

Abra a boca e feche os olhos¹

Ana Cecília Magtaz
Manoel Tosta Berlinck

Este trabalho pretende uma articulação entre a brincadeira infantil “Abra a boca e feche os olhos” e a clínica da anorexia e da bulimia. Nesta clínica é possível observar uma adolescente/jovem mulher transitando ora na posição de recusa, com a boca fechada e os olhos bem abertos, ora na posição de preenchimento/esvaziamento, com a boca que não fecha.

A partir do relato de um fragmento clínico, algumas questões serão abordadas:

- Como a boca fechada e os olhos bem abertos na anorexia e a boca que não fecha na bulimia podem ter outra existência?*
- Como se dá a passagem de uma oralidade primária – marcada pela extrema dependência e indiferenciação ao objeto primário – para uma oralidade secundária, na qual é possível fazer circular a carga libidinal a objetos secundários e vivenciar um prazer que implica a totalidade do corpo, um prazer distribuído pelo corpo?*

Palavras-chave: *Anorexia, bulimia, oralidade, imagem corporal, transferência*

¹ Versão modificada e ampliada do trabalho apresentado no Simpósio “Ato e corpo na clínica contemporânea”, no II Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e VIII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental, realizado no período de 7 a 10 de setembro de 2006, na Universidade Federal do Pará.

“Digamos que um analista que ignore sua própria dor psíquica
não tem nenhuma chance de ser analista, assim como aquele
que ignora o prazer – psíquico e físico – não tem nenhuma
chance de continuar sendo analista.”
(Pontalis, J-B, Entre o sonho e a dor, p. 278)

Depois do “parabéns”, enquanto as crianças - e os adultos também - avançavam vorazmente sobre os doces que estavam em cima da enfeitada mesa, duas meninas, de aproximadamente seis anos, realizavam uma estimulante brincadeira num canto da barulhenta sala. Uma dizia à outra: “abra a boca e feche os olhos”. Enquanto uma obedecia, apertando as mãos, ansiosa com o que viria a sentir em sua boca, a outra, delicadamente, passava o doce pelos lábios da amiga, bem próximo do nariz, para despertar nela o desejo. Depois de dar uma boa olhada exploratória dentro da boca da amiga, coloca lá o doce e diz: “Pode adivinhar.” A outra, dando uma risada gostosa e ainda com a boca cheia diz: “Humm...! É um brigadeiro! Agora é a sua vez de adivinhar”. Depois de experimentarem alguns docinhos e o doce sabor dessa troca de carinho, deram-se as mãos e correram atrás da multidão elétrica.

Ah! As brincadeiras da infância! Geralmente, quem as introduz é um adulto, os pais, os avós, os tios, os primos; alguém que seja íntimo da criança e possibilite a ela desfrutar do toque do corpo do outro, do prazer relacional e do prazer no próprio corpo que advém desse encontro. *Para cuidar de si é preciso desfrutar do erotismo do outro.* Essa frase remete à reflexão sobre os distúrbios da oralidade nas pacientes com sintomas anoréxicos e bulímicos, principalmente, sobre a dificuldade ou, em alguns casos, a incapacidade em sentir prazer e desfrutar do contato com o corpo próprio, com outros corpos e em cuidar de si.

Na clínica da anorexia-bulimia-vômitos é possível observar uma adolescente/jovem mulher transitando ora na posição de recusa, com a boca

fechada e os olhos bem abertos, ora na posição de preenchimento/esvaziamento, com a boca que não fecha.

No extremo da primeira posição, pela boca nada entra e nada sai, nem alimentos e tampouco palavras. Muitas vezes, trata-se de adolescente, entre 12 e 17 anos, que não consegue cuidar de si e acaba por se isolar,² protegendo-se do mundo e estando à sombra de sua mãe. É possível reconhecer esse isolamento quando o espaço analítico é invadido por um empobrecimento simbólico radical, quando a anoréxica “existe morrendo”³, levando às últimas conseqüências seu ideal de corpo sem carne, quando a obsessão pela comida organiza toda a sua vida e quando a pulsão de morte domina e leva o sujeito ao desligamento. Nessa posição é impossível um questionamento acerca de si mesmo (solidão-necessária), que supõe uma constante ligação por parte do sujeito.

Na segunda posição trata-se de uma jovem mulher, de aproximadamente vinte anos, que possui uma existência insaciável. Vários relatos revelam uma alternância entre tudo experimentar e nada satisfazer completamente. O uso abusivo de drogas estimulantes, o orgasmo buscado no sexo com vários parceiros/as, uma vida desregrada, sem horário para as refeições e para o sono, repleta de pessoas falantes à sua volta compõem o universo maníaco dessas jovens que parecem viver com a boca constantemente aberta, em busca de uma sensação ilusória de prazer pleno.

A esse respeito, algumas questões podem ser levantadas:

- Como a boca fechada e os olhos bem abertos na anorexia e a boca que não fecha na bulimia podem ter outra existência?

- Como se dá a passagem de uma oralidade primária - marcada pela extrema dependência e indiferenciação ao objeto primário - para uma oralidade secundária, na qual é possível fazer circular a carga libidinal a objetos secundários e vivenciar um prazer que implica a totalidade do corpo, um prazer distribuído pelo corpo?

Fragmento Clínico

Quando Lívia me procurou, aos 19 anos, estava muito irritada com o que chamava de “seu descontrole alimentar”. Insatisfeita com seu corpo, relatava vomitar sempre depois de perceber-se engordando por comer demais. O medo de

2 O tema da solidão-isolamento foi trabalhado por Ana Cecília Magtaz Scazufca no texto intitulado: “A solidão-isolamento na clínica da adolescência” In: Rezende Cardoso, Marta (org.) *Adolescentes*. São Paulo: Escuta, 2006

3 Expressão usada por Philippe Jeammet em seminário clínico realizado no Instituto Sedes Sapientiae em 3 de maio de 2005.

voltar a ser gordinha, como quando criança, a deixava em pânico. Nessa época, fumava maconha para conseguir dormir e bebia muito para afastar a sensação de fome que a perseguia. Estava com o peso baixo e, ainda assim, fazia longas caminhadas por dia para emagrecer. A impossibilidade de renunciar à seqüência anorexia-bulimia-vômitos, um “hábito viciante” como ela o denominava, determinou o seu pedido de ajuda.

Lívia fazia o estilo menina inteligente e descolada, com seus cabelos coloridos, *piercings* e tatuagens à mostra. Uma ironia feroz temperava o seu relato sobre a família, a escola, os amigos, a política, a vida. Apresentava-se como uma pessoa bastante antipática, fria e crítica, e apesar de seus esforços, produzia imensa simpatia e ternura.

Lívia queixava-se da mãe: permissiva, invasora, lenta, pegajosa, paranóica com regimes para emagrecer, insegura, fútil e insuportável. E do pai: controlador, repressor, intolerante com as diferenças, preconceituoso, crítico, exigente e insuportável. Dirigialhes o seu ódio, com todas as forças, e o insuportável mundo externo (fora-de-si) dava indícios do quanto deveria sentir-se, dentro-de-si, profundamente invadida e desamparada. Lívia atribuía o sofrimento às imperfeições de seu corpo ou às de seus pais. Não conseguia buscar dentro-de-si as razões do seu padecimento. As fronteiras entre fantasia e realidade, entre interno e externo, entre atuação e palavra, entre eu e objeto apresentavam-se de forma muito imprecisa e sem limites.

Durante muito tempo foi necessário sustentar uma distância suportável para Lívia. Nem muito perto, nem muito longe; nem excessivamente permissiva como a imago materna, nem excessivamente rígida como a imago paterna. Da mesma forma que me “engolia” e apegava-se a mim de forma intensa e fusional, em seguida me expulsava e me “vomitava” violentamente como expressão de intenso ódio.

Era avidamente consumida e expulsa antes mesmo de ter alguma implicação para Lívia. Mas era preciso persistir e, quase sempre, quando Lívia faltava à sessão, ligava convidando-a para vir novamente, num novo horário, e revelava a minha disponibilidade em encontrá-la. Apesar de sua máscara de menina má, não intimidava e sentia-me à vontade para cuidar do nosso espaço analítico, de forma espontânea e *atuante*. Em contrapartida, não a intimidava também e ela sentia-se à vontade para ocupar esse espaço da forma que conseguia fazer: *atuando*. Ou seja, Lívia faltava demais, pedia muitas vezes para mudar de horário, confundia os horários, atrasava o pagamento das sessões etc.

Procurava espelhar para Lívia a capacidade de suportá-la com os seus excessos e a sua ausência, que se encarnava nas faltas, ausência esta que não podia aparecer e ser elaborada, embora dissesse muita coisa sobre a sua

dificuldade em suportar as frustrações impostas pelas dificuldades da vida, em crescer e tornar-se independente de seus pais, seu maior desejo. Lívia apresentava, com a alternância dos sintomas anoréxicos e bulímicos, uma atividade auto-erótica desligada dos conflitos intrapsíquicos e sua dificuldade de comunicação e de fazer ligações era imensa.

Enquanto isso, perguntava como poderia ajudá-la a **fechar os olhos, abrir a boca e deixar suas palavras surgirem livremente**, isto é, a sair do excesso de excitação, um constante agir sem pensar, que impedia o relaxamento e se deixar alimentar por um encontro. A saída encontrada foi “me fazer viva” nas sessões. Oferecia a Lívia presença afetiva, o entusiasmo em escutá-la, a espontaneidade em valorizar o que, naquele momento, ela conseguia oferecer.

Demorou muito tempo, talvez dois anos, até conseguir confiar em mim e relatar a preocupação com a forma do seu corpo iniciada aos 12 anos. Os pais se separaram quando ainda era um bebê e a mãe nunca conseguiu superar essa perda pela traição do marido, envolvido com outra mulher. Lembra do seu sofrimento quando voltava da casa do pai. Depois de passar um delicioso fim-de-semana, a mãe a olhava e a reconhecia inchada. Com a testa franzida dizia: “minha filha você está com a cara tão inchada!”. Lívia procurava no espelho seus traços de inchaço, máscara materna. Talvez de tanto chorar, a mãe de Lívia não se dava conta do sofrimento pela separação do marido. Máscara projetada na filha. Máscara que mascarava uma imensa dor irreparável até aquele momento. Lívia veste a máscara materna e diante do espelho se defronta com a melancolia da mãe, agora mascarada pelo “inchar” da filha. Diante do espelho começa a apavorar-se com a idéia de estar inchada aos olhos dos outros também. De hora em hora olhava-se no espelho para apalpar-se e certificar-se de que não estava mais inchada do que antes.

Reconhece que seus 12 anos marcaram, de fato, seu destino. Nesta época, tinha decidido que queria morar com o pai, casado novamente com uma mulher muito afetiva. O pai negou, alegando que deveria ficar com a mãe que, sem ela, ficaria imensamente desamparada. Lívia sentiu-se rejeitada e retraiu-se, afastando-se do pai. Lembra ter chorado por horas, no banheiro, sozinha. A mãe tornou-se permissiva, como forma de aprisionar e reconquistar a filha. A moeda de troca para essa reconquista foi conceder uma precoce liberdade à filha, às escondidas do pai. Um pacto estava selado entre as duas.

Para Lívia, a mãe também tinha problemas com a alimentação, pois vivia falando de dietas e insinuando que a filha estava gorda e precisava emagrecer. Lívia não suportava mais ouvir essa demanda materna, levando a um ódio crescente por sua mãe. Não tinha confiança e nem respeito por ela. “Minha mãe sempre dizia que estava gorda e andava com as pernas abertas e que por isso

nenhum rapaz iria me querer. Depois dizia que eu era a menina mais inteligente da escola; era como se ela me batesse com palavras cruéis e depois soprasse a dor com falsos elogios”.

Aos 16 anos a angústia se intensifica e Livia começa a sentir-se rejeitada pelos meninos, em função de estar “gorda demais”, principalmente na região do abdome. Nessa época começou a vomitar sempre depois de comer mais do que devia ou depois de qualquer alimento gorduroso ou doce. Sentia remorso, vergonha e culpa. Sentia-se desprezível e se auto-recriminava. Após a separação dos pais, morou com a mãe até completar 19 anos. A falta de limites e a permissividade da mãe, deixando levar todos os namorados para dormir em casa, consumir bebidas alcoólicas e fumar cigarros de maconha sem restrição, começou a produzir um incômodo. Livia dizia se sentir sufocada e “empapuçada” com esse excesso de liberdade, pois acreditava que sua mãe sabia tudo sobre sua vida e sentia-se possuída por ela. Os vômitos e o ódio que sentia pela mãe se intensificaram de forma marcante. Chegava a vomitar cerca de dez vezes por dia ficando muito abatida tentando se livrar da idéia fixa de sentir-se deformada ao alimentar-se. Foi quando decidiu aproximar-se novamente do pai e, com o seu apoio, procurar uma psicoterapia e mudar-se para a casa dele separando-se concretamente da mãe.

Com esta mudança e com os limites impostos pelo pai, Livia retoma - não sem enorme dificuldade - os estudos, e depois de algum tempo começa a namorar um rapaz da faculdade. Este namoro revela-se uma experiência erótica muito positiva, pois pela primeira vez, sente-se cuidando de alguém e, com isso, cuidando de si mesma, sendo protagonista de sua própria história. A excitação excessiva passa a dar lugar à possibilidade de descoberta do corpo do outro e de seu próprio corpo. **Abrir a boca e fechar os olhos ao beijar seu namorado**, deixar-se tocar por ele e sentir prazer passa a ser alimento indispensável para Livia, levando-a a diminuir os sintomas bulímicos e os vômitos.

Nessa época, começa a trazer para as sessões seus desenhos, fragmentos corporais. Rostos, mãos, pés, seios, bocas, línguas, vaginas, pênis, troncos; todos disformes. Certo dia traz todos os desenhos e os espalha pelo chão. Estávamos diante da totalidade de um corpo dividido em mil fragmentos. Então, digo a ela: “Daria para compor um auto-retrato?” Livia pensa e, sem tirar os olhos dos fragmentos, responde: “Não, para fazer um auto-retrato precisaria de um espelho”.

Nas sessões seguintes traz vários desenhos, auto-retratos de corpo inteiro pintados por ela diante de um espelho, em diferentes posições. Ela se desenha bem mais gorda do que é, envelhecida e muito parecida com a imago materna. Tenho a chance de começar a trabalhar com Livia, a partir de seus desenhos, o reconhecimento dela e mãe habitando uma mesma imagem de corpo. Imagem

reveladora de uma dupla mãe/filha com dificuldades primárias em exercer as funções de proteção, mediação e libidinização do corpo próprio.

Neste momento vale lembrar um episódio. Numa sessão, Lívia tira o tênis e um cheiro de chulé invade a sala do consultório. Com uma expressão de estranhamento, pergunta se estou sentindo um cheiro ruim. “Sim”, digo, “sinto cheiro de chulé”. Ela, imediatamente, agarra um dos pés e levando-o até o nariz diz: “Esse cheiro vem de mim?” Respondo, então, em tom de brincadeira: “Sim, e esse chulé não é de hoje, ele tem dono e uma história!”. E começamos a rir. A importância desse episódio reside no desconhecimento que Lívia tem de si mesma, de seu corpo. E de como, para ela, era difícil reconhecer as necessidades corporais como a fome, o frio, o sono, o cansaço. Digo “Lívia como é possível cuidar de si sem ter um conhecimento de si?”.

Outras lembranças surgem a partir desse momento. Relata, por exemplo, o estranhamento quando observava suas amigas sendo acariciadas e beijadas por seus pais. Nunca fora tratada dessa forma; não lembra da mãe brincando com seu corpo, nem fazendo cócegas, nem cheirando o chulé como uma forma de brincadeira, somente exaltando suas boas notas na escola. Lembra-se da mãe criticando toda manifestação espontânea, supervalorizando tudo o que não fosse contato corporal.⁴ Lívia não aprendeu a desfrutar e, sim, ser a melhor para reafirmar-se como objeto de orgulho para sua mãe. Dessa forma, a mãe também se reafirmava, mediante um mecanismo de identificação narcisista.⁴ Lívia começa a refletir sobre as diferenças e semelhanças entre mãe e filha. Diferenças marcantes como, por exemplo, a sua vontade em querer se descobrir como pessoa, se entender. Posição que, segundo ela, a mãe nunca quis ocupar.

Pode-se pensar que aos 12 anos, Lívia, *diante do espelho*, adoece ao se sentir “infiltrada” pelo corpo estranho da mãe e por tudo que esta projetava na filha. Aos 21 anos, *diante do espelho*, Lívia se dá a chance de nascer e constituir seu próprio espaço psíquico - a constituição do corpo próprio -, tentando movimentar-se e descolar-se da mãe.

Retornando à cena da brincadeira prazerosa entre as duas meninas de seis anos e ao fragmento clínico, revelando a indiferenciação de Lívia com o corpo materno e a falta de distância necessária para acontecer a brincadeira “abra a boca e feche os olhos”, poder-se-ia perguntar: Que tipo de jogo se estabelece entre a jovem anoréxicabulímica e o outro?

Vários autores chamam a atenção para o jogo perverso entre mãe e filha na clínica da anorexia-bulimia. O trabalho de E. Bidaud (1998), por exemplo, supõe

4 (2001) Chandler, Eduardo. “Escisión y contexto em la anorexia nervosa”. In: Actualidad Psicológica. Transtornos Alimentares, p.12-15.

que: “a anorexia parece ocorrer num espaço de tentação, laço de domínio entre mãe e filha, que assume o aspecto de uma aliança. A nosso ver, a anoréxica está sob o domínio do desejo incestuoso de sua mãe e fica intocada pelo desejo do pai; ela permanece inacessível à sedução como fantasia organizadora que introduz ao Édipo” (p. 10).

Essa aliança une mãe e filha numa trama de existência em que não há a possibilidade de perdas, apenas de destruição. As pacientes anoréxicas evocam o sentimento de despossessão do *espaço afetivo*: “Era como se eu só sentisse a felicidade, o entusiasmo, a tristeza através dela”, ou de despossessão do *espaço de pensamento*: “Tenho a impressão de que ela sabe sempre o que estou pensando, que é impossível que eu possa ter uma idéia realmente minha”, mas também do *corpo próprio*: “Sinto minha mãe mexer-se em mim... é ela que sinto, não é meu corpo” (p. 82). O sentimento de que a intimidade sofreu um arrombamento remete à onipresença materna. “A intrusão sedutora, como ‘um olho indecente’, vem da ausência de limites ao olhar da mãe, que fixa a filha como objeto incestuoso” (p. 82).

Para Bidaud, esse apego pré-edípico à mãe constitui aquilo que ele chama de experiência de tentação, em oposição à fantasia de sedução que diz respeito ao pai. A passagem à feminilidade está ligada a uma renúncia da mãe onipotente e ao recalque da atividade fálica. Com a descoberta de que a mãe é castrada, torna-se possível para a menina abandoná-la como objeto de amor (p. 83).

É como se algumas anoréxicas, nos diz Brusset (2003), não pudessem escapar à submissão alienante da insistência do controle da mãe, e de seus próprios desejos de controle sobre a mãe e de fusão com ela. Mãe e filha vivenciam, de forma violenta e aprisionadora, através de uma identificação mimética, a inveja oral primária, fechando-se à penetração dos homens e do mundo. As conseqüências dessa dominação recíproca são muito mais devastadoras do que os jogos de sedução.

Segundo Eduardo Chandler (2001), a mãe da menina anoréxica costuma ser ansiosa e apresentar uma forma gelada de superproteção. Invasora e persecutória é incapaz de desfrutar do contato corporal afetivo com sua filha. Muitas vezes, trata-se de uma mãe que amamentou de forma ritual e mecânica a filha, talvez preocupada demais com as seqüelas estéticas provindas da amamentação.

Muitas vezes, esta filha cresce colada a uma mãe que, por ação ou omissão, interdita o vínculo de prazer da filha com seu corpo. Critica o espontâneo em sua filha, supervalorizando tudo o que não seja corporal, nem ternura em seu trato com ela. Aprova a filha quando ela demonstra interesse intelectual acabando por fazer prevalecer uma rivalidade competitiva e o esforço por triunfar.

Na maioria das vezes encontramos mães insatisfeitas e também submetidas às suas mães. É fundamental que tenham uma certeza de terem cuidado da melhor

forma de suas filhas; não é raro escutarmos: “Eu lhes dei tudo”. São mães presentes física e formalmente. Psiquicamente, acabam lançando suas filhas num enorme desamparo.

O que vemos é que, muitas vezes, para defenderem-se dessa oferta antecipatória e excessiva da mãe, seus controles, a filha começa a retrair-se como forma de salvaguardar seu espaço psíquico, já que entre mãe e filha não existe espaço possível para a brincadeira erótica, para o surgimento do desejo. Diante dessa violenta invasão materna, a filha pode vir a fechar a boca e ficar de olhos bem abertos para recusar tudo o que provenha da mãe.

O espaço para amizades e os vínculos sociais exogâmicos para fazer circular a carga libidinal a objetos secundários - oralidade secundária - fica comprometido tanto para a filha quanto para a mãe. Diante de tal cenário, pode-se indagar sobre o tipo de intervenção psicanalítica que não seja intrusiva para uma organização psíquica com defesas estruturadas contra a intrusão e perda do objeto. Como se dá o manejo transferencial dessa modalidade relacional em que há uma imensa dificuldade de entrar em relação com o outro?

Anna Victoi (2001), ao relatar o tratamento de uma adolescente anoréxica, revela: “o elemento fundamental do projeto de tratamento é dar lugar ao pensamento, à figuração, representação e simbolização do adolescente. De um ponto de vista econômico, é definido como a construção de uma capacidade de secundarização do pensamento e da relação com o objeto” (pg. 91).

Segundo a autora, a transferência traz um sentido à relação de objeto e o analista deve se colocar numa posição que estimule a continuidade do movimento psíquico no espaço transferencial. O enquadre compreenderia, assim, um espaço próprio possibilitando a construção de uma imagem corporal em transferência. Ao se referir à transferência, Maria Helena Fernandes (2006) enfatiza: “são essas modalidades relacionais, e as vicissitudes desse equilíbrio narcísico-objetual precário que se atualizam na repetição transferencial. As dimensões paradoxais dessa transferência – fascínio e horror, amor e ódio, vida e morte – solicitam ao analista, à semelhança da alteridade materna, que este possa exercer uma função de pára-excitação, permitindo à situação analítica funcionar como um reorganizador da libidinização do corpo” (pg. 111).

Concordo com a autora quando reconhece que “tudo se passa como se a palavra do analista devesse incentivar essas jovens a desenvolverem seu poder imaginativo de tal forma que as vivências que tocam *o corpo próprio, o espaço afetivo e o espaço de pensamento* não fiquem privados de possibilidades metafóricas”.

Referências

- BIDAUD, Eric. *Anorexia mental, ascese, mística*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.
- CHANDLER, Eduardo. “Escisión y contexto em la anorexia nervosa” in: *Actualidad Psicológica*, Ano XXVI, pp 12-15, n° 288, Julio de 2001.
- VICTOI, Anna. “Cybelle: o tratamento de uma adolescente anoréxica”; In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol. IV, n°3, pp. 89-115, setembro de 2001.
- BRUSSET, B., COUVREUR, C. e FINE. A. *A Bulimia*, São Paulo: Escuta, 2003.
- PONTALIS, J-B. *Entre o sonho e a dor*, São Paulo, Idéias e Letras, 2005.
- FERNANDES, Maria Helena. *Transtornos alimentares: anorexia e bulimia*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

Resumos:

Este trabajo se propone hacer una articulación entre el juego infantil “Abra la boca y cierra los ojos” con la clínica de la anorexia y la bulimia. En el trabajo clínico con estos pacientes es posible observar una adolescente-joven mujer transitando ora en la posición de rechazo, con la boca cerrada y los ojos bien abiertos, ora en la posición de llenarse-vaciarse, con la boca que no cierra.

A partir del relato de un fragmento clínico, algunas cuestiones serán abordadas:

- *¿Cómo la boca cerrada y los ojos bien abiertos en la anorexia y la boca que no cierra en la bulimia pueden tener otra existencia?*

- *¿Cómo se efectúa el pasaje de una oralidad primaria – marcada por la extrema dependencia e indiferenciación con el objeto primario – para una oralidad secundaria, en la cual es posible hacer circular la carga libidinal a objetos secundarios y vivenciar un placer que implica la totalidad del cuerpo, un placer distribuido por el cuerpo?*

Palabras claves: *anorexia, bulimia, oralidad, imagen corporal, transferencia.*

L’intention de ce travail est d’établir une articulation entre le jeu d’enfant «Ouvre la bouche et ferme les yeux» et la clinique d’anorexie et de boulimie. Cette clinique permet

d'observer la transition d'une adolescente / jeune femme entre la position du refus caractérisée par une bouche fermée et des yeux grands ouverts et une position d'ingestion / évacuation caractérisée par une bouche ouverte en permanence.

À partir d'un rapport d'un fragment clinique nous discutons les questions suivantes :

- Avec la bouche fermée et les yeux grands ouverts de l'anorexie et la bouche ouverte en permanence de la boulimie, pouvons-nous vivre une autre existence?

- Comment s'opère le passage d'une oralité primaire – marquée par l'extrême dépendance et l'indifférenciation à l'objet primaire – à une oralité secondaire qui permet de faire circuler la charge libidinale sur des objets secondaires et de vivre un plaisir qui implique la totalité du corps, un plaisir distribué parmi le corps tout entier?

Mots-clés: anorexie, boulimie, oralité, image corporelle, transfert

This article is meant as an articulation between the children's game of "close your eyes and open your mouth," and clinical work with anorexia and bulimia. In such clinical work, one can note that the adolescent/young woman oscillates between a position of refusal, with her mouth closed and her eyes wide open, and other moments of filling out/emptying, with a mouth that will not close.

Based on the account of a clinical fragment, several questions are taken up:

- How can the closed mouth and wide-open eyes in anorexia and the mouth that will not close, in bulimia, have another existence?

- How does the transition from primary orality - marked by extreme dependence and indistinctness of the primary object - to secondary orality. In this secondary orality libidinal energy can circulate to secondary objects and pleasure can be experienced that implies the wholeness of the body, a pleasure distributed throughout the body?

Key words: Anorexia, bulimia, orality, bodily image, transference

Ana Cecília Magtaz

Psicóloga; psicanalista; doutoranda no Laboratório de Psicopatologia Fundamental do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP; professora do Curso de Psicopatologia da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Rua Prof. Pedro da Cunha, 65/cj. 31 – Perdizes

05010-20 São Paulo, SP

Tel: 55 11 3675-0584

e-mail: acmscaz@uol.com.br

Manoel Tosta Berlinck

Sociólogo; psicanalista; Ph.D. pela Cornell University; professor aposentado da UNICAMP; professor do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia

Clínica da PUC-SP, onde dirige o Laboratório de Psicopatologia Fundamental; presidente da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental (2002-2004 e 2006-2008); editor responsável da *Pulsional Revista de Psicanálise* e *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*; diretor da Livraria Pulsional e da Editora Escuta.

Rua Tupi, 397 – 10º andar – sala 103
01233-001 São Paulo, SP
Telefax: 55 11 3825-8573
e-mail: mtberlin@uol.com.br

Recebido em 11 de fevereiro de 2007
Aprovado em 14 de abril de 2007
Revisado em 10 de maio de 2007