

SOBRE O TRATAMENTO PSICOTERAPÊUTICO DA ANOREXIA E DA BULIMIA

Ana Cecilia Magtaz Sczufca
Manoel Tosta Berlinck

Esta pesquisa, sendo realizada há alguns anos, nasceu de observações clínicas a partir de uma vivência institucional, de participação em equipe multidisciplinar - psiquiatras, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais - de um ambulatório dedicado ao tratamento dos transtornos alimentares de um hospital-escola. Pacientes com anorexias e bulimias graves, internadas em uma enfermaria psiquiátrica, eram atendidas em psicoterapia individual.

Atualmente, a pesquisa se desenvolve a partir de vivências com pacientes atendidos em consultório particular, não internados, não submetidos a uma equipe institucional. No entanto, é preciso pensar na importância de se ter diferentes visões no acompanhamento desses pacientes, uma interdisciplinaridade e qual a sua importância clínica no tratamento dessas psicopatologias.

A anorexia e a bulimia como transtornos alimentares

Geralmente os pacientes com anorexia são encaminhados à psicoterapia por um médico psiquiatra. Na maioria dos casos, o paciente, não conseguindo perceber e reconhecer seu mal-estar, é levado ao médico pela família. O médico acaba tornando-se porta-voz de um diagnóstico dando, muitas vezes, uma identidade ao paciente; não é raro numa primeira entrevista escutarmos desses pacientes: “sou uma anoréxica”, “tenho anorexia e bulimia e por isso estou aqui”. Desta forma, inicialmente, uma visita à abordagem psiquiátrica do DSM-IV (1991: 511-21) a respeito dos critérios diagnósticos para anorexia nervosa e bulimia nervosa se faz necessária. Não será objetivo deste trabalho fazer uma análise da evolução das idéias psiquiátricas sobre a anorexia e a bulimia, mas discutir alguns pontos escolhidos na descrição de sua fenomenologia sintomática para dar relevo aos problemas que estas patologias indicam para a clínica psicanalítica.

Para o DSM-IV, os transtornos alimentares propriamente ditos (2) são a anorexia nervosa e a bulimia nervosa tendo início, mais comumente, na adolescência e 90% dos casos ocorrem com mulheres.

De forma resumida, as características fundamentais da anorexia nervosa são: recusa a manter um peso corporal normal, pânico de engordar, amenorréia, confusão na percepção da forma e tamanho do corpo, o que caracteriza uma distorção da imagem corporal.

Existem dois tipos de anorexia: o “tipo restritivo”, no qual há uma obsessiva recusa a alimentar-se, prática compulsiva de exercícios físicos, abuso de laxantes, diuréticos, e o “tipo purgativo”, no qual há momentos de comer compulsivo seguido de vômitos auto-induzidos e também abuso de laxantes, diuréticos e exercícios físicos.

Segundo o Manual, o paciente perde peso geralmente adotando uma dieta alimentar radical, quase total. Apesar de os pacientes começarem eliminando os alimentos classificados como gordurosos e calóricos, a maioria escolhe uma dieta muito pobre, às vezes somente líquida. Os pacientes relatam ter muito medo de ficar gordos e ganhar peso. No entanto, é curioso e intrigante este medo intenso não diminuir com a progressiva perda de peso. A perda de peso vista como autocontrole e disciplina não pode ser abandonada, enquanto engordar é visto como um sinal de fracasso e fraqueza.

Para a bulimia nervosa, o Manual apresenta outros critérios diagnósticos diferenciando-a da anorexia nervosa.

Os pacientes com bulimia comem compulsivamente e procuram eliminar o ingerido por meio de comportamentos que compensariam o ganho de peso como os vômitos auto-induzidos, uso de laxantes, diuréticos e exercícios físicos. Entretanto, os pacientes com bulimia, diferente daqueles com anorexia, conseguem manter o peso normal ou mesmo acima deste. Essa é a diferença fundamental entre a anorexia do tipo purgativo e a bulimia. Há também na bulimia dois tipos: o purgativo, e o não purgativo – jejum alimentar depois do comer compulsivo e exercícios físicos compulsivos para queimar calorias.

Mas qual a proposta da psiquiatria para o tratamento dessas patologias?

Com relação à anorexia nervosa, para alguns psiquiatras (Scivoletto e cols., 1995) o maior e mais difícil desafio terapêutico é o sujeito não reconhecer no seu comportamento alimentar um traço patológico dificultando, na maioria dos casos, e até mesmo impossibilitando, o desenvolvimento de uma aliança terapêutica entre médico e paciente.

O tratamento psiquiátrico, tanto em regime ambulatorial quanto em regime de internação hospitalar, geralmente tem como objetivo inicial e principal fazer com que os pacientes desenvolvam práticas alimentares adequadas e retomem progressivamente o peso ideal. Assim, as abordagens psicoterapêuticas individuais e familiares

conduzem seus trabalhos a partir dessa meta inicial.

Também para o tratamento da bulimia, as psicoterapias focais com técnicas comportamentais e cognitivas e orientação nutricional são as mais indicadas por obterem resultados mais imediatos (Sivoletto e cols., 1995). Com relação ao encaminhamento para a psicoterapia individual, a grande maioria dos estudos psiquiátricos sobre transtornos alimentares não reconhece o tratamento psicanalítico como eficaz tanto para a anorexia como para a bulimia. Defendem uma postura atuante por parte do psicoterapeuta que deve, além de investigar os aspectos psicodinâmicos, fornecer recursos ao paciente para enfrentar sua baixa-estima e sensação interior de vazio (Sivoletto e cols., 1995).

De fato, muitas publicações psiquiátricas sobre transtornos alimentares apontam a psicanálise como sendo contra indicada, principalmente para o tratamento da anorexia nervosa, dando margem a outras tentativas de compreensão psicodinâmica (Figueirôa, 1984), destacando-se o trabalho de Hilde Bruch (1973).

Partindo de suas observações clínicas, Bruch diferencia a anorexia primária da chamada anorexia atípica. Esta não traz o medo de engordar como fonte de preocupações, e o ganho de peso é bem aceito pelo paciente. A perda de peso possui características subjetivas e pode, por exemplo, ser conseqüência de uma depressão expressa. A anorexia atípica baseia-se numa verdadeira perda do apetite, isto é, a perda de peso é secundária. Não há, nestes casos, a negação delirante de sua imagem corporal, hiperatividade, busca da perfeição e a preocupação constante com a comida, nem episódios de bulimia.

A anorexia primária, por outro lado, é caracterizada por um medo aterrador de engordar. A queixa principal manifesta é a busca de controle do peso e o desejo de dominar o próprio corpo, problema que encobre outros subjacentes: “a busca da capacidade de controle em geral, de um sentido de identidade pessoal e de autonomia” (Bruch, 1973: 251).

Segundo Bruch, a anorexia primária consiste no distúrbio de três áreas do funcionamento psíquico:

A primeira área é “um distúrbio de proporções delirantes da imagem corporal e do conceito do corpo”.

Geralmente os pacientes com anorexia não se incomodam com sua aparência doentia e fazem tudo para mantê-la; podem até ganhar peso durante o tratamento (muitas vezes, ganham peso para se verem livres do tratamento), mas se não houver uma profunda modificação na percepção que têm de si mesmos, “a melhora” será por pouco tempo.

A segunda área é “um distúrbio no modo de distinguir a percepção ou a interpretação cognitiva dos estímulos provenientes do corpo”. Percebe-se que não há perda do apetite, como na recusa a alimentar-se da melancolia. Há, na verdade, uma imensa dificuldade em reconhecer a fome e as sensações corporais dela decorrentes.

A terceira área é um “forte sentimento de ineficácia paralisante”. As pacientes sentem-se como objetos nas mãos dos outros, e não fazem nada pelo próprio desejo. Para defenderem-se desse sentimento, de dóceis e obedientes passam a ser exigentes e rígidas com os outros utilizando, por exemplo, a alimentação. Acabam fazendo com que a família, principalmente a mãe, passe a viver em função delas e de suas exigências alimentares (Bruch, 1973: 252-3).

Com sua experiência, Bruch percebeu como os pacientes anoréxicos não aderiam bem a um trabalho tradicional de psicanálise, levando-a a pensar que os motivos desse fracasso se dá em função do não tratamento das áreas psíquicas comprometidas, ou seja, estas acabam sendo reforçadas no enquadre analítico, já que aí o paciente expressa seus pensamentos íntimos e o analista interpreta seus significados inconscientes. Isto acaba representando na transferência a repetição da relação de dependência do paciente com seus pais como se ele constatasse algo como: “minha mãe/analista sempre sabe como me sinto”. Uma interpretação sobre as dificuldades do paciente, no sentido de denunciá-las para ele, compreendendo como se sente, muitas vezes tem efeitos persecutórios vindo confirmar e reforçar o seu senso de inadequação e ineficácia (Bruch, 1973: 336).

Estas observações levaram-na a reformular a terapêutica para estes pacientes. Para um tratamento eficaz, o paciente deve expressar-se como participante ativo no processo terapêutico. Se algo deve ser interpretado, é importante que o paciente descubra sozinho e possa falar primeiro. O psicoterapeuta pode concordar ou não se achar relevante. Isto tudo é necessário para desenvolver sua autonomia, iniciativa e senso de responsabilidade. O método terapêutico de Bruch, denominado “uso construtivo da ignorância”, tem como principal objetivo estimular o surgimento das capacidades próprias de seus pacientes pensarem por si mesmos. Eles costumam responder bem a esta postura terapêutica, reconhecendo no psicoterapeuta um colaborador e não alguém possuindo segredos a seu respeito (Bruch, 1973: 338).

Mas não seria o objetivo de qualquer psicoterapia, incluindo o método psicanalítico, abrir espaço para os pacientes pensarem por si mesmos?

Bruch fala como a anoréxica se sente nas mãos dos outros e vive em função do desejo do outro. Entretanto, este quadro é freqüentemente invertido e de dócil e obediente, passa a exigir que todos façam o que ela quer. Há uma alternância entre dominar e ser dominada, ser destruída e destruir.

Refletindo sobre o método terapêutico, no que diz respeito à questão da destrutividade, Bruch evita entrar em contato com a destrutividade desses pacientes quando propõe um trabalho no sentido de atenuar os efeitos

dela. Mas estes pacientes desafiam, através da destrutividade expressa na relação terapêutica pela repetição. Desta forma, faz-se necessário pensar como a vivência da repetição ocorrendo na transferência, a vivência da destrutividade, é fundamental para o tratamento dessas patologias. Neste sentido, apresenta-se uma posição opondo-se aos autores que afirmam que o método psicanalítico não é eficaz.

Retornando às propostas da psiquiatria e de Bruch, pode-se perceber uma preocupação excessiva com os sintomas e com a sua eliminação. O proposto, por exemplo, é que o paciente se alimente e consiga enfrentar suas dificuldades quanto à autonomia. O tratamento, tendo como objetivo fundamental fazer com que os pacientes voltem a comer normalmente, não seria o contrário da recusa? Ocupar esta posição parece favorecer a fantasia de luta de poder entre psicoterapeuta e paciente, em que um será eliminado.

A dificuldade em fazer os pacientes ganharem peso e diminuírem a obsessiva preocupação com o peso e a comida é um problema apresentado nos tratamentos, visando a eliminação dos sintomas anoréxicos e bulímicos. A preocupação com o peso parece funcionar como um equilíbrio narcísico, ou seja, o sujeito só pode existir por meio do ato compulsivo, e por isso pode vir a sentir-se profundamente desamparado e ameaçado quando forçado a deixar o seu ato.

Esta posição trabalha com regras podendo vir a ser sentidas como intrusivas e violentas pelos pacientes e produzindo uma intensificação de sintomatologia. Trabalhar nesta posição não facilita a contenção da destrutividade, mas, ao contrário, luta-se contra ela estimulando-a. Como sair dessa relação dual, espelhada, onde uma posição é contrária à outra?

Seguindo o conselho de Bruch quanto ao uso construtivo que podemos fazer da nossa ignorância frente a estas patologias, parece interessante a pergunta: É possível aprender com estes pacientes, em vez de incentivar a alimentação e a autonomia neles sem, no entanto, compreender os possíveis significados para tal recusa e dependência?

A Anorexia e a Bulimia como adições: a relação com a melancolia

Adicto significa “que se apegou ou se afeiçoou a, dedicado, devotado, submisso” (4). Então, adicção significa propensão, algo a que se é fiel, de que está dependente. Neste sentido, uma relação de dependência deste tipo se faz evidente no anoréxico e no bulímico. Estes pacientes referem-se à comida como uma droga com a qual estabelecem uma relação de submissão.

O psicanalista Marcelo Heckier (Heckier & Miller, 1995), baseando-se nos pressupostos de Lacan, afirma que a anorexia e a bulimia têm a dimensão de um ato que não pode ser evitado. Para ele, a compulsão bulímica é caracterizada pelo comer compulsivo e comportamentos compensatórios posteriores de vômitos, uso de diuréticos, de laxantes e os exercícios físicos exagerados. Já a compulsão anoréxica está centrada na sustentação de uma rígida restrição alimentar. Estas duas compulsões levariam alguns profissionais, principalmente médicos, a compreendê-las como formas de adicção à comida.

Existe entre o sujeito bulímico, o sujeito anoréxico e a comida, um vínculo de sujeição. Sujeição que é escravidão, como um laço, um vínculo muito especial, intenso e exclusivo, amoroso e despótico entre o sujeito e aquilo que ele considera como seu objeto. Objeto este idealizado e temido, idealizado e sinistro. (Heckier & Miller, 1995: 25)

Para Heckier (Heckier & Miller, 1995), adicto pode significar também não-dito, e é a partir daí que ele sustenta sua prática analítica com pacientes anoréxicos e bulímicos. Ele desenvolve a idéia da necessidade de os pacientes falarem sobre aquilo que não pode tornar-se dito e, em vez disso, é atuado através dos sintomas. Assim, a dimensão do ato compulsivo é uma característica mais importante do que o ato de comer ou não comer.

O fazer desses pacientes parece dominar o tratamento. O dizer resume-se a uma fala sobre o corpo, a gordura, a comida e as 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. A comida, as dietas, o corpo e o peso passam a ocupar o seu pensamento, fazendo parte de sua identidade. “Como entender a transferência quando esta se apresenta além de um dizer, num fazer que pode acarretar a perda da vida?” (Heckier & Miller, 1995: 30).

A dimensão do fazer remete a transferência às formações do objeto a. Estas, de forma diferente das formações do inconsciente, impossibilitam o movimento associativo. De fato, o psicanalista, diante delas, fica fora do lugar de sujeito suposto saber. A maneira encontrada para retornar ao lugar do qual fora desalojado parece ser o de transformar o silêncio do objeto em um enigma para, assim, retomar o trabalho associativo. Mas como fazer essa passagem?

Com esses impasses clínicos, o autor decidiu incluir nas sessões, em alguns casos, principalmente aqueles nos

quais o fazer na sessão é um fazer silêncio, o uso de materiais lúdicos como papel, lápis de cor, massa para modelar e argila. Sustenta este recurso prático a partir das contribuições teóricas de Françoise Dolto (1984) em “A Imagem Inconsciente do Corpo”.

O autor observa quando as associações são interrompidas ou quando a mudez constante e uma imensa angústia impede a fala, introduzindo o fazer do paciente na sessão (desenhar, pintar ou modelar) possibilitando ao sujeito, através de sua produção, articular um dizer funcionando como “suporte de seus fantasmas em sua relação de transferência” (Heckier & Miller, 1995: 34). É a imagem inconsciente do corpo, a projetada em toda a representação. A imagem do corpo não é a desenhada e/ou modelada, mas aquela revelando-se no diálogo analítico sobre o material produzido. Este caminho possibilitará um movimento da clínica do fazer (gozo) para a clínica do dizer (significante).

Esta modalidade de intervenção permite, paulatinamente, a cessão da dificuldade do sujeito de pôr em palavras o que as crises representam para ele, e isto facilita “uma passagem da pura mudez pulsional ao discurso significante” (Heckier & Miller, 1995: 34).

Mas por que estes sujeitos ficam capturados nessa dimensão do fazer? Estes autores não respondem esta questão.

Jeammet (1993) indica que a tentativa de encontrar um objeto substituto no comportamento adictivo dessas sintomatologias configura uma organização perversa, constituindo uma defesa contra um sentimento aniquilante de dependência. Trata-se de uma organização perversa porque o objeto não é reconhecido como independente do eu. Não há uma diferenciação sujeito-objeto, passando o objeto, dessa forma, a ser usado para um “reasseguramento narcísico”. O que seria isso? Para o autor, seria a manutenção de um contato com o objeto sem destruí-lo. Um contato mantendo o objeto nas bordas do eu, de alguma forma próximo para não ser perdido e distante para o eu não ser invadido por ele. Uma organização extremamente primitiva, uma defesa contra a alternância entre ser engolido e engolir, ser destruído e destruir. Haveria nesse movimento uma tentativa de afastar estas angústias primitivas e a depressão provocada pela perda do objeto.

A relação com um objeto mantido no exterior protege o sujeito do vazio interno e do risco de perder este objeto-eu. O objeto fica colocado no exterior sem que o sujeito se deixe penetrar por ele, ou dele se desvencilhe. A busca de sensações como estar cheio ou vazio, por exemplo, substitui os sentimentos intoleráveis de perda. O único recurso do qual o sujeito consegue lançar mão para fugir de sua dependência, e da possível ruptura com o objeto, é o desencadeamento de um comportamento adictivo, através do qual o sujeito tenta dominar a relação com o objeto.

Nos comportamentos adictivos em geral, segundo Jeammet, há uma alternância de sensações de vazio e completude. No entanto, na anorexia a completude não é buscada de forma direta, mas está ligada ao triunfo de não precisar satisfazer uma necessidade. Nas toxicomanias há a necessidade da droga e, na bulimia, da comida. Na anorexia haveria uma satisfação da não-satisfação, satisfação de não ter que precisar de nada? Jeammet nos diz: “O principal risco para estes pacientes é a repetição de um processo de recusa do objeto, levando a uma desobjetalização progressiva do conjunto de seus investimentos” (Jeammet, 1993: 241), estes compreendidos como auto-erotismo; a pulsão não estando dirigida para outra pessoa, satisfaz-se no próprio corpo. Este auto-erotismo deve ter “uma função de refúgio e de apoio para o sujeito poder reencontrar nele mesmo uma relação asseguradora e de prazer nutridor da qualidade anterior da relação de objeto” (Jeammet, 1993: 241).

No entanto, o autor percebe no movimento de desobjetalização, esse prazer auto-erótico, esse prazer de órgão, ser substituído por um “auto-erotismo negativo” (Jeammet, 1993: 241). Este se resume numa auto-estimulação à procura de sensações e não de satisfação, como, por exemplo, sensações corporais de estar cheio e vazio. Esta busca alucinada de sensações deverá manter sob controle o objeto pelo movimento permanente de introdução e expulsão e, por conseguinte, o eu, que não suporta perdê-lo. Esta busca de sensações passa a ser caracterizada por um aumento da destrutividade, pois tenta apagar os elos de ligação com o objeto faltante. A problemática relação de dependência ao objeto, assinalada por Jeammet, surge com intensidade na adolescência. O que faz com que o corpo se torne deformado e inaceitável para uma adolescente? Que traços ela tenta apagar ou modificar?

Brusset (1999), cujas considerações convergem com o pensamento de Jeammet, nos fala como as mudanças corporais das adolescentes - desenvolvimento dos seios, menstruação, quadris largos remetem a um assemelhar-se à mãe. Um corpo como o da mãe torna-se inaceitável, levando a pensar numa reativação de uma indiferenciação insuportável, porém desejada com o objeto primário. O sofrimento expresso no corpo da anoréxica como recusa de um corpo de mulher diz respeito à sua relação com a mãe e, também, com a figura do pai colado a este objeto, ausente de sua função paterna. Desta forma, o complexo de Édipo não pode acontecer e se estruturar, pois o pai não passa de um equivalente da mãe. Haveria um retorno a escolhas primárias narcísicas com características pré-genitais e duais.

A perda do objeto equivaleria a uma perda do eu, pois não existe a possibilidade de uma elaboração simbólica da atividade introjetiva, proporcionando um luto do objeto. Ocorre, então, uma dependência ao objeto e a

necessidade de eliminá-la pelo movimento adictivo. Para Brusset, a anoréxica tem o ideal de ser auto-suficiente.

Vale a pena ressaltar aqui que a anorexia primária, que H. Bruch diferencia da anorexia atípica (distanciando-a da melancolia), aproxima-se da melancolia a partir das concepções psicanalíticas apresentadas anteriormente. Segundo Brusset, a anorexia e a bulimia revelam, portanto, uma enorme dificuldade de diferenciação sujeito-objeto, uma sintomatologia narcísica alternando entre o “orgulho, triunfo” de não precisar do objeto (anorexia) e a “vergonha, o fracasso” de depender dele (bulimia) (Brusset, 1999: 54).

A anorexia e a bulimia não podem ser entendidas separadamente uma da outra como entidades psicopatológicas independentes, mas possuem algumas diferenças importantes. Tendo como base um ideal de ego ascético, visando os desligamentos, a não relação com os objetos, encontra-se o orgulho anoréxico. Por outro lado, a anoréxica sente muito medo de se tornar voraz e pesada como o bulímico e o obeso. Isso seria uma vergonha, uma falta de controle, uma falha irreparável. Vergonhoso é ser dotado de uma vida pulsional como todo ser humano, sofrer, sentir dor, perder, amar e odiar. A anorexia parece funcionar como uma defesa contra tudo isto característico do humano. Para a anoréxica, o corpo com carne, isto é, com sexualidade e erotismo é vergonhoso. Este corpo deve ser transformado num corpo vazio, oco, purificado de seus pecados. Neste momento, vale lembrar que a anorexia se inicia, quase sempre, com uma dieta para limpar o corpo, eliminar as substâncias gordurosas podendo sobrecarregar o corpo e deixá-lo pesado.

A anoréxica anseia pela fusão narcísica com um ideal com o qual alcançaria a perfeição, a completude, a eternidade, a eliminação de todas as falhas e diferenças. A bulímica é pecadora, dominada pela impulsividade. Arrisca-se dizer que a “vergonha bulímica” está mais próxima da neurose, pois o ato bulímico compreende, por um lado, a vivência ilusória de ser completo, e, por outro, o vômito trazendo à tona a castração, a culpa. Já “a culpa anoréxica” coloca-se acima da castração, recusando-a, assumindo uma posição sobre-humana e auto-suficiente, isto é, possuindo um poder de satisfação onipotente, perto da imortalidade. O ideal anoréxico pode chegar a ponto de impedir o movimento vital dos investimentos e levar à morte.

A bulimia traz a marca do pecado e a vergonha por tê-lo cometido. Por esta razão, no tratamento da bulimia vivencia-se mais resultados positivos, pois há uma possibilidade do sujeito deprimir e reconhecer-se como portador de algum sofrimento psíquico.

Estas considerações são importantes porque é preciso ter em mente que, na clínica com pacientes apresentando sintomatologias anoréxicas e bulímicas, o psicoterapeuta é investido da mesma forma que o objeto, ou seja, é atacado e solicitado constantemente, numa relação baseada no tudo ou nada. Para que o trabalho terapêutico possa acontecer e ter continuidade, isto é, para passar de uma clínica do fazer para uma clínica do dizer, é preciso compreender esse processo, senão, ao focalizar somente o comportamento alimentar, corre-se o risco de se ficar capturado pelo comportamento aditivo extremamente destrutivo.

Um fragmento clínico

A partir do atendimento de uma paciente com sintomas bulímicos no consultório, algumas idéias ocorreram com relação a uma possibilidade de manejo transferencial dessa destrutividade simbiótica. Esse fragmento clínico será usado para podermos pensar sobre a modalidade terapêutica. A necessidade da entrada de outros profissionais em cena aponta para uma importante discussão sobre o atendimento compartilhado e qual a sua importância psicodinâmica.

Durante o atendimento de Marina, 23 anos, a psicoterapeuta se vê diante de uma moça dependente de uma mãe invasora e um pai muito ausente. Marina não admite as regras instituídas em casa. O pai, viajando muito a trabalho, não sabe o que a filha faz. A mãe não consegue impor limites à filha e a vê como uma irmã, brigam o tempo todo. É uma pessoa extremamente inteligente e criativa, mas paralisada. Quer ter um corpo perfeito, como o de uma top model. Marina consome bebidas alcoólicas sem limite e passa a maioria das noites com insônia, comendo e vomitando até chegar à exaustão. Acaba por dormir durante o dia e deixando de cumprir seus compromissos.

Quando o pai está em casa, fica o tempo todo diante do computador trabalhando. Pai e filha nunca conversam sobre si mesmos. Já com a mãe, Marina conversa sobre intimidades sem pudor. Sente-se incomodada com a tristeza da mãe que não trabalha, não tem ambição, só se preocupa com a filha e lamenta a ausência do marido.

O ódio sentido pela mãe compõe boa parte do discurso nas sessões. Marina sente-se muito confusa e nauseada durante as refeições com os pais. Eles não são os pais sonhados e estão longe do seu ideal. Os pais ouvem seus vômitos e nada podem fazer para impedi-la. Para eles, a filha é uma revoltada.

Marina, inicialmente, não se deixa envolver pelo atendimento: falta em demasia, não avisa quando falta, desaparece por uns tempos sem dar notícias. No entanto, sempre que a terapeuta a procura ela retorna. Há um movimento transferencial muito semelhante aos ataques bulímicos: ela fala sem parar, sem se ouvir, sem olhar

a terapeuta e a ouvir. Vomita palavras sem pensar, sem refletir. A terapeuta tenta agrupar as palavras, dar corpo ao dito fragmentado espalhando-se ali, re-alimentá-la.

Entre palavras vomitadas, acaba dizendo-se incapaz de ser normal. Sente-se sozinha, horrível e monstruosa. Pede à terapeuta para enfrentar sua impulsividade e voracidade. Marina parece, assim, querer vincular-se ao tratamento, ao mesmo tempo em que este vínculo a ameaça em demasia.

Esta moça agarra-se à terapeuta quando vem, mantendo-se, ao mesmo tempo, inalcançável. Diz: se deixar de vomitar deixará de existir, pois ela é essa relação com a comida, ela se sustenta aí. Ao mesmo tempo, tem a sensação de que vai morrer se continuar vomitando todas as refeições. Precisa de ajuda e sente a disposição da terapeuta em ajudá-la, fazendo um esforço enorme para não se deixar destruir. Marina vomita tudo o que come há um ano, sem parar. Está esgotada e com algumas seqüelas físicas. A terapeuta tem a sensação de que ela vai se esvaír.

Marina resolve pedir uma indicação médica, alguém podendo avaliar sua saúde, um clínico geral. No entanto, reconhece que o médico precisa saber da bulimia, e se preocupa em como ela poderá ser tratada por um clínico. Trata-se de uma boa oportunidade para encaminhá-la a um psiquiatra, um profissional conhecedor da bulimia e anorexia, seus processos. Aceita a proposta e começa, lentamente, um novo momento no tratamento, apesar de ainda muito resistente: parece estar mais presente, mais disposta a falar com a terapeuta sobre o que sente e pensa. Marina sofre e pensa em seu sofrimento, não mais se livra compulsivamente daquilo que a incomoda.

Este é um momento muito importante no tratamento. Estar mais presente significa estar presente na transferência, seu sofrimento precisa ser acolhido e tratado. Aqui o tratamento se inicia, provocando angústia na terapeuta, angústia compartilhada, agora, com o psiquiatra.

Marina demanda um médico podendo ajudá-la a sentir-se mais tranqüila. A terapeuta respeita essa demanda e faz a indicação. Ela pede para entrar um terceiro no tratamento. Marina, sentindo-se mais segura, poderá enfrentar suas angústias primitivas: angústias de abandono e perda do objeto e angústia de invasão pelo objeto. Para enfrentar o processo psicoterapêutico é necessário entrar em contato com suas próprias angústias e a presença de um psiquiatra pode auxiliar nesse trabalho, pois essas angústias lançam o sujeito num abismo. O psiquiatra se ocupa com questões práticas importantes: uma medicação para a insônia, orientação de horários para as refeições, a suspensão do uso de álcool devido aos medicamentos. Marina nunca teve alguém preocupado com a sua alimentação, nunca teve um ritual à mesa e nem limites firmes. Um limite objetivo passa a ser muito importante no seu tratamento.

Essa terceira pessoa passa a compartilhar da relação psicoterapêutica com Marina, lugar não ocupado pelo pai na relação mãe-filha. O tratamento compartilhado tem, assim, a função de mediar a relação dual estabelecida transferencialmente na maioria dos casos com distúrbios da oralidade.

Nas formas graves, principalmente, a fórmula chamada de co-terapia permite salvaguardar a especificidade do enquadre analítico: se há lugar, os aspectos somáticos, dietéticos e psiquiátricos são assumidos por outro terapeuta. Essa forma de triangulação oferecida tem efeitos estruturantes e preserva a continuidade do tratamento nos momentos difíceis, venham eles do paciente ou do meio. (Brusset, 1999:139)

Marina está quase sempre descumprindo o enquadre terapêutico. Bleger (1988) nos diz que o enquadramento é um não-processo. Nele está contida a genuína compulsão a repetição e a parte simbiótica não resolvida dos pacientes. Assim, o psicoterapeuta deve e pode utilizar uma técnica maleável no sentido de proporcionar um enquadre para um trabalho possível com estes pacientes. Limites devem ser dados visando uma diferenciação, um limite entre o eu e o não-eu, pretendendo a ocorrência de uma relação menos persecutória. Essa indiferenciação, como foi visto anteriormente, traz uma relação de perseguição tanto por parte do objeto e sofrida pelo sujeito, como por parte do sujeito e sofrida pelo objeto.

Marina não apreendia nada dentro de si, tudo por ela passava, ela engolia e logo vomitava. Não digeriria, não elaborava, mal escutava a terapeuta e muito menos a si mesma.

Mas, em algum momento pôde perceber-se mal e preocupa-se com o seu destino. Quando pede um médico, pede alguém que possa acalmá-la. É preciso apaziguar sua angústia para poder encontrar-se com o outro sem imediatamente vomitá-lo.

Marina passa a se engajar em algumas atividades, retoma a faculdade, reprovada pelas inúmeras faltas e inicia um namoro com um rapaz muito respeitador.

Atualmente, Marina não fala mais somente dos vômitos e da bulimia. Pensa na vida, na relação com os amigos, o namorado, medo de trabalhar e ser independente. Marina diz de si mesma.

*

A literatura sobre o tratamento desses pacientes mostra como os tratamentos baseados unicamente na suspensão dos sintomas fracassam, levando a um questionamento sobre a cura nesses pacientes. A posição

que procura eliminar os sintomas e transformá-los num comportamento normal e ideal é perigosa, porque o ideal de cura é tão capturante quanto o corpo ideal obsessivamente almejado pelas anoréxicas e bulímicas. É preciso reconhecer: a busca de resultados ideais não acontece somente nos tratamentos centrados sobre o sintoma. Muitas vezes, o psicoterapeuta também exige dos pacientes elaborações e transformações psíquicas que muitas vezes eles não conseguem fazer. Uma transformação como as que vislumbram as anoréxicas e bulímicas, esperando, com suas dietas, transformarem-se em top models, perfeitas ao olhar do Outro. Outras vezes, o psicoterapeuta nega o encaminhamento para o médico, imaginando que a transferência de seu tratamento possa ser maculada, deixando de ser ideal.

Sendo assim, o tratamento ideal pode transformar-se num obstáculo à escuta em favor de uma obsessão pela cura sintomática do paciente, ou também pela fala do paciente.

Neste caso, o psiquiatra ajudou-nos a deixar Marina dormir à noite, descansar de sua compulsão e poder falar de seu sofrimento. Além do mais, ajudou-a a se dar conta da gravidade de seu estado e da urgência do tratamento psicoterapêutico, se ela realmente desejasse vencer sua compulsão.

Para desenvolver um trabalho compartilhado é preciso superar dificuldades e preconceitos, ou seja, é preciso abrir-se ao trabalho de interlocução com ocupantes de outras posições, caso contrário criam-se verdadeiros impasses ao trabalho psicoterapêutico e, principalmente, leva-se à morte qualquer esperança de evolução.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Appolinário, J. C. & Claudino, A. M. (2000). Transtornos Alimentares. Revista Brasileira de Psiquiatria, (supl. II), 28-31.
- Berlinck, M. T. (2000). Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Escuta.
- Bleger, J. (1988). Simbiose e Ambigüidade. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Bruch, H. (1973). Eating Disorders – Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within. New York: Basic Books, Harper Torchbooks.
- Brusset, B. (1991). La Bulimie. Paris: Presses Universitaires de France.
- _____ (1999). Conclusões terapêuticas sobre a bulimia & Anorexia mental e bulimia do ponto de vista de sua gênese. Em: R. Urribarri. Anorexia e Bulimia. São Paulo: Escuta.
- Dolto, F. (1984). A Imagem Inconsciente do Corpo. São Paulo: Perspectiva.
- Figueirôa, L. F. S. (1984). Anorexia Nervosa II – etiologia. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 33, 317-326.
- Heckier, M. & Miller, C. (1995). Anorexia-Bulimia: deseo de nada. Buenos Aires: Paidós.
- Jeammet, P. (1993) L'Approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires. Neuropsychiatrie de L'enfance, 41(5-6), 235-244.
- Manual Diagnóstico e Estatístico Dos Transtornos Mentais (DSM-IV) (1991). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Scivoletto, S.; Segal, A.; Castilho, S. M. & Cordás, T. A. (1995). Anorexia nervosa e bulimia, como diagnosticar e tratar. Revista Brasileira de Medicina, vol. 52, 132-142.