

Anorexia e Bulimia – Um transtorno alimentar: Não se trata disso

Anorexia and Bulimia – An alimentary disorder: It is not the case

Tatiana Mattos do Amaral¹; Roberto Assis Ferreira²

RESUMO

Objetivo: Este estudo propõe, a partir da construção de casos clínicos, que os Transtornos Alimentares não se reduzem a doenças orgânicas. Não se trata disso. **Método:** Selecionou-se casos clínicos em momentos diferentes de tratamento. A construção do caso clínico utilizando a teoria psicanalítica convoca o caso em particular, mostrando o que em um sintoma alimentar ultrapassa a necessidade do alimento apontando para o desejo e o gozo. Evidencia-se aí, o limite do saber universal que desconsidera o sujeito e sua singularidade. A clínica do particular tem um valor paradigmático e dá ao caso seu valor metodológico, ensinando sobre a direção do tratamento. **Resultados:** A classificação dos pacientes em categorias diagnósticas, mostra-se insuficiente para a condução dos casos. Possibilita dados globais do problema: o diagnóstico; impõe padrões terapêuticos, mas não acrescenta sobre a singularidade do caso. Uma clínica das questões subjetivas confirma o fato de que a anorexia e bulimia não constituem fundamentalmente um transtorno alimentar, levando à afirmação “não se trata disso”. Esses fenômenos clínicos são expressões sintomáticas em resposta a conflitos psíquicos. **Conclusões:** A psicanálise propõe a clínica do um a um, do singular. Ao se desvelar o envoltório universal do sintoma, a anorexia e a bulimia de cada sujeito adquire outra conotação. Trata-se, a partir da série monótona e genérica dos fenômenos anoréxicos-bulímicos (rituais, vômitos, restrições alimentares), de possibilitar a elaboração dos conflitos psíquicos. Pois, o deslocamento do quadro clínico ao caso clínico, desvela vivências psíquicas que apontam para a singularidade do sujeito e reorientam a clínica. **Palavras-chaves:** Transtorno Alimentar; Anorexia; Bulimia; Psicanálise

ABSTRACT

Objective: The present study establishes, from the construction of clinical cases, that alimentary disorders are not mere organic diseases. That is not the case. Method: A set of clinical cases in different treatment stages was selected. The construction of the clinical case using psychoanalytical theory invokes the particular case, unveiling the aspects of an alimentary symptom which goes beyond the feeding needs and leans towards desire and bliss. There is the evidence of the limit of the universal knowledge, which takes for granted the subject and its singularity. The clinic of the particular has a paradigmatic value and adds methodological value to the case, providing treatment directions. Results: Patient classification according to diagnostic categories is insufficient to conducting the cases. Although it provides global data about the problem – the diagnosis – and imposes therapeutic standards, it does not contribute to the singularity of the case. A clinic of the subjective questions confirms the fact that anorexia and bulimia do not fundamentally constitute an alimentary disorder, thus leading to the statement “that is not the case”. Those clinical phenomena are symptomatic expressions in response to psychic conflicts. Conclusions: Psychoanalysis proposes the clinic of “one by one”, the clinic of the

¹ Mestre. NIAB – Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Doutor. Professor Associado, Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina, UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Curso de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.
NIAB – Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.

Endereços para correspondências:
Roberto Assis Ferreira
Faculdade de Medicina da UFMG, Departamento de Pediatria
Av. Alfredo Balena, 190
Belo Horizonte - MG – Brasil
CEP: 30.130-100
E-mail: robertojus@uol.com.br

Tatiana Mattos do Amaral
Engenheiro Amaro Lanari, 355 apto 501. Anchieta.
Belo Horizonte - MG – Brasil
CEP: 30.310-580
E-mail: tatianamaral@msn.com

singular. As the universal envelopment of the symptom is unveiled, the anorexia and bulimia of each subject attains a different connotation. It is about enabling the elaboration of the psychic conflicts from the monotonous and generic series of the anorexic-bulimic phenomena (rituals, vomiting, and food restrictions). The movement from the clinical picture to the clinical case unveils a series of psychic experiences which point out the singularity of the subject and reorient the clinic.

Key word: Alimentary Disorder; Anorexia; Bulimia; Psychoanalysis

INTRODUÇÃO

O conceito médico - psiquiátrico da Anorexia e Bulimia Nervosa refere-se a quadros clínicos onde há um transtorno alimentar e distorção da imagem corporal, sendo que a rejeição do alimento, e/ou as medidas purgativas compensatórias tais como vômitos, uso de laxantes, diuréticos, exercícios físicos em excesso, são os fenômenos centrais.¹ A clínica da anorexia e bulimia aponta, quase sempre, para o fracasso de uma proposta médica terapêutica normativa, ou seja, a universalização do fenômeno, o restabelecimento do peso, a reeducação alimentar, uma atitude normativa em relação aos comportamentos, um tratamento com ênfase na medicação.² A clínica aponta para uma falha epistêmica no saber médico na condução desses casos quando ³⁻⁶:

- um sujeito nega-se deliberadamente a comer ou usa medidas purgativas a ponto de morrer e ainda assim não faz disso uma questão; pacientes sem implicação com o sintoma; a predominância do corpo, do mal estar localizado no corpo, em detrimento da palavra;
- a demanda de tratamento não é feita na maioria das vezes pelo paciente e sim pelos pais ou responsável apesar de sofrimento intenso;
- o paciente com sintomas anoréxicos não mostra em geral, desejo de cura e; pelo contrário, convoca o médico no intuito de perder mais peso;
- ao ganhar peso, uma anoréxica ou uma bulímica costuma apresentar piora da angústia sendo que algumas desenvolvem um quadro depressivo grave;
- um sintoma mortífero passa a ser o centro da vida de alguns pacientes como uma resposta a algum questionamento próprio, uma nomeação, caracterizado por uma radicalidade da decisão de perder peso;

- maior número de casos entre adolescentes e entre mulheres.

A clínica nesses casos leva à angústia motiva e o trabalho para lidar com o que escapa à medicina. Diante do engano, pergunta-se: Há algum sentido em um sintoma como esse? O deslocamento do olhar semiológico para a escuta desvela a subjetividade.⁷⁻¹⁰ Além do envoltório universal do sintoma, encontra-se uma história particular: a anorexia e bulimia de cada sujeito.¹¹⁻¹⁵ Apesar da fenomenologia típica dos sintomas, cada caso será singular; é a verdade de um mesmo sintoma em sujeitos diversos.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Quando se permite a manifestação, sem perguntas dirigidas, é que o novo vai aparecer – aquilo que não se perguntou por que a pergunta era impossível de ser formulada.¹⁶

Para este trabalho, foram selecionados nove fragmentos de casos clínicos em momentos diferentes de sua condução. Priorizaram-se os aspectos particulares relevantes em cada caso para responder ao objetivo proposto. Aspectos do saber teórico psicanalítico foram utilizados a partir da convocação do caso, para mostrar o que em um sintoma alimentar ultrapassa a necessidade do alimento apontando para o desejo e o gozo^{8,13,15}; mostrando então o limite da prática clínica-psiquiátrica, que trabalham a partir do quadro sintomático, desconsiderando o sujeito. Todos pacientes foram atendidos por profissionais do NIAB (Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais) em três vertentes: médica, psiquiátrica e psicanalítica. A direção do tratamento se deu pela construção do caso clínico¹⁶⁻¹⁹ a partir da interlocução entre os profissionais, provocada, quase sempre, pelo aspecto que em cada caso aparece como incógnita. É necessária a compreensão do que há de mais singular em cada caso^{19,20}, ou seja, o sintoma na sua articulação com o desejo e o gozo, para que possa surgir alguma possibilidade de intervenção eficaz. A construção do caso clínico é um método de pesquisa, um caminho muito próprio da psicanálise que orienta para a produção do saber

clínico por outros critérios, a saber, o estudo do caso um a um, a construção dos fatos que concernem ao caso, com a inclusão do analista nessa construção.^{16,18,19} Laplanche e Pontalis¹⁶ concede à psicanálise sua qualidade de método científico *como um método de investigação cujo alvo maior é evidenciar o significado inconsciente das palavras, das ações, das produções imaginárias de um sujeito, como seus sonhos e fantasias*. Ao relacionar a pesquisa qualitativa com os modelos psicanalíticos clínicos, Turato¹⁶ traz contribuições em relação à escolha da prática psicanalítica como método científico: Antes de constituir uma abordagem terapêutica científica autônoma, a psicanálise consiste num método com seus procedimentos para a investigação sobre processos mentais praticamente inacessíveis por qualquer outro modo que não seja através da relação afetiva próxima em análise como profissional psicanalista. Por sua vez o psicanalista em pesquisa clínica utilizará ao contrário, somente seus pacientes, já que o material de pesquisa será o material de análise terapêutica, sendo que os dados “colhidos” não virão pela proposta de um assunto colocado ao analisando. Pelos procedimentos de investigação, o psicanalista terá material abundante e profundo de cada paciente, já que o sistema de sessões regulares, nas quais ocorrerão a relação terapêutica, permitirá uma apreensão ampla dos fenômenos do universo psíquico do indivíduo sob estudo.

Ainda segundo Turato¹⁶, na pesquisa psicanalítica o número de casos pode se resumir a um ou poucos casos e em relação ao uso do consentimento pós informação por escrito, marca a diferença entre a pesquisa clínico-qualitativa e a pesquisa psicanalítica: Outros procedimentos têm, no momento, lugar garantido na construção metodológica da pesquisa clínico-qualitativa; o que não é confirmado na pesquisa da psicanálise clínica, tais como: o uso do consentimento pós-informação por escrito, a disposição face a face, o emprego do gravador para registro da entrevista, uma entrevista semi-dirigida como instrumento auxiliar de pesquisa disposto já no projeto; e o setting construído no ambiente usual do sujeito.

No presente trabalho, a evolução do quadro para o caso clínico¹⁷⁻¹⁹, corresponde à substituição da operação de apresentação e descrição do caso à sua construção. Constata-se aí importância e a necessidade da interlocução com outros discursos,

além do discurso médico, para a condução do tratamento da anorexia-bulimia. A construção dos casos se deu pela interface entre os discursos da medicina, da psiquiatria e da psicanálise, preservando-se os lugares do médico (clínico e psiquiatra) e do psicanalista. Os discursos, cada qual com o seu saber, sua nomeação e classificação, buscam um saber particular a partir da singularidade de cada sujeito em direção ao real.¹⁷⁻²⁰

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A psicanálise ao valorizar o particular do sujeito, eixo de sua ética, promove um enfraquecimento das referências descritivas da Anorexia e Bulimia Nervosa como comportamentos fenomenológicos. Segundo Menard¹² “Com Freud e Lacan nós afirmaremos que não se trata de uma disfunção nutricional a retificar por uma reeducação, como se esses distúrbios estivessem ligados a uma desregulação das necessidades; mas antes o contrário, no campo da palavra e da linguagem, da expressão de um desejo inconfesso e de uma forma original de gozo”. O sintoma psicanalítico, não fica subordinado à fenomenologia clínica, serve de ponto de partida para colocar o paciente a produzir algo novo, a ir em busca de sua verdade, para transformar aquilo que sente em enigma; portanto, vai além de uma demanda de cura, de alívio.^{21,22} A partir do enigma, o paciente pode querer saber o porquê de sua dor e de sua angústia. Haveria então, uma suposição de que a sintomatologia quer dizer alguma coisa e o sujeito construir sua saída.

Seguem abaixo fragmentos de casos clínicos, que apontam para a singularidade do sujeito, demonstrando que a anorexia e a bulimia não se reduzem a transtornos alimentares, ou seja, somente a sintomas médicos relacionados com a imagem corporal e a comida.

“A única coisa que ainda faço por mim mesma é ficar sem comer. Eu não quero fazer o que os outros querem e parece que emagrecer é a única coisa que eu ainda consigo fazer por mim mesma, se eu não conseguir é como se eu fracassasse” Todo o discurso da paciente, é marcado por fracassos, mas não há lugar para eles: é a mais feia e menos inteligente que os irmãos e os pais, é preterida pelos rapazes em relação às amigas, tem muito medo de não conseguir ser aprovada no colégio e já desistiu de

prestar vestibular, já que tem certeza de que não vai conseguir passar. Todos acreditam nela, exceto ela mesma. Há um jogo de expectativa dos pais e das amigas ao qual ela não consegue responder. O sintoma parece fazer a diferença nessa série. O sintoma a sustenta nesse momento em que não se sente capaz de corresponder à expectativa do Outro, está na ordem da contradição e do desafio.

“Tenho vontade de ter realmente uma doença física para justificar o que eu sinto.” A questão orgânica dá uma resposta ao outro e à própria paciente. A doença tratada pelo médico visa através dos fármacos à eliminação do mal-estar localizado na doença física. Vítima de uma doença, não precisa saber o que lhe faz mal.

“Não quero ter que responder nada. Não quero correr risco nenhum. Depois eu resolvo isso.” Ela não quer dar respostas. Não se implica com o mal estar, mas percebe que as respostas implicam em mudanças subjetivas, após um certo percurso de tratamento. Voltou a comer e voltou a estudar. Tenta alguma estabilidade. Continua muito rígida, tentando fazer existir o seu desejo.

“Outro dia, senti que minha pressão estava baixa e fui a um Posto de Saúde. Perguntei à médica se eu podia tomar um pouco de leite com sal. Ela me disse que bastava eu comer que tudo voltaria ao normal. Saí de lá com tanta raiva... mas tanta raiva... que eu não entendo. Em casa tomei água. ...passava por uma feirinha perto da minha casa. Vi um molho de agrião bonito. Pedi ao senhor da banca duas folhinhas, pois para mim era mais do que suficiente. Você acredita que ele me deu o molho inteiro!” Traz fotos. Não se dá conta do corpo caquético.

“Preciso de algo mais humano, preciso falar.” O não saber sobre o seu mal-estar, a orienta na procura de assistência médica múltipla e variada, buscando uma causalidade orgânica para o seu sofrimento psíquico. Diante desse engano, o sintoma passa a ter o caráter de enigma e instaura-se um desejo de saber sobre sua angústia e sofrimento. O sintoma se desloca do corpo para as palavras.

“A anorexia era uma forma de eu não saber de nada, era uma forma de fugir de tudo. Quero recuperar o peso rápido. Quero recuperar o tempo perdido.” Ao se questionar sobre os seus sintomas, esta outra paciente se vê às voltas com sua feminilidade e se pergunta: O que é ser mulher? É a partir da constatação de um novo objeto de desejo para

o marido, que ela abre mão do seu sintoma e inicia uma busca em recuperar o seu lugar de esposa e mulher. Começa um intenso trabalho analítico em relação à sua feminilidade. Recupera o peso, começa a se enfeitar, volta para sua casa e antes mesmo de recuperar-se do quadro de desnutrição submete-se a uma cirurgia plástica. Retoma às suas atividades no trabalho e na faculdade.

“Você me promete uma coisa? Não me abandona não? Todo mundo me abandona desde que eu nasci”. Endereça o sintoma à maneira da bulímica. Nos primeiros atendimentos entrega ao profissional comprimidos de anfetamina e uma barra de chocolate; a repetição do que vive, entre se empanturrar de comida e se esvaziar de tudo até a exaustão. O abandono aparece na relação transferencial, quando vai até o limite das atuações, colocando-se em risco de ser abandonada. Ela quer a garantia de que não será abandonada para direcionar a sua demanda.

“Ela cuida de mim e eu cuido dela, ela me completa, representa tudo de bom. Sou feliz se estou com ela. Preciso dela para ser feliz”. Na fala de sua parceira sintoma: *“Você agora é minha, eu não vou te deixar e não vou deixar você me deixar nunca.”* A relação amorosa traz uma estabilidade psíquica e os sintomas bulímicos se esvaziam. Quando não se sente acolhida no desejo do Outro, há piora das compulsões e dos vômitos. Coloca-se na posição de devastada à medida que submete-se ao desejo do Outro em detrimento do seu, garantindo então, um lugar no seu amor. O risco de abandono na parceria amorosa, atualiza a invasão pelo outro, vivenciada na relação com a sua mãe.

“Sou igual a um hamster, na gaiola só girando naquela rodinha sem conseguir sair. Nem estou sentindo mais dor, estou sofrendo. Quando a gente sente dor, dá uma casquinha, só que agora não tem jeito de dar casquinha, a ferida é muito funda. É preciso que eu abandone todo mundo, antes que todo mundo me abandone. Não quero amar ninguém.” Também, nesse caso, a referência à clínica da anorexia pode servir como paradigma: *“A máscara social do corpo delgado, pode compensar um defeito narcisista fundamental, ou inclusive o vazio forclusivo (fora do laço social, fora da linguagem) da psicose. Nessa clínica, manifesta-se uma posição do sujeito que não se manifesta pela produção de fenômenos psicóticos no seu sentido estrito: delírios e alucinações e sim que se distingue por uma*

experiência de ausência, de vazio existencial, de insustentabilidade anônima.”²⁴

“Quando passei no vestibular e vim para cá, parei o esporte e ganhei peso. Como compulsivamente até acabar o que tem no armário e na geladeira, ou então quando percebo a presença de alguém em casa. Sinto uma culpa enorme e choro ao mesmo tempo, fico pensando no que a minha mãe vai dizer: - Você não tem vergonha na cara. Não emagrece porque não quer. É como se eu tivesse que corresponder, tivesse que ser forte.” Sentia-se fracassada por não conseguir corresponder ao seu ideal de controle. Ser alguém era dar conta de tudo sozinha, ser magra, conseguir controlar a sua alimentação e não ter mais compulsões. Empanturrar-se era fracasso moral. O vômito a esvaziava na tentativa de recuperar o controle, mas a angústia e o cansaço desse movimento apontava para o equívoco do preenchimento.

“Às vezes fico pensando se tem a ver, acho que fico me cobrando, ele trabalha junto com muitas mulheres bonitas, é como se eu tivesse que ter tudo perfeito, o meu corpo ser o mais bonito.” Sinaliza as incertezas do encontro com o outro sexo e a irrupção da sexualidade parece trazer-lhe questões sobre a feminilidade. Questionamentos e dificuldades, as quais ela localiza no corpo, desencadeando então as práticas bulímicas.

“Em relação à minha mãe sempre perco a razão porque discuto. Aí ela usa isso e faz chantagem. Por exemplo, se eu quero algum dinheiro para sair ela diz que não vai me dar porque eu briguei e não estou merecendo; ou me pergunta em que eu a ajudei nos serviços domésticos para merecer. A minha mãe é dominadora, tem as crenças dela, o ponto de vista dela e ninguém a remove disto. A minha mãe exige e sempre tenta impor o que quer. Enquanto você depender de mim, tem que fazer tudo o que eu quero”. O sintoma anoréxico-bulímico incide exatamente onde sua mãe exercia o seu poder a despeito do desejo dos filhos. A recusa do alimento como objeto separador, tenta barrar a invasão materna e fazer valer o seu desejo; mas há somente uma pseudo-separação. Mantendo-se no lugar de objeto do desejo da mãe, não se apropria da sua condição de sujeito, consentindo com a tirania materna.

“Não consigo ser vista. Tenho pânico de espelho e até de vidro de loja. Tenho pânico de geladeira.

Se eu a abrir, parece que vou engordar; já não abro mais meu guarda roupa, porque nada lá me cabe”. “...estou me achando péssima, horrível e horrorosa. Se alguém me telefona não atendo, não quero ver ninguém. Não quero que ninguém me veja. Não quero ver ninguém. Se estou andando de ônibus ou na rua, acho que as pessoas estão escutando o que eu penso. Quando eu estou pensando, as pessoas me escutam. Parece que estão invadindo a redoma que coloco para o meu corpo.” A contemplação do esqueleto na anoréxica psicótica serve para reabsorver a despersonalização e nesse sentido não há muita diferença com os comportamentos auto-lesivos em certos psicóticos, que para conter a sensação de irrealidade. É um recurso real que promove a unidade do sujeito. *Quando vejo meus ossos apontarem abaixo da pele, não me vejo perdida. Não me sinto angustiada, sim, invadida por um sentido de paz.²⁴*

“A bulimia era a solução de tudo. Era o que eu precisava. No dia seguinte tive uma compulsão e comecei a comer e a vomitar. Sou bulímica porque eu quero ser bailarina, porque a mídia me manda o tempo todo, porque minha família sempre me cobrou muito e eu tenho que provar que eu consigo”. Ela se nomeia pelo significante bulímica. Não se implica ao seu sintoma. Identifica-se com ele. Bulimia é um nome. O sentido de sua existência. Há um mal-estar, mas esse é determinado por fatores externos a ela. Imposto, impossível de ser dialetizado, ao qual só lhe resta submeter-se.

“Acho que os cortes (que a paciente provoca em si mesma) são também um tipo de punição. Como eu não posso me matar, porque eu ainda tenho que ser bailarina, eu me corto. Isso foi porque eu tinha exagerado demais na comida, ou porque eu não consegui vomitar. Cheguei a pensar em cortar a minha boca para não comer. Eu penso que fracassei, agora eu tenho que me punir de alguma forma pelo meu fracasso. A bulimia se tornou o centro da minha vida”. Entende a bulimia como uma dependência, como drogas ou jogos. É fixada ao seu sintoma, que é mais do que uma obsessão, é uma dependência, um gozo auto-erótico ao qual se submete. O sintoma proporciona certo desligamento do mundo. O vômito garante “um barato” como aquele causado pelo abuso de drogas. Ao mesmo tempo, o sintoma liga e desliga (“...meio viva e meio morta”).

Outra paciente, foi trazida pela mãe. O sintoma anoréxico não chegou a dividi-la psicicamente, a

causar sofrimento a ponto de fazê-la procurar ajuda. “*Eu quase fiquei anoréxica, mas a minha mãe olhou para mim*”. O sintoma funcionou como resposta até que começasse a ser mobilizado a partir do trabalho terapêutico em relação à figura paterna. O pai mostrou-se falho em alguns momentos e isso foi essencial para que P. consentisse com sua própria falta e aceitasse ajuda profissional. O pai que não dava nada passou a dar a falta, o dom do amor e assim a chance para que ela pudesse se posicionar como sujeito, e não como objeto desse pai completo e sem falhas. Operou então, uma mudança subjetiva em relação ao sintoma anoréxico-bulímico.

“*Eu não quero melhorar agora, só depois que minha mente se acalmar.*” Assim aconteceu. Depois que houve a contenção dos sintomas psicóticos, os sintomas bulímicos perderam a consistência e ela passou a investir libidinalmente em seu corpo. Ganhou peso, casou-se e tornou-se mãe.

É a partir da escuta dos fragmentos de casos apresentados que se pode desvelar a subjetividade relacionada aos fenômenos clínicos, tornando-se possível a decifração do sintoma em sua significação inconsciente. O inconsciente aqui entendido como um saber que não se sabe.²³

Os casos mesmo fazendo tipo, ou seja, quadros clínicos padronizados, preenchendo critérios clínicos (maior ou menor acometimento de órgãos alvo) ou critérios psiquiátricos (classificados como transtornos); constituindo séries e nomes (anorexia, bulimia, toxicomania, depressão); vão mostrar sua singularidade na passagem da clínica normativa para a clínica do sujeito. A interlocução dos discursos médico, psiquiátrico e psicanalítico nos ensina que nessa clínica da anorexia e bulimia não é o ato de se alimentar, primitivo e instintivo que se coloca unicamente como foco de intervenção, mas também o sujeito em sua articulação com o desejo e o gozo. Evidencia-se aqui a grande delicadeza e desafio da intervenção clínica, quando a sobrevivência precisa ser garantida a partir do uso de neurolépticos e internações clínicas contrapondo-se ao sujeito que se faz existir pelo corpo magro.

O sintoma considerado pelos médicos não é um sintoma analítico, para que esse surja é preciso que o sujeito não só se queixe, mas que se implique com o sintoma e se enderece a um suposto saber na procura de uma saída.^{21,22} A saída pode ser: permitir à anoréxica que ela traduza em pala-

bras o que coloca em ato, e à bulímica reconstruir a fantasia que subtende aos seus sintomas.²⁴

O generalizável e o universal da classificação dos pacientes em categorias diagnósticas, como o fazem o DSM-IV e o CID 10, mostram-se insuficientes para a condução dos casos. A prática do diagnóstico médico tem inerente a ela a idéia de que o indivíduo é o exemplar de uma classe.¹⁷ A proposta de classificação com critérios gerais possibilita dados globais do problema e garante o diagnóstico e uma nomeação, mas não acrescenta sobre a singularidade do caso. Uma clínica que se aproxima das questões subjetivas dos pacientes confirma que há um equívoco em abordar um caso de anorexia e bulimia visando somente à recuperação do peso, por mais cuidados médicos que as repercussões sobre o corpo possam exigir. O discurso psicanalítico acrescenta ao discurso médico e psiquiátrico a compreensão dos sintomas anoréxicos e bulímicos além do universal, do anônimo e classificatório das categorias; levando em conta o particular do sujeito, eixo de sua ética. A partir daí ao estudar os casos promove um enfraquecimento das referências descritivas da Anorexia e Bulimia Nervosa como comportamentos fenomenológicos sem desconsiderá-las na condução dos casos.^{24,25} Os casos em série não se furtam aos paradigmas admitidos em uma comunidade epistêmica; assim sempre há aspectos clínicos que podem ser generalizados. O trabalho com os casos se define por uma clínica do particular, o que só se torna possível pela via do singular, a partir de uma manobra transferencial¹⁷; deslocando o sintoma do discurso médico, ou seja, de uma dificuldade com o corpo e com a comida, para a percepção de um sofrimento subjetivo.

A partir de seu eixo teórico, a psicanálise, nos traz contribuições sobre do que se tratam os sintomas anoréxicos e bulímicos. Os casos em série apontam para isso:

- os sintomas anoréxicos e bulímicos na adolescência como defesa a um real, entendido aqui como impossível de se assimilar, quando o sujeito é convocado pelos apelos da sexualidade e do Outro social²⁶;
- a anorexia e bulimia como duas caras da mesma moeda²⁵, onde a anorexia indica a realização do Ideal do sujeito enquanto a bulimia representa seu naufrágio associado à irrupção do real na cena do Ideal. Na anorexia há uma identificação idealizante e uma prática de pri-

vação, enquanto na bulimia manifesta-se a queda desse mesmo sistema que cede aos golpes de uma compulsão à repetição desenfreada. O exercício bulímico do vômito tem como objetivo preservar a imagem anoréxica do corpo delgado. Assim, se pode dizer que a bulimia é um dialeto da anorexia, a língua materna permanece anoréxica, ou seja, que a posição bulímica não é outra coisa que um descarrilhamento do projeto anoréxico, uma derrota fatal.

- o sintoma anoréxico-bulímico como função mediadora da distância entre a satisfação simbólica e o signo do amor. A anoréxica arrisca a própria vida, negando-se a satisfação do objeto para ter um signo de amor do Outro (familiar, social e cultural) que confunde sistematicamente o estatuto de desejo com a necessidade respondendo a demanda de amor com o alimento. A bulímica por sua vez, trata de compensar a ausência do signo de amor através da perseguição voraz e infinita do objeto comida.²⁵
- o sintoma anoréxico-bulímico como uma satisfação associada ao objeto de consumo.²⁵ Há também aqui uma referência ao amor que não cessa de demandar. Não há objeto que possa preencher a voraz demanda bulímica. “O amor não é uma mercadoria como outras não se pode consumir. É isso que sabe bem a anoréxica que ao comer nada rechaça o mundo do ter e reclama o seu direito de ser, seu direito ao amor. Não se pode encontrar a satisfação da demanda de amor pelo consumo do objeto, nem sua obtenção garantida pelo discurso social – revelando esse sentido está a proposta anoréxica: nenhum objeto vale o amor, nenhum objeto pode preencher isso que não está na ordem do ter, nenhum objeto pode preencher o vazio de ser do sujeito, nenhum objeto alcança jamais.
- a anorexia pode ser entendida como uma tentativa de separação, de anteparo contra a invasão do Outro materno.^{27,28} Nos casos mais graves, houve uma falha estrutural onde o sujeito não encontra outros recursos menos mortíferos para fazer essa operação de separação. Surge aí a paixão pelo vazio na tentativa de fazer existir o desejo, a despeito do desejo invasivo da mãe. Há uma paixão pelo vazio. A eleição anoréxica é a rejeição ao alimento e a bulímica é o consumo ilimitado. Porque a abolição do vazio significaria a abolição do próprio sujeito.

O vazio é a condição para que se possa existir junto à falta, o desejo.²⁴

- o sintoma anoréxico-bulímico próximo de um vício, como a toxicomania.^{24,25,27} Um sintoma que opera uma exclusão do Outro, isto é, uma separação absoluta da demanda. O sujeito permanece congelado em uma identificação idealizante e antidialética, fora do discurso. Essa vertente do sintoma não se dispõe a interpretação, e exige, um tratamento preliminar para a entrada do sujeito no dispositivo de tratamento. A anorexia oferece ao sujeito um nome um reconhecimento simbólico. Há mais uma evidência que um enigma. Essa evidência é sustentada por um discurso social que valoriza o corpo magro com imagem do corpo feminino e põe à disposição no mercado de uma quantidade ilimitada de bens de consumo.
- os sintomas anoréxicos e bulímicos fazendo uma espécie de barreira que conserva a unidade imaginária do paciente psicótico, que se sente ameaçada pela fragmentação do corpo. A identificação anoréxico-bulímica impede o desencadeamento da psicose. Há uma estabilização através da identificação.²⁵

Trata-se de individualizar a partir da série monótona e genérica dos fenômenos anoréxicos-bulímicos (rituais, vômitos, restrições alimentares). Através dos fragmentos de casos clínicos, verifica-se que o deslocamento do quadro clínico ao caso clínico, desvela uma série de vivências psíquicas singulares que reorientam a clínica.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir a partir da clínica, a existência de um sofrimento psíquico, fonte de grande angústia e uma história que se desvela a partir do entendimento do sintoma anoréxico e bulímico como resposta a conflitos psíquicos. A singularidade e a complexidade da clínica da anorexia e bulimia convocam à interface e interlocução entre os discursos médico, psiquiátrico e psicanalítico na condução dos casos. O estudo evidencia que a experiência de tratamento a partir desse modelo, tem proporcionado um trabalho ético e pautado por resultados satisfatórios.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatry Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. (DSM-IV-TR) 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
2. Cordas TA. Transtornos alimentares: Anorexia nervosa e bulimia. In: Saito MI, Silva LEV. Adolescência: prevenção e risco. São Paulo: Atheneu; 2001. p.269-76
3. Bruch H. Conversations with anorexis –a compassionate and hopeful journey though the therapeutic process. Northvale: Basic Books; 1998.
4. Bruch H. Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within. Houston: Basic Books; 1973.
5. Bruch H. The Golden cage – the enigma of anorexia nervosa. England: Harward University Press; 2001.
6. Bruch H. Conversations with anorexis: a compassionate and hopeful journey through the therapeutic process. New Jersey: Basic Books; 1988.
7. Pimenta Filho JA. As patologias do ato. Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental. Rev Inst Psicanál Saúde Mental de Minas Gerais. 2005 Jun; 8(10):47-53.
8. Jeammet P. Abordagem psicanalítica dos transtornos de condutas alimentares. In Urribarri R. Organizador Anorexia e bulimia. São Paulo: Escuta; 1999. p.29-51.
9. Lasègue C. La anorexia histórica. Psiconet. Relatos de la Clínica, nº 2 – edición electrónica, nov. 2001. [Citado em jun. 2008]. Disponível em: www.psiconet.org
10. Viganó C. Conferência sobre bulimia e anorexia. Belo Horizonte: Instituto Mineiro de Psicanálise; 1998.
11. Recalcati M. Los dos nada de La anorexia. In: Recalcati M. Clínica del vacío: anorexias, dependencias e psicosis. Madrid: Editorial Síntesis; 2003. p.19-31.
12. Ménard A. Como uma anoréxica vem à análise? Publicado originalmente como Comment une anorexique vient à l'analyse? Les Feuillettes du Cortil 1998 mars 15 1998.
13. Menard A. Nouveaux Symptômes dans l'oralite. In : La petite girafe, n. 15. Rev Diagonale Francophone de Cereda 2002 mars; (15): 61-8.
14. Pimenta Filho JA. A. Anorexia e bulimia: sintomas da moda e da oralidade. Curinga. 2003 Nov; (19):120-5.
15. Ferreira RA. Anorexia e bulimia: a condução do tratamento. Reverso- Rev Psicanálise. 2003 Set; 25(50):57-66.
16. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2003.
17. Miller JA. O rouxinol de Lacan. Conferência inaugural do Instituto Freudiano de Buenos Aires. Traduzido e publicado: Carta de São Paulo. 2003 out; 15(5):18-32.
18. Viganó C. A construção do caso clínico em saúde mental. Curinga. 1999 nov; 13:50-9.
19. Maleangreau P. Nota sobre a construção do caso. Alman Psicanál Saúde Mental de Minas Gerais. 2003 nov; 6(9):11-7.
20. Basz S. Lo singular en el sintoma: um principio clínico. Virtualia. Rev Digital de la Escuela de la Orientacion Lacaniana. Ano III. 2004, fev/mar; 2004. [Citado em jun. 2008]. Disponível em : <http://www.eol.org.ar/virtualia/>.
21. Barreto FP. A monocultura e a paisagem- o psicofármaco para a psiquiatria e a psicanálise. Clique – Rev Instit Bras Campo Freudiano. 2002 abr; (1):54-61.
22. Pimenta AC, Ferreira RA. O sintoma na medicina e na psicanálise – notas preliminares. Rev Med Minas Gerais. 2003 jul; 13(3):221-8.
23. Freud S. Os caminhos da formação dos sintomas, Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (Conferência XXIII), ESB In: Freud S. Edições Standard das obras Psicológicas Completas, v. 16 (1916-1917). Rio de Janeiro: Imago; 1976. p.361-78.
24. Recalcati M. La última cena: anorexia y bulimia. Buenos Aires: Ediciones del Cifrado; 2004.
25. Recalcati M. Clínica del vacío: anorexias, dependencias, psicosis. Madri: Síntesis; 2003.
26. Stevens A. L'adolescence, symptôme de la puberté. In: Les Feuillettes du Courtil, nº 15 – Le desir et la faim. 1998. p.79-92.
27. Tarrab M. Algo peor que um sintoma. In: Botto S, Nuparstek F, Salamone LD. El psicoanalisis aplicado a las toxicomanias. Buenos Aires: TyA; 2003.
28. André S. O que quer uma mulher? Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1987.