

CICATRIZES FAMINTAS: TRANSTORNOS ALIMENTARES EM CARNE VIVA

Viviana Senra Venosa

Psicanalista. Graduada em Psicologia pela USP. Pesquisadora do Departamento de Psicologia Social e do Trabalho do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (PST-IP-USP), na pesquisa internacional *Marcas corporais auto-infligidas à luz do laço social contemporâneo* (PST-IP-USP e Rennes 2, França). Pesquisadora do Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise (Latesfip-USP). Aspirante a membro do Departamento de Psicanálise Instituto Sedes Sapientiae. Profissional da equipe fixa do Programa de Atenção aos Transtornos Alimentares da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (Proata/Unifesp-EPM).

E-mail: viviana_venosa@uol.com.br

Marcela Rezende Géa

Psicóloga graduada pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Mestranda integrante do programa de pós-graduação em Psicologia Social desta mesma universidade. Bolsista CNPq e pesquisadora integrante do Laboratório de Epistemologia Genética e Reabilitação Psicossocial e do Grupo *Marcas corporais auto-infligidas à luz do laço social contemporâneo* (ambos IPUSP).

E-mail: marcelagea@yahoo.com.br

Resumo: Este trabalho surge de inquietações clínicas formuladas a partir do atendimento a sujeitos que sofrem de Transtornos Alimentares (Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa). Os transtornos alimentares são manifestações sintomatológicas que têm despertado o interesse crescente da Psiquiatria e da Psicanálise, sobretudo nas últimas quatro décadas. Bem como sua epidemiologia tem aumentado significativamente nos tempos atuais. Os sintomas alimentares e as fantasias desses sujeitos incidem diretamente no corpo, emagrecido até os ossos ou na dicotomia vazio/cheio presente no comer compulsivo/vomitar. Corpos em xeque: recusados, estranhos (FERNANDES, 2006), os quais seus sujeitos procuram manejar e controlar por vias alimentares e purgativas; mas não só, temos observado empiricamente, e com relativa frequência, o fenômeno que escolhemos chamar de “ato de cortar-se”, ou seja, pacientes que se autoinfligem escarificações (cortes) com objetos pontiagudos ou lâminas cortantes. Talvez não por acaso, a partir da década de 70, o aparecimento de corpos tatuados e outros tipos de modificações corporais (*piercings*, escarificações, implantes subcutâneos, *brandings*, etc.) nos cenários urbanos contemporâneos também tem sido fenômeno crescente. Sabemos que as práticas de modificações corporais estão presentes na história cultural da humanidade desde sempre.

Porém, na atualidade, talvez possuam outra “roupagem”. A coincidência histórica na contemporaneidade, portanto, destes três fenômenos, a saber, transtornos alimentares, o ato de cortar-se e as marcas corporais, pode promover uma articulação e indagações sobre o jogo da economia libidinal na atualidade (SILVA JUNIOR et al., 2008; 2009). Assim como trazer à tona discussões, no campo da metapsicologia e com vinhetas clínicas incluídas, sobre os conceitos de pulsão de morte, compulsão à repetição (FREUD, 1920) e ego corporal (FREUD, 1923). Ou seja, o aparecimento crescente de fenômenos sintomatológicos ligados diretamente ao corpo, a partir de uma economia de descarga libidinal. E, por fim, se as marcas corporais na atualidade poderiam ser pensadas como uma espécie de “psicopatologia cotidiana” da contemporaneidade.

Palavras-chave: transtornos alimentares; marcas corporais; psicanálise; contemporaneidade.

Abstract: This work arises from concerns raised from the clinical care of individuals suffering from eating disorders (Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa). Eating disorders are symptomatic manifestations that have attracted growing interest in psychiatry and psychoanalysis, especially in the last four decades, as well as its epidemiology has increased significantly in recent times. Food and fantasies symptoms of these subjects have a direct impact on the body, emaciated to the bone or the dichotomy empty / full in this binge / vomit. Bodies in check: refused, strangers (FERNANDES, 2006) which seek to manage their subjects and control by the alimentary tract and purging, but not only, we have observed empirically and with relative frequency, we chose the phenomenon call “the act of cutting up”, ie, patients who self-inflict scarification (cutting) with sharp blades or sharp objects. Perhaps not coincidentally, from the 70’s, the appearance of tattooed bodies and other types of body modification (piercing, scarification, subdermal implants, brandings, etc. In contemporary urban settings has also been a growing phenomenon. We know that the practices of body modification have always been present in the cultural history of mankind. But today, perhaps it has other “appearance”. The coincidence in contemporary history, therefore, these three phenomena, namely, eating disorders, the act of cutting up and the marks, can promote a joint and inquiries about the libidinal economy of the game today (SILVA JUNIOR et al, 2008, 2009). So bringing up discussions in the field of metapsychology and clinical vignettes included on the concept of death instinct, the repetition compulsion (FREUD, 1920) and body ego (FREUD, 1923). That is, the advent of symptom phenomena directly related to the

body, from an economy of libidinal discharge. And finally, if the body marks today could be thought of as a kind of contemporary “everyday psychopathology”.

Keywords: eating disorders; body marks; psychoanalysis; contemporaneity.

*“Se o amor é o corte e a cicatriz/
Pra quê tanto medo/
Se esse é o nosso jeito de culpar o desejo.”*

(Marisa Monte)

Este artigo é delineado, por um lado, pelas nossas inquietações clínicas formuladas a partir do atendimento a sujeitos que sofrem de transtornos alimentares, em particular anorexia nervosa – subtipo restritivo e subtipo bulímico – e bulimia nervosa¹. As questões alimentares e as fantasias desses sujeitos incidem diretamente no corpo, emagrecido até os ossos ou na dicotomia vazio/cheio presente no comer compulsivo/vomitar. Corpos em xeque: recusados, estranhos (FERNANDES, 2006), os quais seus sujeitos tentam obstinadamente manejar e controlar por vias de restrição alimentar e/ou purgativas. Mas não só, temos observado empiricamente, e com frequência, pacientes que, com este diagnóstico psiquiátrico, apresentam – ou apresentaram em algum momento de sua vida – comportamentos que a psiquiatria denomina de “condutas de automutilações”. E que escolhemos chamar aqui de “ato de cortar-se”², e que, precisamente, se trata do comportamento de autoinfligir cortes no corpo, efetuados com objetos pontiagudos e/ou lâminas.

Por outro lado, o caminho da pesquisa teórico-clínica também é delineado pelos nossos diálogos e participação estabelecidos no grupo de pesquisa sobre marcas corporais³.

Pretendemos levantar questões sobre a metapsicologia dos transtornos alimentares, quando apresentem ou tenham apresentado o “ato de cortar-se”, e propor uma

1 Esta denominação diagnóstica é explicitamente psiquiátrica.

2 Escolhemos aqui chamar de “ato de cortar-se” por dois motivos: primeiro, pois a denominação “automutilação” pode referir-se ao ato de cortar fora um membro ou parte do próprio corpo; em segundo lugar, “automutilação” é também um termo psiquiátrico, portanto escolhemos “ato de cortar-se” para não vincular a mais um diagnóstico psiquiátrico dos sujeitos.

3 Convênio internacional estabelecido com o Laboratoire de Psychopathologie et clinique psychanalytique UFR Sciences Humaines EA 4050 da Université Rennes 2, França, através do Professor Alain Abelhauser, diretor do Laboratoire, e dos Maîtres de Conférences en Psychopathologie Caroline Doucet e Jean-Luc Gaspard.

articulação com o fenômeno das marcas corporais. As tatuagens, *piercings* e outros tipos de modificação corporal têm sido fenômeno crescente nos cenários cotidianos de nossas cidades (LE BRETON, 2003; SAPOZNIK, 2008; SILVA JUNIOR, N. et al., 2009).

Corpo, cortes e a clínica

Michele já fora internada, pelo menos por duas vezes, por conta de graves infecções decorrentes de atos provocados por ela em seu próprio corpo. Uma das vezes, feriu-se ao cutucar, com objetos pontiagudos, os pontos do corte da cesariana recente. Outra vez tentou se ferir o que ela chamou de “autolipoaspiração” (sic), ou seja, trata-se de cortar sua coxa: epiderme, derme até a camada de gordura, para então enfiar um canudo e tentar sugar a própria gordura.

Michele, no que tange a sua sintomatologia alimentar, tenta trilhar um caminho desesperado para evitar seus binges, ou seja, para evitar uma compulsão alimentar, ela se corta nos braços, nas pernas e barriga, e para evitar se cortar ela entra em **qualquer** *tattoo shop* e faz **qualquer** tatuagem – escolhe o desenho na hora e não se importa muito com o significado do desenho. A urgência é fazer uma marca, não importa qual seja.

Catarina sustenta uma ambiguidade em sua presença: o corpo muito franzino contrasta com sua vivacidade saltitante. Ela não suporta o mínimo ganho de peso. Quando se encontra diante de situações muito intensas em brigas com a mãe, ela se corta. Nas sessões seguintes aos cortes, ela sempre mostra: “daí eu fiz isso, oh!”. Numa das sessões em que ela contava um destes episódios, a analista nota que ela sempre mostra o mesmo local, e pergunto: “braço...?”; ela diz: “sempre no braço esquerdo” – a analista repete, numa entonação de indagação: “braço esquerdo?”; ela sorri e, com a mesma vivacidade saltitante nos olhos, responde: “é do lado do coração...”. Mais recentemente, Catarina começa a trazer um incômodo grande com suas cicatrizes e, como ela já tem uma tatuagem e refere que sempre quis fazer outras, pensa nisto como recurso para esconder as cicatrizes. Bom, quando lhe é perguntado se tem algum desenho em mente, diz: “um punhal! Eu sempre gostei de punhal, porque é o símbolo da justiça”.

Justiça seja feita no caso de Catarina, talvez signifique operar um corte nesta relação entre ela e a mãe, ou paradoxalmente uni-las. Alvitramos pensar este fragmento clínico, em comparação com o anterior: se Michele se enrola na trama de suas intensidades pulsionais, Catarina parece começar a deslocar-se do lugar de “mostrar ISSO”

para um campo de significações de seus atos. O que ambas têm em comum? Um diagnóstico de transtorno alimentar e o fato de “se cortarem” deliberadamente, diante de determinados acontecimentos.

Um instante sobre a(s) psicopatologia(s)

Os transtornos alimentares despertam interesse crescente naqueles que se ocupam das psicopatologias desde a terceira metade do século passado. A anorexia e bulimia nervosa são nomenclaturas já reconhecidas, descritas e classificadas como patologias pela Psiquiatria desde o século XIX. Segundo Claudino & Borges:

Embora tenha sido denominada há mais de 100 anos, a Anorexia Nervosa, primeiro transtorno alimentar classificado, só teve critérios diagnósticos específicos desenvolvidos no início dos anos de 1970. A Bulimia Nervosa, por sua vez, foi concebida como entidade separada da Anorexia Nervosa apenas em 1979. (2005, p. 26)

Isto é, na história da psicopatologia psiquiátrica, os transtornos alimentares ganharam evidência da década de 70 em diante. Hoje, no DSM VI, a proposta diagnóstica psiquiátrica compõe dois grandes grupos principais de transtorno alimentar: anorexia nervosa e bulimia nervosa. Sendo ainda a anorexia nervosa dividida em dois subtipos: restritivo e purgativo (ou bulímico).

Sem entrar em maiores problemáticas sobre as questões diagnósticas envolvidas pela proposta do DSM (sobretudo a partir da sua versão III), vale dizer no escopo deste artigo que a listagem de critérios especificada em 1970, critérios estes que um sujeito deve preencher para compor estes ditos diagnósticos principais (AN e BN), é tal e tamanha que, na maioria dos casos, acabam sendo enquadrados no critério diagnóstico definido nos anos 80, o TANE (Transtorno Alimentar Não Especificado ou Transtorno Alimentar Atípico). O que acaba, muitas vezes, por constituir um impasse dentro da própria psiquiatria, atualmente exigida a produzir pesquisas com base nesta maneira de diagnosticar, pois é raro preencher todos os critérios para designar os seus “doentes mentais” anoréxicos ou bulímicos. E que pode servir como explicação disparadora da discussão sobre a necessidade de estabelecer um transtorno alimentar que não seja especificado.

Claro, pois a multiplicidade das manifestações singulares humanas ultrapassa as tentativas classificadoras da proposta do DSM. Mais do que isto, sujeitos que chegam a um analista com questões com relação à problemática alimentar parecem pôr em

xeque as tentativas de enquadrá-los em categorias descritivas ou organicistas, tal qual a histeria desde o fim do século XIX, ou mesmo o fenômeno mais recente denominado pela neurologia como “pseudoepilepsia”⁴. Segundo Fernandes (2006):

Desafiando qualquer tentativa de categorização, a clínica nos mostra uma grande quantidade de casos, que por não preencherem todos os critérios exigidos, não se enquadram nos diagnósticos; no entanto, os pacientes seguem adiante com seus sintomas, seu modo de funcionamento, a singularidade de suas histórias subjetivas e seu sofrimento. Aos nossos consultórios chegam estes pacientes, (...) aterrissam na poltrona e, respirando fundo, desfilam um rosário de queixas (pertinentes ou não) do seu caminhar errante, no qual foram se familiarizando com as categorias diagnósticas do DSM. (2006, p. 41-42)

É, portanto, nos consultórios de psicanálise que estes sujeitos poderão encontrar um espaço de escuta para seu sofrimento e sua história. Aliás, remontando à própria descoberta da psicanálise como um espaço para tal – escuta do sofrimento do sujeito na sua manifestação singular –, no fim do século retrasado, a partir dos Estudos sobre Histeria (FREUD, S., BREUER, J, 1895/1995). Sobre um curioso paralelo entre histeria e anorexia no DSM, vale lembrar o apontamento de Fuks (2003):

Um dos paradoxos mais curiosos da nosografia oficial atual reside no fato de que, ao mesmo tempo em que pela porta da frente entram os transtornos alimentares, sai, pela porta dos fundos, nada menos que a histeria. (p. 149)

Neste sentido, Charles Lasègue – psiquiatra francês do final do século XIX –, em sua época, ainda pensava a anorexia como uma das formas da histeria. Mas, naquele momento, os quadros descritos não apresentavam a preocupação excessiva com ganho de peso, e sim um desconforto gástrico em tal medida que servia de “justificativa” ao paciente para privar-se de alimentação.

Na obra de Freud, especificamente com a denominação de “anorexia” como ausência de apetite, no campo da psicanálise, sabemos que há tímidos aparecimentos, como por exemplo, no Rascunho G, em 1897. Neste texto, ele aproxima a anorexia da melancolia:

A neurose nutricional paralela à melancolia é a anorexia. A famosa *anorexia nervosa* das moças jovens, segundo me parece (depois de cuidadosa observação), é uma melancolia em

4 Ver trabalho de AZEVEDO, Berta Hoffmann. *Histeria: A Gata Borracheira do Século XXI? Considerações a partir da clínica de pacientes com crises pseudo-epilépticas*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2009.

que a sexualidade não se desenvolveu. A paciente afirma que não se alimenta simplesmente porque não tem *nenhum apetite*; não há qualquer outro motivo. Perda de apetite – em termos sexuais, perda da libido. (1995, vol. I, p. 247)

E, em sua explicação com base no diagrama esquemático da sexualidade, desenhado por ele mesmo na época, Freud propõe que a repulsa anoréxica por alimentar-se é correlata da anestesia histérica; e ambas estão no espectro melancólico, neste momento relacionadas à anestesia de estímulos sexuais e passividade.

Na mesma época, Freud faz um relato de caso clínico, no qual a paciente em questão apresenta repulsa em alimentar-se e vômitos, porém, somente quando do nascimento de seus filhos. Freud diz tratar-se de uma “histeria de ocasião”, com bases também melancólicas.

No caso Emmy, há um relato de perda de apetite provocada por dores estomacais e mal-estar gástrico (mesmo argumento dos pacientes descrito por Lasègue), que surge logo após a perda do marido e nascimento de sua segunda filha. Fernandes (2006) aponta certamente a questão dos excessos pulsionais presentes na economia melancólica desta paciente:

Encontramos aqui dois elementos que definem a potencialidade traumática dessa situação: o elemento surpresa e o excesso. Emmy encontra-se exposta à morte inesperada do marido justamente após o parto de sua segunda filha. O excesso aqui parece consistir no elemento cumulativo de duas situações com potencialidade traumática. (p. 101)

Luto pela morte do marido, paciente melancolizada pela situação de excesso. Freud nos deixa pistas de que o enodamento sintomático presente nos transtornos alimentares não se resolve em categorias. Mas, também, já estão anunciadas, de certa forma, as questões relativas à melancolia, compreendidas neste momento como retirada de libido e anestesia histérica, o que nos sugere algo no campo motor. Retomaremos este ponto do agir mais adiante. Por ora, é importante lembrar que a paciente de Freud, assim como as histéricas anoréxicas de Lasègue, não relatava medo relativo ao ganho de peso ou preocupação com a forma corporal. Queixas exaustivas das pacientes com transtornos alimentar nos dias hoje (e, talvez, queixas não somente das pacientes!).

Porém, se as referências diretas deixadas por Freud, no que diz respeito à metapsicologia dos transtornos alimentares, são escassas, por outro lado as formulações após 1920, somadas às poucas pistas anteriores, forneceram um terreno fértil para compreensão dos mesmos. Ainda que não exatamente num consenso. Para alguns

psicanalistas, os transtornos alimentares se encontram naquilo que Freud denominou “neuroses narcísicas”, ao lado da melancolia e hipocondria. Para outros, a sintomatologia alimentar é transnosográfica. Há os que preferem concentrar-se nas questões ligadas à oralidade, e há os que acentuam a importância do olhar na montagem destes sintomas. O que podemos afirmar categoricamente é que houve, principalmente após a década de 70, uma profusão de trabalhos psicanalíticos que tratou da metapsicologia, das questões clínicas, da formação dos sintomas e do modo de funcionamento dos transtornos alimentares.

Cortes, impulsos e atos

Em seu livro *Transtornos Alimentares*, Fernandes (2006) inicia uma discussão sobre o termo compulsão a partir do verbete no *Vocabulário da Psicanálise*. Basicamente, a ideia consiste em propor uma separação entre os termos compulsão e impulso. Ainda que este último termo não apareça no *Vocabulário de Psicanálise*, a autora lembra o assinalamento feito por Laplanche e Pontalis, de que o termo compulsão se inscreve em francês – e aproveitamos para marcar aqui que também em português – no mesmo conjunto no qual se encontram os termos pulsão e impulso. Dentro do campo das “compulsões”, estariam presentes tanto nas ações, ideias e ritos da compulsão obsessiva, quanto no cenário de representações fantasmáticas da compulsão à repetição. Já os atos impulsivos:

Entre compulsão e impulso, o uso estabelece diferenças sensíveis. Impulso designa o aparecimento súbito, sentido como urgente, de uma tendência para realizar tal ou tal ato, que se efetua fora de qualquer controle e geralmente sob o império da emoção; não se encontra aí nem a luta nem a complexidade da compulsão obsessiva, nem o caráter organizado segundo um certo cenário fantasmático da compulsão à repetição. (LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.-B. apud FERNANDES, 2006, p. 72-73)

A impulsividade presente nos momentos de *binge* (que é o termo utilizado na Psiquiatria para se referir aos “ataques de voracidade alimentar”), mas também a ruminação compulsiva do pensamento sobre emagrecimento e dieta, restringe muitas vezes a vida desses pacientes a um repertório pobre e repetitivo. Quando se somam a

isso comportamentos de autoescarificação, corte, ou comportamentos deliberados de machucar-se, parece que a função de preservação deste ego (antes de tudo corporal⁵) fica ainda mais prejudicada.

Atuar impulsivamente ISSO, pela via do corte. Tanto Michele quanto Catarina, das vinhetas clínicas do início deste artigo, parecem precisar realizar uma ação no corpo para conter seus excessos libidinais. Mas, será somente a função de paraexcitação que está implicada neste ato? Do que se trata esse ato? Uma cena? Uma ruptura? Um esgarçamento da malha do tecido psíquico que é atuado no tecido da pele? Talvez os conceitos de passagem ao ato e *acting-out* sirvam para iniciarmos uma compreensão sobre o sofrimento destas moças que infligem cortes em seu próprio corpo.

No caso do *acting-out*, sua lógica implica um ato como resultado da vontade de pôr em evidência o sofrimento, se subjugar ou de atacar o Outro, ou, ainda, a verificação de que seu gesto tem um poder de alarme e de aflição. Neste sentido, o *acting-out* reporta a um endereçamento. Catarina, por exemplo, se corta após brigas com a mãe. E, nas sessões após a ocorrência destes cortes, ela mostra à analista ISSO. Compreendemos, portanto, este “ato de cortar-se” em Catarina como um *acting-out*, como uma carta endereçada e dedicada ao Outro, a fim de fazer-se olhar pelo seu sofrimento. Isto é, Catarina convoca e provoca seu interlocutor.

Hávamos anteriormente levantado a hipótese de que os cortes poderiam ser “atos” de separação, um operar na carne o corte com a mãe. Em artigo recente sobre quadros clínicos que apresentam a necessidade de recorrer ao que ele chama de sangramento provocado, Bidaud (2010) propõe a diferença entre as dimensões do “agir” e do “ato”. O agir seria uma busca do sujeito por uma “saída”. Saída do seu sofrimento através de um fazer que porta um componente de certeza do rompimento com o Outro (BIDAUD, 2010). Provavelmente esta certeza tem uma forte dimensão imaginária engatada na fantasia do sujeito. Já o ato desempenha o contrário: trata-se de incidir uma relação, de fundar o sujeito (LACAN, 1967, apud BIDAUD, 2010).

Neste sentido, menos que interpretar e dar sentido explicativo para seu agir, seu *acting*, o manejo da análise de Catarina exige que a analista possa trabalhar com intervenções na dimensão do ato.

5 FREUD, S. (1923). *O Ego e o Id*. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

No caso da passagem ao ato, trata-se de um “deixar cair”, uma defesa contra a angústia que não opera pelo simbólico. Michele procura desesperadamente sair, “cair fora” da angústia que lhe invade quando sente fome. Se deixar-se tomar pela fome, ela “cai de boca” na comida. Todo esse excesso pulsional e angústia a move em movimentos anódinos e desesperados, onde tudo parece o mesmo: comer compulsivamente, cortar-se até provocar infecções, entrar em qualquer *tattoo shop* e fazer-se qualquer desenho. Ela não sabe contar dos desenhos tatuados, nem contá-los. Ela simplesmente faz. O fato de cortar-se migrar para tatuar-se não importa o quê não parece realmente fazer diferença no atual de seus atos. Michele parece bastante enrolada em sua trama psíquica relacionada ao seu corpo magro e faminto. Mas, de passagem ao ato em passagem ao ato, talvez na lógica de uma compulsão à repetição freudiana, ela possa fazer alguma marca de diferença.

O corpo e a cultura: interface na produção de sintomas

O número crescente de trabalhos escritos sobre transtornos alimentares, nas últimas três décadas, chama a atenção. Destaque para o trabalho de Fernandes (2006), em seu livro *Transtornos Alimentares*.

E, neste caso, existe um consenso entre a psiquiatria e a psicanálise sobre os fatores etiológicos nos transtornos alimentares, isto é, segundo Sapoznik, Bueno e Lobão (2005), patologias de natureza complexa possuem igualmente um complexo modelo etiológico, em que os “fatores biológicos (...), aliados a fatores ambientais, como fenômenos sociológicos e culturais (...), interagem com aspectos da história de vida de cada indivíduo e contribuem, assim, para o surgimento das doenças”.

Quando se infere que os aspectos culturais participam da etiologia dos Transtornos Alimentares, o que isto significa? Cito aqui Fernandes (2006):

O corpo está em alta! Alta cotação, alta produção, alto investimento... Alta frustração. Alvo do ideal de completude e perfeição, veiculado na pós-modernidade, o corpo parece servir de forma privilegiada, por intermédio da valorização da magreza, da boa forma e da saúde perfeita, como estandarte de uma época marcada pela linearidade anestesiadas dos ideais. (p. 13)

Interessante pensar, a partir deste recorte, que a autora utiliza metáforas ligadas ao investimento econômico do capital. Corpo psiquicamente investido como se fossem

ações na bolsa de valores do capital social vigente. O corpo deve, portanto, nos dias atuais, rápida e imaginariamente transmitir as informações sobre “quem é” o sujeito que o porta. Mas não qualquer corpo, é claro! De acordo com Fuks (2003):

A vontade de ser magra, recorrendo a dietas rigorosamente controladas, assim como a hiperatividade física, procura legitimar-se em valores culturais contemporâneos que associam essa condição e essas práticas à esbeltez, beleza e saúde. Vistos desde esse ângulo, os transtornos alimentares podem ser incluídos entre os “sintomas sociais” característicos da época. (p. 149)

Estamos falando, portanto, de um ideal social de felicidade e sucesso atrelado ao corpo. Um ideal que possui uma força tirânica de verdade que produz novos destinos *sintomatológicos*, ou, se não tão novos assim, pelo menos um *aumento* destes. E, então, determinadas subjetividades ficam mais capturadas e aderidas na dinâmica narcísica de um ego-ideal (FREUD, 1914; 1923), produzindo, portanto, sintomas afinados com tal “ideal social” de corpo. É importante considerar que vivemos sob um cenário propiciador para o aparecimento deste tipo de patologia, ou seja, o corpo como suporte identitário do sujeito. Conforme Sapoznik, A. & Claudino, A.M. (2007):

Cria-se, assim, a idéia de um corpo servil, uma espécie de “corpo-escravo” que se submete a regras que funcionam como o ‘leito de Procusto’ (cama de ferro onde, segundo a mitologia grega, o vilão estendia suas vítimas e cortava-lhes os pés para que coubessem ali).

Ora, o aumento de casos de transtornos alimentares se deu, principalmente, nas últimas décadas. Talvez não por acaso, a partir da década de 70, o aparecimento de corpos tatuados e outros tipos de modificações corporais (*piercings*, *escarificações*, *implantes subcutâneos*, *brandings*, etc.) nos cenários urbanos contemporâneos tem se popularizado. Sabemos que as práticas de modificações corporais estão presentes na história cultural da humanidade desde sempre. Porém, na atualidade talvez possua outra “roupagem”. No mesmo cenário do corpo na contemporaneidade, já se pode referir-se à tatuagem como possuindo um forte aspecto de marca identitária para o sujeito, que surge num tempo de declínio das metarrativas e da fragilidade das narrativas de destino (SILVA JUNIOR et al., 2009).

Mieli propõe a hipótese de que as “manipulações irreversíveis do corpo”, tais como a tatuagem, são uma maneira de criar uma espécie de topografia, de território corporal na superfície do corpo (MIELI, 2002, apud SAPOZNIK, 2008). Se relação com o

corpo é um dos pontos de amarra entre os transtornos alimentares e as marcas corporais na atualidade, nesta pesquisa propomos também outro ponto: com relação aos pacientes (com transtornos alimentares) que se cortam, também uma relação com o corpo se evidencia.

Se sabemos, com Freud (1920 [1921]), que “desde o começo a psicologia individual, nesse sentido ampliado mas inteiramente justificável das palavras, é, ao mesmo tempo, também psicologia social”, é também com Freud que aprendemos a decifrar o normal a partir do funcionamento patológico. É, portanto, partindo do estudo do sofrimento dos sujeitos que possuem patologias alimentares, sofrimento este que se protagoniza no corpo e se intensifica quando acompanhado de atos de cortar-se, que se pretende lançar luz ao fenômeno social das marcas corporais. Trata-se da possibilidade de uma leitura social, uma vez que os fenômenos têm fronteiras psicossociais: por um lado a metapsicologia, que pode ser desvelada na clínica, por exemplo, e por outro lado a fronteira social, ou seja, o cenário histórico e social contemporâneo.

Nesse sentido, pra concluir, consideramos que, desde do funcionamento psicopatológico dos sujeitos que sofrem profundamente, invadidos pelos excessos pulsionais e pela impulsividade de seus atos-cortes, até o fenômeno mais comum da tatuagem, estamos diante de uma espécie de “psicopatologia cotidiana das marcas corporais na contemporaneidade”.

Referências

- BIDAUD, E. (2010). Reflexions sur la Clinique des Saignements Provoques. In: GONZAGA, A. P., WEINBERG, C. (orgs.). *Psicanálise de Transtornos Alimentares*. São Paulo: Primavera Editorial, 2010.
- CLAUDINO, A. de M., ZANELLA, M. T. (2005). *Guia Transtornos Alimentares e Obesidade*. Série Guias de medicina ambulatorial. Barueri, São Paulo: Manole, 2005.
- FERNANDES, M. H. (2003). *Corpo* (Coleção Clínica Psicanalítica, dirigida por FERRAZ, F.). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- _____. (2006). *Transtornos Alimentares* (Coleção Clínica Psicanalítica, dirigida por FERRAZ, F.). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- FREUD, S. (1892). Um caso de cura pelo hipnotismo. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1995.
- FREUD, S., BREUER, J. (1895) *Estudos sobre histeria*. ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1995.
- _____. (1897). *Rascunho G. Melancolia*. ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1995.
- _____. (1914). *Sobre o narcisismo, uma introdução*. ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1995.
- _____. (1920). *Além do princípio do prazer*. ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

- FREUD, S., BREUER, J. (1921). *Psicologia de grupo e análise do Ego*. ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1995.
- (1923). *O Ego e o Id*. ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1995.
- (1924). *O problema econômico do masoquismo*. ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1995.
- (1930). *Mal estar na civilização*, ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1995.
- (1933). *Conferência XXXV: A questão de uma Weltanschauung*. ESB. Rio de Janeiro: Imago, 1995.
- FUKS, M. (2003). O Mínimo é o Máximo: uma aproximação da anorexia. In: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C.; RANÑA, W. (orgs.). *Psicossoma III: Interfaces da Psicossomática*, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- JEAMMET, P., CORCOS, M. (2005). *Novas problemáticas da adolescência: evolução e manejo da dependência*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- LASÈGUE, C. (1998). Da anorexia histórica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 1, n. 3, set. 1998.
- LE BRETON, D. (2003). *Adeus ao corpo: antropologia e sociedade*. Campinas, São Paulo: Papyrus, 2003.
- PEREIRA, M. E. da C. (1998). Apresentação a “Da anorexia histórica”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 1, n. 3, set. 1998.
- SAPOZNIK, A. (2008). Marcas Corporais e Formas de Subjetivação: da tatuagem à experiência da dor. In: ALONSO, S. L., BREYTON, D. M., ALBUQUERQUE, H. M. F. M. (org.). *Interlocuções sobre o feminino na clínica, na teoria, na cultura*. São Paulo: Escuta/Instituto Sedes Sapientiae, 2008.
- SILVA JUNIOR, N. (2003). A sublimação na contemporaneidade. O imperialismo da imagem e os novos destinos pulsionais. In: FUKS, L. B., FERRAZ, F. C. (org.). *Desafios para a Psicanálise Contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2003.
- SILVA JUNIOR, N.; DOUCET, C.; GASPARD, J.-L.; CARVALHO, S. M.; GOMES, L.G.N. (2009). A Narrativa do Destino e a Função Identitária do Corpo na Modernidade. *A Peste: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia*, São Paulo, v. 1, n. 1, jan./jun. 2009.

Recebido em 10/11/2011; Aprovado em 17/1/2012.