

MARIA SALETE JUNQUEIRA LUCAS

**UMA VISÃO PSICANALÍTICA SOBRE PACIENTES COM
TRANSTORNOS ALIMENTARES**

PUC- CAMPINAS

2015

MARIA SALETE JUNQUEIRA LUCAS

**UMA VISÃO PSICANALÍTICA SOBRE PACIENTES COM
TRANSTORNOS ALIMENTARES**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Scrito Senso em Psicologia do Centro de Ciências da Vida – PUC – Campinas, como requisito para obtenção do título de Doutor em Psicologia como Profissão e Ciência.

Orientadora: Prof. Dra. Tânia Mara Marques
Granato

PUC- CAMPINAS

2015

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas

t157.9 Lucas, Maria Salete Junqueira.
L933v Uma visão psicanalítica sobre pacientes com transtornos alimentares / Maria Salete Junqueira Lucas. - Campinas: PUC-Campinas, 2015. 163p.

Orientadora: Tânia Mara Marques Granato.
Tese (doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.

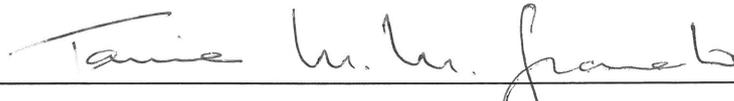
1. Psicologia clínica. 2. Psicanálise. 3. Distúrbios alimentares. 4. Doenças - Aspectos psicossomáticos. I. Granato, Tânia Mara Marques. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

18. ed. CDD – t157.9

MARIA SALETE JUNQUEIRA LUCAS

**UMA VISÃO PSICANALÍTICA SOBRE PACIENTES
COM TRANSTORNOS ALIMENTARES**

BANCA EXAMINADORA



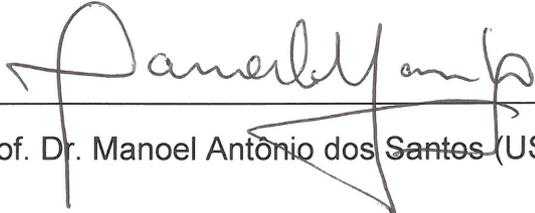
Presidente Profa. Dra Tânia Mara Marques Granato



Profa. Dra. Tânia Maria José Aiello Vaisberg



Profa. Dra. Vera Engler Cury



Prof. Dr. Manoel Antonio dos Santos (USP-RP)



Profa. Dra. Miriam Tachibana (Pós- Doutoranda)

PUC-CAMPINAS

2015

LUCAS, Maria Salete Junqueira. Uma visão psicanalítica sobre pacientes com transtornos alimentares. 126 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Campinas, 2015.

RESUMO

Considerando que os transtornos alimentares são patologias cuja incidência é crescente no cenário contemporâneo e podem levar à morte ou à incapacitação física e emocional, esta pesquisa tem o objetivo de compreender o sofrimento de pacientes com transtorno alimentar, a fim de possibilitar reflexões teóricas que iluminem as práticas clínicas nesta área. Trata-se de pesquisa qualitativa de orientação psicanalítica, cujo enfoque winnicottiano apoia-se sobre o pressuposto de que o transtorno alimentar constitui-se como organização defensiva de dupla função, uma que informa sobre uma débil integração psicossomática, enquanto outra atesta a esperança de que o processo de integração seja retomado. Como participantes deste estudo foram convidados quatro pacientes adultos voluntários dentre aqueles que buscam o serviço de uma clínica-escola de uma universidade do interior de São Paulo. Como procedimento investigativo foram realizadas entrevistas iniciais inspiradas nas Consultas Terapêuticas de Winnicott, com o objetivo de estabelecer um diagnóstico psicanalítico e uma orientação terapêutica para cada paciente, enquadre que já faz parte do protocolo de atendimento da instituição onde foi desenvolvido este estudo, além de sessões de psicoterapia com os participantes. As entrevistas e as sessões foram registradas logo após o encontro com cada um dos participantes, sob a forma de narrativas as quais foram analisadas à luz da psicanálise winnicottiana. O material clínico assim obtido aponta para experiências que não puderam ser vividas em um campo de angústias indizíveis, ensejando defesas que ameaçam a integração psicossomática do indivíduo, ao mesmo tempo que buscam restabelecer a integração perdida. Destacamos a necessidade de um trabalho de sustentação do sofrimento da família do paciente que, dessa forma, passa a ser coadjuvante de seu tratamento, além do papel da cultura da magreza nesse tipo de sofrimento. Pudemos ainda atestar nos encontros com os participantes deste estudo que uma relação terapêutica afinada às necessidades emocionais do paciente com transtorno alimentar é condição necessária para lidar com experiências extremas que são marcadas pelo excesso ou pela privação sem jamais encontrar um ponto de equilíbrio ou de repouso.

Palavras Chave: Transtornos alimentares, Psicanálise, Integração Psicossomática, WINNICOTT, DONALD WOODS (1896-1971).

LUCAS, Maria Salete Junqueira. *A psychoanalytical view on patients with eating disorders* Campinas, 2015. 126 p. Doctoral thesis. Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

ABSTRACT

Considering that eating disorders are pathologies whose incidence is growing in contemporary society and that they may lead to death or physical and emotional disability, this work aims to understand the suffering of patients with eating disorders, in order to enable theoretical considerations which shed light on the clinical practices in this context. It is qualitative research with psychoanalytic orientation, whose Winnicottian approach is based on the assumption that the eating disorders constitute a defensive organization of double function, one that reports on a feeble psychosomatic integration while another attests to the hope that the integration process might be resumed. As participants of this study, four adult volunteer patients were invited amidst those who seek the services of a school clinic of a university in the state of São Paulo, Brazil. As research procedures, initial interviews were carried out, inspired by Winnicott's therapeutic consultations, aiming to establish a psychoanalytical diagnosis and a therapeutic orientation for each patient, a framework that is already part of the care protocol at the institution where this research was developed, and also psychotherapy sessions with the participants. The interviews and the sessions were registered soon after each encounter with the participants, in the form of narratives, which were examined in the light of Winnicott's psychoanalysis. The clinical material indicates experiences which could not be lived, in a field of unthinkable anxieties, triggering defense mechanisms that threaten the psychosomatic integration of the individual at the same time in which they seek to reestablish that lost integration. The suffering of the patient's family needs to be addressed, and that is most important to the patient's treatment because the family will then become supportive of the treatment. Furthermore, the role of the thin culture in that kind of suffering is emphasized. During the encounters with the participants of this study, one was also able to attest that a therapeutic relation aligned with the emotional needs of the patient with eating disorders is a necessary condition to deal with extreme experiences that are characterized either by excesses or by privation without ever reaching a point of balance or rest.

Keywords: eating disorders, psychoanalysis, psychosomatic integration, WINNICOT, DONALD WOODS (1896-1971).

LUCAS, Maria Salette Junqueira. *Una visión psicoanalítica sobre pacientes con trastornos alimentarios*. Campinas, 2015. 126 p. Tesis de Doctorado. Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

RESUMEN

Como los trastornos alimentarios son enfermedades cuya incidencia está creciendo en la sociedad contemporánea y pueden llevar a la muerte o la discapacidad física y emocional, esta investigación tiene como objetivo comprender la experiencia emocional de los pacientes con trastornos de la alimentación, para permitir las reflexiones teóricas que iluminan la práctica clínica en el tratamiento de estos pacientes. Se trata de una investigación cualitativa de orientación psicoanalítica, cuyo enfoque winnicottiano se apoya en la hipótesis de que el trastorno alimentario se constituye como organización defensiva de función dual, una que informa sobre una débil integración psicosomática, mientras la otra atestigua esperanza de que el proceso de integración se reanude. Como participantes de este estudio, cuatro pacientes adultos voluntarios fueron invitados en medio de los que buscan los servicios de una clínica-escuela de una universidad en el estado de São Paulo, en Brasil. Como los procedimientos de investigación, entrevistas iniciales se llevaron a cabo, inspirado en las consultas terapéuticas de Winnicott, con el fin de establecer un diagnóstico psicoanalítico y el manejo terapéutico para cada paciente, marco que ya forma parte del protocolo de atención de la institución que se desarrolló esta investigación, además de las sesiones de psicoterapia con los participantes. Las entrevistas y las sesiones se registraron poco después de la reunión con cada uno de los participantes en forma de narraciones que fueron analizados a la luz del psicoanálisis de Winnicott. Así, el material clínico obtenido indica a experiencias que no se pueden experimentar, en un campo de angustia indecible, ocasionando defensas que amenazan la integración psicosomática de la persona, mientras la búsqueda de restablecer la integración perdida. Destacase la necesidad de apoyar el trabajo de la familia del paciente, que sufre, y se convierte, así, en un complemento al tratamiento, además de la función de la cultura de la delgadez en ese tipo de sufrimiento. Se puede decir también que, en las reuniones con los participantes de este estudio, una relación terapéutica en sintonía con las necesidades emocionales del paciente con un trastorno de la alimentación es una condición para hacer frente a experiencias extremas que están marcadas por excesos o por privaciones, sin encontrar equilibrio o descanso.

Palabras clave: Trastornos alimentarios, psicoanálisis, Integración Psicosomática, WINNICOTT, DONALD WOODS (1896-1971).

DEDICATÓRIA

Antes, as dedicatórias eram para Acauã e Cairê; agora, acrescento Michelle, Gabriela e Antônio, pela felicidade de compormos uma família.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Tânia Mara Marques Granato pelo holding inestimável que me proporcionou em um momento difícil da minha vida acadêmica, me acolhendo e me sustentando nessa aprendizagem.

Aos meus pacientes, “Ana”, “Laura”, “Lucas” e “Maria” pela convivência emocional que se transformou em ajuda mútua.

À minha irmã Maria Silvia, meu cunhado Robert e meu afilhado Artur, por terem sido o meu porto seguro nesses quatro anos de doutorado, me oferecendo casa, comida, proteção e carinho.

Aos professores, Dra. Elisa Yoshida e Dr. Manoel Antônio dos Santos, quando do Exame de Qualificação, pelos importantes comentários que ajudaram a enriquecer a minha tese.

A minha família, que sempre acreditou em mim, à minha mãe Mayda, que ama viver, meu pai Newton (in memoriam), meus tios Neusa e Mauro, meus primos Alzira e Maurinho (in memoriam), à Edvânia e Clarice (os anjos que cuidam da minha mãe e que se tornaram minhas irmãs). Todos eles sempre estiveram comigo nessa jornada.

Às amigas queridas Felícia Bighetti Sarrassini e Marina Garcia Manochio Pina, não só minhas companheiras de trabalho no Neota (Núcleo de pesquisa e atendimento à pacientes com transtorno alimentar e obesidade), mas também parceiras na vida, compartilhando as dores e as alegrias do nosso cotidiano.

À minha amiga Kênia Peres, pelo amor e carinho em tudo que vivemos juntas, desde a convivência no consultório, uma simples viagem, falar de encontros e desencontros, até o nosso apreço pela Psicanálise.

À Claudia Haddad Caleiro Pereira, coordenadora do curso de Nutrição da Unifran, pelo apoio que sempre me deu e pela importância que credita ao fato da Psicologia e Nutrição trabalharem juntas.

A todos os amigos queridos do programa de pós-Graduação da Puc-Campinas, especialmente, Soraia Cicone, Carol Cruz, Claudia Faria, Ricardo Telles, Marília Cesariano, Sylvia Labrunetti, Renata Tasca, Vanildo Paiva, Michele Carmona, Cleber Moraes, Mariana Biffi, Laís Dester, Marina Autuori e Márcia Miranda.

A todos os alunos que se tornaram amigos, depois de caminharem comigo no estágio de atendimento a pacientes com transtorno alimentar e obesidade, especialmente os estagiários que dividiram as angústias e descobertas do último ano do meu doutorado, Maíra Xavier,

Patrícia Fernandes, Amanda Cavalini, Rodolfo Anjos, Loren Saqueto, Camila Assis, Lilian Silva, Milena Cardoso, Ana Cristina de Oliveira, Aline Cristina Franco.

Às minhas amigas e aos meus amigos que tiveram a paciência e a impaciência de esperar eu acabar a tese para que pudéssemos retomar nossa convivência.

À amiga Francine Veríssimo, fisioterapeuta e professora de pilates, que me socorreu toda vez que eu me debruçava demasiadamente nos estudos e esquecia que o corpo é a morada da alma.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, pelo auxílio da bolsa reitoria.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
CAPÍTULO 1: UM PANORAMA DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	12
CAPÍTULO 2: PERSPECTIVAS PSICANALÍTICAS SOBRE OS TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	21
CAPÍTULO 3: TRANSTORNOS ALIMENTARES À LUZ DA PSICANÁLISE WINNICOTTIANA	34
CAPÍTULO 4: OBJETIVO.....	53
CAPÍTULO 5: ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS.....	54
5.1 <i>Opção teórico-metodológica.....</i>	54
5.2 <i>Participantes.....</i>	57
5.3 <i>Procedimento.....</i>	58
5.4 <i>Local da pesquisa.....</i>	59
5.5 <i>Análise das narrativas.....</i>	60
5.6 <i>Considerações Éticas.....</i>	60
CAPÍTULO 6: O PERCURSO NA CLÍNICA PSICANALÍTICA DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	61
6.1 <i>Os primeiros passos: as entrevistas iniciais.....</i>	61
6.2 <i>O corpo como expressão do conflito emocional.....</i>	67
6.3 <i>O transtorno alimentar como resposta adicta do paciente.....</i>	70
6.4 <i>Adentrando o universo dos excessos: as sessões de psicoterapia.....</i>	75
6.5 <i>Abuso de álcool e drogas como comorbidade.....</i>	80
6.6 <i>O corpo como lócus da dor psíquica.....</i>	84
6.7 <i>O paciente com transtorno alimentar e sua família.....</i>	89
6.8 <i>O pai para o paciente com transtorno alimentar.....</i>	94
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
REFERÊNCIAS	104
ANEXO 1: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	116
ANEXO 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	120
ANEXO 3: TERMO DE CONSENTIMENTO DA UNIVERSIDADE DE FRANCA.....	122

APRESENTAÇÃO

Esta tese de doutorado começou muito antes de ser sistematizada em constructos teóricos e técnicos de um projeto para participar do exame de seleção do Programa de Pós-graduação da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Ela se situa no início de minha formação psicanalítica, com base no tripé que orientava a minha prática: o grupo de estudos, a supervisão e a minha análise pessoal.

Nesta época, há mais de 20 anos, eu fazia parte de um núcleo de estudos e formação que promovia eventos com a participação de diversos palestrantes que se concentravam em temas psicanalíticos e seminários clínicos. Em um desses encontros fui escolhida para apresentar um caso clínico, o que aceitei prontamente. Apresentei a história de uma menina de 15 anos de idade que se recusava a comer e que demonstrava um sofrimento atroz diante das exigências de ter que crescer, de se deparar com sentimentos de amor e ódio, de inveja e ciúmes de sua mãe, uma boa nutriz, a qual tinha sido capaz de gerar outros filhos, depois do nascimento da paciente.

Esta paciente causava-me a impressão de que não queria ser vista pelas pessoas no mundo, não queria ter um corpo que teimava em crescer com as alterações da puberdade que ocorriam à sua revelia. Interessante observar que na supervisão o termo anorexia nervosa não foi pronunciado uma única vez pelo supervisor, ficando evidente que este era um caso difícil, pouco conhecido e que naquela época ainda não se dava o devido valor para essas manifestações, as quais correspondiam a sofrimentos corporais como metáforas de uma dor psíquica. Ainda nessa ocasião, o supervisor chegou a questionar a possibilidade desta paciente ser submetida à análise.

Desde então muito tempo se passou e hoje podemos trabalhar com uma nova perspectiva de compreensão do processo analítico, de acordo com a qual teoria e técnica se articulam e se transformam para acolher as patologias que emergem na contemporaneidade. A clínica psicanalítica evoluiu refutando a crítica de que a Psicanálise é uma ciência em crise, ou ainda uma prática que não dá conta de efetivamente amenizar o sofrimento da população. A necessidade de reformular a prática é um ponto nodal a que Freud sempre se referiu, quando dizia que não queria uma ciência caduca que não precisasse jamais ser modificada (Freud, 1923). Esta tarefa foi assumida por autores psicanalistas para reformular conceitos e

técnicas de acordo com as demandas das subjetividades contemporâneas, que emergem em meio às grandes mudanças culturais e sociais que hoje testemunhamos.

Penso que esta pesquisa de doutorado nasceu nesse (des)encontro analítico, vindo mais tarde a se constituir como um dos meus campos de trabalho, tanto em minha prática privada quanto na clínica-escola cuja demanda de atendimento aos transtornos alimentares é cada vez mais frequente. Se naquele tempo uma abordagem psicanalítica consistente dos transtornos alimentares não era sequer pensada, hoje há um cenário profícuo de reflexões psicanalíticas sobre esse tipo de sofrimento, trazendo contribuições importantes para o seu diagnóstico e tratamento.

Este trabalho está organizado em sete capítulos. No capítulo 1 apresento um panorama dos transtornos alimentares, seus critérios diagnósticos, incidência e prevalência. No capítulo 2 relaciono as perspectivas psicanalíticas sobre os transtornos alimentares, elencando as principais contribuições da psicanálise para este tema. No capítulo 3 discuto a psicoterapia psicanalítica dos transtornos alimentares à luz da psicanálise winnicottiana, principal referencial teórico desta pesquisa. No capítulo 4 considero os objetivos da pesquisa. No capítulo 5 descrevo a metodologia empregada na tese. No capítulo 6 apresento os casos clínicos, a partir do entrelaçamento das narrativas produzidas nos encontros com o manejo clínico que os transtornos alimentares requerem. No capítulo 7 teço considerações sobre o percurso produzido pela pesquisa, esperando que com este estudo, possamos avançar um pouco mais na compreensão e no tratamento dos transtornos à luz da perspectiva winnicottiana.

CAPÍTULO 1

UM PANORAMA DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Para entendermos como estão estruturados os conhecimentos sobre os transtornos alimentares, é necessário remontarmos aos diversos saberes que o compreendem. De acordo com a psiquiatria, os transtornos alimentares (TA) são distúrbios de etiologia multifatorial, caracterizados por uma grave alteração do comportamento alimentar e do padrão corporal, sendo a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN) suas duas principais manifestações (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997). A conjugação de fatores biológicos, de vulnerabilidade genética, fatores socioculturais, familiares e psicológicos aumenta a probabilidade do aparecimento dos transtornos alimentares, de acordo com Morgan, Vecchiatti e Negrão (2002).

Anorexia é uma palavra originada do grego *Orexis*, cujo significado é apetite, acrescida do prefixo *an*, que indica privação ou ausência (Abuchaim, 1998). De acordo com Cordás e Salzano (2011) este termo não é adequado, visto que os pacientes anoréxicos não perdem o apetite, mas negam a fome. Nesse caso, o mais apropriado seria o termo alemão *pubertaetsmagersucht*, significando busca pela magreza na puberdade.

Conforme Garfinkel, Lin e Goering (1996), o paciente com anorexia nervosa recorre a uma inanição autoimposta que vai se estabelecendo cada vez mais como comportamento exemplar do transtorno. Nesse contexto há uma luta constante contra a fome, podendo o paciente atingir uma condição em que a negação total da necessidade de se alimentar se impõe como forma peculiar de viver, cujo paradoxo é justamente aniquilar a própria vida.

Para alguns autores esse transtorno alimentar se caracteriza por dietas extremamente restritivas autoimpostas, padrões bizarros de comportamento alimentar, pavor de engordar, acentuada perda de peso e manutenção deste abaixo do mínimo considerado normal, além da busca desenfreada por um ideal de magreza, distorção da imagem corporal e alterações do ciclo menstrual (Cordás & Salzano, 2011; Kaplan, et al., 1997; Ribeiro & Santos, 2013).

Em relação à amenorreia, o DSM-IV (1995) a considerava como um fator característico da anorexia nervosa. Já para Garfinkel et al. (1996), embora este fosse um importante sintoma, a amenorreia não deve ser considerada um critério diagnóstico, uma vez que em muitos casos de anorexia nervosa as pacientes continuavam a menstruar após

acentuada perda de peso. Na elaboração do DSM-5 (2014) este critério foi excluído, em função de pacientes com AN que menstruavam, além de considerar que as pacientes poderiam estar em uma fase de pré-menarca, ou serem usuárias de contraceptivos orais, ou ainda estarem em período pós-menopausa. Para a classificação dos transtornos alimentares no Brasil são usados os manuais DSM-V (referência nos Estados Unidos, mas com repercussão no Brasil também), e o CID-10, sendo este considerado a referência oficial no Brasil.

Segundo Nunes e Ramos (1998) os critérios diagnósticos do CID-10 alcançaram maior explicitação em relação aos sintomas que caracterizam a AN elencando a perda de peso, distorção da imagem corporal com pavor mórbido de engordar, transtorno endócrino generalizado como critérios para a classificação da anorexia nervosa. Existem ainda outros critérios relacionados, mas que não são considerados essenciais, tais como vômitos e purgação autoinduzidos, e excesso de atividades físicas.

Em relação ao DSM-V (2014) os critérios diagnósticos para os transtornos alimentares são: restrição da ingestão energética pelos pacientes ocasionando peso baixo para idade, sexo, trajetória do desenvolvimento e saúde física; comportamento persistente que interfere com o ganho de peso mesmo estando com baixo peso e falta de reconhecimento de que o peso está baixo. Há dois tipos de anorexia nervosa: o restritivo – quando o paciente não tem compulsão e purgação, mas faz dieta, jejum e exercícios físicos, e o tipo compulsivo/purgativo – quando o paciente tem compulsões e/ou vômitos, abuso de laxantes e exercícios físicos.

Conforme Dunker e Philipi (2003), além dos critérios expostos acima o quadro clínico da anorexia nervosa é conhecido por causar muitas alterações fisiológicas, tais como distúrbios gastrointestinais, hematológicos, metabólicos e cardiovasculares, que atuam como mantenedores do transtorno alimentar, podendo, em alguns casos, levar à morte.

Outra síndrome que faz parte dos transtornos alimentares é a bulimia nervosa. Bulimia nervosa é um termo que deriva do grego *bous* que significa boi, enquanto *linos* alude à fome (Abuchaim, 1998), expressando o que se poderia chamar “fome de boi”, isto é, uma vontade incontrolável de comer de forma animalesca (Miranda, 2004). Este impulso de comer de forma voraz e indiscriminada costuma desencadear nos pacientes intenso sentimento de culpa e o medo de engordar.

Após os episódios bulímicos (*binge eating*), os pacientes chegam a adotar medidas extremas, a fim de evitar o ganho de peso devido à ingestão exagerada de alimentos (Cordás & Salzano, 2011; Kaplan et al., 1997; Lawrence, 2003; Ribeiro & Santos, 2013). São comuns os comportamentos compensatórios para controlar o peso, tais como o excesso de

exercícios físicos, dietas rigorosas, vômito autoinduzido, além do uso de diuréticos, laxantes e anorexígenos (Kaplan et al., 1997; Lisondo, 2004).

Em relação aos critérios diagnósticos da bulimia nervosa, no DSM-V (2014) foi modificada a frequência da compulsão alimentar para caracterizar o quadro, sendo estimada em uma vez por semana durante 3 meses. Além desta mudança também houve a exclusão dos subtipos. Os demais critérios diagnósticos para identificar esse transtorno são ingestão de quantidade excessiva de alimentos em curto espaço de tempo, sentimento de falta de controle sobre o que está comendo durante a compulsão alimentar, autoavaliação indevidamente influenciada por forma e peso corporal, dentre outros.

Na CID-10 encontramos critérios parecidos ao DSM-5, com a diferença que para a CID-10 a hiperfagia é considerada critério diagnóstico de BM quando ocorre duas vezes por semana, por três meses. Além disso, são considerados o medo de engordar e o fato de que os diabéticos negligenciam o tratamento insulínico.

A bulimia nervosa se inicia da mesma maneira que a anorexia nervosa, podendo ser no começo de uma dieta, a “dieta da moda” ou por ter ouvido de algum médico a recomendação de que deveria emagrecer (Dunker, Alvarenga & Pereira, 2007). É a partir de uma restrição alimentar que o calvário é deflagrado, alternando restrição e compulsão, o transtorno alimentar causa um padrão caótico na vida da pessoa, conforme apontam Alvarenga e Philippi (2011): “Em certos dias, os pacientes podem realizar refeições mais estruturadas, enquanto alguns dias possam ser restritivos e outros mais inadequados, desestruturados e excessivos, caracterizando um padrão ‘caótico’”(p. 27). O padrão irregular de alimentação gera uma ingestão de nutrientes inadequada, quadro em que os mecanismos de fome, apetite e saciedade ficam prejudicados (Alvarenga & Dunker, 2004).

Os pacientes são inundados com pensamentos obsessivos sobre o modo como irão se alimentar, e depois de um quadro compulsivo, relatam sentimento de culpa e vergonha pela fome que se apoderou neles. De acordo com Cunha, Sicchieri e Calil (2007), após a compulsão, os pacientes vomitam porque não aguentam mais a sensação de ter alimento no estômago, suas narrativas são de que apreciam muito mais ficar com a sensação de estômago vazio, como se isso os deixassem magros, limpos e puros. Segundo Alvarenga e Phillippi (2011) os pacientes acreditam que os vômitos, os laxantes e os diuréticos previnem o ganho de peso, além de facilitar a perda de peso. Dado o ato purgativo intencionado o paciente passa grande parte do dia preocupado com os alimentos, suas calorias, quais os alimentos que gostaria de comer, e quais serão mais fáceis para a posterior purgação.

Os pacientes travam uma luta diária para comer menos e para fazer dieta, sentem-se decepcionados e enraivecidos quando identificam que estão com fome. Os comportamentos em torno da alimentação obedecem a rituais singulares que variam segundo padrões pessoais, como não querer comer na frente de outras pessoas, ou não sair para comer com amigos porque ficará estampada a compulsão que teima em esconder. Para Alvarenga e Dunker (2004) é possível identificar o uso da comida por pacientes bulímicos como um modo de reagir em face dos problemas emocionais, o que nem sempre fica claro no caso da anorexia nervosa.

As comorbidades psiquiátricas são muito comuns em quadros de transtorno alimentar, sendo de suma importância identificá-las para que o tratamento seja delimitado de modo a atender as necessidades de cada paciente. Vale lembrar que diante de problemáticas complexas como é o caso dos TA é preciso dotar o atendimento com uma equipe interdisciplinar, cujas intervenções tendem a se constituir como a melhor postura profissional diante de transtornos com causas multifatoriais.

As comorbidades mais frequentes são os transtornos de humor, os transtornos ansiosos, o abuso de substâncias psicoativas e os transtornos de personalidade. De acordo com Sassi Jr. e Sassi (2011, p. 200), “ a incidência de sintomas de transtornos de humor ao longo da vida em pacientes com anorexia nervosa é quase universal, chegando até a 98%”. Os transtornos de humor mais comumente observados são a depressão, a mania, e o transtorno afetivo bipolar. É preciso ser criterioso para realizar o diagnóstico de depressão, visto que esses pacientes possuem baixo peso corporal e alterações no metabolismo da glicose que podem reforçar, como sintomas secundários, a hipótese de depressão, sendo esta, a comorbidade mais frequentemente encontrada na BN. Para Sassi Jr. e Sassi (2011) a depressão pode preceder ou suceder a bulimia nervosa, sendo que há evidências moderadas de correlação genética entre bulimia e depressão.

Os transtornos de ansiedade são encontrados como comorbidades dos transtornos alimentares em larga escala ao longo da vida dos pacientes. O transtorno obsessivo compulsivo (TOC) tem uma elevada frequência tanto em pacientes com AN como BN. De acordo com Sassi Jr. e Sassi (2011), a frequência do TOC na AN é aproximadamente 22,4% enquanto para BN a média é de 12,9%, sendo este um transtorno que influencia grande parte da resposta desfavorável ao tratamento, pois esses pacientes entendem que qualquer tipo de intervenção configure uma traição às suas ideias e à sua vida.

É frequente observar o uso de substâncias psicoativas nos TA, pois “tais substâncias estão relacionadas com compulsão, quadros delirantes, autoagressão e até atos

suicidas, aumentando a morbidade desses pacientes” (Sassi Jr. e Sassi, 2011, p. 202). Pela minha experiência clínica, os pacientes que fazem uso de alguma substância psicoativa dificultam bastante a adesão ao tratamento porque alternam períodos de abstinência com o abuso dessas substâncias.

Em relação aos transtornos de personalidade, eles são mais encontrados em pacientes com BN, sendo que o borderline e o histriônico são os mais frequentes. Pacientes com AN não costumam apresentar transtornos de personalidade.

Segundo Nielsen (2001), Pinzon e Nogueira (2004), além de Sz mukler, Dare e Treasure (1995) a AN atinge entre 0,5% e 3,7% da população, enquanto a BN atinge entre 1,1% e 4,2% da população anualmente. Dessa população mundial a proporção de mulheres atingidas é de 8 por 100 mil, entre homens a proporção é de menos de 0,5 por 100 mil anualmente.

Os TAs afetam predominantemente adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, podendo prejudicar a consolidação de funções orgânicas essenciais bem como o amadurecimento de fatores estruturantes da personalidade, ameaçando o desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo. O pico de maior incidência dos transtornos alimentares ocorre entre os 15 e 19 anos, sendo que a AN tem seu pico entre 12 e 15 anos e a BN entre 18 e 20 anos. De acordo com a minha experiência profissional observo que essas estatísticas estão mudando, pois estamos recebendo cada vez mais homens para tratamento, além de crianças menores de 12 anos.

Estudos realizados no Sudeste brasileiro apontam que 12,5% de crianças e adolescentes com idade entre 7 e 14 anos apresentam pelo menos um transtorno psiquiátrico (Fleitlich-Bilyk, 2004). Diante da fragilidade psíquica desta população é notório como o transtorno alimentar avança a passos largos acompanhando os transtornos psiquiátricos, apontando assim a necessidade de que o país invista em pesquisa, tratamento e projetos de prevenção nas escolas e instituições de saúde, pois se ainda afetam 1% dos adolescentes somente, são responsáveis por 1% a 18% da mortalidade desta população.

De acordo com Fleitlich-Bilyk (2004), os pacientes mais jovens com transtorno alimentar costumam apresentar quadros parciais, o autor cita exemplos de meninas de 11 ou 12 anos, as quais ainda não tiveram perda de peso acentuada nem a amenorreia que caracterizam o quadro. Entretanto, diante destes quadros parciais é de suma importância uma intervenção efetiva com equipe multidisciplinar para que a saúde física e emocional dos pacientes não se deteriore e haja uma boa resposta ao tratamento.

No tocante à incidência de transtornos alimentares em homens, a literatura aponta que a proporção de um homem para cada dez mulheres. De acordo com Andrade e Santos (2009), a partir dos anos de 1980 têm início os estudos com homens com transtornos alimentares, sendo constatado que este grupo, diante de expectativas socioculturais quanto ao corpo magro, passa a se preocupar com sua imagem corporal, exibindo o mesmo tipo de sofrimento antes encontrado apenas em mulheres.

Para Facchini (2006) a pressão social contribuiu para a subjetivação de sintomas anoréxicos e bulímicos, refletindo no comportamento alimentar, na prática de exercícios físicos e na adoção de dietas. A incidência destes transtornos tem aumentado e tem sido associada à contemporaneidade e seus paradoxos, ao privilegiar o culto ao corpo magro, ao mesmo tempo em que oferece uma abundância de alimentos (Azevedo & Abuchain, 1998).

Scagliusi e Lourenço (2011), no artigo *A ditadura da beleza e suas consequências no discurso nutricional*, fazem uma referência ao filósofo Merleau- Ponty, quando este discorre sobre a importância da reflexão sobre as práticas corporais enquanto produtoras de identidade. Na cultura contemporânea o corpo magro é o padrão de beleza que vigora como uma ditadura, pois quem não se encaixa nesse padrão sofre a exclusão e a estigmatização de um ser desviante.

a fixação pela magreza constitui um ato de violência e sacrifício contra o próprio corpo, embora, aparentemente, ela seja propagada e divulgada como uma benfeitoria, tornando-se um distintivo. A mídia celebra as práticas restritivas e reformatórias, como cuidados saudáveis e invejáveis, culpando e ridicularizando aqueles que não as seguem, quando na verdade, tais práticas transformam o corpo em réu, carrasco e vítima. Ele é réu na medida em que suas imperfeições e descontroles afastam seu “ portador” da vida social; é carrasco, pois impõe práticas restritivas para reformá-lo e adequá-lo; e vítima, na medida em que sofre as consequências dessas mesmas práticas. (Scagliusi & Lourenço, 2011, p. 68)

Amparando-se em diversos estudos sobre o corpo na contemporaneidade, Santos (2012) afirma que quanto mais o ideal de um corpo magro é interiorizado pela população, mais o fracasso no emagrecimento é manifestado. A autora cita Lipovetsk (2000), ao informar que de 80% a 95% das mulheres que emagrecem, ainda não diagnosticadas com transtorno alimentar, voltam ao seu peso inicial, o que nos faz pensar que as expectativas quanto ao emagrecimento, aliadas ao seu fracasso ampliam o grupo de risco para desenvolver um transtorno alimentar, incluindo uma parcela da população que em um contexto social diverso não estaria tão vulnerável.

Embora comportamentos anoréxicos tenham sido relatados desde 1694 (Nunes & Ramos, 1998), a bulimia nervosa conta com relatos oriundos de fontes europeias que datam de mais de 2000 anos. Todavia, o reconhecimento da Bulimia como síndrome é recente, datando de 1940, época em que a Bulimia passa a ser relacionada à anorexia nervosa (Abuchaim, 1998). O primeiro caso bem documentado foi o de uma paciente de Ludwig Binswanger, em 1944, a qual desenvolvera estratégias para perder peso, como a indução de vômito, após episódios de compulsão alimentar.

Para Garner e Garfinkel (1980), além do grupo de mulheres adolescentes e jovens, alguns grupos ocupacionais, tais como modelos, atrizes, bailarinas, atletas, nutricionistas e *jockeys* parecem estar particularmente vulneráveis aos transtornos alimentares. Tal argumentação se baseia na hipótese de que estes grupos estão expostos a uma maior pressão no sentido do emagrecimento, devido a expectativas de alto desempenho profissional.

Alvarenga e Phillippi (2011) consideram como fatores importantes para compreender os transtornos alimentares o consumo, a estrutura e as atitudes alimentares dos pacientes. As autoras salientam que estes padrões estão seriamente comprometidos, os pacientes fazem uso de dietas restritivas como verdadeiros nutricionistas, no sentido de saberem o valor calórico de cada alimento, restringindo a maioria dos alimentos e utilizando de mecanismos compensatórios para a perda de peso com laxantes, diuréticos e exercícios físicos excessivos.

O consumo e a estrutura alimentar inadequados têm uma relação direta com as atitudes alimentares disfuncionais próprias do T.A. Os indivíduos estabelecem um padrão irregular e não saudável, com consumo inadequado de energia e nutrientes porque possuem uma relação complicada com o alimento, crenças extremas ou radicais sobre nutrição, sentimentos confusos sobre o ato de alimentar e sobre os alimentos (raiva, desejo, culpa, negação) e, ainda, pensamentos obsessivos com a alimentação e seus possíveis efeitos no peso e no corpo e com o significado de comer (controle versus descontrole, por exemplo). (Alvarenga & Philippi, 2011, p. 23)

Em relação ao prognóstico e evolução dos transtornos alimentares as taxas de recuperação são muito variáveis. Segundo Ribeiro e Santos (2013), 30% a 40% dos pacientes com AN conseguem uma recuperação completa, 30% a 40% têm evolução mediana oscilando entre melhoras e recaídas, podendo inclusive evoluir para BN. O restante dos pacientes têm um mal prognóstico porque podem evoluir para quadros mais sérios. Já quanto à BN, 60%

dos pacientes conseguem uma recuperação completa, 30% têm evolução mediana e 10% não se recuperam.

As universidades têm um importante papel na construção e difusão do conhecimento científico, como é o caso da equipe do Grata da USP de Ribeirão Preto, do Programa de Transtornos Alimentares na Infância e Adolescência (Protad) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), do Programa de Transtornos Alimentares (Ambulim) do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP (IPQ), do Grupo Interdisciplinar de Assistência e Estudos em Transtornos Alimentares (Geta) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), do Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (Gota) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e do Núcleo de Estudos e Assistência à Pacientes com Transtornos Alimentares e Obesidade (Neota) da Universidade de Franca (UNIFRAN), núcleo do qual faço parte.

O Neota tem o objetivo de atender a comunidade que busca orientação nutricional, apoio psicoterapêutico e psiquiátrico. Foi fundado em junho de 2009 para responder à demanda que nessa época já era expressiva. Os profissionais que compõem essa equipe clínica são um nutricionista, um psicólogo, um médico psiquiatra e estagiários de Nutrição e Psicologia, além dos que prestam serviço quando são chamados a contribuir com o projeto delineado para cada paciente, como os fisioterapeutas e educadores Físicos da Unifran, assim como os médicos generalistas da rede de saúde de Franca.

O trabalho que venho desenvolvendo como supervisora dos trabalhos do Neota, sugere uma associação entre os transtornos alimentares e necessidades precoces, isto é, aquelas que orientam os primeiros cuidados maternos, tais como o segurar, a amamentação, o manejo corporal e psíquico, interações interpessoais que garantem o bem-estar físico e mental do bebê. As transformações físicas e psicológicas que acompanham a passagem da infância para a adolescência parecem desencadear nesses pacientes a reatualização de vivências precoces, a partir das quais não foi possível uma integração psicossomática satisfatória, situação que se expressa no transtorno alimentar.

A hipótese de que necessidades emocionais infantis estariam sendo comunicadas pelo transtorno alimentar como adoecimento marcado por dissociações entre psique e corpo, leva-me a interrogar o tipo de relação que pacientes portadores de transtornos alimentares estabelecem consigo, com seu corpo e com seu ambiente familiar. É sobre esse pano de fundo que pretendo investigar psicanaliticamente o fenômeno do transtorno alimentar, ou seja, buscando compreender como este sofrimento se articula e repercute na

relação que esses pacientes estabelecem com o transtorno alimentar, com o próprio corpo e com as figuras parentais.

CAPÍTULO 2

PERSPECTIVAS PSICANALÍTICAS SOBRE OS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Ana's Song: Open Fire, Silverchair¹

Please die Ana /For as long as you're here we're not/

You make the sound of laughter/And sharpened nails seem softer

And I need you now somehow/Open fire on the needs designed

On my knees for you/Open fire on my knees desires

What I need from you

Imagine pageant/In my head the flesh seems thicker

Sandpaper tears/Corrode the film

And I need you now somehow/Open fire on the needs designed

On my knees for you/Open fire on my knees desires

What I need from you

And you're my obsession/I love you to the bones

And Ana wrecks your life/Like an anorexia life

Open fire on the needs designed/On my knees for you

Open fire on my knees desires/What I need from you

Integrante da banda australiana de rock alternativo Silverchair, Daniel Johns compôs a música Ana's Song em 1999, quando passou a sofrer de anorexia nervosa. Nessa época o compositor relata que mesmo indisposto para compor e tocar teve de fazê-lo para poder expressar seu tormento.

A canção da Silverchair nos mostra um pouco do sofrimento dos pacientes com transtorno alimentar, pois sua letra apresenta os sentimentos envolvidos nesse transtorno. A

¹ Canção de Ana (Abra Fogo), Silverchair: Por favor, Ana, morra/Pois enquanto você estiver aqui, nós não estaremos/Você faz o som do riso/E as unhas afiadas parecem macias/E eu preciso de você agora, de algum modo/Abra fogo contra suas necessidades inventadas/Pois estou de joelhos por você/ O que eu preciso de você/ Abra fogo contra suas necessidades inventadas/pois estou de joelhos por você/Imagine um desfile/ Na minha cabeça elas parecem mais carnudas/Lágrimas de lixa/corroem filme/Ana você é minha obsessão/Eu te amo até os ossos/E Ana destrói sua vida/Como uma vida de anorexia. Abra fogo contra suas necessidades inventadas / De joelhos para você/ Abra fogo ajoelhada nos meus desejos / no que eu preciso de você. (Tradução livre da autora)

letra nos conta que a anorexia passa a suplantar a existência da pessoa. A relação que o indivíduo estabelece com a anorexia é fusionada, masoquista, entregando-se obsessivamente ao sintoma, mas ao conseguir êxito acaba criando sua própria prisão psíquica. O mundo anoréxico é povoado de despersonalização, autoimagem distorcida, afastamento da realidade, não sendo possível ao indivíduo existir enquanto a anorexia existir por ele, anulando seus desejos, proibindo suas vontades, inibindo suas capacidades, feito um vampiro que suga até a morte, com frieza, sem afeto, deslibidinizado.

Embora reconheça o enorme valor do conhecimento produzido pelas diversas áreas de abordagem dos transtornos alimentares, a perspectiva psicanalítica tem caminhado na contramão do discurso que se estabelece em torno da sintomatologia. A abordagem psicanalítica abandona este foco para se debruçar sobre a dinâmica que se origina da história psicoafetiva do paciente, reconhecendo a importância das motivações inconscientes, das experiências narcísicas e da problemática centrada nas relações de objeto que são estruturadas a partir do contexto familiar, social e cultural do paciente.

Para Freud (1911/1995b), o objetivo do tratamento psicanalítico consistia em facilitar uma reconfiguração das relações afetivas do paciente que assim procedendo tornar-se-ia mais livre das pressões instintuais. Por meio do método psicanalítico buscava-se tornar consciente o inconsciente reprimido, de modo a que este material ficasse disponível para uso do paciente, ao lidar com os desafios da vida, não havendo mais a necessidade de expressá-lo pela via do sintoma neurótico. Os esforços terapêuticos para o apaziguamento das pressões superegóticas do paciente também visavam uma maior aceitação de si e o desenvolvimento de posturas mais maduras diante dos conflitos inerentes à vida em comum.

Em uma das cartas que escreveu em 1895 a Fliess, Freud aponta para a relação existente entre melancolia e anorexia. Considerava que ambas estariam ligadas a um desenvolvimento precário da sexualidade, sendo o corpo concebido em sua totalidade como fetiche, a fim de obter qualquer falta ou desejo. Uma das pacientes de Freud, Frau Emmy Von N, comia muito pouco, não tomava água, tolerando apenas líquidos espessos. A paciente se referia a episódios angustiantes de sua infância, como quando sua mãe a obrigou a comer, horas depois, a carne que havia recusado, ou quando era assaltada pelo medo de ser contaminada pelos talheres e pratos da casa, desde que seu irmão contraíra a tuberculose (Freud, 1895/1995a).

O modelo clássico de Freud contemplava a noção de um inconsciente recalçado pela pulsão, cuja intervenção estava centrada na interpretação de conteúdos

reprimidos, pressupondo a existência de um eu unitário dotado de uma realidade psíquica pessoal.

É importante entendermos o percurso histórico da psicanálise para podermos compreender suas transformações e os novos modos de praticar a clínica: “é porque essa história permite visualizar a maneira pela qual a teoria, a técnica e a compreensão do processo analítico vão se transformando a partir do ato de trabalhar aquilo a que chamamos de problemas emergentes no campo” (Fuks, 2000a, p. 13). Embora não seja o objetivo deste capítulo aprofundar a compreensão do transtorno alimentar nos primórdios da psicanálise, é interessante conhecermos um pouco de sua história para podermos observar o salto qualitativo que foi dado na técnica hoje, quando atualmente consideramos que a interpretação só será possível se o indivíduo conseguiu estabelecer uma integração psicossomática, o que remete ao fato de que o paciente com transtorno alimentar precisará de um outro manejo para compreender e lidar com a natureza de suas necessidades.

Melanie Klein (1946/1991) também contribuiu com a compreensão psicanalítica dos transtornos alimentares quando se refere à incorporação de objetos nas etapas precoces do desenvolvimento infantil, segundo a perspectiva esquizoparanóide. Na impossibilidade de lidar com as ansiedades persecutórias, as ambiguidades da vida e a própria ambivalência de sentimentos despertados pelo contato com os diferentes aspectos dos objetos da infância, a criança faz uso dos recursos de que dispõe, promovendo cisões violentas no objeto e no *self*, a fim de lidar separadamente com os aspectos bons e maus das experiências vividas.

De acordo com Miranda (2004), as relações objetais da paciente bulímica se mostram tão violentas quanto o mundo do bebê que ao se identificar com as partes más do *self* cindido, não tem a quem recorrer, além dos ataques fantasiados que irão distorcer sua imagem corporal e corromper seu amor-próprio.

O poder destrutivo dos sucessivos ataques ao *self*, assim como a impossibilidade da introjeção de elementos nutritivos para o psiquismo enfraquecem o ego pela força e pela violência desses ataques orais. A repulsa (repugnância) tão exaustivamente pesquisada por Freud no caso Dora entra como coadjuvante desta anorexia de pensamento, numa mente que impede a condição de pensar e que investe no ato de comer um afeto que não lhe pertence. (Miranda, 2004, p. 324-325)

Green (2008), ao tratar de questões que considera centrais na psicanálise, tais como representações, afetos, caráter, inibições e compulsões, considera que nos últimos anos os comportamentos alimentares passaram a ocupar um espaço muito grande na clínica. Este autor faz uma associação entre inibição e anorexia, de um lado, e entre compulsão e bulimia,

de outro:

É bem difícil compreender a patologia da anorexia, na medida em que a inibição camufla os problemas e encobre as angústias que não são sempre perceptíveis: o paciente ou a paciente se limita a dizer que ele/ela não tem vontade de ..., ou racionaliza seu comportamento invocando o medo de engordar. Contudo, a extensão e a profundidade dos conflitos em questão - nos quais a relação com a mãe ocupa o primeiro plano - nos mostram que a estrutura inconsciente é complexa. (Green, 2008, p. 183)

Para Green (2008) a relação entre a anoréxica e sua mãe é uma relação ambivalente, feita de dependência e de luta contra a dependência, na qual a filha sente na maioria das vezes que não poderá sair da relação fusionada estabelecida com a mãe, relação esta que a impede de se desenvolver física e psiquicamente. Não se alimentar, constitui uma defesa da anoréxica que visa interromper o crescimento, recusando seu corpo sexuado, suas nádegas e seios, enfim a maternidade potencial. De acordo com Green, quando uma paciente consegue levar a termo uma gestação, ela terá grandes chances de uma cura da anorexia. Em relação a nossa experiência com pacientes bulímicas e anoréxicas grávidas observamos uma suspensão temporária dos sintomas, porém com a manutenção das fantasias subjacentes ao transtorno. Quando o bebê nasce muitas voltam a sentir medo de engordar e, por esse motivo, retomam os comportamentos restritivos ou purgatórios.

Em relação à bulimia, Green (2008) reconhece que os sintomas são mais conscientes para esses pacientes, além da angústia do vazio ser constituinte deste transtorno, o vazio físico que denota um vazio psíquico, que precisa ser preenchido com a ingestão de objetos internos indiferenciados:

O sujeito busca desesperadamente se preencher com tudo que cai em suas mãos, na maior desordem e desprezando o gosto mais elementar, fazendo misturas que suscitam nojo em qualquer pessoa que não tenha o apetite desregulado. Aliás, é um espetáculo angustiante assistir a um acesso de bulimia no qual o desencadeamento da pulsão não encontra nenhum freio ou obstáculo; a luta contra o sentimento de vazio interior não encontra nenhum remédio. (Green, 2008, p. 184)

McDougall (2000) considera que estes pacientes transitam entre as modalidades de funcionamento histérico, psicótico e psicossomático. Tratar-se-ia de fenômeno histérico porque alguns pacientes apontam para um conflito edípico, mas também psicótico e psicossomático por sugerir que o sentido do transtorno é pré-simbólico e expresso

pelo corpo. Sua hipótese teórica faz referência a um curto-circuito na representação da palavra, resultando no uso do corpo como metáfora daquilo que não pôde ser simbolizado.

Brusset (1999c) também alude ao transitar nosográfico dos transtornos alimentares quando se refere às “patologias de cruzamento” que não podem ser assimiladas a nenhum dos quadros clínicos clássicos, aproximando-se ora de um, ora de outro. Autores como Brusset (2004), McDougall (2000) e McDougall (2010), Marinov (2010) relacionam as condutas bulímicas às condutas adictas dos toxicômanos.

Na clínica, a bulimia aparece como a busca de um gozo impossível, um tormento, um sofrimento, uma doença. Inicialmente aceita, até mesmo escolhida e procurada, esta conduta repetida se torna fonte de angústia e causa de alienação: o sujeito se sente obrigado a atos que o despojam de si mesmo. A demanda do auxílio faz deste ato privado um sintoma. Como o alcoolismo, ela é uma patologia do excesso e, mais ainda, que esta mostra a que ponto a busca do gozo é diferente, até oposta à da felicidade e mesmo do prazer. (Brusset, 1999, p. 92-93)

Brusset (1999a) considera a bulimia nervosa como uma psicopatia do próprio corpo, associando-a às toxicomanias, como síndrome de preenchimento aditivo, à qual jovens mulheres estariam mais vulneráveis. McDougall (2010) coloca que os comportamentos adictos, como a dependência de álcool, tabaco, drogas, comida ou sexo, objetivariam a descarga da tensão psíquica, proveniente de fontes externas ou internas, alinhando-se aos postulados de Freud (1911/1995b) sobre a economia psíquica e os níveis de tensão e excitação que devem ser mantidos tão baixos quanto possível. Contrapondo-se a essas ideias, Freud associa o comportamento compulsivo à busca de castigo e penitência por parte do próprio paciente, o que caracterizaria uma dinâmica masoquista.

McDougall (2010) concebe o transtorno alimentar como organização defensiva que termina por escravizar o indivíduo que não tem outros recursos para lidar com o sofrimento psíquico. Esta manobra teria “por objetivo não somente o de restaurar a imagem deteriorada de si mesmo, mas também de regular, de resolver os problemas ou, melhor dizendo, de ‘acertar as contas’ com as figuras parentais do passado” (p. 34).

De acordo com McDougall (2010) a conduta adicta instala-se para suprimir estados afetivos insuportáveis, existindo uma relação causal entre as dificuldades vividas entre a mãe e o bebê nas primeiras semanas de vida e o surgimento dessas condutas adictas. A autora recorre à teorização de Winnicott sobre a “constelação mãe-bebê” para falar sobre o surgimento do mecanismo de adição.

A fusão mãe-bebê nas primeiras semanas de vida é desejável e importante, argumenta McDougall (2000), mas se ultrapassa um certo tempo pode se tornar persecutória ou patogênica para a criança. Quando esta fusão se torna patológica prejudicaria a “capacidade de estar só”, ou “estar só na presença da mãe”, dois fenômenos descritos por Winnicott (1958/1983n) e a criança só conseguiria resolver os problemas do seu mundo interno ou externo na presença física e reasseguradora da mãe.

McDougall (2000) considera que toda criança elabora a relação fusionada com a mãe, o que não resulta necessariamente em uma solução psíquica adicta, porém esta, só lograria êxito se a mãe deixasse que suas angústias, medos e desejos inconscientes permeassem os cuidados com o filho. A autora complementa afirmando que nessa situação é a mãe que se encontra em um estado de dependência, o que pode acarretar a impossibilidade do filho viver seus próprios momentos de tensão internos e externos. Nesse quadro os transtornos alimentares constituiriam uma das soluções que o indivíduo poderia organizar para encobrir a falta das introjeções asseguradoras da infância.

Boraks (2008) discorre sobre o pensamento de Ogden (2005) a respeito da relevância da teoria de Winnicott, quando este coloca que a dificuldade do ser humano para atingir uma integração psicossomática poderá prejudicar o que há de mais importante para a sua existência que é a própria capacidade de estar vivo para sua própria experiência. Esse viver no corpo é o que sustenta o processo desencadeado rumo ao amadurecimento: “Winnicott descreve o nosso início em termos de vida corporal, dizendo que no corpo tudo se inicia como função, como funcionamento de uma anatomia viva, para depois se tornar fantasia existente em um 'dentro’” (Boraks, 2008, p. 112-113).

As contribuições de Ogden (1996), psicanalista americano, têm iluminado os aspectos mais primitivos do psiquismo e de suas demandas de manejo no contexto da clínica contemporânea, pensamento que recebe influências da teoria inglesa das relações de objeto cujos pioneiros foram Klein, Winnicott, Fairbairn e Bion. O autor identifica um modo primitivo de organizar as experiências psíquicas que denomina de posição autística-contígua, como “um modo pré-simbólico de gerar experiências, preponderantemente sensorial, que provê um bom grau de vinculação da experiência humana e o início do sentimento de lugar onde se produz essa experiência.” (Ogden, 1996, p. 1).

Ogden (1996) utiliza o termo posição, referindo-se à posição autística-contígua, uma vez que entende essa organização psicológica como uma evolução, um modo progressivo de gerar experiência e não como uma fase, que implicaria mais em um conceito rigidamente situado no tempo. Alinha-se ao pensamento kleiniano no que se refere às

posições esquizo-paranóide e depressiva para compreender a “constituição dialética da experiência humana” (p. 2). Coloca a posição autística-contígua como parte integrante do desenvolvimento normal do ser humano, mantendo uma relação diacrônica e sincrônica com as duas outras posições identificadas por Klein.

A organização autística-contígua é associada a um modo específico de atribuir sentido à experiência na qual os dados sensoriais brutos são ordenados para formar conexões pré-simbólicas entre as impressões sensoriais que irão constituir superfícies delimitadas. É nessa superfície que a experiência do *self* tem suas origens. (Ogden, 1996, p. 3)

Segundo Ogden (1996), o uso do termo autística visa designar a mais primitiva organização psicológica, sem a conotação de patologia, no sentido de que o desenvolvimento dessa posição contribui como pano de fundo, isto é, um delimitador sensorial de todos os estados subjetivos que virão depois. Entretanto, no extremo da patologia, Ogden descreve a situação em que a ansiedade do bebê, se torna extrema, por razões, constitucionais ou ambientais, e o bebê se defende de modo hipertrofiado e enrijecido, experiência que se constitui como predominantemente sensorial. Ogden utiliza vários conceitos da teoria de Winnicott para explicar a posição autística-contígua:

Na posição autística-contígua a relação de objeto é tal que a organização de um sentido rudimentar de “mesmidade” surge das relações de contiguidade sensorial (isto é, pelo tocar), que com o tempo acaba gerando a sensação de uma superfície unida sensorialmente, na qual ocorre a experiência, o início do sentimento de um lugar onde se vive (Winnicott, 1971). Exemplos de vinculação geradas pela relação de contiguidade incluem o sentimento de forma criada pela impressão da superfície da pele da criança quando ela repousa seu rosto contra o seio materno; o sentimento de continuidade e de previsibilidade da forma, derivada pelo ritmo e pela regularidade da atividade de amamentação do bebê (no contexto de um ambiente acolhedor, holding environment, provido pela mãe); o ritmo do diálogo amoroso empreendido pela mãe e bebê, a sensação de contorno gerada pelo bebê pressionando suas gengivas apertadas no mamilo ou no dedo da mãe. (Ogden, 1996, p. 7)

Como podemos ver, as considerações de Winnicott sobre os estágios de desenvolvimento do bebê, que é provido de um psiquismo primitivo, cujas experiências primitivas contribuem para a sensação de coesão do *self* e para o desenvolvimento da percepção de que está se tornando um eu unitário, contribuíram para que Ogden (1996) pudesse formular o conceito de posição autística-contígua. A importância dessas reflexões reside no fato de identificarmos na clínica contemporânea as defesas usadas quando este desenvolvimento primitivo foi falho.

Essa forma de defesa é utilizada frequentemente para tamponar buracos experimentados sensorialmente no *self* através do qual o paciente teme e sente (da maneira sensorial mais concreta) que não apenas as ideias, mas também seus conteúdos corporais reais vão vazar (Ogden, 1996, p. 13).

Os pacientes com transtorno alimentar nos mostram sintomas e defesas construídas para aplacar essas experiências sensoriais primitivas, predominantemente as de natureza austílica-contígua que se relacionam com a interrupção da conexão sensorial e da vinculação que deveria estar acontecendo para a integridade do *self*. Ogden (1996) pensa a psicopatologia como um colapso no interjogo dialético entre os diversos modos de experiência.

Um colapso em direção ao modo autístico-contíguo resulta num aprisionamento tirânico, num sistema fechado de sensações corporais que impossibilitam o desenvolvimento do “espaço potencial” (Winnicott, 1971). Colapso em direção ao modo esquizo-paranoide resulta num sentimento de ser aprisionado num mundo de “coisas em si” onde a pessoa não se experimenta como autora dos próprios pensamentos e sentimentos; mais propriamente os pensamentos, os sentimentos e sensações são experienciados como objetos ou forças bombardeando, penetrando ou propulsionando para fora de si. Um colapso em direção ao modo depressivo resulta na experiência de um sujeito alienado de suas sensações corporais e do imediatismo e espontaneidade da experiência vivida. (p. 20)

Para Ogden (1996) nem a posição autística-contígua, nem as posições esquizo-paranoide ou depressiva existem em estado puro, pois "cada um desses modos representa um pólo no processo dialético através do qual a experiência é gerada" (p. 19). A desconexão entre esses modos produziria estados patológicos nos quais os pacientes se tornam alienados, aprisionados na experiência sensorial, sem a presença de símbolos.

No transtorno alimentar o corpo é gerador de vazio e não propiciador de uma rede simbólica, há um estranhamento psíquico sem representações, os pacientes vivem à deriva com seus corpos castigados e indolentes. Por não conseguirem viver a dor psíquica esses pacientes se refugiam em seus corpos, os quais funcionam como um pedido de ajuda na tentativa de entender o que está acontecendo psiquicamente. Segundo Joseph (1992) os pacientes que não conseguem sentir dor (lutos, angústias diante de perdas, de transições) se refugiam em modalidades de experiências particulares com seus objetos, não suportando as experiências emocionais realísticas. Aisenstein (2004) coloca que a dor que é levada para o corpo por não poder ser simbolizada provoca um investimento narcísico na zona dolorosa, os pacientes passam a pensar com o corpo.

Lisondo (2004) considera essa defesa contra a dor psíquica própria da era em que vivemos, no sentido de que a cultura do vazio gera patologias do vazio: “Nas patologias do vazio sempre há uma ‘fome psíquica’ de experiências autênticas” (p. 338). Essas experiências psíquicas sem representação obstaculizariam o processo identitário.

Para Kristeva (2002) “o homem moderno está perdendo sua alma, mas não sabe disso, pois é precisamente o aparelho psíquico que registra as representações e seus valores significantes para o sujeito. Ora, a câmara escura está avariada” (p. 9). Kristeva afirma que o aparato que nos coloca a continuidade de ser, para o sentimento de ser e existir está danificado, não dispondo de tempo e nem de espaço necessários para constituir uma alma. Ela diz: “Umbilicado sobre seu quanto-a-mim, o homem moderno é um narcisista talvez cruel, mas sem remorso. O sofrimento o prende ao corpo – ele somatiza” (p. 9). O indivíduo sofre as consequências, empobrecido que está para desenvolver uma vida interior, imerso nas exigências pulsionais de uma cultura que reduz espetacularmente seu espaço psíquico, produzindo uma atrofia do psiquismo. Qual seria a saída? Qual seria o trabalho da psicanálise? Kristeva sugere de modo contundente que a Psicanálise precisa acompanhar de modo crítico as novas nosografias que remetem a uma incapacidade para representações:

Após seu período lingüístico, a psicanálise precisa decifrar a dramaturgia das pulsões para além da significação da linguagem em que se traveste o sentido pulsional. O analista deve considerar a polifonia para escutar o discurso que lhe é endereçado em diversos níveis – lingüístico e translingüístico (voz, gestos, etc.) e observar qual deles faz sentido na transferência. (Kristeva, 2002, p. 87)

Esta autora arremata suas considerações sobre o lugar da psicanálise na reabilitação desse corpo sensível, propondo que “a psicanálise poderia ser um dos raros lugares, preservados, de mudança e surpresa, isto é, de vida” (Kristeva, 2002, p. 149).

Em relação às famílias dos pacientes com TA, Palazolli (1996, apud Fasolo e Diniz, 1998), psiquiatra italiana especializada em transtorno alimentar infantil sob a perspectiva da abordagem familiar sistêmica, observa a persistência de laços simbióticos na configuração familiar desses pacientes. Na incapacidade para diferenciarem-se uns dos outros, a família é levada a tomar decisões em bloco, obscurecendo qualquer atitude contrária ou diferente da maioria. Este funcionamento fusionado parece contribuir com as dificuldades do paciente com TA em optar por comportamentos mais autônomos, o paciente pode sentir que se responder de outra forma, tanto às pressões da família quanto da cultura, estará traindo os preceitos familiares e sociais.

Seguindo essa mesma linha de raciocínio, Grando (2005) admite que os padrões de interação familiar podem contribuir para a cristalização do papel de doente, pois “a dinâmica familiar que se estabelece é evidenciada por um senso de perfeccionismo invasivo e superprotetor” (p. 13).

Para Cobelo, Saikali e Schomers (2004) existem vários fatores que precisam ser considerados quando estamos estudando a família do paciente com transtorno alimentar. A família é parte integrante e significativa do tratamento do paciente com TA e, nesse sentido, precisam ser consideradas a estrutura e a cultura familiar, bem como o modo de comunicação estabelecido pela família.

Em um estudo qualitativo, Berge, Loth, Hansan, Croll-Lambert & Newmark-Sztainer (2012) identificaram como foram as respostas a algumas transições do ciclo familiar, fazendo uma correlação entre os acontecimentos com o surgimento de um transtorno alimentar. Esses eventos, segundo os autores, poderiam ser mudanças de escola, morte de um membro da família, separação, mudança de casa e trabalho, abuso, agressão sexual ou incesto.

Por outro lado, Souza e Santos (2007), membros do Grupo de Assistência a Pacientes com Transtorno Alimentar (Grata) da USP de Ribeirão Preto, cuja abordagem é psicodinâmica, ressaltam que é preciso intensificar o estudo da produção de sentidos do grupo familiar, em termos de seu poder construtor de realidades, identificando tais realidades e as ações que elas produzem. Os autores também se permitem questionar a noção de família psicopatogênica, ao perceber os efeitos sociais que uma tal conceituação produz, identificando no discurso profissional crenças que embasam este e outros preconceitos, cuja consequência imediata é a estigmatização e culpabilização dessas famílias. Souza e Santos salientam ainda a necessidade de se construir uma aliança terapêutica com os familiares, de forma a evitar o equívoco de responsabilizar as famílias pela eclosão do TA em um ou mais de seus membros.

Uma característica importante na dinâmica dos transtornos alimentares se refere à imagem corporal dos pacientes que se apresenta deformada. Para Capisano (1992), a imagem corporal compreende a representação mental que cada pessoa tem do seu corpo, sendo tal imagem estruturada no contato do indivíduo consigo mesmo e com o mundo que o rodeia. Sob a égide do inconsciente, contribuem para sua formação elementos anatômicos, fisiológicos, neurológicos, e sociológicos (Capisano, 1992).

De acordo com o referido autor todas as impressões colhidas pelos órgãos dos sentidos, vinculados à dinâmica psíquica de cada indivíduo, contribuem para formar uma imagem corporal. E Capisano acrescenta: “A imagem corporal não é sempre a mesma. É lábil,

mutável, incompleta. Depende do uso que fazemos dela, de nosso pensamento, de nossas percepções e das relações objetais” (p. 184).

Se as expectativas sociais interferem na estruturação da imagem corporal do paciente com TA, o corpo passa a ser a mensagem de que a pessoa passa por um conflito psíquico, fruto da exigência social que veicula que todos poderiam ter um corpo magro se quisessem. Conforme Scagliusi e Lourenço (2011), a sociedade atual é competitiva e consumista e o corpo magro é detentor de poder e de inveja, escravizando mais as mulheres, embora na clínica atual já se observe um aumento de pacientes homens, em inúmeras tentativas para chegar ao corpo ideal.

Cria-se, então, uma patrulha para identificar desviantes e corrigi-los. Nesse contexto, surge o termo “ditadura da beleza”, que engloba tanto a necessidade de todos serem belos, como uma definição única do belo, geralmente identificada como magreza, tônus muscular, juventude e cor da pele. Outras premissas dessa repressão podem ser enunciadas, a exemplo da noção de que hostilidade é instrumento de correção e de que correção é possível (Scagliusi & Lourenço, 2011, p. 6).

Nos atendimentos dos pacientes são desfilados rosários de lamentações sobre as "gordurinhas" (sic) que teimam em sobrar, sobre a compulsão que desencadeou a vontade de tomar laxantes ou de vomitar, para perder o que foi ganho com a orgia alimentar e, num acesso dramático, o pensamento mágico de que a magreza acabaria com todos os seus problemas, considerando que sendo magros não se sentiriam excluídos do social. O valor à beleza e ao corpo magro é tamanho que quem está fora do padrão é estigmatizado e colocado como um desviante. Essa manobra perversa faz com que os indivíduos se sintam sempre inadequados.

Para Maine (2004) esta cultura tóxica, a qual reduz o valor das mulheres para seu peso e aparência, coloca um risco ainda maior para que as mulheres desenvolvam um transtorno alimentar, trata-se de uma influência generalizada para que as mulheres pensem que nunca estão suficientemente boas para nada, não estão magras, nem belas, nem elegantes o suficiente para serem valorizadas. O resultado desta avassaladora pressão cultural é observado em milhares de adolescentes e mulheres crescendo e odiando seus corpos, encontrando uma saída para esta dor através da relação com a comida e com seus corpos.

Costa (2004) coloca que na cultura contemporânea há uma idealização de que o corpo e as experiências sensoriais irão trazer uma felicidade baseada nas estimulações variadas. Em contrapartida, há um apagamento dos sentimentos e a experiência afetiva é

descartada, ficando o indivíduo à deriva em meio a experiências esvaziadas de sentido, comprometendo assim o próprio sentimento de existir.

Costa (2004) identifica neste sujeito da contemporaneidade o uso do corpo como objeto transicional, emprestando de Winnicott (1975) este conceito, em termos de sua dupla função, a de deixar-se alterar em parte e a de resistir aos esforços da criança para mudá-lo. Entretanto, Costa adverte que o corpo não apresenta essas características, não sendo idealmente complacente, nem idealmente resistente.

Suas características anatomofisiológicas o incapacitam a ser suporte de agressividade necessária à ação criativa e não é idealmente resistente por não possuir a distância fenomenológica que lhe permitiria se opor ao eu como um objeto “não - eu”. Assim, o “objeto-corpo”, por ser “eu-corpo”, nem oferece a resistência necessária ao desenvolvimento no sentido da realidade exterior, nem a complacência que o torna instrumento de comunicação entre o mundo interno e o externo. (Costa, 2004, p. 120)

Na concepção de Costa (2004), ao usar o corpo como objeto transicional, o paciente com TA não responde de maneira satisfatória por não ser capaz de proteger o eu contra as ameaças à vida, o que fica evidenciado pela busca do corpo perfeito e pelas estratégias autodestrutivas de que o indivíduo faz uso para conseguir êxito nessa busca.

O sujeito contemporâneo padece de um fascínio crônico pela possibilidade de transformação física anunciadas pelas próteses genéticas, químicas, eletrônicas ou mecânicas. O corpo físico em sua dimensão de esquema, volta a ser julgado como causa real da ferida narcísica, mostrando a compulsão do eu para causar o desejo do outro, mediante a idealização da própria imagem. (Costa, 2004, p. 77)

McDougall (2000) atenta para o fato de que o desenvolvimento dos objetos transicionais que permitem à criança emergir da relação de total dependência com a mãe, ocorre apenas parcialmente para esses pacientes. Diferentemente de Costa (2003), McDougall introduz o termo “objetos transitórios” para caracterizar os objetos da adição, da qual os transtornos alimentares fazem parte. Esses objetos transitórios seriam portadores, ainda que falhos, da função transicional, ou seja, seriam objetos que se esforçariam por oferecer ao sujeito o ambiente maternal, pontes para o paraíso perdido da infância, a liberdade, a ausência de toda responsabilidade e noção de tempo. Mas os “objetos transitórios” fracassam ao tentar substituir os objetos transicionais, em função de se constituírem como estratégia somática desvinculada do processo de integração psicossomática.

Winnicott introduz um pensamento original no que diz respeito às desordens psicossomáticas e às diferentes abordagens psicoterapêuticas, segundo a necessidade emocional de cada paciente, indo ao encontro das demandas da clínica contemporânea. Para Ogden (1996) Winnicott possibilitou a emergência de um conhecimento psicanalítico segundo o qual a teoria esteve sempre em consonância com a prática, respondendo de forma adequada à demanda das psicopatologias atuais e dos casos fronteiriços.

Ogden (1996) discute esse fazer psicanalítico comparando a situação analítica tal como foi concebida por Freud e aquela proposta por Winnicott. Freud considerava o que acontecia em uma sessão como o que ocorreria em um jogo de xadrez, onde existe um único tipo de risco e uma imutabilidade na sua progressão. Já para Winnicott se dá o contrário:

A situação analítica, pelo contrário, traz à tona vários materiais: impulsos, afetos, representações (de coisas ou de palavras), pensamentos, ações. Seus modos de funcionamentos específicos - ser o brinqueado de um impulso (dirigido para o corpo ou para o mundo) sentir, imaginar, dizer, pensar, agir - todos esses modos são capazes de um intercâmbio final de função. (Ogden, 1995, p. 26)

Nesse sentido, as elaborações winnicottianas sobre a técnica psicanalítica oferecem-se como ponto de partida para a reflexão sobre o atendimento psicológico na área dos transtornos alimentares, visto que tais pacientes não têm se beneficiado do tratamento psicanalítico clássico, originalmente endereçado aos pacientes neuróticos. A alternativa winnicottiana para casos ou situações que excedam a demanda neurótica segue as linhas de uma análise modificada (Winnicott, 1965/1983), cuja ferramenta básica é o manejo terapêutico que instaura um ambiente de confiança básica entre terapeuta e paciente.

CAPÍTULO 3

TRANSTORNOS ALIMENTARES À LUZ DA PSICANÁLISE WINNICOTTIANA

Estou pensando agora em um menino de dez anos. Ao entrar no consultório pela primeira vez ele estava dizendo a sua mãe: Mas você não compreende, não é do pesadelo que tenho medo; o problema é que estou tendo pesadelos quando estou acordado.

Donald W. Winnicott

Autores como Aiello-Vaisberg (2003), Brusset (1999b), Fuks (2000), Jeammett (1999a) Mc Dougall (2000), consideram que o desafio para a clínica contemporânea relaciona-se às demandas de um amplo espectro de manifestações psicopatológicas, consideradas como organizações-limite, as quais apontam para a necessidade de ajustes técnicos que levem em conta tanto as mudanças sociais quanto as subjetividades que delas emergem. Dentre elas poderíamos citar as adições, as depressões, os transtornos alimentares e a síndrome do pânico.

De acordo com Gurfinkel (2000), “o desenvolvimento da psicanálise possibilitou o desenvolvimento de uma clínica da dissociação, contrastante e complementar a uma clínica do recalçamento” (p. 160). A cisão tomou o lugar do inconsciente recalçado do psiconeurótico para dar lugar a sofrimentos muito mais primitivos que demandam do analista novas abordagens diagnósticas e intervenções. Gurfinkel explica a mudança técnica que a obra winnicottiana inaugura: “A dissociação é o termo escolhido por Winnicott para traduzir, em termos de mecanismo psíquico, a gênese e a persistência no tempo de um pseudo-viver” (p. 66).

Para Winnicott (1964, 1994b) essa dissociação atesta uma integração psicossomática falha, a partir da qual o transtorno alimentar constituir-se-ia como mensagem de que o pretendido alojamento da psique no corpo não teve êxito. Estaríamos diante de um paciente que sofre à espera de que experiências ainda não vividas, e portanto congeladas, possam ser retomadas e integradas de forma a restabelecer a continuidade de ser. Nesse panorama, Winnicott salienta a esperança de restauração do diálogo psicossomático que estaria sendo comunicada pela patologia.

Desta maneira, a enfermidade psicossomática pressupõe uma cisão na personalidade do indivíduo com débil vinculação entre a psique e o soma, ou uma cisão organizada na mente em defesa contra a perseguição generalizada por parte do mundo repudiado. Contudo, permanece no indivíduo enfermo uma tendência a não perder inteiramente a vinculação psicossomática. (Winnicott, 1964/1994b, p. 90)

Winnicott (1965/1983a) contribui de forma exemplar com a produção de conhecimento psicanalítico, a partir de um apontamento freudiano sobre o papel do cuidado materno no desenvolvimento emocional infantil, desenvolvendo ideias originais sobre os processos psíquicos primitivos e sua articulação com o ambiente necessário para o florescimento das potencialidades pessoais.

Ao abordar a constituição do psiquismo em direção à integração psicossomática, Winnicott (1964/1994b) traz contribuições significativas para a compreensão e tratamento dos transtornos alimentares. Segundo a perspectiva winnicottiana, o paciente que sofre de transtornos alimentares volta-se defensivamente para o corpo, fazendo uso do que tem de mais primitivo em termos de desenvolvimento – o corpo, a partir do qual as inúmeras experiências de cuidado materno inauguram o desenvolvimento emocional do bebê rumo à integração psicossomática.

A relação que o bebê mantém com o corpo o instrumentaliza a realizar progressivas discriminações eu/não-eu, processo que prepara o corpo/ego e seus conteúdos físicos para, posteriormente, conter os conteúdos psíquicos. Segundo Fontes (2011), a construção inicial do ego é concebida por Winnicott como silenciosa, compreendendo uma infundável lista de aspectos corporais que serão organizados para culminar em mundo psíquico:

sabemos que a construção do processo de simbolização primária começa pelo corpo. As angústias impensáveis, como diria Winnicott, de liquefação, de explosão e de queda sem fim vão precisar, inicialmente, da certeza de um corpo que as contenha. Há a necessidade de se sentir envelopado, de início pelo corpo da mãe e depois, entre outros fatos, pela sensação de tubos digestivos que garantem uma continuidade interna. Uma experiência corporal que garanta a continuidade do existir é condição necessária no enfrentamento da diferenciação eu/não eu. (p. 84)

Dentre as variadas experiências de alojamento da psique no corpo, do psíquico se integrando ao físico, temos as experiências orais, relacionadas com a alimentação e com o prazer que pode ser obtido pelo bebê com o sugar, o morder, o comer. As fantasias orais são

desencadeadas mediante essas experiências precoces, possibilitando o surgimento de uma ligação sofisticada entre psique e corpo, que evoluirá no sentido do diálogo psicossomático.

É esta elaboração sem limites que constitui “um mundo interno”. A palavra “interno” neste termo se aplica primariamente à barriga e secundariamente à cabeça e aos membros e a qualquer parte do corpo. O indivíduo tende a colocar os acontecimentos da fantasia no seu interior e a identificá-los com as coisas que ocorrem dentro do corpo. (Winnicott, 1936/ 1988c, p. 113)

Esse mundo fantasmático, habitado por movimentos e sensações corporais, também é colocado em marcha pelo ato de comer. Quando a fantasia se torna demasiadamente controlada ou, ao contrário, passa a controlar o indivíduo, ela pode estar na base de uma formação sintomática. Winnicott aponta para a relação existente entre as fantasias conscientes e inconscientes da criança sobre seu corpo e os sintomas anoréxicos, afirmando que é bem cedo, em torno dos primeiros meses de vida, que o ser humano pode desenvolver uma suspeita em relação ao que está comendo.

Winnicott (1936/1988c) ilustra essa questão relatando o caso de seu paciente Simon que, na época, tinha oito anos de idade. Simon era dotado de um físico frágil, apresentava problemas de apetite, mudanças de humor, pesadelos, o que contrastava demais com seu irmão que era um garoto forte e saudável. Aos seis anos Simon se recusava a ir para a escola, e quando o forçavam ele vomitava. Segundo Winnicott, o vômito representava originalmente uma necessidade inconsciente de se livrar de coisas más. Logo, porém, Simon passou a utilizar o vômito para obter controle sobre a mãe. Winnicott atribuiu as dificuldades alimentares de Simon à fase do desmame, deixando bastante claro o quanto a inapetência constituía-se como defesa contra a ansiedade e a depressão, o que lhe poderia acarretar problemas futuros.

A condição de Simon, portanto poderia ser chamada de uma inibição da voracidade, secundária ao trauma do desmame, que foi, por sua vez, secundário a uma ansiedade infantil mais precoce de qualidade e intensidades psicóticas. (Winnicott, 1936/1988c, p. 125)

O paciente com transtorno alimentar nos leva a refletir sobre os conflitos infantis que encontram expressão na área da alimentação, em sintonia com Winnicott (1936/1988c) quando se refere a “utilizar a dúvida acerca da comida para esconder a dúvida acerca do amor” (p. 120), ou ainda ao mencionar o temor do bebê de que seus impulsos e fantasias orais provoquem na mãe uma recusa a amamentá-lo.

Fernandes (2007) nos remete à problemática da distorção da imagem corporal nos pacientes com TA, que apresentam um déficit acentuado para discriminar entre dentro e fora, entre sujeito e objeto. O objeto no transtorno alimentar encontra-se fundido com o corpo e, de forma análoga ao modo como os hipocondríacos experimentam seus órgãos, é alvo de fantasias constantes sobre doenças e morte e sobre o que acontece com seus corpos. Os pacientes com TA observam seus corpos minuciosamente em um estado de hipocondria da imagem, vivem um medo mórbido de engordar, têm sensações de que o corpo está cheio e que vai explodir.

Diante desse grau de confusão e de corporeidade manifesta é preciso que a psicanálise possa compreender essas comunicações como tentativas de nomear o que é vivido na sessão de análise que, de acordo com Fernandes (2007), mostra-se a partir do corpóreo, das sensações corporais, abrindo-se caminho para pensar os afetos e os pensamentos confusos.

Winnicott (1964/1994b) salienta que falhas ambientais podem levar a uma hiperatividade do funcionamento mental, o que aprofundaria a desintegração psicossomática, fazendo surgir uma organização defensiva que visa o autocuidado, a fim de compensar a ausência de uma provisão ambiental suficientemente boa.

Como afirmei anteriormente, a continuidade e existência do psique-soma em desenvolvimento (relações internas-externas) é perturbada por reações a invasões do meio ambiente, em outras palavras, pelo resultado dos fracassos do meio ambiente em se adaptar ativamente. De acordo com minha teoria, uma quantidade cada vez maior de reação à invasão, que perturba a continuidade do psique-soma, é esperado e levado em conta de acordo com a capacidade mental. Invasões que exigem reações excessivas, porém (de acordo com a próxima parte da minha teoria) não podem ser compensadas. Além da confusão, pode no máximo acontecer um catalogar das reações. (Winnicott, 1949/1988a, p. 415-416)

Dentre as invasões ambientais possíveis, Ribeiro (2011) destaca o encontro com uma mãe que não conseguisse suportar sua fragilidade física e psíquica do bebê, recusando-se a servir de sustentação para o desenvolvimento emocional de seu filho que, desse modo, teria sua continuidade existencial interrompida.

É a mãe que dá condições ao bebê de existir, pelo holding, termo utilizado por Winnicott (1960/1983a) para “significar não apenas o segurar físico de um lactente, mas também a provisão ambiental total anterior ao conceito de viver com”. (p. 44). O conceito de mãe suficientemente boa está disseminado por toda a obra de Winnicott, sinalizando que o bebê não existe separado da mãe, ou de um cuidador, formando com ela uma unidade básica

que lhe permitirá desenvolver um ego integrado a partir desse estado inicial de não-integração.

Esse estágio inicial em que o bebê vive uma dependência quase absoluta do ambiente é de suma importância para entendermos o rumo que Winnicott tomou para configurar sua prática clínica. A mãe suficientemente boa originou o analista suficientemente bom, não que este passe a desempenhar o papel de mãe do paciente, mas que esteja atento às demandas do paciente, como uma mãe faria com seu bebê.

Winnicott (1969/1994e) sugere que o desenvolvimento seja deflagrado pelo ato da mãe alimentar seu bebê, sendo esta uma das primeiras experiências de mutualidade. Ao sugar o seio da mãe o bebê encontra satisfação para as pulsões instintuais e de crescimento, vivendo uma experiência de comunicação silenciosa, na qual o bebê observa o rosto da mãe de maneira significativa, toca e é tocado por ela e, algumas vezes, põe um dedo na boca da mãe, querendo alimentá-la também.

Desta maneira, assistimos concretamente a uma mutualidade que é o começo de uma comunicação entre duas pessoas; isto (no bebê) é uma conquista desenvolvimental, uma conquista que depende de seus processos herdados que conduzem para o crescimento emocional, e de modo semelhante, depende da mãe, de sua atitude e capacidade de tornar real aquilo que o bebê está pronto para alcançar, descobrir, criar. (Winnicott, 1994e, p.198)

Aos poucos a mãe desilude o bebê, por ser uma mãe suficientemente boa e não perfeita, acrescentando pequenas doses de frustração, quando o bebê tem a oportunidade de desenvolver meios para lidar com a falha materna. Essa proteção ambiental que garante pequenos intervalos de frustração, aliada ao fato do bebê criar inúmeras vezes o seio e empregar satisfações autoeróticas abre as portas para o surgimento de fenômenos e objetos transicionais (Winnicott, 1975).

Os objetos transicionais são a primeira possessão “não-eu” do bebê, sendo objetos aos quais os bebês se apegam, tais como a ponta de um cobertor, uma fralda ou um ursinho, e representam um tipo afetuoso de relação de objeto, substituindo este objeto nos momentos de separação. Tais objetos não fazem parte do corpo do bebê, mas também não são reconhecidos como plenamente originários da realidade externa.

No desenvolvimento emocional, do modo como é proposto por Winnicott, os fenômenos transicionais representam uma área intermediária de experiência que articula o subjetivamente concebido ao objetivamente percebido. Se o manejo da separação mãe-bebê foi falho, se gerou ansiedades que não puderam ser contornadas, haverá o risco de patologias

nesse estágio de desenvolvimento. De acordo com Winnicott (1975) as patologias na área dos fenômenos transicionais são aquelas cuja função é negar a separação, atestando a impossibilidade de criar objetos intermediários, o que resulta no uso fetichizado de objetos. Garzon e Tosta (2012) consideram que o uso fetichizado de um objeto se torna a única solução viável, a qual:

... surge para mediar, de forma mágica, onipotente, a relação do sujeito com a realidade, de modo que o sujeito possa manipular imaginariamente, através do objeto, os aspectos da realidade que representam para ele fonte de desprazer, ameaça, sofrimento. (s/n)

Pacientes com transtorno alimentar demonstram essa onipotência ao se servirem do corpo como objeto fetichizado, expressando através do controle que exercem sobre o corpo uma tentativa de congelamento de uma angústia com a qual não conseguiram lidar. Muitas pacientes relatam a crença de que a magreza resolveria todos os seus problemas evidenciando o uso do corpo como fetiche e a solução mágica que não leva em conta a realidade, pois para ficarem magras essas pacientes correm o risco de morte ou de tornar suas vidas incapacitantes, além de não resolver as angústias da vida diária. O uso fetichizado do objeto para Garzon e Tosta (2012) seria;

a manutenção da possibilidade de manipulação onipotente do ambiente, como ocorria imaginariamente, do ponto de vista do bebê, na fase da dependência absoluta. Permanece, em certa medida, a possibilidade de atribuição mágica de valores ao objeto.

Segundo Garzon e Tosta (2012) o objeto de adicção, ou seja, aquele que foi escolhido como fetiche, indica uma falha na área da transicionalidade. Winnicott (1975) explica que na saúde os fenômenos transicionais constituem-se como alternativa ao objeto de adicção, quando o sujeito consegue viver de forma criativa sua relação com a realidade externa, de modo que possa criá-la ao mesmo tempo em que a encontra, o que significa dizer que a realidade é tecida de forma pessoal mas também realística. A patologia da transicionalidade estaria assim ligada à impossibilidade de sustentar o processo dialético entre o mundo subjetivo e o mundo objetivamente compartilhado.

pode-se afirmar que existem pessoas tão firmemente ancoradas na realidade objetivamente percebida que estão doentes no sentido oposto, dada a sua perda do contato com o mundo subjetivo e com a abordagem criativa dos fatos. (Winnicott, 1975, p. 97)

Garzon e Tosta (2012) consideram a adicção uma patologia da transicionalidade, mas a diferenciam de casos mais extremos, pois não teriam atingido uma ruptura completa entre realidade e fantasia. Apesar da gravidade, a adicção se referiria aos “casos em que a capacidade para a transicionalidade seja limitada, de modo a favorecer a adoção de um objeto único a mediar a relação dialética entre os dois pólos da experiência.”(s/n).

Em casos extremos (e hipotéticos) como na cessação de atribuição de sentido à realidade, o uso adicto de um objeto pertencente ao mundo seria inviável, pois não haveria atribuição de sentido a este objeto enquanto solução para o sofrimento psíquico trazido pelo fechamento na realidade subjetiva. No outro extremo, pensando em caso hipotético de total assujeitamento à realidade objetiva, sequer existiria um self verdadeiro a sofrer imposições vindas de fora; não haveria, aí, o conflito psíquico, o desprazer trazido pelo contato com a realidade objetiva. Não haveria o uso de um objeto simplesmente porque o contato com a realidade externa não causaria mal estar. (s/n)

Em relação ao transtorno alimentar, diversos autores (Brusset, 1999b; Jeammet, 1999a; McDougall, 2000; 2010) discorrem sobre o comportamento adicto como uma forma de defesa que o paciente utiliza para rechaçar a dor psíquica. De acordo com McDougall (2003) o objeto de adicção, no caso do transtorno alimentar, é investido de qualidades boas para atenuar estados afetivos intoleráveis:

O ato sintoma é o produto de um curto-circuito, um ato que dirigindo a fala e o pensamento verbal (o que remete igualmente a um mal funcionamento do pré-consciente), assume o lugar de uma elaboração mental. O ato sintoma procura descarregar o mais rapidamente possível toda tensão criada por acontecimentos internos ou externos. Essa tensão não está somente em função de estados afetivos penosos. Pode-se tratar igualmente de estados excitantes ou agradáveis, mas que são sentidos pelo sujeito como proibidos ou perigosos para ele. Para não estar em fase de um transbordamento afetivo, este recorrerá a um agir para dispersar a tensão mobilizada pela representação sobrecarregada de afeto. Isto tem a ver também com o gesto econômico. (McDougall & Fine, 2003, p. 186)

Os comportamentos adictos são tentativas de sobreviver psiquicamente, a fim de que seja preservada a integridade do eu por ocasião de aspectos invasivos e ameaçadores da realidade interna. Para Winnicott (1988h/1935) o ser humano reage a essa ansiedade de inúmeras formas:

é o fato de que a incapacidade de dar à realidade interna seu significado total faz parte da defesa maníaca de cada um. Há flutuações na habilidade que uma pessoa tem de respeitar a realidade interna e estas flutuações se relacionam à ansiedade depressiva da pessoa. (p.247-248).

Brusset (1999b) considera o transtorno alimentar como uma saída para superar a dor mental através de alguns recursos que tranquilizam o espírito e colocam o conflito psíquico para ser vivido mais tarde. Este recurso psíquico é apontado por Winnicott (1988b) como uma das estratégias frente às ameaças de interrupção da continuidade do ser, situação em que a experiência é como que congelada, ficando latentemente disponível para ser vivida em um ambiente mais propício à emergência do verdadeiro self.

Mc Dougall (2010) entende o transtorno alimentar como um estado de dependência e escravidão, análogo à dependência de álcool, drogas e tabaco. O comportamento adicto propicia uma descarga de tensão causadora de desprazer com o objetivo de livrar o paciente o mais rápido possível de sentimentos intolerantes como angústia, ódio, culpa e tristeza. A solução adicta encontrada antecipa a euforia que o objeto da adicção pode reportar, além de carregar a urgência de reatualização porque seu efeito é passageiro. A autora discorre sobre a relação causal que pode existir entre a relação mãe-bebê e a gênese da adicção, depositando nessa relação, a importância do desenvolvimento ter sido satisfatório ou não. O bebê deverá contar com o investimento positivo de sua mãe para que seja permitido seu desenvolvimento, logo nas primeiras semanas esta sustentação se dá quase que com um cuidado absoluto, possibilitando, aos poucos, passar dessa dependência absoluta para relativa. Esta passagem propiciará o desenvolvimento dos fenômenos transicionais (atividades ou objetos), a separação eu/ não-eu e, conseqüentemente, a instauração na criança dos próprios recursos para lidar com as tensões afetivas.

Para Mc Dougall (2010), se este desenvolvimento foi falho o objeto adicto é investido para que o paciente possa lutar contra angústias psicóticas que ameaçam o senso de identidade e integridade, ameaçado por angústias impensáveis, de sentimentos de estar vazio, vampirizado, despedaçado.

A psicoterapia psicanalítica tem o objetivo de sustentar o ego que o paciente não pôde desenvolver nem integrar para depois poder retirar esse apoio à medida que o paciente se torna capaz de tomar conta de si mesmo. Para Brusset este percurso se expressa nos apontamentos de Winnicott sobre o *holding* que é necessário e no que consiste a análise:

À medida que a paciente se sente nutrida pelas sessões, o tratamento torna possível a análise de determinadas ações como acting-outs em função da

transferência e como defesa em relação a esta. A análise dos conflitos centrais é possibilitada pela experiência fundamental da sobrevivência do objeto da realidade após sua apropriação destrutiva do fantasma. Contrariamente ao alimento, o analista não é mudado pelos ataques invejosos nem pela atualização fantasma de sua incorporação e destruição. (Brusset, 1999b, p.146)

Brusset nos remete a Winnicott quando reflete sobre o papel que a sobrevivência do objeto tem para a criança e sobre como o analista pode ajudar seu paciente resistindo a seus ataques, neutralizando a conduta aditiva por meio do trabalho psicanalítico.

Na visão winnicottiana o ambiente ocupa um papel primordial na promoção da saúde mental do indivíduo, devido ao manejo de uma provisão que se adequa ao momento maturacional do desenvolvimento emocional do indivíduo, seja ele um bebê, uma criança mais velha, um adolescente ou adulto. No caso oposto, em que falhas ambientais importantes marcam o percurso existencial do indivíduo, este poderá reagir a essas invasões ambientais de forma a comprometer uma integração psicossomática adequada (Winnicott, 1969/1994e).

Minerbo (2013) discute a questão das falhas ambientais no contexto da pós-modernidade, quando a crise das instituições pode ocasionar fraturas nas formas de subjetivação, abandonando o indivíduo em um estado de depleção simbólica, isto é, uma “insuficiência/fragilidade do símbolo vem produzindo uma espécie de “ anemia psíquica” (p. 35). Segundo Minerbo, a pós-modernidade contempla a falência de um modelo único para nortear a vida de um indivíduo, por meio de suas instituições sólidas e fechadas que produziam uma forma de sofrer típica da neurose:

Na modernidade, o laço simbólico que une significante a significado é rígido e os valores instituídos são considerados absolutos e universais. Por isso, essa cultura produz uma forma de subjetividade que se esforça para caber dentro do que é considerado legítimo. A vantagem de haver instituições fortes é que as referências identitárias a partir das quais nos constituímos estão dadas, e são vividas como sólidas e confiáveis. A desvantagem é que há poucas opções de vida consideradas legítimas. Nesse contexto cultural, quem não cabe no modelo único sofre e se culpa por se sentir – e por ser, efetivamente- diferente e desviante da norma (p. 32-33).

Entretanto, Minerbo (2013) busca articular os limites com as possibilidades do pensamento pós-moderno:

A vantagem é que a fragilidade do símbolo pode ser aproveitada de forma criativa para que novos laços simbólicos sejam constituídos: as pessoas podem se reinventar. Há espaço para que novas formas de viver se tornem

possíveis contemplando a singularidade do desejo... A desvantagem é que cada um tem que se reinventar a partir de si mesmo, já que não conta com o apoio simbolizante das instituições. Ser “ diferente” se tornou, se não obrigatório, pelo menos desejável. É uma tarefa solitária, angustiante e exaustiva. (p. 32)

Esse viver pós-moderno relaciona-se com “... a experiência do vazio, de falta de sentido e de tédio existencial [...] são as formas de sofrer necessariamente consubstanciadas com a forma de ser” (Minerbo, 2013, p. 33).

Minerbo considera que a crise que leva à anemia psíquica pode ser vista de uma perspectiva mais ampla, como as grandes instituições sociais, ou dentro de um contexto particular, o qual envolve a relação do bebê com seus objetos mais significativos. No último caso a função materna e paterna são importantíssimas para sustentar o bebê no seu desamparo:

Como sabemos, uma parte essencial da função materna é ler e traduzir o bebê para ele mesmo: 'Isto é fome; isto é raiva'. Mas ela também lê e traduz o mundo para ele: 'isto é bom/ mau; isto é perigoso/ seguro; isto tem valor / é desprezível; isto é proibido / obrigatório'. Ou seja, a função materna institui sentidos para o bebê, e por isso tomo a liberdade de entendê-la como uma microinstituição. Pelo simples fato de oferecer algum sentido – qualquer sentido – esta microinstituição promove o 'apaziguamento simbolizante'(o termo é de Roussillon). Inversamente, a ausência de sentido impede a ligação das pulsões, ou promove seu desligamento, o que é profundamente desorganizador para o psiquismo. (p. 34)

Se antes, a mãe era amparada com as certezas da modernidade, com pediatras, família e instituições, hoje ela é obrigada a criar seu próprio modo de cuidar diante do relativismo da pós-modernidade. Também havia recomendações precisas sobre o papel do pai, enquanto hoje o homem está em crise diante das questões de masculinidade e de paternidade.

Interessante notar que, a partir da literatura consultada, teorias e tratamentos preconizados para o transtorno alimentar considerem como fatores etiológicos aspectos hereditários, sociais, culturais e psicológicos, sendo unânimes ao considerar, no que se refere aos aspectos psicológicos, a relação mãe-filha² como primordial no desencadeamento da

² A literatura especializada concentrou-se em grande parte na relação mãe-filha em função da maior prevalência do TA em mulheres. Todavia, pesquisas recentes afirmam que o número de homens diagnosticados com TA tem aumentado, o que sugere a necessidade de novos estudos que abarquem essa nova tendência. Por esse motivo mantivemos as referências à mãe e à filha, conforme o estudo citado, fazendo aqui a ressalva de que essa tendência feminina do transtorno começa a mudar na atualidade.

doença. Complementarmente, um número reduzido de autores considera o pai como figura associada ao desenvolvimento do transtorno.

Maine (2004) corrobora minhas observações clínicas sobre o pai ser “esquecido” durante o tratamento de sua filha, e o quanto as teorias reproduzem o discurso de que a etiologia dos TA deve se buscada no relacionamento mãe-filha e suas vicissitudes. Esse tipo de abordagem acaba por provocar nas mães o sentimento de que são responsáveis pelos problemas da filha, além de fundamentar uma prática clínica baseada em uma premissa preconceituosa que afasta o terapeuta da compreensão e intervenção adequadas.

Maine (2004) discorre sobre como foi se dando conta de que havia uma lacuna a ser preenchida na compreensão dos transtornos alimentares, referindo-se à ajuda que teve de suas pacientes quando estas a orientavam no sentido de uma escuta apurada de suas narrativas, constatando como as experiências emocionais vividas na companhia de suas pacientes modificaram completamente seu pensamento como terapeuta. Relata que a comunicação de uma paciente possibilitou que identificasse o papel crucial que o pai representava na dinâmica da doença alimentar, constatando que havia uma “fome” de um pai que, por estar desvinculado de sua família, afetava o desenvolvimento da sexualidade, da imagem corporal e da própria identidade de sua paciente.

Maine (2004) coloca que, quando os pais são ausentes ou inconsistentes, suas filhas relatam uma implacável “fome de pai”, crescem com este anseio como um persistente desejo de conexão emocional, sempre insatisfeito, levando-as a traduzir esse conflito em termos de comida e peso. A exploração desse contexto dinâmico revela à autora que esse sentimento é muito pouco identificado, discutido ou confrontado, sendo a ausência do pai aceita como um aspecto normal pela cultura que se organiza em torno de suposições e práticas que tomam o desenvolvimento da criança de forma dissociada da relação com o pai, além dos sentimentos profundos de privação e perda que esta falha resulta.

O estudo de Scott (2010) corrobora as conclusões de Maine (2004) sobre o papel do pai na etiologia e tratamento dos TA, quando investigou as experiências de pais e filhas que se trataram em um grande hospital dos Estados Unidos. A autora aponta a íntima relação entre os TAs e a função paterna, elencando alguns quadros disfuncionais desta relação: a ausência dos pais e o desejo das pacientes de passar mais tempo com eles, o sintoma alimentar como uma forma de pedir ajuda para a confusão emocional instalada; a falta de comunicação entre pais e filhas; a dificuldade dos pais para lidar com suas filhas quando ficaram sabendo do problema alimentar.

Nas narrativas da pesquisa de Maine (2004), as pacientes relataram como seus pais sentiam-se perplexos e confusos a respeito do comportamento e da dinâmica do transtorno de suas filhas. Segundo a autora, muitos pais escolhiam uma conduta de severidade e pressão em relação aos hábitos alimentares das filhas, enquanto suas filhas sentiam-se desamparadas em virtude das intervenções paternas agressivas para que comessem, para que fizessem o que seria certo fazer.

Winnicott (1994f) colocou em evidência as questões ambientais como constituintes das personalidades sadias e patológicas, sendo o papel do pai inicialmente delineado a partir do papel materno, ou seja, como aquele que sustenta a mãe para que esta possa cuidar de seu bebê. E posteriormente, “o pai pode ser o primeiro vislumbre que a criança tem da integração e da personalidade total” (Winnicott, 1969/1994f, p. 188).

Para Outeiral (1997) a leitura das obras de Winnicott revela abordagens importantes em relação ao pai, a paternidade, a função paterna, não de uma forma sistemática, como diz o autor, mas sim, de uma forma dispersa.

Winnicott considera que, no processo de integração o bebê precisa contar com a presença do pai, desempenhando importante função auxiliar no desenvolvimento saudável do bebê. De acordo com Fulgêncio (2007) há uma importante relação entre os estágios de desenvolvimento e a função paterna correspondente, de acordo com a teoria winnicottiana. No estágio de dependência absoluta o papel do pai será o de dar sustentação à mãe e ser uma mãe substituta, no estágio de dependência relativa, o pai auxiliará na separação entre o bebê e a mãe, colocando-se como uma terceira pessoa na relação, e no estágio em que rumo para a independência o pai tem a função de proteger a mãe dos ataques abusivos da criança, atuando como interventor e protetor.

Também partindo de uma perspectiva winnicottiana Ferreira e Aiello-Vaisberg (2006) discorrem sobre o “pai suficientemente bom” como aquele que participará dos processos de integração do bebê, apoiando-se na contribuição de Winnicott (1965/1983a) quando este pontua que a presença paterna não duplica o cuidado materno, e sim instaura o processo de diferenciação de alteridade.

Considero de suma importância poder descortinar este cenário que a clínica nos oferece para refletir sobre o pedido de ajuda que está por trás dos corpos sofridos e das feições macilentas, grito mudo dos pacientes com transtorno alimentar. Como podemos escutar as angústias destas meninas sem aprisioná-las em teorias? Talvez privilegiando a potencialidade dos encontros terapêuticos na construção de novas experiências emocionais, em direção de uma psicanálise viva.

No que se refere ao encaminhamento clínico do transtorno alimentar autores contemporâneos como Brusset (1999b), Dias (2008), Jeammet (1999a), McDougall (2000) e McDougall et al. (2010) recomendam a adequação do atendimento psicológico para além da abordagem psicanalítica clássica, usualmente centrada na análise da conflitiva edípica. Vale mencionar que Winnicott (1984/1970) já restringia o uso da interpretação verbal para aqueles casos em que a unidade do eu e uma realidade psíquica pessoal eram aquisições conquistadas. Ideia esta que é corroborada por Jeammet (1999b), para quem o tratamento psicanalítico clássico, usualmente focalizado no recalque e seus conflitos, deve dar lugar à análise do narcisismo e das relações objetais, quando se tratar de transtorno bulímico. Seguindo a mesma linha argumentativa, Brusset (1999b) considera a abordagem psicanalítica clássica das psicopatologias contemporâneas como alternativa terapêutica válida somente em etapa posterior do tratamento.

O tratamento clássico, quando indicado, quase sempre é possível apenas em um segundo tempo ou com arranjos técnicos específicos. Em muitos sentidos, o mesmo acontece para as anoréxicas mentais, os estados limites e as toxicomanias. É sempre desejável que as atividades imaginárias e fantasmáticas, principalmente as que estão em relação com o vivido corporal, sejam encorajadas. (Brusset, 1999b, p. 139)

Para Marinov (2010) o psicoterapeuta ou o analista cuidam para que o ambiente da sessão se configure como espaço lúdico e criativo com a finalidade de criar pensamentos que ficaram obstruídos pelos comportamentos viciantes dos pacientes em torno da alimentação. Enquanto fantasias e preocupações em torno do corpo ocuparem a mente do paciente, estará comprometida a produção de quaisquer outros pensamentos que ele poderia ter sobre sua vida, suas relações com as pessoas e consigo mesmo. Marinov compreende o transtorno como uma perversão da função alimentar.

Nesse sentido a exploração dos aspectos afetivos-emocionais do paciente com transtorno alimentar se justifica, na medida em que a compreensão do sofrimento psíquico que se produz na interface entre corpo e psique, comprometendo a integração psicossomática, que fundamenta o bem estar e a saúde mental, poderá iluminar novas práticas de atenção psicológica ao paciente e a sua família.

O manejo da psicoterapia psicanalítica proposta por Winnicott (1983a; 1983c; 1983e; 1988b) se ancora na sustentabilidade do encontro de uma sessão e não mais pelo uso da interpretação clássica nos moldes freudianos. A clínica contemporânea nos instiga a criar novas maneiras de aproximação deste paciente que não se enquadra mais nos quadros

neuróticos tratados pela psicanálise de outrora. De acordo com Forlenza Neto (2008), a concepção psicanalítica clássica de transferência diz respeito aos casos cuja demanda principal se organiza em torno dos relacionamentos interpessoais:

Winnicott, de certo modo manteve a conceituação de transferência como aplicável aos pacientes que, em seu amadurecimento, já haviam atingido o estado de integração, já habitavam o próprio corpo, tinham o limite separando o eu do não eu e já podiam se relacionar como pessoas totais com outras pessoas totais; neles já se constituía um consciente e um inconsciente, com a censura e a repressão. (p. 82-83)

A interpretação na clínica winnicottiana é baseada na dinâmica que se estabelece no relacionamento entre duas pessoas, o analista e seu paciente, respeitando o momento do uso de uma interpretação no tratamento psicanalítico para que não se efetive antes que a parte mais primitiva do paciente tenha sido trabalhada. Para Dias (2008), Winnicott reitera essas considerações ao longo de sua obra:

Ao afirmar, como o fez várias vezes ao longo de sua obra, que uma boa psicanálise nem sempre se faz com boas interpretações, Winnicott está reiterando a posição de que as dificuldades referentes aos períodos primitivos não podem ser nem descritos nem tratados com os mesmos recursos terapêuticos concebidos para o tratamento desses distúrbios. (Dias, 2008, p. 591)

Por primitivo entende-se tudo o que acontece com o bebê no início de sua vida, o que, segundo Winnicott, estaria ligado ao estágio de dependência absoluta, carregando todo um contexto de natureza pré-verbal, pré-representacional e pré-simbólico: “Um lactente necessita de um certo grau de amadurecimento para tornar-se gradativamente capaz de ser profundo” (Winnicott, 1957/1983d, p. 103). É notória como a questão do primitivo participa do atendimento a pacientes com TA. Como carecem da capacidade de simbolizar, esses pacientes ficaram psiquicamente aprisionados no sintoma alimentar, resultando na impossibilidade para nomear suas dores e sofrimentos. Consequentemente, a transferência terá que ser direcionada para a criação de um clima de confiabilidade, à semelhança daquele que se instaura entre o lactente e a mãe, constituindo o *setting* psicoterápico de acordo com as necessidades do paciente:

Se o terapeuta for capaz de agir nesses momentos da mesma forma que a mãe age no início, quando cuida de seu bebê normal, o padrão paranóide não se tornará necessariamente organizado, e o indivíduo não terá a chance de desenvolver um impulso instintivo verdadeiro, ou seja, um impulso que tem uma base biológica e que não se parece com o ataque defensivo, o qual não é inerente e se baseia numa ansiedade. (Winnicott, 1990, p. 141)

Dias (2008) elenca vários objetivos da clínica winnicottiana no cuidado com o paciente, tais como mostrar para o paciente a compreensão do que está sendo comunicado por ele; poder realizar um manejo de acordo com o que o paciente está necessitando naquele momento; dar sustentação à situação de fragilidade no qual o paciente se encontra; esclarecer o paciente sobre o que está se passando com ele; e sobre a natureza da necessidade que ele está trazendo.

Winnicott (1970/1996a) considera a importância do contexto profissional no qual este trabalho precisa ocorrer sempre de acordo com um clima de confiança, com a finalidade de proteger o paciente de imprevistos. Para Winnicott, esta conduta se baseia na concepção que o autor chama de proteger o paciente de ansiedades impensáveis nas quais ele pode estar entregue, através da experiência emocional de saber nos colocar no lugar do paciente, com o objetivo do analista poder ser o ambiente facilitador para o crescimento pessoal do paciente.

No artigo intitulado Teoria do relacionamento paterno-infantil de 1960, Winnicott salienta mais uma vez sua proposta terapêutica:

Voltando a psicanálise: afirmei que o analista está preparado para esperar até que o paciente se torne capaz de apresentar os fatores ambientais em termos que permitam sua interpretação como projeções. Nos casos bem escolhidos este resultado vem da capacidade do paciente de confiar, que é redescoberta na consistência do analista, na situação profissional. Algumas vezes o analista precisa esperar um tempo muito longo; e no caso que é mal escolhido para a psicanálise clássica é provável que a consistência do analista seja o fator mais importante (ou mais importante do que as interpretações), porque o paciente não experimentou tal consistência no cuidado materno na infância, e se tiver de utilizar essa consistência terá que encontrá-la pela primeira vez no comportamento do analista. (Winnicott, 1960/1983a, p. 39)

O manejo proposto por Winnicott (1963/1983b) configura-se como a abordagem adequada para pacientes que necessitem “viver pela primeira vez”, na relação analítica, os cuidados ambientais adequados – o passado não vem ao presente; o presente deve ser o passado que não aconteceu.

Ao longo de toda a sua obra Winnicott se mostra preocupado em definir a conduta do analista, dada a sua orientação clínica, provavelmente calcada em anos de pediatria, mas também pelo objetivo de compreender como se dá o desenvolvimento emocional saudável. Segundo Davis (1982), na concepção de Winnicott, o analista era essencialmente uma pessoa que tentava estruturar o que experienciava da clínica, descrevendo

as situações vividas para tentar se aproximar cada vez mais da realidade do trabalho terapêutico.

Ao praticar a psicanálise, Winnicott (1962/1983c) dizia que tinha o propósito de se manter vivo, desperto e com vitalidade, esperando que sobrevivesse ao processo terapêutico e que conseguisse terminá-lo. Dito de outra forma, Winnicott esperava sustentar o gesto espontâneo para facilitar a criação de um espaço potencial vivido no *setting* terapêutico se adaptando sempre às necessidades do paciente.

O manejo dos casos mais fronteiros, categoria em que situo os TA, pode ser tratado a partir da regressão que Winnicott considerou ser benéfica para o paciente. A regressão para Winnicott seria o oposto da progressão, porém não se referia à regressão da libido para etapas anteriores do desenvolvimento psicosssexual, como Freud postulou. Winnicott exemplifica a utilização desse estado deste modo: “A vantagem de uma regressão é que ela traz consigo a oportunidade de correção de uma adaptação – à – necessidade inadequada presente na história passada do paciente, isto é, no manejo do paciente como bebê” (Winnicott, 1954/1988d).

Winnicott (1988d) considerava ser possível tirar proveito do estado de retraimento, não pelo estado em si, mas pela oportunidade de se estabelecer uma regressão a partir do retraimento do paciente. O manejo da regressão no *setting* analítico permite ao paciente (re)viver, na situação transferencial, a constelação de sentimentos e emoções que pelas falhas ambientais não puderam ser elaboradas, e portanto foram congeladas. Kehdy (2002) ressalta que essa comunicação estabelecida no *setting* tem o propósito de oferecer um ambiente adequado para reviver o que foi congelado, podendo assim, retornar à vida sob uma nova perspectiva, repleta de esperança.

É preciso incluir na teoria do desenvolvimento do ser humano a ideia de que é normal e saudável que o indivíduo seja capaz de defender o eu contra falhas ambientais específicas através do congelamento da situação da falha. Ao mesmo tempo há a concepção inconsciente (que pode transformar-se numa experiência consciente) de que em algum momento haverá a oportunidade para uma nova experiência, na qual a situação da falha poderá ser descongelada e revivida com o indivíduo num estado de regressão dentro de uma ambiente capaz de prover adaptação adequada. (Winnicott, 1988d/1954, p. 403)

A fim de adequar a proposta terapêutica à demanda psicológica do paciente, Winnicott (1988b/1954-1955) defende a ideia de um diagnóstico psicodinâmico. Para tanto, Winnicott classifica os pacientes em três grandes categorias: a) aqueles pacientes que operam

como pessoas totais e cujas dificuldades estão na esfera das relações interpessoais, caso em que a técnica utilizada seria a técnica clássica de Freud; b) aqueles pacientes nos quais a totalidade da personalidade está apenas começando e a técnica utilizada deve ter o objetivo de orientá-los em direção a uma maior integração, bem como à articulação entre amor e ódio e ao reconhecimento da dependência que começa a despontar; c) aqueles pacientes que precisam lidar com os aspectos mais primitivos dos estágios iniciais do desenvolvimento, que antecedem o estabelecimento da personalidade como única e pessoal. A técnica recomendada para estes casos deve ser o manejo baseado na sustentação ambiental (*holding*).

Tomando os transtornos alimentares como patologia transnosográfica, é possível observar na clínica como o paciente transita pelas três modalidades apontadas por Winnicott (1988b/1954-1955). À medida que o paciente progride, podemos nos deparar com vivências de qualidade neurótica e psicótica em uma mesma sessão, enquanto avança para conflitos na área das relações interpessoais, indicando que está se constituindo como uma unidade, como uma pessoa inteira. Este estágio é considerado promissor, pois demonstra que o paciente está se recuperando de ansiedades mais primitivas:

Ao recuperar-se da regressão, o paciente com o eu agora entregue aos cuidados do ego de um modo mais completo, precisará de análise normal conforme a que se destina a lidar com a posição depressiva e o complexo de Édipo nos relacionamentos interpessoais. (Winnicott, 1988b/1954-5, p. 392)

Contudo, para se chegar a este estado será necessário auxiliar o paciente a superar bloqueios em seu desenvolvimento emocional, tais como. a desconexão consigo mesmo, a perda da capacidade de se inserir no seu corpo, bem como o sentimento de não se sentir real, como Winnicott observa: “se tornam incapazes de se relacionar com objetos, sentem-se irreal e ‘sentem’ que o ambiente está irreal” (Winnicott, 1963/1983e, p. 211).

Em suas considerações sobre a postura do analista, Winnicott (1963/1983e) enfatiza a necessidade de compreender o momento maturacional do paciente a fim de adaptar a sua técnica para incluir, inclusive, movimentos de desintegração ou colapso que demandam contenção.

Ver-se-á que o analista está sustentando o paciente e isto muitas vezes tem a forma de transmitir em palavras no momento apropriado, algo que revele que o analista se dá conta e compreende a profunda ansiedade que o paciente está experimentando. (Winnicott, 1963/1983e, p. 216)

O analista suficientemente bom, ou seja, aquele que se adapta às necessidades do paciente, vai sendo paulatinamente percebido pelo paciente como uma esperança de que o *self* verdadeiro possa emergir em uma experiência compartilhada que implica o viver com todos os seus riscos. Como construção do indivíduo através de suas várias identificações, o *self* verdadeiro não faz mais do que reunir as experiências do viver, constituindo assim, a sua realidade interna (Winnicott, 1960/ 1983g).

De acordo com Winnicott (1960/1983g) a mãe suficientemente boa provê com seu cuidado o ego frágil do lactente para que o *self* verdadeiro comece a se manifestar. Uma mãe inadequada não será capaz de complementar a onipotência do bebê, não conseguirá alcançar o gesto do lactente que, por sua vez, ficará submisso à inabilidade da mãe e à possibilidade de organização de um falso *self*:

No segundo caso, que concerne mais particularmente ao tema em discussão, a adaptação da mãe às alucinações e impulsos espontâneos do lactente é deficiente, não suficientemente boa. O processo que leva à capacidade de usar símbolos não se inicia (ou então se torna fragmentado, com um recuo por parte do lactente dos ganhos já atingidos). Quando a adaptação da mãe não é suficientemente boa de início, se pode esperar que o lactente morra fisicamente, porque a catexia dos objetos externos não é iniciada. O lactente permanece isolado. Mas na prática o lactente sobrevive, mas sobrevive falsamente. O protesto contra ser forçado a uma falsa existência pode ser discernido desde os estágios iniciais. O quadro clínico é de irritabilidade generalizada, e de distúrbios da alimentação e outras funções que podem, contudo, desaparecer clinicamente, mas apenas para aparecer de forma severa em estágio posterior. (Winnicott, 1960/1983b, p. 134)

Segundo Winnicott (1955-6/ 1988e), o verdadeiro *self* é protegido pelo falso *self*, tendo em vista os fracassos ambientais no acolhimento às necessidades do paciente. De um lado, o eu se empobrece diante da falta de experiências, mas de outro, se preserva para uma posterior retomada de existência: “é normal e saudável para o indivíduo ser capaz de defender seu *self* contra o fracasso ambiental específico através de um congelamento da situação de fracasso.” (Winnicott, 1988b, p.463).

Quando o paciente com TA gradualmente abandona suas condutas anoréxicas ou bulímicas outras necessidades começam a surgir em forma de conflitos, investimentos amorosos, familiares ou escolares. Neste sentido, o falso *self* tornou-se um “*self* zelador” que agora possibilita a rendição do *self* ao ego para que elabore a situação conflituosa. (Winnicott, 1988b)

Winnicott aponta para a grande dependência que caracteriza esta fase, já que o paciente está regredido e emocionalmente imerso em um estado muito doloroso, consciente

dos riscos que a situação analítica requer, necessitando de um analista que o sustente e que o siga no seu processo inconsciente rumo à regressão:

A adaptação suficientemente boa por parte do analista produz exatamente o resultado procurado, a saber, o principal sítio de operação dentro do paciente muda do self falso para o self verdadeiro. O paciente tem pela primeira vez na vida a oportunidade de desenvolver um ego, que se integrará a partir do núcleo do ego, se estabelecerá como um ego corporal e repudiará o meio ambiente externo com o início de uma relação com os objetos. O ego pode, pela primeira vez, experimentar impulsos do id, se sentir real ao fazê-lo, como também quando não os está experimentando. E a partir disso, pode finalmente ser feita uma análise comum das defesas do ego contra a ansiedade. (Winnicott, 1955-6/ 1988e, p. 486-7)

O manejo, de acordo com esta proposta de análise modificada dependerá da capacidade do analista para criar condições para que esse movimento regressivo do paciente seja vivido rumo à retomada da continuidade do ser. Tal qual o *holding* materno, o analista deverá nutrir o paciente com intervenções que se baseiam na compreensão e sustentação da organização psíquica com o objetivo de integração e elaboração dos conflitos.

Nas palavras de Forlenza (2008): “cabe ao analista, após a tormenta emocional, encontrar as palavras para a realidade do sofrimento do paciente. É a captação, pelo paciente, da disponibilidade do analista nessa participação que permite o movimento de regressão” (p. 84). Se conseguiremos êxito? Não sabemos, mas o importante é reconhecer dois grandes legados que Winnicott nos deixou: o primeiro reside na afirmação de que toda existência é psicossomática, sendo o transtorno alimentar compreendido como busca pela integração psicossomática que não foi vivida, enquanto o segundo alude à esperança de estarmos bem vivos para viver a vida plenamente, tanto no que se refere ao paciente, que espera um nascimento psíquico, quanto ao analista, que visa acolher seu paciente.

CAPÍTULO 4

OBJETIVO

Compreender a experiência emocional de pacientes com transtorno alimentar a fim de possibilitar reflexões teóricas que iluminem as práticas clínicas no tratamento destes pacientes.

CAPÍTULO 5

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

5.1 Opção teórico-metodológica

Embora Freud em carta a André Breton, datada de 1932, tenha se colocado à margem da arte surrealista e feito questão de dizer que não poderia explicar tal movimento a partir de suas pesquisas, para Frayze-Pereira (1996), tal declaração visava demarcar rigorosamente o caráter científico da Psicanálise. Entretanto, no mesmo período, Freud reconhece o escritor Arthur Schnitzler como seu “duplo”, sugerindo o estreitamento das relações entre o fazer artístico e o fazer psicanalítico. Kon (1996, p. 29) elucida esta contradição de Freud, e procura explicitar em que medida estes fazeres são próximos e intercambiáveis.

A arte não reproduz o visível, faz visível, disse Paul Klee em *Schöpferische Konfession*. O ato psicanalítico não tem, nesse mesmo sentido, o intuito de revelar o que está oculto, não há o oculto, não há o antes. Parodiando o pintor, a psicanálise não reproduz o audível, ela faz audível. O fazer psicanalítico é operante, não descobre ou permite a lembrança de uma história soterrada; o fazer psicanalítico cria uma realidade. (Kon, 1996, p. 29)

Freud tal como um artista de seu tempo, um escritor, ou um pintor, retratou em sua época o que estava vivenciando na medicina. Perplexo por constatar que só o biológico não dava conta de expressar a complexidade humana adentrou-se pelo mundo do inconsciente, do sofrimento das pessoas, e começou a narrar suas angústias e descobertas a partir da relação com seus pacientes.

De acordo com Frayze-Pereira (1996), assim é que Freud pode revelar-se “Um cientista escritor, o doctor-poeta, como era apelidado por A. Schnitzler, o Dichter, que apreende a força mágica das palavras” (p. 18-19), aproximando a interpretação psicanalítica a um fazer que, enquanto faz, inventa o por fazer, como é próprio da Arte. Neste sentido, o presente estudo, se ancora na perspectiva de uma psicanálise enquanto produtora de um fazer criativo, “[...] no sentido de que engendra realidades, ou sentimentos de realidade, no lugar de advir uma realidade já conformada, desde antes, mas esquecida” (Kon, 1996, p. 31).

Para Kon (1996), Winnicott contribui sobremaneira para a compreensão deste paradoxo entre o criado e o percebido, sendo o psicanalista aquele que mais se aproxima dessa ruptura com a clássica dicotomia cartesiana entre sujeito e objeto, consciência e mundo, interioridade e exterioridade. Para Birman (1989) a clínica é o lugar por excelência de um espaço psicanalítico de criação de saberes e fazeres, "na medida em que a sua prática terapêutica é uma forma específica de investigação que pretende promover a assunção pelo sujeito da verdade de sua história e do seu desejo." (p. 196). Para este autor, a clínica psicanalítica é o lugar "[...] não apenas de produção do saber psicanalítico como também onde se define a veracidade e a consistência dos conceitos psicanalíticos" (p.196)

Discorrendo sobre a teoria e técnica psicanalíticas ante as psicopatologias contemporâneas, Outeiral (2010) lança mão de Winnicott para referendar o lugar fundamental da clínica na construção teórica:

DWW foi sempre um clínico, criado dentro da tradição empirista britânica, onde a clínica, soberana, permite a formulação da teoria. Ele nos adverte em relação " aos filósofos de poltrona" em O brincar e a realidade, que nunca se sentaram no chão com seus pequenos pacientes. É necessário viver a experiência clínica. (p. 97)

Ao tecer considerações sobre a pesquisa que se desenvolve a partir do trabalho clínico, Granato (2004) coloca a experiência transferencial no centro da pesquisa psicanalítica, e o psicanalista como narrador de um encontro, "onde experiências são contadas mas também vividas" (p.14). Sobre o valor metodológico dessas narrativas, Granato, Corbett e Aiello-Vaisberg (2011) nos lembram que "desde os primórdios da psicanálise, terapeutas e pacientes trabalhariam juntos, reconstruindo uma experiência pessoal que se perdera no tempo, restabelecendo conexões de sentido entre fatos psicológicos e desvendando sintomas do sofrimento psíquico" (p. 159).

Além disso, as autoras acrescentam uma nova dimensão ao narrar que, para além da comunicação ou resgate de experiências vividas, guarda íntima relação com o próprio processo de elaboração psíquica. Com base nas experiências vividas e narradas no encontro analítico se estabelece a escrita psicanalítica: "Novas narrativas são assim tecidas sobre o pano de fundo das histórias de vida de ambos [terapeuta e paciente] e dos fundamentos teóricos que iluminam aquela prática, o que se supõe que abra novas possibilidades para o ser e o viver" (Granato, Corbett & Aiello-Vaisberg, 2011, p. 159).

Considerando as mudanças epistemológicas pelas quais a psicanálise abandona o projeto de traduzir o inconsciente segundo diretrizes edípicas, passa a focalizar o campo das

relações primitivas e chega à concepção do encontro clínico como locus de produção de novas experiências emocionais, adotaremos o referencial winnicottiano, pela radicalidade de sua proposta de estender a compreensão psicanalítica a enquadres diferenciados.

Será com fundamento nesse posicionamento que investigaremos o sofrimento psíquico associado aos transtornos alimentares, que nos têm desafiado com seus sentimentos paradoxais de vazio e completude, com a busca ansiosa de preenchimento/esvaziamento de um eu que começa a se delinear, cujas demandas nos remetem à situação de dependência infantil e à necessidade de ajustes no manejo técnico desse tipo de sofrimento. Será, portanto, na tessitura de uma relação transferencial que esperamos acolher e compreender a experiência emocional de pacientes que sofrem de transtornos alimentares, expressa pelas narrativas que se produzem no encontro clínico entre analista e paciente, como Granato, Corbett e Aiello-Vaisberg (2011) apontam.

Estados de *self* podem se expressar em narrativas, formações arquitetônicas de experiência emocional, que veiculam a mudança que se origina do testemunho do terapeuta face à experiência do paciente, como diz Stern (2009), defendendo com Ferro (2005) o reconhecimento e a sustentação dos sentimentos do paciente, e não sua decodificação, como sendo as intervenções que transformam. (p. 495)

O espaço psicanalítico pressupõe a participação do analista e analisando na tessitura da criação da experiência emocional da dupla para formar ou emergir um novo conhecimento. O analista, além de observador, é um participante ativo dessa relação, uma pessoa real. Para Safra (2001) a investigação em Psicanálise na universidade, através do método psicanalítico, abarca um procedimento processual e não a busca de um objetivo já dado a priori: “Trata-se de uma característica do processo psicanalítico diretamente relacionada às peculiaridades da subjetividade humana: a contínua abertura para o devir” (p. s/n)

A proposta de Stake (2011), quanto à abordagem qualitativa em pesquisa se afina com a opção metodológica de tomar o encontro psicanalítico como o contexto de nossa investigação, uma vez que o autor situa a pesquisa qualitativa como aquela que se baseia na percepção e compreensão humanas. Nesse sentido, a pessoa do pesquisador está implicada desde o início da pesquisa, isto é, desde a sua opção teórico-metodológica que norteia a pergunta que a pesquisa se propõe responder até a interpretação dos dados, a partir da observação da conduta e seu contexto.

Turato (2005) compreende a pesquisa qualitativa consoante seu recorte epistemológico, que se organiza em torno do estudo do significado de um fenômeno individual ou coletivo da vida das pessoas.

Torna-se indispensável assim saber o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para elas. O significante tem função estruturante em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde. (Turato, 2005, p. 509)

A proposta de um estudo psicanalítico na área dos transtornos alimentares alinha-se com as ideias de Stake (2011) sobre o que caracteriza uma pesquisa qualitativa: ser interpretativa e, portanto, produtora de sentidos que emergem da interação entre o pesquisador e seus participantes; ser experiencial, pois se baseia na observação de uma experiência vivida, na qual evita interferir ou manipular; ser situacional, por lidar com objetos e atividades a partir de seu contexto singular, usualmente descrito em detalhes; e, enfim, ser personalística, quando busca compreender as percepções individuais valorizando mais as singularidades do que as semelhanças, preservando a diversidade, além de ter na pessoa do pesquisador seu principal instrumento de pesquisa.

5.2 Participantes

Participaram desta pesquisa quatro pacientes adultos, sendo três mulheres e um homem, de faixa etária entre 18 e 26 anos, que se inscreveram para iniciar tratamento no Núcleo de Estudos e Assistência a Pacientes com Transtorno Alimentar e Obesidade (Neota), mantido pela Clínica-escola da Universidade de Franca para usuários da comunidade de Franca e região.

Seguindo o protocolo deste serviço os pacientes/participantes foram inicialmente atendidos segundo o enquadre winnicottiano de consultas terapêuticas, antes que fossem encaminhados para o atendimento multidisciplinar. Por ocasião da primeira Consulta Terapêutica foram informados sobre os objetivos e procedimentos desta pesquisa, bem como do caráter voluntário e sigiloso de sua participação. De posse dessas informações e tendo suas dúvidas devidamente esclarecidas pela pesquisadora, os participantes foram solicitados a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo então convidados a narrar suas

experiências como portadores do TA, de modo livre e espontâneo.

No que se refere ao atendimento psicológico, após a finalização das Consultas Terapêuticas, os pacientes foram encaminhados para Psicoterapia individual, conforme protocolo de atendimento do NEOTA. As consultas terapêuticas foram realizadas no período de outubro de 2013 a junho de 2014, na frequência de uma sessão individual semanal de 50 minutos de duração.

Tivemos o cuidado de garantir aos participantes o sigilo do material comunicado, cujo uso ficou restrito à escrita desta tese de doutoramento e à sua divulgação científica ulterior. A condição dos participantes como pacientes foi priorizada, de modo que o acolhimento de suas necessidades pelo serviço e pela pesquisadora não ficou condicionado à sua participação na pesquisa. Como este estudo se desenvolveu em um enquadre clínico, a perspectiva terapêutica orientou todos os procedimentos adotados com os participantes, visando a garantir-lhes o acesso ao atendimento psicológico adequado, nos moldes propostos pelo Neota, além dos cuidados éticos aos participantes.

5.3 Procedimento

Winnicott (1970/1984) cunhou o termo Consultas Terapêuticas para um conjunto de entrevistas iniciais que visavam o estabelecimento de um diagnóstico psicanalítico preliminar, o qual orientaria a conduta terapêutica a ser adotada em cada caso, o que poderia envolver mais algumas consultas, a orientação dos pais, o encaminhamento para outras modalidades de tratamento, ou ainda o próprio encerramento do caso, quando a comunicação da compreensão alcançada na consulta bastasse ao paciente. Winnicott constata que em alguns casos o próprio procedimento diagnóstico pode se constituir como medida terapêutica eficaz, uma vez que pode restabelecer o contato do paciente com os conflitos que subjazem ao sofrimento psíquico e à sintomatologia apresentada.

Segundo Lins (2006), nas Consultas Terapêuticas o fator mais importante é o *setting* diferenciado que se caracteriza por um enquadre no qual a afetividade e a confiança desempenham um papel central. Se para Lescovar (2004) o foco das consultas ainda se dirige para a elaboração de conflitos, para Lins, o objetivo das consultas, seguindo a proposta winnicottiana de análise modificada, é estabelecer um diagnóstico relativo ao ambiente no qual a criança ou o adulto vivem.

Winnicott (1984) faz algumas considerações sobre o terapeuta que se propõe a

trabalhar com Consultas Terapêuticas e sua capacidade de identificar-se com o paciente sem perder a identidade pessoal, de conter o conflito do paciente e esperar a sua resolução, não perturbando o processo do paciente com interpretações apressadas ou desnecessárias, sustentando, enfim, um ambiente de confiabilidade para que o próprio paciente retome o desenvolvimento emocional interrompido ou nunca vivido.

Winnicott (1984) também concebia as Consultas Terapêuticas como um prelúdio para uma psicoterapia mais demorada ou mais intensa, além de importante instrumento de pesquisa. Lescovar (2008) considera que a clínica winnicottiana reconfigura os movimentos transferenciais por meio das Consultas Terapêuticas, quando deposita no encontro humano entre analista e paciente a oportunidade para que o paciente possa viver uma experiência transformadora rumo ao seu amadurecimento.

Desde essa perspectiva que abarca a questão diagnóstica e terapêutica como as duas faces de um mesmo processo interventivo, foram realizadas entrevistas iniciais inspiradas nas Consultas Terapêuticas de Winnicott (1984), pelas quais os pacientes que buscam o Neota têm acesso ao tratamento multidisciplinar, sendo posteriormente atendidos em psicoterapia. Cada encontro foi registrado pela pesquisadora, logo após a sua realização, sob a forma de narrativa, sendo selecionados para análise interpretativa os relatos de duas entrevistas iniciais e cinco sessões de psicoterapia de cada paciente-participante.

O *corpus* de análise desta pesquisa compreende as narrativas das Consultas Terapêuticas, as sessões de psicoterapia, e as sessões de orientação das mães dos pacientes para adentrar em seu universo familiar.

5.4 Local da pesquisa

A Universidade de Franca conta com serviços especializados no atendimento a pacientes com diversas patologias. Os pacientes inscritos no Núcleo de Estudos e Assistência à Pacientes com Transtorno Alimentar e Obesidade (Neota) são inicialmente atendidos ou na Clínica de Psicologia, ou pela Clínica de Nutrição. Por qualquer via de acesso, os pacientes são encaminhados posteriormente, de acordo com as suas necessidades, para atendimento multidisciplinar: psicoterapia, orientação nutricional e atendimento psiquiátrico.

O presente estudo foi realizado em uma das salas de atendimento na Clínica de Psicologia, onde a pesquisadora atendeu individualmente os participantes da pesquisa, em horário previamente agendado.

5.5 Análise das narrativas

Conforme descrito na seção de Procedimento (item 5.3), foram tomados como material de análise as narrativas de entrevistas iniciais e de sessões de psicoterapia, sendo selecionados sete relatos de encontros com cada um dos quatro participantes da pesquisa, compondo um total de 28 narrativas.

Como investigação psicanalítica, este estudo adotou a perspectiva winnicottiana como referencial teórico-clínico que norteou tanto os atendimentos clínicos quanto as interpretações da pesquisadora, ao se debruçar sobre as produções narrativas dos participantes, em estado de atenção flutuante, a fim de captar os sentidos que remetem à experiência emocional do paciente com transtorno alimentar.

5.6 Considerações Éticas

O presente estudo foi realizado respeitando os princípios da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que preconiza as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. Nesse sentido, cumpriu com os parâmetros propostos no que tange à apresentação de uma Carta de Autorização da Universidade de Franca (ANEXO 1), a fim de realizar a coleta de dados nas suas dependências. Depois de obtida a autorização foi realizado o contato com os pacientes, a fim de convidá-los a participar da pesquisa, sendo que o seu aceite foi formalizado mediante a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 1). Tanto na Carta dirigida à instituição quanto no TCLE destinado aos pacientes estavam explicitados os objetivos do estudo, o caráter não obrigatório da participação dos pacientes, os riscos e benefícios da pesquisa e o sigilo dos resultados, a fim de garantir a autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade do participante e da instituição envolvida. Finalmente, é importante destacar que embora tenham sido oferecidas aos participantes deste estudo entrevistas devolutivas sobre os resultados da pesquisa, nenhum deles mostrou interesse pelos resultados. A coleta de dados foi realizada somente após a aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (protocolo de nº 401.670), que pode ser consultado no ANEXO 3.

CAPÍTULO 6

O PERCURSO NA CLÍNICA PSICANALÍTICA DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

*Eu não sentia nada . Só uma transformação, pesável.
Muita coisa importante falta nome.
Guimarães Rosa*

6.1 Os primeiros passos: as entrevistas iniciais

Este capítulo tem o objetivo de apresentar os primeiros passos dos participantes deste estudo ao buscar o Núcleo de Estudos e Atenção a Pacientes com Transtorno Alimentar e Obesidade da Universidade de Franca (Neota) para tratamento de transtornos alimentares. Os encontros entre pesquisadora e participantes se deram no contexto de uma relação terapêutica inspirada na clínica winnicottiana, tomada aqui como lócus privilegiado para a compreensão da experiência emocional, visando contribuir com o conhecimento científico sobre os transtornos alimentares e com a formulação de práticas clínicas mais afinadas com as necessidades desses pacientes.

De acordo com Winnicott (1952/1988f), o enquadre psicanalítico favorece uma multiplicidade de experiências que, ao serem reunidas, podem indicar certos fatores comuns que poderão compor uma teoria baseada em uma linha de investigação subjetiva. A objetividade virá com a organização das ideias a partir de observações realizadas de diferentes ângulos (Winnicott, 1948/1988g).

Empreenderemos agora com o leitor o mesmo caminho que trilhamos desde as entrevistas iniciais, quando o paciente chega fragilizado em busca de sustentação emocional, até as sessões de psicoterapia.

Observamos tratar-se de um fato muito comum nos serviços de atendimento aos pacientes com TA que estes procurem o primeiro atendimento no setor de Nutrição ou Nutrologia, o que é compreensível já que tais serviços foram criados por essas áreas e pelo fato de os pacientes imaginarem que seu problema é exclusivamente alimentar. Conseqüentemente, a clínica de Nutrição se torna a porta de entrada para qualquer atendimento no Neota, onde é feita uma primeira avaliação diagnóstica do paciente,

juntamente com o setor de Psicologia, para depois ser encaminhado para o setor de Psiquiatria, quando o diagnóstico é concluído e iniciado o tratamento medicamentoso, se houver necessidade, bem como os atendimentos nutricional e psicológico.

Começamos por uma breve apresentação dos participantes deste estudo. Ana, cujo nome é fictício, tem 26 anos, é casada, tem um filho de 3 anos, apresenta um I.M.C de 41,7Kg/m², sendo seu quadro classificado como obesidade grau III, na época em que procurou o serviço. Seus primeiros relatos se referem ao fato de ter engordado muito durante a gravidez, época em que lidava com os problemas de seu marido com a Justiça, o que a seu ver desestabilizou a família inteira pelo receio de que fosse preso injustamente. Ana ficava muito deprimida com essa situação, descontrolando-se na alimentação para depois sentir intensa culpa por ter se excedido.

Era no período da tarde, quando seu filho estava na escola, que Ana sentia mais compulsão para comer, costumava tossir bastante após a ingestão de grande quantidade de comida, o que provocava episódios de vômitos. Relatou o quanto se sentia inadequada por estar obesa e como estava restringindo suas saídas e passeios ao imaginar que as pessoas na rua ririam dela, por estar gorda. Sentia que estava sendo pressionada por toda a família para que voltasse ao peso que tinha quando solteira, inclusive por seu filho de três anos que recomendava que ela comesse menos. A instabilidade de Ana atingia o seu cardápio alimentar e o de seu filho, que era alimentado por ela, atestava o grau de confusão de Ana em relação ao que comer. A paciente foi então diagnosticada com bulimia nervosa.

Maria tem 21 anos, é solteira, estudante universitária, pesa 61 kg, seu I.M.C é de 22,13 kg/m², classificada como eutrófica de acordo com a OMS, o que significa que seu peso é normal. Chegou ao Neota após ter feito uma busca na internet dos serviços disponíveis para o tratamento de TA na região. Maria apresentava uma aparência saudável, o que contrastava com os relatos de intensos cuidados com o corpo, o qual parecia estar sendo castigado pelo fato de que “sobravam gordurinhas” na sua cintura.

Maria se mostrava comunicativa e receptiva, apresentando um vasto conhecimento sobre os alimentos, o que confirma algo que já pôde ser comprovado pela literatura especializada, a saber que os pacientes com TA tornam-se verdadeiros nutricionistas, reunindo um grande número de informações sobre as qualidades nutricionais e os valores calóricos de diversos alimentos. Nas primeiras consultas mostrou-se eufórica, falando muito e sempre com um meio sorriso nos lábios, característica que a acompanhou em todos os atendimentos. Relatou ainda que praticava atividades físicas (musculação e aeróbica) cinco vezes por semana com duração aproximada de uma hora e cinquenta minutos por dia.

Além disso, consumia suplementos alimentares e fazia uso de automedicação com o objetivo de “eliminar gorduras”. Contudo, como os medicamentos de que se servia eram estimulantes (franól e cafeína) Maria era vítima constante de insônia.

Maria apresentava episódios de compulsão alimentar que eram seguidos de vômitos, de uma a três vezes por semana, sendo os doces seus alimentos preferidos. Outro comportamento purgativo de Maria se referia ao uso de laxantes, sendo consumidos de 3 a 4 comprimidos por dia. A imagem idealizada de Maria sobre o corpo perfeito correspondia ao corpo das fisiculturistas com músculos bem definidos e porcentagem de gordura igual a zero. Confessou estar preocupada por ter perdido dois quilos, pois receava ter perdido músculos e água, enquanto pretendia perder 1 kg de gordura por semana. Maria também foi diagnosticada com bulimia nervosa.

Laura tem 22 anos, é solteira, cursa nível superior, seu I.M.C é de 21,91 kg/m², sendo também classificada como eutrofica. Conta que procurou a Clínica de Nutrição por não estar se sentindo bem com seu corpo e ter medo de engordar, mas antes disso procurou um plantão médico por estar vomitando espontaneamente após as refeições, sendo então encaminhada para um psiquiatra que lhe receitou um ansiolítico, medicação que a paciente se recusou a tomar.

Nos primeiros atendimentos Laura chorou muito, dizendo que queria ficar magra igual à namorada de seu ex-namorado, e que após o término do namoro os vômitos e a compulsão para comer se tornaram mais frequentes. Laura recorda que aos 15 anos de idade pesava 61 kg e esporadicamente provocava vômito após se alimentar, prática que foi interrompida aos 18 anos. Embora relatasse seu sofrimento e confusão, Laura disse que seus pais não entendiam o que ela estava sentindo, não acreditavam que ela tivesse um TA e nem que o seu estado de saúde pudesse ser grave .

Lucas, de 18 anos, estudante e solteiro, foi encaminhado pelo Grata, onde iniciou seu atendimento em função de um I.M.C de 13,5 kg/m², o que o colocava bem abaixo de seu peso normal. Depois de uma internação motivada por uma restrição severa de alimentos, Lucas foi atendido por quase dois anos, desde os seus 15 anos. Por ter respondido bem ao tratamento do Grata foi encaminhado para psicoterapia no Neota, já que este se localiza na cidade onde Lucas vive, permitindo que desse continuidade ao tratamento.

Lucas perdeu o pai de forma trágica aos quatro anos de idade, quando seu pai foi assassinado durante um assalto. Foi criado por sua mãe e pela avó materna que se revezavam nos cuidados para com ele e seu irmão, três anos mais jovem. Sua avó é muito presente em sua vida, a ponto de ele voltar para a casa da avó de tempos em tempos, o que

ocorreu durante a coleta de dados desta pesquisa. A mãe de Lucas se casou novamente após cinco anos de viuvez. Lucas refere o relacionamento com o padrasto como amigável, mas sem grandes demonstrações de afeto.

A avó e a mãe foram convidadas para uma consulta com a pesquisadora, o que se mostrou extremamente produtivo para que fossem tomadas algumas decisões em relação aos cuidados que Lucas receberia, tendo sido diagnosticado com Anorexia do tipo restritivo. Além disso, foi possível compreender como elas se sentiam em relação às demandas que esse tipo de transtorno impunha à família.

De acordo com o protocolo de atendimento desenvolvido por esta pesquisadora para o Neota, os pacientes são inicialmente atendidos segundo o enquadre de entrevistas inspiradas nas Consultas Terapêuticas de Winnicott (1984), objetivando um diagnóstico interventivo. Entretanto, como Winnicott aponta, trabalhar com Consultas Terapêuticas não significa utilizar uma técnica, mas exige do analista uma postura mais flexível com seu paciente. Lescovar (2004) alude a esta ampliação do enquadre de entrevista que já comporta uma intervenção terapêutica:

As consultas terapêuticas, ou a exploração integral das primeiras entrevistas psicológicas, representam uma nova possibilidade de avaliação, intervenção e ajuda psicológica, em que o encontro analítico se respalda basicamente numa comunicação significativa entre os membros do encontro. Tal possibilidade surge exatamente pelo caráter peculiar que marca o momento de pedido de ajuda do paciente, que espera encontrar, na comunicação com o psicoterapeuta, o objeto necessitado para a superação de sua dificuldade e, conseqüentemente, a retomada de seu processo de amadurecimento. (Lescovar, 2004, p. 45)

Lins (2006) refere a possibilidade de um encontro criativo entre analista e paciente ao longo do processo terapêutico, quando retoma a recomendação winnicottiana sobre a adaptação do *setting* às necessidades do paciente.

A prática das consultas terapêuticas, é sem dúvida, o melhor passaporte quando se busca ultrapassar a fronteira entre o conhecimento das propostas teóricas de Winnicott e sua prática clínica. É também um exercício de criatividade que protege o terapeuta contra o risco de instalar-se no território de práticas dogmáticas, empobrecidas por uma lealdade equivocada à ortodoxia, que se manifesta através da repetição de preceitos e da imitação de modelos. (Lins, 2006, p. 10-11)

A adaptação ativa do analista confere ao paciente um ambiente de confiabilidade, o *holding* necessário para que possa experimentar situações conflitantes, para

que haja uma esperança de ser compreendido, além do suporte aos familiares do paciente que, a despeito de todo o sofrimento precisam estar preparados para o cuidado daquele parente que adoeceu. É sempre custoso o reconhecimento do adoecimento, tanto por parte do paciente como de sua família. É comum que o paciente chegue até o nosso serviço com o quadro alimentar já consideravelmente adiantado, quando já perdeu o controle da situação. Foi assim com Lucas, quando foi hospitalizado no Grata depois de uma restrição severa de alimentos e tentativa de suicídio; com Maria, que desesperou-se ao ver que a compulsão estava se intensificando; com Laura, que começou a vomitar depois de muitos episódios de compulsão; e com Ana, que após ter engordado 50 quilos em um espaço de dois anos, passou a restringir a alimentação para depois ter episódios violentos de compulsão alimentar.

Na primeira consulta, Ana entrou na sala com um olhar sofrido, cumprimentou-me com a respiração entrecortada, e quando lhe perguntei como estava, lágrimas vieram aos seus olhos. Disse que vinha engordando desde a época em que ficou grávida, e não sabia mais o que fazer; sentia-se muito cansada, não tinha vontade de fazer nada, só de ficar deitada. Sentiu-se pior depois que o filho foi para a escolinha, pois agora não tinha mais nada para fazer e, sem fazer uma pausa, relatou que os problemas com o marido que havia sido indiciado a deixavam muito angustiada, ainda que estivesse tentando provar sua inocência.

Tantas urgências a resolver deixavam Ana angustiada e paralisada, incapaz de pensar na solução de seus problemas. Primeiramente, tentei pensar com ela sobre as situações concretas, dada a urgência para resolvê-las. Elenquei alguns serviços gratuitos de assistência jurídica, encontrando o da Unifran e o da Unesp, para depois pensarmos em um modo de reunir a quantia necessária para pagar as despesas e a viagem até São Paulo. Ana foi aos poucos se acalmando e abrindo espaço para pensar sobre o que estava acontecendo, senti que me pedia para estar com ela no seu desespero, que não conseguia pensar sozinha e que precisava vencer a dificuldade de não saber o que fazer. A impossibilidade para pensar as situações concretas e integrar os sentimentos que advinham dessas situações fazia com que Ana pedisse a minha ajuda, para que eu me preocupasse e cuidasse dela até que ela pudesse cuidar de si mesma. Aiello-Vaisberg (2003) enfatiza a provisão ambiental que o paciente busca no encontro analítico, capaz de sustentar experiências de ilusão que permitam um espelhamento do seu ser baseado no *holding* do analista.

Laura também chorou muito no primeiro atendimento quando começou a falar da compulsão e de como era difícil lidar com a fome avassaladora que sentia, a culpa pela compulsão e o medo mórbido de engordar, pois quando procurou a clínica de nutrição fazia

quatro meses que ela estava comendo descontroladamente. Relatou que era comum que depois de uma desilusão amorosa não conseguisse fazer mais nada, apenas chorar e comer. Sentia-se “a pessoa mais feia e gorda do mundo”. O sentimento de rejeição perante o namoro desfeito foi a gota d’água para desencadear o distúrbio alimentar. Depois de alguns atendimentos, pudemos constatar que entre 12 e 15 anos, Laura já havia feito uso do corpo e da compulsão para expressar a dor que não podia ser simbolizada e, conseqüentemente, vivida.

No primeiro atendimento de Maria encontrei uma moça sorridente e ansiosa. Quando a convidei para entrar na sala e perguntei como poderia ajudá-la, disse-me que não se sentia bem, e que percebeu que não estava bem quando começou a comer tudo o que via pela frente, descontroladamente. Comeu toda a comida da amiga que morava com ela em uma república e, sentindo-se muito culpada, disse a si mesma que “aquilo não era vida”. Foi nesse dia que resolveu procurar ajuda. Perguntei se seus pais sabiam pelo que estava passando, visto ser a única paciente que não morava com a família, ela responde que seus pais desconfiavam de alguma coisa, pois estavam sempre tentando fazê-la comer quando voltava para casa aos finais de semana. Quando perguntei se pretendia lhes contar, ela imagina que o pai ficará desesperado se souber, enquanto sua mãe entenderá, uma vez que sempre fizera dietas. Argumento que seria importante compartilhar com os pais para que estes possam ajudá-la. Disse-lhe que temos encontros com os pais para conversarmos sobre o que estão sentindo, para explicar a situação de sofrimento que o TA implica, e também para orientá-los no cuidado ao filho.

Foi somente depois de alguns encontros com Maria que pude compreender que seu modo contido e o meio sorriso no rosto era resultado da medicação, já que fazia uso de laxantes, ansiolíticos e anorexígenos que roubavam a expressão de seu rosto. Por trás daquele semblante mecanizado, havia um mundo de fantasias terríficas, das quais ficaríamos sabendo somente mais tarde. Lins (2006) compreende que os primeiros contatos com o paciente são sempre reveladores do quanto ele precisa desse encontro e de suas expectativas quanto a poder confiar em alguém, do que dependerá o andamento do próprio encontro, o qual inclui o bom desempenho do analista.

Winnicott (1984) faz recomendações quanto à necessidade de um analista capaz de atender as necessidades do paciente, que tenha passado por sua própria análise pessoal e que tenha a formação clássica de atendimento em psicanálise, pelo fato desta tarefa exigir do analista vitalidade e criatividade para não sucumbir ao pavor do paciente diante dos próprios conflitos, incapacitando-se para resolvê-los. Em nossa experiência clínica

acompanhamos um ir e vir do paciente que transita entre experiências emocionais mais primitivos, alcançadas via uma regressão no *setting*, enquanto outras estão em vias de integração, via psicanálise padrão.

O manejo em uma Consulta Terapêutica leva o terapeuta a se posicionar no lugar de objeto subjetivo para o paciente, constituindo-se um ambiente de confiabilidade a partir do qual o paciente pode alcançar estados pré-verbais e de dependência, característicos das primeiras relações objetais. Segundo Winnicott (1963/1983i) serão esses primeiros relacionamentos que nortearão o desenvolvimento da capacidade futura do indivíduo de se relacionar e de dar prosseguimento ao processo de amadurecimento. Observamos que na clínica do TA, a relação de objeto subjetivo tem a função de comunicar o sofrimento e formular um pedido de ajuda, depositando no terapeuta a esperança de que o sofrimento terá um fim.

6.2 O corpo como expressão do conflito emocional

O paciente com TA responsabiliza o corpo por seu sofrimento, é pelo corpo que comunica uma experiência que não foi simbolizada. Nas primeiras consultas a problemática do corpo e do medo de engordar aparece de forma violenta, pelo aumento de peso sem limite demonstrando de forma invertida o desejo de ser magra, pelo desejo desmedido de preencher o espaço vazio/mente com comida para depois vomitar a culpa, ou ainda pela negação da fome e pela busca incessante da magreza:

“Faz tempo que estou engordando, desde a época que eu fiquei grávida, de lá para cá engordei 50 quilos...” “...É que se eu quero ir para a casa da minha mãe, ela me chamou para ir lá, eu vou ter que andar na rua, as pessoas vão me olhar e pensar: olha que gorda! Eu fico com vontade de ir numa academia, mas vou ficar com vergonha de chegar lá todo mundo ver que eu sou gorda” (Ana)

“Faz tempo que eu não estou bem, quem me encaminhou foi o nutricionista, eu tenho compulsão alimentar, comecei a comer descontroladamente faz uns quatro meses, depois que eu terminei com o meu namorado. “Eu hoje fiquei muito ansiosa no trabalho, porque a dona do escritório chegou com várias pizzas lá, eu já fui ficando desesperada porque eu não queria comer...” (Laura)

“Desde que eu era pequena quando comecei a ficar gordinha, sempre fui preocupada, minha mãe também se preocupou comigo, com o fato de eu estar engordando... Ai, isso eu não quero mais, não suporto alguém me

pegando, vendo minhas gordurinhas, nem com meus amigos eu gosto, me incomoda". (Maria)

Em uma das sessões que tivemos, Lucas compara seu estado atual com o padecimento de um amigo do grupo de pacientes anoréxicos:

Lucas: *"É, quando eu tinha anorexia eu só ficava naquele mundo e não via que precisava de ajuda...agora não é assim.*

Psicoterapeuta: *Seu amigo fica só focado no medo de engordar e não comer...igual os nerds jogando vídeo game...não existe outro mundo né? Você tem procurado curtir sua vida, sua família, os amigos, a bike, o tênis.*

Lucas: *Mano, tô fora dessa!*

O corpo torna-se o refúgio para os afetos não elaborados, e lá mantidos em estado bruto, sensorial. O sofrimento das pacientes bulímicas torna-se mais manifesto do que na anorexia, denunciando o desmoronamento da autoestima e o surgimento de estados retraídos. De acordo com Brusset (1999):

As formas graves de erotização da sensação de fome ou das passagens ao ato bulímico e de vômitos ilustram bem a dimensão destrutiva dos autoerotismos, desconectados dos fantasmas, em seu vão objetivo expulsivo do objeto que evoca, às vezes, as defesas autísticas. (p. 58)

A preocupação exagerada com a forma física é acompanhada de grandes distorções de imagem corporal. Com exceção de Ana, embora os outros três participantes, Lucas, Maria e Laura estivessem com seu peso normal, focalizavam no corpo todas as suas preocupações. Para Miranda (2004) o paciente com TA seria "uma boca que pouco come, um psiquismo que pouco elabora" (p. 311).

A impossibilidade de achar as palavras que possam conter toda essa angústia, emoções inomináveis, indizíveis, colabora para a instalação de uma economia psíquica apta a favorecer a migração do afeto para o corpo, o corpo inteiro. Como um campo de guerra que tenta manter a aparência de uma certa identidade subjetiva e preservar de alguma maneira a vida mental. (Miranda, 2007, p.30)

As narrativas dos participantes sugerem essa incapacidade para lidar psiquicamente com as experiências vividas no corpo, o que nos leva ao pressuposto de que uma frágil integração psicossomática (Winnicott, 1988a) concorra para a instalação e/ou

manutenção do TA, na medida em que abre para duas possibilidades: ou a saída pelo investimento excessivo no intelecto, ou o que parece se dar no caso do TA, o refúgio no corpo.. A maneira que encontram para preencher o vazio psíquico e o consequente excesso de sensações não simbolizadas é comer, vomitar ou morrer de inanição. Esse caos generalizado é relatado por Lucas, quando se refere ao amigo que estava internado no hospital, como muito louco (sic), sinalizando a superação do aprisionamento no sintoma alimentar.

Apoiando-se nas ideias de Brusset sobre o sofrimento bulímico, Schevach (1999) discorre sobre o sentido dos vômitos após a compulsão alimentar, argumentando que teriam a função de omitir o processamento psíquico que seria gasto na tentativa de resolver os conflitos da própria existência. Por não conseguir lidar com a dor de existir, transformada em angústias impensáveis, o paciente reage ao sofrimento agredindo o próprio corpo, em uma espécie de acting out pela via do vômito

Esse curto circuito do pulsional, a descarga direta no ato, omitindo o processamento psíquico, representa certa semelhança com o ato psicopático como modo privilegiado de resolver os conflitos, mas diferentemente desse, a agressividade e a destruição dirigem-se ao próprio corpo e ao si mesmo em lugar de dirigir-se à sociedade. (Schevach, 1999, p.100)

O paciente que vomita instala um círculo vicioso, pois ao mesmo tempo em que os vômitos trazem um alívio, o paciente terá que se alimentar novamente tanto pela necessidade do corpo quanto pelo desejo de preencher o vazio existencial. Quando Fontes (2002) aborda as psicopatologias contemporâneas do corpo e as novas formas de subjetivação centradas no corpo, considera que o corpo que age, desconhece que está submetido a uma redução espetacular de seu próprio espaço psíquico.

Brusset (2004) traz uma reflexão baseada na teoria de Winnicott, ao afirmar que a compulsão que leva aos comportamentos purgativos remete a uma reação antissocial que visa a busca do ambiente primário perdido por meio do ato bulímico, tendo no triunfo uma recusa onipotente da dependência e da depressão. Para Winnicott (1958/1983j, 1960/1983a, 1963/1983k) a tendência antissocial é uma reação contra o sentimento de privação e falha ambiental a que a criança ou adolescente foram expostos:

(...) o paciente com uma tendência anti-social maior ou menor, está permanentemente reagindo à privação. O terapeuta é impelido pela doença do paciente, ou pela metade esperançosa que há nela, a corrigir e continuar corrigindo a falta de apoio ao ego que alterou o curso da vida do paciente. A única coisa que o terapeuta pode fazer, além de ser enredado, é usar o que

ocorre na tentativa de chegar a uma avaliação precisa da privação ou privações originais, como percebidas e sentidas pelo paciente como criança. (Winnicott, 1960/1983l, p. 149).

Brusset (2004) empresta esse sentido de tendência antissocial de Winnicott para refletir sobre o paciente com TA que reagirá à percepção de que algo não correu bem, enfraquecendo seu ego e interrompendo a continuidade do ser. Schewach (1999) exemplifica o ato purgativo da seguinte maneira:

Este curto-circuito do pulsional, a descarga direta no ato, omitindo o processamento psíquico, apresenta certa semelhança com o ato psicopático como modo privilegiado de resolver os conflitos, mas diferentemente desse, a agressividade e a destruição dirigem-se ao próprio corpo e a si mesmo em lugar de dirigir-se à sociedade. Por outro lado, a urgência desmedida em obter a satisfação, a intolerância a todo tipo de limites, a inversão de valores, melancolia, ou ao risco melancólico. Quer dizer, trata-se aqui da problemática da perda do objeto, de sua recuperação, do triunfo sobre o mesmo através do desmentido onipotente da dependência e da depressão. (p. 100)

Compreender a complexidade do TA que transita entre os muitos modos de ser é de grande utilidade para o manejo clínico, que deverá seguir as linhas do desenvolvimento emocional do paciente, ainda que estas nos levem pelos caminhos da regressão e da atuação, nem sempre facilmente administráveis pelo terapeuta. Este precisa compreender que é parte de um equipe que une esforços para dar conta de um sofrimento que é multideterminado e plurifacetado.

6.3 O transtorno alimentar como resposta adicta do paciente

O TA também pode ser visto como um comportamento adicto que encerra um estado de escravidão ao sintoma, quando uma luta desigual é travada entre o indivíduo e uma parte de si mesmo. A solução a que os pacientes recorrem diante dos conflitos internos ou externos visa proteger-se de uma queda maior, que poderia ser a psicotização. Mc Dougall (2003) teoriza sobre este estado:

O objeto de adicção é investido de qualidades benéficas e mesmo de amor. Trata-se de um objeto de prazer a se ter para atenuar estados afetivos intoleráveis. Como tal, é vivido, pelo menos em um primeiro tempo, como um objeto bom (e mesmo em casos extremos, como tudo que dá sentido à

vida). É em um segundo tempo que esse mesmo objeto, tomado no interior de si, torna-se persecutório, objeto ameaçador do qual se procura, em um terceiro tempo, se livrar. (p. 185-186)

Por um mecanismo dissociativo os pacientes começam sendo espectadores de si mesmos, certos de que estão no controle do ato bulímico ou anoréxico, mas depois sucumbem ao objeto adicto e acabam sendo escravizados por ele, como atesta Brusset (2004):

o sentimento de libertação que disso resulta inicialmente, comparável a submissão hipnótica ao efeito de certas ingestões de tóxico, investe-se mais ou menos rapidamente em impressão de escravidão, dependência, sujeição, enquanto a repetição das crises tende a empobrecer a vida relacional, afetiva e imaginária. (p. 140)

Assim demonstram os pacientes participantes deste estudo, nas sessões de psicoterapia. Laura, ao ser chamada para sua sessão, entrou, sentou-se bem na beirada da poltrona, como se quisesse ficar mais próxima de mim, depois começou a falar e mostrar todo seu desespero, mostrando que estar sentada na poltrona poderia representar também que estava diante de um abismo, prestes a cair, que não sabia mais o que fazer com seus sentimentos e angústias. Pergunto-lhe com um gesto solidário por já prenunciar seu desespero:

Psicoterapeuta: *E aí?*

Laura: *Eu não aguento mais tudo o que estou sentindo (começa a chorar). Eu ontem comi muito, sem controle, e depois vomitei. Não acredito que estou desse jeito e o nutricionista ainda fala para eu escrever tudo o que comi, fico desesperada quando eu leio o que eu comi, não estou gostando disso, não estou querendo ir mais lá.*

Psicoterapeuta: *Ele não vai pedir sempre que você escreva o que comeu, é só para ele ter uma base de como você está comendo para ele te ajudar.*

Laura: *Ah bom, é muito ruim, eu não estou querendo sair mais, porque fico me vendo agora, minhas calças não estão entrando mais, estão apertadas, eu estou com 5 kg a mais, eu era magra, e o nutricionista fala que está bom, porque eu não ganhei peso, mas também não perdi. Como posso não perder se vomitei tudo?*

Psicoterapeuta: *Esse não é um método bom para perder peso, não é saudável, nem para manter. Com a orientação do nutricionista você vai poder ver como faz para comer e manter o peso que precisa ter.*

Ana traz o mesmo descontrole de Laura:

Ana: *O meu corpo me incomoda muito, depois que eu como muito eu vomito.*

Não aguento ficar pensando que eu estou cheia de comida.

Psicoterapeuta: *Você fica desesperada por ter passado da conta e fica sem saber o que fazer, o vômito alivia a culpa de você ter comido muito.*

Ana: *É assim mesmo, mas não quero fazer mais isso.*

Psicoterapeuta: *Conforme você for pensando no que está sentindo talvez possa se controlar mais para não comer além da conta, talvez possa identificar melhor seus sentimentos.*

E ainda Maria:

Psicoterapeuta: *E aí? Como você está?*

Maria: *Estou melhor depois que comecei a pensar que a minha vida está voltada para essa preocupação, que eu poderia ficar assim, mas tem hora que eu fico desesperada, com medo de engordar.*

Psicoterapeuta: *É, isso faz tempo que está tomando essa proporção, essa preocupação toma conta da sua vida, desde quando você começou a se preocupar assim?*

Maria: *Desde que eu era pequena, quando comecei a ficar gordinha, sempre fui preocupada, minha mãe também se preocupou comigo, com o fato de eu estar engordando, eu comecei a ficar mais preocupada faz um ano, foi quando resolvi emagrecer, parei de comer e evitei comidas calóricas.*

Psicoterapeuta: *Essa preocupação, esses pensamentos podem ficar muito intensos, você vai perdendo o controle, ainda bem que procurou ajuda.*

Maria trouxe um episódio de sua história que mostra o quanto elegia um objeto de investimento emocional e se esquecia das demais relações de sua vida. Contou que ficara profundamente atraída por uma turma de drogadictos e traficantes, tinha 12 anos nessa época. Relatou que sua vida passou a girar em torno dos momentos em que se encontrava com essa turma. A situação chegou a tal ponto que sua mãe foi interpelada pelo Conselho Tutelar da cidade. Nessa mesma sessão pontuei:

Psicoterapeuta: *Parece que tem episódios na sua vida que você fica voltada só para uma coisa, só isso importa...primeiro a turma que você admirava, depois a preocupação com seu corpo, o medo de engordar, que te afasta de todas as outras coisas da vida que você poderia ter.*

Maria: *Nossa, não tinha pensado nisso, é mesmo. Cada fase é uma preocupação.*

Jeammet (1999a) também aproxima os pacientes com TA dos toxicômanos,

argumentando que a falta para eles é tão importante quanto a satisfação. A relação de objeto vai sendo substituída por sensações de excitação e apaziguamento; na bulimia pela sensação de falta e a urgência de preencher o vazio com alimento, enquanto na anorexia, contrariamente a outras formas de condutas aditivas, o apaziguamento está ligado ao triunfo de não satisfazer a necessidade de comer:

Assim, o comportamento da adicção vem substituir a relação objetal a a busca de sensações se substitui às emoções intoleráveis. O sujeito tem o reforço da conduta aditiva como o único recurso para fugir de sua crescente dependência e afirmar sua identidade. (Jeammet, 1999a, p. 43)

O vômito traz um alívio transitório para os pacientes ao mesmo tempo que produz submissão, porque será vivido várias vezes ao longo do dia pela pacientes. Nos prontuários das pacientes, as nutricionistas revelam o número de vezes que as pacientes vomitam, Laura estava vomitando duas vezes por dia, Maria alternava episódios de inanição com compulsão exagerada para depois vomitar tudo e ficar sem comer por mais um longo período, e Ana vomitava mais nos períodos em que ficava angustiada, como no caso dos problemas do marido com a Justiça:

Ana: *Eu estou procurando me cuidar melhor, consegui emagrecer 800 gramas, mas quando fico sabendo dos problemas do meu marido eu como muito, começo a tossir e vomito.*

Psicoterapeuta: *É, você tem dois problemas para resolver, o problema com a justiça, esse problema precisa de tempo e dinheiro, você está tentando resolver, mas precisa ter paciência até o advogado de São Paulo conseguir resolver a situação. Se não tiver paciência você pira! O outro problema que é cuidar de você mesma, não depende do dinheiro nem da justiça, para você se cuidar depende de um esforço grande, não é fácil, mas é possível.*

Assim diz Laura sobre o ato de vomitar quando estamos conversando sobre o término do seu namoro:

Laura: *Desde que eu comecei a namorar, minhas amigas de classe falaram que eu me distanciei delas depois que eu comecei a namorar.*

Psicoterapeuta: *Você devotou toda sua vida a esse namoro, e a saudade que*

tem é bastante idealizada porque você conta que ele te tratava mal, está com saudade do que será?

Laura: É, eu vivia para o namoro, minha vida era pensar nele, eu nem pensava que não estava bom, que ele podia não estar gostando de mim, eu não conseguia ver.

Psicoterapeuta: Devotar a vida ao namoro e deixar as outras relações, amigos, família, uma profissão que goste...foi assim?

Laura: Eu vivia para ele, esqueci de tudo.

Psicoterapeuta: O transtorno alimentar é o substituto para a devoção que você sentia pelo seu ex, a devoção agora é comer e ficar preocupada se engordou e vomitar.

Laura: É isso mesmo, não penso mais em nada...preciso dar um jeito nisso, não posso continuar assim.

As duas primeiras entrevistas com Maria foram muito difíceis, ela estava se sentindo muito incomodada por estar procurando ajuda, embora reconhecesse que precisava dessa ajuda e que não conseguia mais suportar o que sentia. Cada informação e reflexão foram obtidas à custa de muito esforço da psicoterapeuta e da paciente. As sessões foram ficando mais longas à medida que introduzíamos espaços para pensarmos juntas sobre o drama que vivia, mas Maria ainda estava muito calcada no concreto, sem poder simbolizar seus afetos.

Maria: Eu estou melhor, parei de vomitar e não estou tomando mais laxantes porque tive medo, estava com dois problemas: o médico disse que para eu regularizar meu intestino não poderia mais tomar laxante e o dentista disse que meus dentes são super fracos, ele disse pra eu parar de tomar coca-cola.

Psicoterapeuta: E quanto ao vômito, você contou para ele?

Maria: Não, eu pensei por conta própria que não era bom.

Psicoterapeuta: É mesmo, sabe, eu tive uma paciente que vomitava, foi perdendo os dentes, eles foram caindo.

Maria: Então, eu sou super encanada com dentes, não quero passar por isso. Com isso tudo eu engordei cinco quilos, é ruim, não gosto, mas estou mais saudável... Amanhã vou sair com uma amiga, estou fazendo aquilo que você falou, para eu não distanciar de amigas. Estou procurando manter a amizade com duas amigas.

Na psicoterapia psicanalítica o ato bulímico pode ser visto como uma dupla

servidão do indivíduo que se escraviza ao inconsciente e ao mundo exterior, a cultura. O paciente não se dá conta da psicopatia de seu corpo.

Na clínica, a bulimia aparece como a busca de um gozo impossível, um tormento, um sofrimento, uma doença. Inicialmente aceita, até mesmo escolhida e procurada, esta conduta repetida se torna fonte de angústia e causa de alienação: o sujeito se sente obrigado a atos que o despojam de si mesmo. A demanda de auxílio faz deste ato privado um sintoma. Como o alcoolismo, ela é uma patologia do excesso e, mais ainda que este mostra a que ponto a busca do gozo é diferente e até oposta à felicidade e mesmo do prazer. (Brusset, 1999a, p. 92-93)

Pelas narrativas dos pacientes participantes fica evidenciada a carência de elaboração psíquica, que os leva a um investimento narcísico no corpo. De acordo com Aisenstein (2004) corpo e mente são a mesma substância, logo, também pensamos com o corpo. No TA o paciente se defende contra algo que é pior do que a morte, um despedaçamento existencial, ele adoece para sobreviver psiquicamente, mesmo que o corpo venha a padecer e morrer.

O medo mórbido de engordar toma de assalto a vida desses pacientes, é necessário primeiro acender as luzes, abrir as janelas para assegurar-lhes que o medo pode ser vencido, primeiro com o posicionamento de que estamos com eles, depois, aprofundando a compreensão das angustias, fantasias e defesas maníacas, criando um espaço potencial para que a regressão aconteça e favoreça o surgimento do self verdadeiro (Winnicott, 1988b) que precisa de cuidados.

6.4 Adentrando o universo dos excessos: as sessões de psicoterapia

Segundo Jeammet (1999a), o TA ocupa uma posição de cruzamento entre a infância e a idade adulta, aponta para uma ligação provável entre os processos maturacionais da puberdade e o impacto emocional das mudanças socioculturais que marcam o processo adolescente, como é o caso dos participantes desta pesquisa que têm entre 18 a 26 anos. Entretanto, para Winnicott (1996c, p. 125) “a imaturidade é um elemento essencial da saúde durante a adolescência. Só existe uma cura para a imaturidade – a passagem do tempo e o crescimento para a maturidade que o tempo pode trazer.” Mas para que o adolescente amadureça e venha a se constituir como uma pessoa no mundo, ele precisará se deparar com fantasias inconscientes relacionadas com esta etapa emocional, o que para Winnicott (1996c) consiste na morte de alguém, uma morte simbólica que leva a um assassinato, o de ter que

tomar o lugar dos pais e realizar várias identificações.

O adolescente com TA vive esse processo de forma mais intensa, a ponto da fantasia de morte se transformar na fantasia de assassinato, originando tentativas de suicídio e comportamentos agressivos consigo mesmo. Podemos observar essa conduta em Lucas quando tentou o suicídio ingerindo grande quantidade de tranquilizantes ou nas pacientes bulímicas que através de agressões ao corpo expõem o quanto é difícil vencer as diversas etapas identitárias que provocam dor, luto e depressão.

Para Winnicott (1954/1988d) o retraimento do paciente leva o analista a ficar muito mais atento ao manejo que será preciso oferecer para que o paciente possa se sentir sustentado, e precisará de uma grande habilidade do analista. A transição do estado de retraimento para o da regressão, segundo a teoria de Winnicott, é o que dará ao paciente a oportunidade de viver uma situação ainda não vivida de adaptação do ambiente às suas necessidades, uma experiência que havia ficado em suspenso na situação original, aguardando um novo desenvolvimento emocional.

Bonaminio (2007) retoma o papel de Winnicott como porta voz de um modelo de psicanálise relacional, a partir do qual todo conhecimento ou intervenção se dá no contexto de intersubjetividade. É neste referencial que se ancoram tanto as entrevistas iniciais quanto as sessões de psicoterapia a prática dos atendimentos clínicos que nesta tese são tomados como objeto de análise, assumindo o posicionamento de que é a partir do encontro humano que poderemos compreender o sofrimento do paciente.

Ao considerarmos o TA como defesa, podemos supor que uma dissociação permite que o paciente projete os eventos desagradáveis que o fazem sofrer. A confusão e ambivalência de sentimentos levam à incapacidade de distinguir afeto/desafeto, externo/interno (Jeammet, 1999b). Laura ilustra essa dificuldade quando, referindo-se a uma amiga que contou que havia visto seu ex-namorado com a namorada atual, disse que havia experimentado essa notícia como uma invasão cruel aos seus sentimentos e havia decidido romper a amizade pelo simples fato da amiga ter lhe contado. Além deste episódio, Laura fala de uma outra situação na qual um amigo que há muito gostava dela, fato que ela ignorava, havia se declarado a ela numa festa depois de ficar sabendo que estava sozinha. A paciente disse que foi tomada por uma grande raiva quando ouviu a declaração e que havia decidido se distanciar dele.

Laura parece não se dar conta do quanto sua conduta é movida a emoções que provocam uma reação desmedida, descontrolada. Recorre ao controle do corpo e à preocupação mórbida com os alimentos, criando uma falsa ilusão de controle, quando até este

controle se descontrola, levando ao TA. Nessa mesma sessão Laura teceu considerações sobre seu modo de ser, disse que estava sendo desagradável com todo mundo, afastando as pessoas que gostavam dela:

Laura: *Eu tentei conversar com alguém, sair com outra pessoa, mas olha só, começava a falar com alguém, logo estava comparando com meu ex, começava a questionar a pessoa, aconteceu isso com um menino, estava gostando de conversar com ele e no final ele disse que eu era amarga e rancorosa. Não dá pra eu ficar com ninguém (chora muito nessa hora), foi assim com aquela amiga também, só porque ela falou que meu ex estava com outra eu não quis mais saber dela.*

Psicoterapeuta: *Ela deve ter tentado te alertar para você seguir sua vida, para você não ficar sofrendo porque não valia a pena.*

Laura: *É, pode ser, eu pensei em falar com ela, mas não sei se consigo.*

Psicoterapeuta: *Por que não? Você pode falar que estava muito mal quando ela te contou do ex.*

Laura: *Mas é isso, eu não gosto de mostrar que sou frágil, fica parecendo fraqueza.*

Psicoterapeuta: *Fica parecendo que você é humana, que sente as coisas, não é fraqueza.*

Laura: *É, porque ninguém é perfeito, né?*

Psicoterapeuta: *Sim, ninguém é perfeito, nem você, nem sua amiga, nem eu, você não pode mostrar seu lado humano, voltar atrás em algo que sentiu?*

Maria também nos mostra o quanto o seu perfeccionismo e a rigidez a afasta das pessoas:

Maria: *Estou bem (faz uma pausa e sorri), levando, tentando ser mais sociável, às vezes acho meio chato ter que conversar, porque fico desapontada com as pessoas, mas estou tentando, tem um moço na minha classe bem bonito, procurei ele no Face, dei uma esquizada no face dele.*

Psicoterapeuta: *O que é isso?*

Maria: *É quando você fica sabendo do moço pelo Face.*

Psicoterapeuta: *Ah, você deu uma pesquisada sobre ele, para saber dos gostos dele, o que ele pensa?*

Maria: *É, mas não gostei de uma coisa, e isso me fez desistir, fico com preguiça sabe, de ter que debater com pessoa assim.*

Psicoterapeuta: *Do que você não gostou?*

Maria: *Do que ele postou sobre o professor que citou a Valeska Popozuda na prova dele. Ele, o moço, não considera legítimo a Valeska expressar o que ela pensa e representar o que muitas pessoas pensam .*

Psicoterapeuta: *Ah, eu vi um post sobre isso, o Renato Janine Ribeiro também comentou sobre essa polêmica... O que você pensa sobre isso?*

Maria: *Eu considero importante a música dela, retrata uma situação da periferia, e tem muita gente que só considera como cultura o que a classe dominante quer.*

Psicoterapeuta: *É, um tempo atrás, a música sertaneja era vista como algo próprio das classes rurais, pouca gente ouvia, e agora não é assim.*

Maria: *É agora tem sertaneja universitária... está em todo lugar.*

Psicoterapeuta: *Mas você discordar dele já fez com que você não ficasse com vontade de conversar mais para saber o que ele pensa sobre outras coisas?*

Maria: *Eu sou meio rígida! Com tudo! Nem sei como ele é.*

Psicoterapeuta: *É, você só sabe que ele é bonito.*

(Rimos)

Maria: *Nossa, é mesmo, é difícil alguém bonito na faculdade. Ele é! Estamos conversando pelo Face.*

Psicoterapeuta: *Você que o adicionou?*

Maria: *Não, foi ele. Ele me viu lá na classe.*

Psicoterapeuta: *Hum, então ele pode estar interessado em você...*

É o transtorno alimentar que rege a maior parte da vida das pacientes, pois este já se tornou o modo de defesa primordial perante angústias impensáveis e sensações intoleráveis. Maria sente medo quando começa a pensar em um rapaz, não sabe o que poderá acontecer se vier a se ligar em alguém. Com Laura também há um acontecimento que a desestruturou, sentiu uma dor imensa ao ser preterida por uma outra moça pelo seu namorado.

O sentimento amoroso provém de um rol de diversas identificações que a pessoa faz ao longo da vida. Para Winnicott (1970/1996b) a dimensão do amor se constitui como ilusório e transicional, sentimento que faz parte da vida como um todo, o qual enriquece e beneficia de saúde e criatividade o indivíduo. A partir da primeira experiência de amor entre o bebê e sua mãe é que pode ser estabelecida a amorosidade, pois é através do devotamento da mãe ao bebê que este criará/encontrará o mundo a partir da experiência de ilusão, possibilitando assim a criação de um espaço potencial para o experimentar criativo e para o

desenvolvimento da capacidade de amar:

O bebê torna-se preparado para encontrar um mundo de objetos e idéias, e, segundo seu crescimento nesse aspecto, a mãe vai lhe apresentando o mundo. Dessa forma, em função de seu alto grau de adaptação durante esses tempos iniciais, essa mãe capacita o bebê a experimentar a onipotência: a encontrar realmente aquilo que ele cria, e a criar e vincular isso com o que é real. O resultado prático é que cada bebê começa com uma nova criação do mundo. (Winnicott, 1970/1996b, p. 38-39)

Winnicott (1970/1996b) coloca que uma relação amorosa saudável é uma experiência transicional, na qual os parceiros são capazes de ter um relacionamento mútuo, criando um espaço potencial em que os dois parceiros são, ao mesmo tempo, criados subjetivamente mas também encontrados na realidade externa. Viver a amorosidade com um parceiro significa viver uma experiência criativa de fortalecimento do sentimento de si mesmo, análoga às primeiras experiências do bebê com sua mãe.

Há um tamponamento nas relações amorosas dos pacientes com TA que, com medo de sofrer, optam por bater em retirada de um mundo que os amedronta, porque este não pode ser controlado, e porque sentem que o amor, sendo intenso e cruel, reacende angústias de separação. Pensamos que o que incomoda Maria são as relações que poderia estabelecer com as pessoas, correndo o risco de gostar de alguém, sentir-se frustrada e rejeitada, sentimentos estes que a afastam dos vínculos.

A sexualidade para grande parte dos pacientes ocupa um lugar obscuro e dissociado em suas mentes, apontando para uma negação dos desejos e para a ruptura do curso normal de uma sexualidade ativa. Ao ser internado, Lucas evidenciou o desespero que sentia dentro de um corpo que vivia as grandes transformações da puberdade. Laura, também incomodada com seu corpo, não tinha tempo para pensar nos seus desejos, e Maria abandonou a ideia de ter um namorado porque a horrorizava ser tocada física e psiquicamente.

Na literatura específica dos transtornos alimentares a sexualidade é um dos fatores primordiais para que possamos compreender uma das facetas que compõem o quadro complexo do distúrbio psicossomático. O paciente anoréxico nega a fome e o desejo sexual, espécie de missão que se revela no corpo magro sem formas, pois caso optasse pelo contrário abriria as portas para o despertar do desejo.

O paciente com TA procura desesperadamente um corpo diverso do de sua mãe para poder diferenciar-se, bem como distanciar-se do que esta relação desperta, das emoções que são suscitadas: desejos, angústias, medo de estar fusionado ao corpo materno. O corpo é investido maciçamente pelos pacientes com TA para lutar contra o desejo do

indivíduo de ficar para sempre fusionado com a mãe. De acordo com MccDougall:

Quando a relação mãe-filho é “good-enough” (conforme a terminologia winnicottiana) a partir da matriz somatopsíquica original, vai se desenvolver então uma diferenciação progressiva na estruturação psíquica da criança pequena, entre seu próprio corpo e essa primeira representação do mundo externo que é o corpo materno, o “seio universo”. Paralelamente, pouco a pouco, aquilo que é psíquico vai se diferenciando na mente daquilo que é somático. Essa lenta “dessomatização” do psiquismo é acompanhada desde então de uma dupla busca psíquica: fundir-se completamente com a mãe-universo e ao mesmo tempo ser diferenciado dela. Os bebês procuram, por todos os meios de que dispõem, especialmente nos períodos de sofrimento físico ou psicológico, recriar a ilusão da unidade corporal e mental com o seio- universo-mágico. Em outros momentos, lutarão com igual energia para diferenciar seu corpo e seu self nascente do corpo e do self de sua mãe. (McDougall, 2000, p. 34-35)

A clínica nos mostra que essa instabilidade relacional, conforme descrita acima, observada em bebês e crianças, pode permanecer até mais tarde, irrompendo na puberdade com uma força muito maior, desencadeando no púbere o despertar da sexualidade. Esta fase reaviva os conflitos vividos na infância provocando uma intensidade afetiva que é diretamente proporcional à capacidade de elaboração do indivíduo. Como patologias dos contrários, os TA são sofrimentos do tudo ou nada, do comer ou da inanição, do gozo diante da orgia alimentar ou do êxtase causado pelo jejum, da sexualidade ascética ou da promiscuidade sexual.

6.5 Abuso de álcool e drogas como comorbidade

Outro aspecto relevante em pacientes com TA é a frequência de comportamentos promíscuos observados nos pacientes com bulimia nervosa, tanto em termos de sexualidade quanto de de abuso de substâncias psicoativas. Pelas narrativas dos participantes é possível identificar este movimento, como Laura que compartilha suas preocupações em uma das sessões:

Laura: *Estou com medo de ficar igual aos meninos, se ficar igual homem como vão ver se podem namorar comigo?*

Psicoterapeuta: *Como assim?*

Laura: *É que quando eu saio eu fico na roda dos meninos, procuro fazer a*

mesma coisa que eles fazem, rio, falo alto, bebo muito, uso tudo o que eles usam...

Psicoterapeuta: *Vocês usam mais o quê?*

Laura: *Usamos maconha, bala, eu entro nessa.*

Psicoterapeuta: *E o que você sente disso?*

Laura: *Sinto que eu estou querendo ficar no grupo, que eu gosto de estar parecida com eles.*

Psicoterapeuta: *O que você sente quando usa droga?*

Laura: *Eu gosto de maconha, fico relaxada, mas bala já me deu umas nóias. Tem hora que é bom, porque eu saio do ar.*

Psicoterapeuta: *Dá prazer e você fica meio anestesiada...*

Laura: *Sim, (sorri) dos problemas, eu deixo de me incomodar, por exemplo, na festa que eu queria ficar com aquele menino, estava difícil, daí resolvi me drogar.*

Psicoterapeuta: *Ter prazer para não sentir dor...porque o que você queria era ficar com ele.*

Em uma das sessões Maria conta que foi a uma festa, pois estava se esforçando para ser mais sociável, mas tinha medo de abusar da bebida e da comida. Pergunto-lhe como tinha sido a festa:

Maria: *Até onde eu lembro foi boa.*

Psicoterapeuta: *Você bebeu e se esqueceu?*

Maria: *Eu tive amnésia alcoólica, bebi muito, lembro do começo da festa, bebi a festa inteira, depois não lembro de nada. Disseram que eu me diverti, que falei com muita gente, que eu fico sociável quando bebo.*

Psicoterapeuta: *A bebida libera uma Maria que você não mostra, você vai se divertindo tanto, com tanta intensidade que perde o controle. Parece que é tudo ou nada. Ou bebe todas e come muito, ou não come e não bebe nada e nem sai de casa. É difícil achar um meio termo? Ter prazer em beber e não passar da conta, ou comer porque está gostoso e porque a gente precisa se alimentar?*

Maria: *Eu preciso aprender a fazer isso, não está dando para viver desse jeito, ou tudo ou nada. Até quando eu vou aguentar isso? Daqui um ano e meio vou me formar, como vai ser? Você acha que vou conseguir entender o que acontece comigo?*

Psicoterapeuta: *Penso que é possível, você está vindo aqui para poder entender o que sente, já é um passo importante.*

Maria: *Por que será que eu faço isso? Fico tão preocupada com peso, em engordar?*

Psicoterapeuta: *Faz tempo que você vem usando esses pensamentos, essa preocupação, né? Talvez porque outras preocupações, de tão difíceis que eram, você resolveu que não iria se ocupar delas... coisas que acontecem com você, sentimentos dolorosos.*

Maria: *Tive coisas muito difíceis, como a de ter que vir para Franca para fugir daquele problema com o Conselho Tutelar, eu gostava muito da minha cidade, do que estava vivendo, e de repente tive que sair.*

Maria não manifestava qualquer crítica em relação ao seu envolvimento anterior com o grupo de amigos com quem se drogava, assim como não dimensionava os riscos que o TA implicava quanto à sua saúde física e psíquica. Causava-lhe estranhamento ter que se cuidar, se alimentar, e só o fazia quando o receio do que lhe poderia acontecer, caso persistisse naquelas condutas adictas, aumentava. Maria tinha medo de perder o controle e acabar acordando em um quarto estranho com um moço desconhecido, sem saber como tinha ido parar naquele lugar.

Nas sessões com Maria sentia que ela esperava que eu determinasse regras de boa conduta, pois interpretava tudo o que eu lhe dizia como orientações a serem seguidas rigorosamente, como por exemplo quando eu havia pontuado como ela estava se retirando do mundo das relações e se restringindo aos atos bulímicos. Tanto nas sessões com Maria quanto nas sessões com os demais participantes ficou evidente a necessidade do terapeuta se colocar de forma não convencional, isto é, fazendo uso de uma técnica diferenciada daquela que servia aos propósitos do atendimento de neuróticos, a fim de estender a escuta psicanalítica para pacientes de difícil acesso, pacientes com retraimentos severos que obstaculizam o próprio desenvolvimento.

Lucas, o participante com anorexia nervosa, demonstrou estar se organizando em torno de outro sintoma, em um movimento semelhante ao de Maria e Laura. A mãe de Lucas nos pediu uma sessão conjunta porque havia descoberto que o filho estava fumando maconha. Ao entrarem na sala notei que a mãe de Lucas estava muito desesperada com a situação. Ela disse que nunca havia pensado que fosse passar por isso, esclarecendo que o irmão de Lucas tinha encontrado maconha em sua mochila. A mãe relatou o medo de que seu filho repetisse uma espécie de padrão familiar, uma vez que o avô de Lucas tinha sido alcólatra a vida toda. Lucas estava usando maconha fazia um mês, várias vezes ao dia,

chegando a perder o controle sobre suas atividades cotidianas.

Disse-lhes nessa sessão conjunta que Lucas costumava ir até o fundo em todas as suas experiências, que era tudo muito intenso. Com a anorexia havia sido assim, com a maconha parecia que estava sendo assim, a ponto de fumar tanto que tinha perdido a noção do tempo, do que precisava fazer. Enfatizei que isso era extremamente perigoso porque colocava a vida dele em risco, e que tanto a anorexia quanto a maconha apontavam para uma experiência intensa cujo objetivo era preencher algum tipo de necessidade que ainda ignorávamos.

Há uma linha muito tênue que separa os comportamentos e sentimentos próprios da adolescência e o que pode ser considerado uma patologia, como aponta Winnicott (1983f). Embora as reações de Lucas perante suas angústias e buscas identitárias sejam muito intensas, não podemos desconsiderar o fato de que quanto esse processo é importante para o seu desenvolvimento. Há que se ter, enquanto psicoterapeuta, cuidado ao lidar com a torrente de emoções que Lucas empreende para ocupar um lugar no mundo.

O importante é que Lucas possa receber a melhor provisão ambiental possível, o que inclui atendimento interdisciplinar com uma equipe que compartilha o objetivo de compreender cada paciente como único e de assim realizar uma intervenção afinada e eficaz. Nesse sentido, o trabalho de orientação familiar é fundamental para dar suporte psicológico à família em virtude das angústias que emergem após a instalação do transtorno alimentar.

No início da sessão que se seguiu à sessão conjunta com Lucas e sua mãe, digo para Lucas que tive a impressão de estar diante de dois Lucas, um que falava de droga “zoando” com o pessoal que usava, enquanto o outro Lucas estava tentando me contar que estava usando. Evito o julgamento moral, buscando perceber o que ele estava sentindo. Ele reconheceu que se sentia muito mal com isso, que toda a família sabia do acontecido, que ele não sabia como seria o Natal e as festas de fim de ano, quando todos olhariam para ele de outro jeito, recordando ainda que uma tia havia responsabilizado sua mãe por ele fumar maconha. Lucas chorou muito nessa sessão.

Lucas se apropria de um discurso racional de que maconha é uma droga, que beber também é, sem falar no grande número de pessoas que tomava tranquilizantes para dormir, em um típico discurso de adolescente. Entretanto, pudemos conversar sobre o que poderia “deixar uma pessoa louca”, como o abuso de álcool e drogas.

Procurei ser para Lucas uma analista suficientemente boa, que não se deixa contagiar pelo desespero de sua mãe ou dele próprio ante sua desestruturação, nem desconsidera os riscos envolvidos. Interpreto que, de certa forma, ele estava querendo se

anestesiá-lo em face dos vários problemas que estava atravessando: insegurança diante da dúvida de não saber se conseguiria se formar no ensino médio, ter que escolher uma profissão e um curso, precisar trabalhar, o tédio que ele estava sentindo com o término da escola que, apesar de chata, era a sua rotina. Com a perda da rotina escolar, Lucas tinha dias imensos sem fazer nada, mas carregado de angústias.

Com o prosseguir das sessões Laura, Maria e Lucas passaram a focalizar os próprios sentimentos, embora esse território os assustasse, abandonando pouco a pouco as narrativas repletas de sintoma alimentar, de preocupação com o corpo, para explorar o que não compreendiam das pessoas e de si mesmos.

6.6 O corpo como *locus* da dor psíquica

Ana foi a participante que mais expôs a própria fragilidade, apontando para impossibilidades ao empreender seu caminho de amadurecimento. Relatou em uma sessão que toda a família estava preocupada com sua obesidade, mostrando-se abalada com o fato da família lhe dizer que estava gorda:

Ana: *Sabe, doutora, até meu filho de quatro anos me fala que se eu comer desse jeito eu vou ficar gorda. É que meu filho não gosta de comer nada, só toma leite.*

Psicoterapeuta: *Seu filho troca as refeições por leite?*

Ana: *Sim*

Psicoterapeuta: *É mais fácil tomar leite, porque não dá trabalho para mastigar, se esforçar para conhecer outros alimentos.*

Ana: *Eu não sei mais o que fazer com ele. Eu como sem precisar, porque é só isso que eu tenho pra fazer, além de dormir muito. Durmo às nove da noite, depois do jantar, e acordo no outro dia às dez da manhã, levo meu filho na escola e não tenho mais o que fazer.*

Ana me comunica que um estado de retraimento nela se instalou a ponto de viver uma situação para a qual não vê saída. Dar a mamadeira com leite para seu filho de quatro anos parece ser uma forma de prolongar a amamentação perdida, uma tentativa de manter o bebê vivo no filho que continua a crescer, como quando seu filho foi para a escolinha e ela não sabia o que fazer sem ele.

A participante relatou como era difícil se ver com 50 quilos a mais, além da expectativa da família de que emagrecesse, e como desejava voltar a ter o corpo que tinha antes de engravidar e começar a ter todos aqueles problemas. Embora tenha emagrecido um quilo, desdenhava dessa conquista, pois almejava muito mais, porém Ana começou a ter vislumbres de como precisaria se empenhar:

Ana: *Eu fiquei pensando naquilo que você me falou, que tenho dois problemas para resolver, um eu já estou tentando, mas precisa de muita coisa ainda (estava se referindo ao problema na justiça), e o outro, sou eu que tenho que ir atrás.*

Psicoterapeuta: *Sim, o problema na justiça tem que esperar juntar o dinheiro, né? E quanto ao outro, que é cuidar de você, esse você pode fazer...*

Ana: *É, eu estou tentando, é que fico pensando que para tudo o que eu vou fazer, as pessoas vão falar que eu sou gorda, daí não faço nada.*

Psicoterapeuta: *Como assim?*

Ana: *Eu fico com vontade de ir numa academia, mas vou ficar com vergonha de chegar lá e todo mundo ver que eu sou gorda.*

Psicoterapeuta: *Algumas pessoas até podem te olhar assim, mas quem se vê mais assim é você, isso você pensa toda hora e vai ficando sem saber o que fazer, se privando de coisas que são boas e que podem te ajudar a emagrecer. É com a orientação nutricional, com atividade física e conversando aqui na terapia sobre o que você sente que você pode se cuidar. Você já sabe como é não estar gorda, não foi assim a vida inteira.*

Ana: *É, eu era magra, eu sei como era, meu marido diz que eu estou gorda, que não sou gorda. Meu filho fica falando que eu vou ficar gorda se eu comer as coisas.*

Psicoterapeuta: *Vocês ficam falando sobre isso?*

Ana: *Sim, eu falo o tempo todo.*

Psicoterapeuta: *Ele está reproduzindo o que ouve, você fala de sua preocupação, ele fica preocupado também.*

Ana contou sobre a vontade de arrumar um emprego para se sentir mais feliz, mas seu marido havia ponderado se ela não estaria pagando para trabalhar, já que precisaria pagar para cuidar do filho. Conversamos sobre formas alternativas de conseguir um emprego:

Ana: *Eu pensei que eu posso vender alguma coisa quando eu deixar ele na escola.*

Psicoterapeuta: *Parece que essa é uma boa ideia para o momento. Às vezes, você tem vontade de mudar tudo rapidamente, ficar magra, trabalhar, ajeitar as coisas do processo, mas tem que esperar. Tem que ter paciência, né?*

Ana: *Eu queria resolver isso logo, me incomoda ser gorda.*

Psicoterapeuta: *Mas não existe solução mágica, precisa de esforço, emagrecer um quilo por semana é o que as nutricionistas consideram como um bom resultado. Você está conseguindo emagrecer com a orientação nutricional.*

De acordo com Brusset (2004) essa urgência para satisfazer os desejos remete à busca do ambiente primário perdido. O paciente, não sabendo como transpor este anseio, recorre a atuações que visam preencher essa falta com outro tipo de satisfações.

A impaciência, a urgência da satisfação, a intolerância a qualquer restrição, a transgressão das normas e dos costumes alimentares, e mesmo a inversão dos valores constituem um tipo de festa privada que evoca o estado maníaco. (Brusset, 2004, p. 138)

Senti que Ana estava prestes a boicotar seu próprio avanço, pois desconsiderava o fato de estar emagrecendo um quilo por semana, além de sentir raiva do esforço que teria que fazer para atingir sua meta. Na sessão seguinte estava tão deprimida que preferi levá-la pessoalmente à recepção para agendar uma consulta com o psiquiatra. Tinha intensificado o recurso ao vômito voluntário, não havia emagrecido, mantendo o peso da semana anterior. Este foi o último dia que tivemos notícias de Ana. Tentamos inúmeras vezes contactá-la, mas a interrupção do tratamento foi abrupta, não tendo informado nenhum motivo para seu desligamento do Neota.

Concluimos que a dificuldade para pensar os conteúdos emocionais é o maior entrave desses pacientes para que realizem um trabalho analítico, alinhando-nos com o pensamento de McDougall (2000) ao reconhecer algumas características singulares que obstaculizam a simbolização de afetos e pensamentos. Uma delas é o que McDougall chama de alexitimia, traduzindo o estado do paciente que não encontra palavras para representar seus afetos e sentimentos. E caso consiga dar nomes aos afetos, não consegue fazer distinções, tais como angústia, mania e depressão, excitação e cansaço, cólera e amor, como forma defensiva de atenuar a sobrecarga afetiva que imputa dor mental. Apesar de admitir o bem estar advindo do fato de que ali na sessão compartilhava seus sentimentos comigo, Ana não parecia elaborar nem integrar esses sentimentos. Ela parecia estar mais vomitando suas experiências

do que propriamente vivendo-as.

Outra característica que McDougall (2000) refere quando se detém sobre as patologias contemporâneas, especialmente as personalidades psicossomáticas, diz respeito ao pensamento operatório. McDougall explicita que o paciente lida de forma concreta com todas as situações, não sendo capaz de estabelecer relações entre um sentimento e o que provocou este sentimento, vivendo de forma deslibidinizada e pragmática. A fala de Ana sobre o aumento de peso e a urgência para resolver essa questão rapidamente, sem poder pensar no esforço que significaria se organizar emocional e fisicamente, ilustra bem essa abordagem pragmática apontada por McDougall. Maria também se mostrou imobilizada por pensamentos concretos, incapaz de fazer avanços significativos no campo emocional:

Maria: *Eu resolvi colocar em prática aquilo de compartilhar, poder conversar, não ficar fechada. Pensei em três viagens, uma para Cabo Frio, que eu já fui, outra com minha família, e outra com amigos.*

Psicoterapeuta: *Você já fez então a primeira?*

Maria: *Sim, foi legal, fui sozinha, tive que conversar com pessoas, algumas eram legais, outras não, mas me forcei a conversar com todo mundo.*

Psicoterapeuta: *Quando é que você foi?*

Maria: *Fui no feriado, tinha juntado um dinheiro e resolvi ir, estava muito bom, me diverti. Eu fiquei melhor por estar em um lugar diferente, ninguém me conhecia, fiz muitos passeios legais.*

Psicoterapeuta: *Que bom! Os passeios que você fez te revigoraram.*

Maria: *É, nem deu tempo de pensar em problemas, porque já cheguei com um esquema do que queria fazer, dos passeios.*

Psicoterapeuta: *Nem deu tempo de ficar preocupada com alimentação?*

Maria: *Não (sorri). Estava preocupada em aproveitar.*

Psicoterapeuta: *Como foi que você lidou com o que ia comer?*

Maria: *Eu fazia duas refeições, porque o resto do tempo estava passeando, só no primeiro dia é que eu fiquei sem comer até o final da tarde quando fui jantar, foi meio pesado, porque fiz uma trilha. No resto dos dias deu pra tomar café e jantar.*

Psicoterapeuta: *E o resto das viagens?*

Maria: *Vou com minha família de ônibus para um concurso que meu primo vai participar, concurso de Mister e Miss, sabe? A família inteira vai torcer, faz tempo que eu não vejo eles, então achei melhor ir.*

Psicoterapeuta: *Seus pais também vão?*

Maria: *Não, só eu, é a família da minha mãe que está indo. Ela vai ficar um pouco chateada por ser Dia das Mães, mas depois eu vou para lá. Eu gosto desses concursos, só vai ter gente magra, não gosto de ver gente gorda, me sinto mal. A única coisa chata é que vou ter que abraçar os parentes, beijar, não gosto disso, mas preciso fazer.*

Psicoterapeuta: *Ter contato com as pessoas, abraçar e beijar te deixa muito incomodada. Parece que atrapalham a sua meta de não ter contato, pois se te abraçarem irão ver suas gordurinhas.*

Maria: *É, me incomoda demais, não sei como vai ser se continuar assim, como vai ser quando tiver que trabalhar.*

Maria é muito bonita, é loira com cabelos compridos, olhos verdes, tem o IMC normal, mas está infeliz, contradição que mostra o quanto ela é incapaz de usufruir do que tem, pois a preocupação com o corpo e a alimentação roubam vários prazeres, como namorar e viver a vida de universitária. Suas metas são rígidas e concretas, suas narrativas espelham as defesas que ela construiu para não ter de lidar com as emoções e os sentimentos, quando na realidade gostaria de se retirar do mundo que a faz sofrer, um mundo de relações que invadem o self, que confrontam sua compulsão, um mundo de expectativas que ela toma para si sob a forma do corpo perfeito que a autorizaria a existir neste mundo.

O comportamento eufórico de Maria nas últimas sessões já indicava o seu desespero frente à luta atroz que se travava entre o desejo de corresponder aos seus ideais, e suas defesas contra uma equipe como o Neota, que lhe parecia “invadir” com orientações e reflexões sobre sua saúde, seus sentimentos, sua compulsão, seus comportamentos purgativos. O cuidado dispensado pela equipe de profissionais soava-lhe como um aglomerado de exigências, das quais preferiu se livrar, interrompendo o tratamento.

É reduzido o número de estudos sobre a interrupção de tratamentos na área da saúde no Brasil e América latina (Reiners, Azevedo, Veira & Arruda, 2008), especialmente em relação ao tratamento de pacientes com TA. É preciso investigar os motivos pelos quais esses pacientes abandonam os tratamentos, o que implica na reflexão sobre o modo como esses atendimentos estão estruturados, isto é, que objetivos perseguem e de que métodos se utilizam para alcançá-los.

Neste estudo, dos quatro participantes dois desistiram do tratamento, o que aponta para a complexidade de um atendimento interdisciplinar dirigido a um transtorno que é transnosográfico e multideterminado. Miranda (2004) aborda a dificuldade de aproximação

destes pacientes, referindo-se ao TA como uma psicopatologia que usa o corpo para lidar com o sofrimento.

Patologias do contrário, dos paradoxos, construções psíquicas fundadas ao mesmo tempo nos excessos e nas faltas, antagonismos e incoerências que ocupam o lugar central dessas perturbações, anorexia e bulimia constituem-se como o protótipo da configuração ilógica do inconsciente, expressões ilustrativas da dinâmica profunda da mente perturbada por culpas e penitências. (Miranda, 2004, p. 315)

De acordo com McDougall (2000) para que o paciente se liberte desses sintomas constitui-se um paradoxo, já que os próprios sintomas são tentativas de cura, erigidos para suportar a dor mental: “Consequentemente, há uma poderosa força interna que teme o desaparecimento dos sintomas apesar do sofrimento que causam. Isso resulta numa sólida resistência ao processo analítico” (p. 15).

À medida que a psicoterapia avançava, o vínculo terapêutico se fortalecia e novos elementos participavam do tratamento. Para enfrentar o desafio de se perceber é preciso muita coragem. Observamos que, quando este desafio era aceito pelos pacientes, suas narrativas, antes focalizadas nos sintomas e repleta de falas mecanizadas, mudavam, atestando a nova disposição para assumir uma jornada analítica.

De nossa parte, enquanto psicoterapeutas, procuramos atendê-los no que precisam, sem atropelos, sem interpretações explicativas que os afastariam da experiência de acolhimento, como Brusset (1999b) explica:

O enquadre tornado metáfora concreta das atitudes e da fala do analista pode ser investido como um envelope protetor, de forma que as intervenções deste não mais sejam percebidas como intrusivas e perigosas, mas como um continente psíquico. A percepção contratransferencial é, então, a de um bebê que não suportaria ser alimentado a não ser que carregado firmemente em braços quentes e aconchegantes, e apertado contra o peito da mãe. (Brusset, 1999b, p.144)

O manejo apontado por Brusset (1999b) vai ao encontro da postura que almejamos no Neota, uma proposta winnicottiana de estabelecimento de um *holding*, baseado na confiabilidade do ambiente terapêutico e na atitude sempre atenta e aceitadora do analista.

6.7 O paciente com transtorno alimentar e sua família

Pelas narrativas dos participantes percebemos uma grande preocupação com o que seus pais, ou a família extensa, estariam pensando de seus distúrbios alimentares. Nessa clínica colhemos relatos de vergonha e confusão, além da falta de compreensão sobre o TA e sobre seus próprios sentimentos. Com o passar do tempo, o transtorno alimentar vai ganhando força, pois não só o paciente gravita em torno da doença, como a família estabelece um campo de relações em torno do paciente e de seus sintomas.

A família de Maria começou a se inteirar de seu estado depois de termos conversado sobre o quanto seria importante que seus pais soubessem como estava, para que pudessem auxiliá-la no tratamento. Relutante no início, Maria acabou se abrindo com a mãe que prometeu não contar para o pai, para não preocupá-lo. Maria fez longas narrativas sobre o lugar da mãe em sua vida, referindo que a preocupação com a alimentação era uma constante para ambas desde o tempo em que Maria começou a engordar, o que nos leva a pensar em uma relação fusionada entre mãe e filha, apontando para aspectos transgeracionais do transtorno.

Segundo Cobelo, Saikaki e Schomer (2004) é importante considerar a dinâmica das famílias, suas práticas conversacionais e como são transferidos os legados transgeracionais da família do paciente com TA, em uma verdadeira cultura alimentar:

Concomitantemente com o desenho da estrutura de funcionamento, ouvir o conteúdo das conversações que a família traz e compartilhar suas histórias como um membro qualquer que participa é outro grande instrumento para que o terapeuta possa penetrar na imensa e intrincada rede de relações familiares. (Cobelo, Saikaki & Schomer, 2004, p. 185)

Nesse sentido, o modo como a mãe de Maria transmitia a própria preocupação com o corpo e dietas pode ter contribuído para a cristalização da doença em Maria, à medida que chamava a atenção da filha para a questão do excesso de peso e de comida. Laura descrevia um relacionamento conflituoso com sua irmã, vista por Laura como uma pessoa egoísta e interesseira:

Laura: (...) *a minha irmã chegou, eu estou tratando bem, mas nós não somos amigas, a hora que ela chegou eu dei um abraço nela, ela me pediu uma roupa porque as dela estavam lavando, fiquei com medo dela me chamar de gorda, como ela fazia.*

Psicoterapeuta: *E como foi?*

Laura: *Ela me tratou bem, ela vestiu uma calça minha, não ficou superlarga, nem ficou justa (passa as mãos nas pernas para me mostrar).*

Psicoterapeuta: *Como você já me disse ela tem um corpo diferente do seu, é mais reta, o seu corpo tem mais curvas.*

Laura: *É, ela tem uma barriguinha, é magra com uma barriguinha, e tem seios grandes, parece que ela está mais tranquila, não ficou falando de mim, que eu sou chata, gorda.*

Psicoterapeuta: *É, o tempo passou, né? Ela pode estar diferente.*

Laura: *Eu ouvi ela dizendo que precisa emagrecer, que engordou, ela não sabe que eu estou com esse problema.*

Psicoterapeuta: *Ninguém contou? Você não quer contar?*

Laura: *Não, de jeito nenhum.*

Psicoterapeuta: *Sua irmã também se preocupa muito com a forma física, né?*

Laura: *Sim, demais.*

Psicoterapeuta: *Precisa tomar cuidado para não ficar de forma exagerada, como você já sabe como é.*

Laura: *É mesmo, eu tentei fazer de outro jeito nas férias, passei muito tempo com meu primo, saímos, conversamos, ele gosta de mim, sabe? Me acha inteligente, sempre fala para as pessoas que eu sei de muita coisa, eu gostaria que as pessoas me vissem como ele me vê. Meu primo passou pela mesma coisa que eu, no mesmo período, eles estavam namorando e terminaram, ele ficou super mal, começou a entrar para uma religião, do Santo Daime, ele me chamou para ir com ele para ver uma reunião deles, eu não quis tomar o chá deles, fiquei com medo. Fiquei pensando que cada um de nós se apegou a uma coisa, eu no transtorno alimentar e ele no Santo Daime.*

Psicoterapeuta: *É, sofrer estava tão difícil que você precisou fazer algo para controlar a dor, para sair do sofrimento, igual seu primo.*

Nessa sessão, Laura mostra de forma interessante o seu despertar analítico, os sentimentos sendo elaborados a partir da descrição do corpo da irmã, para em seguida abordar o comportamento da irmã, numa tentativa de entender um campo emocional que ela compartilha.

O atendimento dessas jovens nos revela o caminhar incontornável pelas sensações corporais, no início descritas e investidas como um material de análise que nós, analistas, precisamos nos habituar a ouvir sem preconceitos. É esse passeio pelo corpo da anoréxica, a passos lentos e delicados, que vai permitir *uma passagem desse corpo recusado a um corpo libidinizado, investido pela presença e pela palavra do analista.* (Fernandes, 2007, p. 54)

Na literatura psicanalítica sobre o tema aqui investigado, sentimos uma certa inibição de alguns autores para abordar com os pacientes temas como sexualidade e corpo, a nosso ver a única via possível. Começar pelo corpo, pelas sensações, em direção das intensas emoções e defesas parece-nos o melhor caminho de aproximação do verdadeiro self (Winnicott, 1983g).

Observamos que a família dos pacientes com TA sente-se perdida em meio aos diversos sentimentos despertados pelo conhecimento de que um membro da família padece do transtorno. Além disso, quando essa constatação é aceita, isto é, não rejeitada pela família, seus membros podem se sentir invadidos por sentimentos de culpa e de impotência, os quais afetam tanto a compreensão do problema quanto as intervenções terapêuticas (Cobelo, 2008).

Em uma sessão de orientação familiar, a mãe de Lucas ilustra essa impossibilidade de compreensão, quando reconhece a dificuldade de compartilhar com seu marido, padrasto de Lucas, o que estava acontecendo com ele. Depois que a mãe de Lucas ficou viúva ela se casou com um homem que já vinha de um primeiro casamento. Nessa sessão conversamos sobre os seus motivos para manter em segredo todos os conflitos de Lucas, não permitindo que o padrasto participasse da vida do menino. Ela justifica dizendo que o marido era “muito certinho” e que ter consciência do problema de Lucas poderia fazer com que ele se ausentasse cada vez mais. Relatou também que o marido tinha dois filhos do primeiro casamento, e de que havia feito um acordo com o marido de não envolvimento com os problemas dos filhos de ambos, situação que para ela era confortável na medida em que não desejava uma aproximação maior com os filhos dele.

Ficou explicitada, nesta narrativa, a tentativa que a família fazia para manter a aparência de que os conflitos não existiam, mas na verdade, o que vigorava era um acordo tácito que impedia que os problemas fossem compartilhados entre os membros desta família obstaculizando seu desenvolvimento. Diversos estudos consideram fundamental um conhecimento aprofundado sobre a dinâmica familiar para que sejam desenvolvidas estratégias de intervenção junto às famílias como parte do tratamento dos pacientes com TA (Fasolo e Diniz, 2002, Cobelo, 2008, Pinzon, Gonzaga, Cobelo, Labaddia, Belluzo, 2004, Berge, Loth, Hanson, Croll-Lampert, Neumark-Sztainer, 2012, Grandó 2005.)

Um estudo feito com um grupo de apoio a familiares de pacientes com TA do Grata sublinhou a necessidade de uma espaço de acolhimento para a família a partir do qual serão compreendidos os significados dos transtornos e superar os obstáculos que a doença impõe (Souza, Santos & Scorsolini-Comin, 2009). Neste mesmo estudo os temas que se

mostraram mais significativos para os familiares dos pacientes foram: a percepção que os familiares têm a respeito da pessoa com TA, concepções sobre os transtornos alimentares e sua etiologia.

Souza, Santos e Scorsolini-Comin (2009) concluíram que os familiares veem o TA como uma entidade fixa que controla a conduta dos pacientes, aprisionando-os em comportamentos bizarros e inaceitáveis. Além disso, os familiares consideram que os pacientes com TA apresentam características, como a impaciência, a carência afetiva e o nervosismo, ensejando dúvidas se estes seriam traços distintivos da doença ou ainda característicos da adolescência, quando o surgimento do transtorno e esta fase do amadurecimento emocional se sobrepõem.

Em um artigo de revisão sistemática de literatura sobre a percepção de familiares sobre a anorexia e bulimia, Espindola e Blay (2009), identificaram questões relevantes sobre os sentimentos e percepções da família acerca dos transtornos alimentares. Os autores concluíram que para os familiares, cuidar de alguém com TA seria como cuidar de um paciente psicótico, sendo nele identificadas alterações da personalidade, queda do rendimento escolar, ocultamento de alimentos, pluralidade de fantasias sobre a comida, comportamentos agressivos e flutuações de humor.

Espíndola e Blay (2009) descreveram estudos que relacionam a configuração familiar do paciente com TA com o desenvolvimento e manutenção do transtorno, uma vez que aspectos fusionados da família e do paciente obstaculizam o desenvolvimento sadio:

Existem indícios do emaranhamento, ou seja, de uma fusão das famílias, no qual existe uma ausência de limites entre as pessoas que corresponde à noção de ausência de identidade individual separada da matriz familiar. Essas famílias se apresentam como superprotetoras, controladoras e com grande dificuldade para lidar com a separação e independência de seus membros. (Espíndola & Blay, 2009, p. 708)

De acordo com Espíndola e Blay (2009) os sentimentos dos familiares diante de um parente com TA são variados, sendo relatados tanto pessimismo em torno da recuperação e superação do paciente quanto otimismo ao TA ser concebido como passageiro, como fenômeno adolescente, evidenciando uma negação da gravidade do transtorno, além da falta de conhecimento sobre o transtorno. Outros sentimentos identificados foram compaixão e solidariedade, mas também, raiva, rejeição e inveja, esta quando se tratava da relação entre irmãos, pois, ora os irmãos se mostravam como ponto de apoio, ora se sentiam incomodados pela atenção que o paciente recebia.

Os transtornos alimentares reorganizam o sistema familiar como um todo, modificando a sua dinâmica, exigindo adaptações de ordem emocional, cognitiva e material. A família passa a viver em função do membro afetado, ocorrendo alterações nas interações entre os outros familiares, podendo haver um notório distanciamento dos outros filhos. Emergem sentimentos negativos como desesperança e impotência. (Espíndola & Blay, 2009, p. 713)

Compartilhamos da noção de que intervenções familiares que visem aliviar os sentimentos e angústias que emergem com o adoecimento de um de seus membros contribuam não só com o tratamento do paciente, mas também com a oferta de suporte psicológico para uma família que já poderia ser disfuncional, ou que tenha se desestabilizado diante dos novos desafios que o TA impõe. Embora não concebamos relações familiares comprometidas como fator etiológico para o desenvolvimento do TA, também não consideramos adequado o tratamento que exclui a família do paciente, estendendo assim os benefícios da psicoterapia para toda a família e, ao mesmo tempo, obtendo aliados na luta contra o transtorno.

6.8 O pai para o paciente com transtorno alimentar

Na clínica do TA é comum que nos atentemos à relação do paciente com sua mãe, considerando-a fundamental para a compreensão de seu sofrimento, suas defesas, fantasias e necessidades emocionais. Como citado anteriormente, grande parte da produção teórica que alimenta a prática psicanalítica credits à relação mãe-filha um fator determinante na causação de quadros psicopatológicos.

Durante muito tempo o pai foi deixado de fora da história, legitimando uma construção social segundo a qual o pai é dispensado da participação direta no cuidado e educação dos filhos, restringindo-se ao papel de provedor material da família. Observamos que este viés tem acompanhado as práticas na psicoterapia psicanalítica, inclusive a nossa, pois na orientação familiar que realizamos raramente contamos com a presença do pai. O que nos surpreende nessa situação é que raramente nos questionamos sobre esta enquadre de atendimento mãe-filho(a), como se fosse “natural” a ausência do pai, tornando-nos complacentes, mas também cúmplices.

E o que nos leva a apontar este erro técnico-ético-contratransferencial é a própria experiência clínica. É na clínica que uma paciente expressou o seu pesar pela

frustração de não ter correspondido ao que o pai esperava dela, enquanto outra disse ter ficado impaciente quando seu pai a chamou de “gordinha” em tom de brincadeira, ou ainda o paciente que procurou incessantemente preencher a ausência concreta do pai com alimento.

Quando Laura entrou na sala, cumprimentou-me efusivamente e disse:

Laura: *Desculpe por quarta-feira, é que briguei com meu pai na hora de vir pra cá e não deu pra avisar.*

Psicoterapeuta: *Com a briga você não deu conta de vir... O que aconteceu?*

Laura: *Meu pai ficou me perguntando se eu ia optar mesmo pelo carro, que ele acha bobagem uma viagem, ele fala de um jeito comigo, sempre me põe para baixo, fala que minha irmã passou numa faculdade pública e eu não... Nossa, ele sempre reclama e cobra que está gastando muito comigo. Agora, então, fiquei sabendo que fui demitida do estágio, fiquei até com medo de contar pra ele, falei pra minha mãe que não ia contar, ela disse que eu tinha que contar. Pensei até em fazer de conta que eu ainda tinha o estágio...sair de casa na hora do estágio e voltar no final do dia, mas daí ele falou que eu vou arrumar outro. Nem esperava essa reação dele!*

Psicoterapeuta: *Ele te surpreendeu?*

Laura: *Sim, demais... ontem foi a minha irmã que brigou com ele...ela pega pesado...disse para ele que ele é um bosta de um pai, depois que ela voltou do intercâmbio dela, ele fica jogando na cara dela que agora não tem carro, não tem emprego, que só dá despesa...minha irmã falou um monte pra ele, disse que não teve nenhuma saudade dele quando viajou, que ele nunca foi pai de verdade de saber o que a gente sentia, que ele era um bosta.*

Psicoterapeuta: *E você? O que sente em relação a ele?*

Laura: *Eu não xingo, acho demais, mas acho a mesma coisa da minha irmã... Engraçado, depois que ela voltou, estamos bem, amigas...sem problemas. Meu pai fica jogando na nossa cara que tem que levar a gente pra todos os lugares. Antes ele tinha um carro bom e tinha um Corsinha em casa, que a gente usava pra tudo. Ele vendeu o Corsa pra comprar o carro dos sonhos dele, comprou um Troller, disse que está envelhecendo sem ter o que gostaria de ter, isso causou uma confusão em casa, minha mãe trabalha o dia inteiro...não tem tempo de levar a gente. Ele tem um horário mais flexível.*

Psicoterapeuta: *O que o seu pai faz?*

Laura: *Ele tem um estacionamento no centro, e vende alguns carros junto com um amigo dele também...ele é meio enrolado...*

Psicoterapeuta: *Isto deve causar uma certa tensão nele, porque é sem um salário fixo, ele deve ficar inseguro, não sabendo se vai dar conta de custear vocês. Daí, quando ele fica inseguro joga para vocês que não está aguentando a pressão.*

Laura: *É, ele é uma pessoa boa, todo mundo em XXXX fala bem dele, mas tem essas coisas...só faz o que ele quer, não sei como minha mãe aguenta...ela não fala nada... ele nunca vai aonde ela quer ir, ele só vai para as cachoeiras... nossa, coisa de escola, apresentação, ele nunca foi ver quando a gente estava na escola. O fato dele morar na casa da minha avó, faz com que eles não briguem...*

Psicoterapeuta: *Seus pais são separados?*

Laura: *Não, mas faz tempo que meu pai foi morar na minha avó, almoçamos todos lá, meu pai dorme na casa da minha avó, ele não paga nada lá, minha avó paga as contas da casa e paga coisas pra gente também.*

Psicoterapeuta: *Então, seu pai ainda é dependente da sua avó, e quando a coisa aperta para o lado dele no sentido de ter que cuidar de vocês ele fica tenso e joga em forma de palavras e atitudes a insegurança dele em relação a isso.*

Laura: *É mesmo, minha irmã já falou isso mil vezes para ele quando brigam, mas eu acho complicado falar isso para ele.*

Psicoterapeuta: *Não sei se seria questão de falar, quando sua irmã fala, ele sente como um ataque a ele, ele não entende, o importante é você entender isso, para você. Para não se sentir tão inadequada com seu pai, para não achar que sempre é com você que é complicado. Pode ser com o seu pai a complicação.*

Laura se sentia confusa diante da ambivalência de sentimentos que nutria por seu pai: amor e ódio, momentos de compreensão e outros de inadequação em meio a tentativas de ser a filha exemplar. Falar sobre o ódio na sessão fazia com que sentisse desprotegida, pois não sabia lidar com a agressividade, algo que para ela precisava ficar de fora das relações interpessoais, com o risco de serem por ela destruídas.

Laura reconhece que procurava sempre atender as expectativas do pai. Ele sempre quis ter um filho, mas teve duas filhas, além de criar como sua a filha do primeiro casamento da mãe de Laura. O pai queria que Laura entrasse para o exército, fazendo sua graduação lá, pois sonhava com um filho que seguisse a carreira militar. Laura falou com pesar sobre não poder corresponder ao desejo do pai. Este foi um luto consideravelmente trabalhado na psicoterapia. Laura não era o que seu pai queria que ela fosse, tampouco ele era o pai que ela gostaria de ter. Laura precisava perdoar-se para seguir seu caminho. Ela era estagiária de um escritório de arquitetura, trabalhando com criatividade, muito longe de um

trabalho burocrático no exército.

Lucas perdeu seu pai quando estava com quatro anos de idade. Foi um golpe duro para a família que teve que se reestruturar sem contar com um pai que sustentasse a mãe para que esta se dedicasse aos cuidados com o bebê, nem com um pai que introduzisse a alteridade na dinâmica mãe-filho (Ferreira & Aiello-Vaisberg, 2006). Ele sempre foi muito curioso em relação ao que os homens pensam e demonstram. Procurou estar próximo tanto do avô materno como do avô paterno, buscando consolidar uma identificação masculina com essas figuras paternas.

Quando Lucas começou a se envolver com maconha, episódio do qual toda a família ficou a par, a comoção foi tamanha que Lucas criou uma saída interessante em direção à saúde: passou a ir todos os finais de semana para uma fazenda de parentes, onde realizava várias funções, tais como tirar leite, marcar gado, tratar de cavalos e galinhas, tratando aquelas atividades como terapêuticas que o afastavam do vício. Na roça sempre foi orientado por um dos donos da fazenda, um homem rústico que com grande sabedoria ocupava Lucas com diversos afazeres. Em uma das sessões, Lucas contou como era sua rotina na roça:

Lucas: *Estou bem (sorri), com sono, fui pra roça e domingo dormi na minha bisavó.* (Lucas trabalha como cuidador de sua bisavó, uma senhora de 93 anos de idade)

Psicoterapeuta: *Sim, e como está indo seu trabalho?*

Lucas: *Está bom, mas fico com sono, qualquer coisa eu acordo, minha bisavó faz muito barulho, ela é surda, então ela bate porta, faz barulho, não está nem aí* (nós dois rimos da situação).

Lucas: *Fui pra roça na sexta, estava bom, teve um jantar em outra fazenda, depois no sábado fomos entregar umas galinhas numa cidade próxima, fomos na venda* (começa a rir). *Lá encontramos um cara engraçado, ele chegou na nossa mesa e tomou minha cerveja, nem pediu nem nada, o cara tava bêbado, ele perguntou se o José (nome fictício do dono da fazenda) era o José, o José disse que sim, todo mundo chama ele de Tontim.*

Psicoterapeuta: *Também né? Deve tomar todas no dia e ficar tontim* (rimos).

Lucas: *É, ele perguntou onde o José tinha comprado a botina dele, que parecia de mulher, o José disse que mulher era ele de chinelo e bermuda. O José entrou na história dele e tira uma nele.*

Psicoterapeuta: *É, você tem uma grande admiração pelo José, porque acha que ele faz a função de seu pai, né?... Seu pai morreu quando você era pequeno, você tinha fazenda, cavalo, o José está fazendo a mesma coisa que seu pai faria.*

(Lucas fica vermelho e sorri)

Lucas: *Sabe que ele me falou que viria me buscar nesta sexta em XXXX, pra eu ir pra roça? Ele tem que vir no distrito, mas eu tenho Grata, não vou poder ir com ele, vou depois.*

Psicoterapeuta: *Com quem você vai?*

Lucas: *Minha avó vai me levar.*

Psicoterapeuta: *Você gosta muito da roça, do jeito que o José é com você, né?*

Lucas: *É, ele comprou sanduíches para os filhos lá na venda, nós levamos pra eles.*

A roça funcionava para Lucas como um refúgio, uma moratória, um tempo que ele mesmo estipulou para ficar afastado da cidade, porque não estava sabendo como lidar com suas angústias e fantasias. É na roça que ele foi buscar a presença do masculino que se interporia entre ele e a sua mãe/avó. Talvez José represente a figura do terceiro que chega, que se instala para dar segurança e limites. Foi o modelo identificatório que Lucas precisava ter, já que o avô havia sofrido um Acidente Vascular Cerebral (AVC) e seu padrasto foi se tornando cada vez mais distante à medida que Lucas entrava na adolescência. Lucas elegeu José para lhe mostrar o mundo masculino.

Lucas trouxe muitos elementos para refletirmos sobre a importância da figura masculina em sua vida, desde a identificação paterna até o que a família de seu pai representava. Relatou seu desconforto em relação à família paterna que morava em uma cidade próxima. Sentia que estava sendo excluído da família por uma tia e pela avó paterna. Seu avô teve um AVC recentemente, o que desestruturou a família, pois ele precisou, e ainda precisa, de cuidados intensivos. Lucas recebia uma mesada do avô no valor de 500 reais a qual foi cortada pela avó, que justificou o corte alegando que estavam tendo muitos gastos com médicos, cuidadores e fisioterapeuta. Lucas estava muito decepcionado com a família paterna, como mostra a vinheta a seguir:

Lucas: *Recebi uma mensagem da tia da cidade XXXX, mas não quis atender. Para quê atender? Não ficar esperando.*

Psicoterapeuta: *Você ficou muito magoado com as suas últimas idas para XXXX, por eles não terem dado atenção a você?*

Lucas: *É, fui para XXXX ontem, só pra ver meu avô, fui com minha avó (materna), almoçamos na estrada e viemos para Franca.*

Psicoterapeuta: *Sua avó é uma companheirona, né? Vocês fazem muitas coisas juntos. E como está seu avô?*

Lucas: *Está daquele jeito, fazendo fisioterapia, melhorando pouco, minha avó não fala nada, minha tia da cidade YYYY veio e nem ligaram pra mim.*

Psicoterapeuta: *Mas a tia de YYYY é a que você tem muito contato, ela vai te buscar em ZZZZ, você vai para a república de sua prima (ele consente com a cabeça) então, me parece que pode não ser o mesmo motivo dela não ter te chamado, pode ser que ela saiu correndo e voltou correndo, sei lá, só sei que se você colocar todo mundo do mesmo jeito vai ficar confuso e triste. Acho que você poderia saber o que aconteceu.*

Lucas: *É, essa tia é diferente, mas minha avó não fala nada sobre a esquecida que deram de mim, sobre pedir desculpas.*

Psicoterapeuta: *Ela não dá conta de falar.*

Lucas: *Ela fica cobrando por que eu não vou lá, por que eu não faço isso, por que não faço aquilo. Por que ela não me paga faculdade? Por que não me chama quando está todo mundo reunido?*

Psicoterapeuta: *Você espera deles talvez algo que esperasse do seu pai, abriu um rombo em você quando seu pai morreu, sua mãe ficou sozinha com você e seu irmão que era um bebê, ela teve que se virar, você sente falta dele, do que ele fazia por vocês. Seu pai estava bem financeiramente, vocês tinham uma vida boa, sem precisar ficar preocupado com grana. Quando você espera coisas da sua família não é só deles que está esperando, é de seu pai, e infelizmente ele morreu.*

Lucas: *É, seria muito diferente.*

Psicoterapeuta: *Sim, sabe o que eu acho, que quando você bebe ou fuma maconha é porque espera que cuidem de você, é uma forma de precisar deles, da sua família. As coisas vão ficando tão complicadas que você se anestesia, com bebida, com maconha, e antes, era com controlar o peso e a comida.*

Lucas: *É, quando fica pesado eu quero sair fora.*

Depois desta sessão Lucas postou no *Facebook* uma mensagem para seu pai: “Pai apesar de não ter mais você por perto, você sempre será meu ídolo. Te amo!” E junto com essa despedida compartilhou uma música do *YouTube* que fala da identificação e do amor de um cantor sertanejo pelo seu pai.

Me pareço tanto com você/Olhando dá pra ver/Seu rosto lembra o meu

Desde o primeiro aniversário/O primeiro passo/Sempre pronto pra me defender

Sempre que brigou comigo/Pra eu não correr perigo/Um herói pronto pra me salvar

E com você eu aprendi todas lições/Eu enfrentei os meus dragões

E só depois me deixou voar

Mas eu só quero lembrar/Que de 10 vidas, 11 eu te daria

Que foi vendo você/Que eu aprendi a lutar

Mas eu só quero lembrar/Antes que meu tempo acabe

Pra você não se esquecer/Que se Deus me desse uma chance de viver outra vez

Eu só queria se tivesse você

Pai/Eu sei o tempo é implacável/Afasta nossos corpos/Mas aproxima o coração

O seu nome sempre lembrado/Converso e falo de você sempre na oração

Pai/Foi muito chato crescer/Passsei a não ter você contando histórias para eu dormir

Mesmo o mundo querendo me derrubar/Ao meu lado você sempre está

Pra me levantar quando eu cair

Pai, você diz que me criou para o mundo

Mas meu mundo é você.

O paciente com TA nos ensina que é preciso estar com ele para que vença o medo do vazio, precisa de *holding* para encontrar seu verdadeiro *self*, cujo gesto espontâneo poderá se configurar como saída criativa da armadilha do TA. Lucas pôde retomar seu processo rumo ao amadurecimento emocional, antes comprometido por experiências de sofrimento dissociadas. O manejo terapêutico próximo do drama vivido por Lucas, visando ampará-lo ao mesmo tempo em que se buscava compreendê-lo, possibilitou que se descongelasse uma dor intensa demais para ser vivida na solidão, retomando uma continuidade de ser que estava interrompida.

Nas sessões de psicoterapia, depois que o vínculo com o participante está formado, inaugurando uma nova forma de transferência, começa a ser possível compreender

os sentidos do TA para aquela determinada pessoa. Apesar das dificuldades de se manter o *setting* terapêutico quando o paciente apresenta muitas oscilações, situação descrita por Jeammet (1999b) como aquela em que o paciente apresenta uma hipersensibilidade aos conflitos que começam a emergir na psicoterapia depois que as primeiras resistências foram transpostas.

Como pudemos atestar com os participantes deste estudo, uma relação terapêutica afinada às necessidades emocionais do paciente com TA é condição necessária para lidar com experiências extremas que transitam de um polo a outro sem jamais encontrar um ponto de equilíbrio ou de repouso. E, no entanto, é essa mesma relação terapêutica que é constantemente ameaçada à medida que se aprofunda a compreensão do sofrimento implicado no TA, o que significa dizer que ela se constitui como adequada na medida em que o terapeuta, como a mãe suficientemente boa de Winnicott (1983a), dosa a realidade na medida exata do que seu paciente pode suportar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa busquei compreender a experiência emocional de pacientes com transtorno alimentar, por meio da oferta de um atendimento psicológico de inspiração winnicottiana, a fim de possibilitar reflexões teóricas que possam iluminar as práticas clínicas no tratamento desses pacientes. Procurei demonstrar como a opção pela clínica de base winnicottiana permite o resgate da sintonia psicossomática por meio do manejo terapêutico sensível que visa a reconstrução silenciosa do eu, de um verdadeiro renascimento psíquico.

Os participantes desta pesquisa dão testemunho de um grande sofrimento, de angústias indizíveis que não puderam ser simbolizadas e que ameaçam a integração psicossomática saudável. Surge então o sintoma alimentar como resposta, diante de uma psique que foi sendo desalojada do corpo, desembocando em um modo de relação sensorial e não relacional, constituindo-se portanto como reação defensiva e, ao mesmo tempo, como tentativa de restabelecer a integração perdida ou ameaçada.

Neste estudo também ficou explicitado o grau de naturalização que os ditames culturais atingem, uma vez que os participantes pareciam ignorar o papel da cultura da magreza na formação do sintoma alimentar. O silêncio a respeito da exigência de um corpo magro, como ideal de perfeição, tal como é difundido pela mídia e pela moda aponta para a necessidade de um olhar profissional crítico que evite legitimar os discursos vazios da cultura contemporânea.

Compete a nós desenvolver programas preventivos nas escolas com o objetivo de promover o debate em torno da experiência emocional de crianças e adolescentes a respeito de seus corpos em articulação com as exigências da cultura da magreza. É preciso compartilhar nosso assombro, mostrando nossa indignação diante do estado de clausura provocado pelo transtorno alimentar.

Outro aspecto a destacar diz respeito ao trabalho de sustentação do sofrimento da família do paciente que, dessa forma, passa a ser coadjuvante do tratamento do parente. Uma mãe ilustra esta nova condição que lhe permite tanto compreender quanto acolher o sofrimento da filha: *“Como ela vai gostar daquilo que a faz sofrer? Ela não tem controle.”*

Saliento ainda que o fato dos transtornos alimentares consistirem de patologias transnosográficas que tocam diferentes áreas do conhecimento, requerem uma abordagem multi e interdisciplinar, reservando a cada profissional o humilde papel de colaborador na reabilitação nutricional, avaliação psiquiátrica, monitoramento de sintomas e das comorbidades psiquiátricas, atendimento psicoterápico e familiar.

Esta pesquisa vem coroar uma longa trajetória percorrida na clínica dos transtornos alimentares, a qual foi se estruturando diante dos novos desafios que a prática incitava, sendo criadas novas interlocuções com o objetivo ir ao encontro das necessidades da clínica contemporânea. Consolidar-se como pesquisa constitui-se como um ganho importante no sentido de contribuir para refletir sobre os limites e possibilidades da clínica psicológica no acolhimento às necessidades dos pacientes com transtorno alimentar.

Este percurso me leva à perspectiva de uma clínica enquanto fazer criativo que reconfigura o modo de fazer clínica. Não se trata mais da descoberta de tesouros enterrados, mas da criação de condições para que experiências sejam vividas e novos sentidos sejam criados. Encerro este trabalho com as palavras de Luz (1990, p. 187) que, como o próprio nome diz, ilumina a nossa prática: “A produção de sentido não é uma atividade meramente representativa ou imaginária, mas um fazer, de natureza poética, que engaja o corpo e cria laços de um mundo compartilhado.”

REFERÊNCIAS

- Abuchaim, A. L. G. (1998). Aspectos históricos da anorexia nervosa e da bulimia nervosa. In M. A. A. Nunes et al. (Org.), *Transtornos alimentares e obesidade* (pp.13-20). Porto Alegre: Artmed.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2003). Ser e fazer: interpretação e intervenção na clínica winnicottiana. *Rev. Psic. USP*, 14 (1), 95-128.
- Aisenstein, M. (2004). Doloroso enigma, enigma da dor. *Revista de Psicanálise de S. B. P. P. A*, 11(1), 35-49.
- Alvarenga, M. S., & Dunker, K. L. L. (2004). Padrão e comportamento alimentar na anorexia e bulimia nervosa. In M. S. Alvarenga & S. T. Phillippi. *Transtornos alimentares: uma visão nutricional*. (pp. 131-148). Barueri: Manole.
- Alvarenga, M. S., & Phillippi, S. T. (2010). Estrutura, padrão, consumo e atitude alimentar: conceitos e aplicações nos transtornos alimentares. In M. Alvarenga, F. B. Scagliusi & S. Tucunduva. *Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento*. (pp. 17-35). São Paulo: Manole.
- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: APA.
- Andrade, T. F. de & Santos, M. A. (2009). A experiência corporal de um adolescente com transtorno alimentar. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, 12(3), 454-468.
- Associação Americana de Psiquiatria. (1995). *Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-IV). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Associação Americana de Psiquiatria. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (DSM-V). São Paulo: Artmed.
- Azevedo, A. de M. C. & Abuchaim, A. L. G. (1998). Bulimia nervosa: classificação diagnóstica e quadro clínico. In M. A. A. Nunes et al. (Orgs.), *Transtornos alimentares e obesidade* (pp. 31-39) Porto Alegre: Artmed.
- Birman, J. A. (1989). Clínica na pesquisa psicanalítica. In *II Simpósio Brasileiro de Pesquisa e Intercâmbio Científico*. Recuperado em 10 janeiro, 2013 de <http://www.infocien.org/interface/simpos/an02t23.pdf>
- Birman, J. A. (1994). Clínica na pesquisa psicanalítica. *Psicanálise e Universidade* Recuperado em 8 jan. 2014 de <http://www.infocien.org/interface/simpos/an02t23.pdf>

- Bonaminio, V. (2007). De Winnicott a Winnicott: algumas notas sobre defesa maníaca, retraimento, regressão e interpretações em Explorações Psicanalíticas de D. W. Winnicott. *Winnicott e-prints*, 2(2),1-20. Recuperado em 01 de outubro de 2014, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-32X2007000200001&lng=pt&tlng=pt.
- Boraks, R.(2008). A capacidade de estar vivo. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(1),112-123.
- Brusset, B. (1999a). Bulimia: introdução geral. In R. Urribarri. (Org.), *Anorexia e bulimia* (pp. 91-97). São Paulo: Escuta.
- Brusset, B. (1999b). Conclusões terapêuticas sobre a bulimia. In R. Urribarri. (Org.), *Anorexia e bulimia* (pp. 137-153). São Paulo: Escuta.
- Brusset, B. (1999c). Anorexia mental e bulimia do ponto de vista de sua gênese. In R. Urribarri. (Org.), *Anorexia e bulimia* (pp. 137-153). São Paulo: Escuta.
- Brusset, B. (2004). Psicopatologia e metapsicologia da adicção bulímica. In B. Brusset, & Couvrieur & Fini, A. (Org.), *A Bulimia* (pp. 137-171). São Paulo: Escuta.
- Capisano, H. F. (1992). Imagem corporal. In: J. M. Filho. *Psicossomática hoje* (pp. 179-192). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cobelo, A. W., Saikaki, M. O. & Schomer, E. Z. (2004) A abordagem familiar no tratamento da anorexia e bulimia nervosa. *Revista de psiquiatria Clínica*, 31(4), 184-187.
- Cordás, T. A. & Salzano, F. T. (2011). Aspectos gerais dos transtornos alimentares: características, critérios diagnósticos, epidemiologia e etiologia. In M. Avarenga, F. B. Scagliusi & S. Tucundiva(Orgs), *Nutrição e transtornos alimentares*. (pp. 3-15). São Paulo: Manole.
- Costa, J. F. (2004). *O vestígio e a aura: o corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Cunha, S. F., Sicchieri, J. M. & Calil, L. C. (2007). Transtornos alimentares. In H. Vannucchi, J. S. Marchini (Orgs.). *Nutrição clínica*. Rio de janeiro: Guanabara Koogan.
- Davis, M. Antecedentes (1982). In M. Davis & D. Wallbridge. *Limite e espaço: uma introdução à obra de D.W.* (pp. 17-44). Rio de janeiro: Imago.
- Dias, E. O. (2008). O uso da interpretação na clínica do amadurecimento. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, 11(4), 588-601.
- Dunker, K. L. L., Alvarenga, M. S & Pereira, D. L. (2007) Dietas da moda: uso e significados em pacientes com transtornos alimentares. *Revista de Metabolismo e Nutrição*, (9), 100-107.
- Dunker, K. L. & Philipi, S. T. (2003). Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. *Revista de Nutrição*, 16 (1), 51-60.

- Facchini, M. (2006). La imagen corporal en la adolescencia: es un tema de varones? *Archivos Argentinos de Pediatría*, 104(2), 177-184.
- Fasolo, C., Diniz, T. C. V. C (1998). Aspectos familiares. In M. A. A. Nunes et al. (Eds.), *Transtornos alimentares e obesidade*. (pp.48-54). Porto Alegre: Artmed.
- Fernandes, M. H. (2007). *Transtornos alimentares: anorexia e bulimia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ferreira, M.C & Aiello- Vaisberg, T. M. J (2006). O pai “suficientemente bom”: algumas considerações sobre o cuidado na psicanálise winnicottiana. *Mudanças- Psicologia da Saúde*, 14(2), 136 -142.
- Fleitlich-Bilyk, B. (2008). Saúde mental e transtornos alimentares em crianças e adolescentes no Brasil: a importância da criação de serviços especializados. In C. Weinberg (Org). *Transtornos alimentares na infância e adolescência: uma visão multidisciplinar*. (pp. 9-17). São Paulo: Sá Editora.
- Forlenza Neto, O. (2008). As principais contribuições de Winnicott à prática clínica. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(1), 82-88.
- Fontes, I. (2011). A construção silenciosa do ego corporal. *Alter-Revista de Estudos Psicanalíticos*, 29(2), 83-90.
- Fontes, I (2002). As novas doenças da alma. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 5(4), 161-163.
- Frayze-Pereira, J. A. (1996). Por uma Poética Psicanalítica. In N. M. Kon, *Freud e seu duplo: reflexões entre psicanálise e arte*. (pp. 13-19). São Paulo: Edusp/Fapesp.
- Freud, S. (1995a). A psicoterapia da histeria, 1895. In S. Freud. *Estudos sobre a histeria*. (pp.309-367). Rio de Janeiro: Imago. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 2).
- Freud, S. (1995b). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental, 1911. In S. Freud. *O caso de Schreber e artigos sobre técnica*. (pp. 271-286). Rio de Janeiro: Imago. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 12).
- Freud, S. (1996) (1923[1922]): “Dois verbetes de enciclopédia”, v. XVIII, p. 253-274 Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro: Imago.
- Fuks, M. P. (2000a). Prefácio: A clínica conta histórias. In L. B. Fuks & F. C. Ferraz (Orgs.). *A clínica conta histórias* (pp. 201-216). São Paulo: Escuta.
- Fuks, M. P. (2000b). Questões teóricas na psicopatologia contemporânea. In L. B. Fuks & F. C. Ferraz (Orgs.). *A clínica conta histórias*. (pp. 201-216). São Paulo: Escuta.

- Fulgêncio, C. D. R. (2007). *A presença do pai no processo de amadurecimento: um estudo sobre D. W. Winnicott*. Dissertação de Mestrado, Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Garfinkel, P., Lin, E. & Goering, P. (1996). Should amenorrhea be necessary for the diagnosis of anorexia nervosa? *British Journal of Psychiatry*, (168), 500-506.
- Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (1980). Socio-cultural factors in development of anorexia nervosa. *Psychol. Med.*, 10, 647-56.
- Granato, T. M. M. (2004). *Tecendo a clínica winnicottiana de maternidade em narrativas psicanalíticas*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Granato, T. M. M. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2011). Uso terapêutico de narrativas interativas com mães em situação de precariedade social. *Psico, Porto Alegre*, 42(4), 194-502.
- Granato, T. M. M., Corbett, E. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2011). Narrativa Interativa e Psicanálise. *Psicologia em Estudo*, 16(1), 157-163.
- Grando, L. H. (2005). *Família e transtornos alimentares: uma forma singular de estar no mundo*. Tese de Doutorado, Faculdade de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto SP.
- APA- American Psychiatry Association. (2000) Practice Guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). *Am. J. Psychiatry*, 157, 1-39.
- Ferreira, M. C. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2006). O pai 'suficientemente bom': algumas considerações sobre o cuidado na psicanálise winnicottiana. *Mudanças: psicologia da saúde*, 14 (2), 136-142.
- Garfinkel, P., Lin, E. & Goering, P. (1996). Should amenorrhea be necessary for the diagnosis of anorexia nervosa? *British Journal of Psychiatry*. London, 168, 500-506.
- Garzon, F. & Tosta, R. M. (2012) Psicopatologia da Transicionalidade: em busca de uma raiz comum às diversas formas de adicção. In *Congresso da Federação Psicanalítica da América Latina*. Recuperado em 20 ago 2014 de http://fepal.org/nuevo/index.php?option=com_content&view=article&id=736:psicopatologia&catid=91:congreso-2012&Itemid=&lang=pt.
- Green, A. (2008). A análise do material em seus componentes. In A. Green, *Orientações para uma psicanálise contemporânea* (pp. 157-201). São Paulo: Imago.
- Gurfinkel, D. (2000). A clínica da dissociação. In L. B. Fuks. & F. C. Ferraz. (Orgs.). *A clínica conta histórias* (pp. 153-177) São Paulo: Escuta.
- Jeammet, P. (1999a). A abordagem psicanalítica dos transtornos das condutas alimentares. In R.

- Urribarri (Org.). *Anorexia e bulimia* (pp.18-50). São Paulo: Escuta.
- Jeammet, P. (1999b). As condutas bulímicas como modalidade de acomodação das desregulações narcisistas e objetais. In R. Urribarri (Org.). *Anorexia e bulimia* (pp. 114-136). São Paulo: Escuta.
- Joseph, B. (1992). Em direção à experiência da dor psíquica. In M. Feldman, & E. B. Spillus (Orgs). *Equilíbrio psíquico e mudança psíquica* (pp.97-108). São Paulo: Imago.
- Kaplan, H., Sadock, B. J. & Grebb, J. (1997). *Compêndio de psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Kehdy, R. (2002). O manejo na psicoterapia psicanalítica: uma visão winnicotiana. *Psic: revista da Vetor Editora*, 3(1), 6-15. Recuperado em 07 de setembro de 2014, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142002000100002&lng=pt&tlng=pt .
- Klein, M. (1991). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In M. Klein. *Obras completas de Melanie Klein: inveja e gratidão e outros trabalhos* (pp. 17-43). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1946).
- Kon, N. M. (1996). *Freud e seu duplo: reflexões entre psicanálise e arte*. São Paulo: EDUSP/FAPESP.
- Kristeva, J. (2002). *As novas doenças da alma*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Lawrence, M. (2003). Amando-os até a morte: a anoréxica e seus objetos. In *Livro Anual de Psicanálise*. Tomo XVII. (pp. 175-186). São Paulo: Escuta.
- Lescovar, G. Z. (2004). As consultas terapêuticas e a psicanálise de D. W. Winnicott. *Revista Estudos de Psicologia*, Campinas, 21(2), 43-61.
- Lescovar, G. Z. (2008) As consultas terapêuticas como possibilidade de atenção intensiva em saúde mental. *Mudanças- Psicologia da Saúde*, 16(1), 21-26.
- Lins, M. I. A. (2006). *Consultas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipovestsky, G. (2000). *A terceira mulher. Permanência e revolução do feminino*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lisondo, A. B. D. (2004). Na cultura do vazio, patologias do vazio. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, 38(2), 335-8.
- Maine, M. (2004). *Father Hunger: fathers, daughters, and the pursuit of thinness*. Carlsbad, CA: Gurze Books.
- Marinov, V. (2010) Le narcissisme dans les troubles de conduites alimentaires. In J. McDougall, & V. Marinov, et al. *Anorexie, addictions et fragilités narcissiques* (pp. 37-67).. Paris: PUF.
- McDougall, J. (2000). *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins

Fontes.

- McDougall, J. (2010). *L'économie psychique de l'addiction*. In J. McDougall, & V. Marinov, et al. (pp. 11-35). Paris: PUF.
- McDougall, J. & Fini, A. (2003). Sobre a bulimia: entrevista com Joyce MacDougall. In A Brusset, B. Couvreur, C. Fini. A. *Bulimia*. (pp. 185-195). São Paulo: Escuta,
- Minerbo, M. (2013). Ser e sofrer, hoje. *Revista Ide*, 35(55), janeiro 2013, 31-42.
- Miranda, M. R. (2004). O mundo objetal anoréxico e a violência bulímica em meninas adolescentes. *Revista Brasileira de Psicanálise, São Paulo*, 38(2), 335-338.
- Miranda, M. R. (2007). Em busca das palavras perdidas: corpo-carcereiro da mente nos distúrbios alimentares. *Ide*, 30(45), 28-34. Recuperado em 01 de outubro de 2014, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31062007000200006&lng=pt&tlng=pt.
- Morgan, C. M., Vecchiatti, I. R. & Negrão, A. B. (2002). Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3),18-23.
- Moura, A. & Nikos, I. (2013). Estudo de caso, construção de caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica. *Pulsional Revista de psicanálise*, ano XIII, 140/141, 69-76.
- Nielsen, S. (2001). Epidemiology and mortality of eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*, 24(2), 201-14.
- Nunes, M. A. A. & Ramos, D. C. (1998). Anorexia nervosa: classificação diagnóstica e quadro clínico. In M. A. A. Nunes et al. *Transtornos alimentares e obesidade*. (pp. 21-30). Porto Alegre: Artmed.
- Obinson-O'Brien, Perry, C. L. Wall, M. M. et al. (2009). Adolescencet and yong adult vegetarianismo: better dietary intake and weigt outcomes but increased risk of disorders eating behaviors. *Journal American Diet Association*, v. 109,
- Ogden, T. H. (1995). Sobre o espaço potencial. In P. L. Giovacchini, *Táticas e técnicas psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ogden, T. H. (1996) *Sobre o Conceito de Uma Posição Autística-Contígua*. *Revista Brasileira de psicanálise*, v. XXX, n. 2, 341-64.
- Ogden, T.H. (2005). *This Art of Psychoanalysis*. London: Routledge.
- Outeiral, J. O. (2010) Transicionalidade e criatividade: Rabiscos sobre o viver criativo. *Jornal de Psicanálise - São Paulo*, 43(78), 91-98.
- Peres, R. S & Santos, M. A. (2005) Sobre a utilização de estudos de caso na pesquisa científica e

- na prática profissional em Psicologia. In M. A. Santos (org). *Formação em psicologia: desafios da diversidade na pesquisa e na prática*. (pp.93-106). São Paulo: Vetor.
- Pinzon, V. & Nogueira, F. C. (2004). Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. *Revista Psiq. Clin.* São Paulo, 31(4),158-160.
- Ribeiro, P. M. M. (2011) Curso: Re-visitando os conceitos fundamentais de D.W. Winnicott – A comunicação entre o bebê < > mãe como modelo de estudo da protomente : re-visitando o pensamento de D.W. Winnicott. In XXIII Congresso Brasileiro de Psicanálise:
- Reiner, A. A. O. & Azevedo, R. C. S. & Vieira, M. A. & Arruda, A. L. G. (2008). Produção bibliográfica sobre adesão e não/ adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(2), 2299-2306.
- Ribeiro, R. P. P & Santos, M. A. (2013). Transtornos alimentares: evidências clínicas e científicas. In S. S. Almeida (Org). *Psicobiologia do comportamento alimentar* (pp.175-196). Rio de Janeiro: Rubio.
- Safra, G. (2001). Investigação em Psicanálise na Universidade. *Psicologia. USP*, 12 (2), 171-175.
- Santos, L. A. S. (2012). Da Anorexia à obesidade: considerações sobre o corpo na Sociedade Contemporânea. In Diez-Garcia, R. W. Cervato-Mancuso, A. M. (Orgs). *Mudanças alimentares e educação nutricional* (pp. 109-117). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Sassi Jr, E. Sassi, F. Comorbidades psiquiátricas nos transtornos alimentares. In Alvarenga, M. & Scagliusi, F. B. & Tucundiva, P. (Orgs). *Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento* (pp. 197- 208). São Paulo: Manole.
- Scagliusi, F. B.& Lourenço, B. H (2011). A ditadura da beleza e suas consequências no discurso nutricional. In Alvarenga, M. & Scagliusi, F. B.& Tucundiva, P. (Orgs). *Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento* (pp. 59-83). São Paulo: Manole.
- Schevach, J. V. G (1999). Idéias de Bernard Brusset em psicopatologia e metapsicologia da dependência bulímica. In R. Urribarri. (Org.). *Anorexia e bulimia*. (pp. 99-112). São Paulo: Escuta.
- Souza, L. V. & Santos, M. A. (2007). *Anorexia e bulimia: conversando com as famílias*. São Paulo, Vetor.
- Stake, R. E. (2011) *Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam*. Porto Alegre: Penso.
- Scott, S. H. (2010). *The impact of the father-daughter relationship on eating disorder treatment: A qualitative study*. Dissertation- Doctor of Philosophy- Graduate School of the Texas Woman's University, Denton, Texas.
- Szmukler, G., Dare, C., & Treasure, J. (1995). *Handbook of eating disorders: theory,*

- treatment and research*. New York: John Wiley & Sons.
- Trivinos, A. N. S. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, 507-514.
- Tustin, F. (1990). Anorexia nervosa em uma adolescente. In F. Tustin, *Barreiras autistas em pacientes neuróticos* (pp.191-213). Porto Alegre: Artes médicas.
- Winnicott, D.W. (1975). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In D.W. Winnicott, *O brincar e a realidade* (pp. 13-44). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1983a) Teoria do relacionamento paterno-infantil. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp.38 - 54). Porto Alegre: Artes médicas. (Trabalho original publicado em 1960).
- Winnicott, D. W. (1983b). Distorção do ego em termos de verdadeiro e falso self. In D.W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 128-139). Porto Alegre: Artes médicas. (Trabalho original publicado em 1960).
- Winnicott, D.W. (1983c). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 152-155). Porto Alegre: Artes médicas. (Trabalho original publicado em 1962).
- Winnicott, D.W. (1983d). Sobre a contribuição da observação direta para a psicanálise: In D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp.101-105). Porto Alegre: Artes médicas. (Trabalho original publicado em 1957).
- Winnicott, D.W. (1983e). Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. In D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp.207-217). Porto Alegre: Artes médicas. (Trabalho original publicado em 1963).
- Winnicott, D. W. (1983f). Análise da criança no período de latência In D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 106-113). Porto Alegre: Artes médicas. (Trabalho original publicado em 1958).
- Winnicott, D. W. (1983g). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro “self”. In D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp.128-139). Porto Alegre: Artes médicas. (Trabalho original publicado em 1960).

- Winnicott, D. W. (1983h). Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (p. 114-127). Porto Alegre: Artes médicas. (Trabalho original publicado em 1959-1964).
- Winnicott, D.W. (1983i). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de certos opostos. In D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (p.163-174). Porto Alegre: Artes médicas. (Trabalho original publicado em 1963).
- Winnicott, D. W. (1983j). Psicanálise do sentimento de culpa. In D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp.19-30). Porto Alegre: Artes médicas. (Trabalho original publicado em 1958).
- Winnicott, D.W. (1983k). Psicoterapia dos distúrbios de caráter. In D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp.184-195). Porto Alegre: Artes médicas. (Trabalho original publicado em 1963).
- Winnicott, D. W. (1983l). A capacidade de estar só. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 145-1151). Porto Alegre: Artes médicas. (Trabalho original publicado em 1960).
- Winnicott, D. W. (1983m) Contratransferência. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 31-37). Porto Alegre: Artes médicas. (Trabalho original publicado em 1958).
- Winnicott, D. W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1988a). A mente e sua relação com o psique-soma. In D. W. Winnicott *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (pp. 409-425). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1949)
- Winnicott, D. W. (1988b). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do setting psicanalítico. In D. W. Winnicott, *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (pp. 459-481). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1954-5).
- Winnicott, D. W. (1988c). Apetite e perturbação emocional. In D. W. Winnicott. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (pp.111-137). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1936).
- Winnicott, D. W. (1988d). Retraimento e regressão. In D. W. Winnicott, *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (pp. 427-435). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1954).
- Winnicott, D. W. (1988e). Variedades clínicas da transferência. In D. W. Winnicott, *Textos*

- selecionados: da pediatria à psicanálise* (pp. 483-489). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1955-6).
- Winnicott, D. W. (1988f). Psicose e cuidados maternos. In D. W. Winnicott, *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. (pp. 375-388). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1952).
- Winnicott, D. W. (1988g). Pediatria e psiquiatria. In D. W. Winnicott *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (pp. 483-489). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1948).
- Winnicott, D. W. (1988h). A defesa maníaca. In D. W. Winnicott *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (pp. 246-267). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1935).
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1994a). Psiconeurose na infância. In D. W. Winnicott (Org.). *Explorações psicanalíticas* (pp.53-58). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1961).
- Winnicott, D. W. (1994b). Transtorno (disorder) Psicossomático. In D. W. Winnicott. (Org.). *Explorações psicanalíticas* (pp. 82-93). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1964).
- Winnicott, D. W. (1994c). O destino do objeto transicional. In D. W. Winnicott. (Org.). *Explorações psicanalíticas* (pp 44-48). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1959)
- Winnicott, D. W. (1994d). A integração do ego no desenvolvimento da criança. In D. W. Winnicott. (Org.). *Explorações psicanalíticas* (pp. 55-61). Porto Alegre: Artes Médicas (Trabalho original publicado em 1962)
- Winnicott, D. W. (1994e). A experiência mãe-bebê de mutualidade. In D. W. Winnicott. (Org.). *Explorações psicanalíticas* (pp. 195-202). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1969)
- Winnicott, D. W. (1994f). O uso de um objeto no contexto de Moisés e o monoteísmo. In D. W. Winnicott. (Org.). *Explorações psicanalíticas* (pp. 183-194). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1969)
- Winnicott, D. W. (1996a). A cura. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa*. (pp. 87-93). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original apresentado em 1970)
- Winnicott, D. W. (1996b). Vivendo de modo criativo. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 31- 42). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original apresentado em 1970)

Winnicott, D.W. (1996c). A imaturidade do adolescente. In D. W. Winnicott, *Tudo começa em casa* (pp. 117-129). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original apresentado em 1970)

ANEXOS

ANEXO 1
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CORPO COMO METÁFORA DA DOR PSÍQUICA: UMA INVESTIGAÇÃO PSICANALÍTICA DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Pesquisador: Maria Salete Junqueira Lucas

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 16816013.5.0000.5481

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC/ CAMPINAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 401.670

Data da Relatoria: 23/09/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto tem como objetivo, compreender a experiência emocional de pacientes com transtorno alimentar, a fim de possibilitar reflexões teóricas que iluminem as práticas profissionais no tratamento destes pacientes (sic). Os dados serão coletados junto a cinco pacientes atendidos em clínica-escola de psicologia, de universidade privada do interior de SP e que aceitem participar voluntariamente da pesquisa. Cada participante deverá passar por entrevistas de avaliação psicológica, identificadas como consultas terapêuticas. Estas poderão demandar entre uma e duas sessões e serão realizadas pela pesquisadora. A seguir, o participante será encaminhado para um estagiário de quinto ano de psicologia, para a realização da psicoterapia, que será supervisionada pela pesquisadora. Nessa etapa, cinco sessões de terapia, de cada participante, serão empregadas para a realização das análises. O registro dos dados, relativos a cada sessão, será feito logo após o atendimento. Todos os relatos das sessões serão mantidos sob sigilo, sendo discutidos apenas no espaço das supervisões clínicas, coordenadas pela pesquisadora. Quanto à interpretação e análise do material (narrativas das consultas terapêuticas e psicoterapias) serão baseadas em princípios psicanalíticos e, mais especificamente, winnicottianos. A unidade de análise das narrativas consiste em investigar psicanaliticamente a experiência emocional dos pacientes com transtorno alimentar em termos das relações imaginativas que tais pacientes

Endereço: Rodovia Dom Pedro I, Km 136

Bairro: Parque das Universidades

CEP: 13.086-900

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3343-6777

Fax: (19)3343-6777

E-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 401.670

estabelecem com o próprio corpo, com o transtorno alimentar e com as pessoas. Os resultados finais da pesquisa serão expressos em termos coletivos, como expressão do sofrimento de um grupo de pessoas, o que preserva o sigilo e impede a identificação dos participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário

Investigar psicanaliticamente a experiência emocional dos pacientes com transtorno alimentar em termos das relações imaginativas que tais pacientes estabelecem com o próprio corpo, com o transtorno alimentar e com as pessoas.

Objetivo Secundário

1. Investigar produções imaginativas de pacientes sobre o próprio corpo, sobre o transtorno alimentar e sobre suas relações interpessoais;
2. Explorar os três grupos de produções à luz das elaborações winnicottianas a respeito da integração psicossomática, das necessidades psicológicas do paciente e da provisão ambiental;
3. Refletir sobre limites e possibilidades da técnica psicanalítica no acolhimento das necessidades de pessoas que sofrem de transtornos alimentares.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No que se refere aos riscos, o texto reformulado informa que a pesquisa não apresenta riscos aos participantes, posto que os procedimentos restringem-se a atendimentos clínicos aos quais os pacientes seriam submetidos rotineiramente. No entanto a pesquisadora informa que, em caso de se observar algum desconforto deles durante as consultas terapêuticas, estes estão livres para abandoná-los. E para os casos que se mostrarem necessários, atendimentos médicos, psiquiátricos, de ordem nutricional ou física, serão prestados por outros profissionais da equipe. Ademais, houve retificação do número da Resolução do Conselho Nacional de Saúde, indicando corretamente a RN 466/12.

A pesquisadora destaca como benefícios aos participantes, a possibilidade deles virem a ter uma maior compreensão das relações que estabelecem com o próprio corpo, com o transtorno alimentar e com as demais pessoas. Em relação aos profissionais que atendem essa população, destaca a possibilidade do desenvolvimento de manejo terapêutico mais apropriado para o

Endereço: Rodovia Dom Pedro I, Km 136
 Bairro: Parque das Universidades CEP: 13.086-900
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3343-6777 Fax: (19)3343-6777 E-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 401.670

acolhimento das necessidades de pessoas que sofrem de transtornos alimentares.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto visa o estudo de tema relevante do ponto de vista social e científico. Conta com boa sustentação teórica e metodológica e com as retificações sugeridas no parecer anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. A Folha de rosto contém a assinatura da pesquisadora e do responsável pela instituição proponente;
2. O TCLE foi retificado. Constan as providências que serão tomadas frente à ocorrência de desconforto dos pacientes ao longo dos atendimentos psicoterapêuticos;
3. A carta de autorização da responsável pela clínica-escola, na qual a coleta de dados será realizada, está devidamente assinada.

Recomendações:

não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora atendeu às exigências dos pareceres anteriores: Anexou a carta de autorização da instituição em que se coletará os dados, devidamente assinada; especificou a faixa etária dos participantes no TCLE (maiores de 18 anos); o horário de funcionamento do CEP; atualizou o cronograma e previu as providências que serão tomadas em caso de desconforto do participante durante as consultas terapêuticas. Além disso, atualizou o número da resolução que rege os procedimentos éticos de pesquisas com seres humanos (466/12).

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Dessa forma, e considerando a Resolução no. 466/12, e, ainda que a documentação apresentada atende ao solicitado, emitiu-se o parecer para o presente projeto: Aprovado.

Conforme a Resolução 466/12, é atribuição do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa. Por isso o/a pesquisador/a responsável deverá encaminhar para o CEP PUC-Campinas os Relatórios Parciais a cada seis meses e o Relatório Final

Endereço: Rodovia Dom Pedro I, Km 136
 Bairro: Parque das Universidades CEP: 13.086-900
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3343-6777 Fax: (19)3343-6777 E-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 401.670

de seu projeto, até 30 dias após o seu término.

CAMPINAS, 20 de Setembro de 2013

Assinador por:
AGUINALDO GONCALVES
(Coordenador)

Endereço: Rodovia Dom Pedro I, Km 136
Bairro: Parque das Universidades CEP: 13.086-900
UF: SP Município: CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 Fax: (19)3343-6777 E-mail: comitedetica@puc-campinas.edu.br

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Sr(a) (nome do(a) participante)

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa *O corpo como metáfora da dor psíquica.: Investigação psicanalítica dos transtornos alimentares* desenvolvida pela pesquisadora Maria Salete Junqueira Lucas, doutoranda da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, sob orientação da Profa. Dra. Tânia Mara Marques Granato, docente da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Por meio desta pesquisa temos o objetivo de compreender a experiência emocional dos pacientes com transtorno alimentar atendidos na clínica-escola, a fim de possibilitar reflexões teóricas que iluminem as práticas profissionais no tratamento destes pacientes.

Caso você aceite esse convite, sua participação consistirá em ser atendido(a) pela pesquisadora por meio de uma ou duas Consultas Terapêuticas, e posteriormente ser atendido em psicoterapia individual por um estagiário do 5º ano de Psicologia, com sessões semanais ao longo de todo o ano letivo, sendo este trabalho supervisionado pela pesquisadora. Os atendimentos serão realizados na Clínica de Psicologia da Universidade de Franca, local provido de boas condições para atender você com conforto, sigilo e privacidade.

Todas as informações que você fornecer são de caráter confidencial, e embora os resultados possam ser divulgados em congressos e artigos científicos de circulação restrita entre os profissionais da área, os seus dados de identificação serão alterados, de modo a preservar o sigilo ético.

Sua colaboração é voluntária e não remunerada. A recusa em participar deste estudo ou a desistência ao longo do processo não implica em qualquer tipo de penalidade ou ônus. Todos os cuidados serão tomados para que você seja poupado(a) de qualquer desconforto ou constrangimento, visto que o objetivo da pesquisa é promover um tratamento de qualidade. No entanto, caso você se sinta prejudicado ou desconfortável, você poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento do processo, sem que isso prejudique o seu atendimento psicoterápico, o qual segue independente desta pesquisa.

Comprometo-me a avaliar constantemente a sua situação. Caso necessite de atendimento médico, psiquiátrico ou nutricional você será prontamente encaminhado(a) para os profissionais que compõem a equipe de atendimento do serviço.

Se você precisar de qualquer informação adicional, poderá requerê-la por meio de telefone ou de e-mail da pesquisadora, abaixo relacionados.

Questões de ordem ética podem ser esclarecidas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas, que aprovou esta pesquisa. Endereço: Rod. Dom Pedro I, Km 136 – Pq. das Universidades-Campinas-SP – CEP: 13.086-900; telefone/fax: (19) 3343-6777; e-mail:comitedeetica@puc-campinas.edu.br. Horário de funcionamento: de 2ª à 6ª feira, das 8 às 17 horas.

Caso concorde em participar, peço que você assine o termo de autorização abaixo. Por ora, agradeço e coloco-me à disposição para os esclarecimentos que você necessitar.

Prof.^a Ms^a Maria Salete Junqueira Lucas
Telefone (16) 92042778
Email saletejuqueiralucas@hotmail.com

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Concordo em participar da pesquisa *O corpo como metáfora da dor psíquica: Investigação psicanalítica dos transtornos alimentares* desenvolvida pela Profa. Ms. Maria salete Junqueira Lucas. Declaro ter mais de 18 anos e estar ciente dos procedimentos e objetivos desta pesquisa, bem como as demais informações contidas no Termo de Consentimento Esclarecido, do qual guardo uma cópia.

Data: ____/____/_____

Assinatura do(a) Participante

Assinatura da Pesquisadora

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO DA UNIVERSIDADE DE FRANCA



www.unifran.edu.br

Av. Dr. Armando Salles Oliveira, 201
14404 600
Franca SP
T 55 16 3711 8888
F 55 16 3711 8886

TERMO DE CONSENTIMENTO DA UNIVERSIDADE DE FRANCA

Prezada Sra.
Prof. Dra. Teresa Cristina L. M. Imada
Coordenadora do curso de Psicologia
Universidade de Franca

Venho, por meio desta, pedir sua autorização para que alguns pacientes da Clínica de Psicologia da Universidade de Franca que estão em tratamento Psicoterápico e Nutricional possam participar da pesquisa "O corpo como metáfora da dor psíquica: Investigação psicanalítica dos transtornos alimentares", desenvolvida pela pesquisadora Maria Salete Junqueira Lucas, doutoranda da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, e orientada pela professora Dra Tânia Mara Marques Granato, docente da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Por meio desta pesquisa temos o objetivo de compreender a experiência emocional de pessoas portadoras de transtorno alimentar, a fim de possibilitar reflexões teóricas que iluminem as práticas profissionais no tratamento destes pacientes.

A participação dos pacientes consistirá em serem atendido(a) pela pesquisadora por meio de uma ou duas entrevistas de Consultas Terapêuticas e, posteriormente, ser atendido em psicoterapia individual por um aluno estagiário do 5º ano de Psicologia, por meio de sessões semanais ao longo do ano letivo, sendo que o estagiário será supervisionado por mim. Os atendimentos serão realizados na Clínica de Psicologia da Universidade de Franca, local provido de boas condições para atender os pacientes com conforto, sigilo e privacidade. Embora os resultados desta pesquisa possam ser divulgados em congressos e artigos científicos de circulação restrita aos profissionais da área, todo o material clínico proveniente dos atendimentos será elaborado de modo a impedir a identificação de cada participante, uma vez que os dados obtidos serão tratados coletivamente, isto é, como expressão do sofrimento de um grupo de pessoas, garantindo assim o caráter confidencial das consultas e das sessões de psicoterapia.

Gostaria de reiterar que a participação dos pacientes é voluntária, sendo que a recusa em participar ou a desistência ao longo do processo não implicam em qualquer tipo de penalidade ou ônus. Se alguns deles precisar de qualquer informação adicional anterior ao início da pesquisa ou no decorrer dela, poderá requerê-la por meio do telefone ou do e-mail abaixo relacionados. Caso concorde em autorizar, peço que a Senhora assine o termo de autorização abaixo.

Por ora, agradeço e coloco-me à disposição para os esclarecimentos que a Senhora necessitar.

Profª Msª Maria Salete Junqueira Lucas

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Concordo em autorizar a pesquisa "O corpo como metáfora da dor psíquica: Investigação psicanalítica dos transtornos alimentares", desenvolvida pela pesquisadora Maria Salete Junqueira Lucas, doutoranda da Pontifícia Universidade Católica de Campinas Declaro estar ciente das informações contidas no Termo de Consentimento Esclarecido, do qual guardo uma cópia.

Teresa Cristina L. M. Imada
Responsável pela Universidade de Franca
Teresa Cristina L. M. Imada
Psicóloga - CRP 08/41.109-0

Data: 09/09/2013