



Anorexia e bulimia nervosa: Percepção e atuação do psicólogo clínico de orientação psicanalítica

Anorexia and nervous bulimia: Perception and practice of clinical psychologists with psychoanalytic orientation

Dietrich Sybil^[a], Verônica Suzuki Kimmelmeier^[b]

Resumo

A Psicologia clínica contemporânea vem se deparando com o aumento na frequência de algumas patologias como a anorexia nervosa e a bulimia nervosa, as quais vêm comunicar um mal estar, despertando assim um impacto na sociedade atual. Isto traz a necessidade de melhor compreender como o psicólogo clínico de orientação psicanalítica percebe e trabalha com essas novas subjetividades. Com isso, pretende-se desvelar as percepções do psicólogo diante de sua prática com essas patologias, como entendem sua função nesses casos, bem como as formas de tratamento e rumos que devem ser tomados, no sentido de não só tratar bem como prevenir tais sintomas. Para tanto se utilizou a abordagem qualitativa e entrevistaram-se cinco psicólogos clínicos de orientação psicanalítica com tempo de formação entre 5 e 18 anos, que haviam atendido um ou mais casos de anorexia e/ou bulimia nervosa. Uma vez coletadas as informações, as entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo. A partir da análise, verificaram-se os desdobramentos dos atendimentos, a função da Psicologia diante desses casos, características apresentadas, formas de tratamento, como também a concepção dos profissionais acerca os quadros.

Palavras-chave: Anorexia nervosa. Bulimia nervosa. Psicologia clínica. Orientação psicanalítica.

Abstract

The contemporary clinical psychology has been faced, with increasing frequency, with some diseases such as nervous anorexia and nervous bulimia, which come to communicate a discomfort and cause an impact in nowadays society. What has brought the need to better understand how a clinical psychologist with psychoanalytical orientation perceives and works with these new subjectivities. Considering that we intend to uncover the perceptions of a psychologist before his practice with those diseases, how he may understand his role in those cases, as well as what treatment modalities and directions must be taken in order to not only treat, but to prevent those symptoms. For that purpose we used qualitative approach and interviewed five clinical psychologists with psychoanalytical orientation who have graduated from five to eighteen years ago and who had attended one or more cases of Anorexia and/or Nervous Bulimia. Once the information had been collected, the interviews were subjected to content analysis. From the analysis there

^[a] Discente de Psicologia do 5º ano na Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Irati, PR - Brasil, e-mail: psicosy@bol.com.br

^[b] Docente do Departamento de Psicologia – Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), PR - Brasil, Mestre em Psicologia da Infância e adolescência - Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR - Brasil, e-mail: veronicask@uol.com.br

Recebido: 03/05/2011
Received: 05/03/2011

Aprovado: 06/06/2011
Approved: 06/06/2011

were seen the ramifications from those cases, the role of psychology on those cases, the characteristics and treatment modalities presented, as well as the professionals' perception on those clinical profiles.

Keywords: *Nervous anorexia. Nervous bulimia. Clinical psychology. Psychoanalytical orientation.*

Introdução

você tem sede de quê?
você tem fome de quê?
... a gente não quer só comer,
a gente quer prazer pra aliviar a dor.
(Titãs)

Os transtornos alimentares são quadros psicopatológicos de grande complexidade, que envolvem aspectos biológicos, psicológicos e sociais do ser humano. Assim, Fernandes (2006), Bucarechi (2003), Jeammet (1999), Persano (2005), Marcelli e Braconnier (2007) e Schomer (2003), vêm enfatizando a importância de fatores relacionados à cultura, à feminilidade e à sexualidade ao tratar do assunto, ressaltando aspectos como a vulnerabilidade da adolescência, o papel da mídia e da família diante desses transtornos. Desta forma, os profissionais de saúde, entre eles, o psicólogo clínico de orientação psicanalítica, se veem diante da eclosão de uma psicopatologia, que vem ressoando um mal-estar da sociedade contemporânea, que remete a pensar o que desejam esses sujeitos, eles tem fome de quê? Como coloca o trecho anterior retirado da composição de Antunes, Fromer e Brito.

Neste sentido, a visão apresentada neste artigo para tais transtornos se dá a partir das vivências do psicólogo clínico de orientação psicanalítica, dentro de uma perspectiva que rompe com a ideia de que fazer clínica é sinônimo de atendimento entre quatro paredes, voltando-se única e exclusivamente para cura. Parte-se, portanto, das palavras de Figueiredo (2004), "o que define a clínica psicológica como clínica é a sua ética: ela está comprometida com a escuta do interdito e com a sustentação das tensões e dos conflitos" (Figueiredo, 2004, p. 63).

Entende-se, neste artigo, a orientação psicanalítica como aquela em que os psicólogos partem de uma mesma metapsicologia psicanalítica proposta por Freud e que, ao longo dos tempos, vem se

modificando e formando uma diversidade psicanalítica, com um pluralismo teórico, que vem sendo foco de diversas discussões sem um consenso estabelecido até os tempos atuais. Com relação a isso, Stone coloca a dificuldade de se traçarem linhas conceituais heurísticamente úteis entre psicanálise e psicoterapias de orientação psicanalítica, uma vez que, dependendo da perspectiva teórica do investigador-pesquisador, vai resultar em uma gama diversa de possibilidades (Stone, 2005).

A respeito dos problemas do comportamento alimentar, Appolinário e Claudino (2000) sugerem que sejam divididos em dois grandes grupos: o primeiro compreenderia os distúrbios alimentares que ocorrem na infância, nos quais a problemática alimentar não parece estar relacionada a uma preocupação com a imagem corporal. Já o segundo compreenderia os transtornos alimentares propriamente ditos, tal como são atualmente designados na linguagem psiquiátrica, a anorexia nervosa e a bulimia nervosa, e evidencia uma marcada preocupação com a imagem do corpo, o que funcionaria, então, como um divisor de águas.

De acordo com Fernandes (2006), a anorexia trata-se, em geral, de uma jovem que, na ausência de problemas psíquicos e orgânicos evidentes, apresenta um emagrecimento superior a 10% do seu peso, encontra-se amenorreica há pelo menos três meses consecutivos e uma absoluta ausência de preocupação com essa perda de peso tão significativa. A restrição alimentar, inicialmente moderada, torna-se metódica, com a intenção clara de emagrecer.

Em relação à bulimia, em sua forma típica, tem-se que ela é caracterizada pela ingestão impulsiva e voraz, geralmente às pressas e às escondidas, de uma grande quantidade de alimento, frequentemente hipercalórico. Os acessos bulímicos são geralmente precedidos de um período de excitação particular e seguidos de mal-estar e vergonha. Podem ser acompanhados de adormecimento e de vômitos provocados, que se tornam, com o passar do tempo, mais ou menos automáticos (Fernandes, 2006).

Entretanto os problemas relacionados à alimentação englobam desde pequenas perturbações, como dietas restritivas, episódios de compulsão alimentar relacionados a situações específicas, podendo chegar a quadros de distúrbios alimentares de incidência grave, como a anorexia e bulimia, que podem levar esses jovens à morte. Na exploração da psicopatologia da alimentação cotidiana, pode-se observar que o comportamento alimentar remete o sujeito à complexidade da sua relação com o próprio corpo, e com os outros que o cercam (Fernandes, 2006).

Assim, para entender o sentido de tais quadros, torna-se necessário abordar a cultura em que estão sendo produzidas essas subjetividades, uma vez que são consideradas por muitos autores como uma patologia contemporânea e caracterizada pela ausência de significado simbólico nos sintomas (Junior & Junqueira, 2006).

No entanto, Junior e Junqueira (2006) pontuam que tais patologias são ditas atuais mais pela sua frequência e menos pelo surgimento nos dias de hoje, uma vez que Freud já iniciara uma discussão a respeito do que ele designara como neuroses atuais e que hoje vêm sendo desenvolvidas e discutidas por diversos autores. Para o aumento da frequência desses quadros na atualidade, “a literatura psicanalítica tem sugerido como principal causa a perda das tradições e da história em consequência da globalização e do tipo de relação subjetiva presente na sociedade de consumo ditada pelo capitalismo” (Junior & Junqueira, 2006, p. 3).

De acordo com Santos (1989, p. 27), a sociedade de consumo se caracteriza pela constante busca da elevação do nível de vida por meio do consumo exacerbado de bens e serviços diversos. Para ele, o sujeito atual é “alguém submetido a um bombardeio maciço e aleatório de informações parcelares, que nunca formam um todo, e com importantes efeitos culturais, sociais e políticos”. Em meio a isso, Santos ainda ressalta que o sujeito acaba não refletindo para e acerca de suas escolhas, mas sim, estabelecendo uma “resposta rápida, impulsiva, boa para o consumo” (Santos, 1989, p. 17).

Neste movimento tecnocientífico, no qual a mídia domina o cenário mundial, tem-se como consequência o que Debord chama de sociedade do espetáculo, em que “tudo o que era vivido diretamente tornou-se uma representação” (Debord, 1994, p. 13). Assim, o mundo do espetáculo produz a alienação dos sujeitos que têm como espaço comum, o campo do espetáculo,

o qual isola os espectadores que já não se relacionam, só assistem, gerando assim uma sociedade em que se valoriza a imagem, o ter ao invés do ser, sendo que o protótipo de imagem ideal é aquela que não só acumula, mas que parece, mostra e é prestigiada. De forma que é a mídia, a comunicação de massa, a qual estabelece os modelos e padrões comportamentais para o caminho do “sucesso”, não fuge assim aos propósitos da economia midiática. Portanto o que se vê é um culto ao consumo, a imagem corporal estabelecida, numa tentativa de tornar-se visível em uma sociedade que inevitavelmente as pessoas não se enxergam, nem se percebem.

No entanto, Charles, seguindo as ideias de Lipovetsky (2004) coloca que a sociedade contemporânea não é um fenômeno unidimensional, uma vez que, ante a desestruturação dos controles sociais e da lógica do individualismo, os sujeitos podem optar por uma tomada de responsabilidade, ou uma total falta desta, bem como autocontrolar-se ou não. Charles dá como exemplo o próprio comportamento alimentar. Diante desta tomada de autonomia pode gerar comportamentos responsáveis, como uma alimentação saudável, buscando uma qualidade de vida, bem como condutas patológicas como um excesso de controle, vista nas conhecidas anorexias, e as desregradadas atitudes das bulimias, que ressoam a perda de um “equilíbrio” e uma desestruturação diante de uma “liberdade de ações”, que em épocas passadas eram controladas por instituições, como por exemplo, a igreja católica por meio do próprio ato de jejuar.

Diante disto, é possível nos questionarmos se tais ‘liberdades’ são mesmo expressões de seres efetivamente livres, uma vez que, diante desta sociedade do espetáculo e da criação midiática das necessidades de consumo, podemos de fato nos considerar autenticamente livres, ou as instituições de controle não desapareceram, mas sim mudaram suas aparências.

Assim, Lipovetsky (2004) aponta para a característica do momento atual da sociedade em que “produz num só movimento a ordem e a desordem” (p. 56), e que dentro desta perspectiva estão as patologias ditas por ele como individuais, em que os sujeitos atingem a lógica do excesso da cultura atual. Neste sentido, Fernandes fala que “os transtornos alimentares parecem ser exemplares para colocar em evidência o paradoxo do excesso e da falta numa cultura marcada pela busca da linearidade anestesiada dos ideais” (Fernandes, 2006, p. 267). O ideal

buscado pelo sujeito contemporâneo para sua visibilidade não é a partir da identificação com um líder, mas sim “a incorporação de uma espécie de imagem de si mesmo apresentada pela televisão como uma imagem corporal” (Kehl, 2004, p. 158).

Bucarechi (2003), ao relacionar os transtornos alimentares com a feminilidade e a cultura, nos fala da alienação da mulher aos desejos do outro em detrimento dos seus; cobradas a serem boas mães, mulheres, amantes e profissionais, cuidando assim, da casa, das crianças, do marido, sem deixarem de cultivar um corpo sempre belo e desejado.

Jeammet (1999) pontua que os transtornos das condutas alimentares acontecem entre a infância e a idade adulta, tendo como foco a adolescência; colocando-se entre o psíquico e o somático; entre o individual e o social. Ele aponta que tal posição de cruzamento nos revela uma ligação provável entre esses transtornos e os processos de mudança; mostrando uma dificuldade em enfrentar as mudanças pubertárias; as mudanças socioculturais, como também demonstram impossibilidade de expressão puramente psíquica e representacional das dificuldades e, necessitando assim, recorrer a uma expressão por meio do seu corpo.

Diante de inúmeras produções teóricas, pode-se notar que a visão a respeito dos transtornos alimentares é transpassada por aspectos multifatoriais, não remetendo sua causa a um único fator, mas sim a uma complexidade de elementos atuando em conjunto na formação os sintomas.

Mediante este número crescente de casos de anorexia e bulimia nervosa surgido nos dias atuais, viu-se a necessidade de se fazer uma pesquisa em que se pudesse perceber como esses quadros estão sendo vistos e tratados pelos psicólogos clínicos dentro de uma visão da Psicologia de orientação

psicanalítica, bem como quais são as leituras feitas com relação a esses sintomas.

Método

Os participantes da pesquisa foram cinco psicólogos clínicos do Estado do Paraná, de orientação psicanalítica, com tempo de formação em Psicologia entre 5 e 18 anos e que atenderam um ou mais casos de anorexia nervosa e/ou bulimia nervosa. Conforme ilustra o Quadro 1.

Como instrumento para o levantamento de informações pertinentes à pesquisa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais, as quais abordavam temas como características dos quadros clínicos, influências nos casos, função do psicólogo e formas de tratamento.

Segundo Rey (2005), este é um instrumento em que as respostas dos participantes são construídas no espaço dialógico da entrevista e não estão prontas *a priori*. A conversação é um sistema no qual os participantes se orientam em seu próprio curso e que os aspectos significativos aparecem na medida em que as pessoas envolvidas avançam em suas relações. Para tanto, a partir de um diálogo espontâneo e ativo do pesquisador, o sujeito participante permitirá que, por meio dessa pesquisa, o pesquisador conheça as concepções mantidas a respeito da sua prática, em especial com pacientes com transtornos alimentares.

Neste sentido, trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo, em que a produção de conhecimento se dá na relação pesquisador- sujeitos pesquisados, onde a construção de conhecimento é um ato subjetivo. Assim, a pesquisa qualitativa possibilita um espaço para a produção de sentidos dos sujeitos pesquisados ao longo do processo de pesquisa (Rey, 2005).

Quadro 1 - Caracterização dos participantes da pesquisa

Participante	Universidade	Tempo de formação	Atendimento	Contato com as quadros clínicos durante a formação
P1	Pública	8	Anorexia	Sim. Em estágios e descrição do sintoma em psicopatologia
P2	Particular	18	Anorexia	Não
P3	Particular	18	Anorexia	Não
P4	Pública	5	Anorexia	Sim, em estágios
P5	Pública	18	Anorexia e bulimia	Não

Fonte: Dados da pesquisa.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Centro-Oeste (COMEP/UNICENTRO – Parecer n. 002/2010), a pesquisa teve início com o contato com os possíveis participantes da pesquisa, que foram convidados pelo próprio pesquisador ou por conhecidos deste, por meio de informações obtidas em divulgações e indicações de outros profissionais a respeito de psicólogos que atenderam pacientes que apresentam transtornos alimentares. Foram marcadas, e realizadas as entrevistas, diante do esclarecimento dos objetivos da pesquisa e da assinatura do termo de consentimento pelos seus participantes. Assim, para a análise das informações expostas nas entrevistas, que foram gravadas e transcritas, foi utilizada a análise de conteúdo. Segundo Bardin (1977), é uma técnica de investigação, que utiliza de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações e que tem por finalidade a interpretação dessas mesmas comunicações.

Resultados e discussão

Por meio da fala dos participantes, foram elaboradas categorias que permitem compreender melhor as concepções destes acerca dos transtornos alimentares da anorexia e bulimia. A partir da análise de conteúdo das entrevistas, chegou-se ao seguinte conjunto de categorias e suas respectivas subcategorias, descritas a seguir:

- Características dos quadros: preocupação com a imagem corporal, conflito emocional, conflito interpessoal e incidência (adolescência/mulheres).
- Fatores relacionados com os transtornos: social (cultural/familiar), emocional e orgânico.
- Intervenções preconizadas: diálogo profissional, suporte ao paciente, trabalho com a família e prevenção dos casos.

Mediante as categorias levantadas, os fenômenos apresentados pelos participantes vão sendo discutidos ao longo do texto, inserindo o leitor no universo da alimentação, seus sentidos e repercussões ao longo da história cultural e pessoal de cada sujeito.

Características dos quadros

Esta categoria refere-se ao conjunto de características percebidas pelos psicólogos nestes quadros patológicos. O aspecto mais mencionado pelos profissionais foi a preocupação com a imagem corporal, conforme a seguinte fala: *"Uma insatisfação constante em relação à imagem corporal, sempre se olhando no espelho e se considerando gorda, como que eu vou sair na rua pesada deste jeito, inchada"* (P1).

A preocupação com o corpo é mencionada por autores, como Marcelli e Braconnier (2007), os quais afirmam que a atitude da paciente em face do peso é característica: ela se pesa regularmente, sente-se satisfeita e orgulhosa quando constata uma perda de peso. Em contrapartida, a constatação de uma retomada de peso é acompanhada de um sentimento de opressão, de abatimento, de desgosto e de cólera interior. Persano (2005) fala que o quadro é acompanhado de uma perturbação consciente e inconsciente do corpo, sendo uma das características a observação constante de seu corpo, quando toma banho, ao passar em frente a um espelho, depois de comer ou urinar ou defecar, procurando alterações nas formas de seu corpo, procurando transformações quando algo entra ou sai dele, como se precisasse reafirmar sua própria identidade entre as mínimas mudanças fisiológicas.

A preocupação e insatisfação em relação à imagem corporal levam a comportamentos estratégicos para o alcance de uma imagem ideal. Estratégias como rejeição a comidas e líquidos, no caso da anorexia, ou de uma compulsão alimentar com posterior uso de recursos gastrointestinais para esvaziamento do que foi ingerido (Fernandes, 2006). Tais comportamentos podem ser percebidos nos relatos dos participantes da pesquisa:

Às vezes na anorexia, a gente vê episódios de vômitos, mas não chega a caracterizar uma bulimia. Ela consegue manter com o mínimo de comida. Já na bulimia, a pessoa come, ela não tem essa recusa. Na bulimia, ela come o tanto que ela quer e de tempos em tempos ela vai e força o vômito. (P4).

Segundo Marcelli e Braconnier (2007), a redução alimentar da anoréxica normalmente é entrecortada de crises bulímicas, verdadeira ruptura na tentativa de domínio. Essas crises são sempre vividas com sentimento de falha, de aversão e de vergonha, levando

ao mesmo tempo a manobras para evacuar as calorias ingeridas (vômitos, laxantes, atividades físicas intensas) e um retorno do comportamento restritivo.

Segundo Fernandes (2006), frequentemente os acessos bulímicos relacionam-se com sentimentos de desamparo, fracasso e solidão ou, ao contrário, de excitação e prazer. É habitual uma denúncia clara do caráter patológico dessas condutas, visto que o medo de não poder mais se controlar e de não mais poder se livrar de tais acessos é constantemente relatado por essas jovens. O único limite parece ser a impossibilidade de colocar ainda mais alimento no estômago. Esse limite é experimentado no próprio corpo, por meio da dor, então, o vômito aparece como uma possibilidade de alívio, recriando o vazio que alivia a dor.

Em relação aos sintomas de não comer, presente na anorexia, o sujeito apresenta estratégias perante as cobranças sociais, percebidas no comentário a seguir:

Num almoço de família, "ah, eu não tô com fome", essa desculpa não é muito aceita. Mas se ela faz uma coisa, de não se sentir bem a ponto de sentir náuseas, tem inclusive uma razão concreta, aí as pessoas vem e dizem, "então não come" (P4).

Este fato também é apontado por Persano (2005), que coloca que esse tipo de paciente tende a recaídas frequentes, aprende a ocultar suas manifestações ou se fundamentaliza em defesa de seus próprios sintomas.

De acordo com os participantes da pesquisa, outro aspecto presente nestes quadros psicopatológicos é o conflito emocional, uma vez que apresentam autoestima rebaixada. Características que podem ser observadas nas falas que se seguem: *"porque a todo o momento se sente insatisfeita e por conta disso acaba deprimindo, vai ficando triste" (P1).*

Neste sentido, Persano (2005) diz que o ajuste da autoestima geralmente está gravemente comprometido, e é muito comum encontrarmos depressões caractereológicas associadas a esse processo. As tentativas e ameaças de suicídios são constantes, uma vez que sentem intensas e constantes sensações de vazio e futilidade.

Em relação ao conflito interpessoal, este fato fica visível na fala a seguir: *"conflitava com o namorado, conflitava com a mãe e conflitava com os irmãos" (P4).*

Para manter o controle de seus impulsos, os pacientes com transtornos alimentares acabam desenvolvendo outras perturbações, sendo algumas delas ligadas ao descontrole nas relações interpessoais (Persano, 2005).

Uma relação conflituosa, na maioria das vezes com a mãe, é um aspecto que aparece no discurso dos profissionais, como pode ser percebido na fala a seguir: *"Era uma relação muito problemática com a mãe, então ela era muito reprimida e controlada por essa mãe, isso em todos os ângulos" (P1).*

Esta questão também é colocada por Schomer (2003). Segundo o autor, as características encontradas nas famílias das pacientes que apresentam transtornos alimentares são: perfeccionismo marcante, levando a um hipercontrole dos filhos, o que acarreta em sua infantilização, repressão das emoções; falta de comunicação entre os membros; dificuldade em elogiar, o que causa uma baixa autoestima; preocupação acentuada com o peso e forma do corpo; dificuldade de estabelecer limites, com estabelecimento de regras confusas e contraditórias; além da presença de uma mãe onipotente e um pai ausente.

Outro aspecto desses quadros colocado pelos participantes foi a maior incidência dos casos em adolescentes e mulheres. A vulnerabilidade do adolescente ficou presente nas falas de 4 participantes, como pode ser verificado a seguir: *"Adolescente é bastante influenciável, é uma fase complicada em que eles estão realmente passando por esses lutos como são chamados, luto pelo corpo, que ele não definiu muito" (P2).*

Ao tratar-se aqui dos transtornos alimentares propriamente ditos e que, por apresentarem-se, de acordo com Fernandes (2006), em maior incidência na adolescência, percebe-se uma necessidade de descrever que momento é esse e que vulnerabilidade ele oferece nos casos dos transtornos alimentares.

Conforme Knobel (2008), a adolescência é um período marcado por extremos desequilíbrios e instabilidades, o que configura uma entidade semipatológica. Ela é entendida como a 'síndrome normal da adolescência', a qual é perturbada e perturbadora quanto ao mundo adulto, mas necessária para o adolescente; por isso, vai estabelecer a sua identidade, objetivo fundamental deste momento da vida. Neste sentido, mostra-se muito difícil estabelecer um limite entre o normal e o patológico na adolescência. Aberastury & Knobel (2008) ressaltam que nessa etapa da vida, anormal seria a presença de um equilíbrio estável.

Seguindo as ideias de Aberastury e Knobel (2008), enfatiza-se que o adolescente atravessa três lutos fundamentais: o luto pelo corpo infantil perdido, que seria a base biológica da adolescência; o luto pelo papel e a identidade infantis; e o luto pelos pais da infância, que graças ao significado que possuem

de segurança e proteção, há uma tentativa de retê-los de alguma forma nas suas personalidades. Em cima disso, pode-se hipotetizar que os transtornos alimentares seriam uma tentativa de lutar contra a elaboração desses lutos, tanto em nível biológico, por meio da magreza e da amenorreia, permanecendo assim no corpo infantil; como também na tentativa de permanência da identidade e papel infantil, que ocorre a partir da recusa pela sexualidade e independência (precisando de cuidados, embora negue as necessidades fisiológicas); e a luta pela permanência dos pais da infância incorporados e indistinguíveis de si mesmo, uma vez que adotam posturas controladoras com os objetos de desejo, assim como nas atitudes demonstradas pelas suas mães perante elas.

Sendo assim, Knobel (2008) afirma que a elaboração incompleta dos lutos ou a não elaboração de algum deles produzirá fixação ou exageros desses processos, que poderão ser identificados na conduta dos pacientes, os quais revelam aspectos de persistência e irredutibilidade. Ele ainda fala que a qualidade do processo de amadurecimento e crescimento dos primeiros anos, a estabilidade nos afetos, a soma de gratificações e frustrações e a adaptação gradativa às exigências ambientais vão marcar a intensidade e a gravidade destes conflitos.

De acordo com Marcelli e Braconnier (2007, p. 101), "o corpo está no centro da maior parte dos conflitos da adolescência." Ressaltam a necessidade de compreender o corpo em seus três eixos já apontados por Schilder em 1935: o esquema corporal, a imagem do corpo e o corpo social. Segundo esses autores, o esquema corporal envolve aspectos neurológicos, fisiológicos e psicológicos que provêm do registro sensório-motor. Já a imagem do corpo pertence ao registro simbólico imaginário, sendo sua base afetiva e dependente de investimentos dinâmicos, libidinais e agressivos. O reconhecimento da imagem corporal depende do reconhecimento de um limite. O corpo social seria construído a partir de padrões identitários construídos culturalmente.

Segundo Ceitlin et al. (2001), a adolescência é um período "caracterizado pela capacidade do jovem em pensar abstratamente, raciocinar dedutivamente e definir conceitos...", portanto, é na adolescência que se deixa de pensar concretamente para desenvolver finalmente um pensamento abstrato, podendo ser considerada uma fase em que tal imagem corporal passaria de uma imagem concreta para uma imagem

abstrata. Isso só é possível se o corpo concreto obtiver investimentos necessários para a construção de uma imagem corporal abstrata e organizada, retirando as incertezas em relação a essa imagem, que podem resultar em graus diferentes de estranheza do seu próprio corpo.

O adolescente utiliza-se de seu corpo para diferenciar-se e pertencer a um determinado grupo social, como também exprime seus sentimentos, medos e afetos por meio de seu corpo (Knobel, 2008). Assim, pode-se hipotetizar a anorexia e a bulimia como uma tentativa de diferenciação dos pais e semelhança com ideais culturais, como é hoje, o ideal de magreza.

É pelo corpo e suas necessidades que o adolescente consegue manter-se afastado da manifestação da sexualidade e utiliza deste corpo como um objeto transicional, em que projeta suas fantasias relacionadas aos objetos internos e externos. Prevalencem dois tipos de defesas: a necessidade de domínio e a capacidade de regressão. Deste modo, pode-se pensar na bulimia como uma forma de retorno de satisfação oral pela ingestão de alimentos, sem ressaltar a posterior sensação de descontrole sobre suas pulsões que o ato lhe carrega, como podemos perceber na anorexia uma tentativa obstinada de controle, sobre o corpo, a alimentação, as necessidades fisiológicas e afetivas (Marcelli & Braconnier, 2007).

Um fator que chama a atenção nas falas dos psicólogos entrevistados é a presença desses transtornos em sua maioria em mulheres, como pode ser visto na fala a seguir: "98% são mulheres. Mas tem mudado, vem aumentando casos de homens. É que vende mais essa imagem de magreza para mulher e não para o homem" (P1).

Este aspecto é apontado por Fernandes (2006). Segundo a autora, 90% dos casos clínicos são tomados por mulheres, embora o número de homens com esses transtornos na clínica venha crescendo. Isso porque, ao longo dos séculos, "as mulheres recorreram a seus corpos, não apenas para expressar o enigma de sua subjetividade e as contradições do 'ser mulher' que cada época lhes propõe, mas também como porta-vozes das mazelas da dimensão subjetiva de seu tempo" (Fernandes, 2006, p. 53). E uma hipótese que pode ser levantada a respeito do aumento da incidência masculina seja o fato de que os papéis masculinos e femininos já não estão mais fixados rigidamente, deixando o homem também como socialmente vulnerável às mudanças, aquele estigma do homem machão que não podia gastar

parte do seu tempo preocupando-se com sua aparência física já não parece o modelo de homem ideal da contemporaneidade.

Segundo Bucarechi e Weinberg (2003), um dos motivos que talvez tenha retardado o estabelecimento da anorexia e da bulimia como doença foi o fato de quase sempre as mulheres, no decorrer das épocas, terem maltratado seus corpos em nome de um ideal. E ainda continuam em busca desse ideal, ideal de beleza, ideal de santidade, ideal de sucesso, mas sempre a necessidade de perseguir um ideal, sendo que esses ideais variam segundo a época e qual doença encontra na cultura formas de expressão.

Uma característica relevante dos participantes é o fato de todos terem atendido casos de anorexia nervosa e somente um ter atuado em casos de bulimia, uma vez que, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2002), estima-se a prevalência maior de casos de bulimia do que de anorexia. No entanto, este aspecto é apontado como comum por alguns autores, entre eles, Fernandes (2006), a qual ressalta que isto pode fazer sentido, uma vez que a adaptação social dessas jovens é frequentemente descrita como aparentemente normal. Assim, os sintomas e aspectos da bulimia passam despercebidos: “como se fosse sempre mais uma mentira, os casos de bulimia escondem atrás de um corpo normal aos olhos alheios, uma profunda deteriorização do organismo vital.” (Persano, 2005, p. 679). O que leva a hipotetizar que, embora haja uma estimativa de maiores casos de bulimia, a anorexia, por causar impacto aos olhos alheios, acaba sendo levada a um tratamento com profissionais da saúde.

Fatores relacionados com os transtornos

Procurou-se compreender os fatores relacionados com os transtornos alimentares da anorexia e bulimia, e foram colocados pelos participantes os aspectos sociais (cultural/familiar), o aspecto emocional e o fator orgânico.

A grande questão apontada pelos profissionais de Psicologia foi o aspecto social, que surgiu em todos os discursos. Como aparece na fala de P1: “*O excesso da valorização da imagem na sociedade atual que é muito enfatizado pela mídia, a mídia coloca a todo o momento, só terá sucesso quem for magérrimo*”.

Dentro desta questão social, está inclusa a relação familiar, como pode ser observada na fala

seguinte: *Família é um fator importantíssimo, primeiro, se eu vejo meu filho ou minha filha emagrecendo, porque eu não questioneei isso* (P1).

Para o sujeito contemporâneo, incentivado pela publicidade e pela indústria cultural, “o sentido da vida reduziu-se à produção de um corpo” (Kehl, 2004, p. 176). Assim, a tentativa de construção de um corpo ideal confunde-se com a construção de um destino, de um nome, ou seja, da identidade do sujeito, revelando um “deslocamento significativo do eixo da subjetividade na sociedade atual” (Kehl, 2004, p. 176). O corpo passa a ser o centro da preocupação do sujeito, que disponibiliza grande parte do seu tempo e da sua economia para o investimento deste. A partir da exacerbação dos cuidados com a estética corporal, vem surgindo a eclosão de inúmeras patologias que nos mostram, segundo Kehl (2004), “sinais claros de que a vida fechada diante do espelho, fica perigosamente vazia de sentido” (Kehl, 2004, p. 179).

Para Fernandes (2006) quando falamos em transtornos alimentares, não podemos deixar de fazer uma reflexão acerca da cultura na sociedade atual, em que há cada vez mais uma preocupação com a alimentação e a forma física: no entanto esse processo vem ocorrendo de maneira pouco saudável.

De acordo com a mesma autora, essa discussão a respeito da relação entre os transtornos alimentares e a cultura se impõe na medida em que os ideais de magreza vêm assumindo, nos últimos tempos, uma significação que não tem passado despercebida. Esses ideais parecem ser colocados particularmente às mulheres para as quais a aparência física representa uma importante medida de valor pessoal, pois, embora a aparência física tenha sido um elemento fundamental na imagem da mulher em diversas épocas e culturas, a magreza nem sempre foi o ideal imposto socialmente. A autora coloca que a marca da sociedade do novo milênio é o consumismo exacerbado, e que o corpo e seu ideal de magreza levam a grandes investimentos na compra de produtos para esses fins, revelando um verdadeiro culto à beleza estabelecida socialmente.

Tais transtornos estão fortemente ligados a questões culturais e sociais, tendo maiores incidências nas sociedades ocidentais e urbanas, “nesses contextos referenciais, a cultura da imagem tem impacto significativo sobre as tendências juvenis; o caso das sociedades tecnocráticas atuais, em que os meios massivos de comunicação se tornam o eixo central da cultura” (Persano, 2005, p. 674).

Outros fatores que surgiram foram: o aspecto emocional e em menor proporção o aspecto orgânico.

Em relação aos aspectos emocionais, relacionados aos conflitos intrapsíquicos, estes aparecem presentes nos discursos de três participantes, como mostra a seguinte fala: "*Os casos de bulimia têm mais essa questão de ser merecedor de amor, depois não é mais merecedor do amor da mãe*" (P5).

Neste sentido, "a compulsão se entende segundo esta bipolaridade, de uma falta interior a preencher ou a reparar e de uma representação de desejo a anular ou a destruir." (Kelner, 2004, p. 5). Para a autora, a bulimia seria uma tentativa de sufocação ou destruição da criança que nela exige um amor único.

A questão orgânica ficou como um fator secundário nas falas apresentadas pelos participantes. Como mostra P5: "*Obviamente há alguns fatores constitucionais, uma criança nasce com algumas tendências físicas, mas eu não acho que esses fatores sejam determinantes*".

Embora os aspectos estejam dispostos de maneira categórica, a partir dos discursos apresentados, fica evidente que os transtornos alimentares não têm uma única causa ou fator etiológico, precipitante e mantenedor. Como pode ser percebido na fala de P2: "*É claro que tem aí uma questão biológica, cultural, educacional, é biopsicossocial, se a gente fica focada só num ponto, a gente não enxerga o todo*".

Intervenções preconizadas

Nesta categoria incluem-se os procedimentos e a forma de agir do profissional de Psicologia, como também os tratamentos viáveis para esses casos, e foram apontados pelos participantes o diálogo profissional, o suporte para o paciente, um trabalho com a família e a prevenção dos casos.

Dar suporte para o paciente foi o foco apresentado por todos os profissionais, em relação ao trabalho do psicólogo. Portanto, ouvir, colocando-o diante da realidade do seu estado físico e emocional, no entanto sem controles excessivos, ajudando a se posicionar diante da nova vida. Como pode ser percebido na fala que se segue: "*O papel do psicólogo normalmente é ouvir né, é ter uma escuta e poder num primeiro momento quando é possível, colocá-la frente à realidade, de como ela está naquele momento*" (P2).

A respeito da terapia psicanalítica, a primeira fase do tratamento com esse tipo de paciente exige

do terapeuta um papel ativo, uma vez que este tipo de paciente não tolera o tratamento psicanalítico convencional. E há a necessidade de uma tolerância às manifestações transferenciais primitivas e expô-las ao paciente, já que carece da capacidade reflexiva acerca de seu próprio funcionamento mental. (Persano, 2005)

Victoi (1998) coloca "o lugar da terapia como um espaço próprio ao sujeito, dando base a um processo de separação e individuação" (Victoi, 1998, p. 93). Neste sentido, a autora insere o psicoterapeuta em uma função de apoio nesse momento, dando suporte para que o sujeito possa construir e aproximar-se das imagens parentais edípicas.

Segundo Scazufca e Berlinck (2002), o fazer desses pacientes predomina no tratamento, sendo que o dizer resume-se a uma fala a respeito do corpo, gordura, comida e dietas. Como consequência, "o sujeito coloca-se fora da cadeia significante, tornando-se dependente e escravo do seu "não dizer" de si, capturado num processo repetitivo e destrutivo, totalmente alienado e impossibilitado de interromper este estado de coisas." (Scazufca & Berlinck, 2002, p. 121)

Scazufca e Berlinck (2002) colocam que o psicoterapeuta é investido assim como o objeto, ou seja, é atacado e solicitado constantemente. Para que possa passar de uma clínica do fazer para uma clínica do dizer, é preciso compreender o processo, fugindo de uma intervenção focada somente no comportamento alimentar, uma vez que nesse posicionamento, corre-se o risco de ficar enlaçado pelo comportamento destrutivo do paciente.

De modo que um diálogo profissional foi apontado como o ponto fundamental por três dos entrevistados: "*Para resolver este tipo de transtorno, você tem que encaminhar para um nutricionista, manter contato com um psiquiatra e um clínico geral, um psicólogo sozinho não vai resolver o problema*" (P1).

Portanto a respeito do tratamento, fica claro que "nenhuma solução simples é possível para problemas de natureza tão complexa" (Persano, 2005, p. 675). Persano (2005) coloca que a partir de sua experiência pode-se perceber que essa natureza de problemas requer uma abordagem multidisciplinar e integradora, pois somente uma compreensão acerca da dinâmica desses transtornos pode permitir uma transformação mais profunda e duradoura do funcionamento psíquico.

Scazufca e Berlinck (2002) colocam que o tratamento compartilhado tem a função de mediar a relação

dual estabelecida transferencialmente. Os demais profissionais teriam a função do pai que por tanto tempo ficou ausente de sua função, deixando de repetir a relação dual que se apresenta na maioria dos casos com distúrbios da oralidade.

Um trabalho com a família foi outro fator que apareceu com menos frequência no trabalho do psicólogo nestes casos, como colocou P5: "*Pra mim a família é muito importante, se a família puder contribuir para o tratamento é muito melhor, muito mais efetivo quando a família faz parte do tratamento*".

Schomer (2003) nos diz que a participação da família no tratamento é fundamental para a sua eficácia, e que a psicodinâmica familiar é um elemento central na determinação, manutenção e/ou desenvolvimento dos transtornos alimentares, acompanhado de aspectos biológicos, sócio-culturais, químicos, genético, entre outros. A família é o intermediário do sujeito e o mundo externo, pelo qual o indivíduo incorpora os padrões sociais de sua cultura e aprende a comportar-se e a conviver com as demais pessoas.

Os participantes da pesquisa colocam que um trabalho da Psicologia perante essas patologias deve se dar não só no sentido de cura, mas também na prevenção dos quadros patológicos, intervindo em espaços sociais, como escolas, agências de modelos, e outros locais em que imperem os ideais culturais de beleza impostos pela sociedade atual. Como aponta a fala seguinte: "*Seria muito importante um trabalho de prevenção em espaços como as escolas, com palestras com alunos e orientação com professores*" (P2).

Considerações finais

Por meio do presente estudo, notou-se que, dentro da percepção dos participantes, há uma relação os transtornos, da anorexia e da bulimia, com a cultura, com o ambiente familiar e conflitos emocionais, como também apontam para a questão da vulnerabilidade do adolescente nesses quadros. A anorexia e bulimia são quadros psicopatológicos complexos, nos quais devem ser levados em consideração todos os elementos que se relacionam com esta psicopatologia, entre eles, o âmbito social, conflitos internos, bem como aspectos relacionados ao corpo biológico da paciente. Além de um trabalho focado na nutrição o corpo adoecido, um longo trabalho de movimento psicológico deve ser realizado no intuito de fazer o sujeito perceber e simbolizar sentimentos,

perceber-se como um ser desejante e autônomo, para que consiga agir e compreender o mundo. Portanto dentro da complexidade desses transtornos, os psicólogos entrevistados apontam para a necessidade de um trabalho multidisciplinar, comprometido com o desenvolvimento global do ser humano.

Entretanto generalizações devem ser cuidadosas e cientes de seus limites, o que levanta a necessidade de outros estudos neste âmbito e que também procurem abranger outros elementos e participantes.

Agradecimentos

Ao meu filho Leonardo, que me mostra todos os dias que o amor é o alimento da vida...

Referências

- Aberastury, A., & Knobel, M. (2000). Adolescência e psicopatia. In M. Knobel & A. Aberastury. **Adolescência normal: Um enfoque psicanalítico** (pp. 63-71). Porto Alegre: Artmed.
- Antunes, A., Fromer, M., & Brito S. Comida. Recuperado em 16 mar. 2010, em letras.terra.com.br > M > Marisa Monte
- Apolinário, J. C., & Claudino, A. M. (2000). Transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 22(2). Recuperado em 20 abr. 2010, em www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext
- Ballone, G. J. (2003). Transtornos alimentares em adolescentes. **PsiquWeb**. Recuperado em 20 abr. 2010, em <http://sites.uol.com.br/gballone/alimentar/alimentar2.html>
- Bardin, L. (1977). **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70.
- Bucaretti, A. H. (Org.). (2003). **Anorexia e bulimia nervosa: Uma visão multidisciplinar**. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bucaretti, H. A., & Weinberg, C. (2003). Um breve histórico sobre transtornos alimentares. In H. A. Bucaretti (Org.). **Anorexia e bulimia nervosa: Uma visão multidisciplinar** (pp. 19-26). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ceitlin, L. H. F., Shiba, A. S., Valenti, D. V., & Sanchez, P. (2001). A Puberdade. In C. L. Eizirik, F. Kapczinski & A. M. S. Bassols. (Org.). **O ciclo da vida humana: Uma perspectiva psicodinâmica** (pp. 117-126). Porto Alegre: Artmed.

- Charles, S. (2004). O individualismo paradoxal: Introdução ao pensamento de Gilles Lipovetsky. In G. Lipovetsky. **Os tempos Hipermodernos** (M. Viela Trad., pp. 11-48). São Paulo: Barcarolla.
- Débord, G. (1997). **A sociedade do espetáculo** (E. S. Abreu Trad.). Rio de Janeiro: Contraponto.
- Fernandes, M. H. (2006). **Transtornos alimentares: Anorexia e bulimia**. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Figueiredo, L. C. M. (2004). **Revisitando as Psicologia: Da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos**. Petrópolis: Vozes.
- Jeammet, P. (1999). Abordagem psicanalítica dos transtornos das condutas alimentares. In R. Urribarri. **Anorexia e bulimia**. São Paulo: Escuta.
- Junqueira, C., & Coelho Jr., N. E. (2006). Freud e as neuroses atuais: As primeiras observações psicanalíticas dos quadros *borderline*? **Psicologia Clínica**, 18(2). Recuperado em 20 abr. 2010, em www.scielo.br/pdf/pc/v18n2/a03v18n2.pdf
- Kelner, G. (2004). Transtornos alimentares- um enfoque psicanalítico. **Estudos de Psicanálise**, (24). Recuperado em 18 jun. 2010, em pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci...pid...
- Kehl, M. R. (2004). Visibilidade e espetáculo. In Bucci, E., & Kehl, M. R. **Videologias** (pp. 141-161). São Paulo: Boitempo.
- Kehl, M. R. (2004). Com que corpo eu vou? In E. Bucci & M. R. Kehl. **Videologias**. (pp. 174-179). São Paulo: Boitempo.
- Knobel, M. (2000). A síndrome da adolescência normal. In M. Knobel & A. Aberastury. **Adolescência normal: Um enfoque psicanalítico** (pp. 24-62). Porto Alegre: Artmed.
- Lipovetsky, G. (2004). **Os tempos hipermodernos**. (M. Viela Trad.). São Paulo: Barcarolla.
- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. (2002). (C. Dornelles Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2007). **Adolescência e psicopatologia**. Porto Alegre: Artmed.
- Persano, H. L. (2). (2005). Abordagem psicodinâmica do paciente com transtornos alimentares In C. L. Eizirik, R. Aguiar & S. S. Schestatsky. **Psicoterapia de orientação analítica: Fundamentos teóricos e clínicos** (pp. 675-688). Porto Alegre: Artmed.
- Rey, F. G. (2005). **Pesquisa qualitativa e subjetividade: Os processos de construção da informação**. São Paulo: Pioneira Thompson.
- Santos, J. F. (1989). **O que é pós-moderno**. São Paulo: Brasiliense.
- Scazufca, A. C. M., & Berlinck, M. T. (2002). Sobre o tratamento psicoterapêutico da anorexia e da bulimia. **Revista Psicologia Clínica**, 14(1), 115-129.
- Schomer, E. Z. (2003). O papel da família nos transtornos alimentares In H. A. Bucarechi. (Org.). **Anorexia e bulimia nervosa: Uma visão multidisciplinar** (pp. 43-56). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Stone, M. H. (2005). História da Psicoterapia. In C. L. Eizirik, R. Aguiar & S. S. Schestatsky. **Psicoterapia de orientação analítica: Fundamentos teóricos e clínicos** (pp. 23-42). Porto Alegre: Artmed.
- Victoi, A. (1998). Cybelle: Um tratamento de uma adolescente anoréxica. **Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental**, 4(3), 89-115.

