos dele”. (Freud, 1994[1893], p.37)

Freud enfatizará esse posicionamento dizendo que “o que produz o resultado não é o fator mecânico, mas o afeto de terror, o trauma psíquico” (1994[1893], p.40). Portanto, toda histeria pode ser entendida como uma histeria traumática, visto que responde sintomaticamente a uma atividade psíquica.

O autor irá afirmar que a dinâmica neurótica se baseia na formação de uma dupla consciência, através de uma cisão (corte) entre afeto e representação. Por um lado, há o afeto suscitado pelo evento na forma de um *quantum* de excitação correspondente que se manterá retido em parte da psique pela falta de um movimento psíquico (de uma ab-reação) que deveria ter descarregado aquele excesso de estímulo produzido. Por outro lado, devido a essa ausência ou insuficiência evacuatória, será posto o sintoma neurótico.

No texto *Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa* (1976), Freud utiliza inúmeras vezes as expressões “trauma infantil” e “traumas infantis”, o que possivelmente nos conduziria a situar o traumático no âmbito do atentado sexual. Contudo, Freud já adverte que “não são as experiências em si que agem de modo traumático, mas antes sua revivescência como lembrança depois que o sujeito ingressa na maturidade sexual” (Freud, 1994[1893], p.165). Então, o foco da questão traumática não está no ato em si, mas na fase em que ele ocorre, na qual existe a falta de uma estabilidade e maturidade psíquica para dar significado ao evento intenso ocorrido em idade pueril (Castilho, 2013).

É manifesto o quanto a primeira teoria do trauma fundamenta-se em um modelo da psique como um aparelho de memória das experiências intersubjetivas que, paulatinamente, se transforma em sistema de conflito inconsciente-consciente em face da atribuição de significado sexual — *a posteriori* — a um evento de abuso infantil. De maneira didática temos sequencialmente: i) a inscrição psíquica de um traço de memória (a experiência do abuso, por assim dizer, “depositada” no sujeito); ii) a ativação desse traço de memória (a experiência infantil ressignificada); iii) o recalco dessa representação inadmissível (“o abuso era sexual”) com a cisão representação/excitação afetiva; iv) o retorno do recalco nos sintomas neuróticos: conflito psíquico (*ibidem*).

Nesse contexto, é indispensável o registro de que a teoria do trauma em dois tempos traz consigo a primeira elaboração psicanalítica a respeito do recalçamento, que se articula à sexualidade e ao conflito psíquico (*ibidem*).

De acordo com Freud:

“A eclosão da histeria pode ser quase que invariavelmente atribuída a um conflito psíquico que emerge quando uma representação incompatível detona uma defesa por parte do ego e solicita um recalçamento. [...] A defesa cumpre seu propósito de arremessar a representação incompatível para fora da consciência quando há cenas sexuais infantis presentes no sujeito (até então normal) sob a forma de lembranças inconscientes [...]”. (1994[1893], p. 206)

Cabe ressaltar que a teoria do trauma, apoiada na sedução sexual, tem um registro temporal bem específico. Imageticamente pode-se construir a ideia de um pavio conectando dois marcos anacrônicos entre si: o **passado** ou resíduo, um acontecimento de abuso em fase pueril, com o **presente** - a presença - a centelha de uma lembrança ativadora que detona o depósito traumático até então inócuo. Trata-se de uma "operação póstuma de um trauma sexual na infância" (*idem*, p. 167).

Tal mecanismo, no entanto, se dá pelo poder patogênico ressignificante da lembrança. Portanto, o **segundo** evento - o propiciador da lembrança - é desvalorizado por Freud (Castilho, 2013).

“Esse agente é, de fato, uma lembrança relacionada à vida sexual, mas que apresenta duas características da máxima importância. O evento do qual o sujeito reteve uma lembrança inconsciente é *uma experiência precoce de relações sexuais com excitação real dos órgãos genitais, resultante do abuso sexual cometido por outra pessoa; e o período da vida em que ocorre esse evento fatal é a infância* - até a idade de 8 ou 10 anos, antes que a criança tenha atingido a maturidade sexual. Uma experiência sexual passiva antes da puberdade: eis, portanto, a etiologia específica da histeria”. (Freud, 1994[1893], p.151)

Considerando que estamos diante do que se chamou de “teoria da sedução”, temos o seguinte quadro: o infante -agente passivo - o qual sofre a ação sexual de um adulto ou de outra criança, desenvolve um potencial traumático que permanecerá adormecido em um primeiro momento, até que uma lembrança inconsciente, que eclodirá no futuro, produza a ressignificação do evento como experiência sexual - por parte da vítima, fazendo com que o sintoma neurótico então venha à tona (Castilho, 2013).

“Superestimei a frequência desses acontecimentos [...], ainda mais que, naquele tempo, não era capaz de estabelecer com segurança a distinção entre as ilusões de memória dos histéricos sobre sua infância e os vestígios de eventos reais. Desde então, aprendi a decifrar muitas fantasias de sedução como tentativas de rechaçar lembranças da atividade sexual do próprio indivíduo (masturbação infantil)”. (Freud, 1906 [1905] pp. 257-258)

Portanto, as experiências posteriores ao trauma suscitarão a lembrança inconsciente patogênica através da associação. O que é fundamental é compreender que o foco dos estudos que fundamentam esta dissertação se dá na dialética entre o acontecimento abusivo na infância e a doença como sintoma em fase posterior. Podemos concluir, então, que essa reativação traumática é o que norteia a compreensão e a elaboração do trauma ao longo do amadurecimento sexual da vítima.

Na anorexia o que vemos é a incidência da doença tendo sua primeira aparição na adolescência. Então seguindo o raciocínio do trauma em dois tempos teríamos: um trauma vivenciado na fase primordial do anoréxico, ligado a relação entre mãe – bebe – ambiente suficientemente bom, cujas falhas necessárias não foram experienciadas como tais e a revivência do trauma na adolescência cujo sintoma que evidência o ocorrido está ligado a recusa do alimento e a falta de desejo.

Esse segundo momento traumático pode estar associado ao fato da adolescência ser uma etapa cujo indivíduo sofre diversas mudanças corporais e sociais. É notório que nessa fase do desenvolvimento o adolescente vive questões relacionadas a sua identidade e seus conflitos psíquicos. Etapa na qual as relações familiares se modificam para o jovem e a busca de novos objetos se torna mais intensa.

Os confrontos vividos na adolescência, a necessidade de tomar decisões, as mudanças físicas e emocionais, as obrigações impostas assim como as modificações dentro da estrutura ambiental, podem exigir do indivíduo uma maturidade e estabilidade psíquica que não pode ser amadurecida no anoréxico. Diante desse sentimento despertado no sujeito, frente a etapa vivida, a doença surge, como uma maneira de comunicação para denunciar traumas que ocorreram num tempo anterior.

Em suma, a lógica patogênica do trauma nos mostra que tanto a vivência do abuso quanto o segundo tempo traumático – acontecimentos secundários – não desencadeiam o trauma, mas sim o traço de memória traumatizante. O traumatizante está associado ao rompimento de uma estrutura de defesa, aquilo que, por sua força excessiva, invade a psique do sujeito e provoca a lembrança inconsciente que é entendida como a real ativadora do evento infantil desestruturante. Portanto, não se faz realmente interessante compreender se as experiências secundárias foram de ameaças terríveis ou triviais, pois o que de fato importa é o que há por trás desse gatilho mnésico (Castilho, 2013).

Seguindo o viés freudiano, o que é trazido ou tido como traumático, por um paciente, ligado ao evento experienciado é, de certo modo, banalizado para o entendimento psicanalítico. O que é valorizado é a tentativa de associar o evento da vida psíquica madura com o que estava escondido no inconsciente do sujeito. Faz-se necessário compreender a lógica traumática, saber em que momento da vida infantil o evento da ordem sexual ocorreu e quais as associações responsáveis que dispararam os sintomas do segundo momento.

4.2

O trauma *a posteriori*

O segundo modelo do trauma escrito por Freud surge a partir dos estudos das pulsões, quando o autor substitui (sem negar a teoria da sedução do primeiro modelo) o modelo do trauma na etiologia das neuroses pelo modelo da pulsão. Através do aprimoramento da teoria das pulsões, Freud passa a integrar os conceitos do trauma associado a esse novo viés de aprofundamento que segue sendo visto e revisitado na atualidade.

Freud, com sua fantasia filogenética, renovou, em vista de uma melhor compreensão da patogênese, o esforço teórico no sentido de tornar mais complexo o modelo da pulsão, integrando nele o fator traumático. Tarefa à qual somos ainda confrontados (Grubrich-Simitis, 2003, p.24).

A tarefa à qual ainda somos confrontados se refere ao contínuo aprofundamento e compreensão da integração do modelo do trauma com o

modelo da pulsão. Seria simples se pudéssemos apenas adicionar uma teoria à outra, ou seja, como em uma fórmula etiológica básica: trauma + pulsão (Oliveira, 2014).

A ideia, no entanto, não se resume em substituir a teoria da sedução pela teoria do trauma com as questões pulsionais, mas sim conseguir dar conta do que existe além do fato de que a pulsão contém o traumático em sua própria constituição e, por outro lado, que qualquer situação traumática é necessariamente habitada pela pulsão (Caropreso, 2008).

Reiterando brevemente o exposto, mesmo que o sujeito localize conscientemente o ponto de partida de seus sofrimentos psíquicos, é a partir da análise que paulatinamente se descobrirá as cenas que realmente precisam ser reveladas, processadas, elaboradas. Seja qual for o evento traumático, o elemento sexual está sempre presente, segundo Freud: “qualquer que seja o caso e qualquer que seja o sintoma que tomemos como ponto de partida, no fim chegamos invariavelmente ao campo da experiência sexual” (Freud, 1976, p. 226).

Esse é o primeiro ponto significativo do primeiro modelo freudiano do trauma: o trauma é sempre um trauma sexual. Mas para se chegar à originalidade desse modelo é necessário acompanhar a teoria freudiana em sua tentativa de entender porque somente o campo da experiência sexual preenche as condições de determinação de um trauma capaz de provocar sintomas neuróticos.

A vivência sexual abordada é um atentado sexual ocorrido na infância, o que, logicamente, denuncia o caráter prematuro de uma experiência imposta à criança por um adulto sedutor ou por uma criança mais velha que, por sua vez, já tenha sido seduzida. Esta teoria da sedução supõe, por um lado, a criança em uma situação de “passividade sexual durante o período pré-sexual” e, por outro, um “adulto sedutor” (*idem*, p. 188).

Freud, no estudo *A etiologia da histeria* (1976), afirma que é na “operação póstuma de um trauma sexual na infância” (p.192) que reside o poder patogênico do trauma. Portanto, apesar do autor sempre utilizar a expressão de traumas de infância para abordar as questões relacionadas às marcas vivenciadas no início da vida psíquica, ele deixa claro que os sintomas são frutos da lembrança do atentado sexual sofrido e não da experiência em si (Fuchs, 2016).

Na teoria freudiana temos a diferenciação entre trauma estruturante e desestruturante. O que pode ser analisado em comparação a teoria winnicottiana

vista anteriormente. Para o primeiro autor experiencia-se diversos traumas ao longo do processo de maturação psíquica. Traumas necessários para o amadurecimento saudável. Quando um excesso é vivenciado, seja pela intensidade do trauma e/ou pela época em que o mesmo ocorre, chamamos de trauma desestruturante, que gera uma desorganização psíquica. Tendo como consequência uma marca desestruturante no sujeito.

Já na teoria winnicottiana podemos chamar esses traumas necessários, de falhas estruturantes. As falhas são entendidas como os processos necessários para que o sujeito consiga, de maneira saudável, dar conta do desenvolvimento psíquico e emocional. Os traumas, para esse autor, são entendidos como desestruturantes. Assim como vemos na anorexia. A partir de traumas devido a uma falha ambiental a patologia é posta. Ou, conforme a teoria freudiana, através de um trauma desestruturante o anoréxico fundamenta seu desenrolar psíquico.

Assim sendo, essa afirmação vai ao encontro do que foi discorrido acerca da ideia de que a violência inerente ao trauma é necessária para a constituição saudável do psiquismo. Então, têm-se como conclusão dois nortes: o trauma necessário e estruturante, entendido como falhas necessárias pelo viés winnicottiano, e o trauma excessivo e desestruturante. Está claro que o excesso está relacionado à vivência de experiências antecipadas à maturidade psíquica do sujeito, assim como a intensidade das situações vivenciadas.

Aprofundando essa questão teórica constata-se então que, devido à imaturidade sexual da criança, o abuso vivido não gera excitação nem consegue ser simbolizado. Aí que se encontra o foco do traumático. Então, o trauma se dá justamente por um excesso pulsional que a criança vive e que não encontra significado subjetivo, não ocorre a simbolização do evento na psique do indivíduo.

Sendo assim, ao transcorrer o acontecimento *a posteriori*, na adolescência ou vida adulta, a conexão das experiências gera o efeito traumático, trazendo à tona os sintomas do adoecimento emocional. Aí sim acontecerá o momento do excesso de excitação no sujeito e a desorganização psíquica.

Junto com a questão do trauma em dois tempos, temos também as primeiras concepções freudianas do recalçamento. Para Laplanche e Pontalis (1992 [1967]), recalçamento é a “operação pela qual o indivíduo procura repelir

ou manter no inconsciente representações (pensamentos, imagens, recordações) ligadas a uma pulsão” (p. 553).

O presente trabalho não pretende aprofundar acerca dessa questão, apenas considera-se importante pontuar que, diante das descobertas de Freud sobre o segundo modelo teórico do trauma, junto com o surgimento das ideias ligadas as questões pulsionais, vem à tona o recalçamento, sendo considerado tanto um mecanismo de defesa psíquica quanto um destino da pulsão.

A associação lógica é que, ao repensar o modelo do trauma e começar a discorrer sobre as pulsões, Freud compreende que a lacuna entre os dois tempos do traumático ocorre devido ao fato do indivíduo, através do recalçamento, ter deixado isolado em seu inconsciente o excesso pulsional desorganizante que vem à tona rompendo as barreiras das defesas psíquicas após o segundo tempo do trauma.

Na teoria da sedução o fundamento da fantasia é o fato real do atentado sexual, ao passo que na teorização subsequente seu fundamento será a sexualidade infantil e seu substrato pulsional (Carvalho, 2012). O novo modelo considera a sexualidade infantil, com seu desenvolvimento e seus pontos de fixação, como fator fundamental na determinação dos sintomas. Sendo assim, o trauma excessivo não é visto como elemento intrínseco à emergência da sexualidade, mas como um fator acidental e desestruturante.

Fica claro que Freud (1920) não está de fato preocupado, nesse momento teórico, em desenvolver uma teoria sobre as neuroses traumáticas, mas sim em usá-las como ilustração do fenômeno da repetição. O autor está interessado em aprofundar seus estudos e exames a respeito do onírico e de tudo aquilo que gira em torno das hipóteses ligadas à pulsão de morte.

Levando em consideração os estudos freudianos acerca da pulsão de morte e da compulsão a repetição, faremos uma breve análise desses conceitos associados a anorexia. Na anorexia o que temos é a repetição do comportamento ligado ao ato de não comer. Freud afirma:

“[...] o paciente não se lembra de nada do que ele esqueceu e reprimiu, mas ele o atua. Ele o reproduz não como memória, mas como uma ação; ele repete, sem saber, é claro, que está repetindo.” (Freud, 1901-1905 / 2006, p. 150)

É a partir da falta do poder de elaboração subjetiva que o anoréxico repete seu comportamento sem conseguir representar os excessos traumáticos vivenciados, sem dar conta de novas ligações para ressignificar as experiências desorganizantes. A repetição surge como uma tentativa autodestrutiva ligada a pulsão de morte de tentar manter-se vivo. O que temos na pulsão de morte é um processo ligado a função de desconectar ligações. Ou seja, desfazer ligações elaborativas, focada na tentativa de chegar ao nível mais baixo de energia, portanto, a inércia; a morte.

Esse processo da pulsão de morte através da repetição de um comportamento ligado a autodestruição é o que vemos no anoréxico. Winnicott (1955/1978) discorre acerca desse tema com um outro viés, analisando o papel da repetição como uma resposta do sujeito diante da falha ambiental na tentativa de amadurecimento do ego pelo congelamento da experiência traumática. Portanto, a vivência traumática fica congelada na psique do anoréxico que através da repetição do ato de não comer tenta manter minimamente uma organização egoica. Por mais que o papel da pulsão de morte assim como da anorexia tenha como desfecho final a morte, o grau zero de energia, existe nesse processo um movimento, uma denúncia da necessidade de ajuda.

Ainda sobre esse viés, de acordo com os estudos relacionados aos sonhos, Freud afirma: “(...) estão ajudando a executar outra tarefa, que deve ser realizada antes que a dominância do princípio de prazer possa mesmo começar” (1976[1920], p.107). É no sonho que o paciente neurótico relaxa suas defesas psíquicas e o material recalado rompe as barreiras vindo a nota na consciência, fornecendo material para análise (Carvalho, 2012).

Os sonhos obrigam de maneira inesperada o sujeito a dar conta dos excessos pulsionais que inundam a psique, fazendo com que os sintomas traumáticos sejam analisados e os excessos que foram fixados no amadurecimento emocional do indivíduo sejam ressignificados para conseguirem ser elaborados. Esse processo vivenciado pelo sonho não é visto nos sujeitos pertencentes a patologia estudada.

Logo, a lógica do segundo modelo do trauma é respectivamente: (i) o trauma (excesso de energia livre) rompe o escudo protetor em relação aos estímulos externos; (ii) a pulsão ameaça do interior e não encontra escudo protetor; (iii) surge o desenvolvimento da compulsão à repetição como tentativa

de ligar e significar essa energia livre que está solta e em excesso (Gurfinkel, 2011).

Para Freud (1937/ 1996) temos o (i) como “[...] algo vivenciado numa idade precoce e logo esquecido, algo que a criança viu e ouviu na época em que ainda não era capaz da linguagem...” (p. 268) com isso deixamos claro que algo intenso demais ocorre em um tempo muito precoce do sujeito e que gera essa marca sem ligação que é denunciada através da repetição do sintoma, no caso da anorexia.

Se o primeiro viés na abordagem do trauma, em 1920, é a afirmação da compulsão à repetição e todo aprofundamento freudiano nessa direção, o segundo momento é a analogia entre o trauma - como um movimento que envolve tanto a excitação vinda do exterior (da realidade externa) - e a pulsão - o movimento da excitação vinda do interior (do psiquismo) (Caropreso, 2010).

Ao comparar-se a mudança do trauma nesse modelo freudiano com aquele que essa noção ocupava no modelo da teoria da sedução, é possível afirmar que o trauma sexual da teoria da sedução é aqui substituído pela pulsão e, em particular, pela pulsão de morte. Sendo assim, se o trauma no primeiro modelo era visto como consequência da imaturidade psíquica do sujeito ante o ataque sexual do outro, neste segundo modelo ele equivale à incapacidade do aparelho psíquico diante do ataque pulsional. Então, temos o primeiro modelo traumático sendo a lembrança de uma vivência quando conectada com o uma vivência sexual; no segundo modelo temos o traumático como sendo a própria pulsão (Castilho, 2013).

O que temos na anorexia é o registro de um trauma precoce ocorrido antes do desenrolar edípico no sujeito. Temos a ocorrência de um “dano permanente ao nosso sentimento – de – si na forma de uma cicatriz narcísica” (FREUD, 1920 / 1977, p.146). Esse dano permanente, na anorexia, é fruto de um trauma precoce. Para entender melhor esse aspecto, veremos a seguir o aprofundamento das questões relacionadas ao trauma precoce.

4.3

Trauma precoce e anorexia

A definição de trauma implica, pela teoria freudiana, na ideia de um choque violento de uma efração sobre o aparelho psíquico e também nas consequências dessa violência no conjunto de organização psíquica. Concordando que o trauma precoce abordado nesse estudo é visto pelo viés desorganizante haverá, portanto, uma desestruturação no desenvolvimento emocional do sujeito.

A questão que nos norteia nesse momento teórico é a de que o transtorno alimentar se dá devido a um excesso traumático na fase pré-edípica. O caso da anorexia ilustra o enlace entre o trauma e as falhas no momento inicial do desenrolar psíquico. O trauma, nesses casos, dar-se-ia em um primeiro momento da fase pré-edípica, atrapalhando a formação completa e sustentadora do superego e ideal de ego, ou seja, estar-se-ia tratando de um futuro adulto com sérias restrições egoicas e uma personalidade instável.

Para compreender essa afirmação é preciso conceituar alguns pontos. Segundo o dicionário de Laplanche e Pontalis (1967 [1992]), o complexo de Édipo é visto como:

“Conjunto organizado de desejos amorosos e hostis que a criança sente em relação aos pais. Sob a sua forma dita positiva, o complexo apresenta-se como na história de Édipo-Rei: desejo da morte do rival que é a personagem do mesmo sexo e desejo sexual pela personagem do sexo oposto. Sob a sua forma negativa, apresenta-se de modo inverso: amor pelo progenitor do mesmo sexo e ódio ciumento ao progenitor do sexo oposto. Na realidade, essas duas formas encontram-se em graus diversos na chamada forma completa do complexo de Édipo. Segundo Freud, o apogeu do complexo de Édipo é vivido entre os três e os cinco anos, durante a fase fálica; o seu declínio marca a entrada no período de latência. É revivido na puberdade e é superado com maior ou menor êxito num tipo especial de escolha de objeto. O complexo de Édipo desempenha papel fundamental na estruturação da personalidade e na orientação do desejo humano. Para os psicanalistas, ele é o principal eixo de referência da psicopatologia”. (p. 77).

Aproximadamente entre os 3 e os 5 anos de idade o sujeito vive as questões relacionadas ao Complexo de Édipo. A criança passa por conflitos relacionados à escolha objetal, ao amor materno e ao amor paterno. É o momento no qual a figura paterna toma força e a relação primordial mãe/bebê começa gradualmente a dar espaço à presença da figura paterna (Ferreira, 2011).

Freud (1996[1923]) afirma que o Complexo de Édipo transita em questões da influência do id e do superego no ego. O autor, ao abordar a segunda teoria do aparelho psíquico, passou a distinguir o id e o superego do ego.

Em 1914, Freud passa a considerar que a formação do ego, “como instância psíquica diferenciada”, se dá na passagem pelo narcisismo. Com a abordagem da segunda tópica, o conceito de ego sofre modificações teóricas importantes, vindo a possibilitar uma delimitação teórica mais certa desta instância. Neste momento, o ego assume um caráter de instância fronteira, em contato permanente com o mundo externo e com o movimento pulsional (Gaspar, 2005, p. 634).

Em *O ego e o id* (1923/1996), Freud discorre sobre a característica fundamental do ego de construir fronteiras. Ou seja, cabe ao ego intermediar as reivindicações do id, assim como as imposições do superego e as exigências da realidade. É no ego que se encontram os mecanismos de defesa utilizados pelo sujeito. Apesar de parecer, teoricamente, que estamos falando de instâncias muito bem distintas e com papéis nitidamente separados, o que temos na prática é uma forte ligação entre ambas as áreas.

Ao pontuarmos que na anorexia existe uma fragilidade egoica estamos afirmando que essa intermediação do ego não ocorre de maneira saudável. Existe uma precariedade nos anoréxicos ligada a dificuldade em equilibrar as reivindicações do id assim como as imposições do superego e as exigências da realidade.

O sujeito é afetado por um sentimento de culpa ligado a satisfação através da autodestruição representada pelo ato de não comer. Em 1923 Freud sugere que o sentimento de culpa surge na constituição psíquica junto com a criação do superego. Ambos frutos do complexo de Édipo. O anoréxico experiencia a vida através da leitura de um superego extremamente rígido, que fomenta a culpa dentro de si. O ego, por sua vez, desprovido de uma capacidade de construir fronteiras mais rígidas, não consegue auxiliar o indivíduo a construir defesas para esse sentimento vindo do superego.

Freud no começo dos seus estudos acerca do tema da culpa afirma: "pode-se dizer que aquele que sofre de compulsões e proibições comporta-se como se estivesse dominado por um sentimento de culpa, do qual, entretanto, nada sabe, de

modo que podemos denominá-lo de sentimento inconsciente de culpa." (1923/1969, p. 113)

Na patologia estudada temos um sujeito em sofrimento constante acarretado de dores fruto de um trauma experienciado em tempos remotos sem consciência dessa origem. A culpa, nesses pacientes, surge como forma de punição e privação de algo sem compreensão do nexos com o passado.

Seguindo o raciocínio pelo viés em Freud (1923/1990) temos "o sentimento de culpa que está encontrando sua satisfação na doença se recusa a abandonar a punição do sofrimento" (p. 62) que é o que vemos na anorexia, uma punição ligada ao próprio corpo, a uma recusa à ingestão do alimento e, mais do que isso, uma severa dificuldade em ser um ser desejante, em mover-se ao encontro de prazer sem ser na dor.

É por ter sido instaurado no início da vida psíquica do anoréxico um trauma intenso e desorganizante que o indivíduo repete o ato autodestrutivo de não comer. Girando entorno de uma punição muitas vezes inconsciente na tentativa de chegar a uma diferenciação do objeto, na eterna busca de uma autonomia.

Retomando acerca do tema sobre o trauma precoce, ao discorrer sobre o trauma infantil utiliza-se como embasamento a ideia abordada por Freud nos últimos discursos acerca do tema, os quais consideram o conceito como sendo o fundador do psiquismo. Costa (1986 [1984]), apoiado sobre a teoria freudiana, afirma que a sexualidade infantil é o resultado do encontro de três estímulos: o estímulo biológico, o estímulo ligado ao resultado das funções vitais e o estímulo exógeno. Como exógeno compreende-se referir a relação do bebê com a mãe. O mundo externo da criança nos primeiros momentos de vida é, sobretudo, a relação materna - o que inclui, conforme os conceitos winnicottianos, ser suficientemente boa e dar conta dos cuidados para com seu filho.

Levando em consideração as mudanças teóricas advindas da segunda tópica freudiana, em 1923, assim como as reflexões acerca da pulsão de morte, atribui-se à teoria do trauma um valor maior do que à teoria da angústia considerando, nesse momento, o perigo do trauma ligado à ameaça de castração. O foco é entender, diante dessa evolução teórica freudiana acerca dos modelos do trauma, de que maneira o excesso pulsional ocorre nos casos de pacientes anoréxicos.

O trauma ocorre a partir de uma situação de intensidade excessiva para o aparelho psíquico, e que, por diversas razões, o sujeito não consegue dar conta da situação e o excesso vivenciado não é absorvido e ressignificado pela psique do mesmo. Nosso interesse é abordar o trauma proveniente do excesso de presença materno, o que deixa uma marca no sujeito vindo de uma falha ambiental.

“Se o bebê exige ter a percepção da mãe, isso ocorre porque sabe, por experiência, que ela satisfaz rapidamente todas as suas necessidades. A situação que ele avalia como perigosa, contra qual deseja estar garantido, é a da insatisfação, do aumento da tensão gerada pela necessidade, diante da qual é impotente... a situação de insatisfação”. (Freud, 1990 [1926], p.79).

Assim, debruça-se sobre a primeira relação objetal do bebê que se dá com a relação materna, onde a criança, ainda muito pequena, depende do olhar e do cuidado suficientemente bom desse objeto para dar conta de suas necessidades objetiva se subjetivas para a sobrevivência saudável. Nesse momento ainda muito precário do desenvolvimento, o trauma pode ocorrer diante de um fracasso dessa relação. (Oliveira, 2008)

O processo de maternagem envolve todo o desejo libidinal da mãe com o seu filho, o que pressupõe grande envolvimento de energia na relação, fazendo com que a criança experiencie uma excessiva carga energética. Por vezes, tal experiência torna violentas as vivências desse sujeito - ainda muito pequeno e imaturo - ao pensarmos nas excitações sexuais incorporadas pelo mesmo (Gaspar, 2006).

Para caracterizar essas experiências, citam-se alguns fatores fundamentais: o fato desses traumas se darem na primeira infância; serem completamente esquecidos, não acessíveis à memória, posto que incidiriam no período de amnésia infantil; por fim, as experiências em questão teriam como efeito “danos precoces ao ego” ou “mortificações narcísicas” (Freud, 1939, p. 89)

Para compreender melhor esse trauma precoce, aborda-se o conceito freudiano de narcisismo primário. Não se pretende aprofundar essa questão aqui, porém se faz necessário levantar alguns pontos. Conforme apontado por Laplanche e Pontalis, “o narcisismo primário designa um estado precoce em que a criança investe toda sua libido em si mesma. O narcisismo secundário designa um retorno ao ego, da libido retirada dos seus investimentos objetais” (1967/1988, p.368).

Ao olharmos para os estudos de Green,³ no artigo *Narcisismo primário: estado ou estrutura?* (1966-1967), constata-se que o autor acrescenta à teoria freudiana o viés questionador sobre o narcisismo. Ele examina a noção de narcisismo primário, concebendo-o como uma estrutura e não como um estado. Ou seja, existe nessa fase do desenrolar psíquico uma estrutura em formação; estrutura na qual será iniciado na criança o processo de unificação egoica.

Baseado em tal ideia, acredita-se que, devido à falta de um ambiente suficientemente bom a criança, ainda muito pequena, não consegue investir em si como objeto de amor, não experienciando a onipotência desejada, devido a relação fusionada com o objeto primordial. Com isso, a partir desse trauma, os futuros momentos de amadurecimento psíquicos se iniciam com uma estrutura desorganizada, gerando possíveis patologias.

Se nesse momento, seguindo o texto de Freud (1914), estamos falando de um primeiro esboço de ego e do seu investimento libidinal, então estamos abordando a ideia de que o objeto primordial, mãe, é o responsável por dar condições da integração desse ego e investir nele, permitindo a integração desse indivíduo. Assim, o narcisismo primário é o ponto no qual as pulsões parciais autoeróticas se unificam sob o primado da zona genital, permitindo, com isso, o sujeito formar uma imagem dele próprio, a imagem de um objeto em sua plenitude, não mais em suas partes.

Sendo assim, o próprio ego é tomado como objeto sexual: fase intermediária entre o autoerotismo e o amor de objeto. Nesta etapa é de extrema importância que a mãe consiga permitir que o filho se sinta onipotente, acreditando na fantasia de ser autossuficiente. Por algum motivo o objeto primordial não consegue dar conta desse processo de maneira saudável, o bebê não experiencia as transições entre dependência absoluta, relativa e rumo a independência conforme o esperado. Ocorre uma fusão que não respeita as falhas necessárias para que o bebê consiga desenvolver o sentimento de confiança em si, gerando um empobrecimento da autonomia assim como as fragilidades egoicas.

Entende-se, então, que devido à falha materna, a insuficiência do suporte do objeto primordial gerando uma falha ambiental, o sujeito não consegue

³ André Green (1966/1967) examina o narcisismo primário aprofundando seus estudos nas questões de narcisismo de vida e narcisismos de morte, entendemos a importância desse embasamento teórico, porém, neste trabalho, não iremos aprofundar esse viés.

elaborar uma estrutura consistente, organizada, íntegra. O acontecimento traumático – que pode se apresentar ao sujeito do exterior, como elemento, como impressão intraduzível – poderia funcionar, em casos singulares, como elemento desencadeador, no espaço interno, da irrupção de um pulsional desligado, sem representação ou recalçamento possível, processo correlativo a um estado de desestruturação narcísica (Cardoso, 2010).

Por isso, ao dizer que a anorexia pode ser entendida como uma patologia fruto de um trauma precoce, entende-se que o ego desses sujeitos, comprometidos por esse adoecer, tem fronteiras muito frágeis. Na anorexia, o conflito em questão é anterior ao medo da castração e à identificação com a figura masculina. O trauma se dá justamente por uma falha materna no processo gradual de separação do seu bebê. Trata-se, então, de um indivíduo que chega à fase edípica já com falhas na estruturação psíquica.

O que é claramente observado é o antagonismo entre a necessidade da dependência com o objeto e, concomitantemente, uma tentativa de preservação narcísica, ou seja, o sintoma anoréxico como uma forma de esforço para controlar um espaço interior ausente da relação primária mãe-bebê⁴. Devido a origem traumática desses indivíduos pertencentes à clínica do transtorno alimentar anoréxico, a relação mãe-bebê é de fundamental entendimento para o aprofundamento desses casos.

Pontualmente, é através do controle corporal que o sujeito anoréxico tenta gritar por limites na relação materna. Portanto, existe uma tentativa de busca de alteridade nessa relação disfuncional.

Posteriormente, nota-se que ocorre uma necessidade de espaço deste sujeito adoecido na mesma medida que existe um medo de não sobrevivência sem o olhar do outro, do objeto. É como se gritasse por um limite de suas fronteiras, porém sucumbisse ao lidar com o vazio interior. Esse antagonismo denuncia a

⁴ Levando em consideração as limitações dessa dissertação, tivemos a intenção de deixar claro que as falhas maternas podem ocorrer por diversos motivos que não foram foco do nosso estudo e que mesmo abordando as questões relacionadas ao objeto primordial, entendemos que o papel paterno é de fundamental importância nesse processo patológico. Seja por não dar suporte à mãe ou por razões não abordadas nesse trabalho.

precariedade do conflito psíquico, a utilização de defesas primárias enquadradas a partir de traumas ligados às fases iniciais do desenrolar psíquico (Gaspar, 2006).

O que se pretende demonstrar é que, devido a falha materna, o bebê não consegue usufruir de uma ausência necessária para constituir e inaugurar o espaço de simbolização dentro de si. Seguindo esse raciocínio e associando-o à questão da anorexia, pode-se entender que na patologia estudada há uma falha na relação mãe-bebê que aponta para a presença de um mau objeto introjetado na psique do sujeito anoréxico.

Retomando aspectos abordados anteriormente, tem-se como objeto introjetado aquele que instaura no psiquismo a dualidade prazer/desprazer, que ordena e estrutura o aparelho psíquico, sendo, portanto, o responsável pela produção imaginária das fantasias como produto das associações entre as representações. Nas palavras de Ferenczi:

“[...] O neurótico procura incluir em sua esfera de interesses uma parte tão grande quanto possível do mundo externo para fazê-lo objeto de fantasias conscientes ou inconscientes. [...] Proponho que se chame introjeção a esse processo inverso da projeção”. (1992[1933], p.101).

Já pelo conceito de incorporação, associa-se a ideia do sujeito preso ao objeto em uma relação de dependência pela fantasia, sendo o oposto da introjeção, que sugere uma separação com o objeto. Sendo assim, a incorporação é vista como o fantasma da introjeção. A fonte do trauma é vista pela relação objetal incorporada pela criança em seu processo de estruturação psíquica devido a um excesso de presença materna. Então, tem-se aqui o ponto de partida, visto que, na teoria adotada, esse trauma abordado é exatamente o ponto onde a anorexia se encontra (Gaspar, 2006).

O trauma de principal enfoque neste estudo consiste na invasão de um quantum de excitação com excesso de força pulsional que rompe com a capacidade de simbolização, causando, com isso, efeitos desestruturantes no psiquismo. Assim, o traumatizante está sempre associado ao rompimento de uma estrutura de defesa (Fuchs, 2016).

O caráter súbito, inesperado e ameaçador de acontecimentos extraordinários; a variedade desconcertante das formas de sua assimilação psíquica; a discrepância entre a recorrência duradoura do ataque interno pulsional e da finitude do evento externo; a desestabilização e a regressão psíquica que

incidem sobre o sujeito; e a peculiar dinâmica temporal e mnemônica da irrupção traumática apresentar-se-iam como os múltiplos e embaraçados fios do que poderia ser chamado de “trama do trauma”. O curso histórico do pensamento freudiano registra essas várias faces do trauma, porém oscila quanto ao peso epistemológico concedido a cada uma dessas dimensões aludidas (Castilho, 2013).

Para concluir este capítulo organizando de maneira didática todas questões trazidas, temos a existência de um trauma precoce, ocorrido anteriormente ao complexo de Édipo, relacionado as questões maternas e ao ambiente suficientemente bom, que deixam uma marca no sujeito. Essa marca é vista como uma fragilidade na maturação psíquica do indivíduo que através do adoecimento, tenta movimentar-se em busca de uma saída. O anoréxico tenta, baseado em uma punição autodestrutiva, alcançar um lugar de autonomia e desejo frente ao objeto percebido como invasor. Porém, devido a fragilidade egoica, ao fraco poder de simbolização assim como as dificuldades subjetivas, seu processo de individualização ocorre de maneira sofrida e embasada pela anorexia.

5 Considerações Finais

Foi analisada ao longo deste trabalho a ideia de a anorexia ser criada como uma marca no indivíduo, tendo base tanto em um trauma excessivo e desorganizante quanto na presença de um objeto primordial que falha na sua relação com o filho.

Embora tenha sido abordada uma patologia extremamente violenta nas suas consequências para o sujeito, tentou-se pontuar, ao longo da escrita, que, apesar do mal intrínseco, existe uma manifestação presente que luta por espaço e reconhecimento diante da relação com o outro.

De acordo com o olhar versado sob a leitura freudiana com relação às teorias do trauma, pontuou-se a teoria da sedução associada à ideia de o trauma estar ligado a uma vivência real. Posteriormente à leitura do trauma, embasado pela teoria pulsional e o viés da fantasia da experiência traumática, chegou-se, por fim, ao trauma precoce. O interesse pelo trauma precoce surgiu por entender-se que há fatalmente na anorexia a vivência de um trauma excessivo nos primórdios do existir.

Entenda-se por trauma uma frustração violenta que excede os limites da estrutura existente no indivíduo devido ao fato da experiência ocorrer de maneira intensa demais para o sujeito conseguir dar conta; e, com isso, gera uma desorganização psíquica que marcará o sujeito e virá à tona futuramente. A vivência da situação excessiva ocorre antes mesmo do complexo edípico.

“Este primeiro trauma afetivo ou “trauma precoce” desempenhará o papel de primeiro desorganizador (ou desorganizador precoce) da evolução do sujeito. Encontraremos, pois, esta evolução fixada, de início, e às vezes por muito tempo [...]” (Bergeret, 1974, p.130)

Essa marca feita na organização psíquica do sujeito gera fortes consequências no amadurecimento emocional do indivíduo.

Considera-se que o trauma ocorre em dois tempos, portanto, após essa fixação precoce, ocorre, na adolescência e/ou na fase adulta, a centelha que acionará todas as questões não elaboradas nos momentos iniciais. Assim, o raciocínio é embasado na ideia de que o anoréxico, no início de sua vida, sofre a

experiência de uma violência traumática que, posteriormente, emergirá e será percebida através da patologia.

É importante ressaltar que foi abordado, mesmo que brevemente, o fato do trauma nem sempre ser desorganizante. Sabe-se que é preciso experienciar diversos traumas ao longo do desenvolvimento psíquico, traumas estruturantes, esperados para o amadurecimento saudável. Porém, o foco foi debruçar-se sobre o trauma excessivo, que nesse estudo, levou à análise da relação mãe-bebê, já que, ao falar em anorexia, estamos falando de um sujeito que vivenciou uma relação materna insuficientemente boa.

A anorexia é entendida ao longo desse trabalho como sendo o resultado do enfrentamento de frustrações bastante precoces em uma fase inicial da vida, na qual não foram suficientemente alcançadas e consolidadas a integração da personalidade, a diferenciação eu/não-eu e estabelecidas relações estáveis com os objetos (Winnicott 1975[1971]). Foram pontuados os principais conceitos winnicottianos acerca do amadurecimento emocional da psique humana, destacando o papel materno na evolução do indivíduo.

Para o autor, é fundamental para a saúde do ser humano que a mãe consiga ajudar a criança a experienciar certas sensações que levam à integração egoica, bem como, por meio da qualidade do cuidado da mãe, irão se instaurar na psique marcas que levam para o desenrolar da subjetividade e do poder de fantasiar do mesmo.

Quando a falha está posta nessa relação, o objeto materno não consegue fazer a apresentação gradual do mundo para o seu filho, possibilitando que os processos intelectuais sejam superados paulatinamente, o que gera a ocorrência de invasões ambientais excessivas para esta fase, o que produz uma perda do sentido de continuidade do ser e, como consequência, um retomo defensivo a estados não integrados, que possivelmente sustentam as patologias.

Segundo Winnicott (*idem*), o bebê bem assistido pela mãe nos primórdios de sua vida emocional desenvolve a capacidade de criar ilusões acerca do mundo e de lidar criativamente com a realidade. Quando essa assistência, que inclui em seu significado toda a qualidade subjetiva do processo, é falha, o poder de simbolização é prejudicado, acarretando disfunções no desenrolar emocional do indivíduo que, posteriormente, terá dificuldades em fantasiar e lidar, de maneira saudável, com as questões associadas ao limite entre o eu e o outro.

Ao entrar na problemática da patologia estudada, a anorexia, falou-se do conceito da doença a fim de compreender os sintomas e o funcionamento geral do sujeito anoréxico. Porém, o real interesse foi sempre olhar para as questões psicanalíticas por trás do adoecer. Dessa maneira buscou-se analisar a associação entre os casos-limite e a anorexia.

Entende-se que a anorexia pertence à clínica contemporânea e, dentro disso, está associada aos casos-limite pelo viés da análise da dificuldade do indivíduo em lidar com os limites entre o eu e o outro. O que está posto nesse conceito é a precariedade das fronteiras do eu, ou seja, existe sempre a presença de um medo constante da perda do objeto, como se, sem o olhar do outro, não se conseguiria existir. Dentro disso, trilha-se o olhar para o paradoxo da anorexia, que consiste em depender do outro e, concomitantemente, lutar contra essa dependência.

Tal falta de estabilidade, permeada pela precariedade do simbolizar, faz com que o anoréxico deseje tirar de si certos afetos por não dar conta de resignificá-los - e é na doença que a expulsão para fora ocorre. É pela dificuldade de simbolizar que a comunicação vem pelo adoecer; é no não comer ou comer nada que se denunciam as dificuldades.

Devido à fixação na relação primordial materna junto com todo contexto de amadurecimento emocional abordado ao longo desta dissertação, o anoréxico é compreendido como um sujeito que necessita da doença para sobreviver.

O que desejou-se traçar foi o fluxo de movimento do adoecer. Se por um lado temos o desfecho final de um percurso anoréxico reconhecido na morte, por outro lado temos a tentativa sofrida de uma separação com o objeto.

O sofrimento está marcado na negativa de ingerir alimentos, no medo de perder a ilusão de controle do próprio corpo. Porém, há também um sujeito que luta para ser um ser íntegro, buscando constantemente a unificação egoica que não foi construída quando esperado devido ao ambiente insuficientemente bom. É através do ataque ao próprio eu que o anoréxico tenta criar na relação com o objeto externo um eu/não eu.

Portanto, fica o entendimento da importância da presença da mãe no desenrolar da anorexia, assim como a marca do trauma excessivo em um momento tão prematuro do existir. O excesso de presença ou o excesso de ausência permearam todas as discussões teóricas a fim de compreender de que

maneira esse adoecimento se constrói no indivíduo. Acredita-se que, por meio desta dissertação, foi alcançado um aprofundamento no olhar sobre o sofrer da anorexia.

6

Referências bibliográficas

ANDRADE, A.; BOSI, M. M. **Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino**. Revista de Nutrição, 16(1), pp. 117-125. [S.l.], 2003.

ANZIEU, D. **O Eu-pele**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1988.

BERGERET, J. **Personalité normale et pathologique**. Paris: Bordas, 1974.

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

BUSSET, B.; COUVREUR, A. (org.). **Bulimia. Escuta**. São Paulo, 2003.

CARDOSO, A. **Narcisismo e contemporaneidade: repercussões para o dispositivo analítico**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2015. Disponível em: <<http://teopsic.psicologia.ufrj.br/>>. Acesso em: 15 maio 2017.

CARDOSO, M. R. A impossível “perda” do outro nos estados limites: explorando as noções de limite e alteridade. In: CARDOSO, M. R.; GARCIA, C. A. (Orgs.). **Entre o eu e o outro: espaços fronteiriços**. Curitiba: Juruá, 2010.

CAROPRESO, F. **Pulsão de morte, trauma e limites da terapia para Freud**. Analytica. São João del Rei, v. 2, n. 2, pp. 59-76, jun. 2013. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/>>. Acesso em: 26 maio 2017.

_____. **O nascimento da metapsicologia: representação e consciência na obra inicial de Freud**. São Carlos: Edufscar e Fapesp, 2008.

_____. **Freud e a natureza do psíquico**. São Paulo: AnnaBlume e Fapesp, 2010.

CARRETEIRO, T. A. Corpo e contemporaneidade. In: **Psicologia em Revista**, 11(17), pp. 62-76. Belo Horizonte: 2005.

CARVALHO, M. 2012. Sofrimento psíquico, acontecimento traumático e angústia pulsional. In: **Psicologia em Estudo**, v. 17, n. 3, pp. 487-497. Maringá: 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 12 maio 2017.

CASTILHO, A. 2013. Revisitando o primeiro modelo freudiano do trauma. In: **Ágora**, v. XVI, n. 2, pp. 235-250. Rio de Janeiro: 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 31 jan. 2017.

CHAGNON, J. Y. Os estados-limite nos trabalhos psicanalíticos franceses. In: **Psicol. USP**, v. 20, n. 2, pp. 173-192. São Paulo: 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 03 mar. 2017.

COSTA, J (1984). **Violência e psicanálise**. Rio de Janeiro: Edições Graal Ltda, 1986.

COUTINHO, F. O ambiente facilitador: a mãe suficientemente boa. In: D. W. Winnicott. **100 anos de um analista criativo**. PUC Rio de Janeiro, 1997.

DUNKER, K. L. L.; PHILIPPI, S. T. Hábitos e comportamentos alimentares em adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. In: **Revista de Nutrição**, 16 (1), pp. 51-60. Campinas: 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 26 maio 2017.

FERENCZI, S. (1933). Confusão de Língua entre os Adultos e a Criança (A linguagem da ternura e da paixão). In: **Obras Completas: Psicanálise IV**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FERENCZI, S. (1991). As neuroses à luz do ensino de Freud e da psicanálise. In **Psicanálise I** (Vol. 1, pp. 05-22, A. Cabral, Trad.). São Paulo: Martins Fontes, 1908.

FERNANDES, M. H. Entre a alteridade e a ausência: o corpo em Freud e sua função na escuta do analista. In: **Percurso**, n. 29, pp. 51-64. São Paulo: 2002.

FERREIRA, J. 2011. **As posições subjetivas nas fórmulas da sexuação: uma leitura da lógica de Lacan a partir de Freud**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 140 fls. Rio de Janeiro: UFRJ, 2011. Disponível em: <<http://teopsic.psicologia.ufrj.br>>. Acesso em: 22 mar. 2017.

FIGUEIREDO, L.C. **Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea**. São Paulo: Escuta, 2003.

FREUD, S. (1950[1895]). Projeto para uma psicologia científica. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1990

_____. (1886-1889). **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v.1. Rio de Janeiro: Imago, 1990

_____. (1896). Carta 52. In: **Obras completas**, ESB, v. I. Rio de Janeiro: Imago, 1950.

_____. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. II. Rio de Janeiro, Imago, 1996.

_____. Análise terminável e interminável [1937]. In: **Obras Completas de Sigmund Freud**. Vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996

_____. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: **Obras completas**, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

_____. (1926[1925]). Inibições, Sintomas e Ansiedade. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. 20. Rio de Janeiro: Imago, 1990, p. 93-201.

_____. (1939). Moisés e o monoteísmo: três ensaios. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. XXIII. Rio de Janeiro, Imago, 1996.

_____. (1895). Estudos sobre a histeria. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. II. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

_____. (1893) Fragmentos de análises de um caso de histeria (Dora). In: **Obras completas**, vol. 7. Buenos Aires: Amorrortu, 1994.

_____. Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1914) À guisa de introdução ao narcisismo. In: **Obras psicológicas de Sigmund Freud**, vol. 1, pp. 95-131. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

_____. (1917[1915]). Luto e melancolia. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1920) Além do princípio de prazer. In: **Além do princípio do prazer**, psicologia de grupo e outros trabalhos. Direção-geral da tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1977.

_____. (1914) Sobre o narcisismo: uma introdução. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1923) O ego e o id. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1895) Manuscrito G. In: (1892-1899) **Extratos dos documentos dirigidos a Fliess**, vol. I. ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. A etiologia da histeria. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. III. Rio de Janeiro, Imago, 1976.

_____ (1900) A interpretação dos sonhos. In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, vols. 4 e 5. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____. **Um caso de histeria, Três ensaios sobre sexualidade e outros Trabalhos**. 1901-1905. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud Volume VII. Imago Editora. 2006. Rio de Janeiro

FUCHS, S. M. S. **O sentido indizível em psicanálise**: Trauma e regressão terapêutica em uma perspectiva relacional. Tese de Doutorado - Programa de Pós-graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da PUC-Rio. 204 fls. Rio de Janeiro: PUC-Rio, 2016. Disponível em: <<https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/>>. Acesso em: 13 maio 2017.

FULGÊNCIO (2008). **O método especulativo em Freud**. São Paulo: educ.

GASPAR, F. L. A violência do outro na anorexia: uma problemática de fronteiras. In: **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, ano VIII, vol. 4, pp. 629-643. São Paulo: PUC-SP, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 26 maio 2017.

_____. **Anorexia e violência psíquica**: a recusa no encontro com o outro. Dissertação de Mestrado - Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 82 fls. Rio de

Janeiro: UFRJ, 2006. Disponível em: <<http://teopsic.psicologia.ufrj.br/>>. Acesso em 01 fev. 2017.

GALVAN, G; AMIRALIAN, M. 2009. Os conceitos de verdadeiro e falso *self* e suas implicações na prática clínica. In: **Aletheia**, n. 30, pp. 50-58. Canoas: 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/>>. Acesso em: 16 maio 2017.

GOGARTI, S. O feminino congelado na anorexia. In: ALONSO, S. L. *et. al.* **Figuras clínicas do feminino no mal-estar contemporâneo**. São Paulo: Escuta, 2002.

GOULART, M. T. A. **Anorexia nervosa: uma leitura psicanalítica**. Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia. 80 fls. Rio de Janeiro : PUC, Departamento de Psicologia, 2003.

GREEN, A. The analyst, symbolization and absence in the analytic setting (on changes in analytic practice and analytic experience). In: **International Journal of Psychoanalysis**. [S.l.], 1975.

_____. (1973). **Le discours vivant: La conception psychanalytique de l'affect**. Paris: Presses Université de France.

_____. (1966-1967). Narcisismo de vida, narcisismo de morte. Escuta, 1988.

_____. (1986). **Conferências brasileiras de André Green: metapsicologia dos limites**. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. (1976). Chap.III - Le concept de limite. In: **La folie privée**. Paris: Gallimard, 1990, pp. 103-140.

GRUBRICH-SIMITIS, S. **Volver a los textos de Freud dando voz a documentos mudos**. Madri: Editorial Biblioteca Nueva, 2003.

GOURFINKEL, D. **Do sonho ao trauma: psicossoma e adições**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

HAY, P. J. Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimentos futuros. In: **Rev. Bras Psiquiatr.**; 24 (supl. 3): pp. 13-7. [S.l.], 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 26 maio 2017.

HERCOVICI, C.; BAY, L. **Anorexia nervosa e bulimia nervosa: Ameaças à autonomia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

HORN, A.; ALMEIDA, M. C. P. (2003). Sobre as bases freudianas da psicossomática psicanalítica: um estudo sobre as neuroses atuais. **Revista Brasileira de Psicanálise**, 37 (1), 69-84.

JACQUES, A. Feminilidade adolescente. In: CARDOSO, Marta Rezende (org.). **Adolescência: reflexões psicanalíticas**. Rio de Janeiro: Nau/FAPERJ, 2001.

JEAMMET, P. (s/d) Abordagem psicanalítica dos transtornos das condutas alimentares. In: URRIBARRI, R. (Org.). **Anorexia e bulimia**. São Paulo: Escuta, 1999,

KLEIN, M. Sobre a observação do comportamento dos bebês. In: M. Klein (Org.). **Os progressos da psicanálise**, 4a. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

KNOBLOCH, F. **O tempo do traumático**. São Paulo: EDUC, 1998.

LACAN, J (1957). O Seminário, Livro 4. **A relação de objeto**, trad. Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-B (1967). **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LEADER, D. **Além da depressão: novas maneiras de entender o luto e a melancolia**. Trad. Fátima Santos. Rio de Janeiro: Best-seller, 2011

MARTINEZ, V. *et. al.* Histeria, trauma e sedução: "O que lhe fizeram pobre criança" (um Freud covarde?). In: **Estilos clín.** v. 12, n. 22, pp. 122-141. São Paulo: 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

MARTY, P. **A psicossomática do adulto.** Tradução por P. C. Ramos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MCDOUGALL, J. The "dis-affected" patient: reflections on affect pathology. In: **Psychoanalytic Quarterly**, vol. 53, pp. 386-409. [S.l.], 1984.

MCDOUGALL, J. **Teatros do eu.** Tradução de O. Coddá. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989.

_____. **Teatros do corpo.** Tradução de P. H. B. Rondon. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

MORENO, M.; COELHO JUNIOR, N. E. Trauma: o avesso da memória. In: **Ágora**, v. 15, n. 1, pp. 47-61. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 12 maio 2017.

NUNES, M. A. Epidemiologia dos transtornos alimentares. In: NUNES, M. A. (Org.) **Transtornos alimentares e obesidade**, pp. 51-57. Porto Alegre: Artmed, 2006.

OLIVEIRA, M. **Trauma, repetição e pulsão de morte: negatividade necessária.** Dissertação de Mestrado - Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia da PUC-Rio. 147 fls. Rio de Janeiro: PUC-Rio, 2014. Disponível em: <<https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/>>. Acesso em: 11 fev. 2017.

OLIVEIRA, T. **Atenção materna primária e consulta terapêutica: uma proposta de prevenção primária.** Tese de Doutorado – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. 143 fls. São Paulo: USP, 2008.

PODKAMENI, A. B *et. al.* **Winnicott: 100 anos de um escritor criativo.** Rio de Janeiro: NAU, 1997.

POLITO, F. M. (1999). **A polaridade saudável do processo do adoecer.** Joinville: Fronteiras Gestálticas, 1999. Disponível em: <<http://fronteirasgestalticas.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 23 fev. 2017.

POLLO, V. Quando se "come nada": A resposta anoréxica. In: **Marraio: A criança e o laço social.** pp. 65-78. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

ROUSSILLON, R. La métapsychologie des processus et la transitionalité. In: **Revue Française de la psychanalyse**, n.5. Paris :1995.

SALES, L. Fantasia e Teorias da Sedução em Freud e em Laplanche. In: **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Vol. 18, n. 3, pp. 323-328. São Carlos: 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 12 maio 2017.

SALES, J. **Corpo e alteridade: processo de subjetivação.** Dissertação de Mestrado – Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 117 fls. Rio de Janeiro: UFRJ, 2013. Disponível em: <<http://teopsic.psicologia.ufrj.br/>>. Acesso em: 04 fev. 2017.

SCAZUFCA, A. C. (1998). **Abordagem psicanalítica da anorexia e da bulimia como distúrbios da oralidade.** Dissertação de mestrado, PUC – SP, 1998.

UCHITEL, M. **Neurose traumática: uma revisão crítica do conceito de trauma.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

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

WINNICOTT, D. W. (1971). **Natureza humana.** Tradução de David Litman Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2002.

_____. (1971). **Natureza humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. The theory of the parent-infant relationship. In: **The International Journal of Psychoanalysis**, vol. 41, pp. 585-595. [S.l.], 1960.

_____. (1983). **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007

_____. (1971). **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto psicanalítico. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978. p. 374-392. Publicado originalmente em 1955.