

Um ninho para o segredo

Maria Helena Fernandes

Comentado por
Fábio Belo e Ruth Blay Levisky

Maria Helena Fernandes Psicanalista, Doutora em Psicanálise e Psicopatologia pela Universidade de Paris VII, com pós-doutoramento pelo Departamento de Psiquiatria da UNIFESP, professora do Curso de Psicanálise e professora colaboradora do Curso de Psicossomática do Instituto Sedes Sapientiae. É membro dos Departamentos de Psicanálise e de Psicossomática do mesmo Instituto. É autora dos livros *L'hypocondrie du rêve et le silence des organes: une clinique psychanalytique du somatique* (Presses Universitaires du Septentrion, 1999), *Corpo* (Casa do Psicólogo, 2003) e *Transtornos Alimentares: anorexia e bulimia* (Casa do Psicólogo, 2006).

Fábio Belo Psicanalista, professor associado no Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Autor de diversos livros e artigos, dentre os quais destacam-se “Clínica Psicanalítica ON-Line” e “Teoria da Sedução Generalizada e arte”.

Ruth Blay Levisky Psicóloga, psicanalista de grupo, casais e famílias. Membro fundador e Presidente da Associação Brasileira de Psicanálise de Casal e Família (ABPCF, 2017-2021). Coordenadora do Grupo Vincular. Coordenadora técnica do Projeto Abraço seu Bairro. Membro efetivo do Conselho de Representantes e Conselho Diretivo e Fiscal da Associação Internacional de Psicanálise de Casal e Família (AIPCF, de 2006- 2014). Professora do Curso de Especialização em Terapia familiar da Coordenadoria, Aperfeiçoamento e Extensão (COGAE PUC-SP) e do Instituto de Psicoterapia Analítica de Grupo. Bióloga, Mestre e Doutora em Genética Humana (USP). Autora de livros e artigos especializados nas áreas. Organizadora, juntamente com Maria Luiza Dias e David Léon Levisky, do *Dicionário de Psicanálise de Casal e Família* (2021), Ed. Blücher.

1 Em agosto de 2017 levei este caso para discussão na minha apresentação à Comissão de Admissão do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae. Tive o privilégio de contar com Ana Maria Sigal e Mario Fuks como interlocutores.

2 *Oeuvres Complètes*, v. 42.

Para contribuir com a sessão Debate Clínico da *Revista Percurso* decidi trazer o caso de Lígia uma jovem de 23 anos que apresentava uma anorexia associada à bulimia. Um dos motivos que me fizeram, neste momento, retomar a discussão deste caso foi justamente a distância temporal desse atendimento: os longos anos que se passaram desde a interrupção da análise de Lígia¹. Mas também, e principalmente, a intensidade do que experimentei e tudo que pude aprender durante esse processo analítico. Comunicar através das palavras o que vivemos na intimidade da clínica psicanalítica implica a meu ver, antes de mais nada, em considerar, como disse George Bataille, que: “A experiência só pode ser comunicada se os laços de silêncio, retraimento e distância transformarem aqueles que ela coloca em jogo”², no caso aqui, a analista e a analisanda.

Lígia foi encaminhada à análise pelo psiquiatra. Na 1ª. entrevista chega atrasada e visivelmente agitada. Apesar de muito magra, é uma moça muito bonita. Embora não faça nenhuma referência à sua magreza, diz que está extremamente deprimida: não conseguia levantar-se da cama pela manhã, permanecia deitada durante todo o dia, não conseguia tomar banho. Tinha “crises de desespero” nas quais jogava-se no chão, batia a cabeça na parede.

Vivia sob uma angústia quase insuportável, às vezes passava horas andando de um lado para o outro dentro de casa. Após iniciar o uso de antidepressivos e ansiolíticos começou a conseguir ir até o clube fazer ginástica, mas vivia com a urgência de ter que voltar para casa. Não conseguia ficar bem em lugar nenhum. Comia exageradamente e em seguida provocava o vômito. Chegava a ingerir um pote inteiro de chantilly ou manteiga e bebia litros de leite,



*os episódios de comer
compulsivamente começaram
aos 12 anos, época em que
ela chegou a pesar 70 quilos*

chegando a comer e a vomitar até 8 vezes ao dia. Falava do seu desespero e de uma grande vontade de se matar para “livrar-se de tudo isso” e que só não o fazia por causa de suas convicções religiosas. A angústia e a fala em tom de voz alto de Lígia, inundaram a sala.

Apesar de falar rápido, encandeando um assunto no outro de maneira que eu não sentia nenhum espaço para abrir a boca, ela parecia ao mesmo tempo me observar com olhos bem atentos. “Eu já fiz muitos anos de terapia, mas não adiantou nada” – disse ela. Naquela época, Lígia havia acabado de concluir o curso de Economia. Era a filha mais velha, tinha um irmão e uma irmã caçula.

Vou aos poucos tendo acesso à sua história. Os episódios de comer compulsivamente começaram aos 12 anos, época em que ela chegou a pesar 70 quilos. Tiveram início no período das provas de final de ano na Escola. Porém nessa época os vômitos não ocorriam. Segundo ela, tornou-se uma adolescente gorda, feia e com o rosto cheio de espinhas. Por volta dos 17 anos, Lígia faz um grande regime, emagrece, trata da pele e torna-se uma moça bonita e atraente. Porém os episódios de comer compulsivamente ocorrem de vez em quando, “nos momentos de angústia” – diz ela. Só que dessa vez aparecem os vômitos logo em seguida e o uso de laxantes. Instala-se progressivamente uma preocupação com a comida, a forma e o peso corporal. Embora fizesse regime e os outros dissessem que ela estava muito bem, achava-se sempre gorda ao olhar-se no espelho.

Quando Lígia ingressa na faculdade, muda-se para uma cidade do interior e vai morar em um apartamento com mais duas colegas. Por volta dessa época, suas dificuldades se exacerbam. Emagrece muito e chega a parar de menstruar. Os episódios de comer compulsivamente passam a ocorrer na calada da noite, quando Lígia assalta a geladeira, se enche de comida e depois vomita. Nesses episódios comia sempre o que era dos outros. É por volta dessa época que começa a se dedicar com exagero aos exercícios físicos e relata obter “alívio” com essa atividade.

Com o caminhar do nosso trabalho consegue contar que namorar sempre foi “complicado”, certa vez a mãe a viu beijando um rapaz com quem já saíra três vezes e chamou-a de “puta”. Conta que sempre teve receio da aproximação com os rapazes e tece longos comentários sobre a visão religiosa acerca das intimidades fora do casamento. Logo no início da faculdade começa a namorar com um colega de turma. Refere que a maneira de viver lá era muito diferente da que conhecia até então: “Todo mundo transava e era feliz, eu vivia angustiada, me sentia diferente de todo mundo. O João me dizia que eu não pensava por mim mesma, repetia o que minha mãe pensava, comecei a ficar muito confusa com tudo, a religião, a minha formação. Aí, eu resolvi ceder, fumei maconha e transei. Foi horrível, eu não senti nada, só dor”.

A partir daí as dificuldades aumentam muito, Lígia chega a ficar dias inteiros prostrada na cama sem comer. “Comecei a me sentir afundando – diz ela – aí um dia tomei coragem, liguei para a minha mãe vir me buscar e voltei pra casa”. É nesse momento que acontece a primeira terapia, que tem a duração de dois anos. Após esse período, Lígia retoma a faculdade, mas logo volta a apresentar as mesmas dificuldades e inicia uma segunda terapia na cidade onde estudava.

É, segundo ela, à custa de muito esforço e da ajuda do segundo namorado que conseguiu concluir a faculdade, mas não pôde levar adiante os seus planos de fazer uma pós-graduação, pois encontrava-se “desestruturada”. Abandona novamente a terapia dizendo que “não adiantava nada” e retorna a São Paulo a fim de submeter-se a um novo tratamento. É nessa época que é



busquei mais de uma supervisão para este caso, assim como levei Lígia comigo para minhas sessões de análise. Ela conseguia me inundar dentro e fora da sessão

levada pelo pai ao psiquiatra. Após mais de um mês fazendo uso de medicação é encaminhada à análise comigo.

Após algumas semanas da primeira entrevista, o psiquiatra me telefona para saber se Lígia havia ficado em análise e diz: “É uma situação complicada, um caso de anorexia. Chegou muito emagrecida e já sem menstruar. Parece apresentar um funcionamento histérico em um quadro depressivo grave, e que, ainda por cima, apresenta sintomas bulímicos. Percebo que não apresenta grande melhora com a medicação, em alguns momentos parece ficar psicótica. Enfim... tomara que ela fique em análise!”. Para além da minha empatia com a breve descrição do psiquiatra, pensava: como compreender a articulação de todas essas palavras – anorexia, bulimia, histeria, depressão e psicose – em um mesmo caso clínico?

Não é isso, você não entendeu!

No início, Lígia trazia para as sessões descrições detalhadas da rotina do seu dia, incluindo a descrição dos exercícios físicos que fazia e o modo como se alimentava, ou engatava por assuntos culturais anódinos. Depois de passados vários meses de análise, embora Lígia continuasse a mostrar-se extremamente gentil e educada ao entrar na sessão, imediatamente após acomodar-se, essa “capa” se desfazia e dávamos início aos nossos minutos intensos, permeados por queixas abundantes e muito choro. No entanto, ao comunicar-lhe que o nosso tempo, naquele dia, havia acabado, ela se recompunha, enxugava as lágrimas, ajeitava o cabelo, agradecia educadamente e se despedia à

distância, muito polidamente e sorrindo. Ao sair da sala trancava-se no banheiro e levava algum tempo retocando a maquiagem.

Referia que costumava ser a melhor aluna da turma. Enquanto ela passava noites estudando, os outros se divertiam, e agora era ela quem estava desempregada. Depois de ter ela mesma acabado o namoro, insistia que era uma “pessoa” atraente e que sabia que tinha muita “mulher” menos atraente do que ela e que, no entanto, “está aí com alguém do lado, enquanto eu estou aqui sozinha”. Um tempo depois recebeu uma proposta de emprego. Mas tanto os empregos quanto os namorados vinham e iam, nada servia. Chegou também a abandonar o psiquiatra e a procurar outro, porque ele também não servia. Qualquer fala minha que parecia fazer algum sentido, Lígia refutava e mergulhava em profunda depressão. Minhas tentativas de interpretação não desencadeavam recordações e novas associações. Fazia questão de me contar quantas vezes havia comido e vomitado no intervalo entre uma sessão e outra. Eu também não servia.

Busquei mais de uma supervisão para este caso, assim como levei Lígia comigo para minhas sessões de análise. Ela conseguia me inundar dentro e fora da sessão. Em duas supervisões sucessivas, que tiveram a peculiaridade de serem feitas com dois supervisores diferentes, em que apresentei duas sessões distintas, ocorreu o seguinte: na discussão da primeira sessão, o grupo de supervisão apontava na direção de uma moça muito regredida, num nível de angústia muito intenso. Era difícil interpretá-la, ela se desorganizava e deprimia, precisava de um contorno. Na supervisão seguinte, a discussão girava em torno da histeria de Lígia. Como assim? Do mesmo modo que a fala do psiquiatra sobre Lígia havia encontrado eco em mim, não podia deixar de perceber que o que havia sido dito nas duas supervisões fazia sentido, ambas falavam de Lígia. E então, como compreender tudo isso?

O tempo foi passando e continuávamos com nossos três encontros semanais. Fui percebendo que após algumas sessões em que sentia o



*haveria algo que,
se tivesse sido dito, poderia
barrar a ação e dar lugar à palavra?
Estava ela me testando?*

caminhar do trabalho, sucediam-se novos períodos tempestuosos. Queixas abundantes, choro, irritabilidade, nada do que eu falava servia. Se fizesse qualquer menção de que havia percebido que ela havia ficado irritada ou com inveja em determinada situação, ou mesmo que parecia ter ficado irritada comigo, seja por algo que eu tivesse dito seja por ter anunciado o final da sessão, era imediatamente contestada com um educado não – “*Não é isso, você não entendeu!*”

Em seguida tecia longos comentários sobre a importância de não cultivar “maus” sentimentos, pois todos deveriam buscar se aprimorar sempre, buscar a perfeição. Ancorada em ideais absolutos, fossem eles religiosos ou não, ficava evidente que os sentimentos de raiva, inveja, etc. eram inadmissíveis para ela. Não obstante, a agressividade estava ali, posta às claras na relação comigo. Sem dúvida, o educado rechaço de Lígia às minhas colocações era também como um insulto que me deixava entregue à minha própria impotência.

Ao mesmo tempo defrontava-me com seu intenso sofrimento, atormentada por imagens que, segundo ela, não tinham palavras, escapavam da linguagem – “*Não sei dizer, não consigo entender!*”, dizia ela. Esses eram momentos também difíceis, de intensa angústia, aqueles em que as palavras pareciam não fazer sentido, aquilo que matava qualquer fala. Era como se o aparelho psíquico não desse conta de realizar o seu trabalho habitual de “digestão” das experiências vividas. A angústia se transformava em atos.

Certa vez, Lígia entra desesperada na sala e começa a falar que está passando mal, que está “*péssima*”. Fala sem parar e começa a se agitar, repete incessantemente que não aguenta mais. Pedi que me explicasse o que estava se passando e tentei ver se alguma ligação poderia ser feita entre o que estava vivendo naquele momento e o que havia vivido antes, mas foi em vão. Inicialmente, entre momentos de silêncio e retomada da palavra, continuava tentando dizer o que me ocorria e o que achava que poderia fazer sentido por tudo que já conhecia de Lígia, mas tinha a impressão de que ela sequer me escutava. A agitação continua

crescendo. Os gritos desesperados aumentam, ela vai mergulhando cada vez mais no desespero. Daí começa a bater-se com as duas mãos. Bate na cabeça, bate no corpo, joga a cabeça contra a parede sob a qual estava encostado o divã. Depois encolhe-se segurando as pernas com os braços. Chora sem parar dizendo que está ficando louca, pede ajuda, diz que quer morrer!

Digo-lhe quando o nosso tempo acabou, mas dessa vez Lígia não se recompõe como das outras. Parece estar disposta a ir até o fim. Mas que fim? Estaria ela disposta a não sair educadamente dessa vez? Estaria ela tirando a capa? A maquiagem? Estava me experimentando? Lentamente enquanto permaneci ali calada ao seu lado, Lígia foi se acalmando, parecia exausta e aliviada ao mesmo tempo. Até que se recompôs e disse: “*não posso voltar sozinha para casa, ligarei daqui pra minha mãe vir me buscar*”.

Não é difícil imaginar que saí dessa situação exausta. O que eu não tinha conseguido compreender e devolver para Lígia? Haveria algo que, se tivesse sido dito, poderia barrar a ação e dar lugar à palavra? Estava ela me testando? Que significado teria para Lígia o que se passara? E para mim?

Permanecemos caminhando juntas ainda por longos anos. Entre outras coisas, fui me dando conta de que apontar para Lígia o que eu observava do seu modo de funcionamento, por mais óbvio que me parecesse, exigia uma cuidadosa delicadeza. Comecei a restringir, cada vez mais, os assinalamentos e interpretações e a substituí-los por *perguntas* que pudessem dar lugar a uma construção conjunta do entendimento do que se passava com ela. Fui notando também que Lígia nem sempre conseguia ouvir o que eu dizia. Porém, certa vez,



*o corpo de Lígia parecia
não sentir a dor, nem quando
ficava sem comer, nem quando
se entregava a exercícios físicos
exaustivos*

me disse que minha voz a acalmava. Pensei que a sonoridade da minha voz, e não necessariamente o conteúdo da minha fala, tinha um lugar significativo nos movimentos transferenciais que vinham se passando na análise.

Depois de um longo tempo, cheio de tempestades e bonanças, comecei a notar que Lígia havia ganhado peso e já não me contava quantas vezes havia comido e vomitado naquela semana. Jamais fiz um único comentário sobre essas observações, ao contrário, guardei sempre em segredo comigo o que observava. Com o passar do tempo, os assuntos foram lentamente migrando da rotina alimentar, das descrições das sensações corporais e dos fatos do dia a dia para suas dificuldades de relacionamento no ambiente de trabalho e, somente depois, para sua relação com os familiares, particularmente com a mãe, e as questões da sua vida afetiva e sexual. Muito timidamente começa a partilhar comigo seus anseios e expectativas de futuro, porém nunca surge o relato de um sonho.

Só fico sabendo que Lígia não vomitava mais já havia mais de um ano quando ela começa a se queixar de dores no estômago, e, após o exame de endoscopia, acaba descobrindo uma úlcera gástrica. Temos aí o aparecimento de uma doença somática. O que vemos é uma dificuldade na elaboração psíquica que foi inicialmente compensada pelo agir impulsivo e depois pela somatização, denunciando a precariedade dos processos de simbolização. Embora suas dificuldades para se relacionar fossem bastante significativas, estava conseguindo se manter em um emprego que a agradava. É por volta dessa época que a análise foi interrompida devido à minha saída do Brasil.

Não havia me dado conta!

Ao longo da experiência analítica com Lígia, dois aspectos me chamaram particularmente a atenção: a relação dela com o próprio corpo e com a mãe.

Pouco após o início da análise ela ainda se encontrava muito magra mas dizia não entender por que todos prestavam tanta atenção ao seu peso. Parecia haver uma dificuldade de percepção não só da forma do corpo, como também das sensações que provém do interior do corpo. Isso ficava evidente, por exemplo, na ausência de percepção da sensação de fome e, provavelmente, das dores gástricas daí decorrentes ou mesmo dos efeitos da hiperatividade física, como o cansaço e as prováveis dores no corpo devido aos exercícios exaustivos.

Após o momento inicial, no qual ainda se encontrava muito deprimida, Lígia retomou os exercícios físicos de forma intensa. Com medo de perder o controle de suas próprias urgências orais e de se ver à mercê da compulsão bulímica, corria durante horas no Parque Ibirapuera, quilômetros a fio; seus pés chegavam a ficar machucados. No início da análise fiz um comentário a esse respeito e, examinando os próprios pés, ela me disse surpresa: “*Não havia me dado conta!*”. O corpo de Lígia parecia não sentir a dor, nem quando ficava sem comer, nem quando se entregava a exercícios físicos exaustivos, como se esse corpo só existisse em negativo. Anos depois pude formular uma compreensão teórica a esse respeito.

Em Lígia, a obstinada recusa alimentar, acompanhada da insistente recusa das transformações do corpo produzidas pelo emagrecimento e pelos exercícios exaustivos, não deixava passar despercebido que algo escapava aos mecanismos tipicamente conhecidos na neurose. Aliás, os analistas que se ocupam desses casos sabem bem que reconhecer nessas jovens um pendor histérico já assinala boas perspectivas para o processo analítico. Especialmente nos casos mais graves, esse inquietante *algo mais*, esse *além* da neurose, tem sido reconhecido por vários autores.



*é comum, ao longo
da análise dessas jovens,
precisarmos administrar também
as angústias da mãe,
seu desespero*

Jeammet (1991), por exemplo, fala em “arranjo perverso” (p.98)³. No entanto, salienta que não se trata de uma estrutura perversa estável, mas sim de um arranjo defensivo secundário. Assim, diferentemente da perversão, em que o papel da angústia de castração é determinante, nesse arranjo perverso a angústia de castração cede lugar à angústia de separação, com sua oscilação entre abandono e intrusão. Vale salientar ainda que, em Lígia, a recusa não dizia respeito a uma recusa da realidade exterior, como estamos acostumados a ver na psicose, mas a uma recusa da realidade do próprio corpo. Ficava evidente, então, que a recusa da realidade do corpo assumia não somente um lugar de destaque nesse caso como também permitia estabelecer uma fronteira com a psicose.

Jeammet (1999, p. 41) salienta justamente que uma característica geral destas jovens é não poderem se organizar sob um modo estável, seja sob o modo neurótico, psicótico ou perverso. Para Jeammet, essa instabilidade vai justificar o caráter transnosográfico da anorexia e da bulimia, amplamente notado nessa clínica. No relato do caso de Lígia, isso fica evidente tanto na fala do psiquiatra quanto nas discussões das duas supervisões. Essa instabilidade é, segundo Jeammet, uma consequência do fracasso das internalizações precoces, que deveriam assegurar a construção de bases narcísicas suficientemente estáveis.⁴

Em Lígia era evidente ainda que o ato bulímico muitas vezes aparecia privando, em graus diversos, a atividade psíquica do espaço interno ao pensamento e à reflexão. Além disso, o regime da urgência e a intolerância para com as exigências da realidade pareciam levar a uma espécie de abolição da temporalidade, abrigo do desejo, das contradições e das interdições. Desse modo, ganhava lugar de destaque também o evitamento do pensamento reflexivo, denunciando a dificuldade de contato com a subjetividade e a tendência a investir as sensações e a exterioridade do corpo, tão evidente no seu caso.

A meu ver, não se podia deixar de notar ainda uma dificuldade de discriminação entre dentro e fora. Tudo se passava como se o corpo próprio não exercesse aí uma de suas funções, que é colocar os

limites entre dentro e fora, exercendo assim, o papel de fronteira entre o eu e o outro. Em Lígia, essa dificuldade de discriminação entre dentro e fora, entre o eu e o outro, assinalava a importância da precariedade das fronteiras entre sujeito e objeto, evidenciada na dificuldade de diferenciação da figura materna, observada na ausência de autonomia.

A minha mãe diz...

Logo no início da análise, diante da minha tentativa de conhecer sua própria teoria a respeito do que se passava com ela, Lígia me diz: “a minha mãe fala que vomito para não engordar, mas a verdade é que não posso suportar tudo aquilo dentro de mim”. A mãe de Lígia nunca tentou se comunicar comigo, o que de certa forma sempre me chamou a atenção. É comum, ao longo da análise dessas jovens, precisarmos administrar também as angústias da mãe, seu desespero e sem dúvida suas tentativas de entrar no espaço analítico. No entanto, a mãe de Lígia não parecia precisar disso; na verdade não precisava vir porque já estava lá, ia com Lígia para as sessões todos os dias: *a minha mãe diz, a minha mãe acha, a minha mãe pensa, a minha mãe quer...* As sessões seguiram e continuávamos ali as três; eu, Lígia e sua mãe.

Embora, de saída, Lígia enuncie uma dissonância entre a teoria de sua mãe e a dela própria a respeito dos vômitos, inicialmente o conhecimento construído em nossas sessões referia-se, na verdade, ao saber sobre uma dupla: mãe e filha. Na literatura psicanalítica sobre a anorexia e a bulimia já foi bastante assinalada a dificuldade da entrada do pai na dualidade mãe-filha. No caso



*o difícil na condução
do processo analítico era conseguir
dosar proximidade e distância,
silêncio e palavra*

de Lígia, embora tenha sido o pai que a tenha levado ao psiquiatra naquele momento crítico, ela pouco se referia a ele nas suas sessões. Sabemos que é pela identificação paterna que a filha escapa ao conluio narcísico com a mãe, permitindo a realização da passagem da menina para a mulher. Uma das condições que permite à menina separar-se da mãe e voltar-se para o pai é que este tenha lugar garantido no desejo da mãe. Isto é, que o pai seja um representante de valor para a mãe.

Se a função do pai é desvalorizada, essas jovens não podem contar com a possibilidade de apoiar-se no suporte paterno para administrar a ligação naturalmente ambivalente com a mãe, ficando, então, aprisionadas a uma imagem materna ideal e onipotente. Assim, a dificuldade de diferenciação da figura materna ameaça de dentro a integridade do Eu, solicitando estratégias psicopatológicas para garantir a sobrevivência psíquica.

Mas a pergunta persistia: o que Lígia não podia suportar dentro de si? A continuidade do nosso trabalho vai, pouco a pouco, colocando em evidência que o que Lígia não conseguia suportar dentro de si se organizava entre dois eixos: a sexualidade e a agressividade. Os meandros da relação de Lígia com a mãe começam lentamente

a ganhar espaço na análise a partir da repetição dos padrões relacionais vividos na transferência. *A situação analítica: guardiã da interioridade* Parece ser justamente quando a vivência transferencial começa a movimentar-se, saindo do seu congelamento inicial, que é o próprio vínculo com a analista que se torna algo potencialmente destrutivo e ameaçador. Em Lígia a destrutividade assumiu, algumas vezes, contornos dramáticos, não apenas por colocar em evidência a potência da destruição que vem de dentro, do interior do próprio sujeito, mas também por assinalar o potencial destrutivo no interior da transferência. Na relação transferencial muito frequentemente a analista era, ao mesmo tempo, insistentemente solicitada e atacada, numa relação baseada no tudo ou nada. Esses movimentos transferenciais exigiam que pudéssemos refletir sobre as possibilidades de manejo dessa destrutividade de contornos nitidamente simbióticos.

Em Lígia, a dificuldade de percepção das sensações corporais se fazia acompanhar de uma outra, igualmente significativa, a saber, a dificuldade de percepção de seu mundo interior, suas necessidades afetivas e seus próprios pensamentos. De fato, tem sido assinalado que essas jovens se apresentam como se estivessem privadas do seu espaço interno, despossuídas de uma interioridade. Uma desposseção que, segundo Bidaud (1998), diz respeito ao corpo, ao afeto e ao pensamento.⁵

Na situação analítica, a escuta atenta do analista, que ouve com igual interesse tudo que o analisando diz, deixando-se embalar pela sua atenção flutuante, parecia representar para Lígia uma experiência nova, que encantava mas, ao mesmo tempo, muitas vezes assustava. O difícil na condução do processo analítico era conseguir dosar proximidade e distância, silêncio e palavra. O paradoxo residia justamente no fato de o interesse no trabalho analítico e o prazer no contato com a analista tornar-se, ao mesmo tempo, fonte de angústia, provavelmente porque evocava a ameaça de indiferenciação e fusão vividas na relação com a figura materna. O controle onipotente sobre o corpo repetia a relação experimentada com a mãe e era esta relação que

- 3 Jeammet, Ph. (1991). Dysrégulations narcissiques et objectales dans la boulimie. In Brusset, B., Couvreur, C. & Fine, A. (orgs.) *La Boulimie. Monographies de la Revue Française de Psychanalyse* (pp.81-104). Paris: PUF.
- 4 Jeammet, Ph. (1999). A abordagem psicanalítica dos transtornos das condutas alimentares. In Uribarri, R. (org.) *Anorexia e bulimia* (pp.29-49). São Paulo: Escuta.
- 5 Bidaud, E. (1998). *Anorexia mental, ascese, mística: uma abordagem psicanalítica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.



se repetia na transferência. Uma relação marcada por ausência e intrusão, o que exigia *delicadeza e paciência*, não podíamos ter pressa.

Não era à toa que, nesse caso, muitas vezes foi o corpo da analista solicitado, na relação transferencial, a acolher os sentimentos e as sensações mais primitivas, que mais de uma vez surgiram na forma de dores difusas, náuseas, exaustão. Muitas vezes cabe ao corpo do analista *receber e conservar* essas sensações para que, através delas, possa se *reconstituir* no movimento transferencial sua história libidinal. É essa reconstrução que permite estabelecer a *ligação* entre essas jovens e seus corpos e, assim, entre elas e seu desejo.

Eu diria então que a relação transferencial com o analista pode oferecer novas possibilidades de trocas, que podem permitir a essas jovens se descobrirem sujeitos do próprio desejo. No entanto, essa descoberta, durante longo tempo potencialmente geradora de angústia, parece precisar se realizar *discretamente*, em uma espécie de *velamento* de sua importância, a fim de que possa se tornar tolerável para elas. Em Lígia isso era evidente.

A situação analítica surge aqui como o espaço privado de acolhimento da interioridade, guardiã da emergência de novos prazeres, ao mesmo tempo ligados às fontes infantis e atuais de prazer. Um espaço no qual o segredo dessa descoberta pode ser preservado todo o tempo que for necessário – *um ninho para o segredo*. É esse *ninho para o segredo* que assegura à situação analítica sua potencialidade para engendrar um movimento reorganizador da libidinização do corpo e, ainda, para gerenciar as angústias de separação, com sua oscilação entre intrusão e abandono, levando em conta, ao mesmo tempo, o corpo e a palavra no manejo da relação transferencial.

Comentário de Fábio Belo

Comer é sexual: sobre um caso de bulimia

O caso Lígia, uma jovem de 23 anos, é um bom pretexto para revisar a distinção fundamental

*com Lígia aprendi que é por meio
da delicadeza da escuta,
de uma leitura em filigrana das
palavras, que o analista pode
reencontrar as marcas das imagens
internas dos seus analisandos*

É, assim, esse *ninho para o segredo* que, delicadamente, permite criar as condições de possibilidade para a retomada da confiança em si mesmo e, conseqüentemente, uma maior autonomia em relação aos outros. A abrangência dessas conquistas certamente vai variar muito de um caso a outro, afinal, quando iniciamos uma aventura analítica jamais sabemos aonde vamos chegar.

Com Lígia aprendi que é por meio da *delicadeza da escuta*, de uma leitura em filigrana das palavras, na sutileza da busca dos detalhes, dos gestos, do olhar, do silêncio, que o analista pode reencontrar as marcas das imagens internas dos seus analisandos. E isso, de tal forma, que as vivências que tocam o corpo, o afeto e o pensamento não fiquem privadas da possibilidade de ganhar a linguagem, não fiquem privadas da possibilidade de serem faladas. Sim, pois não devemos esquecer, como diz Fernando Pessoa, que

A alma de outrem é outro universo
Com que não há comunicação possível,
com que não há verdadeiro entendimento.

Nada sabemos da alma
Senão da nossa;
As dos outros são olhares,
São gestos, são palavras...⁶

entre o instinto e a pulsão. Os distúrbios da oralidade, tais como a anorexia e a bulimia apresentadas pela paciente, são exemplos trágicos e didáticos de como uma função biológica pode



*ali onde deveríamos encontrar
o instinto, o sexual ocupa o lugar.
Toda dietética humana está atravessada
pelo desejo: o quê, como, com
quem, por quais razões comer*

desviar-se de sua suposta função natural e ser colonizada pelo princípio do prazer, isto é, pelo sexual.

A partir da teoria da sedução generalizada, fica evidente que a pulsão se apoia sobre o biológico a partir das interações entre o adulto e a criança. O apoio não é uma operação automática. Na amamentação e na longa história da alimentação da criança, os adultos transmitem afetos e mensagens conscientes e inconscientes. Isso levará Laplanche a dizer que a verdade do apoio é a sedução⁷ (cf. Laplanche, 2015 [1970] e 1997). A oralidade torna-se, então, lugar de circulação do sexual, de escoamento e organização do pulsional, lugar também simbólico de representação das relações libidinais do sujeito.

Ali onde deveríamos encontrar o instinto, o sexual ocupa o lugar. Toda dietética humana está atravessada pelo desejo: o quê, como, com quem, por quais razões comer. A complexidade da alimentação vai muito além do nutricional. Quando Lígia, na entrada da adolescência, aos 12 anos, começa a comer compulsivamente, ela não o faz pela fome evidentemente. Comer, nesse contexto, tem mais a ver com uma resposta à angústia do que com a alimentação propriamente dita. O alimento se torna uma espécie de droga tranquilizante, um antídoto contra a ansiedade.

Não é por acaso que a origem mais evidente dos sintomas de Lígia aparece na adolescência. As exigências corporais ligadas à sexualidade e sua socialização colocam à prova toda história

libidinal do sujeito. O sexual biológico encontra seu lugar ocupado pela sexualidade infantil (o pulsional propriamente dito), isto é, todo erotismo oriundo dos romances familiares do sujeito. Lígia, ao que parece, não tinha recursos tradutivos necessários para metabolizar de forma menos violenta a chegada desse corpo sexualizado e se valeu da bulimia e da anorexia para tentar representar algo inominável.

O inominável, nesse caso, é o sexual proveniente da mãe, aquilo que foi endereçado, consciente e inconscientemente, à criança nas cenas mais corriqueiras ao longo de sua constituição. Tomemos como paradigmática a cena na qual a mãe chama Lígia de “puta” simplesmente por tê-la visto beijar um rapaz. Minha hipótese é que esse excesso absurdo já estava presente desde o início, do lado da mãe. A cena do beijo, aliás, também oral, é apenas um exemplo explícito do que deve ter sido uma violência generalizada, como também fica claro ao longo do relato, pela “adesividade” da mãe no discurso de Lígia.

Num exercício de construção analítica (cf. Freud, 1969 [1939]), imaginemos os primeiros momentos de Lígia, nas cenas de amamentação. De forma geral, a cena de aleitamento em hipótese alguma é passível de ser reduzida a uma simples cena de alimentação. Há uma enormidade de fantasias e excitações, do lado da mãe, transmitidas para a criança. O mesmo irá acontecer ao longo da complexa triangulação entre mãe, filha e comida (cf. Parat, 2006 e Lanouzière, 1994). O alimento incorporado vorazmente, rejeitado de forma absoluta ou engolido e vomitado representa diversas formas de lidar com esse sexual materno não-metabolizável.

Para a criança, uma vez terminado o desmame, os diversos comportamentos ou maneiras à mesa que se associam à complexificação da alimentação continuam a veicular mensagens enigmáticas de caráter sexual como o aleitamento fazia. Experiência originária, este último marca provavelmente de maneira decisiva o grau de erotização, no indivíduo, da sensação de fome ou de apetite, e o ato de alimentação pode reencontrar uma forte conotação sexual ao longo de toda vida. (Marinov, 2008, p. 226)

6 Fernando Pessoa, *Poesias coligidas* (1919-1935).

7 Cf. Laplanche, 2015 [1970] e 1997.



*é bem provável que casos
de bulimia e anorexia envolvam
a problemática da construção
das fronteiras internas e externas,
distinções entre o eu e o outro*

É essa longa história libidinal que torna possível a hipótese metapsicológica de que é a mãe e sua sexualidade disruptiva e mortífera o alimento que Lígia tenta controlar de forma onipotente na fase da incorporação (como se dissesse: sou eu quem quero a intrusão, eu tenho um corpo infinitamente elástico para suportar toda intrusão); depois, na fase bulímica, incorporando e expulsando (eu consigo introduzir e expulsar o que eu bem entender do meu corpo); e finalmente, na fase anoréxica (eu me recuso a me deixar penetrar por qualquer coisa que seja, sou impenetrável a qualquer representante materno). Um dos exercícios imaginativos, por parte da analista, aqui, seria imaginar como decompor a equação beijo/puta nas fantasias sexuais da mãe durante o aleitamento. A analista como guardião do enigma, veremos adiante, deve manter a questão sobre o que é comer, insistir no alimento enquanto enigma (cf. Marinov, 2008).

De fato, como apontado no relato, o pai poderia ter sido uma referência identificatória protetiva contra a adesividade invasiva da mãe. Ao que parece, isso não foi possível. E isso, certamente, aponta para a direção da análise de Lígia. Questionar ativamente essa ausência e seus sentidos é tarefa a ser feita. Pêndulos do romance familiar: nomear as invasões maternas, simbolizar a presença ausente do pai, dar testemunho da violência e da indiferença (cf. Gondar, 2017), depois (re) estabelecer processos de simbolização para que partes cindidas do eu possam se integrar, assim como auxiliar nos processos de integração psicossomática, nomeando os sentidos do corpo.

“A existência psicossomática é uma conquista e, embora se baseie em uma tendência hereditária de crescimento, não se concretiza sem a participação ativa de um ser humano que segura e manuseia o bebê.” (Winnicott, 2020 [1966], p. 27). Os múltiplos sintomas de Lígia são formas um tanto desastradas dessa integração psicossomática perturbada. As dores gástricas, correr até a exaustão, as experiências com a comida: tudo isso são diferentes formas de tentar reconhecer seu próprio corpo, apropriar-se dele. Foram desastradas as tentativas de integração porque faltou manejo

adequado. Ora, o manuseio / manejo do bebê deve espelhar e ser modelo para o manejo clínico. Nesse sentido, foi excelente a adaptação da técnica no caso de Lígia, modificando as intervenções da analista a partir de certo momento no tratamento. Ao invés de interpretação e assinalamentos, que poderiam ser sentidos como as invasões maternas, as perguntas não só permitiam que a paciente se sentisse mais segura para se expressar a seu tempo e a seu modo, como também a pergunta é sentida como um convite para construção conjunta dos processos de simbolização em análise.

Certamente, como afirma a analista, a situação clínica é um “ninho para o segredo”, uma guardiã da interioridade. É bem provável que casos de bulimia e anorexia envolvam a problemática da construção das fronteiras internas e externas, distinções entre o eu e o outro. No entanto, o movimento da análise deve pendular dessa posição mais terapêutica e construtiva para uma outra, mais propriamente analítica, de desvelamento do sexual. Por exemplo insistindo em alguns momentos da análise na importância de Lígia interpretar o que efetivamente a mãe diz quando associa beijos de adolescente à prostituição... Tocar nesse ponto, entretanto, só pode acontecer se ela estiver menos fragmentada.

Laplanche (1992 [1991]) nos convida a pensar o analista como um “guardião do enigma e provocador da transferência” (p. 430). Esta última é vista como uma reabertura da situação originária. Em sua relação transferencial, Lígia pôde re-experimentar a passividade diante dos ataques internos da pulsão e, com o apoio da analista, pôde retraduzi-los de maneira menos mortífera.



*uma série de sinais clínicos
que mostram uma parte de Lígia
comprometida com a vida e com
a pulsão de traduzir os ataques
internos que sentia*

As traduções em linguagem oral e psicossomática cederam espaço para traduções simbólicas mais complexas. De maneira geral, essa é uma direção do tratamento para esse tipo de caso. Sempre lembrando, no entanto, que não há nenhum ideal moralista sobre a dietética ou qualquer esfera da vida do sujeito. Sempre haverá restos intraduzíveis e proteger esses enigmas é função do analista.

“Minha mãe fala que vomito para não engordar, mas na verdade é que não posso suportar tudo aquilo dentro de mim”: diante do realismo denegatório da mãe – a comida é apenas a comida – Lígia sabe que a comida representa “tudo aquilo”. A grande questão é nomear essas coisas internas que ela tentou controlar reduzindo-as à comida e mortificando o corpo. Não é curioso o realismo dessa mesma mãe tão afastada de uma interpretação comum sobre o beijo? Diante da cena de sexualidade infantil, comer para vomitar, ela apaga o sexual... diante da cena de carinho, ela inflaciona de maneira caricatural e hiperbólica um gesto de afeição em derrocada sexual e moral. É sobre essa “confusão de línguas”, em sentido mais amplo do que aquele definido por Ferenczi (1992 [1932]), que devemos investigar.

De fato, diante de uma mãe intrusiva faz todo sentido buscar uma forma de separação dela a partir dessa operação metonímico-metabólica: a comida representa minha mãe que tento controlar de todas as formas, me recusando totalmente a incorporar ou incorporando ativamente até explodir, incorporando e vomitando. A operação segue a mesma lógica descrita por McDougall (2002) quando ela descreve a economia psíquica da adição. A conduta aditiva, para a autora, é:

a necessidade de se livrar o mais rapidamente possível de todo sentimento de angústia, de cólera, de culpabilidade ou de tristeza que fazem sofrer, talvez até mesmo de sentimentos aparentemente agradáveis ou excitantes, mas que são vividos inconscientemente como proibidos ou perigosos. (p. 15).

O distúrbio alimentar, assim como as adições, são tentativas psicossomáticas de tentar “preservar o amor oral pré-genital com a mãe” (McDougall, 2002, p. 18). Essa tentativa de preservar essa relação primitiva tem uma de suas fontes na própria mãe, como parece ser o caso da mãe de Lígia. Uma mãe que vê no beijo da filha a derrocada para a prostituição parece ser uma mãe nada tranquila com relação à independência da filha – e o conseqüente afastamento dela que isso provoca.

Para finalizar, gostaria de comentar um aspecto importante: a fragmentação de Lígia. A analista nos lembra que a paciente é formada em Economia. Isso é um sinal importante de que existe capacidade simbólica na vida psíquica da paciente, além das diversas tentativas de fazer terapia e também de namorar. Uma série de sinais clínicos que mostram uma parte de Lígia comprometida com a vida e com a pulsão de traduzir os ataques internos que sentia. Por outro lado, é também evidente que a confusão, a sensação de não habitar o próprio corpo, os sintomas radicais da bulimia e da anorexia, apontavam para outra parte de Lígia, de poucos recursos simbólicos.

Fragmentações e cisões desse tipo são decorrentes de situações traumáticas. Lígia parece com o tipo de caso descrito por Ferenczi (1992 [1934]), nos quais a impossibilidade de fugir ao trauma leva o sujeito à autodestruição alcançada em parte pela fragmentação. Para o autor, “o processo de autodilaceração é a brusca transformação da relação de objeto, que se tornou impossível, numa relação narcísica” (p. 117). Desse processo, surge um “fragmento de si mesmo” que toma a forma de um outro interno cuidadoso: “esse anjo vê desde fora a criança que sofre [...], percorre o mundo inteiro em busca de ajuda” (p. 117). E é no lugar desse anjo interno, fragmento cindido



casos desafiadores e difíceis costumam deixar marcas de identificações dentro de nós, cicatrizes que demoram a desaparecer e por vezes nunca se apagam

do eu, que o analista pode entrar, ao reinstalar a situação originária por meio da transferência, auxiliando no processo de integração dessas partes fragmentadas. É essa a parte que “chora sem parar dizendo que está ficando louca, pede ajuda, diz que quer morrer”. É fundamental, mais uma vez, imaginar essa cena como repetição de cenas originárias. Diante desse pedido desesperado, Lígia deve ter encontrado a ausência do pai e a dependência invasiva da mãe. Respostas que a mantiveram fixada à oralidade como modo de lidar com o mundo (cf. Freud, (2014 [1925])). O trabalho de análise de Lígia é construir respostas mais complexas e seguras que vão além do cuspir/vomitir as intrusões do outro. Trabalho pendular da análise em sua função terapêutica (ligação / cuidado / integração) e em sua função analítica (reconhecimento do sexual / primazia do inconsciente enquanto alteridade sexual). Fica evidente pelo relato clínico, que o acolhimento que recebeu em sua análise permitiu que boa parte desse trabalho já tenha sido feito.

Referências bibliográficas

- Ferenczi, S. (1992 [1932]). “Confusão de língua entre os adultos e a criança”. In: Ferenczi, S. (1992). *Obras completas*, vol. iv. São Paulo: Martins Fontes.
- Ferenczi, S. (1992 [1934]). “Reflexões sobre o trauma”. In Ferenczi, S. (1992). *Obras completas*, vol. iv. São Paulo: Martins Fontes.
- Freud, S. (2014 [1925]). *A negação*. São Paulo: Cosac Naify.

- Freud, S. (1969 [1937]). “Construções em análise”. In Freud, S. (1969). *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. xxiii. Rio de Janeiro: Imago.
- Gondar, J. (2017). “O analista como testemunha”. In Reis, E. e Gondar, J. *Com Ferenczi: clínica, subjetivação, política*. Rio de Janeiro: 7 Letras.
- Lanouzière, J. (1994). “De l’allaitement comme séduction originelle et comme scène originaire de séduction”. In: Laplanche, J. e col. (1994). *Colloque international de psychanalyse: nouveaux fondements pour la psychanalyse*. Paris: PUF.
- Laplanche, J. (2015 [1970]). “Sexualidade e apego na metapsicologia”. In Laplanche, J. (2015). *Sexual: a sexualidade ampliada no sentido freudiano*. Porto Alegre: Dublinense.
- Laplanche, J. (1997). *Freud e a sexualidade: o desvio biologizante*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Laplanche, J. (1992 [1991]). “Du transfert: sa provocation par l’analyste”. In: Laplanche, J. (1992). *La révolution copernicienne inachevée*. Paris: Aubier.
- Marinov, V. (2008). *L’anorexie, une étrange violence*. Paris: PUF.
- McDougall, J. (2002). “économie psychique de l’addiction”. In: McDougall, J et al. *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*. Paris: PUF.
- Parat, H. (2006). *Sein de femme, sein de mère*. Paris: PUF.
- Winnicott, D. W. (2020 [1966]). A mãe dedicada comum. In D. W. Winnicott (2020). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Ubu.

92

PERCURSO 69 : dezembro de 2022

Comentário de Ruth Blay Levisky

A ideia de colocar Debates Clínicos na Revista Percurso foi muito interessante por proporcionar a abertura de outros olhares, que provocam questionamentos e ampliações do conhecimento.

O primeiro impacto quando iniciei a leitura do caso foi o título: “Um ninho para o segredo”. Ele despertou minha curiosidade para querer saber: que segredos o corpo da paciente poderia estar guardando sem conseguir elaborar? Aliás, casos clínicos costumam se apresentar carregados de segredos a serem desvendados durante o processo psicanalítico. A analista inicia seus

comentários dizendo que escolheu discutir esse caso pela distância temporal desse atendimento e pela intensidade do que experimentou e aprendeu durante esse processo. Achei curioso que depois de tanto tempo do atendimento o caso ainda continue vivo e presente dentro da analista. Casos desafiadores e difíceis costumam deixar marcas de identificações inconscientes ou conscientes dentro de nós, cicatrizes que demoram a desaparecer e por vezes nunca se apagam. Buscas de elaboração. Fantasiei que o sofrimento da analista para suportar o silêncio e as incompreensões de Lígia



a capacidade da analista de esperar para que a história emergisse espontaneamente foi fundamental. Era necessária a construção de um vínculo de confiança básico entre elas

pode explicar o título do trabalho, acrescentaria: segredos guardados no ninho vincular construído entre elas. Pelo vértice da Psicanálise Vincular, os segredos encriptados costumam emergir durante a análise no espaço “entre” analista-paciente, um espaço potencial criado pela presença, onde o Outro, com qualidade de alteridade, não é um objeto projetado.

O diagnóstico do psiquiatra impactou a analista: anorexia, bulimia, histeria, depressão e psicose; tantos quadros clínicos numa só pessoa? O acompanhamento de um psiquiatra nesses casos é de fundamental importância para dar suporte ao analista, mas com o cuidado de que ele preserve sua liberdade de escuta e de observação analítica e não se deixe contaminar por rótulos. Observações a serem captadas durante o processo.

Ligia na primeira entrevista chega “agitada, com queixas de depressão e crises de desespero. Sua magreza aparente não entrava em sua queixa”. Pensei: Não consegue perceber seu corpo? Estava centrada em sua alimentação, mas não nos efeitos que ela provocava. Uma cisão entre causa e efeito, uma distância do mundo real. A analista comenta: “a presença de Ligia inundava a sala”, com sua voz alta e desespero. A ansiedade de Ligia era tanta que a analista não tinha espaço para existir. Como é difícil para nós analistas suportarmos esse estado de não existência. Mexe com nossos conteúdos narcísicos, com nosso ímpeto de querer falar, de não ser ouvido, com um sentimento de aparente desprezo, um estado mental de solidão. Eram sentimentos que Ligia carregava dentro de si, mostrava para a analista, mas não conseguia nomear. Percebe-se na analista o uso da

contratransferência para lhe servir de guia, para ir construindo delicadamente, com paciência, continência e sofrimento um outro tipo de vínculo com a paciente.

Os sintomas de Ligia de comer compulsivamente começaram aos 12 anos, período que marca o início de sua adolescência, caracterizado por grandes turbulências emocionais, buscas de ressignificações e construções identitárias. Engordou muito e sentia-se feia. Foi somente aos 17 anos, após um regime alimentar, que começa a vomitar e a usar laxantes. Por mais magra que estivesse continuava a se sentir gorda, distorção da imagem corporal comum nos casos de anorexia e bulimia. Os sintomas de Ligia também sugeriam ligação entre compulsão, ansiedade, baixa autoestima e fragilidade egóica.

A leitura do caso me trouxe vários questionamentos: o que teria acontecido em sua infância e em suas relações familiares? Como terá sido o seu processo de desenvolvimento? Aspectos primitivos de sua mente pareciam estar encriptados. O que estaria escondendo de si mesma? Por que teria dificuldades para namorar? Que lugar o pai ocuparia em sua vida? Que heranças familiares poderiam ter sido transmitidas? Sabe-se pela literatura psicanalítica que nos casos de anorexia dificuldades na relação entre mãe e filha são recorrentes.

A capacidade da analista de esperar para que a história emergisse espontaneamente foi fundamental. Era necessária a construção de um vínculo de confiança básico entre elas. Algo pode ter acontecido em sua história de vida que permanecia inconsciente e que se evidenciava pelos sintomas psicossomáticos. Os sintomas comunicavam algo muito indigesto que a paciente queria expulsar de dentro de si. Depois de algum tempo de análise Ligia começa a compartilhar sua história. Era o início de um processo de ela mergulhar para dentro de si e tentar dar sentido às suas memórias vivenciadas e encriptadas. Sua narrativa ainda continuava ligada à compulsão alimentar e aos vômitos, embora já pudesse externalizar seu sofrimento e compartilhar com a analista momentos



*as comunicações
não verbais eram expressões
que adquiriam sentido naquele
momento da análise*

de angústia, expressos por muito choro. A agressividade também começou a emergir, além do desprezo por tudo que a analista dissesse. O ataque ao vínculo inundava as sessões. Não diria ser uma transferência negativa, mas a possibilidade de Ligia mostrar do seu jeito, sua agressividade, que ela não sabia lidar com aquilo. A analista, apesar da dificuldade para suportar esses ataques e de seu sentimento de impotência frente ao caso, não perdeu sua função analítica e demonstrou uma capacidade desafiadora para desvendar os mistérios e segredos de Ligia. Sofreu, buscou ajuda em supervisões: “a paciente estava presente nela dentro e fora das sessões”.

Abro uma reflexão sobre os comentários distintos que a analista ouve em suas duas supervisões sobre o caso. Na primeira, a paciente era vista como regredida, com nível de angústia intensa, com dificuldades para alcançar interpretações, pois se desorganizava e se deprimia. “Precisava de um contorno”. Na outra supervisão “o foco girava em torno da histeria de Ligia”. E qual era a percepção do analista? As supervisões abrem condições para a analista captar o que se passava entre elas. Os sintomas expressos e vividos por Ligia, apreendidos no espaço entre analista-analisanda eram comunicações que representavam estados primitivos de sua mente, ainda sem nomeações dos afetos, vazios a serem preenchidos, sentimentos de um profundo desamparo. A agressividade de Ligia poderia ser o modo de mostrar para a analista seu desespero e a possível busca de uma “força” que não conseguia expressar-se de outra maneira. Estava compartilhando suas angústias com a analista como conseguia. Suportar esses ataques ao vínculo são muito difíceis. Com o passar do tempo, a aparência de menina educada, de um falso self, se transforma e Ligia começa a mostrar nas sessões seu outro lado, revoltado, agressivo, com gritos desesperados e uma violência contra si mesma, quando se bate na cabeça. Um momento muito complexo se instalou no setting, cheio de significados a serem desvendados.

Achei interessante a percepção que a analista teve ao restringir as interpretações e fazer

perguntas com o sentido de “dar lugar a uma construção conjunta do entendimento do que se passava com ela”, princípio da psicanálise vincular. A partir do viés da psicanálise vincular, analista e paciente vão construindo a história, é um ir fazendo juntos, num espaço mental que se forma “entre” sujeitos, onde os conteúdos emocionais vão sendo expressos, adquirindo sentidos e são produzidos na presença dos envolvidos. “No dispositivo vincular o analista é apenas um outro sujeito que pode intervir para abrir o amplo campo de pensar juntos. Este deve afinar sua escuta para apontar o que acontece durante o encontro” e perceber o que é vivido no vínculo entre os sujeitos (Puget, 2018, Bianchi, 2021, In: Blay Levisky e col, 2021, p.150)⁸. Berenstein e Puget, na Argentina, e Kaës, na França, foram psicanalistas que desenvolveram a teoria da psicanálise vincular⁹.

A analista capta que a sonoridade de sua voz “tinha um lugar significativo nos movimentos transferenciais com a paciente”. As comunicações não verbais eram expressões que adquiriam sentido naquele momento da análise. Analista e paciente estavam em sintonia numa dimensão vincular que era a possível a ser alcançada; ainda não era a verbal. A analista teve uma função catalizadora e digestiva para ajudar a paciente a abrir espaço para o mental. Com a evolução do processo Ligia deixa de estar focada somente em seu corpo e em si, para também dividir com a analista suas dificuldades de relacionamento no trabalho, com a mãe e em sua vida afetiva e sexual. Iniciava um mergulho em seu mundo interno. Começava a trazer sonhos para a análise. O vínculo entre analista e analisanda se modificava.



Lígia tinha uma mãe controladora, uma relação simbiótica que dificultava a entrada do pai na relação familiar, dinâmica comum nos quadros clínicos de anorexia e bulimia

No trabalho psicanalítico vincular procuro observar como os vínculos vão sendo construídos e transformados ao longo da análise. No início desse processo analítico diria que predominava um vínculo narcísico, que se transformou num vínculo adesivo, com qualidades de posse, ataque e controle até se desenvolver num vínculo de compartilhamento de fato. O analista que trabalha sob os princípios da psicanálise vincular vai nomeando essas transformações vinculares para o paciente ao longo da análise.

Fiquei até esse momento da leitura do caso me perguntando onde estaria o pai de Lígia? A figura do masculino representava algo difícil na vida de Lígia, figura da qual ela procurava se afastar. Esse pai era ausente ou frágil para não conseguir ocupar seu lugar e função? Suas dificuldades afetivas com o sexo oposto seriam expressões dessa possível falta desse pai? Pensei que a analista transitava entre a função de uma “mãe suficientemente boa”, continente, e a de um pai que estava ausente, que a ouvia e lhe colocava limites, quando, por exemplo, dizia que havia terminado a sessão.

Infelizmente a interrupção da análise pela saída da analista do Brasil foi num momento delicado,

em que se iniciava a tentativa de Lígia de ir se aprofundando em seus traumas, compartilhando vivências e fantasias que deixavam de morar somente em seu corpo. Houve uma regressão da paciente com o término da análise e o reaparecimento de sintomas somáticos. Talvez hoje, com a introdução da análise à distância em nossa prática clínica seria possível dar continuidade ao trabalho, – embora o atendimento presencial nesse caso fosse uma melhor opção pelas dificuldades de simbolização da paciente e pelos estados primitivos de sua mente. Mas, mesmo assim, seria um caminho a ser explorado.

Após a leitura da análise do caso feita pela analista meus questionamentos estavam sendo mais bem compreendidos. Lígia tinha uma mãe controladora, uma relação simbiótica que dificultava a entrada do pai na relação familiar, dinâmica comum nos quadros clínicos de anorexia e bulimia. A analista questiona o que Lígia não conseguia suportar dentro de si e afirma que ela “se organizava entre dois eixos: a sexualidade e a agressividade, pela repetição de vivências relacionais que apareciam na transferência com a analista”, a isso acrescento que suas defesas poderiam ser resultado de uma resolução edípica não resolvida em seu processo de desenvolvimento, pela presença (ou não presença) de um pai que pudesse lhe oferecer limites e provocar a castração necessária em sua entrada entre a relação da mãe com a filha. O ataque e a violência de Lígia a si própria eram comunicações não verbais, de cunho primitivo, expressões de uma imagem distorcida e da revolta que tinha consigo, das dificuldades com uma organização interna e externa com seu eu. Lígia, aos poucos, no seu tempo, estava conseguindo se libertar dessa mãe castradora que a inibia de conseguir ter força para contestar como uma adolescente comum faria em seu processo de desenvolvimento. Lígia estava crescendo e criando sua própria autonomia graças à sensibilidade e continência da analista que foi capaz de acolher o silêncio, a agressividade e as contestações de Lígia durante o processo. Acredito que um

- 8 Puget, J. Intervir- Interpréter. *Revue Internationale de Psychanalyse de Couple et de la Famille (AIPCF)*. N. 19-2, p. 1-9, 2018; Bianchi, A. (2021) In: Blay Levisky e col. (2021) *Dicionário de Psicanálise de Casal e Família*, Entre, p. 145-151, Ed. Blücher.
- 9 Puget, J. Intervir- Interpréter. *Revue Internationale de Psychanalyse de Couple et de la Famille (AIPCF)*. N. 19-2, p. 1-9, 2018; Bianchi, A. (2021) In: Blay Levisky e col. (2021) *Dicionário de Psicanálise de Casal e Família*, Entre, p. 145-151, Ed. Blücher.

atendimento psicanalítico da família, em paralelo à análise de Ligia, poderia trazer benefícios para o caso.

Casos difíceis e complexos como esse exigem do profissional uma condição para suportar o incompreensível, conter sentimentos ambivalentes de impotência e onipotência e desenvolver uma capacidade negativa, continência, *holding* e

rêverie. O respeito ao tempo, a capacidade de escuta, a de fazer perguntas e de aprender a lidar com os conteúdos narcísicos de Ligia foram elementos essenciais a serem trabalhados na análise, principalmente pelo fato de que a paciente apresentava um funcionamento mental primitivo, no qual a passagem ao ato e a dificuldade de simbolização estavam presentes.

