

## A RECUSA E SEU MANEJO NO TRATAMENTO PSICANALÍTICO DA ANOREXIA

Domenico Cosenza

### *A recusa no tratamento da anorexia*

Este texto procura demonstrar como uma abordagem analiticamente orientada pode tratar a ação devastadora da recusa anoréxica, sendo preciso, antes de tudo, distinguir três tempos de irrupção da recusa no tratamento da anorexia. Tempos lógicos, nos quais a recusa se representa de maneiras diferentes, que devem ser ressaltadas. Nas escansões do tratamento, é importante ter em conta esses modos de irrupção da recusa anoréxica.

### **I – A recusa na entrada**

A primeira manifestação da recusa no tratamento da anorexia se dá no início. Para a anoréxica, de fato, não vale de nada o enunciado do Evangelho de São João, segundo o qual, “No princípio, era o Verbo”, no princípio, era a palavra. Pelo contrário, no que concerne à anorexia, a epígrafe seria ‘*No princípio era a recusa*’. Desse modo, no lugar da palavra, encontra-se a recusa. O fundamental, no primeiro tempo, é fazer emergir a estrutura dessa fórmula. Em outros termos, é primordial esclarecer se essa operação, ‘a recusa no lugar da palavra’, pode ser entendida no sentido metafórico — a recusa toma o lugar de uma palavra recalcada, substituindo-a — ou se se deve entendê-la como efeito de uma escolha originária: ‘em vez da palavra, no início, existe a recusa’. No primeiro caso, temos de fato o que fazer com uma modalidade de recusa que é metáfora de uma palavra, com uma recusa que demanda sem sabê-lo. Esse é o quadro das anorexias histórico-neuróticas, nas quais a recusa tem função de demanda inconsciente e interpela o Outro no nível do desejo. O que o sujeito demanda nesse apelo é saber qual é o seu lugar no desejo do Outro. No segundo caso, por outro lado, a recusa ocupa o campo da palavra, devastando-o desde a origem, impedindo, por isso, que ela, a palavra, floresça. O campo da palavra é infestado pelo veneno da recusa, que anula seu impulso vital.

É claro que, já nesse primeiro tempo, a abordagem clínica da recusa anoréxica dependerá do fato de se estar diante de um sujeito que diz ‘não’ ao tratamento do primeiro ou do segundo modo. A via mestra do tratamento, na anorexia histórico-neurótica, é, estrategicamente, a da histericização: fazer emergir, no discurso do sujeito, a palavra enterrada na sua recusa, levando-o a reconhecê-la e a assumi-la como sua. No segundo gênero de casos, o que permite que um sujeito anoréxico inicie um tratamento, ainda que o recuse, é, por outro lado, o encontro com a posição do analista como um ato que diz ‘sim’ ao sujeito, em uma espécie de encarnação de *um outro Outro*, diferente daquele que encontrou em sua vida. Isso pode viabilizar a uma anoréxica o começo de um tratamento, ou seja, que ela, ao menos, aceite comparecer às sessões, ainda que não pretenda tratar-se, e que diga que só vem para responder à demanda de seus pais. Essa primeira fase do tratamento, que lembra uma travessia no deserto, já que parece não acontecer nada, constitui, ao contrário, um tempo essencial. Nesse tempo, na verdade, o analista torna-se para o sujeito anoréxico a encarnação de um Outro ‘habitável’ que ele pode encontrar.

Evidentemente, o tratamento decola de fato quando a anoréxica experimenta os primeiros efeitos de uma passagem crucial: a perda do controle imaginário do seu próprio sintoma. A anoréxica descobre que não é 'dona' do seu sintoma, o que, por si, já produz efeitos clinicamente relevantes. Antes de tudo, o surgimento de um ponto egodistônico que fura a egossintonia típica da anoréxica. O sintoma a extravasa, é mais forte que ela, não está em condições de ter seus efeitos integralmente controlados e, desse modo, a faz, além de tudo, sofrer. O trabalho, nesse momento do tratamento, é saber como permitir que o sujeito encontre esse ponto egodistônico como via alternativa ao gozo nirvânico da anorexia. Trata-se, nesse ponto do atendimento, de permitir ao sujeito a passagem de um gozo nirvânico-egossintônico a um gozo perturbador-egodistônico. Esse é o princípio de uma retificação subjetiva na anorexia, fundada sobre o real pulsional do sujeito.

Uma função-chave, nessa passagem, é revelada pela emergência da angústia no sujeito anoréxico. Como já sublinhou Carole Dewambrechies La Sagna, a reviravolta no tratamento de uma "anoréxica verdadeira" é dada exatamente pelo processo de restituição ao sujeito anoréxico da sua própria angústia. Se a emergência da angústia permite ao sujeito a saída de uma egossintonia inercial e mortífera, transformando o estatuto real de seu sintoma de nirvânico a perturbador, é na modalidade de abordagem clínica da angústia que se jogam as bases do tratamento. Uma abordagem orientada analiticamente operará a partir de uma redução quantitativa da angústia, mas não por sua supressão, já que a angústia é o fator potencialmente transformador da posição do sujeito. Uma vez possibilitada o surgimento da angústia, a operação propriamente analítica sobre ela é dupla. De um lado, uma certa redução de seu limiar; mas também operar para que, a partir dela, o sujeito transforme seu *quantum* de angústia em um sintoma analítico estruturado, ou seja, em um sofrimento atravessado por um enigma articulado simbolicamente. De fato, a emergência distônico-perturbadora da angústia desperta o sujeito do sono nirvânico-egossintônico da anorexia, desnordeando-o, como acontece ao se acordar depois de um pesadelo. É essencial, portanto, para evitar que a paciente se apavore com o surgimento da angústia, operar a tempo de contê-la (sem eliminá-la) na sua manifestação, permitindo ao sujeito ligá-la a um sintoma.

Assim, o primeiro tempo do trabalho preliminar constitui-se da 'lua de mel' à emergência da angústia; e o segundo tempo, da angústia à construção de um sintoma analítico. Essa passagem coincide, no discurso do sujeito, com a transformação da própria demanda: da demanda de ajuda, cuja resposta está inteiramente nas mãos do Outro, à demanda analítica, na qual o paciente se faz responsável pela própria resposta ao enigma do seu sofrimento, passando da posição de paciente à posição de analisante.

A condição dinâmica que admite essa transformação qualitativa da demanda é dada pela ativação da transferência, cuja abertura é já um resultado de relevo no trabalho clínico com pacientes anoréxicas. Não se trata só de um investimento imaginário sobre a figura do terapeuta, que ocorre de um modo ou de outro e que se ativa em alguma medida. Trata-se, antes e principalmente, do fato de que o sujeito comece a interrogar, no tratamento, o próprio sintoma como algo enigmático, do qual lhe escapa o valor que ele próprio lhe atribui. Quando se produz realmente, esse fenômeno testemunha a ativação de uma transferência não só imaginária, mas simbólica, no sentido sobre o qual Lacan formulou a estrutura da transferência como sujeito-suposto-saber. Atingir esse ponto no trabalho com um sujeito anoréxico significa já havê-lo conduzido a operar uma passagem radical de transformação da sua posição. A produção efetiva de tal resultado requer, quase sempre, um período de tempo significativo no processo de tratamento, que pode corresponder até a alguns anos e que não se reduz totalmente, na maioria dos casos, ao espaço de poucas sessões

preliminares, como costuma acontecer no tratamento analítico clássico de um sujeito neurótico.

## II – *A recusa anoréxica sob transferência*

A entrada em campo da experiência da angústia, na clínica da anorexia mental, toma, geralmente, a forma de uma *angústia de desaparecimento*. Esta se apresenta, na transferência, sob a forma de ameaça de interrupção do tratamento. O terapeuta deve estar preparado para esse momento recorrente na clínica da anorexia mental, que se pode manifestar de alguns modos típicos: o silencioso e progressivo emagrecimento até atingir um limiar crítico, ou seu propósito, a um certo ponto declarado, de não continuar com a terapia. A ameaça de desaparecimento, encarnada na gradual consumição silenciosa do corpo ou declarada no anúncio de interrupção da terapia, introduz um ponto dramático de tensão na alma do tratamento. É aqui que se depara com a emergência da recusa anoréxica no coração mesmo do tratamento.

É essencial, nesse encontro com a paciente anoréxica, não repetir, como terapeutas, a mesma posição na qual, em circunstâncias análogas, estiveram os pais da paciente e todos aqueles que copiaram seus traços. Certamente, isso significa, antes de tudo, não responder, da nossa parte, com a angústia. Mas não apenas isso. A anoréxica atualiza, com essa manobra, um rechaço do Outro, no sentido de uma sua recusa no confronto com o Outro. É ela aqui o sujeito rechaçante, e o Outro é o objeto rechaçado. Nessa acepção, a recusa é um ato seu, para além do fato de que possa assumir o valor de uma agitação ou de uma passagem ao ato.

É vital, nessa conjuntura clínica, o modo como o Outro, encarnado no terapeuta, responde ao ato rechaçante operado pela anoréxica. Aqui entra em jogo a outra resposta constante que a anoréxica produz no Outro, juntamente com a resposta angustiada: *a resposta rechaçante*. A paciente anoréxica tende a tornar-se insuportável para o Outro, pela sua fixidez imutável e por seu enclausuramento no sintoma. Desse modo, ela provoca, de fato, o rechaço por parte do Outro. Cabe ao terapeuta não responder ao rechaço da anoréxica com seu próprio rechaço, ou seja, ele não deve encarnar, na sua resposta, a posição do Outro que repele, que é exatamente o que o sujeito anoréxico encontrou na própria história. Como já foi destacado por muitos, não se trata, por exemplo, do fato de um par parental não ter providenciado, na maior parte dos casos, suas atenções mais solícitas nos confrontos com a filha. Pelo contrário. O que aparece, realmente, nas histórias clínicas, é uma dificuldade extrema do lado da filha de suportar os signos de reprovação e de decepção por parte dos pais, e uma dificuldade desses últimos de abrir espaço para um desejo singular da filha, diferente do deles, situado para além do seu próprio horizonte narcísico de investimento. A resposta parental à filha anoréxica é atravessada por uma *confusão fundamental* que os leva a compreender mal seu apelo, como sublinha tanto o ensinamento de Hilde Bruch (pela via cognitiva), quanto a leitura de Lacan (pela via do afeto). É, em outros termos, uma resposta que não consegue sintonizar-se com o núcleo subjetivo da filha, com a exigência real que move sua demanda, reconhecendo aí um lugar seu, um lugar próprio.

É preciso, acima de tudo, evitar responder à anoréxica de um modo especular à sua recusa. Evitar encarnar o Outro rechaçante — posição na qual a anoréxica tende a nos colocar na transferência, mais cedo ou mais tarde — torna-se uma manobra essencial na condução do tratamento. Isso possibilita desmontar e circundar o fechamento autístico do sujeito anoréxico e seu impulso a interromper o tratamento. Evita-se, assim, que a paciente realize aquela que é, no mais alto grau, a sua posição de gozo sintomático por excelência: ser o dejetivo, o resto do Outro.

Sobre esse ponto, o diagnóstico de estrutura mostra-se revelador na leitura da função da recusa da paciente e orienta as intervenções. Na anorexia histérica, prevalece a função da recusa como demanda formulada para provocar no Outro um reconhecimento em termos de desejo. Nas formas consideradas de “anorexia verdadeira”, a paciente atua com a recusa para poder reencontrar na resposta rechaçante do Outro a confirmação da sua condição de gozo, ou seja, de ser ela mesma a encarnação do rechaço do Outro. No primeiro caso, prevalece então a recusa como provocação (e produção) de desejo. No segundo caso, a recusa como provocação (e produção) de rechaço.

### **III – A recusa como modo de evitar a perda no tratamento avançado**

A recusa no tratamento da anorexia se apresenta frequentemente também, em uma versão particular, na fase avançada do tratamento. Trata-se de uma manobra que a anoréxica institui como um modo de evitar a perda de um objeto amado. A recusa para evitar perdas é posta em ato, de modo típico, nas interrupções do tratamento quando este está em fase avançada. A fórmula dessa passagem é, portanto: *a recusa em lugar da perda*. Mesmo aqui, é essencial poder ler a estrutura de tal fórmula. Se ela é compreendida no sentido de ‘primeiro existe a perda, depois vem a recusa’, está-se diante de um sujeito neurótico, que repete, na fase final de seu tratamento, na transferência, a sua modalidade sintomática de resposta à perda do objeto. Essa passagem pode ser interpretada, permitindo ao sujeito um reposicionamento em relação à maré fantasmática que está em ação.

Se, pelo contrário, esse enunciado tem o sentido de ‘no lugar da perda está a recusa’, presentifica-se a situação de uma psicose, e será preciso empreender uma reativação da *Verwerfung* do sujeito. Portanto, não é possível agir por meio da interpretação, mas pelo reposicionamento, de modo a desviar-se do risco de encarnar o Outro da recusa.

Tradução: Musso Greco