

FORMATANDO EMBALAGENS – O impacto do ambiente na formação da personalidade do sujeito com Transtorno Alimentar

Jamile Pondaco*

jamile_p@hotmail.com

Resumo: Com embasamento focado especialmente na teoria psicanalítica, o presente artigo propõe uma reflexão sobre o impacto do fator psicossocial na construção da personalidade do sujeito que desenvolve o transtorno alimentar como sintoma. Fundamentado em pesquisa bibliográfica, o referencial teórico psicanalítico foi escolhido, dentre outros objetivos, no intuito de sinalizar a comparação da sociedade atual com uma “mãe insuficientemente boa”, termo utilizado em contrapartida ao original de Winnicott, “mãe suficientemente boa”, para caracterizar um ambiente capaz de suprir as necessidades físicas e emocionais da criança, não esquecendo das mudanças assistidas nas relações atuais influenciadas diretamente pela pós-modernidade. Neste sentido, analisa-se com ênfase a primeira ligação humana com o mundo externo, a relação mãe/bebê, pois esta é base para a construção da personalidade. O artigo é finalizado com considerações proeminentes sobre novas modalidades e visão perante o tratamento psicanalítico frente a sintomas atuais e a acuidade a propósito desta patologia diante de novos casos em crianças, homens e mulheres de meia idade, com a finalidade de contribuir com subsídios para os profissionais da área da saúde.

Palavras-chave: Transtorno alimentar; sociedade atual; relações atuais; tratamento psicanalítico.

* Formação de professor e clínica em Psicologia pela UNIDERP (Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal) - cursando especialização em Psicoterapia da Infância e da Adolescência no IPP (Instituto de Pesquisas Psicossociais).

Abstract: Supported mainly by the psychoanalytic theory, the present article proposes a reflexion on the impact of the psychosocial factor in the construction of the subject's personality who develops alimentary disorder as a symptom. Fundamented in bibliographical research, the psychoanalytic theory reference qs designed, among other objectives, with the intention of highlighting the comparison of today's society and a "not-good-enough mother", a term used s a counterpart to the original one from Winnicott, "good-enough mother", to picture an environment capable of supplying the physical e emotional needs of the child, not forgetting the changes watched in current relations influenced directly by post-modernity. In this sense, the first human bond with the external world, the mother-baby relation is thoroughly analysed, for this one is the basis for the construction of personality. The article is concluded with proeminent considerations about new models and vision before the psychoanalytical treatment towards current symptoms and acuity related to this desease in front of new cases in children, middleaged men and women, with the purpose of adding information and extend the reader's vision.

Keywords: Alimentary disorder; current society; current relations; psychoanalytical treatment.

INTRODUÇÃO

Fatores socioculturais têm contribuído intensamente para o aumento da prevalência do transtorno alimentar nas últimas décadas, porém, segundo a visão psicanalítica, processos muito mais arcaicos da construção da personalidade também devem ser levados em conta.

Em uma atualidade dissolúvel², desestruturam-se também as condutas alimentares; o psiquiatra Miranda-Sá Jr. (2001), potencializando o papel da alimentação para a formação da estrutura individual e aparência corporal, destaca a importância que cada cultura atribui, em cada momento da sua história, a certos modelos físicos tidos como ideais e decorrentes dos padrões alimentares aprovados, variando assim o grau de aprovação ou reprovação social que impõem ao indivíduo sua auto-imagem e auto-estima.

Na sociedade pós-moderna encontramos o corpo transformado em produto comercializável, tratado como mercadoria na era do consumo, e cada vez mais, distanciando-se de qualquer sentido ou desejo.

Assistindo ao aumento significativo das doenças relacionadas ao corpo, Costa (2004) acredita que o corpo vem se tornando um fator determinante na estruturação da identidade; atualmente o zelo que antes era focado nos sentimentos, encontra-se investido totalmente no corpo; o indivíduo “sente” no corpo.

Muitos autores inserem este transtorno dentro da patologia psicossomática, onde falhas

² Neste artigo compreende-se o termo “dissolúvel”: que dissolve; utilizado para exemplificar uma sociedade vulnerável, fragmentada, corrompível e desamparada.

muito precoces perturbam o desenvolvimento da personalidade. Em decorrência disto, o processo de alimentação, construído pela relação vincular, encontra-se afetado e conseqüentemente também o ajuste afetivo (PERSANO, 2005).

O avanço da tecnologia em concepção às relações virtuais excluiu o sentido de realidade e aumentou o sentimento de onipotência e fantasia na psique humana. Estes fatores ditam claramente os padrões de comportamento no convívio atual, identificado, por exemplo, nos sites de relacionamento (orkut, msn e etc.), anulando a noção de limites, pois o lugar do próximo é tão facilmente invadido.

Para exemplificar corretamente as intensas variações nas relações, Couvreur (2003, p.47) faz uso das palavras de Jeammet (1986), segundo o qual, as formas de relações “vivas, diversificadas” foram sendo substituídas “pelo fechamento em si e no objeto”. Em detrimento disso, as relações de posse, comando e dependência foram substituindo as relações de troca e abdições; “[...] em lugar das emoções, tem-se a busca de sensações”.

A luta na busca cada vez maior da autonomia e respeito das diferenças nas relações pode ter alcançado resultados indesejáveis. Nesse contexto, homens e mulheres passam a assumir a mesma função dentro da família; caracterizando um dos novos modelos de configuração familiar, fica clara a degradação do lugar da lei destinado à figura paterna.

Jeammet (2003, p.113) afirma sobre os efeitos da evolução sócio-familiar que:

[...] possa favorecer a gênese, mas também a expressão manifesta dessa vulnerabilidade e das condutas de dependência às quais è suscetível gerar. É o caso, por exemplo, tanto da propensão ao sobreinvestimento narcísico das crianças pelos pais, quanto ao enfraquecimento das proibições e das diferenças entre os sexos e as gerações, que têm como efeito tornar os limites

diferenciadores mais fluidos e aumentar as relações de similaridade e os efeitos de espelho.

Analisando as expressões patológicas psicossomáticas, talvez as novas formas de subjetivação humana busquem respostas e proteção através de ações autodestrutivas e desesperadas numa espécie de “tapa buraco”, como o uso de drogas, violência, compulsões, depressões e até mesmo o sintoma que aqui prossegue.

Em uma linguagem psicanalítica, o sintoma geralmente surge como escudo à resolução de um trauma mal elaborado, que o indivíduo não possuiu, em um momento anterior, capacidades psíquicas para lutar. Surge, com a esperança de preencher algo que lhe faltou precocemente ou que lhe foi excessivamente infectante.

Sendo o meio social um dos principais contribuintes para a construção da identidade do ser humano, compara-se a sociedade com uma “mãe insuficientemente boa”, termo utilizado por Winnicott (1978) em contrapartida à sua terminação original “mãe suficientemente boa”, inicialmente um ambiente facilitador ao desenvolvimento do indivíduo. “Ela é suficientemente boa porque atende, ao bebê, na medida exata das necessidades deste, e não de suas próprias necessidades”. Ainda discorrendo sobre o assunto, Dias (2003, p.133) explica que Winnicott contribui ainda mais acrescentando que “[...] se trata de ‘adaptação à necessidade’ e não de satisfação de desejos” (grifos do autor).

Já a “mãe insuficientemente boa” faz com que seu filho se adapte às suas necessidades, desejos e expectativas, não deixando espaço para que esse indivíduo torne-se cada vez mais independente, único, real e espontâneo (DIAS, 2003).

Na clínica contemporânea encontramos como sintoma os reflexos desta relação ilustrada logo acima, encaixando-se, entre tantos, o transtorno alimentar, patologia capaz de assinalar o momento atual; compõe-se de características geralmente encontradas nas estruturas de personalidade atuais, como: a personalidade narcisista³, pobreza de simbolismo⁴, dificuldade em estabelecer vínculos, problemas nas relações familiares e interpessoais, sentimento de incapacidade e vazio constante, dentre outras.

Curiosamente, vale ressaltar o termo “vazio”, utilizado frequentemente por diversos psicanalistas contemporâneos para explicitar o individualismo e “autismo” atual que está distanciando cada vez mais as pessoas e extinguindo as emoções; características atuais das relações, como já dito, e das famosas “patologias do vazio” como psicoses, personalidades borderlines, drogadições, transtornos alimentares e etc (ZIMERMAN, 2005).

Em comorbidade com outras patologias, o transtorno alimentar pode ser “[...] uma via comum expressiva, de diversos e múltiplos conflitos que levam a pessoa a tentar resolvê-los por meio de condutas patológicas” já que não localiza psiquicamente outra possibilidade (PERSANO, 2005, p.675).

Esta modernidade desenfreada acaba por banalizar a gravidade deste sintoma, sendo muitas vezes encarado como um estilo de vida em paralelo ao significado de corpo, feminilidade e padrão estético da mulher.

³ Personalidade Narcisista: compara-se com a indiferenciação que o bebê não possui com o mundo exterior no início de sua vida. Geralmente são pessoas arrogantes, egoístas, não toleram limites ou frustrações, são instáveis na auto-estima e no humor (ZIMERMAN, 2005).

⁴ Simbolismo: função de representação, substituição (ZIMERMAN, 2005).

Hoje, a restrição alimentar permanece presente no cotidiano da maioria dos indivíduos na busca de manter sempre o peso físico imposto pela sociedade; a beleza e a magreza são elementos fundamentais que ditam o status, feminilidade e identidade da mulher (APFELDORFER, 1995).

Enfatizando a influência da cultura na construção da subjetividade do sujeito, chama-se atenção à contribuição dos valores impostos no âmbito em que o indivíduo está inserido ao desenvolvimento dos ideais do sujeito. “A tensão entre os ideais (ideal de ego⁵ e ego⁶) constitui um dos conflitos centrais nessa patologia e a localiza, então, em torno das problemáticas típicas das estruturas narcisísticas [...]” de personalidade; estruturas estas predominantes nos dias atuais. Nestes casos levanta-se a hipótese de que o indivíduo, no momento de suas identificações, “[...] careceu de um espelho que refletisse uma imagem positiva de si mesmo”, incapaz de ser encontrado nesta sociedade marcada pela exacerbação de exigências e inalcançável satisfação (PERSANO, 2005, p.675).

Zimerman (2005) discute em que consiste o processo de espelhamento para Winnicott: “[...] o 1º espelho da criatura humana é o rosto da mãe, sobretudo o seu olhar. Ao olhar-se no espelho do rosto materno, o bebê vê a si mesmo”. As expressões faciais da mãe podem funcionar como reflexo daquilo que a criança é, ou ao contrário, impor o que deveria ser.

⁵ Ideal de Ego: Juntamente com o “ego ideal”, é uma subestrutura do superego. Originário do próprio ego ideal da criança completamente idealizado e projetado nos pais se funde com o ego ideal, valores, normas e mandamentos de cada um deles. Assim o sujeito fica a mercê de julgamentos alheios confundindo-se facilmente entre as expectativas dos outros e as suas, acometido com frequência por um sentimento de fracasso por consequência de não ser capaz de alcançar os objetivos que “pensa” almejar (ZIMERMAN, 2005; LAENDER, 2005).

* Ego Ideal: substituto da onipotência infantil perdida, o indivíduo projeta diante de si aquilo que é o seu próprio ideal. São ilusões muitas vezes inalcançáveis que podem facilitar o sujeito a vir a sofrer sentimentos de depressão, humilhação e fracasso caso não atinja as fantasias um dia projetadas (ZIMERMAN, 2005; LAENDER, 2005).

⁶ Ego: de acordo com a Psicanálise o psiquismo é formado por três estruturas: ID, Ego e Superego. O ego tem a função de mediar às reivindicações do ID, com os deveres e valores do superego, e ainda com a realidade. Esta instância possui funções conscientes e inconscientes (ZIMERMAN, 2005; LAENDER, 2005).

Analisando tais considerações, Winnicott⁷ enfatiza em suas obras a importância da mãe espontânea, que possa criar condições para que o filho se desenvolva seguro de que é aceito assim como é.

Muitas vezes, o que poderia possibilitar à criança o desenvolvimento de um narcisismo saudável e adequado ajuste de auto-estima lhe é privado desde a mais tenra idade.

Essas pessoas transformam-se em uma imagem idealizada pela mãe e, posteriormente também pela sociedade; “[...] qualquer modificação que o afaste do desejo de sua mãe (sociedade)⁸ o mergulhará em um estado de solidão pela falta de interesse nele” (PERSANO, 2005, p.676).

Tempos que esmagam as diferenças e particularidades, tratam como inútil tudo o que se difere do cruel padrão imposto.

Para enfatizar ainda mais a relação primária do ser humano com o mundo externo, utiliza-se em demasia a teoria winnicotiana que ressaltou esse vínculo, dentre tantos outros autores psicanalíticos que também o fizeram.

Explicando a teoria do amadurecimento deste autor, Dias (2003, p.96) adverte que o mais importante para ele são as condições em que a relação humana se estabelece. Para que o bebê alcance o seu amadurecimento de maneira saudável é necessário um ambiente facilitador; somente a genética, ou seja, “[...] sua tendência inata à integração [...]” não seria capaz de fazê-lo.

⁷ A ênfase da relação mãe/bebê e do ambiente proposta pelo autor pode ser encontrada nas obras: “Os bebês e suas mães” (1988), “O ambiente e os processos de maturação” (1990), Textos selecionados: da pediatria à psicanálise (1978).

⁸ Destaca-se o termo para comparar a mãe à sociedade, ao ambiente e contexto em que o sujeito se desenvolve.

O ambiente facilitador aqui referido corresponde à mãe do bebê. “O ambiente facilitador é, no início, a “mãe suficientemente boa” (DIAS, 2003, p.133).

Ainda no embasamento da mesma teoria, Winnicott acredita que os indivíduos lutam desde o início de sua vida para alcançar uma integridade, tornar-se real, o que só é possível após a “[...] separação entre o eu e o não-eu”, ou seja, do indivíduo com seu objeto primário de identificação, sua mãe (DIAS, 2003, p.96).

Explorando a psicodinâmica de pacientes com T.A, Philippe Jeammet (2003) faz uma observação sobre a confusão das instâncias, ego e superego⁹, as quais utilizam de defesas¹⁰ muito primitivas.

Acrescenta ainda particularidades sobre a personalidade de pacientes com esses transtornos, como “[...] a marca ao mesmo tempo das insuficiências das internalizações e da fragilidade dos limites”. Em decorrência disso, o efeito posterior é “[...] uma dependência comum em relação a fontes de valorização externas, mas também a sua extrema vulnerabilidade, refletindo sua sensibilidade e sua dificuldade em encontrar a distância relacional correta” (JEAMMET, 2003, p.111).

⁹ Superego: uma das instâncias da estrutura psíquica. É resultante da internalização de regras, proibições e valores; adquirida com a maior participação do pai na relação mãe/bebê (ZIMERMAN, 2005).

¹⁰ Mecanismos de defesa: é uma operação mental com finalidade de “[...] reduzir as tensões psíquicas internas. Os mec. de defesa processam-se pelo ego e, praticamente, são sempre inconscientes. São múltiplas as modalidades defensivas pelas quais o ego procura buscar uma harmonia entre as demandas das pulsões do id, as ameaças do superego, as imposições da realidade exterior, bem como as angústias decorrentes dos conflitos resultantes disso tudo. [...] qualquer defesa, por mais primitiva que seja, inicialmente é útil para o desenvolvimento do psiquismo e, assim, de forma sadia pode se manter por toda vida, no entanto, essa mesma defesa usada em quantidade excessiva, vai adquirir uma configuração patológica, determinando diferentes tipos de sintoma [...]” (ZIMERMAN, 2005, p.145).

“Escravos da quantidade”, nomenclatura utilizada por M. de M^Uzan (1984, apud. COUVREUR, 2003, p.55) para caracterizar pacientes com comportamentos compulsivos, esses pacientes estão condenados a “reações comportamentais” (Ibidem 2003) na busca de organização psíquica, encontrando no exterior tudo o que possam ver, possuir, controlar.

Olheiras profundas, dentes corroídos e cabelos frágeis demonstram solidamente a realidade interna impossível de ser encarada por esses indivíduos que ainda não se tornaram sujeitos donos de seus próprios pensamentos, sentimentos e ações; encontram-se desamparados.

Desamparo este, vinculado “[...] ao estado de angústia, uma experiência dolorosa na qual o indivíduo se vê abandonado e fora de si, sem recursos que possam lhe proteger de vivências catastróficas, medo, descrédito e desesperança” (GUIMARÃES, 2005, p.1).

Estudos científicos estatísticos mostram que 90% dos casos de anorexia e bulimia ocorrem em mulheres jovens/adolescentes em fase de intensas mutações; relações conflituosas com a mãe, marcadas por dependência, competição, cisão nos sentimentos e satisfação das necessidades projetadas no outro, permanecem geralmente introduzidas nesta vivência (APFELDORFER, 1995).

Dentro da conceituação mais detalhada dos principais transtornos da conduta alimentar, evidencia-se principalmente uma reflexão diante do “ciclo vicioso” de culpas: cultura da imagem, sociedade “hipermorderna” (LIPOVETSKY, 2004), configurações familiares, novas formas de subjetivações humanas e etc.

1. COMPREENSÃO DO SINTOMA

Conforme a literatura, os transtornos alimentares são reconhecidos há milênios, mas apenas há pouco mais de trinta anos é que foram bem definidos pela nosologia médica.

Os pacientes com transtorno alimentar são caracterizados principalmente por alterações na conduta alimentar e perturbação da imagem corporal; baixa auto-estima, quadro de depressão, desvalorização do corpo, distorções do funcionamento cognitivo e transtornos do equilíbrio afetivo também são dados tipicamente encontrados; estas são particularidades que repercutem negativamente em todos os tipos de relações sociais do sujeito (APFELDORFER, 1995; VINDREAU, 2003).

1.1 Transtorno Alimentar - uma defesa patológica

Atualmente, preocupando a população, o transtorno alimentar possui uma etiologia complexa e não muito bem definida; a maioria dos autores defende uma causa multifatorial, englobando questões biológicas, socioculturais e psicológicas. O momento atual tem sido constantemente apontado como grande fator causal deste fenômeno; a maior incidência dos casos ocorre nas sociedades ocidentais onde a valorização da imagem ainda encontra-se mais presente.

Conforme afirmado anteriormente, este distúrbio é quase que específico do sexo feminino, manifestando-se na maioria das vezes em mulheres jovens. Persano (2005) cita que uma justificativa para este fato seria de que as meninas são cobradas pelos ideais estéticos, muito mais do que os meninos, que se cobra força e poder, além disso, elas chegam na puberdade com um aumento considerável de peso por conta dos hormônios.

Apesar de quase contradizer informações supracitadas sobre a afirmação de que o transtorno alimentar é uma patologia exclusivamente feminina, expressam-se aqui considerações sobre o grande número de casos do aparecimento de bulimia e anorexia em homens nos últimos anos, o que já não se permite a atribuição de uma especificidade feminina a esse transtorno.

O aumento da preocupação patológica com a estética corporal vem trazendo para o mundo masculino, dentre outras “patologias da beleza”, também o sintoma em questão.

Táki Cordás (2008), psiquiatra e coordenador do Ambulatório especializado no tratamento de transtorno alimentar da Universidade de São Paulo - AMBULIM, chama atenção para o aumento alarmante de T.A`s em homens. Em entrevista para Marília Juste, o autor revela que de 1992 a 2007 o ambulatório atendeu apenas três homens; em comparação, neste ano, 20 rapazes já buscaram o Ambulim. Afirma também que a ocorrência do sintoma ultrapassa as garotas jovens; encontram-se cada vez mais casos em crianças, homens e mulheres de meia idade (Disponível em: <<http://g1.globo.com/Noticias/Ciencia/0,,MUL6031635603,00CASOS+DE+ANOREXIA+AUMENTAM+ENTRE+HOMENS+AFIRMA+ESPECIALISTA.html>>. Acesso em: 25/07/2008).

1.2 Implicações familiares e socioculturais na formação da personalidade do sujeito com transtorno alimentar

A função dos pais é de suma importância na vida dos filhos. Estes são encarregados do sustento no lar tanto financeiramente, como emocionalmente; além dessas tarefas, também “[...]”

terão de sobreviver às várias formas de destruição a que seus filhos os expõem para poderem crescer. Isto exige algumas abdições” (DIAS, 2003, p.141).

A imensa angústia vivida pelos pais contemporâneos perante a criação de seus filhos vem se tornando cada vez mais precoce; inseridos em um contexto que não permite e nem tolera falhas, limites ou qualquer tipo de pausas, dispõe-se de “supernannys” capazes de moldar comportamentos de pais e filhos dentro da falsa perfeição exigida. Excluindo a espontaneidade da uma verdadeira relação humana, corpos são moldados em gesso dentro da mesma forma, o que acaba por negar a singularidade de um verdadeiro vínculo afetivo. Toda essa dinâmica de desestruturas no desenvolvimento psíquico do sujeito pode determinar o surgimento precoce de indesejadas patologias na estrutura da personalidade.

Compreendendo auto-estima e defesas na infância, Briggs (2000, p.30) explica um sintoma como “[...] uma arma psicológica contra a ansiedade, o medo, a insegurança ou a inadequação. Seu objetivo é ajudar a criança a manter sua integridade”. A autora inclui as raízes da maioria das defesas “[...] na convicção secreta da criança de que ela é má, indigna e que não merece ser amada”.

Jean Bergeret (1988, p.131) ressalta três tipos de estruturas da personalidade: neurótica, psicótica e as anestruturas. A sintomatologia discorrida neste artigo poderia enquadrar-se nas anestruturas; intermediária entre a neurose e psicose, esta não pode ser considerada como uma verdadeira e sólida estrutura e poderia ser comparada a um arranjo momentâneo. Este estado

limítrofe é acatado como doença do narcisismo, onde “[...] a relação do objeto permaneceu centrada na dependência anaclítica¹¹ do outro”, como já dito anteriormente.

Para caracterizar tamanho sofrimento, o mesmo explica que essas pessoas “[...] manifestam uma imensa necessidade de afeto [...]” tendo, com isso, problemas em suas relações. Sendo assim, precisam ser “[...] disponíveis e adaptáveis a todo e qualquer momento”. Em considerações sobre o narcisismo desses indivíduos, relata que “[...] está mal estabelecido e permanece frágil. Existe uma evidente e excessiva necessidade de compreensão, respeito, afeição e apoio”. Nas relações de objeto encontra-se relevante ambivalência, este “[...] é sentido como persecutório, mas nunca tanto”. A principal angústia nestes casos é a de depressão, ocorrida em decorrência do medo do sujeito imaginar a perda de seu objeto, pois, sem este, afundará na desesperança (BERGERET, 1988, p.132).

Aqui, complementando apreciações de Winnicott sobre a relação do sujeito com o mundo externo focada na dupla mãe/bebê, faz-se referência a autores que viabilizam ampliar essa visão.

Bergeret (1988) e Jeammet (1980 apud APFELDORFER, 1995, p.95) analisam a importância do papel paterno nos casos das anestruturas de personalidade e do transtorno alimentar.

Enxergando que, em grande parte, as estruturas de personalidade encontradas nos transtornos alimentares assemelhasse as organizações de personalidades limítrofes, ressalta-se o que Bergeret (1988, p.138) exhibe sobre os pais dos sujeitos anestruturados:

¹¹ Dependência Anaclítica: consiste em uma relação de extrema dependência caracterizada por passividade em ambas as partes onde não se identifica quem domina e quem é dominado. “Os sentidos derivados do termo “anaklitos” prestam contas dos movimentos ‘dobrar-se sobre’, ‘inclinarse para’, ‘deitar-se contra’ (BERGERET, 1988, p.133, grifos do autor).

Os pais dos sujeitos limítrofes encorajam as fixações a uma relação estreitamente anaclítica. O plano aparente é tranquilizador: ‘Se permaneceres em minha órbita, nada de ruim te acontecerá’, mas o plano latente é bastante inquietante: ‘Não me deixes, senão correrás grandes perigos’. Os pais deste tipo, em geral, mostram-se insaciáveis no plano narcísico: ‘Faça ainda melhor e, amanhã, receberás tua recompensa, pois te amarei ainda mais’. Infelizmente, os maravilhosos ‘amanhãs’ nunca ocorrem [...].

Philippe Jeammet (1980 apud APFELDORFER, 1995, p.95) também chama a atenção para o papel paterno; os pais das anoréxicas apresentam-se extremamente críticos, exigentes, pouco afetivos, ou se portaria como uma segunda mãe.

Para analisar outro aspecto, Apferdorfer (1995, p.90) cita Hilde Bruch (1973) para demonstrar a importância da vivência corporal. Para a autora, a principal perturbação nesses distúrbios, em decorrência de uma mãe que impõe os seus próprios sentimentos e emoções, seria a má discriminação das sensações e necessidades físicas, psíquicas e emocionais; acompanhada por uma grande dependência à mãe e aspectos da identidade fragmentados. Em idéia semelhante à dela, Couvreur (2003) crê que a função alimentar é um aprendizado, sendo a mãe o principal mediador desse processo.

À medida que os pais acham mais importante a aparência estética de seus filhos do que o que eles são subjetivamente, ocorre um conflito no psiquismo da criança entre a representação de um corpo real e o ideal. A separação entre essas imagens representativas vai se instaurando na personalidade do sujeito, que começará a sentir como se a imagem de seu corpo estivesse completamente alheia do mesmo (PERSANO, 2005, p.678).

No início da vida do bebê, soma e psique encontram-se “indiferenciados”. Fala-se de uma aquisição que “[...] não tem como estabelecer-se, a não ser que haja a participação ativa de um ser

humano que segura o bebê e cuide dele, reunindo-o nos braços e no olhar. Um bebê que não é reunido pela mãe sente-se espalhado” (DIAS, 2003, p.208-209).

Ainda pensando nas falhas prematuras ocorridas nas relações com o objeto¹², citando alguns autores, Apfeldorfer (1995) classifica este tipo de transtorno dentro das patologias psicossomáticas. Tratando-se de falhas ocorridas em uma fase tão precoce do desenvolvimento da criança, acaba comprometendo a alimentação, já que este processo está intimamente ligado a uma relação vincular.

Segundo dito anteriormente, a alimentação é a primeira vivência vincular do ser humano. Nesses casos aquilo que simbolizaria um vínculo bem sucedido e amoroso, torna-se ameaçador e repugnante.

Persano (2005) pensa que o bebê possui ações defensivas inatas inerentes à sua sobrevivência; nesta linha de pensamento, é compreensível que, reações tão primitivas como a recusa de alimento ou aceitar todo alimento e depois recusá-lo possam justificar os processos mentais arcaicos encontrados na anorexia e bulimia, carregados desde as fases mais precoces do desenvolvimento.

Catherine Couvreur (2003, p.56) explora a ligação entre psique e corpo através das palavras de McDougall (1974), que, citando a bulimia dentro das patologias psicossomáticas descreve:

¹² Relações com o objeto: termo utilizado por Melanie Klein. Forma como as internalizações foram feitas das pessoas, especialmente dos pais. Alguns psicanalistas utilizam o termo “imago”. É “[...] uma relação humana com alguém, quer vivo e do mundo exterior, quer do mundo interior [...]”. A maneira da qual é vivenciada a relação com o objeto irá refletir sua relação com seus conteúdos internos e em suas relações posteriores (ZIMERMAN, 2005).

Desvelam-se aqui uma carência na elaboração psíquica e uma falha de simbolização, que são compensadas por um agir de qualidade compulsiva, visando assim reduzir pelo caminho mais curto a dor psíquica. Qualquer ato-sintoma substitui um sonho jamais sonhado, ou um drama em potencial... assim, a externalização no agir esconde uma história relacional e passional cujos fins são petrificados em um ato alienante, mas cuja leitura é possível.

Diversos autores descrevem os “psicossomáticos” como tendo pensamento concreto, sofrendo de uma falha da simbologia de suas emoções. J.C. Nemiah e P.E. Sifneos, em 1970, nomeiam de “alexitimia” a impossibilidade de nomear, dar significado e tomar consciência de seus sentimentos, estados emocionais e conflitos (apud APFELDORFER, 1995, p.92).

Essa pobreza na elaboração mental é decorrente de uma impossibilidade precoce de separação do indivíduo com os objetivos externos, primariamente a mãe através de uma terceira pessoa, onde ele se desenvolve como extensão dela e não como um ser separado e único. Tornam-se então extremamente dependentes do outro para a satisfação de suas necessidades, o que os faz vítimas de um conflito constante entre uma condição necessária e ao mesmo tempo insuportável, variando sempre entre o extremo vazio e o extremo excesso.

Para melhor explicitar a falta de simbolização encontrada nesta patologia, ressalta-se aqui o brilhante conceito de Bion para “pensamento vazio” e “aparelho de pensar”; conceitos também utilizados por Brusset (2003) discorrendo sobre a bulimia.

Diferenciando os pensamentos do ato de pensar, Bion formula a hipótese de que “[...] o pensar é um desenvolvimento forçado sobre o psiquismo, pela pressão dos elementos dos pensamentos, e não o contrário” (ZIMERMAN, 2004, pág.130).

Bion acredita que o pensamento é construído; é um processo composto pela capacidade de transformar emoções em idéias (ZIMERMAN, 2004).

Partindo para uma conceituação mais detalhada dos diferentes distúrbios do comportamento alimentar, serão privilegiadas aqui as duas entidades nosológicas principais apontadas pelos atuais sistemas classificatórios de transtornos mentais, Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 4ªed. - DSM-IV (APA, 1994) e Classificação Internacional de Doenças, 10ªed. - CID-10 (OMS, 1993), a Anorexia Nervosa (AN) e a Bulimia Nervosa (BN).

1.3 Anorexia Nervosa

A palavra anorexia deriva do grego, orexis (apetite), juntamente com o prefixo an (privação, ausência). Para Apfeldorfer (1995), este é um nome muito mal empregado, pois não se trata de uma ausência de apetite e sim de uma luta constante contra ele pelo pavor de engordar.

É um distúrbio do comportamento alimentar caracterizado principalmente por recusa alimentar, medo intenso de engordar e tendo como critério psicodinâmico incluído pelo DSM-IV (APA, 1994) a negação da gravidade da perda de peso (negação dos riscos) e a auto-avaliação excessivamente centrada no peso e forma.

Encontra-se na história da medicina, concebida como uma doença de origem física no início do século XX e considerada por endocrinologistas como uma insuficiência global da

hipófise¹³. Somente a partir dos anos 50 é que a idéia de origem psicológica da doença começou a ser pensada.

Um transtorno que tem tido considerável aumento nos dias atuais, principalmente dentro das sociedades ocidentais, acomete na maioria das vezes jovens mulheres de classe social média ou alta. Em sua obra “Anorexia, Bulimia e Obesidade”, Apfeldorfer (1995) cita que são jovens com forte sentimento de competição, sucesso escolar, quociente de inteligência (Q.I) acima da média e muito ligadas à promoção social.

A rejeição total da corporeidade e formas femininas são fatores geralmente encontrados nesse distúrbio; o indivíduo enxerga-se obeso, mesmo quando encontra-se em extrema magreza e por isso sofre o pavor constante de engordar, fator psicopatológico central desta doença. Estão sujeitos também a bulimias induzindo o vômito forçado após alguma ingestão de alimento, prática excessiva de exercícios e consumo de medicamentos laxativos; atos que impedem o aumento de peso e aliviam a imensa culpa que ataca a psique decorrente das refeições muitas vezes consideradas pela maioria como normais.

Seguindo o DSM – IV (APA, 1994), citado por Apfeldorfer (1995, p.34), distinguem-se dois tipos de Anorexia Nervosa:

1. *Tipo bulimias / vômitos*: O indivíduo apresenta hiperfagias (impulso incontrolável de ingestão de alimentos) acompanhadas de comportamentos compensatórios para prevenir um aumento de peso, tais como vômitos provocados, consumo excessivo de laxativos ou diuréticos.

¹³ Hipófise: A hipófise é uma glândula situada na base do hipotálamo que atua sobre outras glândulas endócrinas; estimula a produção do hormônio cortisol, extremamente necessário para o controle do estresse (BALLONE, 2005).

2. *Tipo restritivo*: A pessoa não apresenta nem episódios de hiperfagia incontrolados, nem comportamentos compensatórios para prevenir o aumento de peso.

Na Revista Brasileira de Psiquiatria, Claudino e Borges (2008) discutem os critérios de diagnóstico para os transtornos alimentares e enumeram algumas considerações a serem feitas a respeito do conceito da anorexia em específico.

Segundo as autoras referidas, o critério de amenorréia (ausência de menstruação) tem sido um critério apontado como controverso, pois não é suficiente para definição de caso diante de alguns fatores: a) até 30% das pacientes podem apresentar todo o quadro característico de anorexia sem amenorréia; b) 20% a 30% das pacientes apresentam amenorréia antes de haver perda importante de peso; c) dificuldades em se colher história menstrual confiável e; d) inexistência de um critério paralelo para homens. O critério ainda se mantém pelo fato de alertar para o distúrbio endócrino subjacente e suas seqüelas (osteoporose).

Acrescenta-se também uma disfunção endócrina, principalmente no eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal, identificada por amenorréia e perda de interesse e potência sexual.

O indivíduo com anorexia, na maioria das vezes, não se intitula como doente, para ele é apenas uma escolha religiosa, pessoal ou filosófica.

Buscando psiquicamente uma separação do símbolo maternal sentido como infectante, a anoréxica fica no meio de duas saídas, “[...] manter o mais distante de si aquilo de que não se pode privar” (APFELDORFER, 1995, p.91).

Raquel Soifer (1992) enxerga a anorexia infantil como uma “[...] tentativa de suicídio, um angustiante pedido de ajuda e de imposição de limites”. Detecta grande simbiose com os pais; sentimento de onipotência e ciúmes exacerbado; o sintoma pode expressar períodos críticos dentro do ambiente familiar, é a maneira do indivíduo vivenciar a depressão familiar.

1.4 Bulimia

Apenas recentemente, o termo bulimia nervosa passou a ser designado somente para indivíduos que, mesmo diante de grandes ingestões alimentares compulsivas, mantinham o peso perto da normalidade por consequência de atitudes compensatórias, como vômito provocado, ingestão de laxantes ou prática excessiva de exercícios físicos (BRUSSET, 2003).

Bulimia, “fome de boi” ou grande fome devoradora, tem o significado de entrega a um apetite descontrolado e compulsivo seguido de sentimento de fraqueza (termo encontrado em múltiplas literaturas referindo-se à bulimia).

Invertendo-se ao culto do rendimento, o sintoma se “[...] contrapõe à preocupação da economia e da medida” como desafio à cultura contemporânea (BRUSSET, 2003, p.8).

A maioria dos estudiosos do tema fazem uma ligação entre a bulimia e a depressão, relacionando frequentemente um “sentimento de fraqueza” como uma das principais características da patologia.

Segundo o DSM – IV (APA, 1994) existem cinco critérios para o diagnóstico da bulimia nervosa, dentre eles estão: ingestão descontrolada de grande quantidade de alimento em um curto período de tempo; presença de comportamentos compensatórios para evitar o aumento de peso

(vômitos, uso de laxantes ou diuréticos, jejuns e exercício excessivo); os dois comportamento citados anteriormente devem ocorrer mais ou menos duas vezes na semana durante o período de três meses, e preocupação demasiada com a forma e peso corporal.

Considerada por Brusset (2003, p.135) como um “arranjo perverso”, a bulimia se caracteriza por “[...] uma vulnerabilidade ligada à manutenção de uma dependência excessiva em relação aos objetos externos por fracasso parcial das internalizações”.

Apfeldorfer (1995) descreve os indivíduos portadores desta patologia do excesso como pessoas que vivem numa constante mentira; são vistas de fora como pessoas seguras e competitivas, mas escondem uma personalidade extremamente dependente da aprovação do outro, na verdade trata-se de uma pessoa que não se ama, não ama seu corpo e tem um imenso descrédito em relação a si mesma.

Ilustrando a consideração supracitada, recorre-se ao caso clínico de S. exposto por Persano (2005) de uma adolescente de 18 anos que apresenta um transtorno não especificado na conduta alimentar. Durante entrevista inicial para O. Kernberg (1984 apud PERSANO, 2005, p.682-683), a paciente explicou que procura ajuda pois:

Não estou bem, saio com minhas amigas mas não estou bem, no meu interior não estou bem; queria estar como antes, estar feliz! Não simular estar feliz ou estar feliz superficialmente. Sinto que nada me satisfaz ou não sinto alegria, não sei como explicar. Não vejo muito sentido nas coisas... como estou triste, não tenho outra coisa para preencher esse vazio que sinto. E como: como tudo, como para preencher isso que me falta e me torno pior, porque não consigo o que queria e me sinto mal. Ninguém se importa com o que me acontece... eu sempre espero muito do outro. Como sou muito insegura, necessito sempre da aprovação do outro, necessito disso, não posso fazer as coisas sem que o outro me diga, me dê esse empurrão, agora fiquei sem nada.

São pacientes geralmente impulsivas em todas as esferas comportamentais, sentindo em seguida de seus atos arrependimento, culpa e remorso. Não é incomum encontrarmos nesses indivíduos comorbidades adictas, cleptomanias, ninfomanias, crises de alcoolismo, tentativa de suicídio e atos de violência.

“A sensação subjetiva de descontrole é uma manifestação prototípica nos transtornos alimentares e está ligada a graves perturbações na constituição da identidade” (PERSANO, 2005, p.684).

Analisando esta dinâmica, as bulímicas se inserem em um “ciclo vicioso”. Ficam impossibilitadas de evitar as crises de compulsão alimentar, geralmente provocada por algum fator estressante e caracterizadas pela ingestão de alimentos hipercalóricos. Essas crises sucedem sentimentos de arrependimento e culpabilidade uma vez que a paciente se depara com seu total descontrole e impotência. Para compensar o erro e evitar o aumento de peso, esses indivíduos se submetem a comportamentos compensatórios drásticos extremamente prejudiciais à saúde.

De acordo com Brusset “[...] o ato bulímico causa curto-circuito na representação, colocando em ação fatores fisiológicos que têm, eles mesmos, efeitos psíquicos, de modo que a repetição do ato cava o buraco que se quer tapar” (BRUSSET, 2003, p.12).

Quando utilizados de forma prolongada, o uso desses comportamentos provoca uma série de complicações metabólicas, que, como consequência, gera estados de cansaço intenso, declínio das capacidades intelectuais, dores musculares, perda de cabelo, descalcificação nos dentes dentre outros inúmeros prejuízos.

2. CONSIDERAÇÕES RELEVANTES SOBRE A ATUALIDADE

Em um momento onde tudo acontece rápido demais, a tendência é que os indivíduos tornem-se cada vez mais adaptáveis às situações. Neste contexto, as emoções não encontram espaço para enraizarem-se; então, em suas ações, as pessoas adestram-se, dentre tantas habilidades, também para não sentir.

Para caracterizar obesos e bulímicos, Apfeldorfer (1995) denominou uma posição em que o indivíduo se encontra perante o mundo e a si próprio como “posição hiperempática”; posição esta, que, em suas especificidades, pode plausivelmente assemelhar-se às estruturações de personalidades atuais.

Em suas palavras define a “posição hiperempática” como:

[...] o duplo movimento de investimento do mundo e de desconhecimento de si próprio [...] A hiperempatia não tem apenas desvantagens: o sujeito dotado de um excesso de empatia, da capacidade de se esquecer totalmente para formar um todo com outra pessoa, de abolir a distância que o separa do outro, de ser o outro [...] (APFELDORFER, 1995, p.102).

Então, tratando de assuntos similares a anteriores, a “posição hiperempática” caracteriza uma posição de simbiose, onde o sujeito não é capaz de diferenciar-se, inicialmente em seu desenvolvimento, com o mundo externo. Subsequentemente fundem-se, ou simplesmente não se diferem, corpo e psique, matéria e sentimento, realidade e fantasia, limite e transgressão, eu e o outro.

Na cultura da imagem, os homens robustos e musculosos, antes altamente valorizados pela mídia e pelas mulheres, tornam-se incapazes de absterem-se dessa cobrança tirana de ideais;

são espectadores de uma indústria consumista que agora impõe prestígio à aparência magra também masculina.

Hoje, com o questionamento do modelo da institucionalidade patriarcal, também aumenta a preocupação de ambos os sexos perante o seu desempenho sexual; também aqui possa ser plausível sublinhar a direta ligação da qualidade de vida sexual à imagem corporal do ser humano como outro fator contribuinte para o aumento da estimação exagerada à aparência.

Especialistas no assunto consideram a importância da implantação de trabalhos de prevenção, não envolvendo somente profissionais ligados a área da saúde; que se comprometam também órgãos governamentais, profissionais da educação, pais, a indústria da moda e da beleza e, quase que principalmente, a mídia. Freitas e Claudino (2007, p.2) ressaltam:

O trabalho com a mídia é de particular importância a fim de estimular a diversificação dos biotipos físicos apresentados e criar mecanismos regulatórios para a veiculação de propagandas que utilizem recursos de manipulação de imagens e que favoreçam a crença na "perfeição estética".
Por fim, é possível que a prevenção secundária, com ações destinadas à detecção e à intervenção precoces mediante a melhoria da capacidade diagnóstica de profissionais de saúde em rede de atenção primária, e a maior disponibilidade de tratamento especializado representem alvo de ações mais realistas na prevenção dos TA's.

A afirmação destacada no parágrafo acima torna necessária a reflexão sobre a atual situação das possibilidades terapêuticas e metodológicas envolvidas nesse assunto.

Acreditando na cooperação e partilha de informação em busca da melhor forma para lidar com o problema, novamente o envolvimento de diversas classes disciplinares da área da saúde torna-se indispensável para o avanço, em técnicas e medicamentos adequados ao sintoma em questão.

Em sua maioria, estudos demonstram que a psicoterapia mais indicada nestes casos é a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), uma das correntes terapêuticas mais utilizadas atualmente para o controle do estresse. Suas técnicas possibilitam uma “cura” sintomática através de modificações de pensamentos e comportamentos, nestes casos, principalmente relacionados à comida e ao corpo.

Fazem uso de atividades concretas como reeducação alimentar, treinos cognitivos e técnicas de relaxamento; “[...] buscam obter, além da reeducação nutricional, uma ‘reestruturação cognitiva’ por correção dos erros de certos raciocínios”, opondo-se às crenças atuais do paciente (BRUSSET, 2003, p.174, grifos do autor).

“Do ponto de vista psicanalítico, o problema não é tanto retificar os raciocínios aberrantes por contra-raciocínios [...]”, modificar a forma de manifestação sintomática ou cessá-lo momentaneamente, “[...] mas sim analisar seus motivos, funções defensivas e implicações” (BRUSSET, 2003, p.174).

Dentro da proposta de avaliar “uma atividade” e não apenas uma habilidade técnica, considera-se que a psicanálise “[...] é baseada em descrições de eventos ou de histórias que podem ser expostas e vividas em uma sessão de 50 minutos, assim como podemos reproduzir períodos de 50 anos de uma vida” (MARINHO, 2005, p.2).

É também uma teoria dinâmica e dificilmente enquadrada em qualquer parâmetro de definição; fala-se de uma relação única e individual estabelecida entre cada dupla terapêutica. As características do paciente e terapeuta estabelecerão todo e qualquer aspecto relacionado ao tratamento (KERNBERG, 2001 In GREEN).

Disse Freud que os sintomas psicossomáticos não são “diretamente acessíveis” à psicanálise: indiretamente, são. Se a análise remove a ansiedade ou outros obstáculos que impedem a descarga adequada dos impulsos de uma pessoa, os sintomas indiretos desaparecem sem terem sido especificamente visados pela psicanálise (FENICHEL, 2005, p.247, grifo do autor).

A psicanálise depois de Freud muito evoluiu em sua técnica, teoria, abordagens e políticas. Suas diversas derivações como a psicoterapia de grupo, de casais, psicoterapia de apoio, psicoterapia de base analítica e a própria análise, tornou possível perante a sociedade e todos os tipos de expressões sintomáticas atuais a aplicação da mesma. Novamente, o que está em jogo é a “relação do par analítico” (KERNBERG, 2001 In GREEN).

Com idéias similares à de Winnicott, Kohut, autor da psicologia do self e teoria do narcisismo é considerado um dos principais teóricos pós freudianos e responsáveis por significativas mudanças na psicanálise contemporânea.

Dando ênfase principalmente a qualidade empática do terapeuta, para Kohut e outros autores psicanalíticos, através da análise o paciente é capaz de retomar ao ponto onde o seu desenvolvimento emocional ficou incompleto por causas ou carências ambientais (atitudes “inadequadas dos pais”). A tarefa do analista será criar condições para que o analisando retorne ao ponto de onde parou e continue o seu processo maturacional de maneira adequada (BLEICHMAR & BLEICHMAR, 1992, p.347, grifos do autor).

Colocando-se no papel de objeto suficientemente bom, capacitado de ser idealizado e internalizado pelo paciente, o analista pode proporcionar ao paciente um novo encontro para que consiga então “alcançar seu desenvolvimento pleno. O analista tem um papel decisivo, pois se converte no substituto das figuras parentais que falharam na primeira oportunidade” (BLEICHMAR & BLEICHMAR, 1992, p.351).

Em contrapartida do que se parece afirmar ao discurso deste artigo diante às relações parentais, a psicanálise não se ocupa em culpar os pais.

[...] a versão que cada paciente tem dos pais durante a análise modifica-se, conforme forem modificadas as angústias básicas, de modo que é sempre um ponto de vista sobre o passado, de acordo com as emoções do presente. Se na análise [...], o paciente se liberar de determinados conflitos, poderá obter uma visão mais equânime de sua vida e o quanto ele fez para chegar onde chegou (BLEICHMAR & BLEICHMAR, 1992, p.368).

A Psicologia do self focaliza-se no vínculo real da relação terapêutica, anulando a antisubjetividade do analista e separando da dupla a tão discutida neutralidade técnica. Imprescindivelmente necessária, a empatia pode ser comparada a um “fazer silêncio de si” (MILANI, 2007).

Fazer silêncio em si não significa ficar mudo, com uma neutralidade vítrea, mas sim estar consigo mesmo [...] Deixar-se afetar pela pulsão [...] sentir o que o outro sente [...] ajuda-lo a tornar-se sujeito. Ocorre então que o analista e analisando vão se interpretando, intra e intersubjetivamente, de maneira a produzir transformações e construções, seguindo um caminho único que vai ser traçado por essa dupla única (MILANI, 2007, p.3).

Firmados na ética e principalmente no amor e respeito ao ser humano, o analista analisa e se analisa todo o tempo, sabendo que todo cuidado é pouco quando se trata de vida psíquica.

Souza (2005) opina no XX Congresso Brasileiro de Psicanálise – “Poder, Sofrimento Psíquico e Contemporaneidade” em um artigo sobre transtorno alimentar:

Penso que a psicanálise no caso com os transtornos alimentares faz uso de equipamentos semelhantes metaforicamente aos da geologia, pois lida com vidas mentais ossificadas, onde as mudanças climáticas variam por vezes na mesma sessão, ou ainda, na mesma fala, passando da era glacial, com pontas de iceberg por todo lado, até áreas áridas e abafadas, quando não caímos em terrenos pantanosos cheios de areias movediças, impossibilitadas de caminhar (SOUZA, 2005, p.8).

Ainda em considerações da autora:

No divã, analista e analisando examinam a comida possível de ser ali produzida e torcem para que seja produtiva, nutriente e não tóxica para ambos. Uma cozinha especial que tem de, a todo momento, manter a atenção para que as panelas estejam sempre limpas para proceder ao ato de cozinhar e para que os cozimentos não passem do ponto (SOUZA, 2005, p.9).

Em uma clínica onde tornar-se sujeito, donos de si e dos próprios desejos, tem sido um objetivo cada vez mais utópico; “[...] os pacientes estão pedindo aos analistas, de modo claro ou disfarçado, que eles restaurem os buracos que ficaram em sua vida psíquica, que lhes permitam ser donos de um corpo falantes e de uma vida mais feliz” (SOUZA, 2005, p.10). Talvez esteja o homem em busca de saber o motivo de seu sofrimento e não apenas de cessá-lo perdendo assim parte de si.

Relembrando idéias de Bion, o analista está no lugar de transformar o psiquismo em aparelho de pensar pensamentos, de significar existências, construir significados e devolver a força de vontade de viver a vida.

Na psicanálise,

[...] a cura vai se efetuando na medida que se caminha – não é o pote de ouro que vai surgir no fim da estrada, pois o caminho se faz ao caminhar e não se tem certeza de onde se vai chegar. Ouro, cobre e estanho vão sendo garimpados e libertados das impurezas á medida que se garimpa. Transformações e construções não são produtos manufaturados que possam ser produzidos a priori, e ofertados para serem consumidos por uma determinada classe de pacientes classificados de acordo com sua estrutura psíquica. Um procedimento assim – entregar os produtos já prontos, embalados e homogeneizados – é o que está na raiz dos males do consumismo exagerado, como forma de tentar aplacar angústias e fases depressivas, na sociedade contemporânea. O analista não tem como finalidade princeps¹⁴ aplacar angústias e nem tampouco os momentos depressivos. Por conseqüência, se adotarmos uma postura igual a essa estaremos pactuando com o mal-estar do indivíduo contemporâneo, vendendo a ele uma

¹⁴ Princeps: “principal, primeira”.

imitação dos psicofármacos atuais – tanto antidepressivos quanto ansiolíticos - e contribuindo ainda mais para alimentar o “**consumo (me) logo existo**”, e dificultando ainda mais a aquisição de sua singularidade (MARINHO, 2005, p.9).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentro de uma visão pluralista, o transtorno alimentar foi compreendido como um sintoma de múltiplas causas. Ligado à questões socioculturais, sua ocorrência em índices mais elevados encontra-se nas culturas ocidentais, onde o culto ao corpo tem exercido maior impacto na construção da subjetividade dos sujeitos.

As modernas configurações das relações humanas, e conseqüentemente, o impacto que isso tem causado nas prevaletentes estruturações narcísicas de personalidade, foi escolhido como tema para abordar, não só os “novos” sintomas apresentados nos consultórios, mas também na proposta de salientar a seriedade da integração e atualização dos profissionais da área da saúde em busca de novas e eficazes soluções para problemas desta procedência.

Atualmente, equipes transdisciplinares coesas de atenção ao transtorno alimentar são de difícil acesso; existem médicos especializados no assunto, psicólogos, nutricionistas, porém, cada um desempenhando o seu papel separadamente.

Sendo o homem um ser psicossomático, ou seja, composto por físico, mente e psíquico, sendo ao mesmo tempo todas essas partes integradas, considera-se, assim como Persano (2005, p.675), que o tratamento de problemas como o transtorno alimentar “[...] requerem uma abordagem de múltiplas disciplinas, levada a cabo um enfoque interdisciplinar e integrador”. Trata-se de um enfoque que ultrapassa os interesses da classe profissional; que visa à ética, o

respeito e o amor ao ser humano, acreditando que o empenho em prevenir, promover e lutar por amplitudes em possibilidades terapêuticas é também ofício dos responsáveis pela saúde da população.

Sobre o impacto da cultura na construção de estruturas psíquicas da criança, pondera-se que, a intensidade de tal, dependerá proporcionalmente das arestas que o ambiente familiar permitir. É no lar, que o homem experimenta sua primeira relação com o mundo externo, ali reside o seu primeiro e talvez o mais importante grupo social. Aprende com os pais e experiências familiares as primeiras regras, internaliza normas, valores e ideais; os pais são os espelhos que determinam no psiquismo do filho, a primeira e principal imagem a ser refletida. Deste modo, torna-se de suma estima afirmar a importância das vinculações familiares na formação da personalidade do sujeito.

Enxergando o indivíduo de forma sistêmica, dentro da área da saúde, deve-se avaliar sob perspectiva de que “cada caso é um caso”. Tratar o paciente de forma única e analisar o contexto em que está inserido, bem como a configuração de suas relações, funcionamento psíquico, físico e mental, possibilita a diminuição de fracassos terapêuticos por limitações de vertentes oferecidas a certa patologia. Perante a escassez na diversidade em tratamentos oferecidos para o transtorno alimentar, assistiu-se o sujeito diante de mais um episódio em que se vê forçado a enquadrar-se à vontades e limites do que o outro lhe oferece.

Aqui, além da Terapia Cognitivo Comportamental – TCC, a Psicanálise é escolhida como outro método terapêutico possível no caso de transtornos alimentares; ainda assim, não se descarta tantas importantes abordagens da psicologia.

Não se deve esquecer, em qualquer abordagem, que esses pacientes, de acordo com Brusset (2003), necessitam de uma técnica diferenciada das utilizadas com pacientes neuróticos. A empatia é atributo essencial nesses casos, considerados como “sujeitos hiperempáticos” por Apfeldorfer (1995, p.115), “é a partir desse movimento de consideração do terapeuta que saberá determinar sua própria identidade”. O profissional deve estar atento a sentimentos contratransferenciais para nomear afetos, pensamentos e sentimentos que suscitam de vivências externas e internas desses sujeitos.

Fazer com que o paciente codifique seus sentimentos, signifique seus impulsos e alivie aos poucos sua angústia indefinida é tarefa construída e vivida em cada sessão. Este encontro de mentes é fruto de uma relação aprendida, nova e iluminada pela oportunidade de trocas inusitadas e sem “limites” entre paciente e terapeuta. Essa tarefa árdua exige alto comprometimento do profissional, o qual necessita ter sempre em mente a grande responsabilidade que tem em mãos, a vida humana.

Psicólogos que se coloquem no lugar de objetos suficientemente bons e que se enquadrem às demandas e necessidades dos que buscam ajuda; talvez esse possa ser o início, a possibilidade de adicionar cor a esse mundo sem sentido dos pacientes com transtorno alimentar.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4.ed. (DSM-IV) Washington: APA, 1994.

APFELDORFER, G. *Anorexia, Bulimia, Obesidade*. Trad.: Rosa Dinis. Portugal: Instituto Piaget, 1995.

BALLONE, G.J. *Suprarrenais e Estresse*. Disponível em <<http://www.psiqweb.med.br>> revista em 2005. Acesso em: 14/08/08.

BENEDETTI, C. *De obeso a magro: a trajetória psicológica*. São Paulo: Vetor, 2003.

BERGERET, J. *A personalidade normal e patológica*. Trad.: Alceu Edir Fillmann. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

BLEICHMAR, N.M.; BLEICHMAR, C.L. *A psicanálise depois de Freud*. Trad. Francisco Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

BRIGGS, D.C. *A auto-estima de seu filho*. 2. ed. Trad.: Waltensir Dutra. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

BRUSSET, B. Psicopatologia e metapsicologia da adição bulímica. In: BRUSSET, B.; COUVREUR, C.; FINE, A. (Orgs.) *A Bulimia*. São Paulo: Escuta, 2003. cap. 6, p.137-171.

_____. Conclusões terapêuticas. In: BRUSSET, B.; COUVREUR, C.; FINE, A. (Orgs.) *A Bulimia*. São Paulo: Escuta, 2003. cap. 7, p.173-184.

CLAUDINO, A.M; BORGES, M.B.F. *Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução*. Rev. Bras. Psiquiatr. , São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S151644462002000700003&lng=en&nrm=iso>>. Acesso em: 29/04/08.

CORDÁS, T. *Casos de anorexia aumentam entre homens, afirma especialista*. Entre 1992 e 2007, ambulatório da USP atendeu apenas três rapazes. Só em 2008, 20 homens já buscaram atendimento no centro. [17 de junho, 2008] São Paulo. Entrevista concedida a Marília Juste. Disponível em: <<http://g1.globo.com/Noticias/Ciencia/0,,MUL6031635603,00CASOS+DE+ANOREXIA+AUMENTAM+ENTRE+HOMENS+AFIRMA+ESPECIALISTA.html>>. Acesso em: 25/07/2008

COSTA, J. F. *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

COUVREUR, C. Fontes históricas e perspectivas contemporâneas. In: BRUSSET, B.; COUVREUR, C.; FINE, A. (Orgs.) *A Bulimia*. São Paulo: Escuta, 2003. cap. 2, p.15-57.

DIAS, E.O. *A Teoria do Amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

FENICHEL, O. *Teoria psicanalítica das neuroses*. Trad.: Samuel Penna Reis. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

FREITAS, S.R.; CLAUDINO, A.M. *O lado oculto do mundo da moda*. J. bras. psiquiatr. , Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30/07/08.

JEAMMET, P. Desregulações narcísicas e objetivos. In: BRUSSET, B.; COUVREUR, C.; FINE, A. (Orgs.). **A Bulimia**. São Paulo: Escuta, 2003. cap. 5, p.103-135.

GUIMARÃES, Leila T. *Ausência de Poder e desamparo*. In: XX Congresso Brasileiro de Psicanálise – “Poder, Sofrimento Psíquico e Contemporaneidade”, 2005, Brasília. Disponível em: <http://www.febrapsi.org.br/artigos/xx_cbp/xx_cbp_leila.doc>. Acesso em: 05/08/08.

KERNBERG, O. *Psicanálise, psicoterapia psicanalítica e psicoterapia de apoio: controvérsias contemporâneas*. In: GREEN, A. (Org). *Psicanálise contemporânea – Revista Francesa de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2001.

LAENDER, N.R. *A construção do conceito de superego em Freud*. Reverso. [online]. set. 2005, vol.27, no.52 [citado 15 Julho 2008], p.63-68. Disponível em: <http://pepsic.bvpspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952005000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25/07/08.

LIPOVETSKY, G.; CHARLES, S. *Os tempos hipermodernos*. São Paulo: Barcarolla, 2004.

MARINHO, N. *A Psicanálise como atividade*. Os desafios de nossos tempos (Contribuição à mesa: confrontações e resistências à psicanálise na contemporaneidade). In: XX Congresso Brasileiro de Psicanálise – “Poder, Sofrimento Psíquico e Contemporaneidade”, 2005, Brasília. Disponível em: <http://www.febrapsi.org.br/artigos/xx_cbp/xx_cbp_ney.doc>. Acesso em: 05/08/08.

MILANI, I. *O significado da cura na psicanálise: transformações e construções no processo analítico*. In: Conferência efetuada no II Congresso Luso Brasileiro de Psicanálise, 2007, Bahia. Disponível em: <http://www.febrapsi.org.br/artigos/2007_luso/2007_luso_idesio.doc>. Acesso em: 05/08/08.

MIRANDA-SÁ JR., L.S. *Compêndio de psicopatologia e semiologia psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed, 2001.

Organização Mundial de Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

PERSANO, H. Abordagem Psicodinâmica do Paciente com Transtorno Alimentar. In: EIZIRIK, C. L.; AGUIAR, R.; SCHESTATSKY, S. (Org.). *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. cap. 49, p. 674-688.

SOIFER, R. *Psiquiatria Infantil Operativa – Psicologia Evolutiva e Psicopatologia*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

SOUZA, M.R. *Distúrbios da Alimentação – Anorexia, Bulimia e Compulsões: Histórias de Segredos e Paixões*. In: XX Congresso Brasileiro de Psicanálise – “Poder, Sofrimento Psíquico e Contemporaneidade”, 2005, Brasília. Disponível em: <http://www.febrapsi.org.br/artigos/xx_cbp_marina.doc>. Acesso em: 05/08/08.

VINDREAU, C. A bulimia na clínica psiquiátrica. In: BRUSSET, B.; COUVREUR, C.; FINE, A. (Orgs.). *A Bulimia*. São Paulo: Escuta, 2003. cap. 4, p.81-102.

ZIMERMAN, D. E. *Psicanálise em perguntas e respostas: verdades, mitos e tabus*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

_____. *Bion. Da teoria à prática: Uma leitura didática*. Porto Alegre, RS: Artmed, 2004.

WINNICOTT, D.W. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

_____. *O ambiente e os processos de maturação*. Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Trad.: I.C.S. Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983.

_____. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1988.