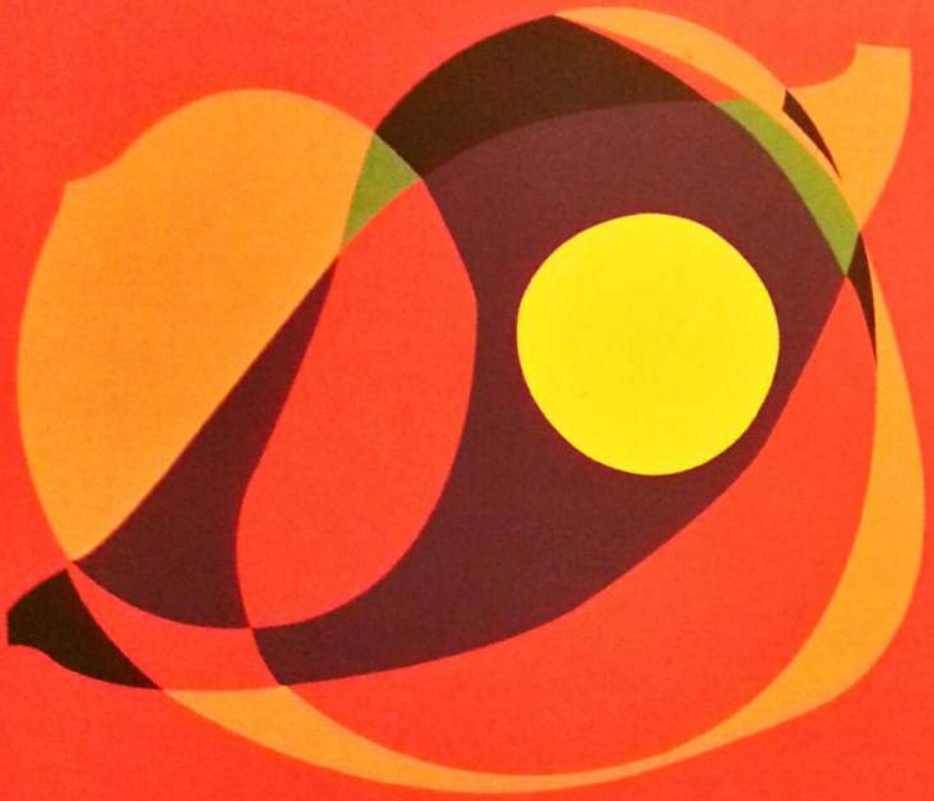
Psicanálise de Transtornos Alimentares



Ana Paula Gonzaga
Cybelle Weinberg

Organização

Alicia Cobelo
Aline Camargo Gurfinkel
Camila Peixoto Farias
Eric Bidaud
Fernanda Kalil
Gabriela Malzyner
Jaqueline Pinto Cardoso
Manoel Tosta Berlinck
Maria Helena Fernandes
Marina Fibe De Cicco
Marina Ribeiro
Marina Ramalho Miranda
Marta Rezende Cardoso
Talita Azambuja Nacif
Thais Fonseca de Andrade

Colaboradores

PRIMAVERA EDITORIAL

© 2010, Pri Primavera Editorial Ltda.

TÍTULO Psicanálise de Transtornos Alimentares
© 2010, Ana Paula Gonzaga e Cybelle Weinberg (organizadoras)
Imagem da p. 238 © Salvador Dalí, Fundació Gala-Salvador Dalí, AUTVIS, 2013.

Equipe editorial LOURDES MAGALHÃES E TÂNIA LINS
Revisão EQUIPE PRIMAVERA EDITORIAL
Tradução VALTER LELLIS SIQUEIRA
Projeto gráfico e diagramação PAULA PARON
Capa PAULA PARON
Imagem capa MATERNA, DE MARICY RÉGIS/REPRODUÇÃO VETORIZADA A PARTIR DA FOTO DE FERNANDO MELLO

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Psicanálise de transtornos alimentares / organização Ana Paula Gonzaga, Cybelle Weinberg. – 1ª edição, 3ª tiragem
São Paulo: Primavera Editorial, 2010.

Vários autores.

Bibliografia
ISBN 978-85-61977-23-8

1. Anorexia nervosa 2. Bulimia 3. Mulheres – Psicologia 4. Obesidade – Aspectos psicológicos 5. Perfeição – Aspectos psicológicos I. Gonzaga, Ana Paula. II. Weinberg, Cybelle.

CDD – 616.85260019
10-11598 NLM – WD 100

Índice para catálogo sistemático:
1. Transtornos alimentares: Aspectos psicológicos: Medicina
616.85260019

PRIMAVERA EDITORIAL

Rua Ferreira de Araújo, 202 – 8º andar
05428-000 – São Paulo – SP
Telefone: (55 11) 3034-3925
www.primaveraeditorial.com.br
contato@primaveraeditorial.com.br

Todos os direitos reservados e protegidos pela Lei 9.610 de 19/02/1998.
Nenhuma parte desta obra poderá ser reproduzida ou transmitida por quaisquer meios, eletrônicos, mecânicos, fotográficos ou quaisquer outros, sem autorização prévia, por escrito, da editora.

157 **A ILUSÃO SIMBIÓTICA E A CILADA NARCÍSICA ENTRE MÃE E FILHA: UM CASO DE BULIMIA**
Marina Ribeiro

167 **A COMPULSÃO ALIMENTAR E SUAS IMPLICAÇÕES NA CLÍNICA PSICANALÍTICA**
Fernanda Kalil

187 **O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NA ANOREXIA**
Jaqueline Pinto Cardoso

199 **A REPRESENTAÇÃO SIMBÓLICA NAS PERTURBAÇÕES ALIMENTARES À LUZ DA COMPLEXIDADE DA RELAÇÃO MÃE-FILHA**
Marina Ramalho Miranda

219 **CENÁRIOS DO INCONSCIENTE: ANOREXIA E BULIMIA EM ADOLESCENTES DO SEXO MASCULINO**
Thais Fonseca de Andrade

241 **CONSIDERAÇÕES SOBRE A CONTRATRANSFERÊNCIA EM PACIENTES DE DIFÍCIL ACESSO**
Talita Azambuja Nacif

253 **A CLÍNICA DO VAZIO: A RELAÇÃO ENTRE MASOQUISMO E TRANSTORNOS ALIMENTARES**
Gabriela Malzyner

263 **CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE PARA O TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES**
Alicia Weisz Cobelo, Ana Paula Gonzaga e Cybelle Weinberg

Sumário

8 **APRESENTAÇÃO**

14 **REFLEXIONS SUR LA CLINIQUE DES SAIGNEMENTS PROVOQUES**
Eric Bidaud

26 **REFLEXÕES SOBRE A CLÍNICA DOS SANGRAMENTOS PROVOCADOS**
Eric Bidaud

39 **O CORPO RECUSADO NA ANOREXIA E O CORPO ESTRANHO NA BULIMIA**
Maria Helena Fernandes

71 **DEPRESSIVIDADE E MANEJO CLÍNICO NO TRATAMENTO DAS PROBLEMÁTICAS ALIMENTARES**
Aline Camargo Gurfinkel

87 **"SE ESSE CORPO FOSSE MEU..." CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTRANHAMENTO NA ANOREXIA**
Ana Paula Gonzaga

102 **A HIPERATIVIDADE DAS ANORÉXICAS: UMA DEFESA MANÍACA?**
Cybelle Weinberg e Manoel Tosta Berlinck

121 **TRANSTORNOS ALIMENTARES E A FUNÇÃO DO ANALISTA NA CLÍNICA DO NÃO-REPRESENTADO**
Marina Fibe De Cicco

142 **INCORPORAÇÃO E EXPULSÃO DO "OUTRO" NA BULIMIA**
Camila Peixoto Farias e Marta Rezende Cardoso

A compulsão alimentar e suas implicações na clínica psicanalítica

Fernanda Kalil

"Não sei o que acontece comigo, não consigo entender, não tenho palavras... Sinto uma coisa louca, uma vontade incontrolável de comer o mundo! Não dá para parar, não dá... Você me entende? Sei que isso é uma doença e já tentei de tudo: dietas, endocrinologistas, remédios, nutricionistas... Realmente ainda não descobri o que devo fazer para tratar a minha doença. Não quero mais me entupir de remédios, mas também não quero saber de ficar falando e não resolver... Eu quero resolver logo isso! Preciso de ajuda e eu te imploro que seja rápido porque eu não aguento mais. Por favor, me ajude, você é a minha última esperança!"

Camila – nome fictício –, 25 anos

A compulsão alimentar na psiquiatria

A "doença" a que a paciente se refere é o disposto no apêndice B do DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais – Quarta Edição), que estabelece o diagnóstico (em construção) do TCAP (Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica), caracterizado pela ingestão de grande quantidade de alimentos com sensação de descontrole, normalmente em curto período de tempo, acompanhado de sofrimento psíquico. É preciso ressaltar, neste quadro diagnóstico, a ausência de métodos compensatórios (vômitos, laxantes, diuréticos, atividade física excessiva, jejum ou dietas restritivas) na tentativa de eliminar os efeitos da ingestão calórica, como acontece na Bulimia Nervosa.

Para que possamos falar em Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica, é preciso que o episódio de compulsão alimentar, também conhecido como "episódio bulímico" ou "*binge*", aconteça com a frequência de três vezes por semana durante seis meses. Ocorrendo

episódios de alimentação descontrolada com frequência menor que a estabelecida na classificação do DSM-IV, pode-se dizer que se trata de episódios isolados de compulsão alimentar, descaracterizando o transtorno tal qual elencado no manual de psiquiatria.

Ainda considerando a classificação psiquiátrica do DSM-IV, podemos dizer que o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica é um diagnóstico novo, cuja primeira descrição científica, nestes moldes, foi realizada em 1959 por Stunkard (Borges & Jorge, 2000). No entanto, embora a tentativa de compreender esse transtorno seja relativamente moderna e sua classificação nosográfica recente, encontramos relatos de condutas alimentares exageradas desde as obras literárias da história de Roma antiga (Bucaretchi & Weinberg, 2003).

No que se refere ao quadro clínico, o paciente com compulsão alimentar relata sentir, em algum momento do dia, uma necessidade incontrolável de comer grandes quantidades de alimentos. Não há escolha, preparo, ritual ou qualquer comportamento que remeta o sujeito a um investimento simbólico no ato de se alimentar. Os alimentos são buscados de acordo com a sua disponibilidade, facilidade de ingestão, muitas vezes misturando tipos variados de comida, sem saborear e tampouco mastigar adequadamente. Come-se em pé, sozinho, escondido ou realizando outra atividade simultaneamente, engolindo o que "surge em sua frente", sem se dar conta da quantidade que se come e, normalmente, desvinculado da real sensação de fome física.

Não há sensação de saciedade, ao contrário, a comilança só é interrompida pela sensação de "empanturramento", pelo constrangimento da chegada de outra pessoa que "flagra" o sujeito em seu episódio descontrolado ou pela falta de alimentos.

Objetivamente, o que se busca é a satisfação de uma necessidade de comer sem motivos aparentes *("sei lá, quando eu vi já estava devorando tudo da geladeira")* ou vinculada a uma situação conflituosa e estados emocionais desagradáveis *("briguei com o meu marido e comi de raiva")*. No relato de pacientes, ouvimos também o alto nível de sofrimento psíquico em razão da sensação de assujeitamento e estranheza diante do comportamento alimentar que não se pode controlar: *"pareço um animal", "sinto nojo de mim", "é como se eu estivesse possuída, como se não fosse eu..."*.

Para além do sintoma, o que a psicanálise tem a nos dizer?

Qual o lugar da psicanálise na compreensão dessa sintomatologia? O que se sabe sobre as particularidades do funcionamento psíquico desses pacientes? Qual a origem da compulsão alimentar? Qual o modo de subjetivação e modalidades relacionais desse paciente? E, especialmente, como tratar?

O objetivo deste artigo é refletir sobre os aspectos subjacentes ao sintoma alimentar, abrindo caminhos para a discussão de pontos importantes na condução do tratamento em psicanálise desses pacientes.

Um breve retorno às referências de Freud

Freud, no decorrer de sua obra, fez poucas referências à compulsão alimentar, mas aponta a existência de processos psíquicos que muito tem a ver com o que nós presenciamos na clínica com pacientes que apresentam este sintoma.

Em 1895, quando descreveu "a sintomatologia clínica da neurose de angústia", Freud citou os "ataques de fome devoradora" como um dos sintomas próprios da neurose de angústia.

Em 1897, na carta 55 a Fliess, Freud destaca a ideia de que a dipsomania (compulsão para beber) poderia ser uma substituição de uma pulsão sexual reprimida, acrescentando na carta 79:

"Comecei a compreender que a masturbação é o grande hábito, o 'vício primário', e que é somente como sucedâneo e substituto dela que outros vícios – álcool, morfina, tabaco etc. – adquirem existência." (p. 367).

Em 1926, no texto "Inibição, sintoma e angústia", Freud relata que a compulsão para comer pode ser atribuída ao medo de morrer de fome, afirmando que trata-se de um assunto pouco estudado.

No texto "O humor", em 1927, Freud acrescenta que a adição funciona como método para subtrair do homem a dor psíquica:

"Seu desvio da possibilidade de sofrimento coloca-o entre a extensa série de métodos que a mente humana construiu a fim de fugir à compulsão para sofrer – uma série que começa com a neurose e culmina na loucura, incluindo a intoxicação, a autoabsorção e o êxtase." (p. 191)

Karl Abraham e a teoria da primeira fase pré-genital da libido

Complementando os postulados de Freud, Karl Abraham (1916) desenvolveu um estudo sobre as fases pré-genitais do desenvolvimento, trazendo importantes contribuições para a clínica da compulsão alimentar.

Apoiado na teoria freudiana, Abraham descreveu diversos casos clínicos, tornando-se pioneiro em uma compreensão mais aprofundada do que chamou de "sentimentos anormais de fome" na neurose. Segundo ele, a "fome neurótica" não estaria relacionada com o vazio do estômago ou com a necessidade de nutrição, aconteceria em intervalos irregulares, surgindo como uma crise, mas acompanhada de sentimentos de ansiedade.

Segundo Abraham:

"Os pacientes queixam-se de suas "crises de fome devoradora". Reconhecem a diferença entre a fome normal e essa "fome devoradora", mas, não obstante, acham-se inclinados a confundir as duas condições. Apresentam as mais violentas resistências quando a psicanálise revela a ligação de sua fome voraz e neurótica com a libido reprimida (...)

Fortes impulsos libidinais, contra cujo aparecimento sem disfarces se protege a consciência, excepcionalmente podem achar-se mascarados pela sensação de fome, porque a fome é uma sensação que pode ser admitida por nós próprios e pelos outros, mesmo que seja excessiva. Ninguém, nem mesmo o próprio paciente, suspeita de que fonte os sintomas neuróticos haurem sua força. Em alguns casos, o impulso pode ser tão forte que o paciente é forçado a adaptar e subordinar todo o seu modo de vida ao seu anseio mórbido de comida. O poder

que consegue tal fome neurótica sobre os pacientes permite-nos avaliar a força enorme dos impulsos reprimidos que ganham expressão por meio desse meio" (p. 64–65).

O autor aponta a semelhança entre certos tipos de adição como a dependência da morfina, a dipsomania (dependência do álcool) e a compulsão alimentar, relacionando-as aos impulsos sexuais reprimidos:

"(...) o comportamento dos pacientes desta espécie, que anseiam por comida em curtos intervalos e passam por torturas se seus desejos não são satisfeitos, é extraordinariamente similar ao dos morfinômanos e de uma boa quantidade de dipsomaníacos. Com referência a estas condições, a psicanálise conseguiu mostrar que o veneno intoxicante concede ao paciente uma satisfação substitutiva daquela atividade da sua libido que lhe é negada. O sintoma do comer excessivo e compulsivo pode ser encarado à mesma luz "(p. 66).

A seguir Abraham aponta elementos significativos para a compreensão psicanalítica das adições. Sabemos que o critério que se utiliza para definir a existência da adição é o sentimento de dependência do sujeito em relação ao objeto. É o que ele deixa claro no decorrer de sua teoria, quando aponta a distinção entre a inclinação e o hábito por um lado e a compulsão patológica de outro. Não é a quantidade na ingestão de comida que caracteriza a compulsão, mas a forma com que a pessoa se utiliza do alimento. De acordo com ele, o critério a ser utilizado baseia-se na maneira pela qual o sujeito tolera a abstinência temporária do objeto.

Segundo o autor, as pessoas que apresentam compulsão são extremamente intolerantes a uma eventual diminuição do seu prazer habitual. Assemelham-se a "crianças mimadas" e seu desagrado diante da privação do objeto se transforma "em uma acentuada depressão de ânimo" (p. 72).

A respeito dos traços de funcionamento psíquico dos pacientes que apresentam quadros de compulsão alimentar, Abraham ressalta que trata-se de pessoas que parecem sempre estar solicitando algo,

detestam ficar sozinhas e apresentam como característica acentuada a impaciência. Dessa forma, o autor aponta nesses pacientes características importantes que a nossa experiência clínica confirma, como a baixa tolerância à frustração e a voracidade nas relações, semelhante ao modo com que se utilizam do alimento.

Outras contribuições teóricas

Embora a literatura psicanalítica ainda seja muito escassa nas referências ao tema compulsão alimentar, muitos autores que no decorrer de sua clínica estudaram os Transtornos Alimentares e comportamentos aditivos, trouxeram importantes contribuições para a clínica da compulsão. É o caso de Hilde Bruch, Joyce McDougall, Phillipe Jeammet e Bernard Brusset.

Hilde Bruch (1973), psicanalista e psiquiatra que estudou por mais de três décadas os Transtornos Alimentares e a obesidade, aponta a origem desses transtornos nas perturbações precoces da relação mãe-bebê. Segundo a autora, a origem das patologias alimentares estaria na dificuldade da mãe em atender apropriadamente as necessidades da criança, desconhecendo os diferentes tipos de choro do bebê (fome, frio, sono etc.) e atendendo a todas as solicitações da criança como necessidade concreta de alimento. De acordo com Hilde Bruch, isso produziria na criança uma dificuldade precoce no reconhecimento de suas necessidades internas.

Em outras palavras, faz parte da função materna atender às diversas solicitações da criança, inclusive atendendo à demanda de amor, que acompanha e supera a necessidade concreta do alimento. É nesse ponto que a mãe se apresenta não só fisicamente, mas também psiquicamente para a criança. Se, no entanto, a mãe não tem condições psíquicas de perceber as necessidades do bebê, ela interpretará as necessidades da criança de acordo com as suas próprias necessidades.

Joyce McDougall (2000) afirma que, em função de seus próprios conflitos e desejos inconscientes, a mãe pode prejudicar o processo

de diferenciação de seu bebê, mantendo uma relação dependente de seus cuidados, o que impossibilita à criança assumir por si mesma as funções maternas que deveriam ter sido introjetadas. Esse fracasso na função materna irá comprometer a capacidade da criança de integrar e reconhecer como seus o seu corpo, seus pensamentos e seus afetos. No dizer de McDougall, trata-se de uma "mãe-mortífera", ou seja, aquela que leva a criança à perda irrevogável de si mesmo.

Complementando essas ideias, Phillipe Jeammet (2009) afirma que as patologias alimentares revelam uma dinâmica específica das relações e dos investimentos onde aconteceu uma má-diferenciação sujeito/objeto. Assim, a relação com o alimento revela, antes de tudo, uma "apetência objetal", própria de vivências primitivas onde a relação com a mãe era caracterizada pela voracidade e pela fusão.

Nas palavras de Bernard Brusset (1999), "tudo se passa como se o ajuste conveniente sujeito-objeto não tivesse podido ser feito, deixando persistir uma dependência que priva o sujeito de si mesmo" (p. 55).

O investimento materno é o que constitui condição necessária à sobrevivência psíquica do indivíduo. Cabe à mãe atender às necessidades do bebê, nomeando seus afetos, mantendo uma distância adequada com intervalos regulares que possibilite proteger o bebê do risco de uma presença maciça ou de uma ausência intolerável. É exercendo uma escuta das necessidades da criança de forma sensível e investindo libidinalmente no corpo do bebê que a mãe assegura a constituição dos processos de simbolização da criança.

Segundo Maria Helena Fernandes (2006):

"É essa mediação que organiza o contato da criança com seus amores e seus ódios, sua capacidade de amar e de destruir, de vincular-se ao outro ou de isolar-se, mas também de promover o prazer e de suportar o sofrimento" (p. 206).

No caso do paciente compulsivo, essa mãe, intrusiva ou ausente, não possibilitou uma distância adequada e necessária ao processo de individuação da criança, favorecendo sentimentos profundos de desamparo psíquico. Nas palavras de Maria Helena Fernandes, trata-se da "mãe de extremos".

Nesse sentido, podemos dizer que a função materna foi precária, que não foi realizada da forma adequada. E a consequência disso é o fracasso no processo de introjeção da função materna.

No lugar da introjeção, a incorporação

A introjeção significa que o bebê vai criando em seu mundo psíquico uma representação da função materna, ou seja, é o que faz com que a mãe cuidadora seja sentida como presente no psiquismo da criança. É a introjeção que substitui a presença da mãe, que assegura ao bebê a possibilidade de lidar com a ausência concreta dessa mãe, garantindo um apaziguamento diante das dificuldades no decorrer da vida.

Se a introjeção da função materna não acontece, o sujeito utiliza-se da incorporação. Segundo Laplanche e Pontalis (2000), a incorporação é o protótipo corporal da introjeção.

O predomínio da incorporação, enquanto defesa, reflete o desamparo do sujeito diante do excesso pulsional. Em outras palavras, o sujeito-paciente encontra-se à mercê da pulsão. Isso significa que o sujeito permanece desprotegido diante da perda do objeto, buscando nos objetos externos (no caso, a comida) uma ilusão de obturar-lhe o sentimento de vazio com o qual não consegue lidar. Ou seja, o paciente utiliza o alimento como substituto dos objetos faltantes em seu mundo interno, mas essa tentativa não tem sucesso, tornando essa busca incansável, sem fim.

Nesse contexto, a compulsão alimentar pode ser uma forma de evitar a perda do objeto por meio da incorporação, como uma garantia de que o sujeito não será confrontado com as suas dores psíquicas.

De acordo com Schevach (1992), referindo-se às ideias de Brusset, "a incorporação torna-se ingestão e a representação da mãe e do peito, o alimento" (p. 107).

Ainda nesse sentido, Nicolas Abraham e Maria Török (1995) ressaltam:

"A cura mágica por incorporação dispensa do trabalho doloroso da recomposição. Absorver o que vem a faltar sob forma de alimento, imaginário ou real, no momento em que o psiquismo está enlutado, é recusar o luto *e suas consequências, é recusar introduzir em si a parte de si mesmo depositada no que está perdido, é recusar saber o verdadeiro sentido da perda, aquele que faria com que, sabendo, fôssemos outro, em síntese, é recusar sua introjeção. A fantasia de incorporação denuncia uma lacuna no psiquismo, uma falta no lugar preciso em que uma introjeção deveria ter ocorrido" (p. 245).*

A comida como objeto aditivo

Otto Fenichel, em texto de 1945, foi pioneiro na denominação "adições sem drogas", afirmando que os mesmos mecanismos e sintomas das adições podem ocorrer sem o emprego de drogas, utilizando-se de outros objetos externos, como é o caso dos "aditos da comida" (Fenichel, 1981).

Nesses casos, o sujeito, acometido por uma sensação de vazio, sensação impossível de tolerar, precisa recorrer a um objeto externo, seja ele qual for, na tentativa de preencher esse vazio interno, amenizando o desconforto psíquico. Importa para o sujeito que, ao menos, temporariamente, o mecanismo utilizado seja capaz de aliviar sua sensação de desamparo, com a qual se vê incapaz de lidar.

Dessa forma, podemos trabalhar com a ideia de que tanto o abuso de drogas como a compulsão alimentar seriam faces da mesma moeda, munidos de um objetivo comum: tentar tamponar sentimentos intoleráveis para o sujeito.Em entrevista a Fine (2003), Joyce McDougall, ao referir-se às "adições", formulou o conceito de "ato-sintoma" como sendo produto de um curto-circuito, um ato que assume o lugar de uma elaboração mental. Segundo a autora, "o ato-sintoma procura descarregar o mais rapidamente possível toda tensão criada por acontecimentos internos ou externos" (p. 186). Assim, quaisquer afetos desagradáveis ou não, mas impossibilitados de ganhar uma expressão simbólica serão descarregados por meio do agir. A autora complementa:

Segundo Laplanche e Pontalis, "a neurose de angústia é uma neurose atual, mais especificamente caracterizada pela acumulação de uma excitação sexual que se transformaria diretamente em sintoma, sem mediação psíquica" (*opus cit.*, p. 302)

Nesse contexto, Maria Helena Fernandes *(opus cit.)* ressalta a possibilidade de pensarmos os sintomas como uma descarga, um excesso que, atravessando o aparelho psíquico, não se situa a partir da lógica da representação. Esse corpo, a autora denominou de "corpo do transbordamento".

McDougall (2000) nos fala que são pacientes "cujos gritos de aflição procuram chamar a atenção mais para o perigo de morte psíquica do que para o perigo de castração fálico-edipiana", e complementa que o que encontramos está mais próximo de "uma erotização primitiva, implicando o corpo inteiro que se oferece como local do conflito" (p. 39).

"Não sei... e... não quero saber": algumas considerações sobre a fala de Camila

A fala de Camila vem ilustrar com propriedade as hipóteses que tecemos acerca do funcionamento psíquico do paciente compulsivo que busca tratamento na clínica psicanalítica.

Camila nos remete à compreensão do descontrole alimentar enquanto sintoma instalado fora do âmbito do simbólico, da linguagem, da palavra, e ilustra o nosso entendimento quando diz: *"não tenho palavras"*. Sua descrição *"não dá para parar, não dá"*, reflete a emergência do pulsional que não pode ser escoado por meio da fala e transborda no corpo, acompanhado de um assujeitamento muito sofrido e da urgência no atendimento da necessidade.

Camila nos conta também de seu insucesso nas tentativas de eliminar o sintoma e solicita que sua "doença" seja tratada. No entanto, não é da doença que a psicanálise se ocupa, mas do processo psíquico do sujeito, com o objetivo de ir além do sintoma, visando a elaboração do conflito subjacente a ele e mudanças significativas no funcionamento psíquico do paciente.

A fala *"eu te imploro que seja rápido"* revela a intolerância à espera presente nesses pacientes e nos leva à reflexão, também, acerca dos traços da nossa época, como a rapidez, o imediatismo, o consumo desenfreado, a intolerância à frustração, a busca de fórmulas mágicas que possam apagar o sofrimento sem dele nada saber, sem dele se dar conta.

Por fim, Camila convoca a analista – *"você é minha última esperança!"* – a ocupar o lugar do saber sobre si, para que ela possa permanecer na mesma posição: *"Não sei... e... não quero saber"*.

Cheio de comida, vazio de palavras: "Eu não tenho nada para dizer, só quero me livrar da minha compulsão"

É dessa forma que chegam os pacientes à nossa clínica: inquietos com o sintoma, buscando alívio, implorando a satisfação de suas necessidades, enfim, querendo "curar" mas *não* querendo saber...

Apresentam uma fala concreta, com relatos descritivos, despejando na sessão uma infinidade de dados de forma voraz e compulsiva, assim como fazem com a comida: sem refletir sobre o que estão dizendo e sem se comprometer com a própria fala.

Phillipe Jeammet (*opus cit.*) propõe que, na medida em que o paciente se comunica por meio de uma linguagem comportamental, o analista deve responder-lhe também em uma linguagem concreta, uma vez que esse sujeito apresenta dificuldade de compreender uma linguagem muito simbólica. Isto é de fundamental importância para a técnica e não significa que estamos abdicando da psicanálise, mas que nos disponibilizamos a acompanhar o paciente em seus diversos momentos. Penso que, nessa situação, a escuta psicanalítica é o que faz a diferença.

Se falam em comida, dietas, excessos, calorias, emagrecimento ou ganho de peso, devemos escutar e refletir sobre o possível significado destas falas, tomando muito cuidado para não interpretar seu conteúdo, pelo menos em um primeiro momento. Se a queixa de suas

compulsões e o relato minucioso de seu assujeitamento diante das comilanças se repetem e parecem "engolir" qualquer possibilidade de avançarmos em algo que é da subjetividade do paciente, mesmo assim precisamos acolher esses conteúdos até que possamos caminhar um pouquinho, com muita delicadeza, para que mais adiante possamos compreender com aquele sujeito o que existe além e aquém da alimentação.

Ser continente com as angústias do paciente, dar significado às suas comunicações, auxiliar o sujeito em sua capacidade interna de fazer um trabalho de ligação, relacionando os fatos externos da vida do paciente com seu mundo interno e com momentos de sua própria história, tudo isso é o que vai possibilitar que a psicanálise aconteça.

É muito importante sabermos dosar as nossas intervenções. Se falamos demais, corremos o risco de obstruir o trabalho associativo e de elaboração mental do paciente, mas se produzimos um longo silêncio, o maior risco pode ser o de remetê-lo ao vazio e ao desamparo que tanto luta para evitar, produzindo uma frustração intolerável para o sujeito. Saber o tempo e a medida das nossas intervenções é um dos nossos grandes desafios.

Outro aspecto a ser considerado é o fato de que se nos deparamos com um paciente difícil de tratar pela via da palavra, do simbólico, as intervenções concretas relativas aos elementos que compõem o *setting* mostram-se extremamente importantes, ou seja, aquelas relacionadas ao horário e ao pagamento das sessões, apostando na possibilidade de que essas intervenções possam, de alguma forma, convocar algo do inconsciente do sujeito.

"Eu engulo as minhas emoções"

Esta é a fala de uma paciente cujo maior receio é o de que a análise toque em pontos sensíveis e difíceis de reconhecer. Sabemos que o comportamento alimentar serve para proteger o sujeito do contato com suas experiências subjetivas; em outras palavras, o comer compulsivo tem a função de ocultar afetos intoleráveis para o sujeito.

O processo psicanalítico, ao contrário, possibilita a eclosão e expressão desses afetos.

Sabemos também que um traço característico dos pacientes é o fato de que não querem falar de si e rejeitam qualquer intervenção que os remeta à própria subjetividade e à angustia subjacente ao sintoma. É comum, no início do tratamento, que na primeira oportunidade que temos de indagar algo de sua história eles apontem o temor do desamparo e a dificuldade em lidar com seus conteúdos internos.

O estabelecimento da transferência, nosso *holding* e função continente é o que vai servir de sustentáculo para a continuidade do nosso percurso. Além disso, temos a favor do nosso trabalho o fato de que eles sofrem com o sintoma (egodistonia). Este sofrimento nos permite continuar até que o tratamento possa fazer aparecer algo que é do sujeito, oculto por trás da voracidade alimentar.

Os pacientes nos desafiam. Apontam, por meio de sentimentos contratransferenciais, a necessidade de sabermos lidar com a nossa própria falta. Solicitam urgência, o atendimento das necessidades, e nós precisamos permanecer atentos ao risco de "devorar" o paciente com cuidados excessivos, sob pena de repetirmos, na transferência, o papel daquela mãe temida e invasora que "adivinha" as necessidades do sujeito-paciente.

Ao contrário, o que temos a oferecer é acompanhá-los no percurso da reconstrução de sentidos, com genuíno interesse no trabalho associativo, o que demanda tempo de espera para que a palavra renasça.

Escutar, criar e ousar: a chance de reconstuir uma história que faça sentido

No decorrer deste artigo, teço algumas considerações sobre características fenomenológicas próprias dos quadros de compulsão alimentar. Por outro lado, precisamos pensar em toda a sutileza e diversidade das histórias de cada paciente. Nosso compromisso é com a singularidade do sujeito. Sendo assim, não podemos, jamais, deixar de lado todas as tentativas de compreender o sentido da comida e a

significação dos atos compulsivos na história de cada paciente que nos procura. Nosso trabalho consiste na arte de escutar o sujeito e possibilitar a reconstrução de uma história que faça sentido.

Assim, e de acordo com tudo o que foi pensado neste artigo, ao nos darmos conta da complexidade que envolve trabalhar com esses pacientes, precisamos escutar, criar e ousar... (Brasiliano, 2005). Trazer ao paciente a possibilidade de realizar novas ligações e recriar um sentindo para esse inominável que transborda sob a forma de "comer demais".

A construção de um *setting* suficientemente bom é o que irá nos proporcionar o privilégio de acompanhar esse sujeito com aquilo que ele possui de mais precioso: suas experiências, contradições, dores e criações, possibilitando colocar em palavras algo que se perdeu, reconstruindo sua capacidade interna de criar algo novo, transitando da fala vazia de significados à construção de um discurso, enfim, ajudando-o a migrar de uma avidez insaciável para o desejo genuíno de degustar a vida com todos os seus sabores...

Referências

Abraham, K. (1916). O primeiro estágio pré-genital da libido. In *Abraham, K. Teoria Psicanalítica da Libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da Libido.* Rio de Janeiro: Imago, 1970. p. 51-80.

Abraham, K. (1924). A influência do erotismo oral na formação do caráter. In *Abraham, K. Teoria Psicanalítica da Libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da Libido.* Rio de Janeiro: Imago, 1970. p. 161-173.

Abraham, N. e Török, M. *A casca e o núcleo.* São Paulo: Escuta, 1995.

Azevedo, A. P. de et. al. Transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista de Psiquiatria Clínica.* São Paulo, v. XXXI, n.4, p. 170-172, 2004.

Birman, J. *Mal-estar na atualidade: A psicanálise e as novas formas de subjetivação.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

Borges, M. B. F. e Jorge, M. R. Evolução histórica do conceito de

compulsão alimentar. *Psiquiatria na Prática Médica*. São Paulo, v. XXXIII, n.4, p.113-118, 2000.

Brasiliano, S. Compulsões nos transtornos alimentares. Mesa redonda: psicanálise e transtornos alimentares. Trabalho apresentado no VI Encontro Brasileiro de Transtornos Alimentares e Obesidade, em São Paulo, junho de 2005.

Bruch, H. *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books, 1973.

Brusset, B. Anorexia mental e bulimia do ponto de vista de sua gênese. In Urribarri, Rodolfo (org). *Anorexia e Bulimia*. São Paulo: Escuta, 1999. p. 51-60.

Brusset, B., Couvreur, C. e Fine, A. (orgs.) *A Bulimia*. São Paulo: Escuta, 2003.

Bucaretchi, H. A. e Weinberg, C. Um breve histórico sobre os transtornos alimentares. In *Bucaretchi*, H. A. (org) *Anorexia e Bulimia Nervosa: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 19-26.

Cobelo, A. W. et. al. Tratamento psicodinâmico dos Transtornos Alimentares. *Cadernos da Ceppan*, São Paulo, ano I, n.1, mar. 2008.

Fenichel, O. *Teoria psicanalítica das neuroses*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1981.

Fernandes, M. H. *Corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

Fernandes, M. H. O corpo na anorexia e na bulimia. Trabalho apresentado no IV Encontro Latino Americano dos Estados Gerais da Psicanálise, em São Paulo, 2005.

Fernandes, M. H. *Transtornos Alimentares*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

Fine, A. Sobre a bulimia: entrevista com Joyce McDougall. In: Brusset, Bernard, Couvreur, Catherine e Fine, Alain (orgs.) *A Bulimia*. São Paulo: Escuta, 2003.p.185-195.

Freud, S. (1895[1894]). Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada "neurose de angústia". In: Freud, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. III., Rio de Janeiro: Imago, 1969.

Freud, S. (1905[1901]) Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: Freud, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de*

Sigmund Freud. v. VII., Rio de Janeiro: Imago, 1969.

Freud, S. (1950[1892-1899]) Extratos dos documentos dirigidos a Fliess. In: Freud, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. I., Rio de Janeiro: Imago, 1969.

Freud, S. (1926[1925]) Inibição, sintoma e angústia. In: Freud, Sigmund. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. XX, Rio de Janeiro: Imago, 1969.

Fuks, M. P. O sintoma na bulimia: psicopatologia e clínica. In Fuks, Lucía Barbero e Ferrraz, Flávio Carvalho (orgs.) *O sintoma e suas faces*. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2006. p. 43-56.

Gurfinkel, D. Teatro de transferência e clínica do agir. In Fuks, Lucía Barbero e Ferrraz, Flávio Carvalho (orgs.) *O sintoma e suas faces*.São Paulo: Escuta/Fapesp, 2006.p181-195.

Hochgraf, P. B. e Brasiliano, S. A compulsão alimentar e outras compulsões/dependências e adições nos transtornos alimentares. In: Alvarenga, Marle e Phillipi, Sonia Tucunduva. *Transtornos alimentares: uma visão nutricional*.São Paulo: Manole, 2004. p. 83-101.

Holcberg, A. S. Da desmesura à restrição. In: Alonso, Silvia Leonor, Gurfinkel, Aline Camargo e Breyton, Danielle Melanie (orgs.) *Figuras clínicas do feminino no mal-estar contemporâneo*.São Paulo: Escuta, 2002. p. 131-138.

Jeammet, P. Abordagem psicanalítica dos transtornos das condutas alimentares. In: Urribarri, Rodolfo. *Anorexia e Bulimia*. São Paulo: Escuta, 1999. p. 29-49.

Laplanche, J. e Pontalis, J.-B. *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

McDougall, J. *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*.São Paulo: Martins Fontes, 2000.

McDougall, J. L'économie psychique de l'addiction. In: Marinov, Vladimir (org.).*Anorexie, addictions et fragilités narcissiques*.Paris : P.U.F., 2002.

Passos, T. C. M. et. al. Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP). In: Claudino, A. de M. e Zanella, M. T. *Transtornos Alimentares e Obesidade*.Barueri, SP: Manole, 2005. p. 59-69.

Schevach, J. V. G. de. Ideias de Bernard Brusset em "Psicopatologia e metapsicologia da dependência bulímica".

In Urribarri, Rodolfo (org). *Anorexia e Bulimia*.São Paulo: Escuta, 1999. p. 99-112.

Sigal, A. M. *Escritos Metapsicológicos e Clínicos*.São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

Urribarri, R. (org). *Anorexia e Bulimia*. São Paulo: Escuta, 1999.

Weinberg, C. e Cordás, T. A. *Do altar às passarelas: da anorexia santa à anorexia nervosa*.São Paulo: Annablume, 2006.