

UNIJUÍ – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul
DHE – Departamento de Humanidades e Educação
Curso de Psicologia

ALINE GRACIELE HAAS

**TRANSTORNOS ALIMENTARES NA ADOLESCÊNCIA: anorexia e
bulimia numa perspectiva psicanalítica**

Trabalho de Conclusão de Curso

Ijuí, RS
2018

UNIJUÍ – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul
DHE – Departamento de Humanidades e Educação
Curso de Psicologia

ALINE GRACIELE HAAS

Orientadora: Prof.^a Dr.^a ÂNGELA MARIA SCHNEIDER DRUGG

**TRANSTORNOS ALIMENTARES NA ADOLESCÊNCIA: anorexia e
bulimia numa perspectiva psicanalítica**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Psicologia da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Ijuí, RS

2018

ALINE GRACIELE HAAS

TRANSTORNOS ALIMENTARES NA ADOLESCÊNCIA: anorexia e bulimia numa perspectiva psicanalítica

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Humanidades e Educação – DHE, da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Data de aprovação: Ijuí, RS, ____ de dezembro de 2018.

ÂNGELA MARIA SCHNEIDER DRUGG – Orientadora

SÔNIA APARECIDA DA COSTA FENGLER – Banca Examinadora

Dedico primeiramente este trabalho ao meu melhor amigo, que, em todos os momentos esteve ao meu lado, obrigado pela sua presença.

Dedico a minha família, especialmente aos meus pais, por serem minha base, meu alicerce, minha força. Tudo que sou e me tornarei, devo a vocês, muito obrigado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus por ter me conduzido até o momento presente, dando-me força para superar cada obstáculo nesses cinco anos e meio de graduação, obrigado, pela família que me deste, os colegas e amigos que estiveram comigo ao longo desses anos.

Agradeço a minha amada família que tem me acompanhado durante todo esse período, meus amados pais, que não mediram esforços abrindo mão dos seus projetos para que o meu se fizesse realidade. Estendo minha gratidão a minha prima Poliana e ao Guilherme, pelo apoio e incentivo. Aos membros da minha família, meu muito obrigado.

Agradeço a todos meus queridos colegas, que ao longo do curso passaram junto comigo altos e baixos, alegrias e desesperos, vocês fizeram até os dias piores tornarem-se melhores, no qual muitos de nós, acabamos nos tornando verdadeiros amigos, obrigada por todos esses anos.

A esta universidade, UNIJUÍ, e seu corpo docente, direção e administração, oportunizando momentos de aprendizado e experiência, que hoje, resultam em minha formação acadêmica, o meu muito obrigado.

A minha querida orientadora Ângela Maria Schneider Drugg pela sua dedicação e paciência, a qual me acalmou e animou sempre que precisei, me guiando para a construção e elaboração deste trabalho.

A todos os professores, por me proporcionarem o conhecimento no processo de formação, não somente pelo ensino, mas pelo aprendizado, meu eterno agradecimento.

Agradeço a vocês e desejo que: Sonhe com o que quiser. Vá para onde você queira ir. Seja o que você quer ser porque você possui apenas uma vida e nela só temos uma chance de fazer aquilo que queremos. Tenha felicidade bastante para fazê-la doce. Dificuldade para fazê-la forte. Tristeza para fazê-la humana. E esperança suficiente para fazê-la feliz.

(Clarice Lispector)

TRANSTORNOS ALIMENTARES NA ADOLESCÊNCIA: anorexia e bulimia numa perspectiva psicanalítica¹

Aline Graciele Haas²
Ângela Maria Schneider Drugg³

¹Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI), como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

²Acadêmica do Curso de Graduação em Psicologia da Unijuí. E-mail: gracielegrace@hotmail.com.

³Orientadora, Professora Doutora do Departamento de Humanidades e Educação da Unijuí. E-mail: drugg@unijui.edu.br.

Resumo: Trata-se de um estudo bibliográfico voltado para os Transtornos Alimentares na adolescência, com foco na Anorexia e na Bulimia Nervosa. Discorre-se sobre seus aspectos históricos e as contribuições da psicanálise para maior esclarecimento dessa temática. Evidencia-se a função da figura materna e os efeitos resultantes dessa relação na organização psíquica do adolescente, e também as saídas encontradas para lidar com essa problemática, para a qual o tratamento psicológico é uma das opções. Abordam-se as técnicas usadas e a posição do terapeuta, frente a essas psicopatologias.

Palavras-chave: Adolescência; Anorexia; Bulimia; Psicanálise; Transtornos Alimentares.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 ASPECTOS HISTÓRICOS DA ANOREXIA E DA BULIMIA	10
2.1 TRANSTORNOS ALIMENTARES: CONTRIBUIÇÕES PSICANALÍTICAS	18
3 CONCEITOS PSICANALÍTICOS: DA ANOREXIA E DA BULIMIA	24
3.1 ADOLESCÊNCIA: PROCESSO DE ELABORAÇÃO	24
3.2 RELAÇÃO PRIMORDIAL: FRACASSO DA INTROJEÇÃO E DOMÍNIO DA INCORPORAÇÃO	26
3.3 IMAGEM CORPORAL	30
3.4 SUSTITUTOS OBJETAIS	33
4 CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE NO TRATAMENTO DA ANOREXIA E DA BULIMIA	37
4.1 TÉCNICA PSICANALÍTICA	37
4.2 CONDUTA DO TERAPEUTA	39
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43

1 INTRODUÇÃO

A criança que fui chora na estrada
Triste menina
Vaga e franzina,
Encolhida e distante
Procura o amor

(Maria Ramalho Miranda)

Nos dias atuais há uma diversidade de transtornos alimentares, os quais podem fazer parte da vida do sujeito durante algumas etapas do seu desenvolvimento, como também podem acompanhar o sujeito desde o nascimento e persistir até a vida adulta.

O indivíduo sempre está lidando com a questão alimentar das mais variadas formas. Isso não é de hoje, vêm desde que o sujeito nasceu. Porém a uma etapa da vida em que os transtornos alimentares têm uma probabilidade muito maior de emergir é durante a adolescência, período de intensas mudanças e adaptações.

A adolescência é um terreno fértil para as duas psicopatologias mais graves da lista que compõem os transtornos alimentares. São tão graves ao ponto de levar o adolescente a um estado mórbido, ou seja, tanto a morte física como psíquica sendo esses dois transtornos, a Anorexia e a Bulimia.

A partir dessas considerações, visa-se responder as seguintes perguntas: O que leva o adolescente a se problematizar a ponto de se estabelecer um quadro de Anorexia e de Bulimia? O que faz essas psicopatologias serem tão graves? Para responder essas questões e outras mais sobre essa temática foi feita esta pesquisa teórica, em busca de compreender e aprofundar o conhecimento sobre essa problemática.

Busca-se em um primeiro momento, através desta pesquisa, elencar os aspectos históricos dos Transtornos Alimentares em geral, desde os primeiros registros dessas incidências, apresentadas através de três momentos históricos distintos. O primeiro na Idade Média, onde o jejum ato-imposto era visto como algo admirável, com metas espirituais, que as jovens que praticavam ganhavam título de Santas, já o segundo momento é caracterizado pela chegada do Renascimento, período de uma grande mudança, um giro da forma de pensar sobre esse comportamento, visto como bruxaria e possível de levar a fogueira, ou seja, período da Santa Inquisição. O terceiro ocorre no Século XIX, no qual esses

comportamentos passam a ser considerados uma patologia com a entrada da ciência médica.

É possível através da trajetória histórica perceber os movimentos que acompanharam as descrições destas patologias. Para melhor compreensão dessas no presente, busca-se compreender sua ocorrência no passado. Procura-se através da pesquisa teórica autores que registraram essas ocorrências. Entre esses a própria psicanálise a qual contribuiu, através de Freud e os que vieram após ele, ou seja, os pós-freudianos. Os registros escritos por esses autores facilitam a vida de qualquer pesquisador. Graças a esses estudiosos do passado, atualmente é possível ter uma melhor compreensão desses casos.

Em um segundo momento essa pesquisa aborda o conceito psicanalíticos com o intento de explicar a problemática da Anorexia e da Bulimia na adolescência. Os fatores desencadeantes que juntamente com as exigências própria da adolescência fez emergir a sintomática. Será trabalhada a função materna desde o início da relação fusional com a criança até o momento da sintomática na adolescência, juntamente com o papel que faz a função paterna nessa relação, trazendo as implicações resultante dessas relações parentais.

Em um terceiro momento são abordadas as contribuições da psicanálise referentes ao tratamento. Com o intento de conhecer as técnicas psicanalíticas usadas no atendimento com essas pacientes, discute-se a posição do analista frente a esses casos.

2 ASPECTOS HISTÓRICOS DA ANOREXIA E DA BULIMIA

Não importa se a estação do ano muda...
Se o século vira, se o Milénio é outro.
Se a idade aumenta...
Conserva a vontade de viver,
Não se chega à parte alguma sem ela.

(Fernando Pessoa).

O conjunto de comportamentos que são diagnosticados como transtornos alimentares são considerados patologias da modernidade. Essas perturbações no comportamento alimentar aparecem no desenrolar da história tendo uma estreita relação com a cultura da qual o sujeito faz parte.

Um desses comportamentos é o jejum auto imposto, o que não seria propriamente um transtorno alimentar. “Está claro que a abstenção voluntária nem sempre é a manifestação de uma patologia, como indicam as variadas formas de jejum, desde a greve de fome com fins políticos até jejum como espetáculo [...]” (WEINBERG E CORDÁS, 2006, p. 28), tendo finalidades as mais diversas, como políticas, religiosas, culturais, morais, pessoais e ideais.

Na antiguidade, entre muitos povos, o jejum era incentivado e visto como uma prática religiosa. Tinha propósitos e objetivos através dos quais mortificava o corpo e elevava a alma com finalidades de receber purificação e as santas visões.

Weinberg e Cordás (2006) destacam o conceito de ascetismo, referindo-se a exaltação da pureza em detrimento do prazer do corpo, o que teve seu auge no século IV com a influência dos santos que jejuavam. A própria Igreja se viu no papel de trabalhar essa questão, diminuindo os dias dos próprios jejuns e limitando-os. Porém, alguns não acataram essa diminuição, ao contrário, aumentaram essas práticas ao ponto de chegarem a extremos como o de causar imenso sofrimento ao próprio corpo, para elevação do espírito. Existem alguns nomes registrados na História de algumas jovens que se tornaram conhecidas e ganharam o título de Santas por praticarem e suportarem tais práticas.

Tendo em vista o contexto em que estas mulheres viviam, ao qual a cultura não oferecia escolhas, a família e a sociedade ditavam como deveriam fazer e conduzir suas vidas. As vezes impor a si mesmos, seguir essas restrições alimentares, se constituam com limites à invasão do outro, pois eram elas que escolhiam. Em alguns casos a religião era um escape para fugir de um destino certo

como o de um casamento. Um desses casos é o de Catarina de Siena, a qual com apenas sete anos decidiu dedicar sua virgindade a Virgem Maria, idéia que desde então seguiu fielmente. Para fugir de um casamento com seu cunhado, preferiu suportar uma vida de fadiga com trabalhos domésticos e orações incessáveis [...] até que seu pai, convencido de sua santidade, após tomar conhecimento de seu voto de castidade na infância, a libera do castigo e determina que a deixem viver conforme seu desejo (FERNANDES, 2006).

Após a autorização paterna, Santa Catarina, uniu-se juntamente com outras mulheres que tinham o mesmo propósito, dedicando-se as orações e caridade aos menos afortunados. Depois viveu um tempo reclusa, comendo muito pouco, dieta regada a pão e água, acompanhada por episódios de vômitos, quando forçada a se alimentar. Pouco dormia e machucava a si mesma com punições físicas. Catarina voluntariamente, após algum tempo sozinha, voltou às atividades junto as outras mulheres e assumiu novas responsabilidades.

Weinberg e Cordás (2006) contam através do registro de Fr. Bartolomeu Dominmici, que nos últimos dias de Santa Catarina, ela nem mesmo conseguia caminhar para ir ao local onde fazia suas orações. A jovem apresentava um estado tão decadente que mexeu com as emoções de Dominmici.

Eu a encontrei deitada em cima de algumas tábuas, rodeadas por outras, que me deram a impressão de estar ela num caixão. Aproximei-me na esperança de podermos conversar como no passado, mas a vi tão macilenta, que seu corpo parecia ter sido secado ao sol. Nada mais conservava da sua beleza. Era um espetáculo que feria o coração (WEINBERG E CORDÁS, 2006, p. 45).

O quadro em que se encontrava Santa Catarina é bem similar ao da Anorexia Nervosa em estado avançado de algumas jovens na contemporaneidade, não é raro ver uma dessas meninas praticamente com ossos e pele. Não precisamos procurar muito, a indústria da moda já mostrou esta imagem diversas vezes, havendo casos tão graves ao ponto de resultarem em morte.

Catarina não durou muito depois desse episódio. Logo após a visita de Dominmici ela morreu, foi declarada Santa, passando ser chamada de Santa Catarina. Além dela, há outros nomes de mulheres como Santa Clara de Assis a que fez seus votos no mosteiro, dedicando toda sua vida como Abadessa, aplicando a si mesma jejuns e privações severas. Os seus discursos eram bem diferentes da sua

prática, aconselhando as outras meninas a terem moderações, quando ela mesma não as tinha.

Apesar de ter estado doente por 28 anos, e seguramente devido às privações, refere-se a si mesma como “sã e forte” autorizando-se a jejuar todos dias. Esse tipo de comportamento nos remete às jovens anoréxicas, que incitam os outros a se cuidarem enquanto se impõem mortificações, ao mesmo tempo que não se veem como doentes. Some-se a isso a teimosia, o rigor e a intransigência consigo mesmo, a hiperatividade e o desejo de reclusão e teremos um quadro que se assemelha em muito à Anorexia Nervosa (WEINBERG E CORDÁS, 2006, p. 39).

Além dessas duas Santas, entre outros nomes, há uma jovem que ficou marcada nos registros históricos, trata-se de Santa Maria Madalena de Pazzi, a qual viveu sua primeira experiência divina com doze anos e logo entrou para o convento. Ela mudou sua dieta para água e pão. Ao ser forçada a alimentar-se, passou a provocar os próprios vômitos. Era pega às escondidas, comendo grandes quantidades de alimento, ato que significava para ela uma tentação e pecado, punindo-se a si mesmo fisicamente, sendo esse ato visto por ela como gula, um dos sete pecados.

Para punir-se e prevenir-se das tentações diabólicas açoitava-se, dormia muito pouco, sempre nua sobre troncos de madeira no chão e banhava-se com água gelada em pleno inverno. Dentre as tentações diabólicas que a atormentavam, figurava um intenso desejo de comer (WEINBERG E CORDÁS, 2006, p. 46).

Sua vida foi de sofrimentos auto impostos e jejum de longos períodos com o objetivo de seguir sua missão com perfeição. Levando em conta esses sintomas, se essa jovem se apresentasse na clínica hoje, qual diagnóstico lhe seria dado? Certamente o de anorexia, apresentando muitas vezes sentimento de culpa e vômitos, seria do subtipo purgativo.

As três santas citadas apresentam condutas parecidas relacionadas com a privação da alimentação por longos períodos, auto-punições e vômitos provocados. Uma diferença está no caso da Santa Maria Madalena, que apresenta períodos bulímicos purgativos. Esses comportamentos se encaixariam com os sintomas de transtornos alimentares, atualmente vistos como quadros preocupantes, diferente da época em que viviam essas Santas.

Na Idade Média o jejum era visto como algo admirável e justificado, com metas e fins espirituais. Com a chegada do Renascimento acontece um giro, uma

mudança de pensamento, um declínio do jejum religioso, resultante, com certeza, de muitos fatores de mudança, entre eles, a oposição da igreja à essas práticas, e também a mudança que ocorreu no comportamento das mulheres, onde o jejum dará lugar para a caridade.

No Renascimento, a partir do século XV e XVI a prática do jejum auto imposto deixa de ser vista como escolha divina e passa a ser vista e interpretada como possessão demoníaca e bruxaria. “O comportamento anoréxico das mulheres, antes dignificado pela ideia de uma comunicação com Deus, através do jejum, passa a ser considerado herege e passível de levá-las à fogueira” (FERNANDES, 2006, p. 58).

Era a época da Santa Inquisição, das caças as bruxas, onde a mudança acontece ao oposto, de Santas passam a ser pecadoras. Essas ideias perduraram por algum tempo, levando jovens e mulheres a serem condenadas e mortas.

Mas a história segue seu curso e outras mudanças acontecem. A partir do século XIX o jejum ganha outra forma, passando a ser apreciado como verdadeiro espetáculo, no qual as garotas que conseguiam ficar sem comer o maior tempo possível, eram vistas como verdadeiros milagres, tendo seus nomes reconhecidos e obtendo fama através disso. A mudança mais marcante nesse tempo é que o jejum auto imposto passa a ser visto como um sintoma patológico pelas Ciências Médicas. Essas Virgens miraculosas passam a ser consideradas pacientes que precisavam de tratamento médico.

Com o incremento dos estudos científicos, esses comportamentos assumem outra forma. Esses quadros sintomáticos ganha o nome de uma patologia e junto de outras, passam a fazer parte dos Transtornos Alimentares, entre estes, a Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa. Ambas são resultantes dos estudos e contribuições das ciências Médicas.

O declínio dos casos de Anorexia Santa se deu a partir da Reforma, no início do século XV, mas foi só bem mais tarde que surgiram os primeiros registros clínicos da Anorexia Nervosa. Um desses primeiros registros foi feito no ano 1694 pelo médico inglês Richard Morton, que descreveu pela primeira vez sintomas semelhantes com o que chamamos hoje de Anorexia Nervosa, nomeando esse quadro como consumação nervosa. Entre os sintomas estava a falta de apetite, amenorreia e emagrecimento acentuado. Ao analisar o quadro sintomático Morton observou que era resultante também de motivos emocionais.

Outro que contribuiu foi Louis Victor Marcé, que vai analisar o caso de Miss Duke, sendo esse para ele um caso único, pois igual a esse nunca havia visto outro antes. Uma jovem paciente estava em tal estado de magreza a ponto de ser esquelética, recusando firmemente o tratamento o que resultou em sua morte. “Com a descrição desse caso, ele foi o primeiro a relatar concretamente alguns sintomas típicos da Anorexia Nervosa, como amenorreia e emagrecimento importante, ainda que não tenha referido distorção da imagem corporal ou medo de engordar [...]” (WEINBERG E CORDÁS, 2006, p. 62).

Além de Morton que contribuiu com as primeiras descrições de alguns sintomas do quadro de Anorexia, Louis Victor Marcé forneceu muitos detalhes as observações dos sintomas que foram de grande importância para construção do diagnóstico da Anorexia Nervosa. Marcé voltou seu olhar para a condição mental e as características que a envolvem, como os distúrbios nervosos e emocionais. Segundo Marcé (*apud* WEINBERG E CORDÁS, 2006, p. 62) “profundos distúrbios nervosos são acompanhados de disfunção menstrual e as meninas apresentam uma convicção delirante de que não podem ou não devem comer”. Segundo ele o tratamento deveria partir de uma atitude firme e autoritária por parte do profissional, se preciso for, uma internação compulsória e alimentação via sonda.

Outros registros sobre a Anorexia Nervosa surgiram quase que simultaneamente na França, em 1873, através de Charles Lasègue e na Inglaterra com William Gull, em 1874.

O médico Londrino Gull primeiramente nomeou esses episódios como *aepsis histerc* (ingestão) o que reformulou para Anorexia (falta de apetite). A partir de Gull a Anorexia começou a fazer parte de um diagnóstico relacionado ao sistema nervoso central, o que até então pertencia as doenças mentais e orgânicas. O termo “Nervosa” que vai depois da Anorexia, vem do estudo sobre o sistema Nervoso. Originando então o nome Anorexia Nervosa, nome que perdurou até hoje. Lasègue publicou um artigo nos *Aclives Générales de Médecine* que se tornou importante na contribuição do conhecimento psicopatológico, no qual a alimentação era vista pelas pacientes como nociva. Ele relatava detalhes dos casos com os quais trabalhava, que continuam atuais até os dias de hoje. Usa o termo histeria (do grego *hysteron*: útero) voltando seus estudos exclusivamente para mulheres, termo com o qual Gull não concordava por achar que excluía os homens.

Na mesma época em que Gull, na Inglaterra ocupava-se da Anorexia Nervosa, Lasègue na França, ocupava-se da histeria. Era daqueles que nutria a ambição de explicar a histeria, entendida então marcada por causas psicológicas importantes e muitas vezes confundida com hipocondria e epilepsia (WEINBERG E CORDÁS, 2006, p. 66).

Em continuidade a Lasègue, Jean Marie Charcot vê a Anorexia como sintoma histórico. Não mas a histeria tratada no período pré-freudiano, trata-se de uma histeria que apresenta um quadro de perversão mental e emocional.

Existem outros nomes que contribuíram para a construção do diagnóstico que tem atualmente a Anorexia Nervosa no DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Tratamento Mental). Entre esses estão Huchard, P. Pinel, Pierre Janet, e outros.

Voltando-nos para a Bulimia que vem da palavra grega *boulimia* e que tem como seu significado “fome devorante” verifica-se que está também é a descrição que muitos pacientes dão para essa patologia.

Em 1708 foi nomeada por Blankaart com o nome de “apetite extraordinário”, já alguns anos depois, em 1743, R. James trouxe sua contribuição na qual descreve que ela teria a ver com uma disfunção digestiva devido um a humor gástrico.

Fernandes (2006) vai mostrar que as primeiras referências a bulimia foram registradas através dos escritos médicos e vão aparecer na literatura anglo-saxônica no início do século XVIII. “Durante o século XVIII, as referências à bulimia são mais detalhadas que as relativas a Anorexia, incluindo casos masculinos, que são com uma certa frequência citados” (FERNANDES, 2006, p. 71). Devido a incidência de casos de anorexia darem-se mais em mulheres, havia então menos estudos voltados aos homens. Já na bulimia os casos masculinos eram em maior número, também a bulimia era encontrada nos casos mistos de anorexia ou intercalada de episódios bulímicos, aparecendo tanto no sexo feminino como no masculino, junto com outros quadros patológicos ou apenas ela mesma.

Na Europa em 1869, Blachez apresenta dois tipos diferentes de bulimia, chamada então de síndrome gástrica nervosa, sendo elas a Cinorexia e Licorexia. Percebeu a alternância entre estados Anoréxicos e Bulímicos aos quais deu o nome de “fome devorante”. Já nessa época houve descrições das duas patologias juntas com seus sintomas mistos e intercalados. Não apenas Blachez, tanto W. Gull como C. Lasègue que contribuíram tanto com estudo da Anorexia, como da Bulimia.

Observaram na Anorexia alguns sintomas característicos da Bulimia, fazendo menção à alternância entre essas duas patologias. W. Gull vai descrever esses episódios Bulímicos como “apetite voraz”, episódios em que as anoréxicas cessam seu jejum por um curto tempo, nos quais comem com voracidade. Já a contribuição de C. Lasègue referente a alternância entre as duas patologias, destaca o oposto e extremo que as duas apresentam, que vai do exagero da bulimia à diminuição e restrição alimentar da anorexia. Em 1894 na Alemanha, C. Couvreur também contribui dando uma nomeação para esses episódios intercalados, usando o termo “hiperorexia”. Entre outros autores que abordam essa patologia está Pierre Janet que descreve a relação entre as polaridades força/fraqueza. Já B. Brusset em 1944 apresenta o caso Nádia trazendo a questão dos pensamentos e defesas contra eles, pensamentos persistentes sobre os alimentos os quais emergem sem sessar ou sem limitações, algo que não parece estranho ao paciente, não encontram um local de deslocamento ou sublimação, diferente do que acontece normalmente com o neurótico que acharia isso fora do comum e tentaria reprimi-los ou recalá-los.

Na área da psiquiatria até ser nomeada em 1979, por G. Russell como entidade nosológica a Bulimia era descrita como sintoma gástrico. Russel descrevendo-a como “farra alimentar” onde, devido aos vômitos provocados pelo próprio paciente, seu peso permanece sem alterações. A descrição da psiquiatria que tem permanecido é a do DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mental) sobre o qual Fernandes (2006) vai afirmar que referente ao manual de classificação, a Bulimia não fora inicialmente incluída no item Transtorno Alimentar da primeira e da segunda infância, ou da adolescência, já a anorexia apenas como critério de exclusão, ela citará que a bulimia não fazia parte do transtorno alimentar até então, não era reconhecida, não tendo um lugar entre eles. Somente mais tarde acontece uma mudança e reconhecimento tanto da Bulimia como da própria Anorexia. “Na versão revisada em 1985 (DSM III-R), ela já aparece sob a designação de Bulimia Nervosa, no item Transtornos Alimentares ao lado da Anorexia Nervosa, que não apresenta mais como critério de exclusão” (FERNANDES, 2006, p. 75).

O DSM-5 atualmente faz parte das descrições para se definir um diagnóstico para os transtornos alimentares em geral, do qual tanto a Anorexia Nervosa como a Bulimia Nervosa fazem parte, esses são os nomes pelos quais são chamados atualmente.

É mais comum a Anorexia Nervosa ter quadros bulímicos do que o contrário. É comum ter um quadro de anorexia e mais tarde de bulimia, também os dois juntos (mistos) ao mesmo tempo. Alguns dos sintomas dessas duas patologias podem ser encontrados em diversas outras psicopatologias. No caso da Anorexia pode ser encontrada ligada à alguns casos de depressão. Já a Bulimia pode ser encontrada nas psicoses, no caso dos excessos, quando os pacientes psicóticos apresentam, por exemplo, uma fome devoradora, tal como aparece em alguns casos bem característicos dos quadros Bulímicos.

Houve nas ultimas décadas uma incidência de casos bulímicos o que gerou maior conhecimento sobre o assunto.

O aumento da incidência de bulimia entre os adolescentes e as jovens mulheres contemporâneos foi considerável e alarmante particularmente na década de 1980, exigindo medidas preventivas que considerassem a divulgação de informação sobre o transtorno alimentar e a melhoria de acesso da população aos centros de tratamento especializados (FERNANDES, 2006, p. 79).

Esse aumento levou os profissionais da área a buscarem especialização, ampliando seus conhecimentos sobre essas patologias. No senso comum também houve maior esclarecimento aumentando a procura pelo tratamento. Não somente a Bulimia, mas também a Anorexia teve maior incidência entre as mulheres e adolescentes, ocupando um lugar cada vez maior de destaque entre outras psicopatologias em diversas áreas do conhecimento médico. Essa incidência é multifatorial, sendo que os aspectos socioculturais têm uma contribuição significativa no desencadeamento dos transtornos alimentares. Na contemporaneidade o corpo magro é colocado em foco, principalmente o corpo jovem do adolescente é visto como um ideal a ser perseguido.

Talvez a anorexia e a bulimia tenham se convertido em paradigmas da atualidade justamente porque, ao denunciarem o desconforto e a falta em uma sociedade consumista em que imperam o conforto e a mudança, colocam em xeque os ideais da pós-modernidade. Denunciam o mal-estar na atualidade, os transtornos alimentares parecem ser exemplares para colocar em evidência o paradoxo do excesso e da falta numa cultura marcada pela busca da linearidade anestesiada dos ideais (FERNANDES, 2006, p. 53).

O sintoma expressa uma verdade, dita através do corpo, principalmente o corpo do adolescente e o das mulheres, um corpo que expressa as questões da subjetividade, tanto as internas como as externas, oriundas do meio que cerca esse

sujeito. Os transtornos alimentares, principalmente a Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa fazem parte das reconhecidas “Psicopatologias da Contemporaneidade”. Cada vez mais vem crescendo o interesse sobre essa temática, em várias áreas que tratam de buscar formas de tratamento para a problemática alimentar. Mesmo assim, ainda se constitui um desafio a ser superado, que desafia tanto o conhecimento teórico como o dia a dia da prática clínica.

2.1 TRANSTORNOS ALIMENTARES: CONTRIBUIÇÕES PSICANALÍTICAS

A psicanálise também contribuiu para o conhecimento dos transtornos alimentares a partir de Freud, que deu uma visão diferenciada sobre essas patologias, mesmo não se ocupando diretamente delas. Em suas obras encontram-se alguns casos com estes sintomas. Dentre estes casos, sendo um dos primeiro que menciona a Anorexia, está o relato publicado nos anos 1893 no artigo “Um caso de cura por Hipnotismo” no qual Freud trata uma mulher que após cada gravidez desenvolve sintomas anoréxicos. A paciente se vê na precisão de interromper sua amamentação, fato que ocorreu após as três gravidezes. Algumas sessões de hipnose foram aplicadas em cada uma das ocasiões em que ocorreram esses sintomas, tendo como resultando o retorno da amamentação. Freud vai classificar esse caso como “uma histeria ocasional”. Dois anos após a publicação do caso (1895) Freud publicou outros dois, sendo um deles o caso de Emmy que apresentava vários comportamentos considerados anoréxicos, sintomas que Freud vai tratar também através do método hipnótico, juntamente com banhos quentes e afastamento familiar por certo período de tempo. Nas sessões de hipnose a paciente relembra memórias precoces interligadas a origem dos seus medos e repugnâncias que no momento eram atuais. Entre estes, havia um evento traumático que desencadeou os sintomas, a morte trágica do marido, estando ela após dar à luz em uma situação de impossibilidade de socorrê-lo. Esse caso “[...] anuncia os primórdios da teoria traumática de Freud, embutida na pergunta que faz à sua paciente, se alguma vez teria sido forçada a comer depois de haver experimentado uma impressão intensa” (WEINBERG E CORDÁS, 2006, p. 72). Em sua discussão Freud aponta que alguns dos sintomas da sua paciente eram de anorexia, ligados a vivências traumáticas da infância e posteriores a ela.

A anorexia da nossa paciente oferece o mais brilhante exemplo dessa espécie de abulia. Ela comia tão pouco por não gostar do sabor, e não podia apreciar o sabor porque o ato de comer, desde os primeiros tempos, se vinculava a lembranças de repulsa e prazer ao mesmo tempo. Sua antiga repulsa às refeições permanecera inalterada por que ela era constantemente obrigada a reprimi-las, em vez de livrar-se dela por reação. Na infância ela fora forçada, sob ameaça de punição, a comer a refeição fria que lhe era repugnante, e nos anos posteriores tinha sido impedida, por consideração aos irmãos, de externar os afetos a que ficava exposta em suas refeições em comum (FREUD, 1996, p. 72-73).

A paciente revela que era obrigada a comer o que lhe era posto em seu prato, juntamente com o medo intenso de se contaminar com a doença dos irmãos durante sua infância. A morte do marido que presenciou sem poder socorrê-lo, ressignificou os traumas anteriores, emergindo o quadro sintomático.

Breuer (*apud* FREUD, 1996) nos “Estudos sobre a Histeria” descreve o caso de um menino de doze anos que apresenta alguns sintomas como a dificuldade de engolir, acompanhado da recusa do alimento, e de vômitos quando forçado a ingeri-los. Sintomas esses que resultaram de uma experiência traumática. Esse menino ao entrar em um banheiro público, deparou-se com um homem que ordenou-lhe colocar a boca em seus pênis.

Para o surgimento do sintoma anoréxico, no caso desse menino, vários fatores contribuíram. Não é apenas um fator que determina o trauma sexual, além desse há simultaneamente outros que fazem parte. No caso dessa criança em meio aos outros fatores, está o silêncio no qual a criança persistia, impedindo a excitação de encontrar um caminho, ou seja, uma saída normal, que não através da sintomática.

O trauma ao longo da teoria vai sofrendo mudanças e evoluindo como algo que vêm de fora, exteriormente, que não pode ser absorvido interiormente. “Para utilizar uma metáfora alimentar pode-se dizer que é trauma aquilo que não pode ser digerido” (FERNANDES, 2006, p. 105).

Outro caso é o “Manuscrito G” escrito em 1985, sendo do mesmo ano que os Estudos sobre a Histeria. Ali Freud abordou a dimensão melancólica na tentativa de melhor compreensão sobre essa temática, como sendo uma perda no domínio da vida pulsional, do apetite sexual, ou seja, a perda da própria libido.

Segundo Fernandes (2006) poder-se-ia “[...] pensar a anorexia das adolescentes como uma forma de expressão de um “lamento amargurado de alguma coisa perdida” (FERNANDES, 2006, 106). Mas de que perda se trata? A perda do domínio da vida pulsional a qual se refere Freud para pensar a melancolia. Essas meninas vivem uma forma de desilusão com elas mesmas e com seus familiares. O confronto entre o ideal e a realidade.

Após Freud, que deu início a psicanálise, surgiram inúmeros seguidores, os chamados de pós-freudianos. Alguns desses contribuíram para maiores esclarecimentos dos transtornos alimentares, principalmente da anorexia e da bulimia.

Entre os pós-freudianos está Karl Abraham, amigo de Freud, que ele respeitava e foi divulgador das suas ideias. Através de seus estudos contribuiu para fundamentar a teoria psicanalítica em relação as primeiras fixações pré-genitais do desenvolvimento.

Sua contribuição mais importante refere-se às mais primitivas fases de desenvolvimento psicosexual, particularmente as manifestações eróticas anais infantis, que ajudaram Freud a formalizar sua teoria da libido (WEINBERG E CORDÁS, 2006, p. 78).

Abraham vai trazer as questões da recusa alimentar e o medo de morrer de inanição, afirmando que a libido regride ao seu estado mais primitivo de desenvolvimento. A discípula de Karl Abraham, Melaine Klein com sua investigação sobre as fases pré-genitais do desenvolvimento também contribui para o estudo da anorexia e outros transtornos. Apesar de ambos tratarem das fases pré-genitais, Klein, vai através de observações da relação mãe e bebê, entende a dinâmica oral sob um novo aspecto, o das fantasias arcaicas e primitivas.

Melaine Klein, não tratou diretamente da anorexia, mas com suas observações sobre a relação mãe e bebê, sendo ela seu primeiro objeto dele, possibilitou maiores esclarecimentos sobre esse transtorno. Segundo ela o primeiro objeto externo que é o seio materno, pode ser projetado como mau (frustrador), representante da pulsão de morte, ou pode ser projetado como seio bom (gratificante), representante da pulsão de vida. Essas experiências são vividas pela criança desde seu nascimento, onde tanto a pulsão de vida quanto a de morte, produzem seus efeitos. “Pode-se dizer, de forma esquemática, que ela vai colocar a ênfase na interpretação dos fenômenos psíquicos em termos de defesas contra a

angustia, de modo esquizoparanóide¹ ou depressivo²” (FERNANDES, 2006, p.119). O sucesso está na integração dessas posições, e no caso da Anorexia houve um fracasso aí, ou seja, na passagem à posição depressiva.

Assim como Freud e Klein, Lacan não tratou diretamente sobre a Anorexia, mas seus conceitos contribuíram para estudos sobre o tema. Conceitos como “necessidade, demanda e desejo³”, fazendo uma distinção entre esses conceitos, e trazendo uma nova compreensão da função materna. Para Lacan a criança não perdoa a ignorância da mãe sobre seu desejo. A mãe erra ao interpretar que toda demanda seja uma necessidade fisiológica, quando na verdade é outra.

A recusa do alimento pode ser a recusa de satisfazer a demanda da mãe. “E esta criança, mimada pela mãe, pode vir a recusar o alimento pra recriar uma falta que esta preencheu, ao tentar satisfazer suas necessidades. (WEINBERG E CORDÁS, 2006, pág. 82).

Lacan além de tratar desses conceitos, introduziu a questão da função paterna como lugar simbólico. É a função paterna que precisa intervir na dialética mãe-filho, nomeando a falta, legalizando a diferença e funcionando assim como suporte da função simbólica (FERNANDES, 2006, p. 122).

Lacan contribuiu para entendimento da dificuldade na anorexia do registro da função “Nome do Pai⁴”, um lugar que seja reconhecido pela mãe. Segundo Lacan (1995, p. 374) “este é o elemento mediador essencial do mundo simbólico e de estruturação. Ele é necessário a este desmame, mais essencial que o desmame primitivo, pelo qual a criança sai do seu puro e simples acoplamento com a onipotência materna”. É ele que dará condição ao indivíduo de se tornar um sujeito desejante e independente da imago⁵ materna.

Nos tempos contemporâneos há vários nomes que se destacam, entre eles está Bidaud, Jeammet e Brusset que voltaram seus estudos para esses transtornos.

¹ Posição esquizoparanóide: é uma subdivisão do estágio Oral. SEGAL, Hanna. 1975. p.10

² Posição depressiva: É marcado pelo reconhecimento da figura materna como uma pessoa total,

² Posição depressiva: É marcado pelo reconhecimento da figura materna como uma pessoa total, caracterizada pelo relacionamento com objetos totais. Op. cit.

³ Segundo Dor (2008) para Lacan o termo necessidade seria do próprio alimento (necessidades fisiológicas), o qual vai ser substituído pelo termo demanda, que é a demanda de amor (reconhecimento), e através do desejo materno de responder à essa demanda, o bebê vai desejar, ou seja, identificar-se com o desejo materno, aquele que promoveu sua existência.

⁴ Segundo Lacan (1995) o pai para nós, seria o pai real, e realmente ele o é. Mas só é reconhecido assim por que as instituições o nomeiam assim. Lacan vai dizer que não se trataria da função, mas de seu nome de pai. O “Nome do Pai”, não é o pai real, mas função que esse pai exerce. É do pai simbólico que se trata.

⁵ É o modo que a mãe sustenta a sua imagem, pela qual o bebê se identifica.

Bidaud vai aprofundar-se na questão do conflito feminino e a sexualidade, Jeammet e Brusset trouxeram inúmeras contribuições para o estudo tanto da anorexia como da bulimia, tais como as formas de conduzir o tratamento.

Até aqui tratou-se da anorexia, aborda-se agora a Bulimia. Os registros com referências a Bulimia vão aparecer em 1985 ligados a questão da problemática da angustia. Sua descrição era rara na época, diferente da Anorexia que aparece ligada a Histeria (psiconeuroses) ora ligada a Melancolia (neuroses narcísicas). Algum tempo depois Freud vai colocar a bulimia na classificação junto as Neuroses Atuais. Em 1897 em duas cartas para Fliess, Freud fará menção à questão das Adições, que pode ser aplicada no caso da Bulimia, à medida que foram compreendidas como substitutos das pulsões sexuais reprimidas pelo sujeito, como forma de compensação psíquica.

Nos anos de 1927 Freud vai abordar o “Humor” como defesa contra a dor psíquica, onde os comportamentos compensatórios da bulimia podem ter efeitos tanto de proteção como anestésiantes para evitar o sofrimento. Em relação a função do humor afirma:

Com sua rejeição da possibilidade de sofrer, ele assume um lugar na série de métodos que a psique humana desenvolveu para fugir à coação do sofrimento, uma série que tem início com a neurose e culmina na loucura, e na qual se incluem também a intoxicação, ensimesmamento e o estase (FREUD, 2014, p. 325)

Em 1930, em “O mal-estar na civilização” Freud novamente vai tratar da questão da evitação do sofrimento, fazendo menção às substâncias tóxicas, onde a bulimia pode ser vista como tal.

Contudo, os métodos mais interessantes de evitar o sofrimento, são os que procuram influenciar o nosso próprio organismo. Em última análise, todo sofrimento nada mais é do que sensações; só existe na medida em que sentimos, e só o sentimos como consequência de certos modos pelos quais nosso organismo está regulado. O mais grosseiro, embora também o mais eficaz desses métodos de influência é o químico: a intoxicação. Não creio que alguém compreenda inteiramente o seu mecanismo; é fato, porém que existem substâncias estranhas, as quais, quando presentes no sangue ou no tecido, provocam em nós, diretamente sensações prazerosas [...] (FREUD, 1996, p. 85).

Fernandes (2006, p. 117) afirma que se trata de [...] “uma toxicomania sem droga, a bulimia pode ser pensada, a partir dessas colocações, como uma tentativa de evitação do sofrimento pela intoxicação alimentar”, além de Freud, Karl Abraham

(1916) também contribuiu a respeito das adições relacionando o fato de comer grandes quantidades de alimento, com a libido recalcada, sendo o alimento um substituto sexual para satisfazer essa libido, comparando ao que ocorre com os alcoolistas.

McDougall desde a década de cinquenta (1950) se interessa pelo estudo da bulimia. Ela vê tal comportamento como algo normal, do cotidiano, apenas se tonando um problema quando passa ser a única forma do sujeito lidar com o sofrimento psíquico. Para autora o sujeito não tem intenção alguma de fazer mal a si próprio, tendo esse comportamento teria outra finalidade. Para ela, [...] “o comportamento aditivo tem como objetivo fazer o sujeito se desembaraçar de seus afetos, não forçosamente fazer mal a si mesmo” (FERNANDES, 2006, p. 129).

Atualmente vêm crescendo os estudos sobre a bulimia. Entre os estudiosos encontramos Jeammet e Brusset que tratam tanto da Anorexia como da Bulimia. Brusset trata a Bulimia como ponto positivo em relação a Anorexia em sua tentativa de tentar ligar as pulsões. A respeito tanto da Bulimia quanto da Anorexia esses autores deixam claro que elas, “são configurações, sem dúvida. Mas próprias a uma mesma fonte de conflitos” (WEINBERG E CORDÁS, 2006, p. 269). Além dos autores mencionados há muitos outros que contribuíram e vêm contribuindo para um maior esclarecimento desses sintomas. Desde sua origem até os tempos atuais, a psicanálise investiga esses transtornos situando-os com intento de esclarecer pontos importantes que possam tê-los desencadeado. Também o período dessas ocorrências, entre os quais se destaca a adolescência.

3 CONCEITOS PSICANALÍTICOS: DA ANOREXIA E DA BULIMIA

A criança que fui chora na estrada
Deixe-a para vim ver quem sou
Hoje, vendo que o que sou é nada
Quero ir buscar quem fui, onde ficou.

(Fernando Pessoa)

3.1 ADOLESCÊNCIA: PROCESSO DE ELABORAÇÃO

A palavra adolescente é muito pouco usada nas obras freudiana. O termo com frequência usado por Freud era Puberdade, ao se referir a fase entre latência e o início da fase adulta. Para a Psicanálise a adolescência é um processo fundamental na estrutura do sujeito, o qual é observável através das mudanças corporais, que permitem observar seu início, não se limitando apenas aos aspectos físicos. Aspectos psíquicos e sociais também fazem parte.

A latência é um período anterior a puberdade, período em que os instintos sexuais estão em seu momento menos intenso, como se estivessem quietos, somente aguardando o período a seguir, para se manifestar em toda sua potência.

A formação das bases estruturais de qualquer indivíduo se dá na infância, não na adolescência como no passado acreditava-se. Freud vai escandalizar muitos através de sua Teoria sobre a Sexualidade Infantil ao dizer que já se dá na infância e não com a chegada da puberdade.

A adolescência é um período de reorganização e não de iniciação. “O corpo sexual é o corpo infantil seduzido e apossado pela pulsão. Ele não surge na adolescência. É produto da sexualidade infantil” (BASTOS, 1998, p. 75). É um segundo momento para a constituição psíquica dos sujeitos, sendo marcado pela presença intensa dos impulsos. É conflituosa devido a reedição edípica, isto é, de um retorno dos conflitos sexuais que são de origem infantil.

Definimos a puberdade como a recapitulação, reedição, da complexa trama amorosa precoce psicanaliticamente conhecida como complexo de Édipo⁶. Freud a descreve como a retomada da investigação sexual da infância e da sexualidade latente (CORSO, 2002, p. 19).

O adolescente vai precisar buscar em sua base constitutiva recursos para lidar com as questões desse período. É um tempo de elaboração da castração, da falta no outro, incerteza do futuro, perdas, rupturas e lutos, em busca do temido, assustador, mas desejado. Observa-se uma nostalgia do passado e desejo de abraçar o futuro.

Para esses jovens alcançarem a alteridade e a independência, é necessário passar por um processo muito difícil que é o desligamento da autoridade parental. “A relação não é mais do adolescente com os pais, mas com o mundo e suas exigências ampliadas e absolutamente novas, que nem sempre estão em harmonia com os códigos de valores familiares” (FERNANDES, 2006, p. 228).

Resultante desse processo, o adolescente vai viver uma espécie de luto, sendo esse a morte da relação infantil, principalmente com a figura materna, para somente assim poder abrir-se para o mundo. Esse trabalho não será nada fácil, exigirá muitos recursos psíquicos do adolescente. Ele buscará em sua base estrutural os recursos necessários para lidar com essas questões.

A questão que se coloca é o que acontece quando essa base tem uma fragilidade em sua estrutura, justamente no período em que o sujeito precisa buscar nela subsídios para lidar com as questões problemáticas da adolescência? Como se reorganizar, quando já se tem uma desorganização? “Uma fusão pulsional precária no início da vida pode criar condições que irão facilitar a difusão pulsional quando, mais adiante, as exigências da própria vida apresentarem seus impasses e dificuldades” (FERNANDES, 2006, p. 178).

A adolescência é um período favorável para o surgimento de psicopatologias, pois é uma fase de inúmeras mudanças, que demandará do adolescente recursos psíquicos para lidar com elas. Na falta deles o adolescente acaba ficando impossibilitado de responder a elas. Acaba se problematizando nessa tentativa, ou seja, adoecendo.

A pergunta seria: O que diferencia essas meninas das demais? Por que as demais conseguem superar todas exigências que adolescência coloca, e entram na

⁶ [...] “Jaques Lacan ligou o termo complexo [a palavra imago e fez desse conjunto uma estrutura que permitiu compreender a instituição familiar”. ROUDINESCO E PLON, 1998, p. 137.

vida adulta sem tantas problematizações? A resposta é que essas meninas tiveram recursos psíquicos para lidar tanto com as mudanças físicas, quanto com as sociais. Ou seja, com as questões que se colocaram.

Esses recursos são constituídos desde o nascimento do sujeito. Antes mesmo de nascer já existe um investimento materno. O papel da mãe, não é apenas assegurar a vida e manter seu bebê com as necessidades fisiológicas atendidas. Ela possibilitará através dos seus cuidados a constituição das possibilidades subjetivas e psíquicas, que vão se construir através do investimento materno.

Entre a mãe e seu filho não se repete só o dar leite, mas sim o ato de amamentar, não se repete a ação de ver e ouvir e sim o ato significativo de olhar, escutar e ler o corpo do bebê. No dizer kantiano o ato não é uma operação que se acrescenta ao ser, mas sim sua essência mesma. Só assim poderá o *infans* habitar e investir seu desenvolvimento nesse momento do atoleiro no qual se estrutura um sujeito desejante (LEVIN, 2005, p. 110).

A citação acima desenha muito bem os cuidados para além das necessidades fisiológicas, cuidados que carregam em si signos, dos quais o *infans* se apropria através das suas experiências de vida. Para essa apropriação é necessário um ambiente favorável, onde a mãe possa estabelecer sua relação com seu bebê. Um ambiente de segurança, por meio do qual a criança possa experimentar experiências e sensações, sem sentir-se ameaçada em sua integridade.

As perturbações experimentadas pelo *infans* em sua relação fusional seria um dos aspectos que levariam aos transtornos alimentares. A qual a mãe além de se ocupar da manutenção fisiológica necessária irá permitir a mediação simbólica. Uma perturbação nesse processo resultaria no fracasso dessa mediação.

3.2 RELAÇÃO PRIMORDIAL: FRACASSO DA INTROJEÇÃO E DOMÍNIO DA INCORPORAÇÃO

Os cuidados maternos são de extrema importância para o desenvolvimento físico e psíquico do sujeito. Mesmo antes do nascimento já há investimentos sobre o bebê que são operados através do imaginário familiar, principalmente o materno.

Esse imaginário é habitado com construções das mais variadas. É dado um nome, atribuídas qualidades, personalidade a esse ser que está por nascer. Esse

imaginário pode alcançar a formatura, o casamento e até mesmo os filhos que este bebê possivelmente no futuro vai ter.

A criança quando nasce precisa do outro pra se constituir como sujeito. Precisa do suporte da função materna que possibilitará a sobrevivência desse ser humano indefeso, pois no início da vida o bebê não tem condição de perceber o mundo, se o que nele gera desprazer vêm de fora ou de dentro. Quando ele percebe alguma coisa pela primeira vez, efetuará a primeira projeção. “Projetar e introjetar aparecem, assim, não apenas como meios de proteção, mas também como mecanismos constitutivos da subjetividade, que supõem a relação entre o corpo e o outro” (FERNANDES, 2006, p. 207). Ou seja, os limites dentro e fora, presença da mãe e sua ausência.

A introjeção segundo Fernandes (2006, p. 207) é a forma como o bebê apreende o mundo a sua volta, sendo esse o modo como vai se constituir a estruturação psíquica do sujeito, com seus modos de proteção contra as ameaças externas e internas, com o que resulta a noção de dentro e fora do corpo do bebê.

Desde o seu nascimento, as sensações desprazerosas, tornam-se um pedido, uma demanda ao outro (materno), que se faz escutar através dos gritos e do choro, anunciando o desconforto e o desprazer. Ao serem interpretadas pelos cuidados maternos, ocorre uma redução na tensão, do estado de desconforto. Essas tensões são as mais variadas, as quais o próprio bebê inicialmente não consegue regular, necessitando do outro para acalmá-las.

Se esses cuidados forem excessivos ou faltantes, esse estado de tensão será vivido como traumático para o bebê. Esses cuidados precisam de certo equilíbrio, sem serem demasiadamente faltante nem excessivos. A presença materna dará suporte para um corpo que ainda precisa se estruturar. Para isso ocorrer, é necessário a interpretação das necessidades (demanda de amor) do bebê. É através desse investimento libidinal que o corpo biológico se transformará num corpo erógeno.

A mãe tem como função a pará-excitação que regula as excitações (tensão) do bebê. Sem o escudo protetor que é o pará-excitação o sujeito fica desprotegido, a mercê de si mesmo. Um corpo com excesso pulsional, um transbordamento difícil de representar e impossível de simbolizar.

É essa introjeção da função de pará-excitação materna que irá garantir a constituição de um objeto interno que, na ausência da mãe, mais tarde, será capaz de assegurar as possibilidades de enfrentar os excessos e adversidades inerentes ao crescimento e a aquisição da autonomia. Se a função de pará-excitação não pode ser introjetada o sujeito fica desamparado perante o excesso pulsional” (FERNANDES, 2006, p. 210).

Se a demanda afetiva da criança for respondida como alimento, a necessidade será formulada de forma desintegrada e irregular. Nesses casos o alimento terá relação afetiva marcante para o sujeito. Será pelo meio dele que encontrará respostas para resolver suas questões quando precisar buscar recursos em sua base psíquica fragilizada.

Tanto a introjeção como a incorporação fazem parte do processo identificatório primário da relação fusional. Ambos são acontecimentos anteriores ao Édipo, e permitem a relação inicial com o objeto primordial. Ocorrendo o fracasso da introjeção, ela não conseguindo se efetuar, dessa falha, resultará no lugar da introjeção a incorporação do objeto. “[...] ...assim que o processo de incorporação tem início, o objeto incorporado converte-se em agente de defesa contra os impulsos destrutivos que permanecem no interior do organismo” (KLEIN, 1969, p. 178). A incorporação do objeto ocorre no psiquismo, no lugar que ficou vazio, no espaço onde deveria ter ocorrido uma introjeção.

Sem a projeção da representação do objeto, surge a dificuldade de a criança lidar com a ausência do objeto. Se a introjeção da função pará-excitação for prejudicada, resulta para pacientes com transtorno alimentar como única saída a incorporação do objeto. A introjeção é um processo no qual a incorporação seria apenas um fantasma que tem função de proteção.

No caso da Anorexia e na Bulimia a introjeção dá para-excitação não ocorreu. Sem a internalização desse objeto interno que é mediado pelo grande outro materno, o sujeito fica à mercê de suas excitações pulsionais.

A incorporação do objeto, vai reforçar ainda mais a ligação de objeto imaginário no sujeito, resultando na dificuldade dessas meninas diferenciarem o sujeito do objeto, a si próprias do grande outro materno, pois é a introjeção que dá ao sujeito certa independência do objeto.

Tanto na anorexia como a Bulimia há dificuldade em diferenciar a si mesmo da imago materna. Fernandes (2006) vai apontar que a mãe intrusiva é tão nociva

quanto a ausente, o que resultará em efeitos devassos. Essa mãe vai dificultar para a filha a constituição como sujeito desejante, dono de si mesmo e do seu próprio corpo.

Na anorexia e na bulimia a mãe de extremos perturba e desorganiza sua vivência, com efeitos que prejudicam a apropriação dessas jovens de si mesmas. A questão é, mesmo desejando separar-se com muito afincio, sem a mãe elas não se reconhecem, não tem possibilidades de ser fora delas. Fernandes (2006, p. 215) aponta que a dificuldade de diferenciação da mãe para essas jovens, é encontrada da mesma forma na própria mãe de se diferenciar delas.

Isso ainda é mais evidente nos casos de Anorexia do que da Bulimia, em que o objeto incorporado parece estar fundido com o corpo. A dificuldade de diferenciação é uma das problemáticas dessas psicopatologias. Um corpo onde parece habitarem não uma, mas duas pessoas. Essa dificuldade é vivida internamente por essas jovens como uma ameaça à integridade do ego. Essas buscam saídas nas estratégias psicopatológicas para defender-se desse perigo, procurando reduzir o sofrimento.

Elas não podem contar com o suporte paterno. Bernard Brusset (2008) vai tratar sobre alguns conflitos fundamentais, entre eles, que nessas jovens a identificação secundária relacionada a organização edipiana ficou comprometida pela identificação primária, entre filha e mãe, na qual o pai tende ser apenas um duplo da mãe nessa relação.

Não há um terceiro para fazer a mediação na administração da relação de amor e ódio e na regulação do excesso oriundo da relação primordial. “A posição paterna é, com mais frequência, apagada ou demasiadamente excitante e perdeu seu valor diferenciador no seio da dupla” (JEAMMET, 2008, p. 43). Sem essa mediação, essas jovens ficam presa na relação primordial, onde ocorre essa dificuldade de diferenciação entre elas e o outro materno.

A mãe de extremos impossibilita a falta, ela tampona tudo com seus excessos, não permitindo a perda do objeto. Não há como elaborar esse vazio sem sua ausência e depois com sua presença. É ela quem permite ao Bebê os limites do interior e exterior do seu próprio corpo. É na perda do objeto que o autoerotismo pode se elaborar.

Na Anorexia e na Bulimia ficou comprometida a fase anterior, ao autoerotismo, a da necessidade constante desse outro objeto, onde a projeção da

pará-excitação não ocorreu e não foi introjetada. Sem ela, as jovens ficam detidas na necessidade da incorporação do objeto. Precisam dele, para assegurar-se como pessoa. Sem ele, elas não são, e não se reconhecem. O equilíbrio narcísico se vê abalado e ameaçado.

3.3 IMAGEM CORPORAL

A imagem do corpo se constrói sobre o esquema corporal. É através dele que a imagem corporal se comunica, sendo um interprete e suporte para imagem corporal. Mesmo tendo tal relação, ambas são distintas de várias formas. O esquema corporal se desenvolve da mesma forma para todos indivíduos, diferente da imagem corporal que é única, tendo relação estreita com a história e a vivência particular de cada sujeito. “A imagem do corpo é a síntese viva de nossas experiências emocionais: Inter-humana, respetivamente vividas através das sensações erógenas eletivas, arcaicas ou atuais” (DOLTO, 2015, p. 14).

A imagem do corpo se molda ao longo da história do sujeito, desde muito cedo, através das experiências vividas no corpo biológico, ou seja, no corpo da necessidade, elaborando sensações e emoções que passam pelo corpo, através do esquema corporal.

Segundo Dolto (2015) o que permitirá a criança se estruturar como humano, é a trama de relações entre o esquema corporal, lugar da necessidade e a Imagem corporal, lugar do desejo. Seria o cruzamento de ambos. E é através desse enlace que é possível a comunicação com os outros.

O corpo da criança inicialmente é investido libidinalmente pela mãe. É através desse investimento materno que o corpo da necessidade, tornasse o corpo erótico, corpo de prazer. “A imagem corporal está do lado do desejo, não deve ser vinculada unicamente a necessidade” (DOLTO, 2015, p. 27). É de suma importância que a criança exista como sujeito de seu desejo aos olhos da mãe, que sua demanda seja interpretada, decodificada por meio da interpretação materna.

Segundo Josette Czerny (2010, p. 291) o desejo existe desde o nascimento, vindo mesmo antes da própria necessidade, através dos apelos e gritos da criança, na tentativa de se comunicar. Os desejos arcaicos insatisfeitos deixam sua marca bem registrada no psiquismo do sujeito primeiramente na linguagem com o outro

materno, depois com os demais. Essa linguagem constitui o meio e a ponte de comunicação. Viver dentro do esquema corporal, sem imagem do corpo é um viver silencioso, nos limites do desamparo e desespero, sendo essa a condição dos indivíduos autistas, psicóticos e psicossomáticos. Tanto a anorexia como a bulimia se encaixariam no quadro psicossomático, onde o psíquico e o corpo tem relação um com o outro.

Na falta ou na falha de investimento libidinal, o corpo ficará ligado ao corpo da necessidade. “É na medida em que a imagem do corpo se estrutura assim na relação intersubjetiva, que qualquer interrupção, desta comunicação, pode ter efeitos dramáticos (DOLTO, 2015, p. 29). Sendo esse o caso da anorexia e da bulimia, embora não são apenas esses transtornos que apresentam alterações na imagem corporal. Há muitos outros quadros psicopatológicos, como a esquizofrenia, melancolia, dismorfofobia entre outros.

A imagem corporal é atual, dinâmica e plástica, e sempre está em mudança ao longo da história do sujeito. Principalmente com a chegada da adolescência, ocorrem mudanças que nem sempre se está preparado psiquicamente para enfrentar. Mudanças que acontecem mais rápido que o tempo para dar conta da sua elaboração.

A adolescência seria um dos tempos de mudança mais marcantes na vida de qualquer indivíduo. As mudanças são de várias ordens, entre elas a corporal, que é bem visível e presente. São exigências que surgem tanto interna como externamente. Há uma dificuldade na Anorexia e na Bulimia em dar conta da emergência pulsional característica dessa fase, quando a adolescente não encontra recursos psíquicos suficientes na sua constituição subjetiva. “Em uma certa medida, tudo que ameaça à integridade corporal do sujeito produz repercussões psíquicas por colocá-lo, de forma concreta, diante de seus limites e de sua vulnerabilidade (FERNANDES, 2006, p. 148).

Por isso, a Anorexia e a Bulimia tendem a eclodir na adolescência. Sendo um dos problemas entre outros a alteração da imagem corporal. A adolescente precisa se adaptar à nova imagem de mulher, a esse novo corpo.

Resulta ser complicada essa adaptação, pois no caso da Anorexia e da Bulimia a imagem corporal está comprometida. O objeto encontra-se fundido com o corpo, diferentemente da melancolia, na qual o objeto perdido encontra-se ligado

com o ego. Ou seja, na Anorexia e na Bulimia há uma clivagem⁷ (separação) entre o ego e o corpo, sendo que é o ego quem administra as excitações externas e internas, que dão a noção para o sujeito dos limites dentro e fora.

A distorção se dá para cada jovem de uma certa forma, variado em gravidade, onde existe uma dificuldade de percepção das sensações externas como internas, dificuldade em diferenciar o dentro e o fora, o eu e o outro. Isso tem a ver com dificuldades na relação do sujeito com o outro materno.

Na Anorexia e na Bulimia há uma perturbação na percepção, e na realidade da imagem corporal, pois há uma recusa da aceitação da realidade, resultante da problemática que essas jovens têm. A projeção da superfície corporal ficou comprometida devido a clivagem. Resultando da incorporação do objeto, ou seja, o objeto é fundido com o corpo. Já que o ego e o corpo nessas patologias estão clivados, fica difícil a administração das excitações, das noções dos limites, e das bordas. “Se ele é um ser de superfície, é por que está encarregado da reação com a percepção e a realidade” (FERNANDES, 2006, p. 156).

Essas jovens não tem o saber sobre seu próprio corpo. Tanto a percepção como a realidade da imagem corporal ficaram comprometidas. Um dos aspectos falhos nessas jovens é na percepção da própria Imagem que é diferente da percepção daqueles a sua volta, difere do que a realidade mostra. Essas jovens não enxergam seus corpos como fazem os demais, corpos emagrecidos, em estado crítico, de pele e ossos. Mesmo magérrimas, desejam perder peso, juntamente com um medo terrível de engordar, mantendo controle obsessivo sobre suas formas físicas, resultando nos cuidados excessivos com as calorias, uso de laxantes e diuréticos para alcançar esse objetivo.

Também se apresenta nessas jovens a falta de percepção da dor, a negação, como se não a sentissem, que é resultante da debilidade corporal. Elas nem percebem ou se dão conta que seu corpo está cansado e machucado.

De fato, chama atenção a ausência de manifestação da dor particularmente nas jovens anoréxicas; o corpo anoréxico parece não sentir a dor, nem quando fica sem comer, nem quando se entrega a exercício físicos exaustivos, como se esse corpo só existisse em negativo (FERNANDES, 2006, p. 144).

⁷ São duas atitudes contraditórias, uma que consiste em recusar a realidade e a outra, vai consistir em aceitá-la.

Ou seja, devido ao fracasso da função estruturante da imagem corporal, na tentativa de positivar um corpo em negativo (através da sensação de dor), pudesse existir quanto corpo próprio. É um ato de desespero por tentar uma refusão mesmo através da dor. Tenta a erotização do corpo, pois através do autoerotismo procura uma relação com o objeto, como forma de endereçar sua angustia.

No caso da Anorexia e da Bulimia é o objeto é que toma o lugar de regulador, ao ponto de se confundir com o próprio corpo, fundindo-se.

Essas jovens precisam dar conta dos excessos de excitações da adolescência, que no caso são geradores da difusão pulsional.

3.4 SUSTITUTOS OBJETAIS

Alguns autores se indagaram a respeito da estrutura psíquica na Anorexia e da Bulimia, se ela é ou não, uma estrutura neurótica, devido ao fato de apresentarem uma certa posição perversa. Algo que deixa os analistas um tanto preocupados.

Esse inquietante algo deixa entrever uma certa tranquilização dos analistas, quando eles se deparam com essas jovens e podem reconhecer nelas o pendor histérico que assinala um bom prognóstico. Isso porque não lhes pode escapar esse algo mais, esse além da neurose, que tem sido reconhecido por vários autores ao assinalarem a totalidade perversa presente na organização do funcionamento psíquico das anoréxicas e bulímicas (FERNANDES, 2006, p. 189).

Trata-se de um arranjo perverso defensivo no qual essas jovens vão procurar perturbar de alguma forma o sentimento de dependência com o outro, com um comportamento de domínio e poder no qual são elas que controlam o objeto.

Segundo Jeammet (2008, p. 40) “É nisso que consiste o arranjo perverso, ou seja, pelo qual o objeto não é reconhecido em seus desejos próprios e diferenças, mas unicamente à medida que pode ser utilizado para fins de reassuramento narcísico”. É fundamental que nesses arranjos o contato com o objeto fique nos limites do ego, nem muito longe para não ter perigo de perde-lo, nem muito perto para não o invadir o sujeito.

Este autor vai apontar outra conotação perversa que se coloca nessas psicopatologias. Há uma inclinação a sobre investir as sensações ligado ao exterior,

em oposição ao domínio das interiores (emoção e afetos). Seria uma forma essa de contornar, e substituir o vínculo libidinal.

Para Fernandes (2006) a adolescente bulímica, tentará através de sua sintomática reativar as funções de ligação do masoquismo primário através das práticas bulímicas tais como infringir sofrimento ao próprio corpo, nos excessos de comida e vômitos, além dos exercícios que o deixam exausto. Já na anorexia é através da erotização do controle da fome sobre as necessidades corporais, e não apenas sobre a fome, obtendo satisfação da não satisfação, o que lhe dá certa independência, resultando no controle sobre ele.

Segundo a autora, o apagamento do corpo de mulher na anoréxica não seria a recusa ao feminino, mas seria mais a recusa da feminilidade da mãe. A pergunta seria por que a menina apagaria todos contornos do seu corpo? A resposta vai ser, que seria para poder se diferenciar da mãe. Ou seja, através dessa recusa, essas jovens estão tentando buscar sua diferenciação.

Essa é uma tentativa dessas adolescentes de se protegerem do vazio e da perda do objeto, numa busca por sensações, prazeres e gozo que pode ser encontrado nos comportamentos aditivos, nos quais a busca por sensações é intensa. Buscam para poder controlá-las.

Encontramos, com efeito, em todas essas condutas aditivas, o culto da sensação, o que os Kestenberg chamaram, com justeza, de "o orgasmo da fome", a propósito da anorexia mental, mas aí está também presente a apetência pelas sensações físicas, principalmente a de cansaço, o desenvolvimento de todas atividades motoras, a busca de um reaparecimento do apetite, procurando tudo o que poderia suscitar gula, para melhor poder dominá-la e controlá-la na recusa (JEAMMET, 2008, p. 41).

Nas adolescentes com essas psicopatologias são bem visíveis tais comportamentos. Elas investem no alimento, mas não o come, como se através dessa recusa o dominasse, Deter o controle, Jeammet (2008) vai afirmar que algo assim acontece com os toxicômanos, para os quais a falta é tão importante quanto a própria satisfação, sendo esse o caso das anoréxicas, para as quais a satisfação se dá dessa forma.

É todo arranjo relacional com o objeto que vai, assim, ser substituído por uma alternância da busca de sensações de excitações e de apaziguamento, sabendo que na anorexia, contrariamente a outras formas de condutas aditivas, o apaziguamento não é procurado como satisfação direta, mas

está ligado ao triunfo que procura a não satisfação da necessidade (JEAMMET, 2008, p. 41)

Esse é um arranjo defensivo por parte dessas meninas, no qual há dois vieses: ao mesmo tempo em que a realidade é negada, a sensação que a fome provoca é erotizada. Essa recusa cobra uma grande fatura pelo preço de permanecer uma fonte de prazer permanente, pois é muito mais destrutivo do que erotizante. Destruição essa que vai agir ao nível da organização do ego, remetendo ao masoquismo primário em ambas psicopatologias.

Devido a fragilidade da estruturação psíquicas dessas adolescentes, a busca da introjeção que não ocorreu, vai leva-las ainda mais a condutas defensivas, que buscam no exterior, sensações e representações.

Jeammet (2008) vai mostrar que um dos riscos está na evolução do caso dessas adolescentes, isto é, a continuidade de um processo de evitamento do objeto, que conduzirá a uma desobjetalização progressiva dos investimentos das bases autoeróticas. Ele vai apontar que o autoerotismo de prazer que essas adolescentes vivem com o objeto, é substituído por um autoerotismo negativo, sendo caracterizado por uma auto-estimulação que procurará sensações. Devido a isso, há um aumento em sua violência ainda mais, pois contém em si, potenciais autodestrutivos, nos quais o processo de desobjetalização continua operante, de forma cada vez mais precário.

Assim, o comportamento da adição vem substituir a relação objetal e a busca de sensações se substitui às emoções intoleráveis. O sujeito tem reforço da conduta aditiva como único recurso para fugir da sua crescente dependência e afirmar sua identidade (JEAMMET, 2008, p. 43)

As adições seriam um substituto da relação objetal, buscando externamente nessas práticas sensações para aliviar o desprazer, sendo uma defesa contra a invasão do outro, uma única saída possível para essas adolescentes. Devido a não interiorização desse objeto primário, vão precisar dele sempre presente, necessitam substitutos objetais, porque a ausência é vivida como insuportável.

Jeammet (2008) afirma que o comportamento alimentar seria um substituto objetal, que a sua perda poderia ser prejudicial, levando ao desfazimento do sujeito. Segundo ele, as Anoréxicas se defendem melhor do que as Bulímicas, podendo provar para elas mesmas, através do comportamento e atitude, que o objeto não

poderia faltar-lhes, não necessitando de nada, sendo elas mais resistente que suas próprias necessidades, obtendo satisfação na não realização da satisfação. Para o autor o perigo para elas estaria nas emoções que reprimem. Seria uma defesa contra seu medo de ser invadidas e tomadas por esse objeto. Toda relação próxima é vivida como ameaça narcísica. É o medo do poder do objeto, o que torna difícil o abandono das práticas de defesa. Tirar isso dessas jovens, seria priva-las dessa barreira, desse limite que esse comportamento lhes oferece, entregando o sujeito ao poder do objeto.

Esses transtornos têm duas funções opostas, tanto de perigo para vida, como de salvar a vida do sujeito. A Bulimia e a Anorexia são saídas de defesa e proteção.

Na verdade, ele só pode ser pensado enquanto função de proteção cega, visando conservar, a todo custo, uma certa condição psíquica, a saber, possibilitar a essas jovens *uma proteção contra a intrusão materna, uma defesa contra a fusão, enfim, uma condição psíquica que parece representar uma tentativa de diferenciação da figura materna* (FERNANDES, 2006, p. 245).

Sem os objetos substitutos, resta a essas adolescentes ser engolidas por esse outro materno. As práticas aditivas ganham espaços pela procura de preencher esse vazio através das sensações que vêm de fora.

Essas defesas encontradas por essas adolescentes podem ser trabalhadas através de um trabalho terapêutico. A análise é outra saída possível para essa problemática. Porém esse é um caminho que dificilmente uma dessas meninas procurará por vontade própria. Geralmente e infelizmente. Sendo como último recurso para lidar com o sofrimento.

4 CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE NO TRATAMENTO DA ANOREXIA E DA BULIMIA

Um par se forma
Duas mentes se aproximam
Monstros se transformam
Coloridos se resgatam
Encontra a interioridade
Quem sabe um dia
Deixará de sentir frio
E mais nem um vazio
Cessará a dor
Chegará ao esplendor

(Maria Ramalho Miranda)

4.1 TÉCNICA PSICANALÍTICA

Os Transtornos Alimentares constituem uma área que envolve vários aspectos como: físicos, sociais, psíquicos, familiares e culturais. Todos eles fizeram ou fazem algum efeito sobre o paciente. Para propor um tratamento que de conta do sujeito como um todo é necessária uma terapêutica multidisciplinar, com a participação de várias áreas do conhecimento que trabalham com essa problemática. Áreas como a da psiquiatria, nutrição, psicologia e outras mais, conforme a necessidade que essa clínica demandar.

O tratamento Psicológico será um recurso a mais, entre os demais. Trabalhar essa área exigirá que o profissional da Psicologia consiga se relacionar com a equipe, mantendo um diálogo para as discussões sobre os casos que surgirem.

[...] O trabalho com pacientes que apresentam transtorno alimentares exige esse diálogo constante e nós obriga a encontrar uma linguagem comum aos membros de uma equipe multidisciplinar, o que nós possibilitamos repensar nosso fazer diário, então, rever nossa forma de trabalho (MALZYNER, 2016, p. 137).

A troca de conhecimento e experiência entre os integrantes da equipe que vai possibilitar o andamento do tratamento. Também vai agregar conhecimentos diversos sobre uma mesma questão.

Uma das questões que a psicanálise pode colocar no caso dessas psicopatologias, é o ponto de vista sobre a cura, a qual difere da área da saúde, que é centrada na eliminação do sintoma.

Já na psicanálise busca-se resolver o conflito, a eliminação sintomática é apenas uma consequência do tratamento, não o ponto central onde se concentra a atenção. Entende que os sintomas que aparecem na Anorexia e na Bulimia são defesas. A eliminação deixaria essas adolescentes desprotegidas, pois o sintoma busca substituir a elaboração psíquica que nessas garotas não se elaborou. Eles podem ter função das mais variadas para essas pacientes. Por isso o foco da psicanálise não é a eliminação.

“A direção do tratamento analítico, ainda que centrado no sintoma, tem como objetivo ir além do seu desaparecimento, visando a elaboração do conflito subjacente a ele” (COBELO *et al*, 2010, p. 270).

A psicanálise busca construir com o paciente possibilidades de elaboração. “O trabalho em análise, então consistiria em auxiliar o paciente numa construção do mundo interno para então colocar em cena seus sentimentos de existência” (JACOBSON, 2016, p. 225).

Através do diálogo é possível o trabalho em equipes apesar das visões diferenciadas, mesmo que o foco final não busque o mesmo objetivo. É importante o terapeuta não se deixar levar por essa linha de pensamento. Isso poderia impossibilitar o tratamento analítico, pois as adolescentes com Anorexia e Bulimia são pacientes que não veem nelas mesmas questão alguma para ser tratada. “O que estou afirmando é que de alguma maneira, não há ideia de cura nesse psiquismo” (MALZYNER, 2016, p. 139). Geralmente essas jovens vêm através da demanda de outro, principalmente do outro materno. Nesses casos, focar no sintoma seria reforçar essa dinâmica familiar.

A psicanálise não vê o sintoma como algo negativo, ao contrário, tem ele como um mensageiro que anuncia que algo não foi e não vai bem. A psicanálise vai procurar entendê-lo, decodificá-lo, e não suprimi-lo ou eliminá-lo. Mesmo não sendo o alvo principal, a cura dos sintomas através do tratamento pode ocorrer.

A técnica usada nesses casos é a da associação livre, por meio da qual é possível que as questões inconscientes emergam. Os não ditos, não lembrados, e aquilo que escapa. “A teoria psicanalítica estuda o inconsciente, o desconhecido, o não nomeável, as áreas da mente que envolvem afetos não conhecidos pelo sujeito” (BRUNO, 2010, p.303)

É através das associações livres do paciente que o analista poderá trabalhar questões que são até mesmo desconhecidas pela própria paciente. A psicanálise

possibilitara através da sua técnica ir ao encontro de terrenos desconhecidos, que o terapeuta terá que explorar juntamente com seu paciente.

4.2 CONDUITA DO TERAPEUTA

A respeito dos atendimentos clínicos nessa área, o psicólogo vai precisar manter o equilíbrio nesses atendimentos. Devido a emergência e a gravidade dos casos, pode aumentar o número de sessões com essas pacientes, sendo essa uma recomendação da própria clínica psicanalítica no caso de intenso sofrimento psíquico. Porém esses casos são peculiares. Seria como dar a essas meninas alimento.

Não podemos oferecer excesso de alimento (sessões) a uma jovem com anorexia, pois isso acarreta um profundo desconforto para ela, assim como observamos que, as sessões são tomadas com voracidade, havendo pouco espaço para o silêncio e para o vazio. Somos alimentos devorados e expelidos com a mesma velocidade (MALZYNER, 2016, p. 142).

Essas pacientes através da transferência reproduzem com o terapeuta uma relação objetal. Um trabalho que não é nada fácil. Pois demanda deste um equilíbrio imenso, sendo esse de suma importância para manter o equilíbrio da própria paciente. É esse jogo de medidas que irá possibilitar o trabalho terapêutico.

O difícil na condução no processo analítico dessas jovens é encontrar a justa medida, é conseguir dosar proximidade e distância, silêncio e palavra. Elas não podem ficar sem o alimento psíquico da proximidade do analista, nem toleram ficar expostas a excitação de sua presença, se ela se fizer próxima demais (FERNANDES, 2006, p. 256).

Essa é uma das inúmeras dificuldades no atendimento dos transtornos alimentares. Dar conta das projeções que o paciente faz sobre o terapeuta. Não é nada tranquilo, pois ele será amado e odiado, admirado e criticado. A relação que o paciente vive com o objeto se reproduzirá no tratamento.

O terapeuta não poderá ser tomado por essas projeções, pois se equilíbrio for perturbado, o paciente poderá demonstrar sua angústia através da rejeição, da negação ou das faltas. Porém, são elas que vão permitir através da transferência a intervenção analítica. Essas projeções têm muito a revelar, principalmente nesses

casos, onde as relações que vivem essas jovens é de uma dualidade de amor e ódio, os quais elas têm dificuldades de administrar.

Todas essas questões geram efeitos no terapeuta, das quais precisará dar conta. “Para tanto, é de suma importância o trabalho e o cuidado do analista com seu mundo mental, com sua análise pessoal e seus referenciais teóricos” (NACIF, 2013, p. 241), não só para o benefício do terapeuta, como para o do paciente. Na condução do tratamento terapêutico o terapeuta terá que dar conta das projeções do paciente e das suas próprias identificações que ocorrem através da relação transferencial.

Essas identificações muitas vezes paralisam o andamento terapêutico, chegando a ocorrer em alguns casos a necessidade de encaminhamento do paciente em atendimento para outro terapeuta devido a questões não elaboradas que através da identificação com o paciente se atravessa.

Uma das saídas encontradas pelo analista, além do encaminhamento, é a própria análise pessoal e supervisão, que permitirá a elaboração dessas identificações.

A escolha por essa área de trabalho também diz muito sobre essas identificações. O que o levou a se interessar por esse assunto? Toda escolha que se faz tem influências inconscientes das quais ninguém escapa. “Parece-me que esta escolha não é aleatória ou contingente. Ela carrega consigo importantes correlações com a dinâmica psíquica dos analistas, sejam dinâmicas individuais ou familiares” (JACOBSON, 2016, p. 231).

Enfim, são questões que fazem o terapeuta parar para pensar. Só através de uma boa análise é possível descobrir, ficando para o leitor a indagação: O que moveu o leitor para escolha desse assunto? Eis aí, uma questão.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou a análise da incidência de transtornos alimentares durante a adolescência, voltado para a Anorexia e a Bulimia. Buscou-se responder os motivos que levam a essa problemática.

A adolescência é um período de muitas exigências, tanto externas como internas, às quais o adolescente terá que dar conta. Para superá-las terá que buscar recursos psíquicos para lidar com essas questões em sua base estrutural.

Verificamos que na anorexia e na bulimia essa base ficou comprometida, devido a falhas na introjeção da função de para-excitação materna, resultando como única saída, a incorporação do objeto. O adolescente busca se defender contra a invasão desse objeto através dos substitutos objetais, dos quais as adições fazem parte, ou seja, o comportamento alimentar pode ser considerado como equivalente.

Dada a importância do assunto, torna-se necessário ter certo cuidado no investimento da mudança desse comportamento alimentar, pois suprimi-lo seria deixar essas meninas à mercê desse outro primordial, sem limites e barreiras. É o medo do poder desse objeto, que torna a mudança desse comportamento tão difícil. Outro cuidado que é necessário ter na evolução desses casos está na busca de objetos substitutos, pois estas pacientes encontram-se numa procura incessante por sensações, com potenciais autodestrutivos.

Tanto a Anorexia quanto a Bulimia são psicopatologias complexas e de difícil manejo clínico. As duas saídas possíveis para essas adolescentes são prejudiciais. Uma das saídas resultará na dependência ao objeto primário em detrimento da sua própria identidade, e a outra numa busca incessante aos objetos substitutos com potenciais destrutivos.

Nesse sentido é necessário ter certos cuidados com essas duas patologias, para não reforçar ainda mais o quadro sintomático. As mudanças de comportamento devem surgir por consequências de uma mudança subjetiva, oriunda da restauração da capacidade interna dessas adolescentes, ou seja, através de um trabalho de elaboração psíquica.

A terapia pode ser uma opção para trabalhar as questões que ainda não foram simbolizadas, aquelas que em algum momento da vida dessas adolescentes ficaram comprometidas. Através da transferência com o terapeuta existe a possibilidade de experiências emocionais, que possibilitam a simbolização nas áreas

onde elas não ocorreram, resultando num desenvolvimento, daquilo que ficou comprometido.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BASTOS, Liana Albernaz de Melo. **Eu-corporando: o Ego e o Corpo em Freud**. São Paulo: Escuta, 1998.

BRUNO, Cássia Aparecida Nuevo Barreto. **Distúrbios Alimentares: Uma contribuição da Psicanálise**. Rio Janeiro: Imago, 2010.

BRUSSET, Bernard. **Anorexia mental e bulimia do ponto de vista de sua gênese: Anorexia e Bulimia**. São Paulo: Escuta, 2008.

COBELO, Alicia Weisz; GONZAGA, Ana Paula; WEINBERG, Cybelle. Contribuições da Psicanálise para o tratamento dos Transtornos Alimentares. In: GONZAGA, Ana Paula; WEINBERG, Cybelle (Org.). **Psicanálise de Transtornos Alimentares**. 3. ed. São Paulo: Primavera Editorial, 2010.

CORSO, Diana. **Édipo, latência e puberdade: a construção da adolescência**. Associação Psicanalítica de Porto Alegre, v.23. p.18-30, 2002.

CZERNY, Josette. **Imagem inconsciente do corpo: Distúrbio Alimentares**. Rio Janeiro: Imago, 2010.

DOLTO, Françoise. **A imagem inconsciente do corpo**. São Paulo: Perspectiva, 2015.

FERNANDES, Maria Helena. **Transtornos Alimentares: clínica psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. 24 v.

_____. **Inibição, Sintoma e Angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos: v. XVII**. São Paulo: Companhia das letras, 2014.

JACOBSON, Patricia Gipsztein. Sobre o exercício da clínica dos transtornos alimentares. In: WEINBERG, Cybelle (Org.). **Psicanálise de Transtornos Alimentares**. São Paulo: Primavera Editorial, v. 2, 2016. p. 136-145.

JEAMMET, Philippe. A abordagem psicanalítica dos transtornos das condutas alimentares. In: URRIBARRI, Rodolfo (Org.). **Anorexia e bulimia**. São Paulo: Escuta, 2008.

KLEIN, Melanie. **Psicanálise da criança**. São Paulo: Mestre Jou, 1969.

LACAN, Jacques. **O Seminário, livro 4: A relação de Objeto**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

LEVIN, Esteban. Cenas no ato de amamentar. In: SALES, Leá (Org.). **Pra que essa boca tão grande?:** Questões acerca da oralidade. Salvador: Agalma, 2005. p. 110.

MALZYNER, Gabriela. Revisitando a técnica Psicanalítica no atendimento a pacientes com Transtorno Alimentar. In: WEINBERG, Cybelle (Org.). **Psicanálise de Transtornos Alimentares**. São Paulo: Primavera Editorial, v. 2, 2016. p. 136-145.

NACIF, Talita Azambuja. Considerações sobre a contratransferência em pacientes de difícil acesso. In: WEINBERG, Cybelle (Org.). **Psicanálise de Transtornos Alimentares**. São Paulo: Primavera Editorial, v. 2, 2013. p. 241-251.

ROUDINESCO, Elisabeth.; PLON, Michel. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

SEGAL, Hanna. **Introdução à obra de Melaine Klein**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WEINBERG, Cybelle; CORDÁS, Táki Athanássios. **Do altar às passarelas: da Anorexia Santa à Anorexia Nervosa**. São Paulo: Annablume, 2006.