

ESTEFÂNIA BOJIKIAN SARUBBI

**UMA ABORDAGEM DE TRATAMENTO PSICOLÓGICO
PARA A COMPULSÃO ALIMENTAR**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO

CAMPO GRANDE

2003

ESTEFÂNIA BOJIKIAN SARUBBI

**UMA ABORDAGEM DE TRATAMENTO PSICOLÓGICO
PARA A COMPULSÃO ALIMENTAR**

Dissertação apresentada, como exigência parcial para obtenção do título de mestre em Psicologia ao Programa de Mestrado em Psicologia - Área de concentração Comportamento Social e Psicologia da Saúde da Universidade Católica Dom Bosco sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Regina Célia Ciriano Calil.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO

CAMPO GRANDE

2003

Ficha catalográfica

Sarubbi, Estefânia Bojikian

Uma abordagem de tratamento psicológico para a compulsão alimentar /
Estefânia Bojikian Sarubbi; orientadora Regina Célia Ciriano Calil. Campo Grande,
2003.

150 f; il. : 30 cm; anexos.

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica Dom Bosco. Programa de Pós-
Graduação em Psicologia

Orientadora: Regina Célia Ciriano Calil

Bibliografia: f.135 - 141

1. Distúrbios psicossomáticos 2. Comportamento compulsivo – Alimentar 3.
Obesidade I. Calil, Regina Célia Ciriano II. Título

CDD – 616.8526

Bibliotecária responsável: Clélia Takie Nakahata Bezerra – CRB-1/757

BANCA EXAMINADORA

Dr. Sérgio Luiz Saboya Arruda

Dr^a. Sônia Grubits

Orientadora: Dr^a. Regina Célia Ciriano Calil

AGRADECIMENTOS

A finalização dessa dissertação representa para mim mais um capítulo em uma história de anos de trabalho, buscas e sonhos. Então, gostaria de agradecer a todas as pessoas que indiretamente ajudaram em sua construção, por fazerem parte da minha vida, me nutrindo de estímulos e afetos. Por compartilharem dos meus ideais e acrescentarem ao meu crescimento.

E gostaria de fazer alguns agradecimentos em especial:

A meus pais, Edna e Vicente Sarubbi, pois sem vocês, nada seria possível. Agradeço pelo estímulo, pela ajuda e pela compreensão. Por apoiarem e respeitarem meus momentos de produção e construção. Pelo amor cuidadoso.

A meu irmão Vicente, pois não poderia imaginar o que eu saberia sobre o amor se não fosse por você. Agradeço por sonhar comigo, pelos momentos difíceis e felizes de nossas vidas, pelos ideais que temos construído, por termos plantado juntos muitos afetos em terrenos tão áridos.

A minha avó Virgínia, quem me ensinou as primeiras letras do alfabeto. Agradeço pelo seu amor generoso e grandioso.

A Meus tios que torcem muito por mim. Agradeço pelos anos de cuidados e carinhos.

A Elen, pois é muito bom ter você na minha vida. Agradeço por me acompanhar em cada passo e pela sua presença nutridora.

A Gláucia, pela ajuda direta e indireta neste trabalho. Agradeço pelos anos de amizade, confiança e trocas.

A Tatiana que acompanhou desde o início o meu trabalho com compulsão. Agradeço por me ajudar e dividir comigo as angústias, as dificuldades e as alegrias dessa dissertação.

A Thays pela coragem de acreditar. Agradeço por me mostrar novos caminhos, em momentos tão difíceis, pelas conquistas e pelo lindo trabalho que temos desenvolvido juntas.

A Maria de Fátima, minha primeira analista. Agradeço pelo caminho que percorremos juntas. Pela sua presença em momentos tão significativos.

A Ângela, minha analista. Agradeço pelo acolhimento e pela preciosa ajuda.

A Dr^a Elizabeth Wajnryt pela iniciativa de atravessar o oceano, o que me possibilitou a vivência da abordagem Antidieta. Agradeço, pela receptividade, pelos ensinamentos, pela generosidade. Sua busca acendeu um facho de luz dentro de mim.

A Regina Calil, minha orientadora, por acrescentar muito ao meu trabalho. Agradeço pelo estímulo mental e emocional, pela confiança, pelas trocas enriquecedoras, pelas orientações norteadoras.

Eu não sou você
Você não é eu

Eu não sou você
Você não é eu
Mas sei muito de mim
Vivendo com você
E você, sabe muito de você vivendo comigo?
Eu não sou você
Você não é eu
Mas encontrei comigo e me vi
Enquanto olhava para você (...)
E você se encontrou e se viu, enquanto
Olhava pra mim?
Eu não sou você
Você não é eu
Mas foi vivendo minha solidão
Que conversei com você
E você conversou comigo na sua solidão
Ou fugiu dela de mim e de você?
Eu não sou você
Você não é eu
Mas sou mais eu, quando consigo
Lhe ver, porque você me reflete
No que eu ainda sou
No que já sou e
No que quero vir a ser
Eu não sou você
Você não é eu (...)
Somos capazes de, diferenciadamente,
Eu ser eu, vivendo com você e
Você ser você, vivendo comigo.

Madalena Freire

SUMÁRIO

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO, OBJETIVOS E MÉTODO	01
I.1. Introdução	01
I.2. Objetivo geral e objetivos específicos	06
I.3. Sobre o método	07
I.3.1. A definição do objeto	08
I.3.2. A formulação do problema	10
I.3.3. Estudo teórico	11
I.3.4. O método clínico e o estudo de caso	13
I.3.5 Aspectos éticos	15
CAPÍTULO II – OBESIDADE, TRANSTORNO DO COMER COMPULSIVO, DIETAS E SUAS IMPLICAÇÕES NA CULTURA ATUAL.....	16
II.1. Obesidade	16
II.2. Transtorno do comer compulsivo.....	20
II.2.1. Causas do transtorno do comer compulsivo.....	24
II.2.1.1. O transtorno do comer compulsivo e as restrições alimentares	25
II.2.1.2. O transtorno do comer compulsivo e os estados emocionais.....	31
CAPÍTULO III – ALGUNS ASPECTOS DA EVOLUÇÃO PSICODINÂMICA DO INDIVÍDUO E DO DESENVOLVIMENTO PSICOSSOMÁTICO	34
III.1. O dualismo pulsional e as relações objetais.....	35
III.1.1. Da simbiose normal ao processo de separação-individuação	38
III.1.2. Da dependência absoluta a independência.....	40
III.1.3. Corpo e linguagem.....	45
III.2. Distúrbio psicossomático	46

CAPÍTULO IV – ASPECTOS PSICODINÂMICOS DA COMPULSÃO ALIMENTAR RELACIONADOS A ALGUMAS DIFICULDADES NO DESENVOLVIMENTO	57
IV.1. Falhas na representação da imagem corporal	59
IV.2. Falhas na aprendizagem da função corporal.....	65
IV.3. Falhas na introjeção de uma função psíquica materna tranquilizadora e do processo de simbolização.....	72
CAPÍTULO V – ANTIDIETA: UMA ABORDAGEM DE TRATAMENTO PARA A COMPULSÃO ALIMENTAR.....	81
V.1. Histórico.....	83
V.2. As três diretrizes fundamentais do processo.....	87
V.2.1. Fome	87
V.2.2. Seleção	92
V.2.3. Saciedade	96
V.3. Considerações ao processo	99
V.4. O significado da gordura e da magreza para o comedor compulsivo	102
CAPÍTULO VI – ESTUDO DE UM CASO CLÍNICO DENTRO DA ABORDAGEM PSICOLÓGICA DA ANTIDIETA	106
CAPÍTULO VII – CONSIDERAÇÕES FINAIS	133
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	135
ANEXOS	142
Anexo 01- Entrevista	143
Anexo 02 – Termo de consentimento livre e autorizado	150

RESUMO

Essa dissertação de Mestrado tem o objetivo de efetuar um estudo teórico-clínico relativo a abordagem psicológica utilizada por um tipo específico de tratamento para a compulsão alimentar – a Antidieta – trazendo para discussão questões relativas às diretrizes básicas seguidas por essa abordagem, dentro de seus dois eixos, alimentar e emocional, integrando os conhecimentos teóricos dentro da prática clínica. Também são abordados certos aspectos referentes a algumas dificuldades no desenvolvimento, relativos a representação da imagem corporal, a função corporal e a introjeção de uma função psíquica materna tranqüilizadora e facilitadora do processo de simbolização. Essas dificuldades podem exercer influência na compulsão alimentar e na obesidade, segundo o estudo teórico realizado. Para um maior esclarecimento, procurou-se contextualizar a obesidade e a compulsão alimentar na cultura atual, sendo feitos questionamentos sobre alguns aspectos relativos ao uso de dietas para emagrecer em pacientes que apresentam tais distúrbios. Com este estudo pretende-se também conceituar alguns aspectos da evolução psicodinâmica do indivíduo e do desenvolvimento psicossomático. Para concluir, apresenta-se o estudo de um caso clínico, tendo como referencial a técnica específica da Antidieta para o tratamento da compulsão alimentar, abrangendo também um referencial clínico psicodinâmico, podendo-se observar uma melhora do quadro de compulsão alimentar.

Palavras-Chaves: compulsão alimentar; obesidade; Antidieta; distúrbios psicossomáticos.

ABSTRACT

This Master Degree dissertation has the objective to prove a clinic-theoretical study related to a psychological approach used by a specific type of treatment in compulsive eating – Antidietig - bringing for discussion questions related to the basic lines followed by this approach, in both angles, nutrition and emotional, integrating the theoretical knowledge inside of the practical clinic. It's also showed certain aspects referring to some difficulties in the development, related to the representation of the corporal image, corporal function and introjection of a psychic maternal function, tranquilliser and facilitator of the symbolizing process. These difficulties can influence the compulsive eating and the obesity, according to the theoretical research carried on. For a better clarification, it was contextualized the obesity and the compulsive eating in the current culture, asking some aspects related to the application of some weight-loss diets in patients who present such disorders. This research also intend to appraise some aspects of the evolution of individual psychodynamic and the psychosomatic development. To conclude, the research presents a clinical case, having as referential the specific technique of Antidieting for the treatment of the compulsive overeating, and also enclosing a psychodynamic clinical referential, being able to observe an improvement of the compulsive eating scenery.

Key-Words: compulsive eating; obesity; Antidieting; psychosomatic disorders.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO, OBJETIVOS E MÉTODO

I.1. INTRODUÇÃO

Todo ser humano, ao nascer, sente a necessidade de ser alimentado. A primeira relação afetiva e o primeiro contato com o mundo, bem como o início da formação da identidade pessoal e corporal se dá, em primeiro lugar, através da boca, com a relação bebê-seio. Quando os bebês sentem fome, choram e são alimentados, aprendem que suas necessidades podem ser satisfeitas de maneira confiável. Desde a infância, alimentar-se e tranquilizar-se estão profundamente ligados. Crianças com fome sentem medo, e, quando o mundo reage com a oferta de alimento, elas se acalmam. Para Hirschmann & Munter (1988), a experiência de alimentação é o centro de uma série de interações e sentimentos que contribuem para o sentido de segurança e, durante toda a vida, o ato de comer quando se tem fome é bastante satisfatório, tanto física como psicologicamente.

No entanto, para o compulsivo alimentar a situação é bem diferente. Para Hirschmann & Munter (1988), a maioria das pessoas compulsivas raramente tem consciência da sua fome fisiológica e os sinais que dão origem ao seu desejo de comer vêm de qualquer lugar, menos do estômago. O compulsivo, usa a comida, consciente ou inconscientemente, para lidar com a ansiedade, para se acalmar quando se sente estressado e para se reconfortar quando se sente triste, solitário ou amedrontado. A compulsão se traduz por uma alimentação fora de sintonia com as necessidades naturais do organismo e representa uma forma de enfrentar os problemas da vida.

A alimentação compulsiva destrói os padrões de alimentação, provoca com frequência aumento de peso, perda do autocontrole alimentar e da auto-estima. De acordo com Hirschmann & Munter (1988), pessoas compulsivas têm corpos de todos os tamanhos e formas e não são necessariamente gordas, visto que há muitas pessoas que se alimentam de maneira compulsiva sem que isso tenha como consequência a obesidade, permanecendo magras em virtude do seu metabolismo. Entretanto, a maioria das pessoas que comem demais pesam acima do seu peso de equilíbrio, porque ingerem muito mais alimentos do

que seu organismo exige: procuram comida quando não têm fome fisiológica, ou então, continuam a se alimentar além da saciedade fisiológica.

Pessoas compulsivas, para Hirschmann & Munter (1988), compartilham não apenas o ímpeto de comer como também a maneira de ver seu problema, considerando-se carentes de disciplina e força de vontade, gulosas, infantis, descontroladas e fracas. E para essas autoras, a sociedade não está interessada em saber o motivo pelo qual milhões de pessoas sentem-se dominadas pelo desejo de comer, sendo apenas pressionadas a controlar-se e a reduzir o peso, através de dietas e controles alimentares.

Como qualquer indivíduo, o compulsivo tem conflitos emocionais, que causam ansiedade. O problema, no entanto, encontra-se na dificuldade de lidar com os sentimentos sem a ajuda da comida, e portanto, o real problema não diz respeito à alimentação. É preciso fazer algo a respeito das razões emocionais da compulsão, pois nenhum controle, nenhuma restrição ou aprendizado de novos hábitos alimentares irão modificar a necessidade de se voltar para a comida quando se está com problemas, de uma forma eficaz e duradoura.

Infelizmente, as respostas encontradas baseiam-se na idéia de que ou a pessoa deve exercer melhor controle sobre sua ânsia de comer ou, então, deve abdicar de seu próprio controle e submeter-se às regras de uma dieta. Na verdade, ensina-se a condenar e restringir a alimentação quando, de fato, o verdadeiro problema a ser tratado não é o controle de peso. (HIRSCHMANN & MUNTER, 1988, p. 30)

Desta forma, o compulsivo se vê diante de um dilema, aparentemente, insolúvel, pois, de acordo com Hirschmann & Munter (1988), muitas pessoas compulsivas têm consciência de que sua alimentação é um sintoma de outros problemas, e muitas outras já fizeram um esforço para compreender o que as leva a comer. Mas apenas reconhecer a fonte da ansiedade não modifica o fato de que a única maneira que se conhece para lidar com os conflitos seja através da comida. Por outro lado, usar a comida como conforto também não resolve, pois não é uma solução eficiente para os desconfortos emocionais.

Devido ao fato de que as diversas soluções oferecidas no passado – restrições alimentares – não funcionaram, tornou-se necessário, de acordo com Orbach (1978), o desenvolvimento de uma nova psicoterapia que lidasse com o problema da compulsão de comer, ou seja, um novo enfoque terapêutico diferente dos programas de emagrecimento. Para a autora, o enfoque psicanalítico tem muito a oferecer para a solução

dos problemas da compulsão, pois fornece meios de investigar as raízes do problema em suas primeiras vivências. Torna também possível a compreensão da personalidade adulta, principalmente da identidade sexual. O “insight” psicanalítico ajuda a compreender, também, o que significa ser gordo e comer em excesso para cada pessoa individualmente, através da compreensão de seus atos conscientes ou inconscientes, possibilitando a descoberta das origens mais profundas da compulsão.

Para Orbach (1978), a gordura não tem a ver com falta de controle ou falta de força de vontade, que é um pensamento socialmente comum, mas sim com proteção, sexualidade, força, limites, criação, estabilidade, maternidade, afirmação e raiva.

A compulsão precisa ser vista, segundo Orbach (1978), tanto como sintoma quanto como um problema em si mesmo. É sintoma no sentido de que aquele que come por compulsão, não sabe como lidar com aquilo que está por trás desse comportamento e usam a comida como um auxílio. Por outro lado, a compulsão de comer se propagou de tal maneira e é tão dolorosamente absorvente que deve também ser abordada diretamente como um problema. Conseqüentemente, se faz necessário abordar ambos os aspectos envolvidos: o emocional e o alimentar. É preciso desmistificar o sintoma para descobrir o que está sendo manifestado no desejo de ser gorda, no medo da magreza e na vontade de comer em demasia. Ao mesmo tempo, é preciso intervir diretamente para que os sentimentos e o comportamento com relação à comida possam modificar-se.

O objetivo da Antidieta, consiste basicamente, de acordo com Hirschmann e Munter (1988), em devolver o hábito de comer ao seu devido lugar, que deve proporcionar prazer ao invés de medo e culpa, e desenvolver a consciência de si próprio para que os conteúdos emocionais possam ser pensados e simbolizados ao invés de se comer por causa deles. Para isso, se faz necessário voltar aos hábitos alimentares como eram no início da infância e recomeçar, restabelecendo a relação entre o alimento e a fome, interrompida anos atrás.

O interesse pela pesquisa surgiu da necessidade de integrar e conceituar conhecimentos teóricos dentro da prática clínica, bem como também pela busca de respostas a um problema que diz respeito, não só aos indivíduos que procuram atendimento para o transtorno da alimentação compulsiva mas, também, a um problema social ligado à questão da obesidade e a cultura atual, incluindo aí os métodos de tratamento, em sua maioria através de dietas e fórmulas medicamentosas.

O meu interesse pelo tratamento de pacientes obesos, surgiu com a própria demanda dentro do consultório, quando esses pacientes vieram buscar por tratamento. A maioria deles já havia feito vários tratamentos para emagrecer e, apesar de terem conseguido perder peso, voltavam a engordar e alguns já não tinham mais ânimo para fazer uma nova dieta. Para eles, ir ao psicólogo era como o último recurso que dispunham para tentar resolver um problema que julgavam estar “na cabeça” e não na alimentação. Alguns pacientes iniciaram a psicoterapia juntamente com o tratamento com nutricionista ou endocrinologista.

Iniciei o atendimento psicoterápico desses pacientes dentro da minha linha teórica que é a de orientação psicanalítica, procurando ajudar o paciente a elaborar a compulsão alimentar, presente nesses pacientes, e aos aspectos inconscientes ligados à gordura e ao significado de ser magro. Porém, o tratamento se mostrava frustrante e pouco resultado era obtido, pois, apesar de saberem o quanto e o que deveriam comer, não conseguiam seguir a dieta, se sentiam vorazes em relação aos alimentos “proibidos” e episódios de empanturramentos decorrente de ansiedades, tanto em relação à alimentação, quanto em relação às questões emocionais, eram freqüentes. Conseqüentemente, havia também uma grande frustração por não conseguirem perder peso.

Nessa ocasião, eu já tinha tido conhecimento da abordagem da Antidieta, através dos meios de comunicação, mas foi a partir dos resultados pouco satisfatórios em relação ao atendimento de pacientes obesos compulsivos, que fui ao encontro dessa técnica específica de tratamento, através de supervisões com a Dr^a. Elisabeth Chulman Wajnryt, psicóloga e psicanalista, que foi quem trouxe para o Brasil esta nova forma de compreensão e abordagem.

A Antidieta, trouxe, então, ao atendimento desses pacientes, um enfoque teórico em relação à alimentação e aos aspectos inconscientes ligados a ela, visto que propõe uma nova abordagem, não mais centrada nas privações e controles alimentares, próprios da dieta, mas no autoconhecimento corporal em relação à fome, a escolha alimentar quanto ao que comer e a saciedade. Também trouxe um novo olhar sobre a compulsão alimentar e a sua forma de tratamento, bem como um novo entendimento sobre a imagem corporal do obeso.

A partir desse referencial teórico, que diz respeito a uma técnica específica de tratamento, tive a necessidade de fazer uma ponte entre a abordagem da Antidieta e

alguns aspectos do desenvolvimento psicossomático, bem como de algumas falhas encontradas no desenvolvimento primitivo desses pacientes, tendo como base o referencial teórico psicodinâmico.

Neste capítulo encontram-se, também, os objetivos e o método dessa dissertação. Essa forma específica de tratamento será apresentada no capítulo V. No capítulo II se faz necessário abordar a questão da obesidade e do transtorno do comer compulsivo em relação às dietas e suas implicações na cultura atual. No capítulo III, será abordada a evolução psicodinâmica do indivíduo e do desenvolvimento psicossomático, suporte teórico necessário para que se possa entender os aspectos psicodinâmicos da compulsão alimentar e de algumas dificuldades no desenvolvimento, referentes ao capítulo IV. E no capítulo VI será descrita, através do estudo de um caso clínico, as vicissitudes do processo de tratamento de uma paciente com transtorno do comer compulsivo tendo como enfoque a abordagem da Antidieta.

Acho importante ressaltar que o termo “falhas” está sendo usado, nesse trabalho, como sinônimo de faltas, lacunas, estando relacionado a dificuldades no processo de desenvolvimento emocional primitivo do indivíduo, sendo essas lacunas, em sua maioria, inconscientes.

Decorrente dessa necessidade, espero que os resultados desse estudo possam auxiliar na compreensão do quadro de compulsão a comer e de alguns aspectos de seu atendimento clínico, dentro da abordagem da Antidieta.

I.2. OBJETIVO GERAL

Realizar um estudo teórico-clínico sobre a abordagem psicológica da Antidieta, buscando sistematizar e organizar o conhecimento já existente sobre essa técnica, trazendo ainda, para discussão, questões relativas a algumas dificuldades no desenvolvimento emocional do indivíduo que podem exercer influência na compulsão alimentar e na obesidade: falhas na representação da imagem corporal, na função corporal e na introjeção de uma função psíquica materna tranquilizadora.

I.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Contextualizar e relacionar a obesidade e a compulsão alimentar e suas implicações na cultura atual.
- b) Conceituar alguns aspectos da evolução psicodinâmica do indivíduo e do desenvolvimento psicossomático para a compreensão dos transtornos psicossomáticos e de algumas dificuldades no desenvolvimento primitivo, encontradas em pacientes compulsivos alimentares.
- c) Analisar os dois níveis de atuação da Antidieta: eixo fisiológico, através do autoconhecimento corporal e alimentar; e eixo emocional, através da elaboração de conteúdos inconscientes.
- d) Relatar alguns aspectos relativos ao uso de dietas para emagrecer em um paciente que apresenta compulsão alimentar.

I.3. SOBRE O MÉTODO

Para Calil (2001, p. 39), o método se refere a escolha realizada na busca de um caminho possível para a investigação científica, sendo um fio condutor que esteja em consonância com a formação pessoal e profissional do pesquisador, bem como com os pressupostos científicos.

De acordo com Chizzotti (1998), a pesquisa investiga o mundo em que o homem vive e o próprio homem. E para esta atividade, o investigador recorre à observação e à reflexão que faz sobre os problemas que enfrenta, e à experiência passada e atual dos homens na solução destes problemas, a fim de munir-se dos instrumentos mais adequados à sua ação e intervir no seu mundo para construí-lo adequado à sua vida. (CHIZZOTTI, 1998, p. 11)

A observação da conduta dos homens, de acordo com Reuchlin (1971), transparece nitidamente como a atividade a partir da qual se diferenciam as atividades dos psicólogos e seus métodos específicos. O psicólogo pode limitar suas ambições, contentando-se com o papel de simples observador, mas mesmo em tal caso não lhe será possível evitar a escolha de determinadas regras às quais terá de adaptar sua conduta, nem poderá fugir à escolha de um método de observação. E para Minayo (1999), de acordo com objetivos da pesquisa, deve-se estabelecer a forma e o conteúdo, ainda que no processo da investigação se perceba a necessidade de realizar mudanças, através: da escolha do tópico de investigação, da delimitação do problema, da definição dos objetos e objetivos, da construção do marco teórico conceitual, dos instrumentos da coleta de dados e da exploração do campo.

Para Minayo (1999, p. 89-90), existem algumas balizas, dentro das quais se processa o conhecimento. A primeira delas é seu caráter aproximado, em que o conhecimento é uma construção que se faz a partir de outros conhecimentos sobre os quais se exercita a apreensão, a crítica e a dúvida. A segunda baliza diz respeito ao caráter de inacessibilidade do objeto, que se explica pelo fato de que as idéias que se faz sobre os fatos são sempre mais imprecisas, mais parciais e mais imperfeitas que ele. Neste sentido, o objeto de pesquisa consiste na definição e redefinição do objeto. A terceira baliza se refere à vinculação entre pensamento e ação, pois nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido em primeira instância, um problema da vida prática, o que significa que a escolha de um tema não emerge espontaneamente, mas surge de interesses e

circunstâncias socialmente condicionadas, frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e objetivos. A quarta baliza enfatiza o caráter originariamente interessado do conhecimento ao mesmo tempo que sua relativa autonomia. Isso significa que o olhar sobre o objeto está condicionado historicamente pela posição social do cientista e pelas correntes de pensamento em conflito na sociedade, porém, existe uma autonomia relativa, uma lógica interna da pesquisa científica, visando a descoberta da verdade.

Para Chizzotti (1998), nas ciências humanas e sociais, a hegemonia das pesquisas positivas, que privilegiavam a busca da estabilidade constante dos fenômenos humanos, foi questionada pelas pesquisas que se empenharam em mostrar a complexidade e as contradições de fenômenos singulares, a imprevisibilidade e a originalidade criadora das relações interpessoais e sociais. Essas novas pesquisas valorizaram aspectos qualitativos dos fenômenos, expuseram a complexidade da vida humana e evidenciaram significados ignorados da vida social (CHIZZOTTI, 1998, p. 78). Assim, os pesquisadores que adotam essa orientação se dedicam à análise dos significados que os indivíduos dão às suas ações, inseridas no contexto social em que estas se dão.

I.3.1. A DEFINIÇÃO DO OBJETO

O objeto principal dessa pesquisa é o conceito de Antidieta e alguns aspectos da teoria relativa a essa forma específica de abordagem psicológica para a compulsão alimentar, bem como o procedimento clínico referido por essa abordagem, intentando fazer uma ponte de compreensão de alguns aspectos psicodinâmicos relacionados à compulsão alimentar com fragmentos da clínica.

Do ponto de vista prático o Objeto, para Minayo (1999), é geralmente colocado em forma de pergunta e se vincula a descobertas anteriores e a indagações provenientes de múltiplos interesses, que decorre de uma relação dialética entre os esforços de estabelecer marcos conceituais e de os articular à prática. Para autora, o real está sempre colocado como premissa, embora operacionalmente se parta da elaboração do abstrato para o concreto.

Geralmente quando nos propomos a iniciar uma atividade de pesquisa, nós a situamos dentro de um quadro de preocupações teórico-práticas. Ou seja, temos uma Área de Interesse que é um campo de práticas, onde as questões que incitam nossa curiosidade teórica se concentram. (...) No

interior dessa área de Interesse que acontece e ultrapassa um projeto específico, se situa a questão da definição do Objeto ou a definição do Problema. Trata-se um recorte capaz de conter relações essenciais e expressar especificidade. (MINAYO, 1999, p. 96)

Assim, os sujeitos de investigação, primeiramente são construídos teoricamente enquanto componentes do objeto de estudo. No campo fazem parte de uma relação de intersubjetividade, de interação social com o pesquisador, daí resultando em um produto novo e confrontante tanto com a realidade concreta como com as hipóteses e pressupostos teóricos, num processo mais amplo de construção de conhecimento (MINAYO, 1999, p. 105). A compreensão do indivíduo, para Minayo (1999), tem que ser completada com as variáveis próprias tanto da especificidade histórica como dos determinantes das relações sociais.

Na pesquisa qualitativa, de acordo com Chizzotti (1998, p. 83), todas as pessoas que participam da pesquisa são reconhecidas como sujeitos que elaboram conhecimentos e produzem práticas adequadas para intervir nos problemas que identificam. Pressupõe-se, pois, que elas têm um conhecimento prático, de senso comum e de representações relativamente elaboradas que formam uma concepção de vida e orientam as suas ações individuais. Para o autor, os sujeitos da pesquisa identificam os seus problemas, analisam-nos, discriminam as necessidades prioritárias e propõem as ações mais eficazes. Para Reuchlin (1971), o objeto da psicologia clínica é o indivíduo em situação e em evolução

Qualquer discurso teórico não é a revelação total da realidade mas, de acordo com Minayo (1999), é a realização de um real possível ao sujeito, sob condições histórico-sociais, em que a realidade é a exteriorização de sua interioridade, do seu tempo, do seu meio, de suas questões, de sua inserção de classe.

Para Chizzotti (1998), o pesquisador é parte fundamental da pesquisa qualitativa e deve manter uma conduta participante, que partilhe da cultura, das práticas, das percepções e experiências do sujeito da pesquisa, procurando compreender a significação social por ele atribuída ao mundo que o circunda e aos atos que realiza. Para o autor, cabe ao pesquisador, também, identificar os problemas e as necessidades e formular as estratégias de superação dessas necessidades.

I.3.2. A FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Para Chizzotti (1998), o problema, na pesquisa qualitativa, não é fruto de um distanciamento que o pesquisador se impõe para extrair as leis constantes que o explicam e cuja frequência e regularidade pode-se comprovar pela observação direta e pela verificação experimental, o que implica dizer que o problema se dá no decorrer da pesquisa, pois a delimitação do problema não resulta de uma afirmação prévia e individual, formulada pelo pesquisador e para a qual recolhe dados comprobatórios (CHIZZOTTI, 1998, p. 81).

Um problema de pesquisa não pode, desse modo, ficar reduzido a uma hipótese previamente aventada, ou a algumas variáveis que serão avaliadas por um modelo teórico preconcebido. O problema decorre, antes de tudo, de um processo indutivo que se vai definindo e se delimitando na exploração dos contextos ecológico e social, onde se realiza a pesquisa; da observação reiterada e participante do objeto pesquisado, e dos contatos duradouros com informantes que conhecem esse objeto e emitem juízos sobre ele. (CHIZZOTTI, 1998, p. 81)

Mas, de acordo com Minayo (1999), ninguém coloca uma pergunta se nada sabe da resposta, pois então não haveria o que perguntar.

Todo saber está baseado em pré-conhecimento, todo fato e todo dado já são interpretações, são maneiras de construirmos e de selecionarmos a relevância da realidade. (MINAYO, 1999, p. 93)

Para Ludke & André (1986), o problema é redescoberto no campo, evitando assim, a definição rígida de hipóteses, para que o pesquisador possa mergulhar na situação e a partir daí rever e aprimorar o problema inicial da pesquisa.

Durante os anos de atendimento na prática clínica, com compulsivos alimentares, que procuraram por tratamento devido à obesidade, um problema se impôs em relação às formas mais conhecidas de se lidar com a compulsão alimentar, que são as dietas e fórmulas medicamentosas para emagrecer, devido ao fato de que alguns pacientes que se utilizam dessas formas de tratamento reincidem na obesidade, após o término do tratamento, evidenciando um sofrimento psíquico presente. As dietas e fórmulas emagrecem, o que as tornam eficazes para o tratamento da obesidade, mas elas não pretendem elaborar os sentimentos subjacentes em pacientes que não apresentam causas orgânicas. Neste sentido, as dietas e as fórmulas não só têm se mostrado insuficientes,

como, também, aparecem como agravante do problema da compulsão alimentar, se estabelecendo um círculo vicioso.

Dentro deste contexto, a delimitação do problema, nesta pesquisa, se faz importante: seria possível um método de tratamento específico e focal para a compulsão alimentar, como a Antidieta, que pudesse também focalizar alguns aspectos psicodinâmicos da personalidade dos compulsivos alimentares?

Após a formulação e a definição do problema, alguns eixos de estudo sobre a compulsão alimentar foram levantadas, devido às mesmas dificuldades observadas e encontradas nos pacientes em tratamento de orientação analítica, com relação a compulsão alimentar, sendo elas: o estudo teórico sobre algumas dificuldades no desenvolvimento do indivíduo relativas à representação da imagem corporal; relativas ao aprendizado da função corporal - fome-saciedade; relativa à introjeção de uma função psíquica materna tranquilizadora.

Minayo (1999, p. 95) define hipóteses como afirmações provisórias a respeito de determinado fenômeno em estudo. São afirmações para serem testadas empiricamente e depois confirmadas ou rejeitadas. Uma hipótese científica deriva de um sistema teórico e dos resultados de estudos anteriores, mas também podem surgir da observação e da experiência no jogo impreciso e inacabado que relaciona teoria e prática. Além disso, para a autora, as hipóteses fazem parte do quadro de preocupações teórico-práticas do investigador, e das preocupações dominantes em uma época. Para a autora, na abordagem qualitativa, as hipóteses servem de caminho e de baliza no confronto com a realidade empírica.

I.3.3. ESTUDO TEÓRICO

Para Demo (2000, p.20), a pesquisa teórica é dedicada a construir teorias, conceitos, idéias, ideologias, polêmicas, tendo em vista, em termos imediatos, aprimorar práticas. Para o autor, podemos estudar conceito de algum assunto, primeiro, para entender melhor seus conteúdos explícitos e implícitos, suas polêmicas e acordos, e, depois, para se ter condições mais adequadas para se contrapor, se for o caso. Há a relevância de saber manejar criticamente conceitos e suas práticas. Trata-se de desconstruir teorias, para reconstruí-las em outro patamar e momento.

O conhecimento crítico é sempre, segundo Demo (2000), pelo menos em algum sentido, novo, já que o questionamento acrescenta-lhe alguma dimensão, algum olhar, alguma preocupação que antes não existia ainda. Para o autor, as teorias podem apenas ser corroboradas, não propriamente comprovadas, já que seu caráter científico está mais precisamente na possibilidade sempre aberta de serem refutadas. Assim o conhecimento científico abre e supera horizontes.

Para Demo (2000), definir o conhecimento científico é colocar limites e este contém um desafio árduo: simplificar, de um lado, para ver melhor e complicar de outro, para ser justo com a natureza do fenômeno.

Só aprendemos algo quando comparando a situação anterior com a posterior, notamos nesta algo novo. Se apenas reproduzimos conhecimento, temos o mesmo antes e depois, possivelmente até menos depois, porque ainda mais deturpado. Por isso dizemos que aprender é reconstruir, no sentido preciso de que a aprendizagem autêntica desconstrói e reconstrói constantemente seus limites. Deparamos aqui com situação tipicamente dialética: trabalhar com objetos bem definidos é mandamento central do conhecimento científico, mas objetos bem definidos podem já ser mais artefatos metodológicos do que reais, pois realidade bem definida é mais inventada do que real. (DEMO, 2000, p. 14)

Definir significa ainda, segundo Demo (2000), interferência do sujeito no objeto e definir conhecimento científico, supõe o ponto de vista de quem define, visto que para o autor, não existe definição que não tenha por trás, sujeito definidor. Só se conhece com base no que já está conhecido e só se aprende do que os outros já aprenderam. Assim, se trata de reconstruir conhecimento, o que significa pesquisar e elaborar, sendo que pesquisa pode ser entendida tanto como procedimento de fabricação do conhecimento, quanto como procedimento de aprendizagem, sendo parte integrante de todo processo reconstrutivo de conhecimento.

De acordo com Eco (2000, p. 2), a “descoberta” dentro da pesquisa científica, em especial no campo humanista, podem ser modestas, considerando-se resultado “científico” até mesmo uma maneira nova de ler e entender um texto clássico, uma reorganização e releitura de estudos precedentes que conduzem à maturação e à sistematização das idéias que se encontravam dispersas em outros textos.

Para Demo (2000), é pouco útil a distinção entre teoria e prática, pela razão de que o conhecimento científico é o que existe de mais prático na sociedade, tomando em conta que os dois termos necessitam um do outro, visto que teoria que nada tem a ver com a prática, também não é teoria de coisa nenhuma, e prática que não retorna à teoria jamais se renova. O autor aponta para a diferença entre teoria e “teoricismo”, que é a reprodução de um monte de teorias, sem pesquisa e elaboração própria, destituídas de sentido prático.

Do ponto de vista dialético, de acordo com Demo (2000), o conhecimento científico encontra seu distintivo maior na paixão pelo questionamento, alimentado pela dúvida metódica e os resultados do conhecimento científico obtidos pela via do questionamento, permanecem questionáveis, por simples coerência de origem. Para o autor, é comum a expectativa incongruente de tudo criticar e achar que se pode oferecer algo já não criticável. Neste sentido, o conhecimento científico não produz certezas, mas fragilidades mais controladas. Somente é científico o que for discutível.

I.3.4. O MÉTODO CLÍNICO E O ESTUDO DE CASO

O estudo de um caso clínico é fundamental para a compreensão aprofundada de um indivíduo em um contexto específico e se faz necessário, nessa dissertação, para a compreensão dos objetivos deste trabalho, visto que, a exemplificação da vivência da abordagem proposta tornará o trabalho de pesquisa mais compreensível e completo.

O método clínico constitui como sua unidade, de acordo com Reuchlin (1971, p. 105), a convicção de que apenas um estudo aprofundado de indivíduos isolados, cuja individualidade seja reconhecida e respeitada e que sejam considerados “em situação e em evolução”, possibilitará a compreensão desses indivíduos e, talvez, por intermédio deles, a do homem.

Encarar a conduta em sua perspectiva particular, fazer o levantamento tão fiel quanto possível das maneiras de ser e de reagir de um ente humano, concreto e completo, às voltas com uma situação, procurar estabelecer seu sentido, sua estrutura e sua gênese, descobrir os conflitos que a motivam e as providências tendentes a resolvê-los: aí está, em resumo, o programa da psicologia clínica. (Lagache, apud Reuchlin, 1971, p. 113)

De acordo com Reuchlin (1971), a atitude clínica leva a limitar e até mesmo a rejeitar o emprego de técnicas normalizadas que forneçam resultados quantitativos, consistindo em tomar o próprio indivíduo como quadro de referência. Muitos clínicos exprimem a intenção de utilizar exclusivamente situações de observação ou de exame que sejam “naturais” ou “concretas” e, para os psicólogos de inspiração psicanalítica, a existência de um conflito no sujeito parece constituir um dos caracteres essenciais que permitem reconhecer uma situação natural, concreta (Reuchlin, 1971, p. 116), e uma forma dessa busca de conhecimento pode se dar através do estudo de um caso clínico. Para (Ludke e André, 1946), todos os estudos de casos qualitativos são “naturalísticos”, visto que se desenvolve em uma situação natural, ou seja, no ambiente em que eles ocorrem e sem qualquer manipulação intencional do pesquisador.

Para Chizzotti (1998, p.102), através do estudo de caso se coletam e registram dados de um caso particular ou de vários casos a fim de organizar um relatório ordenado e crítico de uma experiência, ou avalia-la analiticamente, objetivando tomar decisões a seu respeito ou propor uma ação transformadora.

O caso é tomado como unidade significativa do todo e, por isso, suficiente tanto para fundamentar um julgamento fidedigno quanto para propor uma intervenção. É considerado também como um marco de referência de complexas condições socioculturais que envolvem uma situação e tanto retrata uma realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais, presentes em uma dada situação. (Chizzotti, 1998, p.102)

Para Ludke e André (1946), os estudos de caso visam à descoberta em que o quadro teórico inicial servirá de estrutura básica a partir da qual novos aspectos deverão ser detectados e novos elementos ou dimensões poderão ser acrescentados, enfatizando a “interpretação em contexto”, visto que para uma apreensão mais completa do objeto, é preciso levar em conta o contexto em que ele se situa, buscando, assim, retratar a realidade de forma completa e profunda, em que o pesquisador procura revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação ou problema. Para os autores, os estudos de caso procuram representar os diferentes e às vezes conflitantes pontos de vista presentes numa situação social, devido ao fato de que a realidade pode ser vista sob diferentes perspectivas, não havendo uma única que seja a mais verdadeira, através da utilização de

uma linguagem simples, clara e num estilo que se aproxime da experiência pessoal do leitor.

A seleção e a delimitação do caso, segundo (Chizzotti, 1998, p.102-103), são decisivas para a análise da situação estudada. O caso deve ser uma referência significativa para merecer a investigação e, por comparações aproximativas, apto para fazer generalização a situações similares. A delimitação deve precisar os aspectos e os limites do trabalho a fim de reunir informações sobre um campo específico e fazer análises sobre objetos definidos a partir dos quais se possa compreender uma determinada situação.

Assim, o estudo de um caso clínico, nesta dissertação, tem como intenção ajudar a compreender o método da Antidieta e elucidar alguns aspectos da compulsão alimentar e algumas dificuldades no desenvolvimento emocional, enquadrados dentro da cultura atual.

I.3.5. ASPECTOS ÉTICOS

O Conselho Federal de Psicologia, em resolução n 016/2000, regulamenta a realização de pesquisas com seres humanos na área da psicologia, assim como, também, o Conselho Nacional de Saúde em sua resolução n 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos (Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Resolução n 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, Brasília, 1996).

Assim, tratando-se este trabalho de uma pesquisa realizada com seres humanos, por uma profissional de psicologia, torna-se necessário que alguns princípios éticos sejam assegurados, visando defender a integridade dos sujeitos pesquisados.

Sendo este trabalho caracterizado por seu olhar científico, o mesmo seguiu as resoluções acima mencionadas, em que os procedimentos foram utilizados de acordo com as normas e regras éticas propostas pelas resoluções, acima referidas, resguardando o estudo e a paciente de qualquer risco.

CAPITULO II

OBESIDADE, TRANSTORNO DO COMER COMPULSIVO, DIETAS E SUAS IMPLICAÇÕES NA CULTURA ATUAL

II.1. OBESIDADE

O significado da obesidade ao longo da História da Humanidade está implicado em diferentes qualificações e interpretações psicossociais, de acordo com as regiões, épocas das civilizações, condições sócio-econômicas e cultura.

Para Fisberg (1995), a obesidade é provavelmente uma das enfermidades mais antigas do homem. Desenhos rupestres mostram o homem pré-histórico com aspectos de peso excessivo para a sua altura. O homem ingeria enormes quantidades de alimentos com o objetivo de armazenar energia para sua sobrevivência em um meio hostil.

De acordo com Pizzinatto (1992), desde a Pré-História e durante a Antiguidade o culto à fertilidade foi praticado através de rituais místico-religiosos a diversas deusas retratadas sob a forma humana de opulência corporal, representantes da fertilidade e da agricultura e admiradas por seios, quadris e coxas obesas, o que estava associado a um contínuo suprimento de alimentos e à necessidade coletiva de abundância, em uma época em que a fome era uma ameaça constante.

Na Antiguidade, quando grande parte da população era de súditos e escravos, sendo esses não obesos, a gordura corporal representava riqueza e poder. Na Idade Média e no Renascimento, a obesidade podia ser considerada como graça divina e de acordo com Fisberg (1995), o padrão estético feminino privilegiava a mulher com formas arredondadas, matronais e sensuais ao mesmo tempo. Na sociedade greco-romana as personalidades socialmente privilegiadas podiam manter hábitos alimentares excêntricos, sem restrições e, segundo o autor, as orgias alimentares eram propriedades características do excesso e do poder. E para Pizzinatto (1992), a associação psicossocial entre opulência corporal e riqueza material, apesar de muito antiga, tem prevalecido enquanto valor encontrado não apenas em alguns povos ou tribos com costumes e tradições mantidos hermeticamente, mas também, em sociedades contemporâneas mantenedoras de hábitos

orais exibicionistas. Ainda hoje, para os reis da Malásia e povos polinésios ser gordo pode indicar extrema distinção.

Já, na antiga sociedade espartana, onde o culto e o treino ao corpo, enquanto instrumento de luta e força, eram empregados aos jovens, as atitudes em relação a obesidade eram punitivas. Na época do Império Romano as damas sofriam com jejuns prolongados para manter o corpo magro e esbeltos, tal como era apreciado. Para Herscovici (1997), ao longo da história, o tamanho ideal do corpo da mulher foi variando, em parte influenciado pela economia. Quando escasseavam os alimentos, preferiam-se as formas arredondadas, como símbolo de fartura e poder. Em troca, nas épocas em que abundaram os alimentos, a esbelteza era sinal de autodisciplina.

Mas, o critério de magreza, enquanto ideal estético, aparece como um valor crescente nas sociedades capitalistas, sobretudo após os anos 60, fazendo parte de uma ideologia de massa em favor do corpo ágil e da juventude como objetos de consumo. Para Fisberg (1995), tudo se modificou com a busca do corpo magro, atlético e de formas definidas. Assim, para o autor, de padrão de beleza a vilão dos tempos modernos, o obeso é presa fácil de exploradores que lhe prometem a fórmula mágica do emagrecimento sem esforço.

Atualmente, a obsessão por uma silhueta cada vez mais magra converteu-se em uma espécie de tirania, que afeta especialmente o sexo feminino. A sociedade exerce uma pressão implacável sobre a mulher, no sentido que deve se conformar a um padrão de beleza estabelecido. Segundo Herscovici (1997), o paradoxo da mulher de nossa era é que apesar de haver adquirido maior independência econômica, educação e autonomia, como nunca antes na história da humanidade, sente-se ainda insegura frente a seu próprio corpo e se submete sem vacilar a este mandato cultural. Para Wajnryt (1993), a conquista de mais direitos coincide tristemente com a proliferação das “vigilâncias” sobre o peso e o corpo das mulheres. Submeter-se aos padrões de beleza atuais está no lugar dos antigos controles exercidos por valores como a maternidade, a castidade e a passividade.

Segundo Pizzinato (1992), nas sociedades capitalistas ocidentais, o prazer físico encontra-se constantemente veiculado com um valor em si e uma forma de consumo a ser aproveitada segundo as diferentes oportunidades. Para a autora, o papel da publicidade exerce forte influência e atração, vinculando o prazer e uma pseudo-segurança interna ao consumo generalizado, criando um forte estímulo de continuidade aos impulsos

e desejos vorazes, associados às fantasias primitivas de união com a imago materna poderosa e não-frustradora e de incorporação do seio gratificante. Neste sentido, por exemplo, as pessoas que encontram dificuldades em manter relacionamentos afetivos compartilhados poderiam utilizar a satisfação oral como um substituto aceito socialmente. Desta maneira, a pessoa obesa, estando presa aos próprios conflitos não resolvidos, sente-se valorizada por ter acesso à boa comida que lhe trás gratificações. Contudo, torna-se uma vítima paradoxal ao perceber que a silhueta está desvalorizada, sentindo-se feia e rejeitada no seu grupo social.

Para a mesma autora, o medo arcaico de não ser suficientemente nutrido com a energia alimentar, associada ao calor dos afetos, parece estar presente nos primórdios do desenvolvimento psíquico infantil, podendo se mesclar com o medo da morte ou do abandono. Os sentimentos de plenitude interior proporcionado por uma vida psíquica integrada e preenchida pelos cuidados maternos são o suporte para um desenvolvimento de uma personalidade sadia. Para Andrade (1995), a obesidade pode ser vista como sintoma de grande ansiedade, apontando para dificuldades internas, afetivas e relacionais.

Quanto ao conceito atual, de acordo com Coutinho (1998), a definição clássica de obesidade é o acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo, que atualmente, pode ser medido pelo Índice de Massa Corporal (IMC). A fórmula utilizada para o cálculo desse índice, divide o peso em quilogramas (Kg) pelo quadrado da altura em metros (m). $[IMC = \text{Peso (kg)}/\text{Alt}^2]$ e é conhecida como índice de Quetelet.

Por meio deste índice Halpern (1992, p. 914) classifica os tipos de obesidade:

IMC (Kg/ m²)	Nomenclatura
25 – 29	Obesidade Leve
30 – 39	Obesidade Moderada
40 – 50	Obesidade Mórbida
> ou = 50	Super Obesidade

Apesar de ser o método mais largamente utilizado, por seu um indicador de corpulência e não de adiposidade, o método falha em não diferenciar entre massa gorda – gordura - e massa magra – músculo, podendo apresentar um falso positivo, por exemplo, em um indivíduo com a massa muscular muito desenvolvida.

Em relação às causas, para Fisberg (1995), a obesidade pode ter início em qualquer época da vida e aponta alguns fatores que são determinantes para o estabelecimento da obesidade na infância e adolescência. Na infância pode estar relacionado ao desmame precoce e introdução inadequada de alimentos no desmame, emprego de formulas lácteas inadequadamente preparadas, distúrbios do comportamento alimentar e inadequada relação familiar. Muitas mães ainda têm a imagem do bebê rechonchudo e gordo como a imagem da saúde e da beleza. No adolescente, somam-se a isto todas as alterações do período de transição para a idade adulta, a baixa auto-estima, o sedentarismo, lanches em excesso mal balanceados e a enorme suscetibilidade à propaganda consumista.

Para o mesmo autor, o prognóstico da obesidade na infância é bastante controverso: alguns estudos mostram que aproximadamente 30% das crianças obesas podem ser adultos obesos. Outros mostram que quanto menor a idade em que a obesidade se manifesta e quanto maior a sua intensidade, maior a chance de que a criança seja um adolescente e adulto obeso. Retrospectivamente, pode-se verificar que mais da metade dos adultos obesos o foram na infância e adolescência.

De acordo com Pizzinatto (1992), existem diversas síndromes neuroendócrinas ou cromossômicas que incluem algum tipo de obesidade enquanto um dos seus muitos sintomas assim como acontece, também, com os distúrbios hormonais. Em todas essas síndromes ou quadros clínicos parecem existir alguns fatores orgânicos clinicamente detectáveis que provocam um quadro sintomatológico típico, no qual pode figurar a evolução de algum tipo de obesidade favorecida por fatores endógenos.

O estudo, nesta dissertação, no entanto, visa tratar da compreensão do processo da obesidade por ingestão calórica excessiva, a qual não envolve qualquer distúrbio orgânico que possa justificar sua etiologia, sendo definida, de acordo com a classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID 10), como: obesidade devido a excesso de calorias.

De acordo com Pizzinatto (1992), este tipo de obesidade representa o maior índice de frequência causal nas diferentes populações de pessoas obesas e está estreitamente relacionada com o Transtorno do Comer Compulsivo (TCC). Segundo Fisberg (1995), a obesidade exógena – por ingestão alimentar excessiva – é responsável por 95% dos casos e apenas os 5% restantes seriam os obesos chamados endógenos, com

causas hormonais e as síndromes genéticas. E para Appolinário & cols (1995), apesar do comportamento compulsivo alimentar ser freqüentemente encontrado na obesidade, somente agora ele ganhou destaque como objeto de pesquisa generalizado.

Para Herscovici (1997), o comer compulsivo costuma ser confundido com a obesidade, entretanto, devem ser diferenciados, pois não se equiparam necessariamente. A obesidade, em sentido estrito, refere-se a um aumento de gordura corporal e de peso em 20% ou mais, acima do peso teórico, e pode ter ou não um componente psicológico. Uma pessoa que come de forma compulsiva pode ser obesa ou não, segundo a seqüência de sua conduta.

Mas segundo Appolinário (1998), existe uma relação direta entre o grau de obesidade e o transtorno do comer compulsivo, havendo um aumento na gravidade dos ataques de comer, conforme aumenta o grau da obesidade medido pelo IMC (Índice de Massa Corpórea). Para Herscovici (1997), o comer compulsivo é muito mais freqüente entre as pessoas com excesso de peso. E para Barcellos & cols (1996), o transtorno do comer compulsivo parece estar fortemente associado a: obesidade, flutuação de peso, sexo feminino, realização de dietas, preocupações excessivas com o peso e a forma corporal, adições e história de tratamento para problemas emocionais.

De acordo com Coutinho e Póvoa (1998), os compulsivos alimentares apresentam um início do quadro da obesidade mais precoce do que os não-compulsivos, além de também iniciarem mais cedo a prática de dietas e a preocupação com o peso. Para Barcellos & cols (1996), a realização freqüente de dietas e a alimentação compulsiva estão intimamente relacionados. Os compulsivos apresentam, ainda, maior flutuação de peso e passam mais tempo da vida adulta tentando emagrecer. Evidenciam, também, uma história de vários tratamentos para controle de peso e maior preocupação com a forma e a imagem corporal. Em contrapartida, para a autora, nos tratamentos atuais para a obesidade, parece não haver preocupação em identificar um tipo de obesidade caracterizado pela presença do transtorno do comer compulsivo.

II.2. TRANSTORNO DO COMER COMPULSIVO

O DSM IV (2002) caracteriza o Transtorno do Comer Compulsivo (TCC), dando o nome de Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), apêndice B, para descrever o grande número de pacientes que eram diagnosticados apenas como

Transtornos alimentares sem outras especificações, por não possuírem comportamentos característicos de pacientes com bulimia e anorexia, mas possuem um comportamento alimentar peculiar, caracterizado por Ataques de Comer. E de acordo com Barcellos & cols. (1996), a proposta do TCC como uma nova categoria diagnóstica representa uma categoria ainda em evolução.

Os seguintes critérios de pesquisa para o diagnóstico do Transtorno do Comer Compulsivo foram definidos no DSM IV:

A. Episódios recorrentes de Ataques de Comer, sendo que um episódio de ataque de comer é caracterizado por ambos os critérios abaixo:

(1) Comer num breve período de tempo (ex: num período de duas horas) uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas comeria durante um período de tempo similar e em circunstâncias semelhantes.

(2) Ter um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio (por exemplo, a sensação de que não pode parar de comer ou controlar o que ou quanto se está comendo).

B. Os episódios de Ataque de Comer estão associados a pelo menos três ou mais dos critérios abaixo:

(1) Comer mais rapidamente do que o usual;

(2) Comer até sentir-se desconfortavelmente “cheio”;

(3) Comer grandes quantidades de alimento, sem estar com fome;

(4) Comer sozinho por sentir-se constrangido pela quantidade que se está comendo;

(5) Sentir-se aborrecido consigo mesmo, deprimido ou muito culpado após a superingestão;

C. Acentuados sofrimentos relativo aos Ataques de Comer.

D. Os episódios de ataque de comer ocorrem, em média, no mínimo duas vezes por semana durante seis meses.

E. O ataque de comer não deve estar associado com o uso regular e inapropriado de comportamentos compensatórios (como por exemplo, purgação, jejum, exercícios excessivos) e não ocorre exclusivamente durante o curso da Anorexia Nervosa ou da Bulimia Nervosa.

Para Wajnryt (1993), a compulsão de comer é uma síndrome, isto é, um conjunto de sintomas do qual faz parte:

- a) Alternância de peso, com a conseqüência psíquica de uma imagem corporal distorcida.
- b) Alternâncias entre privações e abusos alimentares, num círculo vicioso; assim, a cada privação há uma correspondente voracidade no próximo ataque sem controle à comida.
- c) há um investimento crescente de energia psíquica envolvendo as preocupações com o peso ou o corpo em detrimento de outros aspectos da vida, levando esta a um empobrecimento.

Quanto ao começo e evolução, para Duchesne (1995) os ataques de comer são desencadeados por inúmeros fatores, como sentimentos relacionados ao peso ou formato corporal, privação de determinados alimentos e em momentos de estresse, quando a pessoa se sente incapaz de enfrentar certas situações ou dificuldades. Para Barcellos & cols (1996), alguns indivíduos, entretanto, não conseguem identificar fatores precipitantes definidos, mas apenas um sentimento inespecífico de tensão. Sob o aspecto psicodinâmico, pode ser um mecanismo defensivo e reparador para evitar sentimentos de solidão, fracasso e abandono. Neste sentido, os ataques de comer podem ser também uma forma de ocupação do tempo ocioso e podem fornecer distração para pensamentos desagradáveis, reduzindo transitoriamente estados ansiosos, sendo uma forma de se dar prazer. Para Duchesne (1995), o compulsivo reage às situações de acentuada tensão emocional comendo, em vés de aplicar estratégias para a solução de problemas. Embora o efeito imediato seja uma sensação de relaxamento e prazer, culpa e ansiedade freqüentemente se seguem, o que leva o compulsivo a comer novamente, formando um círculo vicioso.

Para Herscovici (1997), um modo típico de se desenvolver o TCC na infância, é quando a criança inicia uma dieta sem o devido e cuidadoso controle de um profissional especializado. Deste modo, pouco a pouco fica desregulado seu padrão alimentar como conseqüência da restrição de alimentos. Tal situação pode alternar-se com períodos de empanturramentos alimentares ou *binge* (termo utilizado em inglês). Para Andrade (1995), é possível que mães, com sentimentos inconscientes de rejeição, atuem superalimentando o filho na tentativa de se sentirem menos culpadas. Outras, por se sentirem infelizes e frustradas, precisam usar o alimento como compensação, como prazer que preenche e conforta.

Andrade (1995), fez um estudo com 134 pacientes do ambulatório de Obesidade Infantil da Universidade Federal de São Paulo, dos aspectos psicogênicos e psicodinâmicos da obesidade por excesso de ingestão alimentar. O estudo psicológico

mostrou que em pelo menos 76,8% dos casos razões emocionais importantes estavam envolvidas. Foi possível identificar sete quadros com aspectos semelhantes que têm em comum algumas causas desencadeantes, alguns padrões de comportamento, algumas respostas características ou certos estados emocionais:

1- Rejeição materna e carência de afeto: 26,1% das crianças demonstram sofrer muito de carência e de insegurança afetiva. Comem demasiadamente na tentativa de encontrar no prazer oral, o afeto negado pela mãe e também satisfazer a mãe insatisfeita.

2- Depressão e culpa: 17,2% das crianças têm pais emocionalmente deprimidos e angustiados. A depressão da mãe invade pesadamente a vida da criança que se sente culpada por tê-la abatido, buscando na comida uma sensação de plenitude e preenchimento.

3- Angústias circunstanciais: 14,2% das crianças passam por dificuldades circunstanciais de vida, por exemplo, a chegada de um novo irmão, demonstrando na voracidade o quanto se sentem atingidas e angustiadas.

4- Mães simbióticas e pais superprotetores: ocorreu em 13,4% das crianças. A ansiedade e a superproteção da mãe parecem impedi-la de perceber as reais necessidades do filho que ela alimenta excessivamente. Pais que tiveram uma infância muito sofrida e restrita, se compensam no filho, através de muita comida e falta de limites.

5- Pais alcoólatras: 10,4% das crianças. O vício da ingestão, acaba sendo uma marca familiar para lidar com a frustração e ansiedade.

6- Criança imatura: 9,7% das crianças que demonstram um equilíbrio muito instável e imaturo de personalidade, sendo os casos mais graves. Sofrem de grande ansiedade, têm muita raiva contida e ciúmes, inveja e temores persecutórios.

7- Problemas orgânicos: 9% apresentam algum grau de deficiência mental, problemas neurológicos ou congênitos. Têm, portanto, dificuldade para elaborar psiquicamente seus conflitos.

Durante a adolescência, a preocupação pela própria imagem corporal é um tema de interesse central e os transtornos da conduta alimentar afetam especialmente as mulheres, por estarem mais associados à pressão social do que nos homens. Aos quatorze anos, aproximadamente, as moças tomam uma nova consciência de seu aspecto e peso corporal e muitas começam a experimentar métodos simples de controle de peso, tais como evitar comer entre refeições e fazer exercício físico. Aos dezessete anos, de 14 a

30% das jovens fazem, durante alguns dias, jejum; 3% provocam vômitos e de 1 a 5% tomam laxantes como tentativa de controlar seu peso. Aos dezoito anos, entre 14 e 46% têm empanturramentos habituais (HERSCOVICI, 1997, p. 27).

Para Herscovici, (1997), o comedor compulsivo, em geral, já fez várias tentativas frustradas para mudar sua conduta alimentar. Com frequência fazem programas de emagrecimento intermitentes, que apenas favorecem a volta dos empanturramentos. Nestes casos, para a autora, o erro é pensar que apenas uma dieta restritiva resolverá uma problemática muito mais complexa. A maioria dessas pessoas diz conhecer quase todos os programas de reeducação alimentar e todos os princípios de controle de peso e, no entanto, não conseguem deixar de ter empanturramentos. De acordo com Duchesne (1995), as dificuldades encontradas nas tentativas de controle dos ataques de comer acabam gerando pensamentos de autodesvalorização e um sentimento de desamparo com a falta de “força de vontade”. E para Appolinário & cols (1995), os pacientes obesos com comportamento compulsivo alimentar geralmente não respondem ao tratamento convencional dos programas de emagrecimento.

Para Coutinho & Póvoa (1998), a prevalência do comer compulsivo chega a quase metade dos pacientes em tratamentos para emagrecer - 45,9% - em comparação a população geral, com apenas 2%. Os autores sustentam a idéia de que o TCC e a prática de dietas estejam intimamente relacionados. Teoricamente, uma ingesta diminuída de carboidratos - que são amplamente restritos nas dietas - pode reduzir o tônus setorinérgico central e predispor o indivíduo a uma compulsão alimentar. Para Appolinário & cols (1995), os compulsivos alimentares perdem uma maior quantidade de peso durante regimes dietéticos muito restritivos. Em contrapartida, também são os que ganham peso com maior facilidade no período de seguimento. O curso do TCC na grande maioria das vezes é crônico e está associado a causas que além de não se resolverem através de controle de peso com restrição alimentar, ainda podem ser intensificadas pelas dietas.

II.2.1. CAUSAS DO TRANSTORNO DO COMER COMPULSIVO

A partir deste estudo apresentado sobre o transtorno do comer compulsivo, terei como enfoque, neste trabalho, alguns fatores psicológicos que desencadeiam e mantêm o TCC, que podem ser divididos em duas causas principais:

1) Os efeitos psicológicos às dietas alimentares restritivas que favorecem o surgimento do transtorno do comer compulsivo, devido à ocorrência de empanturramentos alternados com privações.

2) Às tentativas de responder a dificuldades emocionais e conflitos de diferentes ordens, na qual a pessoa come para acalmar ansiedades, para bloquear pensamentos ou sentimentos dolorosos ou como alívio de tensões.

II.2.1.1. O TRANSTORNO DO COMER COMPULSIVO E AS RESTRIÇÕES ALIMENTARES

A imagem atual que a moda dita é a de uma silhueta esbelta e as pessoas, principalmente as mulheres, adotam maciçamente dietas alimentares restritivas para baixar de peso. Para Herscovici (1997), se as dietas não fossem tão comuns, os transtornos alimentares não seriam tão frequentes.

Segundo Herscovici (1997), a aceitação ou a rejeição de certos alimentos transformou-se em um tema quase moral. As pessoas costumam pensar que deveriam comer o que é “bom” – o que não engorda – e não o que é saboroso. Inversamente, a comida saudável é considerada “aborrecida”. Os alimentos mais desejados são justamente os considerados “engordantes”, que entram normalmente na categoria de “maus”. Paradoxalmente, os seres humanos estão expostos à pressão publicitária, que tanto induz a comer o doce que trás prazer e felicidade, como a fazer qualquer esforço para ser como a modelo da moda. Desta forma, o corpo, longe de ser uma fonte de plenitude, é causa de angústia, vergonha e mal-estar.

Apesar das dietas estarem na moda e serem vistas como a solução para a obesidade, de acordo com Hirschmann & Munter (1995), 98% das pessoas que conseguem emagrecer através delas, recuperam o peso perdido. Então, por que a maioria das pessoas não consegue perder peso ou manter o emagrecimento por muito tempo?

Para Hirschmann & Munter (1995), não faz sentido pensar que todas as milhões de pessoas que estão fazendo dieta tenham algum tipo de deficiência, que não tenham a disciplina necessária para conseguir o que tanto desejam, principalmente, quando muitas são bem sucedidas em outras áreas de suas vidas. Para as autoras, o problema é inerente à própria dieta, que aumenta e causa o desejo compulsivo por comida, além de não

oferecer uma solução eficaz para a dificuldade de comer em resposta à questões emocionais.

Para Kano (1991), a preocupação com a aparência e as dietas emagrecedoras são amplamente respeitadas e as pessoas costumam louvar as atitudes e as restrições dietéticas, estimulando e criando “o modo de pensar de quem faz dieta”. Para a autora, este modo de pensar é consequência das restrições dietéticas prolongadas, em que se desenvolve uma maneira rígida e previsível de pensar a respeito da alimentação, e consiste em uma pressão auto-imposta para não comer, ao mesmo tempo em que há um desejo constante de comer de maneira abusiva. A mídia também o reforça por meio da pressão para controlar dieta/peso, insistindo em que “não é fácil, mas você pode conseguir”. Assim, esse modo de pensar é considerado normal e bom, pelo menos até que se torne o sintoma central de algum distúrbio alimentar.

Se sentimos que devemos restringir continuamente o consumo de alimento, estamos prontos para ciclos infundáveis de odiosa autoprivação e perda de controle. As dietas são como prisões das quais todo ser humano normal desejaria fugir. Uma vez livres, queremos ficar fora o máximo possível e tirar o melhor proveito disso. Sabemos que, qualquer dia, qualquer hora, podemos regressar à prisão. Dessa forma, o espectro de privação passada e futura estimula a alimentação proibida. Tanto física como psicologicamente, a preparação natural e a reação para a privação de alimentos é a orgia gastronômica. (KANO, 1991, p.125)

Um estudo clássico a respeito da restrição alimentar como causadora de distúrbios alimentares e psicológicos associados, foi realizado pela Universidade de Minnesota, na década de 50 (KEYS, BROZEK, HENSCHER, MICKELSEN E TAYLOR, apud HERSCOVICI, 1997, p. 33-34) . Trinta e seis “detratores de consciência” do serviço militar se ofereçam como voluntários para esta experiência, na qual foram submetidos a uma dieta prolongada de baixas calorias, com o objetivo de estudar as consequências psicofisiológicas da fome em sujeitos até esse momento são e emocionalmente estáveis. Durante um período inicial de seis meses, a ingestão calórica lhes foi reduzida pela metade – prática bastante comum entre as pessoas que querem emagrecer. Depois de terem perdido, aproximadamente 25% de seu peso, começou-se a observar neles as seguintes mudanças: viram-se cada vez mais preocupados com a comida e o comer; colecionaram receitas e livros de cozinha e desenvolveram novos hábitos na ingestão de alimentos;

utilizaram um tempo desmedido em planejar suas comidas; beberam mais chá, café e outros líquidos; mastigaram mais chicletes e aumentaram o consumo de cigarros; alguns tinham sonhos coloridos, nos quais viam alimentos saborosos; alguns fizeram combinações estranhas de comida. Durante o período de recuperação de peso, alguns informaram sentir muita fome, apesar de terem-se alimentado de forma normal. Outros esconderam comida, com a qual se deram empanturramentos. Quanto às mudanças psicológicas, todos os participantes desenvolveram distintos graus de irritabilidade, depressão, indecisão, isolamento social, dificuldade para fixar a atenção e concentrar-se, pensamento obsessivo e condutas compulsivas.

Para Herscovici (1997), o valioso desse estudo é que mostra que quem quer que se submeta a uma dieta com as características assinaladas, desenvolverá a maioria desses sintomas. Alguns poderão recuperar-se sem maior dificuldade e outros correrão o risco de evoluir para algum transtorno alimentar, pois esses sintomas predisõem e/ou contribuem para a sua manutenção. Isto se torna ainda mais evidente quando se observa que a restrição alimentar favorece o surgimento de empanturramentos, que é um comportamento comumente encontrando na compulsão alimentar.

Ao comportamento alimentar excessivo, pode-se acrescentar ainda que:

O modo de pensar de quem faz dieta é doloroso: É um ato “controlado” (menos que desejado) ou “descontrolado” (mais que permitido). Ou você está na prisão da redução de peso ou fugiu temporariamente e vai “aproveitar” enquanto pode. (KANO, 1991, p. 132)

Janet Polivy e Peter Herman (apud KANO, 1991), psicólogos, realizaram uma ampla pesquisa na Universidade de Toronto para demonstrar que as restrições da dieta levam à gula, independente da personalidade, do caráter ou do peso inicial da pessoa que faz dieta. Para eles, as pessoas que fazem dieta são como molas fortemente comprimidas. Quando se deixa a dieta a mola é liberada. Quanto mais rígida for a dieta, maior a gula precedente. Esta reação contrária à privação tem uma explicação tanto fisiológica quanto psicológica.

Para Herscovici (1997), fisiologicamente, o organismo reage à dieta como se a inanição tivesse se instalado. A cada vez que há uma privação alimentar, o metabolismo abaixa com a finalidade de armazenar gordura. Assim, o efeito “sanfona” (engorda-emagrece) aumenta a armazenagem de gordura, tornando mais difícil, a cada nova dieta perder peso. Do ponto de vista da evolução, a sobrevivência de nossa espécie

pode estar diretamente relacionada com a capacidade, que nosso organismo possui, de armazenar gordura em tempos de fartura para usá-la em tempos de fome.

Esta tendência fisiológica de resistir à privação armazenando suprimentos tem uma similar psicológica. Assim, a maioria das pessoas, quando se vê ameaçada de uma privação de alimentos, mesmo auto-imposta, lutará para preservar o que possui.

Mas, numa cultura que avidamente sustenta a dieta, a maioria das mulheres considera sua incapacidade de manter a dieta como uma falha pessoal. Para Hirschmann & Munter (1995), as falhas das dietas, são como uma revolta natural contra as restrições, que impõe certos limites em relação aos alimentos, criando deste modo, uma ânsia exagerada pelos alimentos proibidos. Neste sentido, a compulsão é uma tentativa tanto consciente quanto inconsciente, para se libertar de restrições alimentares punitivas e desnecessárias. Assim, para as autoras, a dieta é uma das causas da alimentação compulsiva, por ser uma reação à privação.

Por outro lado, a restrição alimentar não pode levar a uma solução efetiva para a compulsão alimentar. A dieta não é direcionada para resolver a compulsão de voltar-se para a comida quando há sentimentos desconfortáveis, mas serve apenas para limitá-la. E para Appolinário & cols (1995), nos tratamentos para a obesidade, não há a preocupação com o diagnóstico de um tipo diferente de obesidade que é caracterizada pela alteração compulsiva do comportamento alimentar.

Para Hirschmann & Munter (1995), o destaque dado ao peso proporciona uma distração conveniente e culturalmente reforçada das razões por que tantas pessoas se utilizam da comida quando não estão com fome. Essas razões são mais complexas que força de vontade, contagem de calorias e exercícios.

Na cultura ocidental, a dieta – e o emagrecimento que presumivelmente ocorre – é reconhecida como uma grande panacéia, uma solução mágica para todos os problemas. Mas, a cada dieta de “sucesso”, há a descoberta de que após a euforia de “enquadrar-se”, a vida volta a ser tão problemática quanto era antes. E, esta descoberta, aliada à privação alimentar, estimula a gula e leva a um círculo vicioso. Isto porque, uma vez que se consegue o emagrecimento planejado, as pessoas se parabenizam e se sentem bem, mas apenas por um tempo, quando voltam novamente para o antigo comportamento que leva a engordar. Para Hirschmann & Munter (1995), a dieta, assim como uma mãe superprotetora que toma todas as decisões por seu filho e restringe o desenvolvimento de

sua independência, não fez nada para ajudar a resolver as causas que levam à compulsão alimentar. A obsessão com a dieta simplesmente prorroga o problema, e continua-se a comer de forma compulsiva assim que se vê fora dela.

Então, visto que as dietas não curam de forma definitiva a obesidade, prova disto é que uma dieta sempre é seguida por uma nova dieta, e ainda cronifica o transtorno do comer compulsivo, por que são amplamente utilizadas e, socialmente, não só aceitas, mas, também, estimuladas?

De acordo com Hirschmann & Munter (1995), as dietas são viciantes porque criam a ilusão de uma estrutura segura capaz de conter o descontrole dos impulsos alimentares, como os braços da mãe que determina, para o bebê, os limites do seu mundo. Indivíduos que se alimentam compulsivamente sempre acreditam que, se abandonarem a dieta e o controle alimentar, jamais irão parar de comer. A dieta oferece segurança na forma de regras e controle. Mas, enquanto se confia nas dietas para se sentir seguro, a liberdade real e o crescimento continuarão a ser uma ilusão, como ocorre com a criança que se agarra à mãe e não pode arriscar a incerteza da separação.

Uma dieta é semelhante a um pai opressivo e autoritário que lhe diz o que fazer e quando o fazer. As dietas perpetuam a criança em cada um de nós que somos tratados com desconfiança e restrições. As dietas mantêm-nos atentos ao que existe fora de nós mesmos – mantêm-nos atentos ao que nos é permitido comer, quando nos é permitido comer e quanto de cada coisa nos é permitido comer da cada vez. As dietas fazem com que dependamos de uma fonte externa a nós mesmos – a própria dieta – para nossa noção de bem-estar e autodignidade (...) Quando somos bons e seguimos a dieta elogiamos-nos da mesma maneira que nossos pais nos elogiavam quando olhávamos para ambos os lados da rua antes de atravessarmos. Quando somos maus e desrespeitamos a dieta, ralhamos conosco da mesma maneira que nossos pais o faziam quando roubávamos a boneca de nossa irmã. As dietas restringem nossas escolhas e perpetuam nossa dependência. Muitas pessoas sentem-se bem com elas porque que vivenciam durante o processo e depois dele são os mesmos que vivenciaram a respeito de si mesmas durante toda a vida (...) A pessoa que come de maneira desmedida, acredita não possuir autocontrole (...) Em vez de recusar-se a fazer uma nova dieta, a pessoa

que come compulsivamente se pune por comer demais e recomeça outro regime. (ROTH, 1989, p. 146)

Na verdade, muitas pessoas, principalmente as mulheres, de acordo com Hirschmann & Munter (1995), consideram bem vindas as regras impostas pelas dietas. Sentem-se aliviadas quando a decisão a respeito do que, quando e quanto comer seja retirado de suas mãos. Fazem o que têm que fazer, esperam pela perda de peso e sentem-se como “boas meninas”. Desta forma, não precisam se questionar o motivo pelo qual comem ou o que se pode fazer a respeito disso. Estão apenas ordenando: “pare”. Assim, sem a dieta, sentem-se sem um limite conhecido, sentem uma perda de identidade. Com a dieta, há um sentimento de segurança e controle.

Portanto, apesar do fato das dietas serem consideradas um sinal de responsabilidade e cuidados próprios, é na verdade um meio de se transferir esta responsabilidade para as mãos de uma outra pessoa, sendo os donos dessas mãos: médicos, nutricionistas, psicólogos e, até mesmo, revistas especializadas.

Outro agravante é determinado pelo fato de vivermos em uma sociedade em que aparência física é sinônimo de valor pessoal. Para Hirschmann & Munter (1995) o corpo é usado como símbolo para vender qualquer produto imaginável, e todos os que fazem dieta, no íntimo, esperam obter muito mais do que um corpo esguio: esperam obter o que o corpo esguio simboliza. A dieta contém a esperança de se ter não apenas um corpo melhor, mas também, uma vida nova e satisfatória. Assim, espera-se das dietas a mesma ilusão que as crianças esperam de suas mães: Poder tornar tudo melhor.

Aqueles que comem de maneira compulsiva passam a vida esperando. Dizemos que estamos esperando ficar magros. Não estamos esperando ficar magros. Estamos esperando que nosso desejo seja acalmado. Estamos esperando sermos aceitos. Estamos esperando sentir-nos completos (...) Confundimos o desejo de ser amados com o desejo de ser magros. (Roth, 1989, pg. 127).

Para Herscovici (1997), as pessoas passam a vida pensando que têm problemas alimentares e de peso, quando na verdade, têm problemas em conseguir se tranquilizar e lidar com os afetos, ao invés de comer por causa deles. Como veremos a seguir, esta tentativa desviada de responder a dificuldades e conflitos emocionais é o ponto central da segunda causa da compulsão alimentar.

II.2.1.2. O TRANSTORNO DO COMER COMPULSIVO E OS ESTADOS EMOCIONAIS

Como já foi visto anteriormente, um compulsivo alimentar pode ser definido como alguém cuja mão ou mente busca por comida apesar de não estar fisiologicamente com fome, e/ou não consegue parar de comer depois de já estar fisicamente saciado.

Em razão dos distúrbios de consciência quanto às sensações corporais internas, os compulsivos alimentares apresentam dificuldades em localizar e diferenciar suas necessidades físicas das emocionais. Portanto, para se entender a dinâmica da compulsão por comer, é preciso distinguir o plano das necessidades biológicas, do plano da sexualidade, visto que o alimento pode saciar a fome fisiológica e ainda continuar a ser perseguido, porque já não se trata de uma busca meramente adaptativa. Desta forma, quando o alimento é fortemente utilizado para preencher necessidades emocionais, a saciedade não é reconhecida e o alimento adquire a função de tranqüilizador ao invés de nutrição.

Assim, a compulsão de comer passa por uma dificuldade de separar emoção de comida, afeto de fome. Em termos psicológicos, é uma defesa, um modo de se proteger e aliviar tensão, ansiedade e outros estados emocionais que são sentidos como ameaçadores ou desagradáveis (WAJNRYT, 1993).

Para muitas pessoas, segundo Herscovici (1997), a comida adquire um significado que vai além de satisfazer as demandas do corpo, podendo ser utilizado para acalmar ansiedades, como anestésico para bloquear pensamentos ou sentimentos, ou como alívio de tensões. O disparador típico de um episódio de empanturramento é uma situação de tensão, na qual a pessoa come ao invés de responder a ela adequadamente.

Para Duchesne (1995), é importante identificar os eventos estressores, sentimentos e pensamentos que desencadeiam os ataques de comer. Para a mesma, os compulsivos alimentares parecem apresentar habilidades sociais problemáticas – defesa de direitos, imposição de limites, negação de pedidos, expressão de raiva e discordância - e sentimentos de baixa auto-estima.

Os comedores compulsivos traduzem qualquer desconforto emocional em problemas relacionados a peso e alimentação. Vão em busca de comida sem nem mesmo perceber o que está levando a essa busca, quando não existe a real necessidade do

organismo de se alimentar, havendo uma falha na aprendizagem emocional. Comem e depois se sentem insatisfeitos e culpados, achando que o problema está em comer demais e não no que os levou a comer. Assim, os compulsivos têm dificuldade para identificar estados emocionais internos e para se tranquilizar, além de serem relutantes quanto a enfrentar os problemas diretamente, ao invés de comer por causa deles. Para Duchesne (1995), a relação entre ataques de comer e dificuldades em solucionar problemas, em lidar com a ansiedade e em operar no meio de forma eficiente, devem ser evidenciadas, ressaltando a importância de se abordar estas dificuldades.

Este problema é encoberto e agravado ainda mais diante de uma grande pressão cultural para se comer menos e para perder peso, ao invés de se focar os problemas reais que levam as pessoas a comerem. De acordo com a mídia, alimentar-se corretamente e se exercitar, é o passaporte para a felicidade desejada. Até agora, tudo o que se vem fazendo para lidar com os problemas alimentares, está apenas voltado para o que se pode comer ou não. De acordo com Hirschmann & Munter (1995), isto não tem resolvido, porque trata a compulsão de forma sintomática. O problema é que as restrições não ensinam as pessoas a se deparar e lidar com seus sentimentos, a confiar na sabedoria do próprio corpo e nem a reconectar os sinais perdidos de fome e saciedade.

Segundo Duchesne (1995), muitas pessoas com transtorno do comer compulsivo tendem a se preocupar exclusivamente com o excesso de peso, minimizando a importância de intervir nos fatores que levam aos ataques de comer. Acreditam equivocadamente que a raiz de seus problemas são os ataques e que a eliminação destes, e a conseqüente perda de peso, levaria à solução dos demais problemas. A preocupação com o peso e formato corporal pode dificultar o reconhecimento das reais causas que levam à compulsão. Assim, dizer que se está gordo pode ser uma conveniente desculpa para vários outros problemas.

Segundo o que foi levantado teoricamente, grande parte dos compulsivos buscam alívio para seus problemas na comida e acham que a solução para toda e qualquer dificuldade pessoal virá através do emagrecimento. Para eles, é muito mais fácil ter um problema alimentar, que requer apenas uma única solução - dieta - do que um problema pessoal, que requer disponibilidade para refletir e compreender sobre as dificuldades de ordem emocional.

Uma vez estabelecido um padrão de comer compulsivamente, para Hirschmann & Munter (1995), situações de todos os tipos levarão a pessoa a comer, muitas vezes de forma automática quanto ao ato e outras, inconsciente quanto à causa. Mais do que simplesmente controlar a alimentação, é necessário descobrir os impulsos originais que levam à compulsão.

Neste sentido, se faz necessário à compreensão dos aspectos psicodinâmicos evolutivos da personalidade e do desenvolvimento das primeiras relações objetais, principalmente o vínculo mãe-bebê, que implicam em fatores psicogênicos do distúrbio alimentar, relativo, neste trabalho, a ingestão alimentar excessiva, ou seja, a compulsão alimentar.

CAPITULO III

ALGUNS ASPECTOS DA EVOLUÇÃO PSICODINÂMICA DO INDIVÍDUO E DO DESENVOLVIMENTO PSICOSSOMÁTICO

De acordo com Marot (1995), vários estudos contemporâneos vêm demonstrando que pacientes adultos com distúrbios psicossomáticos, a exemplo da obesidade por compulsão alimentar, geralmente trazem em si dificuldades no funcionamento psique-soma, que devem ser remetidos a etapas primitivas do desenvolvimento infantil, etapas essas situadas no vínculo mãe-bebê e nas primeiras vivências em relação ao ambiente. E é sob o ângulo do desenvolvimento primitivo que se pode compreender as vicissitudes da relação mãe –bebê nas etapas precoces da vida e as repercussões desta relação na psique-soma inicial e na constituição psicossomática do indivíduo.

Este capítulo da dissertação está dividido em dois temas, em que o primeiro procura abordar alguns aspectos de como se dá o desenvolvimento psicossomático normal de um indivíduo nos primórdios da vida, dentro da visão de alguns teóricos da psicanálise, propiciando, assim, uma base teórica para que possa ser abordado o segundo tema que procura focar alguns aspectos do distúrbio psicossomático. Dessa forma, faz-se necessário refletir sobre alguns aspectos da evolução psicodinâmica da personalidade como: o dualismo pulsional e as relações objetais; da simbiose normal ao processo de separação-individuação; da dependência absoluta à independência; corpo e linguagem.

Essa revisão teórica inicial tem como propósito, também, abordar alguns aspectos da estrutura psicossomática, desde a interação mãe-bebê até o processo de individuação, visto que fica mais fácil a compreensão do patológico quando se parte de um referencial do que pode ser considerado como normal dentro do processo de desenvolvimento. Assim, no que se refere aos distúrbios psicossomáticos, serão abordadas questões relativas à relação entre a obesidade e vínculo emocional, a relação da mãe com o alimento, voracidade, desenvolvimento da identidade e da imagem corporal.

III.1. O DUALISMO PULSIONAL E AS RELAÇÕES OBJETAIS

O primeiro período de vida, após o nascimento, caracteriza-se pela máxima imaturidade e indiferenciação do ego do bebê em relação à sua mãe biológica ou substituta e segundo a escola Kleiniana, os impulsos instintivos e as fantasias, enquanto princípios de representação mentais destes instintos, teriam predomínio absoluto, estando associadas às experiências de prazer ou desprazer, plenitude ou sofrimento em relação à satisfação das suas necessidades básicas como fome e contato corporal. (PIZZINATTO, 1992. p. 23)

As relações precoces que o bebê vivencia com a mãe são, para Klein (1952), fundamentais na construção do mundo interno e da realidade psíquica da criança, existindo uma relação de objeto desde o nascimento, sendo o seio materno o primeiro objeto com o qual o bebê se relaciona e para onde seus impulsos libidinais e destrutivos são dirigidos. Conceituou sobre a importância do dualismo pulsional-pulsão de vida e pulsão de morte – existentes desde o nascimento, assim como, também, dois mecanismos mentais: introjeção e projeção.

Klein (1946), propõe a noção de “posições” esquizo– paranóide e depressiva, para designar modos de funcionamento psíquico, existentes e oscilantes durante toda a vida, situando os tipos de ansiedades, defesas e relações objetais que se configuram em determinado momento. Caracteriza a primeira relação do bebê com o seio de objeto parcial e somente à medida que o ego infantil vai se desenvolvendo é que a criança passa a reconhecer a mãe como objeto total.

O ego imaturo infantil, segundo Klein (1952), experimenta desde o início ansiedades provenientes de fontes externas e de conflitos internos entre os instintos de vida e de morte, e utiliza-se de mecanismos projetivos como forma de defesa contra o aniquilamento, sendo o seio materno o alvo das projeções infantis. A projeção de parte do instinto de morte dá origem ao seio mau, perseguidor, da mesma forma que os impulsos libidinais origina o seio bom, gratificador. As experiências gratificantes e prazerosas do bebê são associadas à vivência emocional do seio bom ou ideal, sendo que as experiências de privação, frustração e dor são associadas ao seio mau ou persecutório e à sua ameaça de aniquilação. Dessa forma, para Klein (1946), o bebê passa a se relacionar com dois objetos: o seio bom, idealizado, e o seio mau, perseguidor e, através de mecanismos introjetivos, esses objetos parciais passam a fazer parte do mundo interno da criança, povoado de objetos internos bons e maus. Assim, a construção do mundo interno se faz

pelo interjogo constante de projeções e introjeções que a criança realiza com a mãe, mais precisamente com o seio.

Essa primeira fase do desenvolvimento, nos primeiros meses de vida, em que o bebê se sente fundido com a mãe e a dicotomia, a cisão, entre bom ou mau, constitui a essência da posição esquizo-paranóide.

O ego se esforça para introjetar o “bom” e projetar o “mau”. O bebê, então, procura guardar dentro de si o objeto ideal, identificando-se com o mesmo, a fim de sentir-se protegido. Porém, ocorrem momentos em que para proteger o objeto ideal, da maldade interna, o bebê projeta os elementos bons e introjeta os perseguidores, identificando-se com eles no intuito de controlá-los. Assim, a primeira angústia do bebê é paranóide, devido a vivência persecutória e ameaçadora a seus objetos bons. Do mecanismo primário de projeção do instinto de morte surge o mecanismo de defesa denominado “identificação-projetiva”, no qual se dividem partes do ego e o do objeto interno que são projetadas no objeto externo e com o qual o bebê se identifica com estas partes egóicas e objetais projetadas. O uso excessivo da identificação projetiva, através do qual partes clivadas para fora do “self” são projetadas dentro do objeto externo, pode levar à confusão entre o indivíduo e o outro, ao enfraquecimento do ego e à perturbação grave das relações objetais. Um aspecto positivo desta capacidade de divisão interna presente no ser humano ao longo da vida é o fato de poder vir a suspender a própria emoção de modo temporário e reversível para formar um juízo intelectual. (PIZZINATTO, 1992, p. 26 e 27)

Assim, as primeiras experiências instintuais, em particular a da alimentação, servem para organizar as operações psíquicas. As boas experiências de satisfação e de gratificação, são ligadas à pulsão libidinal, encontrando-se introjetado no interior do bebê, um afeto ligado a um fragmento do objeto bom. As más experiências de frustração, de desprazer, são ligadas à pulsão de morte e como tais, são vividas como perigosas e projetadas ao exterior. É em torno desta dicotomia – objeto bom ou mau - que se organizam-se as noções subseqüentes de eu – não-eu, interior-exterior.

Para Klein (1952), os fatores externos desempenham importante função no sentido de reforçar, em situações de frustração, a ansiedade persecutória e os mecanismos de divisão, ou ameniza-los quando a boa experiência fortalece a confiança no bom objeto e facilita a integração do ego e a síntese do objeto. De acordo com Klein (1946), a projeção excessiva de partes más do ego infantil dificulta à criança o reconhecimento da mãe como

objeto separado, sendo sentida pelo bebê como o eu mau. Por outro lado, o excesso de projeção de partes boas transforma a mãe no ego ideal e gera um enfraquecimento e empobrecimento do ego infantil.

Segundo Klein (1946), a permanência do objeto interno bom facilita a integração egóica, o que torna a criança mais apta a suportar a ansiedade. Ao longo do desenvolvimento dos primeiros meses de vida e em condições maternas boas, o bebê pode sentir o próprio ego mais forte e possuidor de bons objetos internos, que foram introjetados enquanto importante parte de si mesmo. Os impulsos agressivos tornam-se, assim, menos ameaçadores, diminuindo a necessidade egóica de utilizar mecanismos defensivos de divisão e projeção do ego e, conseqüentemente, os temores persecutórios paranóides, podem dar lugar à ansiedade depressiva e à maior utilização de mecanismos introjetivos e reparadores no sentido de preservar o objeto interno bom dos próprios impulsos destrutivos, o que vem a delinear a posição depressiva.

Assim, a partir dos processos alternativos de desintegração e integração, desenvolve-se gradualmente, um ego mais integrado, com uma capacidade crescente de enfrentar a ansiedade persecutória. É desta forma que para Klein (1952), a relação do bebê com partes do corpo da mãe, focalizando o seio, transforma-se gradualmente numa relação com ela como pessoa. Este progresso maturativo no processo de desenvolvimento, situado aproximadamente por volta do terceiro ao sexto mês de vida, leva o bebê ao estágio do “objeto total” no qual se torna capaz de perceber que o seio bom e o seio mau fazem parte de uma mesma e única pessoa, a mãe, de quem depende inteiramente para sobreviver.

A percepção do objeto total e o conflito de ambivalência (amor e ódio em relação ao mesmo objeto) marcam a transição da posição esquizo – paranóide para a posição maníaco– depressiva. O fato do bebê perceber que o mesmo objeto que ora deseja, ao satisfazê-lo, ora o ataca, ao frustrá-lo, o faz sentir-se infeliz e culpado por seus impulsos destrutivos, temendo ser punido e perder o amor materno. Portanto, na posição depressiva, a angústia de aniquilamento do sujeito pelo objeto persecutório da fase anterior, é substituída pela angústia do objeto total, amado e odiado, havendo sentimentos de culpa por temer destruí-lo. Ainda, para a resolução deste conflito de ambivalência, a criança faria uso de mecanismos de divisão de ego, até poder reparar sua culpa depressiva através da aceitação dos seus próprios impulsos emocionais agressivos.

Embora tendo uma evolução aparentemente consecutiva, ambas as posições podem mesclar-se ao longo da vida da criança que utiliza os mecanismos típicos de defesa de acordo com a evolução estrutural de sua personalidade.

III.1.1. DA SIMBIOSE NORMAL AO PROCESSO DE SEPARAÇÃO-INDIVIDUAÇÃO

Para Margaret Mahler (1975), o nascimento psicológico do homem e o nascimento psicológico do indivíduo não coincidem no tempo, pois este último, é um processo de lento desabrochar. Assim, situa o nascimento psicológico do indivíduo como um segundo nascimento, um desabrochar para fora da membrana comum simbiótica mãe-criança, o emergir de um estado de indiferenciação eu-mundo, através de um processo de separação-indivuação, que se caracteriza como um processo intrapsíquico normal e universal. Assim, a autora estuda a criança em sua interação com a mãe e observa os progressos de sua individualização.

O bebê humano, devido a sua imaturidade biológica, vive, nos primeiros meses após o nascimento, um estado de dependência absoluta da mãe, estabelecendo uma matriz dual mãe-bebê, que segundo Mahler (1963), é necessária para a formação de um sistema de regulação homeostático, que assenta as bases para a integração egóica e para as futuras relações objetais.

No primeiro mês de vida, o bebê vive um estado que Mahler (1975) chamou de “autismo normal” em que o bebê não tem consciência da mãe, não identificando os cuidados maternos para o alívio das suas tensões internas. Consegue apenas diferenciar a experiência boa – prazerosa da má – desprazerosa. Nesta fase, os processos fisiológicos predominam sobre os psicológicos.

Através dos cuidados maternos, o bebê vai adquirindo consciência sensória do mundo, sendo que a principal tarefa desta fase de acordo com Mahler (1974), é a manutenção, por mecanismos fisiológicos, do equilíbrio homeostático.

A partir do segundo mês de vida, tem início outra fase que Mahler (1967) designou de “simbiótica normal” quando o bebê passa a ter consciência difusa da mãe e a se comportar como se ele e a mãe formassem um sistema onipotente, uma unidade dual dentro de uma fronteira comum. Para a autora, no contexto da unidade dual mãe-bebê, o termo simbiose é uma metáfora e refere-se a um estado de fusão, de indiferenciação que a

criança vive com a mãe, onde o “self” e o “não self” são indiscriminados, e onde o interior e o exterior estão apenas iniciando a diferenciação.

Nesta fase o ego rudimentar do bebê é complementado pelo ego materno e a principal realização psicológica da fase simbiótica, para Mahler (1974), é a criação do vínculo específico entre a mãe e o bebê.

A partir da metade do primeiro anos, dá-se início um outro processo que Mahler (1975) designou de “processo de separação-individuação”. Este processo se caracteriza por um aumento constante da consciência do desligamento entre “self” e “outro”, que coincide com as origens do sentido do self, da verdadeira relação de objeto, e da consciência da realidade do mundo externo e se realiza através de quatro sub-fases:

- Diferenciação: No quinto ou sexto mês há um processo de desabrochamento, onde a atenção da criança, antes voltada exclusivamente para dentro da órbita simbiótica, começa a se dirigir para fora.
- Exploração ou treinamento: Por volta dos nove meses até o décimo quinto mês, a criança encontra-se interessada nas próprias funções corporais e permanece bastante absorvida em suas atividades. Apresenta maior desempenho motor e, com isso, aumenta a sua exploração do ambiente.
- Reaproximação: A partir do décimo quarto mês até vigésimo segundo, a criança já tem domínio da marcha, e o maior desenvolvimento motor e cognitivo a tornam mais consciente da separação física da mãe, o que gera grande ansiedade. A nível intrapsíquico ocorre uma diferenciação progressiva entre a representação do self e do objeto. É também a fase onde tem início a comunicação verbal.
- Constância objetal: Do vigésimo segundo mês até ao trigésimo sexto mês, ocorre uma rápida diferenciação do ego e grande desenvolvimento das funções cognitivas. É caracterizada pela consolidação da individuação e pelo início da constância do objeto emocional. A permanência do objeto libidinal significa que a imagem materna está intrapsiquicamente disponível para a criança, dando-lhe amparo e conforto, ou seja, foi adquirida uma boa imagem de objeto interno estável e seguro. Esse processo é lento e envolve todos os aspectos da vida psíquica. Implica também na unificação do objeto “bom” e “mau” na mesma representação mental.

III.1.2. DA DEPENDÊNCIA ABSOLUTA À INDEPENDÊNCIA

Para Winnicott (1952), o centro da gravidade do ser não começa no indivíduo, mas na organização meio-ambiente-indivíduo, sendo que as provisões ambientais podem facilitar ou dificultar o desenvolvimento da criança. Todo bebê traz consigo tendências hereditárias, um impulso biológico para o desenvolvimento, incluindo o que Winnicott (1963) designa de “processo de maturação”, que leva a criança a um estado de dependência absoluta da mãe e do ambiente – nas primeiras fases do desenvolvimento – ao caminho da independência. No entanto, esse processo de maturação depende, para sua efetivação, de um ambiente favorável que Winnicott (1964) denominou de “ambiente de facilitação” que inclui num primeiro momento, a mãe com sua capacidade empática de adaptação às necessidades do bebê.

Não existe tal coisa chamada bebê, significando com isso que se decidirmos descrever um bebê, encontrar-nos-emos descrevendo um bebê e alguém. Um bebê não pode existir sozinho, sendo essencialmente parte de uma relação. (WINNICOTT 1949, p. 99).

Winnicott (1960 b), distingue na função maternal, dois papéis importantes:

- a) Holding: corresponde ao amparo, à manutenção da criança, não somente física mas também psíquica, estando a criança inicialmente incluída no funcionamento psíquico da mãe.
- b) Handling: corresponde as manipulações do corpo – cuidados de toalete, vestuário, mas também carinhos e trocas cutâneas múltiplas.

Winnicott (1963 a) refere-se as primeiras fases do desenvolvimento de “dependência absoluta”, devido ao fato do bebê ser totalmente dependente das provisões físicas e emocionais fornecidas pela mãe, estando sujeito de maneira completa, às condições fornecidas pelo ambiente. A mãe tem neste momento, portanto, um papel fundamental no atendimento das necessidades do bebê e, para isso, desenvolve um estado que Winnicott (1960 b) chamou de “preocupação materna primária”, que permite a ela identificar-se com o bebê e suas necessidades e, assim, facilitar o seu desenvolvimento, de tal forma que ele possa vivenciar uma continuidade de ser.

Nesta fase de dependência absoluta, Winnicott (1945), postula um estado de não integração primário por parte do bebê, acompanhado de não-consciência, a partir do qual a integração se realiza. São os cuidados maternos através do manejo adequado do corpo infantil ou handling, juntamente com a capacidade da mãe de sustentação ou

holding, que favorecem a congregação das partículas e fragmentos de atividade motora e sensorial do bebê, que fazem surgir momentos de integração, nos quais o bebê se torna uma unidade, embora bastante dependente. Para Winnicott (1982), a mãe é necessária como uma pessoa viva ao bebê e este, deve estar apto a sentir o calor de sua pele e o alento, a provar e a ver. Assim, é a sustentação egóica materna que facilita a organização do ego do bebê e embora a mãe ainda não exista como objeto externo ao self do bebê, Winnicott (1966), denominou esta identificação do bebê com a mãe, de “identificação primária”.

Em relação ao desenvolvimento emocional primitivo, Winnicott (1945) aponta para a importância dos cuidados maternos, incluindo aqui a sustentação, o manejo do corpo infantil e a apresentação gradual do mundo à criança pela mãe, para que o bebê possa adquirir uma existência psicossomática.

Através dessa integração do ego do bebê que acontece gradualmente pela relação com o ego da mãe, ocorre o que Winnicott (1982) designou de “personalização” ou “inserção da psique no soma”. No início há o corpo não se distinguindo a psique do soma. A partir dessa matriz indiferenciada inicial, transformações ocorrem de tal maneira que, em determinado momento, ao funcionamento corporal acrescenta-se o funcionamento psíquico. Portanto, no início do desenvolvimento emocional primitivo, a psique não é sentida como inserida no corpo. Para o autor, a psique se traduz na elaboração imaginativa de partes, sentimentos e funções somáticas e depende de um funcionamento cerebral saudável. Assim, à medida que surgem períodos de integração do ego, sob condições favoráveis, a diferenciação e a inter-relação entre a psique e o soma se estabelecem, o processo de integração vai-se realizando e o bebê passa a ter o sentimento de habitar o próprio corpo, passando a ter uma existência psicossomática.

A existência psicossomática, para Winnicott (1945), depende da inserção da psique no soma, quando as experiências motoras, sensoriais e funcionais se vinculam ao estado de ser uma pessoa. De acordo com Winnicott (1960 b), as provisões ambientais satisfatórias mais o manuseio da pele da criança, estimula a aquisição de uma membrana limitante, que define o interior e o exterior, adquirindo-se, assim uma realidade interna e um esquema corporal. Esta unidade psique-soma é a base de um self autêntico e verdadeiro.

Para Pedrozo (1995), nascemos do convívio com o outro. A mãe suficientemente boa se identifica com a criança e por meio de uma atitude de devoção atende às suas necessidades. A inter-relação da psique e do soma constitui a base para o aparecimento e manutenção do self. Com os cuidados maternos o bebê vai se tornando capaz de integrar partes do corpo, sensações físicas e estados emocionais com a ajuda do ego materno. A mãe atenta aos cuidados físicos com o bebê oferece uma moldura, uma sustentação que ajuda a criança a definir e fortalecer seus contornos a nível físico e psíquico.

E é a partir dos processos de integração e personalização, que tem início as relações objetais para Winnicott (1951), em que há um período de transição, por parte do bebê, do estado de fusão com a mãe para o estado de relação com ela como objeto externo e separado. O estabelecimento da relação com a realidade externa se faz de acordo com Winnicott (1945), a partir de um estado inicial de ilusão que o bebê vive graças às condições favoráveis criadas pela mãe, ao se adaptar as necessidades dele. Desta forma, a descoberta do mundo é feita de modo gradual e o bebê vive um período de ilusão, onde o mundo descoberto é, ao mesmo tempo sentido por ele como sua criação.

Para Winnicott (1967), a amamentação é o momento no qual se estabelece a primeira relação de objeto, e também o padrão da capacidade da criança de se relacionar com o mundo. Nos estados excitados, o bebê tem a expectativa de algo que possa aliviar sua tensão, e o seio – incluindo aqui toda a maternagem – lhe é apresentado, segundo Winnicott (1951), no exato momento que está pronto para ser por ele criado e, desta forma, a onipotência do bebê é favorecida pela adaptação materna. E de acordo com Winnicott (1954), a possibilidade do bebê viver esse período de ilusão está na base de toda a criatividade futura e irá funcionar como alicerce para a construção da objetividade. É a mãe que alimenta a capacidade da criança para desfrutar o mundo. Assim, em termos Winnicottianos, se a mãe for suficientemente boa, a criança desenvolve um senso de ser todo – poderosa e onipotente, pois tem a ilusão de criar o mundo à sua volta.

Segundo Vilete (1995), no bebê há a necessidade de iniciar suas trocas com o mundo externo através dessa experiência de onipotência. Precisa inteirar-se com a função mãe mediante acolhimento e aceitação. Assim, para preservar sua maneira própria de ser, sua individualidade, o bebê precisa ser reconhecido e respeitado no seu ritmo natural, em sua espontaneidade e protegido das imposições e invasões do ambiente.

As repetidas experiências de ilusão faz com que o bebê adquira através de introjeções, um objeto bom interno, e possa começar a viver a desilusão.

Tendo ela (a mãe) dado ao seu bebê a ilusão de que o mundo pode ser criado a partir da necessidade e da imaginação; tendo ela estabelecido a crença em coisas e pessoas que descrevi como uma base saudável para o desenvolvimento, a mãe terá de levar então a criança através de um processo de desilusão, que constitui um aspecto mais vasto do desmame... Temporariamente, a mãe deixou-se conduzir pela criança, foi inicialmente dominada por ela. Mas, finalmente, essa criança fica habilitada a livrar-se da dependência que pertence às fases iniciais, quando o meio ambiente tinha de adaptar-se, e pode agora aceitar dois pontos de vista coexistentes: tanto o da mãe como o do bebê. Mas a mãe não pode privar o filho dela própria (desmame, desilusão), se primeiro não tiver significado tudo para a criança. (WINNICOTT, 1949, p. 102-103).

Para ajudar nesse processo de desilusão, surge uma área intermediária, situada entre a subjetividade e a objetividade, denominada por Winnicott (1951) de “área dos fenômenos e objetos transicionais”, que alivia o bebê das tensões oriundas do contato com a realidade externa e representa a “primeira possessão não-eu” do bebê. Este objeto não é interno nem externo: pertence ao mundo da realidade, mas a criança o inclui inicialmente em seu mundo de ilusão e onipotência. Assim, durante a trajetória da fusão à diferenciação do outro, a criança lança mão do uso de objetos que se situam na área intermediária entre o interno e o externo. O objeto transicional representa a transição do bebê de um estado em que ele está fundido com a mãe para um estado em que ele está em relação com ela como algo externo e separado. É um espaço mental intermediário entre o auto-erotismo e o objeto.

O objeto transicional precede o teste de realidade e para Winnicott (1951), não há possibilidade alguma de um bebê progredir do princípio de prazer para o princípio de realidade, a menos que exista uma mãe suficientemente boa, que começa com uma adaptação quase completa às necessidades de seu bebê e à medida que o tempo passa, adapta-se cada vez menos completamente, de modo gradativo, segundo a crescente capacidade do bebê em lidar com seu fracasso perante o ambiente-realidade. Se tudo correr

bem, o bebê pode não vir a lucrar com a experiência de frustração, já que a adaptação incompleta à necessidade torna reais os objetos.

Em *Além do Princípio de Prazer*, Freud (1920), formula que o curso tomado pelos eventos mentais está automaticamente regulado pelo princípio de prazer, ou seja, quando há uma tensão desagradável há o desejo da redução dessa tensão, através da evitação do desprazer ou de uma produção de prazer, mas é somente através do princípio de realidade que se torna possível a concretização dos desejos na realidade. Por outro lado, deixa claro que para que se possa suportar a frustração, ou o adiamento da satisfação, se faz necessário um número maior de experiências prazerosas do que desprazerosas.

O princípio de prazer é próprio de um método primário de funcionamento por parte do aparelho mental, mas que, do ponto de vista da autopreservação do organismo entre as dificuldades do mundo externo, ele é, desde o início, ineficaz e até mesmo altamente perigoso. Sob a influência dos instintos de autopreservação do ego, o princípio de prazer é substituído pelo princípio de realidade. Esse último princípio não abandona a intenção de fundamentalmente obter prazer; não obstante, exige e efetua o adiamento da satisfação, o abandono de uma série de possibilidades de obtê-la, e a tolerância temporária do desprazer como uma etapa no longo e indireto caminho para o prazer... Não pode, porém, haver dúvida de que a substituição do princípio de prazer pelo princípio de realidade só pode ser responsabilizada por um pequeno número — e de modo algum as mais intensas — das experiências desagradáveis. (FREUD, 1920, p. 20)

De acordo com Winnicott (1963 a), à medida que a criança vai-se desenvolvendo e diferenciando o “eu” do “não-eu”, vai também podendo perceber o seu estado de dependência da mãe demonstrando suas necessidades a ela. Começa a adquirir recursos como a compreensão intelectual, que a capacita a poder experimentar de outra maneira as falhas maternas, e não simplesmente reagir a elas. Dito de outra forma, quando o bebê se percebe separado da mãe, começa a pedir a ela a satisfação de suas necessidades. Se a mãe for suficientemente boa, o bebê desenvolverá um sentimento de confiança de que suas necessidades podem ser atendidas, além de um sentimento de poder existir verdadeiramente, em seus gestos espontâneos, através de um self verdadeiro que pode se expressar.

O conceito de self verdadeiro deve ser entendido para Winnicott (1960 a), dentro da relação mãe-bebê inicial. A mãe ao adaptar-se ativamente às necessidades do lactente, fornecendo um holding e um handling adequado e, ao favorecer a onipotência do bebê, fazendo-o acreditar controlar o mundo, permite que o self verdadeiro se revele.

O self verdadeiro emerge, segundo Winnicott (1960 a), da somatória do viver sensório-motor, e provém da vitalidade dos tecidos corporais e da atuação da função do corpo, realizando-se à medida que o ego fraco do bebê é complementado, de maneira satisfatória pelo ego materno, como dito anteriormente. Assim, quando o ego pôde se tornar real, o lactente normalmente apresenta uma organização de ego que é adaptada ao ambiente, coexistindo com o viver espontâneo e criativo. Por outro lado, para o autor, fracassos na adaptação materna, principalmente impossibilitando o sentimento de onipotência infantil no período de ilusão, vão impedir o gesto espontâneo do bebê, dando lugar à organização de um falso self. Desta forma, não há o sentimento de existir, mas sim uma atitude submissa em relação ao ambiente, como forma de reagir a este, protegendo em seu âmago, o self verdadeiro.

III.1.3. CORPO E LINGUAGEM

Acrescentando à teoria de Winnicott em relação ao relacionamento dual entre a mãe e o bebê, também para Joyce McDougall (1991), nos primórdios da vida, o bebê não tem consciência da mãe como objeto distinto dele, e a considera como um ambiente total, uma “mãe-universo”. A vida psíquica começa com uma experiência de fusão que leva à fantasia de que existe apenas um corpo e um psiquismo para duas pessoas.

A realidade primeira de um bebê é constituída, segundo McDougall (1991), pelo inconsciente materno, pois este determina a maneira como a mãe vai estar com seu bebê, a maneira como vai se relacionar e interpretar as necessidades dele. E a interpretação que a mãe faz das necessidades da criança está vinculada aos seus próprios desejos, sujeita a seus conflitos inconscientes, e à forma como o universo pré-simbólico está estruturado em seu psiquismo.

Para McDougall (1991), a experiência de fusão e a fantasia de corpo único têm como protótipo biológico a vida intra-uterina, e o desejo de tornar-se novamente parte dessa “mãe-universo”, o retorno ao estado de fusão original, reside profundamente em todo ser humano. Quando a relação mãe-bebê é suficientemente boa, nos termos de Winnicott, a

partir da matriz somatopsíquica original, vai havendo, de forma gradual, a estruturação do psiquismo da criança, e à medida que o psíquico se diferencia do somático, paralelamente o corpo infantil vai sendo diferenciado do corpo materno.

A criança, de acordo com McDougall (1991), passa a conviver com os desejos paradoxais de retorno à fusão com a “mãe-universo”, ao mesmo tempo em que busca a diferenciação. A aquisição de uma identidade separada dá origem ao indivíduo e leva ao recalçamento do desejo de fusão original, que continua existindo no âmago do psiquismo humano e se torna viável através das experiências de união erótica e mística.

Quando a mãe pode conviver com esse duplo desejo existente na criança, de fusão e diferenciação do outro, segundo McDougall (1991), o bebê, através de processos de internalização, vai construindo internamente a imagem do ambiente maternal e depois a representação mental da mãe como figura tranquilizadora, que poderá ser posteriormente evocada e nomeada. A partir disso, a criança pode passar assumir, ela mesma, as funções maternas internalizadas e se tornar, de certa forma, mãe de si mesma.

III.2. DISTÚRBO PSICOSSOMÁTICO

A chave para a questão trazida pela psicossomática, segundo McDougall (1994), de como o corpo biológico se torna um corpo psicológico, encontra-se na interação com a mãe ou com aqueles que cuidam da criança. As doenças psicossomáticas para Winnicott (apud HISADA, 2000), são o produto final da maternagem precária ou inconstante em que as alterações do funcionamento corporal estão associadas a estados da psique. Para o autor, os distúrbios do psicossoma são considerados como um pedido de socorro e uma tentativa de comunicação do self com o mundo exterior. A prática psicossomática com adultos remete quase sempre, em parte, às dificuldades de diversas ordens dos sujeitos em sua infância, sobretudo em sua primeira infância (GOMES, 1999, p. 33).

Winnicott (1962), enfatiza a necessidade de uma maternagem boa o suficiente para o desenvolvimento egóico e para a revelação do self verdadeiro, sendo que este se baseia no crescimento e na inter-relação entre psique-soma. O bebê por não possuir um ego desenvolvido, não possui defesas, ficando como um pára-raio de tudo o que acontece no ambiente. Portanto, para o autor, no início é o ego materno que sustenta o ego

fraco da criança, até que este se desenvolva o suficiente para utilizar defesas mais elaboradas frente as inaptações do ambiente.

De acordo com Campos (1992), a criança muito pequena, por não falar, não andar e não raciocinar possui uma capacidade muito limitada de comunicação e enfrentamento, ficando na dependência de alguém que cuide dela, sendo através da mãe – ou de quem exerça essa função – que a criança sobrevive. Para o autor, o único meio que a criança dispõe para se comunicar com a mãe é o biológico, ou seja, o próprio corpo, assim como as respostas que a criança obtém, através dos cuidados que a mãe oferece, também se fazem sentir no seu corpo. Tais experiências vão sendo registradas no aparelho psíquico da criança de acordo com o modo como suas necessidades foram captadas e atendidas.

Na verdade, aprendemos a lidar com as primeiras situações estressantes usando o próprio corpo (pois não dispúnhamos de outros recursos) e assim continuamos a fazer posteriormente, sempre que, por alguma razão, os outros meios de comunicação e defesa falharem. (CAMPOS, 1992, p. 373)

Quando a mãe consegue captar e atender às necessidades da criança de modo pronto e adequado, o registro dessa experiência se fará cercado de tonalidade afetiva agradável e tranquilizadora. Quando tal não ocorre, quando um desencontro se instaura na captação – comunicação - ou no atendimento – enfrentamento - de uma necessidade, a criança se sentirá ameaçada, seu sentimento de continuidade, e até de existência, fica em risco. Sobrevém uma angústia - a angústia de aniquilamento - difícil de ser absorvida pela via psíquica, constituindo-se, portanto, em ameaça biológica (CAMPOS, 1992, p. 373).

De acordo com Winnicott (1963 b), antes do ego ter se desenvolvido, as situações que impedem a criança de vivenciar uma continuidade de ser, irão desencadear defesas contra as agonias impensáveis ligadas à ameaça de aniquilamento do ego, podendo ser o transtorno psicossomático situado como uma dessas defesas. Assim, para Winnicott (1964), a existência de um transtorno psicossomático está vinculado a uma cisão na organização do ego, seja pelo estabelecimento débil da unidade psique-soma, devido a um ego fraco, não sustentado pelo ego materno, ou por uma cisão na unidade psique-soma, como defesa contra o mundo hostil não-eu. Em outras palavras, o transtorno psicossomático é uma reação à desintegração ou a falta da unidade psique-soma.

Não é possível ter a certeza de que a psique do bebê irá formar-se de modo satisfatório juntamente com o soma, isto é, com o corpo e seu

funcionamento. A existência psicossomática é uma realização, e, embora a sua base seja uma tendência hereditária de desenvolvimento, ela não pode tornar-se um fato sem a participação ativa de um ser humano que segure o bebê e cuide dele. (WINNICOTT, 1966 a, p. 10)

Para McDougall (1994), uma vez que no início da vida, o bebê se encontra fundido com a mãe, o aparelho psíquico desta terá para o bebê uma função estruturante. Portanto, para a autora, é a mãe que terá que decodificar as mensagens corporais do bebê e dar conta da excitação que ele ainda não tem condições de elaborar.

A via psicossomática, de acordo com MacDougall (1992), é estabelecida precocemente, geneticamente antes do advento da palavra como organizador simbólico, ou seja, se estabelece em um período pré-verbal, relacionando-se a diferenciação eu-outro e à organização do sentimento de ser e existir. Pode ser pensada como uma via que protege o sujeito de angústias dessa época, portanto, angústias de aniquilamento.

Todos os seres humanos são obrigados, segundo McDougall (1994), desde o nascimento, a desenvolver organizações psíquicas capazes de dar conta de dores psíquicas e físicas que serão inevitavelmente vividas no caminho da individuação. Neste sentido, para a autora, a aquisição do sentimento de identidade individual, demanda a realização de um trabalho de luto da onipotência – da realização mágica de todo desejo – que depende de dois fatores principais: a capacidade que todo ser humano tem, potencialmente, para o desenvolvimento do funcionamento simbólico e o modo pelo qual a história pessoal, assim como as primeiras interações mãe-bebê, puderam facilitar ou, ao contrário, enterrar essa capacidade.

Para Debray (1988), tanto o hiperinvestimento quanto o hipoinvestimento materno, são determinantes na estruturação do psicossoma na criança. Para a autora, a preocupação materna primária, dentro da teoria de Winnicott, necessária nos primeiros momentos da vida, deve ir gradualmente dando espaço à preocupação não contínua, de tal forma que a criança possa caminhar para a individuação. Desta forma, o hiperinvestimento materno pode impedir a criança de desenvolver mecanismos que a ajudem na construção e regulação da sua própria economia psicossomática, mantendo-a em um estado de dependência. Por outro lado, segundo Debray (1988), o hipoinvestimento por parte da mãe, promove na criança um estado de carência materna, com uma organização interna deficitária, em que, ao invés da criança desenvolver um aparelho psíquico capaz de simbolização e pensamento, vai utilizar o corpo como forma de expressão. É realmente a

atividade psíquica, mesmo em seus primórdios, que melhor protege o corpo contra um eventual movimento de desorganização somática (DEBRAY, 1988, p.173).

Neste sentido, o fenômeno psicossomático surge, para McDougall (1992), onde não pode surgir o trabalho psíquico, a elaboração e a formação de sintomas mentais, ocorrendo devido a uma carência na elaboração psíquica e uma falha na utilização da capacidade simbólica. Há uma explosão no corpo que não é uma comunicação neurótica nem uma restituição psicótica, mas que tem uma função de ato, de descarga, que provoca um curto-circuito no trabalho psíquico, sendo que este ato-sintoma acaba por ocupar o lugar de um drama em potencial. Este curto-circuito implica justamente na falta de um trabalho psíquico, que ao articular representações de palavra, possibilita a existência de um sintoma possível de ser decifrado simbolicamente.

Assim, de acordo com McDougall (1994), o drama oculto da somatização como resposta aos estados afetivos excessivos é, aparentemente, uma história sem palavras, tomando o lugar do imaginário e da capacidade de sentir, tratando-se da regressão mais profunda e mais primária do ser. A autora acrescenta, ainda, que os fenômenos psicossomáticos escondem, paradoxalmente, uma luta pela vida, e especialmente pela sobrevivência do ser.

Também para Gomes (1999), as manifestações corporais colocam em evidência conflitos que não tiveram acesso à linguagem verbal. Desta forma, o aparelho psíquico falha na sua função principal: a de transformar as excitações, que têm origem no corpo ou nas interações do corpo com o mundo externo, em representações psíquicas. Para a autora, observa-se nos somatizantes uma dificuldade crescente de representar psiquicamente, de ligar corpo à palavra, de nomear sensações.

O corpo biológico reage frente à ameaça de dor psíquica, segundo McDougall (1992), como se estivesse diante de um perigo físico. Apóia suas convicções na indiferenciação corpo-psique e, portanto, à dor física é equivalente a dor psíquica, ou seja, o soma reage às ameaças psíquicas como se fossem de natureza biológica. Assim, para a autora, a impossibilidade precoce de inclusão da dor psíquica numa cadeia simbólica, nomeadora e articuladora, que a tornaria possível de ser vivenciada, cria uma desintegração potencial na unidade psicossomática. Esta, ao ver-se ameaçada por uma perda, por exemplo, propicia o surgimento no corpo da manifestação de descarga-ato, que são os

sintomas psicossomáticos, sendo que essa perda não é relacionada pelo sujeito ao fenômeno psicossomático.

Assim como para Winnicott, o objeto transicional está na raiz do simbolismo, Gaddini (apud MAROT, 1995), sustenta a idéia de que a primeira simbolização está relacionada ao objeto transicional, visto que para ela, os objetos e fenômenos transicionais são basicamente símbolos de união, posteriormente da separação, da mãe. Para a autora, tanto o fenômeno psicossomático quanto à criação do objeto transicional são fenômenos mentais ligados a experiências de ausência e ao relacionamento da criança com a realidade externa. Gaddini (apud MAROT, 1995), considera o aparecimento do sintoma psicossomático como a não existência da criação do objeto transicional, pois, para ela, o sintoma psicossomático e o objeto transicional se desenvolvem em direções opostas, ou seja, as crianças que desenvolvem sintomas psicossomáticos precoces, em geral, não desenvolvem objetos transicionais. Para a autora, a não integração mente-corpo – devido à falhas de um ambiente não-facilitador – impede o desenvolvimento da função simbólica na criança e esta permanece em um nível de funcionamento mental primitivo, onde as experiências de separação são sentidas como mutilações e o medo do aniquilamento pode dar origem as somatizações.

A integração é um conceito fundamental para Winnicott (apud HISADA, 2000), visto que na psicossomática, é preciso considerar os estados importantes em que a relação entre a psique e o soma é enfraquecida ou mesmo rompida.

Existe o aspecto negativo da defesa psicossomática que é a própria dissociação, em que alguma área não faz parte do self, não é integrada devido a própria cisão. Encontramos um elemento positivo na defesa psicossomática, que esta ajuda a organizar a situação pois através da explicação, é gerado um holding para o paciente (...) Quando o paciente não pode pensar, ele tenta explicar. (HISADA, 2000, p. 85)

Para Santos Filho (1992), um aspecto importante nas manifestações psicossomáticas é sua correlação temporal com determinados acontecimentos e datas, geralmente ligados a perdas. Esses acontecimentos se referem, ou a uma perda real, como a morte, ou a situações equivalentes como mudanças, separações, crises vitais, etc. Isso reforça a idéia, para o autor, de que o fenômeno psicossomático surge de uma impossibilidade de acercamento emocional a situações de perda e à dor que estas implicariam.

Segundo Winnicott (1960 a), um falso self pode surgir precocemente no bebê como resultado de defesas utilizadas para a proteção de um self nuclear, ameaçado de aniquilamento pelas invasões ambientais quando existe uma maternagem insuficiente. Desta forma, os protestos contra a sobrevivência, através da organização de um falso self, surgem também precocemente através de sintomas de irritabilidade generalizada, distúrbios alimentares e de outras funções. E de acordo com o autor, o falso self é um “viver reativo” e a relação entre o self verdadeiro e o falso self deve ser entendido dentro da relação mãe-bebê inicial.

Nóbrega & cols (2000), aponta para a importância do vínculo mãe-filho devido ao fato de que o desenvolvimento do psiquismo infantil e as imagens que a criança terá do mundo virão em boa parte desta relação. Dentro de uma visão Kleiniana, quando a criança tem suas necessidades atendidas, sente a mãe como boa e colocará no mundo externo esta imagem sentindo-o como bom, assim como também a introjetará no seu mundo interno, fazendo uma idéia melhor de si mesma. Se a criança não for atendida em suas necessidades, sentirá a mãe como má, projetará sua imagem no mundo, sentindo-o como hostil, persecutório e através da introjeção sentirá seu mundo interno e a si mesmo como ruins.

Para McDougall (1991), a interpretação que a mãe faz das necessidades da criança está vinculada aos seus próprios desejos, sujeita aos seus conflitos inconscientes, e à forma como o universo pré-simbólico está estruturado em seu psiquismo.

O vínculo mãe-filho será normal, de acordo com Nóbrega & cols (2000), se satisfizer tanto a mãe quanto a criança, mas na prática nem sempre isso é possível visto que por um lado a mãe com seu passado e as características de sua própria personalidade, e a criança por outro, com sua bagagem genética e necessidades próprias, não conseguem estabelecer uma relação satisfatória, dando origem a uma série de distúrbios. Segundo Campos (1995), a relação vai se constituindo não com as características estanques da mãe ou do filho, mas de acordo com a reação de cada um ao comportamento e sentimento do outro. Belmont (1995), aponta algumas dificuldades possíveis no relacionamento entre a mãe e seu bebê. Para o autor, pode ser que o objeto inicial – mãe – tenha sido capaz de fornecer a provisão de atenção e afetos suficientes e o bebê não ter sido capaz de percebê-lo, ou de separar-se dele. Em outro cenário, o bebê pode nunca ter recebido do objeto a compreensão e o afeto necessário. E para Debray (1988), o papel da função materna –

continente e organizador das estimulações – é tanto mais decisivo quanto mais imaturo ou facilmente desorganizável internamente for o bebê.

Dentro da relação mãe-bebê, para Ajuriaguerra (1998), é em torno da alimentação que se prende o eixo da mais precoce interação entre mãe e filho, eixo que constituirá o núcleo de referência dos diversos estágios ulteriores do desenvolvimento. Para o autor, a alimentação de um bebê não se reduz apenas no apaziguamento da fome fisiológica, mas representa o protótipo das relações humanas.

O transtorno psicossomático do processo evolutivo da obesidade, de acordo com Pizzinato (1992), envolve as experiências iniciais de rotina alimentar, conseqüentemente os sentimentos maternos enquanto práticas de criação, eles profundamente relacionados com o desenvolvimento da identidade e imagem-corporal da criança. Para Nóbrega & cols (2000), observa-se com freqüência uma dinâmica emocional no obeso que corresponde a um círculo vicioso, sem desconsiderar outros aspectos etiológicos, tendo sua origem no vínculo inicial entre mãe-filho. Segundo Campos (1995), alguns aspectos psicológicos são observados na obesidade exógena, resultante de um processo que envolve todo o contexto de vida do indivíduo, atuando na sua relação com o alimento. E para Winnicott (1936), através da análise de crianças mais velhas e adultos, pode-se obter uma compreensão acerca dos modos pelos quais o apetite é envolvido na defesa contra a ansiedade e a depressão.

Assim, antes mesmo do momento existencial em que a criança possa optar pelo que ela quer ser, já carrega na sua estrutura psicossomática o resultado das suas experiências de vida que envolve o número de pessoas que lhe dispensaram cuidados vitais (PIZZINATTO 1992, p. 49). Para a autora, além das opções conscientes maternas e familiares a respeito das práticas de criação, existem, ainda, os desejos inconscientes e os conflitos intrapsíquicos não resolvidos dessas pessoas, relacionados ao processo de concepção e criação de um filho.

Para Nóbrega & cols (2000), um aspecto a ser considerado como freqüente na história desses pacientes, se relaciona com as dificuldades na amamentação, que podem ser de natureza variada. Winnicott (1936), em seu artigo sobre *Apetite e Perturbação Emocional*, fala da relação da criança com a mãe e o alimento, e aponta sobre a questão da voracidade, que para o autor, é uma palavra com um significado bastante preciso, fazendo

com que se juntem o psíquico e o físico, amor e ódio, o que é aceitável e o que não é aceitável para o ego.

A voracidade não é jamais encontrada no ser humano, mesmo que se trate de um bebê, sem disfarces, e que, quando aparece como um sintoma, é sempre um fenômeno secundário, que implica ansiedade. Voracidade significa, para mim, algo tão primitivo, que não poderia aparecer no comportamento humano a não ser disfarçado, e como parte do complexo sintomático. (WINNICOTT, 1936, p.111)

De acordo com Nóbrega & cols. (2000), crianças vorazes acirram por vezes a ansiedade materna, na medida em que parecem nunca estar satisfeitos com o leite que lhes é oferecido. Caso encontrem pela frente mães inseguras quanto à própria capacidade e/ou se sentindo insuficientes para prover seu bebê, facilmente ocorre o desmame precoce. Para Campos (1995), em meio a tais dificuldades, se a mãe não puder ser tranqüilizada, orientada, a relação mãe-bebê se complica e a amamentação não é satisfatória para ambos da dupla. Desta forma, quando há o desmame precoce ou inadequado, para a autora, o bebê pode ter sentimentos de que a mãe lhe nega algo tão desejado, de que está sendo privado de algo tão precioso, acarretando uma sensação de perda, de vazio, que justamente por fazer parte da fase na qual a boca, o sugar e o alimento são muito importantes, adquire um significado posterior de que tem sempre de se tentar preencher esse vazio com comida, o que pode ser generalizado para toda perda que a criança vir a sofrer na vida. Como consequência, tenta-se evitar emoções dolorosas comendo em excesso. Como resquícios inconscientes dessa fase na vida adulta, comer demais passa a ser sentido como fazendo estoque contra todas as perdas, ou então uma busca incessante de um prazer infantil perdido.

Os primeiros meses da infância, de acordo com Winnicott (1936), são extremamente difíceis de serem compreendidos, mas já ficou claro que, o mecanismo de utilizar a dúvida acerca da comida para esconder a dúvida acerca do amor, pode ser empregado de forma completa. Para o autor, a atitude frente à comida pode ser uma atitude frente a uma pessoa, inicialmente a mãe. Mais tarde os sintomas alimentares variam de acordo com a relação da criança com pessoas variadas.

Para Nóbrega & cols. (2000), outros aspectos determinantes de dificuldades no vínculo, como a rejeição camuflada, que leva a intensos sentimentos de culpa maternos e à necessidade de compensação pela superproteção, estão presentes nos distúrbios

alimentares. Para Pizzinatto (1992), é possível que mães com sentimentos inconscientes de rejeição atuem na disposição consciente enquanto superprotetoras, procurando mascarar os seus conflitos internos através de um cuidado excessivo com a criança. Assim, para a autora, ao oferecer comida em demasia, exigindo a sua ingestão, a mãe poderia satisfazer suas fantasias de aniquilamento e os seus impulsos sádicos reprimidos através da via oral.

Em conseqüência, a mãe, até para poder se sentir boa, adianta-se aos desejos do bebê, sem dar-lhe a possibilidade para que peça, detendo seu processo de individualização, prolongando indefinidamente a simbiose inicial e, em termos Winnicottianos, o sentimento de onipotência do bebê, mantendo-o na crença de que pode eternizar os momentos de satisfação. A mãe que se antecipa aos desejos do bebê, não deixa espaço para que ele entre em contato com a necessidade e o conhecimento de que a sua satisfação está fora dele, perpetuando-lhe, assim, o sentimento de que é todo poderoso (NÓBREGA & COLS, 2000, p.67).

O comportamento de superproteção que se observa na conduta alimentar, de acordo com Campos (1995), também se observa em outras condutas maternas, quando as mães ansiosamente, correm para atender ou fazer tudo pela criança, não lhe permitindo entrar em contato com a “falta”, condição imprescindível para que a criança e depois o adulto, possa exercer a própria criatividade para a solução de suas necessidades. De acordo com a autora, uma conseqüência desse padrão de relação da infância que se observa nos obesos, está relacionado a passividade e dependência, visto que é a experiência da realidade que permite evoluir, através da desilusão, em termos Winnicottianos, no sentido de parar de acreditar que faz acontecer, ou que pode fazer tudo o que se quer. Para Nóbrega & cols. (2000), dificuldades na relação mãe-filho não favorecem a evolução da personalidade a níveis mais diferenciados, mantendo o obeso compulsivo com desenvolvimento primitivo de personalidade que se traduz na impossibilidade de adiar satisfações, não podendo postergar qualquer tipo de “fome”, não conseguindo abdicar de uma satisfação imediata. Em outras palavras, o compulsivo acaba por se manter em um constante princípio de prazer, não conseguindo evoluir para o princípio de realidade, para que, de acordo com o pensamento de Freud, se possa suportar a frustração, ou o adiamento da satisfação, visto que a real concretização dos desejos só é possível na realidade, e não através das fantasias infantis onipotentes.

Um outro tipo de vínculo materno infantil psicopatológico, segundo Pizzinatto (1992), pode ocorrer quando a mãe se torna depressiva. A força psíquica da mãe, mantida dentro de si própria para garantir um equilíbrio mental precário, não permite que o filho se alimente psicologicamente. Para a autora, nesta condição pode partir da mãe, do filho ou de ambos o desejo de se preencher com alguma coisa – comida - para compensar esta frustração. Para Kreisler (apud MAROT, 1995), a depressão da mãe afeta a sua capacidade de holding e a sua função pára-estimulante, ficando o bebê exposto a um excesso de estimulação e a situações de transbordamento, que o levam ao sofrimento e à dificuldade na construção do mundo mental. A mãe deprimida fica impossibilitada de investir no bebê, de reconhecer suas necessidades e de exercer a sua função maternal, o que vem a prejudicar a organização psicossomática da criança.

Quando há conflitos na economia psicossomática materna e conseqüentemente, alterações psicossomáticas no bebê, o papel do pai para Debray (1988), é determinante, pois, quando ele pode funcionar como continente das angústias maternas, evita que a sintomatologia precoce venha se instalar de forma mais duradoura. Nesta situação, para a autora, a intervenção do pai – ou até mesmo de um terceiro – pode ser indispensável para que a dupla mãe-bebê não mantenha uma relação destrutiva, em que a regulação da economia psicossomática de ambas pode ser feita pelo aparecimento de uma sintomatologia somática na criança.

Para Campos (1992), permanecer no somático é, de algum modo, realizar o psíquico sem se dar conta dele, utilizando, assim, o sintoma físico como forma de expressar angústias e conflitos. Desta forma, para Nóbrega & cols (2000), o distúrbio alimentar acaba por preencher várias necessidades, tais como respostas a tensões emocionais, gratificação substitutiva, equivalente de afeto, compensação e recompensa.

A estrutura psicossomática parece ser uma estrutura narcísica, de acordo com Campos (1992), visto que recorrer ao próprio corpo é procurar, através dele, um self-objeto capaz de preencher as falhas básicas do seu desenvolvimento oriundas de um holding que não funcionou de modo pronto e adequado. Para Belmont (1995), o sujeito humano não nasce com conhecimento de si mesmo, de seu próprio corpo, necessitando do olhar de um outro para que possa se ver. Portanto, sem a base de amor e doação materna, o bebê humano não é capaz de desenvolver o sentimento de existir, de ter um corpo próprio encarnado. Não pode ser banhado na ilusão e na beleza que são produtos do olhar

encantado da mãe, e não pode desenvolver a esperança e a confiança que nascem desta experiência.

Assim, quando o vínculo entre pais e filhos não formam um “núcleo quente” isto dificulta a aquisição dos sentimentos de auto-estima e autoconfiança que permitem à pessoa enfrentar o mundo e aceitar desafios construtivos. (PIZZINATO, 1992, p.43)

Para Dejours (apud SANTOS FILHO, 1992), os pacientes psicossomáticos, se mantêm graças a comportamentos e um modo de pensamento corretamente articulados à realidade. Esse modo de pensamento é um modo eficiente, realista, que não é igual ao processo secundário que reina no pré-consciente, caracterizado pelas associações. Desta forma, trata-se de uma interpretação da realidade, mas fornecida do exterior, aprendida, e não uma interpretação fantasmática pelo sujeito. Tem, portanto, para o autor, como correlato o pensamento operatório e a aprendizagem como meios de ligação e controle das possíveis desorganizações internas e externas, no lugar da articulação associativa simbólica. Dentro da perspectiva deste trabalho com pacientes obesos e compulsivos, isso acaba por ser incentivado culturalmente pelo emprego das dietas para emagrecer, como forma de solução mágica e controle externo, para resolver – através do corpo e do controle alimentar – insatisfações e conflitos internos não percebidos e não simbolizados.

Campos (1992), distingue ainda dois tipos de pacientes psicossomáticos: Os que reconhecem e os que não reconhecem uma ligação entre seus sintomas físicos e sua vida emocional.

Desta forma, nesse capítulo, procurei analisar a utilização do sintoma físico como forma de expressar angústias e conflitos emocionais e psíquicos. No capítulo VI, através do estudo de um caso clínico, buscarei analisar alguns aspectos da abordagem da psicoterapia de orientação psicanalítica do paciente psicossomático.

CAPITULO IV

ASPECTOS PSICODINÂMICOS DA COMPULSÃO ALIMENTAR RELACIONADOS A ALGUMAS DIFICULDADES NO DESENVOLVIMENTO

Neste capítulo pretendo abordar algumas falhas relativas ao processo de desenvolvimento primitivo, muitas delas inconscientes, em que o termo “falha” será utilizado como sinônimo de falta, lacuna, falência, se referindo aqui a dificuldades no processo de desenvolvimento e não a uma falha do indivíduo.

A organização da personalidade se inicia, de acordo com Pizzinatto (1992), sobre uma base psicossomática da esfera oroalimentar, que equaciona ritmos psicofisiológicos orais de recepção, em nível de ingestão alimentar, e de introjeção afetiva do encontro amoroso entre a mãe que nutre e o filho que é nutrido, quando o relacionamento entre ambos for sadio. Em outras palavras, para a autora, a conduta materna de transferir o alimento para a criança também transfere o conteúdo emocional das suas atitudes ao alimentá-la, o que poderá ser introjetado.

Para Pizzinatto (1992), o sentimento e o conhecimento de um indivíduo a respeito da sua totalidade e individualidade, envolvem a amplitude de sua estrutura psíquica e corpórea, desde o início da vida, através de experiências que garantem a percepção de pertencer ao mundo, tentar contê-lo e ser por ele contido, sendo que, estas experiências pessoais, estão relacionadas aos progressivos contatos corporais e emocionais entre pais e filhos, que proporcionam o desenvolvimento da identidade, da auto-imagem e do conceito corporal. Neste sentido, a totalidade psicológica e corpórea individual, a nível consciente e inconsciente, constitui o reservatório de todas as suas experiências de vida (PIZZINATTO, 1992, p. 31).

O bebê que experimenta a si próprio e o seu corpo como uma matriz relativamente contínua passa a perceber, paulatinamente, limites entre ele, a sua pele e o mundo externo, desenvolvendo a consciência a respeito das diferentes partes do corpo e a sua posterior inter-relação (...) O “eu” diferenciado aparece refletido em um auto-conceito e uma auto-

imagem corporal articulados com a consciência de separação e identidade autônoma. (PIZZINATTO, 1992, p. 37)

Para o bebê, ou uma criança bem pequena, de acordo com Pizzinatto (1992), a identidade pessoal e o senso de realidade seriam vividos, em grande parte, enquanto uma identidade corporal, intrinsecamente relacionada à eficiência e pertinência das atitudes maternas no seu cuidado. Estas atitudes podem ser mais acolhedoras ou rejeitadoras, responsivas ou omissas, encorajadoras ou humilhantes para satisfazer as sensações corporais e as necessidades afetivas do bebê na regulação dos seus processos psicofisiológicos. Assim, para a autora, o desenvolvimento do ego e o senso de identidade pessoal estão intimamente ligados à sensação de contato com o corpo, visto que é através dele que a pessoa experimenta a realidade do mundo.

Havendo o acúmulo de experiências positivas, nos primórdios da vida, a criança aprende a esperar pelos cuidados maternos de modo confiante, e pode seguir seu desenvolvimento de forma satisfatória por um processo de individuação. Em situações anormais, contudo, quando imperam condutas e atitudes inapropriadas no caso de mães negligentes, perturbadas ou com “pseudodemanda” alimentar e sentimentos de rejeição, o que seria esperança pode tornar-se desesperança, na ausência de fé ou confiança na qualidade do cuidado materno (PIZZINATTO, 1992, p. 42).

Uma consequência da disfunção entre a díade mãe-bebê pode se fazer sentir através dos distúrbios psicossomáticos e, de acordo com Pizzinatto (1992), o obeso tem dificuldades em adquirir um bom senso de autoconfiança e autonomia e os motivos psicológicos e emocionais que podem levar a obesidade recaem sobre as falhas estruturais da relação entre mãe e filho, vínculos através do qual a personalidade se desenvolve.

Para Pizzinatto (1992), pode-se considerar o ato de comer em demasia e os distúrbios de identidade e auto-imagem corporal como decorrência de distúrbios intrapsíquicos e interpessoais a nível sócio-familiar. Para Lowen (1979), o hábito de comer compulsivamente é sintoma de uma desesperação interior que provém diretamente de uma carência de auto-aceitação.

Visto que a obesidade, em relação a este trabalho, está sendo enfocada como uma consequência da ingestão alimentar excessiva, parece haver aspectos psicodinâmicos relacionados entre a compulsão alimentar e algumas falhas específicas ocorridas no desenvolvimento, desde da relação dual mãe-bebê incluindo toda a história de

vida, sendo estas falhas: falha na representação da imagem corporal; falha no aprendizado da função corporal - fome e saciedade; e falha na introjeção de uma função psíquica materna tranquilizadora e do processo de simbolização.

IV.1. FALHAS NA REPRESENTAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL

O desenvolvimento da imagem corporal, para Schilder (1981), se dá através de um desenvolvimento interno, uma maturação, em todos os campos da vida psíquica, existindo fatores internos no organismo, relativamente independentes das experiências que determinam esta evolução, mas também, o processo de maturação adquire sua forma final a partir das experiências individuais.

Capisano (1992) conceitua a imagem corporal como sendo o resultado da interação psicofisiológica contínua no desenvolvimento do indivíduo. Do ponto de vista psicanalítico, a imagem corporal é construída através da interação entre o ego e o id, em interjogo contínuo das tendências egóicas com as tendências libidinais (CAPISANO, 1992, p. 182). O autor, assinala ainda que não há imagem corporal sem personalidade, pois ambas mantêm relação íntima e específica, sendo o corpo, portanto, expressão do ego.

A imagem do corpo estruturaliza-se em nossa mente, no contato do indivíduo consigo mesmo e com o mundo que o rodeia. Sob o primado do inconsciente, entram em sua formação contribuições anatômicas, fisiológicas, neurológicas, sociológicas, etc. (...) A imagem corporal não é mera sensação ou imaginação. É a figuração do corpo em nossa mente. (CAPISANO, 1992, p. 179)

O mundo psíquico é tão preponderante no desenvolvimento da imagem corporal que determina, de acordo com Capisano (1992), quais as partes anatômicas ou funções psicológicas que devem ser utilizadas. No início da infância, segundo o autor, a criança revela atenção em si própria concentrando a libido em partes do corpo, com significação erógena particular. Para Schilder (1981), desde o início, há um núcleo da imagem corporal na zona oral e para Capisano (1992), a imagem corporal começa a se desenhar na boca, para onde a libido, narcisicamente, se volta. Para ao autor, a criança, ao tentar satisfações próprias, põe-se em contato com o mundo externo, tentando incorporá-la, através da boca e, a libido, ao se concentrar na boca, também o faz para o objeto do mundo externo.

Desta forma, todas as ações no sentido de sugar, morder, lambe e posteriormente localizar e carregar objetos à boca, mobilizadas por pulsões instintivas, tendências e desejos, contribuem para a estruturação da imagem corporal, segundo Pizzinatto (1992), visto que aquilo que a criança apreende através da boca também será aplicado no mundo externo, enquanto um modelo postural e relacional com os seus objetos.

Nosso corpo existe desde o início de nossa vida, como parte do mundo externo, em experiências de íntima conexão. É provável que as fronteiras entre o mundo externo e o mundo interno, em nível primitivo, não sejam claramente definidas. O corpo, como estrutura mais compacta, poderia ser projetado no mundo externo e este, como estrutura mais frouxa, introjetado pelo corpo. Esse intercâmbio contínuo e permanente, com zona intermediária de indiferenciação, conduziria experiências cujas origens não poderiam ser atribuídas inteiramente nem ao corpo e nem ao mundo externo. A imagem do corpo seria construída progressivamente (...) em experiências contínuas. O indivíduo estaria sempre voltado para o mundo externo, na expectativa de aquisição de novos dados, para construção de sua imagem corporal. (CAPISANO, 1992, p. 183)

Portanto, a imagem corporal não é sempre a mesma de acordo com Capisano (1992), mas sim transitória, mutável e incompleta, dependendo do uso que se faz dela, do pensamento, das percepções e das relações objetivas.

Para o bebê, ou a criança bem pequena, a identidade pessoal e o senso de realidade seriam vividos, em grande parte, de acordo com Pizzinatto (1992), enquanto uma identidade corporal, intrinsecamente relacionada às atitudes maternas e familiares no seu cuidado, podendo ser mais acolhedoras ou rejeitadoras, responsivas ou omissas, encorajadoras ou humilhantes para satisfazer as sensações corporais e necessidades afetivas do bebê na regulação dos seus processos psicofisiológicos. Assim, para a autora, o desenvolvimento do ego está ligado à sensação de contato com o corpo, sendo através dele que se experimenta a realidade do mundo e, para Mahler (1974), a gênese do senso de identidade e demarcação da imagem corporal é feita a partir da imagem da mãe como núcleo do processo.

Na formação da auto-imagem corporal e do senso de identidade, irão fazer parte, de acordo com Pizzinatto (1992), as experiências derivadas dos contatos físicos e

afetivos entre os pais e a criança, envolvendo as sensações corporais e a satisfação da fome e sede, sendo essas sensações prazerosas ou dolorosas. Para a autora, a satisfação biológica da fome, sede e plenitude afetiva através de um vínculo com a mãe, ajuda a formar o que se entende como ego-corpo-oral, base primeira da identidade pessoal.

Portanto, a imagem corporal é fruto da experiência que vem dos sentidos, da percepção com uma base fisiológica e, de acordo com Campos (1992), a imagem do corpo é formada por três fatores:

- a) Forma: vinculada à formação do ego e da identidade de cada indivíduo, incluindo a idéia consciente que o indivíduo tem do seu próprio corpo, quanto a aspecto, postura e dimensões – largura, espessura, altura e peso.
- b) Conteúdo: envolve o reconhecimento de sensações internas e necessidades corporais, como fome e sede.
- c) Significado: compreende o corpo como um conjunto de zonas erógenas e erogenizadas, no processo evolutivo do indivíduo, que determinam os elementos do prazer e desprazer; relaciona-se a possibilidade de simbolização, sendo vinculado ao inconsciente.

Zukerfeld (apud BARROS & COLS., 1991), descreveu três fatores constitutivos sobre a imagem corporal dos obesos: Nas alterações da forma, os obesos apresentam diminuição ou excesso no julgamento de suas dimensões corporais; nas alterações de conteúdo, os obesos têm dificuldades no reconhecimento de todas as sensações e funções corporais com excessivo privilégio para o sentido da visão e déficit nos demais sentidos; quanto às alterações de conteúdo, além do transtorno da identificação sexual, ocorrem preocupações obsessivas, por centímetros ou gramas de gordura, e excessivo medo de ver refletida a própria imagem.

Para Pizzinatto (1992), uma pessoa sadia tem uma imagem mental clara de si própria, juntamente com aquilo que o corpo sente, aparenta e desempenha. Mas em indivíduos obesos parece existir um desencontro entre as necessidades orgânicas reais e os desejos e vontades pessoais, como se o ego e o corpo lutassem continuamente. Além disso, a rejeição social pelo aspecto físico do obeso, segundo a autora, atinge o seu autoconceito, intimamente relacionado com a sua imagem corporal, podendo levar a uma clivagem entre o corpo desejável, aceito socialmente, e sua estrutura física real. Este tipo de conflito entre a estrutura corpórea real e a imaginária pode se estender nas suas relações vitais e interpessoais, podendo levar a uma série de distorções de percepção da realidade.

Normalmente, o ego e o corpo formam uma dupla que trabalha em conjunto. Na pessoa sadia o ego funciona de maneira a prolongar o princípio de prazer do corpo. Na pessoa emocionalmente perturbada, o ego tem domínio sobre o corpo e afirma que os valores por ele estabelecidos são superiores aos valores do corpo. O efeito dessa pretensa superioridade é a quebra da unidade do organismo, a transformação de uma relação cooperativa num conflito aberto. (LOWEN, 1979, p. 20)

Barros & cols. (1991), através de estudos com obesos, que apresentaram transtornos da imagem corporal, observou que esses pacientes apresentam: excessiva preocupação com a obesidade, observada através de buscas “milagrosas” de emagrecimento; dificuldade para se olhar no espelho; não se reconhece em seu tamanho real quando há alterações de peso, seja porque engorda ou emagrece; história familiar de obesidade; dificuldades sexuais do tipo evitação de relações e receios de se tornar atraente sexualmente, com o emagrecimento; submissão e passividade nos relacionamentos; voracidade alimentar e início da obesidade na fase infantil ou na adolescência, na maioria dos casos.

Alguns problemas de auto-imagem da criança, não só obesa, segundo Pizzinatto (1992), estão profundamente implicados com os planos e fantasias dos pais a respeito do que esperam que ela seja. A criança que sente prazer sem culpa conflituosa nas suas relações corporais a partir de contatos afetivos mantém uma segurança maior e o desejo de continuar vivendo o seu corpo em contatos significativos nas suas relações com o mundo, mas a mãe que priva a criança desta vivência fundamental, inibe o pleno desenvolvimento das suas potencialidades. Também, para a autora, pais que apresentam uma obesidade psicogênica, poderão reeditar os seus complexos pessoais sobre os filhos, tornando-os obesos.

As fantasias ou desejos possessivos inconscientes que induzem os filhos a querer aquilo que os pais desejam têm sido observadas na criação de crianças obesas, levando-as a distúrbios de percepção em relação às próprias sensações corporais e a um desenvolvimento falho do seu senso de identidade pessoal. (PIZZINATTO, 1992, p. 50)

Há famílias, de acordo com Pizzinatto (1992), que para negar os problemas de auto-imagem trazidos pela obesidade criam desculpas como, por exemplo: “ele é forte, não é gordo”, “o tipo dela é esse desde que nasceu”, “quem é o maior tem que ser o melhor”. A criança apreende as atitudes dos outros a respeito da aprovação ou desaprovação em relação às partes do seu corpo. Para a autora, as mães que não aceitam a obesidade do filho e são hostis, costumam transmitir essa desaprovação, tendo isto sido observado, sobretudo, em relação ao corpo das meninas.

O papel da imagem corporal na adolescência, para Barros & cols. (1991), em meio às transformações hormonais, funcionais, afetivas e sociais, adquire importância fundamental, pois à medida que o corpo adquire nova configuração, a imagem corporal mental que o adolescente tem de si modifica-se. Esta imagem pode tornar-se improcessável psiquicamente, determinando distúrbios na imagem mental do corpo que passa a ser captado pelo adolescente como desproporcionado, estranho ou irreal, reagindo com ansiedade e frustração ao comparar-se com uma imagem idealizada de si próprio. Portanto, para o autor, o jovem terá de readaptar sua imagem corporal, juntamente com sua imagem global e seu papel na sociedade, passando por esse período com maior ou menor dificuldade, mas nem sempre saindo vitorioso, quando o processo se torna patológico, a exemplo do desenvolvimento de transtornos alimentares.

Com relação às dificuldades quanto à sexualidade, de acordo com Campos (1995), o obeso pode ter dificuldade de lidar com o papel sexual em relação à feminilidade e masculinidade, sendo que para alguns as dificuldades sexuais são causas da obesidade, enquanto para outros, consequência. Para a autora, a obesidade pode surgir na adolescência, pela dificuldade de lidar com os impulsos sexuais emergentes, assim, o medo de ser atraente e não saber o que fazer com isso, encontra refúgio na obesidade. O alimento também pode representar uma tentativa de gratificação simultânea da sexualidade e a auto-estima, quando a identidade sexual não é bem estabelecida. Para pessoas que vêem o prazer sexual como mau e proibido, podem buscar no alimento um substituto do amor e da sexualidade. Nesta situação a obesidade serve como uma barreira, dificultando as relações sexuais e o prazer oral da alimentação substitui o prazer genital.

De acordo com Orbach (1978), em seu trabalho com mulheres, a gordura expressa ao mesmo tempo uma insatisfação, uma falta, uma revolta e também uma forma de obter alguma coisa.

Imagem corporal e proteção são coisas muito importantes, para Orbach (1978), visto que muitas comedoras compulsivas lidam com as dificuldades em suas relações afetivas e sexuais através da condição física da gordura. A gordura pode adquirir muitos significados simbólicos e, assim, fornecer uma proteção física contra a vulnerabilidade que a mulher pensa ter, pois imagina que se perder peso estará perdendo uma camada de proteção contra o mundo.

No entanto, segundo Orbach (1978), a função protetora supostamente desempenhada pela gordura está longe de ser verdadeira, pois na verdade, a gordura em si mesma não realiza o trabalho a que se propõe. Ao atribuir à gordura um poderoso papel protetor, a pessoa se coloca em uma posição onde ter uma vida sem a gordura, equivale a ter uma vida sem defesas. Para a autora, se faz necessário uma outra opção à comedora compulsiva obesa: a de ver que os atributos que ela supõe estarem presentes em seu peso, são, na realidade, características que ela própria possui, mas que atribui à gordura.

Por outro lado, emagrecer e ser magro também trás uma vivência simbólica de significados ligados a imagem corporal e a própria identidade para a obesa. Para Orbach (1978), o desejo da obesa em ser magra, contém mensagens contraditórias, em sua maior parte, inconscientes, visto que conscientemente a mulher quer ser magra, mas sua forma física não corresponde a essa intenção e mostra que, se por um lado a gordura desempenha um papel ativo, a magreza se encontra na outra face da moeda. Ser magra é uma condição temível, na medida em que a mulher fica exposta àquelas mesmas coisas das quais tentou fugir, inicialmente, quando engordou.

Portanto, para Orbach (1978), para se entender às questões da forma física e da auto-imagem em relação à obesidade, se faz necessário: investigar as idéias que as mulheres fazem em nível consciente e inconsciente sobre a magreza e a gordura e separar essas idéias dos estados corporais, para que as inúmeras propriedades que o indivíduo atribui a seu tamanho sejam conferidas diretamente a si mesmo e não a seu eu magro ou gordo.

A confirmação do valor dos fatores estruturais e psicodinâmicos da personalidade na concepção etiológica do processo evolutivo da obesidade, para Pizzinatto (1992), se mostra pelo fato dos distúrbios de auto-imagem corporal não sofrerem modificações sensíveis com a redução de peso, mas sim através da psicoterapia, método capaz de atingir os elementos psicopatológicos em questão. Para a autora, cabe lembrar

que visto que a imagem corporal é o modo de vivenciar o peso, tamanho ou forma corporal juntamente com a identidade, as mudanças internas na representação da imagem corporal são fundamentais para que a redução do peso seja duradoura e assim, também, possa vir a ser avaliada nos seus efeitos benéficos sobre a personalidade e também sobre a imagem corporal.

IV.2. FALHAS NA APRENDIZAGEM DA FUNÇÃO CORPORAL

Freud (1905), considerou a primeira fase do desenvolvimento infantil, de “fase oral”, em que predomina a ligação entre a excitação sexual e o instinto nutritivo, durante a qual a atividade sexual ainda não se separou da alimentar. Portanto, a separação entre as necessidades nutricionais e emocionais, vai sendo vivida de forma gradativa pela criança através do seu desenvolvimento maturativo emocional e aos progressos sensorperceptivos, através da relação com o ambiente. A organização da conduta alimentar, para Pizzinato (1992), não é apenas inata e requer experiências no início da infância que envolvem padrões de aprendizagem relacionadas as sensações de fome e sede.

De acordo com Bruch (1985), embora a fome fisiológica seja uma resposta automática a uma necessidade de nutrição, a capacidade de identifica-la é aprendida. Para a autora, a consciência da fome se desenvolve na infância através de uma cadeia de acontecimentos. Para os bebês a sensação de fome gera um desconforto que desencadeia o choro que tem como resposta a alimentação e conseqüente satisfação pela fome ter sido saciada. Desta forma, depois de algumas experiências sucessivas faz-se a conexão: sensações desagradáveis seguidas de alimento, trás alívio e sensações agradáveis. Somente muito mais tarde, com a aquisição da linguagem, é que essas sensações serão rotuladas como “fome”. Para Pizzinato (1992), a mãe que oferece alimento em resposta aos sinais que indicam necessidades nutricionais da criança permite que esta desenvolva gradualmente o reconhecimento da fome como sensação distinta de outras tensões ou necessidades internas.

O bebê, segundo Orbach (1978), tem a capacidade de desenvolver uma relação harmoniosa com suas várias necessidades corporais. Ele aprende a identificar os sinais da fome e se sente satisfeito quando é alimentado adequadamente. Para a autora, a segurança de que será satisfeito é formado pela interação positiva com o ambiente. Assim, quando a criança chora de fome e é alimentada ou chora porque precisa de afeto e é levada

ao colo, está obtendo uma resposta adequada a seus sinais e na medida em que se desenvolve vai se sentir segura tanto em reconhecer quanto em satisfazer suas necessidades.

Para Winnicott (1982), uma alimentação infantil bem sucedida é uma parte essencial da educação da criança. Para o autor, o fornecimento de comida no momento adequado supre também necessidades psicológicas, visto que fundamentalmente o amor exprime-se em termos físicos. Desta forma, se a assistência física significar o tipo correto de refeição e no momento apropriado – apropriado do ponto de vista do bebê – então isso é também assistência psicológica.

Imaginemos um bebê que nunca tivesse sido amamentado. A fome surge, e o bebê está pronto para imaginar algo; a partir da necessidade, o bebê está pronto para criar uma fonte de satisfação, mas não existe uma experiência prévia para mostrar ao bebê o que ele tem de esperar. Se, nesse momento, a mãe coloca o seio onde o bebê está pronto para esperar algo e se for concedido tempo bastante para que o bebê se sacie à vontade (...), o bebê cria justamente o que existe para encontrar. (...) O bebê, finalmente, forma a ilusão de que esse seio real é exatamente a coisa que foi criada pela necessidade, pela voracidade e pelos primeiros impulsos de amor primitivo. (...) Um milhar de vezes houve a sensação de que o que era querido era criado e constatado que existia. Daí se desenvolve uma convicção de que o mundo pode conter o que é querido e preciso, resultando na esperança do bebê em que existe uma relação viva entre a realidade interior e a realidade exterior, entre a capacidade criadora, inata e primária, e o mundo em geral, que é compartilhado por todos. (WINNICOTT, 1982, p. 101)

Portanto, para um desenvolvimento normal e sadio, de acordo com Bruch (1985), é necessária a confirmação apropriada das vias de comunicação originais da criança com suas respostas em relação aos estímulos do mundo externo. Para a autora, quando não ocorre a confirmação positiva do mundo externo das necessidades vitais desde a tenra infância, seja a nível alimentar, esfínteriano, cutâneo ou sensorial, a criança pode se tornar perplexa e confusa quando tenta diferenciar entre as perturbações na área biológica e emocional, podendo fazer interpretações deformadas sobre seu ego-corporal e capacidade de autodomínio.

Desta forma, quando a capacidade de identificar a fome não é aprendida, desenvolve-se, de acordo com Bruch (1985), uma falsa consciência da fome que se caracteriza por uma incapacidade de identificá-la, não haver um sentimento de saciedade ou ainda confundir a “fome do corpo” com a “fome da mente”. Para a autora, algumas pessoas que desenvolveram a falsa consciência da fome tiveram pais que reagiram inadequadamente a suas necessidades, por exemplo, quando a criança chorava porque precisava de carinho e os pais ofereciam a mamadeira ou o seio. Como resultado, a criança não apenas aprende a comer em resposta a todos os tipos de sensações como também deixa de diferenciar suas necessidades.

Uma vez estabelecido um padrão de comer compulsivamente, situações de todos os tipos levarão a busca por alimentos, mas para Orbach (2000), é interessante descobrir os impulsos originais que podem levar à compulsão. Pode ser que os pedidos da criança por alívio tenham sempre recebido respostas inadequadas, de forma que, quando ela chorava, pensavam que estava com fome ou ofereciam-lhe “guloseimas”. O bebê também pode ter sido alimentado em horários rígidos, em vez de resposta à sua fome. Ou a comida podia ser insuficiente quando a criança precisava. Em consequência, de acordo com Orbach (1978), muitas pessoas que sofrem de problemas ligados à compulsão de comer sentem-se inseguras para poder reconhecer os sinais da fome fisiológica e como satisfazê-la.

Os erros no cuidado alimentar para com a criança, de acordo com Pizzinatto (1992), a partir de comportamentos incorretos por parte dos pais, podem interferir na habilidade infantil para reconhecer a fome enquanto estímulo doloroso que anuncia a necessidade de buscar alimento, levando ao estabelecimento de uma forma compulsiva de alimentação em que a busca por alimento se faz mais por necessidades emocionais do que fisiológicas.

Para Nóbrega & cols (2000), pais ansiosos e pouco atentos para a real necessidade da criança não percebem que ela chora, além da fome, por outros motivos, como frio, calor, sono, etc. Desta forma o alimento é oferecido de forma indiscriminada, ao menor sinal de necessidade manifestada pela criança. Com isso, a criança, ainda sem um aparelho psíquico maduro, começa a associar toda frustração ou desconforto à ingestão alimentar.

Para Kano (1991), todos os tipos de sentimentos negativos podem se confundir com a fome, não porque se precisa de alimento, mas como busca de apaziguar o desconforto, visto que certas sensações agradáveis de contato e cuidados tendem a acompanhar a alimentação, tais como: conforto físico e aconchego, contato íntimo com outro ser humano e a sensação de ser incondicionalmente amado e cuidado. Para a autora, devido a essa associação entre comida e afeto, comer pode vir a acionar automaticamente as mesmas sensações agradáveis de conforto, segurança, amor e carinho, embora a causa original dessas sensações, ou seja, o contato com a mãe, esteja ausente. Assim, posteriormente, em situações de ansiedade, por exemplo, o ato de comer pode proporcionar um efeito calmante e reconfortante porque põe em ação uma cadeia de sensações positivas.

Comer por compulsão significa comer sem levar em consideração os sinais fisiológicos que apontam a fome. (...) A comida assume tantos significados adicionais para o comedor compulsivo que já perdeu, faz tempo, sua relação biológica. (ORBACH, 1978, p. 100)

A falta de consciência sobre a própria individualidade e a inabilidade para reconhecer a fome, diferenciando-a de outras sensações corporais, de acordo com Bruch (1985), são fatores que levam a distúrbios de ordem alimentar e de peso. Para Pizzinatto (1992), os obesos apresentam dificuldades para diferenciar estados de tensão emocional crescente, confundindo-os com a necessidade de ingerir algo. Esta dificuldade sofre os efeitos do fator aprendizagem, quando a mãe habitua a criança a receber o excesso de alimento como um substituto para o seu afeto descompensado. E de acordo com Bruch (1985), os obesos reconhecem esta dificuldade ao fazerem comentários como: “Meu estômago não precisa mas minha boca sim”; “Não sei quando tenho fome ou apetite”; “Eu me encontro comendo”; “Como porque gosto”. E, segundo a autora, essas dificuldades na percepção consciente da fome e dos processos digestivos não são devido a um defeito orgânico ou funcional mas sim o resultado da aprendizagem de padrões de comportamentos alimentares irregulares.

Se o comportamento materno for continuamente inapropriado, ou seja, negligente, superpermissivo, inibidor, agressivo ou rejeitador, a criança ao crescer pode não saber distinguir entre estar com fome ou saciada e a pertinência ou não do alimento para aliviar o seu desconforto ou tensão em situações que requerem o emprego de outras vicissitudes do ego. (PIZZINATTO, 1992, p. 43)

Assim, em razão dos distúrbios de consciência quanto às sensações corporais internas, os obesos podem apresentar, segundo Pizzinato (1992), dificuldades em localizar e interpretar as suas necessidades físicas e emocionais, diferenciando as situações reais das imaginárias. De acordo com Orbach (1978), a concepção de “fome”, em geral, tem a conotação de desejo de comer, apesar de serem duas coisas diferentes. A fome é a necessidade de ingerir alimento por uma necessidade real do organismo de se abastecer e envolve salivação antecipatória, dor na região gástrica e outras sensações corporais. Já o apetite pode ser interpretado como o desejo de ingerir alimento, sem que haja previamente uma necessidade fisiológica, podendo também persistir quando o estado de fome já foi saciado. Conseqüentemente, segundo Pizzinato (1992), o estado normal de saciedade que ocorre após certa ingestão calórica, resultando na falta de desejo para continuar a comer, parece estar alterado em muitas pessoas obesas, as quais dizem sentir apetite, freqüentemente ao longo do dia.

Quando o alimento é fortemente utilizado para preencher necessidades emocionais ligadas a desejos ou vivências que estimulam o padrão oral de incorporação, o efeito da saciedade parece não ser reconhecido pelo indivíduo. (PIZZINATTO, 1992, p. 53)

A alimentação como resposta a outras necessidades, segundo Orbach (1978), aliena a criança com relação a seu corpo e diminui a capacidade do indivíduo de reconhecer tanto a fome como a satisfação. Para a autora, em geral, os comedores compulsivos descrevem seu modo de comer atual de uma forma que confirma a impressão de que a sensação de satisfação da infância foi adulterada. Esse modo de comer é em grande parte, uma busca de algo que está faltando, que vem a ser uma sensação de desconforto e insegurança pelo fato de não saber se poderá suprir suas necessidades satisfatoriamente.

Também pode ocorrer, de os primeiros sinais de necessidades corporais serem mal interpretados pela mãe, de modo que se tem como resultado, de acordo com Orbach (1978), confusões a respeito de uma série de sensações físicas. Desta forma, para Kano (1991), o cansaço e outras formas de desconforto físico podem ser confundidos com a fome, por exemplo, interpretando e reagindo a uma necessidade de sono como se fosse necessidade de comer.

Essa compreensão sobre a fome e a desfiguração do seu mecanismo, segundo Orbach (1978), não é feito com a intenção de culpar as mães por não

interpretarem corretamente as necessidades de seus filhos. A questão, para a autora, está mais em se saber por que as mães alimentam as crianças quando não é isso o que elas podem estar querendo. E por que será que é comida que é oferecida quando a criança demonstra mal-estar?

Socialmente, de acordo com Orbach (1978), a mãe apesar de ser considerada como a figura essencial para cuidar satisfatoriamente do filho e formar o vínculo emocional considerado crucial para um desenvolvimento saudável, não é vista como uma “especialista” na criação da criança. Pelo contrário, é estimulada a recorrer à autoridade de especialistas – pediatras e nutricionistas – que lhe dizem como, quando e o que deve dar ou não como alimento a seu filho. E a maioria dos “peritos” se contradiz na medida em que a moda na criação de crianças se modifica. Para a autora, não é de se surpreender que a mãe passe a não confiar em suas próprias reações nos cuidados aos sinais de necessidades do filho. Assim, o medo que uma mãe tem de ser deficiente pode fazer com que superalimente automaticamente seu filho toda vez que ele chora.

Mas, para Orbach (1978), pode existir mais um fator em causa:

Quando uma criança chora e expressa sua angústia e, como imagina a mãe, seu desamparo, ela pode se ver como o responsável que deve reagir a isso, mas também é provável que venha a evocar seus próprios sentimentos dolorosos de privação da infância. Se nós somos “mães deficientes”, somos também filhas de “mães deficientes”, que por sua vez também foram filhas. (ORBACH, 1978, p. 105)

Para Pizzinatto (1992), um outro fator importante está relacionado à compensação por parte dos pais. Por exemplo, mães que trabalham em período integral e se sentem culpadas em deixar seus filhos pequenos sob o cuidado de terceiros, podem ter uma tendência em oferecer aos filhos refeições hipercalóricas, sobretudo em quantidade, como compensação afetiva. Também por não estar acompanhando os detalhes do crescimento do filho, precisam comprovar que estão se alimentando suficientemente bem.

Essas distorções perceptivas e conceituais, desenvolvidas e mantidas no núcleo familiar, de acordo com Pizzinatto (1992), podem levar a criança a um estado psicológico no qual se sente como não tendo controle do próprio comportamento, dos seus impulsos e necessidades, como se fosse controlada pelo corpo sem um ego centralizador.

Os pais que temem pela própria realidade existencial querendo proteger os filhos do sofrimento normal cotidiano com balas e bombons, através

de atitudes ou comportamentos não-frustrantes , com a falta de diálogo construtivo e a alienação dos vínculos familiares, dificultam o desenvolvimento da personalidade destas crianças que crescem despreparadas para assumir um posicionamento autocrítico diante da vida. (PIZZINATTO, 1992, p. 63)

Portanto, embora para Orbach (1978), a desfiguração do mecanismo da fome possa iniciar muito cedo na vida, também é verdadeiro que muitas pessoas começam a adulterar esse mecanismo na época da puberdade, no esforço de transformar seus corpos. Neste sentido, o meio social, através de procedimentos elaborados em relação ao que é permitido ou proibido em matéria de alimentação acaba por agravar e estimular a desconexão entre a fome e a busca por alimento. Em uma dimensão social, de acordo com Kano (1991), as privações alimentares, estimuladas através das dietas, são amplamente difundidas e respeitadas e, como consequência, muitas pessoas passaram a ver a fome como um inimigo perigoso de cuja influência precisam fugir, ao invés de um sinal fisiológico normal e necessário. Assim, para a autora, a maior parte das pessoas preocupadas com dieta e peso resolveu que a fome, seja qual for sua fonte, não é necessariamente uma razão aceitável para se comer. A ampla existência de moderadores de apetite confirma, para Kano (1991), essa atitude em relação à fome, visto que a sociedade estimula as pessoas a “desligar” seus sinais de fome a fim de emagrecer.

A mente humana é capaz de controlar e desprezar a fome. Quase todos já sentiram fome numa hora inconveniente e preferiram não tomar conhecimento dela. Quando estamos absortos numa atividade, nossa fome pode passar para um segundo plano. Àqueles que desejam emagrecer não apenas desprezam sua fome, mas também convencem a si mesmos de que não a estão sentindo. É de se surpreender que tantas pessoas tenham uma falsa consciência da fome? Nem um pouco. (KANO, 1991, p. 117)

Um agravante, é que a própria privação da dieta gera a desaprendizagem das funções corporais de fome e saciedade, além de estabelecer padrões compulsivos de alimentação descritos no capítulo II. Para Orbach (1978), a sensação de fome deixa de ser, então, o motivo que leva a comedora compulsiva a comer, não vivenciando a alimentação como auto-reguladora, mas sim como um tipo de força externa que tenta e agrada.

Essa desfiguração da fome, para Orbach (1978), pode ser um fator que contribui para a sensação de mal-estar de muitas pessoas com distúrbios alimentares, visto que os sinais externos tornam-se poderosas fontes de confiança na ausência do sentimento de segurança de que se pode cuidar das próprias necessidades. Para a autora, planos de dietas e padarias competem com a mesma força quando uma pessoa está em busca de informações a respeito de como cuidar de si mesma.

IV.3. FALHAS NA INTROJEÇÃO DE UMA FUNÇÃO PSÍQUICA MATERNA TRANQUILIZADORA E DO PROCESSO DE SIMBOLIZAÇÃO

Para Pizzinato (1992), o comportamento alimentar requer experiências no início da infância que envolve padrões de aprendizagem interacionais, para que se torne um comportamento organizado. As atitudes maternas através das condutas de amamentação, aleitamento e nutrição em geral, são de fundamental importância para a criança em termos de aquisição de confiança, nas suas relações vitais para com o mundo. A confiança proveniente da presença materna e a certeza dos seus cuidados apaziguadores, uma vez introjetados, tornam-se uma base segura sobre a qual todas as fases posteriores de desenvolvimento psíquico se assentam.

O vínculo precoce entre mãe e filho, de acordo com Nóbrega & cols (2000), é responsável pela formação de representações que constroem a estrutura psíquica. É uma fase em que o “comer” está intrinsecamente ligado com as trocas que ocorrem entre essa dupla, uma vez que toda a organização gira nessa fase em torno da oralidade. Para Pizzinato (1992), durante a fase oral o bebê se relaciona com o mundo, em grande medida, representado pela mãe nutridora, através da boca e órgãos dos sentidos, sendo a atividade principal “incorporar” não só o alimento, mas a intenção materna de acolhê-lo e compartilhar o seu afeto.

Assim, para Nóbrega & cols (2000), o bebê, por necessidades físicas, associa a representação materna com comer, comida e sensações viscerais de satisfação corporal. De acordo com Kestenberg (apud PIZZINATTO, 1992), o ritmo oral de sucção do bebê, apoiado pelos ritmos da mãe como respiração, carícias e batidas do coração, possibilitam a identificação progressiva a nível corporal de ritmo, movimento, descarga de tensão organizada e alívio da fome com prazer. Segundo Nóbrega & cols (2000), essas sensações permanecem inconscientes e tanto a alimentação quanto à compulsão de comer

estão relacionadas aos momentos de prazer precoce e, para Jackson (1999), como muitos outros sintomas perturbadores, os problemas alimentares manifestam a necessidade que a psique tem de ser vista, homenageada e amada.

Através de um processo de identificação positiva e confiante com a figura materna doadora, de acordo com Pizzinatto (1992), o bebê pode adquirir as bases para vir a ser um futuro provedor, para além do ato de receber, reeditando o que lhe foi dado. Se houver uma forte nostalgia do seio ou do alimento na ligação materna, a criança poderá continuar utilizando a região oral como o elo principal de ligação e prazer com o mundo, por exemplo, através de um objeto externo concreto e regressivo, como o alimento, para tentar restaurar a felicidade que foi perdida.

Portanto, o alimento é altamente simbólico, podendo significar mãe, amor, conforto. De acordo com Hirschmann & Munter (1995), quando os comedores compulsivos vão em busca de comida em um momento difícil, eles estão tentando se tornar mais que eles mesmos. Estão tentando correr de volta para casa, de volta para um tempo em que se sentiram como uma unidade ao invés de separados. Assim, quando o desejo de comer provém de um sentimento de desesperação, segundo Lowen (1979), a comida funciona como um sedativo, que trás temporariamente sossego para a inquietação e alívio para a ansiedade. Para Hirschmann & Munter (1995), a comida funciona, então, fantasiosamente como a presença materna calmante, que ameniza a consciência de se perceber só. Mas, embora a comida possa ser um símbolo dos cuidados maternos da infância, não é uma solução eficaz.

De acordo com Lowen (1979), o desejo infantil de seio, em relação a tudo que ele simboliza, não pode ser satisfeito por comida. A ilusão da gratificação oral que o comer exagerado parece preencher acrescenta um elemento compulsivo a esta atividade. Para o autor, o significado da comida, nestes casos, são, na verdade, distorções dos verdadeiros sentimentos não simbolizados. Assim, o ato de comer tem por função descarregar a tensão e o desprazer, através da procura de satisfação imediata, em lugar de uma elaboração mental.

Alguns obesos, dentro desta pseudoforma de resolução das suas frustrações com uma promessa de satisfação libidinal momentânea, podem vir a perceber que continuam bloqueados emocionalmente, insatisfeitos, desvitalizados, sendo que a energia calórica excedente que

consomem para extrair conforto interior se converte em tecido adiposo indesejável. (PIZZINATTO, 1992, p. 48)

Para Jackson (1999), são atraentes, as imagens da mãe abundante, provedora, que alimenta sem exigir o menor esforço de quem está sendo alimentado, pois, afora simplesmente agradar o paladar, a pura disponibilidade da comida significa que ela se torna um substituto imediato para outras formas de satisfação, um substituto que deveria ser dedicada às necessidades emocionais e aos conflitos. Para o compulsivo, é como se, quando existe a raiva, a tristeza ou anseios que não são facilmente satisfeitos, a comida – enquanto representante da função materna - oferecesse uma gratificação instantânea. Como consequência, acaba-se por aprender a esperar e exigir soluções rápidas para os problemas, significando que a compulsão denota em si, uma baixa resistência à frustração.

O ato, que visa a rápida dispersão da dor psíquica é, Para McDougall (1994), o oposto do trabalho de elaboração mental, visto que, esses “atos” tomam o lugar das palavras constituindo, assim, uma forma de comunicação primitiva.

As soluções via ação, que podem ser comparadas às eclosões psicossomáticas, remetem a uma falha na capacidade de simbolização e, portanto, na capacidade para elaborar mentalmente o impacto de certas vivências conflitivas. (MCDUGALL, 1994, p.78)

De acordo com Bion (1962), falta inicialmente ao bebê, um aparelho psíquico capaz de transformar e dar sentido às suas vivências primitivas, sendo esta função desempenhada pela mãe que funciona, então, como o aparelho de pensar do bebê.

Bion (1962), designa as percepções e sensações primitivas de elementos-beta que são experimentados como “coisa-em-si”, passíveis de uso na identificação projetiva, atuações e somatizações, mas inadequados para pensar. A transformação dos elementos-beta em elementos que possam ser armazenados e utilizados nos pensamentos de vigília e oníricos – elementos-alfa – requer a existência de uma função que o autor designou de função-alfa.

A relação mãe-bebê funciona inicialmente, segundo Bion (1962), como um sistema circular, onde o bebê projeta suas vivências arcaicas, intoleráveis e impensáveis – elementos-beta – dentro da mãe, que as contém e, através de sua função-alfa, transforma as projeções do bebê devolvendo-as a ele de forma “digerida” e mais tolerável. Bion (1962), chamou esta função de acolhimento e transformação maternos das vivências arcaicas do

bebê de “reverie materna”. Assim, a reverie materna é a capacidade da mãe de gestar e pensar o vivido o bebê.

Esse movimento circular que se estabelece entre a mãe e o bebê, de acordo com Bion (1962), faz com que este, aos poucos, possa ir desenvolvendo, através da introjeção e identificação com a mãe, um aparelho para pensar e uma função-alfa para si, sendo que este processo depende tanto da criança como da mãe.

A reverie materna pode tornar-se insatisfatória, segundo Bion (1962), em situações onde a mãe se encontra sobrecarregada emocionalmente, não podendo desempenhar a função continente. Mas também pode acontecer dessa função ser atacada de maneira invejosa pelo bebê. Nessas situações, o bebê fica impossibilitado de introjetar o bom objeto, pois se vê diante da reintrojeção de suas vivências desagradáveis, não transformadas e intoleráveis, o que gera um pavor indefinível e sem nome.

Para Bion (1967), o desenvolvimento do pensamento e um aparelho para pensá-lo depende da capacidade de tolerância à frustração do bebê, quando não há a satisfação de um desejo ou de uma expectativa.

O ponto crucial, de acordo com Bion (1967), está na decisão entre fugir da frustração ou modificá-la. A incapacidade de tolerar a frustração faz com que o bebê caminhe para a fuga à frustração, e o que deveria ser um pensamento se torna um objeto mau, coisa-em-si, que se presta à evacuação, ficando com isso o desenvolvimento do aparelho de pensar prejudicado. Por outro lado, para o autor, a capacidade de tolerância à frustração possibilita o desenvolvimento do pensamento e da simbolização, o que por sua vez torna mais tolerável a frustração.

Em termos gerais, para Bion (1962), o desenvolvimento do aparelho mental e do pensamento em suas formas rudimentares até o pensamento simbólico vai depender da função de reverie materna e da capacidade de tolerância à frustração do bebê.

O bebê dotado de boa capacidade de tolerância à frustração subsiste ao transe da mãe incapaz de reverie e incapaz, portanto, de lhe suprir as necessidades mentais. No outro extremo, o bebê nitidamente incapaz de tolerar a frustração não sobrevive, sem colapso, mesmo à experiência de identificação projetiva com a mãe capaz de reverie; nada menos que um seio incessante a amamentá-lo lhe serve. (BION, 1962, p. 60-61)

Portanto, o desenvolvimento do pensamento, necessário para a simbolização, depende da capacidade de tolerar a frustração, de maneira que se possa

pensar o vivido, e não reagir a ela através da fuga, por exemplo, usando a comida, para obter prazer imediato resultante da eliminação da tensão.

Neste sentido, na primeira fase do desenvolvimento humano, em que predominam sentimentos desintegrados de união e destruição, os fatores externos desempenham importante função em situações de frustração, de acordo com Klein (1952), no sentido de reforçar a ansiedade persecutória e os mecanismos de defesa, ou de amenizá-los quando a boa experiência fortalece a confiança e a integração do ego, o que torna a criança mais apta para suportar a ansiedade e, assim, os impulsos agressivos tornam-se menos ameaçadores.

Se a evolução dos dinamismos psíquicos ocorre em condições favoráveis ou benéficas, proporcionadas pela introjeção da função calmante e continente dos cuidados maternos, o bebê sente cada vez mais que seu objeto ideal e seus próprios impulsos libidinais são mais fortes do que o objeto mau. Graças a essa identificação com o objeto ideal e ao desenvolvimento fisiológico do ego, sente que vai se fortificando e capacitando para defender a si mesmo e ao objeto ideal (SEGAL, apud PIZZINATTO, 1992, p.26).

Assim, para Pizzinatto (1992), o predomínio do sentimento de confiança básica na fase oral é de fundamental importância para o estabelecimento autônomo do ego para que a criança possa fazer uso das suas novas capacidades decisórias, sem o medo persecutório provocado pelas suas fantasias de aniquilação no ambiente, devido à força dos seus desejos e impulsos primários.

Mas a mistura de desejo e raiva em relação ao objeto amado, de acordo com Lowen (1979), pode gerar um oprimente sentimento de culpa que, quando sentida como intolerável, precisa ser projetada nos outros ou desviada para a comida.

A compulsão alimentar, para Lowen (1979), é uma maneira de “por para fora” sentimentos de frustração, raiva e culpa. Desta forma, esta atitude serve para reduzir o sentimento de frustração, manifestar a raiva e focalizar a culpa. Mas, para o autor, o comer compulsivo pode ser um ato de autodestruição, e não um gesto de “cuidar de si mesmo”, não havendo um prazer real, mas sim, em um sentido mais profundo, uma insatisfação, uma fome de amor, de prazer e de vida.

O comer compulsivo é literalmente uma eliminação ou destruição de comida, que simboliza a mãe. A raiva reprimida contra a mãe encontra uma válvula de escape inconsciente nessa atividade. Ao mesmo tempo, no entanto, a mãe é simbolicamente incorporada ao indivíduo, atenuando

assim temporariamente o sentimento de frustração inconsciente associado a ela. Finalmente, a culpa é transferida da hostilidade reprimida para o ato de comer excessivamente, manobra esta que mascara os verdadeiros sentimentos e torna a culpa mais aceitável. (LOWEN, 1979, p.170-171)

Assim, para Lowen (1979), quando as formas adultas de expressão da agressividade não são acessíveis, o indivíduo recorrerá ao ato de comer, que é a forma de auto-afirmação mais primitiva, ainda que tal hábito compulsivo prove ser destrutivo. Muitas são vezes, de acordo com o referido autor, que os pais utilizam a comida com o propósito de tranquilizar o filho, visto que é muito comum a criança receber algo para comer de modo a apaziguar sua irritabilidade, sendo que a comida fica, portanto, carregada de outros significados que não a satisfação da fome.

Para Pizzinatto (1992), as mães também utilizam o alimento para aplacar a ansiedade infantil, muitas vezes, gerada pela sua própria ansiedade, passando o alimento a representar a chave mágica para preencher o vazio, acalmar e descarregar tensões psicossomáticas. Assim, ingeri-lo em demasia poderia atuar como um suporte simbólico para um desejo insaciável de afeto

Portanto, a mãe que superalimenta, de acordo com Pizzinatto (1992), tende a associar o seu afeto à comida, ensinando ao filho que ele precisa comer, tanto quanto ela precisa que ele coma, para se satisfazer emocionalmente. Desta forma, uma criança obesa pode não estar suficientemente nutrida a nível afetivo-emocional, visto que a dimensão simbólica do relacionamento com a mãe estaria falha na sua realização mútua.

Quando há uma boa relação mãe-bebê, de acordo com McDougall (1991), a estruturação do psiquismo da criança vai acontecendo de forma gradual, à medida que o psíquico se diferencia do somático, ao mesmo tempo em que o corpo infantil vai sendo diferenciado do corpo materno, o que gera, na criança, desejos paradoxais de continuar em um estado de fusão com a mãe, por um lado, e a busca da diferenciação por outro. Para a autora, quando a mãe pode conviver com esse duplo desejo, através dos processos de internalização, a criança vai construindo internamente a representação mental da mãe como figura tranquilizadora, que poderá ser posteriormente evocada.

Para McDougall (1991), é a aquisição de uma identidade separada que dá origem ao indivíduo. Portanto, para a autora, falhas no processo de aquisição de uma identidade distinta, provindas de dificuldades da criança e/ou da mãe, levam a situações de

indiferenciação eu-outro e à incapacidade da criança, futuramente do adulto, de integração e reconhecimento do próprio corpo e dos próprios pensamentos e sentimentos como sendo seus.

Entre o período intermediário da necessidade vital satisfeita e o aumento de tensão fisiológica relativa à nova necessidade de alívio que se anuncia, ocorre um aumento de frustração psicossomática. Esta frustração emocional, que pode até mesmo atingir a dor física, parece ser de fundamental importância para colocar a criança em contato com o princípio de realidade, pela quebra do sentimento de onipotência, percebendo que a satisfação contínua e eficaz de suas necessidades vitais depende da ação de terceiros (...) Este espaço temporal de tensão fisiológica mobilizaria o aparelho mental da criança, como se impulsionasse o seu ego rudimentar inato para um princípio de diferenciação psicológica entre o eu e o não-eu, ainda representado, sobretudo, pela figura materna na qual projeta os seus sentimentos. (PIZZINATTO, 1992, p. 41).

Para Klein (1946), mães ambivalentes nas suas atitudes e com distorção de percepção do real, podem favorecer fixações precoces no desenvolvimento psíquico do filho, ficando este sem a dose necessária de introjeção de uma base segura para estar sozinho, com falhas no desenvolvimento de teste de realidade.

As mães que mantêm os filhos presos em um relacionamento, com predomínio de aspectos simbióticos, sendo superprotetoras e controladoras, de acordo com Pizzinatto (1992), interferem na capacidade de aquisição de iniciativa e autonomia da criança, não permitindo o desenvolvimento dos limites do ego entre ambas e não propiciando condições para a criança ser mais independente e autoconfiante.

Neste sentido, segundo Pizzinatto (1992), tem sido freqüentemente encontrado no comportamento de crianças obesas aspectos de superdependência em relação a mãe e um tipo de apego com angústia, com inabilidade para serem auto-suficientes e cuidar de si próprias. Para a autora, é provável que algumas mães, aparentemente superprotetoras, mas com sentimentos inconscientes de rejeição pelo filho, proporcionem cuidados inconstantes, negligentes e com oscilações entre sentimentos antagônicos, dificultando assim a ligação afetiva mútua e o desenvolvimento da personalidade da criança, freqüentemente insegura por temer a rejeição e o abandono.

Em outros termos, de acordo com Campos (1992), a falta de um registro afetivo tranquilizador impede que a criança se individualize, sinta-se íntegra, coesa e autônoma, tornando-a dependente de pessoas ou coisas que a façam ter a sensação de continuar viva, mesmo que para isso tenha que somatizar. Assim, a relação simbiótica que mantém com outras pessoas, a utilização compulsiva de sintomas físicos e o uso excessivo de comida, parecem ter todos um mesmo significado: um meio de se comunicar e se defender perante angústias inimagináveis de desintegração ou aniquilamento. Para o autor, é a incessante busca de si mesmo, nunca completada, mas sempre ansiada face ao perigo de se perder completamente.

Em relação ao funcionamento familiar, para Pizzinatto (1992), a família obesa tende a projetar na cozinha e na arte-culinária a força dos seus impulsos instintivos mais primitivos, vivendo a ilusão que os seus quitutes poderiam preencher o seu vazio interior, tornando-os mais vitalizados e com energias para vencer a ansiedade e a depressão. A dificuldade dos familiares obesos em elaborar os seus conflitos e compartilhar um afeto genuíno pode levá-los a não receber do outro o que mais desejam, usando o alimento como forma de manter a auto-estima.

Em suma, quando uma pessoa se encontra distante da própria natureza psíquica única e da possibilidade de aproveitar saudavelmente a sua dimensão simbólica para o equilíbrio dos desejos psíquicos integrados na personalidade e realizados satisfatoriamente na vida cotidiana, pode ocorrer de acordo com Pizzinatto (1992), uma separação danosa entre os impulsos instintivos e as funções mentais superiores, através de mecanismos de defesa psicopatológicos, a exemplo da ingestão alimentar excessiva.

Neste sentido, a evolução integrativa das estruturas do pensamento e dos processos de simbolização ao lado dos impulsos instintivos, para Pizzinatto (1992), implicam estruturações egóicas cada vez mais complexas, com a ampliação do princípio de realidade e processos de consciência, a nível cognitivo e afetivo, a partir da resolução de conflitos básicos e maior integração da realidade.

Portanto, um tratamento eficaz para a compulsão alimentar, implica em uma reaprendizagem do processo alimentar e ao mesmo tempo uma elaboração das questões emocionais. Para Hirschmann & Munter (1995), as pessoas não poderão parar de ter o comportamento de comer compulsivamente, a menos que conheçam as razões que as levam a comer e aprendam a lidar com seus conflitos e ansiedades, ao invés de comer por

causa deles. Para isso, é preciso tornar consciente aspectos inconscientes a respeito: do próprio corpo e alimentação, das falhas emocionais que contribuem para a compulsão alimentar e obesidade, dos afetos envolvidos e das representações referentes à gordura e ao que significa psicologicamente ser magro.

CAPÍTULO V

ANTIDIETA: UMA ABORDAGEM DE TRATAMENTO PARA A COMPULSÃO ALIMENTAR

Como previamente escrito, a busca compulsiva por comida pode ter duas causas psicológicas principais: o mandato cultural de ser “magro” com subserviência a privações e conseqüente abusos alimentares e/ou devido a estados emocionais e suas conseqüentes falhas no processo de desenvolvimento. Portanto, de acordo com Hirschmann & Munter (1995), se a compulsão resulta dos esforços da dieta ou pela falha emocional e conflito intrapsíquico, o resultado é o mesmo, visto que àqueles que comem em excesso, desconectaram o “comer” da necessidade fisiológica de se alimentar.

O compulsivo alimentar, quando tem problemas emocionais, experimenta uma fome que é psicológica e se volta para a comida como um meio de se acalmar. Assim, quando as pessoas comem de forma compulsiva, estão usando a comida porque se sentem incapazes de realizar estas funções intrapsiquicamente. Sob as pressões duais das restrições da dieta e da ansiedade, perde-se a conexão entre a fome fisiológica e o ato de se alimentar e usa-se a comida como um tranqüilizante e não como nutrição. Cada vez que se faz uso da comida desta forma, está-se atribuindo a ela um valor simbólico do conforto proveniente da infância com relação a cuidados e sentimentos internos de segurança e proteção.

Para se quebrar o ciclo do uso do alimento para a fome psicológica, ou seja, do comportamento alimentar compulsivo, é preciso que se possa fazer dois tipos de aprendizagens importantes: a de se alimentar de acordo com a necessidade fisiológica e outra, mais complexa, que consiste em se desenvolver uma função psíquica interna tranqüilizadora e continente aos afetos e estados emocionais, sentidos como insuportáveis, e que vêm sendo acalmados através da comida.

Para Hirschmann & Munter (1995), a experiência de alimentação é o centro de uma série de interações e sentimentos que contribuem para o sentido de segurança e tranqüilidade. Os compulsivos usam a alimentação como uma interação com a mãe simbólica que nutre, na esperança de que isso os acalmará como adultos. Assim, usam a comida como bálsamo, para resolver qualquer tipo de problema, menos aquele para o qual

ela se destina: saciar a fome. Isso leva a uma falha na experiência cotidiana de cuidar de si próprios, alimentando-se quando têm fome.

A reconexão do alimento com a fome fisiológica é o centro do método da Antidieta, na medida em que o compulsivo começa a diferenciá-la da fome psicológica. Assim, é necessário haver uma volta que é ao mesmo tempo simbólica, mas, também, atual no sentido fisiológico, aos hábitos da infância. Com as pessoas que perderam essa conexão, se faz necessário recomeçar de novo, voltar ao ponto em que comida era apenas alimento para o corpo. (HIRSCHMANN & MUNTER, 1995, p. 112)

Através do método da Antidieta, segundo Hirschmann & Munter (1995), as pessoas são estimuladas a se alimentar sem que haja alternância entre abusos e privações e, para isso, precisam reaprender do ponto de vista psicológico e fisiológico a se alimentar “de dentro para fora”, de acordo com suas necessidades fisiológicas individuais. Assim, os compulsivos precisam aprender a:

- 1) reconectar a fome fisiológica com o ato de comer.
- 2) selecionar os alimentos, escolhendo exatamente o alimento desejado para cada fome.
- 3) parar de comer quando estiver fisiologicamente satisfeito.

Toda essa aprendizagem leva as pessoas a descobrirem seu próprio ritmo alimentar, ou seja, uma identidade alimentar.

E nesse processo, ao mesmo tempo em que se aprende a se alimentar adequadamente, através da satisfação das necessidades fisiológicas, há também uma aprendizagem emocional, na medida em que as pessoas descobrem que podem aprender a confiar nas próprias decisões a respeito do corpo e do cuidado de si mesmos. Esta re-ativação das experiências precoces de satisfação das necessidades, diminui a ansiedade e proporciona um modelo interno de segurança e cuidados, que pode ser generalizado a outras necessidades que não seja a alimentação. A descoberta da identidade alimentar, que é única para cada indivíduo, promove, também a individualização. (HIRSCHMANN & MUNTER, 1995, p. 113)

Assim, a abordagem da Antidieta se diferencia de outras abordagens ao se constituir de dois eixos básicos no qual os esforços terapêuticos se dirigem. O primeiro eixo do trabalho é fisiológico em que as diretrizes norteadoras do processo se fazem

presente, através do trabalho voltado para a fome, a seleção e a saciedade, assim como também é através dele que os ganhos do segundo eixo, o psicológico, tornam-se possíveis. O eixo psicológico, admite uma leitura psicodinâmica, em que se revê a história do paciente, reconhecendo o padrão da compulsão alimentar e as fases psíquicas relacionadas e elaborando os aspectos inconscientes ligados a representação da comida e da alimentação. Inclui também o trabalho com os aspectos transferenciais, com as fantasias e as angústias, visto que a comida e o peso, para um compulsivo, são a expressão, como sintoma, de seus conflitos. A relação com o corpo, as fantasias, os medos e os desejos inconscientes que estão por trás de todo o processo, tanto de engordar quanto de emagrecer, também são passíveis de serem elaboradas dentro de uma perspectiva psicodinâmica.

V.1. HISTÓRICO

A proposta da Antidieta teve início em 1970, na cidade de Nova Iorque, por Carol Munter, que determinada a descobrir uma alternativa para as privações alimentares (dieta), reuniu um grupo de mulheres com problemas de alimentação. Susie Orbach, atualmente, psicanalista, também fazia parte deste grupo e, mais tarde, veio desenvolver este trabalho com mulheres em grupo e individualmente. Posteriormente, Jane Hirshmann – psicoterapeuta; especialista em tratamento de mulheres e crianças com distúrbios alimentares - e Carol Munter – psicanalista; especialista em distúrbios alimentares - desenvolveram um tratamento tendo como objetivo abordar a compulsão alimentar através da compreensão da psicologia subjacente na dinâmica do processo da compulsão de comer (Hirschmann e Munter 1988, p. 21-22).

Na década de setenta, Orbach apontou para o fato de que o número de mulheres que tinham problemas com peso e que comiam por compulsão era grande e vinha aumentando. Devido à ansiedade que isso acarretava e ao fato de que as diversas soluções oferecidas às mulheres no passado não funcionaram, tornou-se necessário o desenvolvimento de uma nova psicoterapia que lidasse com o problema da compulsão de comer, dentro do contexto de libertação da mulher daquela época, representando um reexame feminista da psicanálise tradicional (Orbach, 1978, p. 20). Para Orbach (1978), o fato da compulsão de comer ser, no final da década de 70, um problema majoritariamente feminino, indicava que estava relacionado à vivência de ser mulher na sociedade e um

estudo das causas subjacentes ou da motivação inconsciente que levava as mulheres a comer compulsivamente puderam indicar novas possibilidades de tratamento.

Atualmente, dentro da minha prática clínica, é notável o grande número de pessoas do sexo masculino que não só apresentam o problema da compulsão e obesidade, mas que, também, têm buscado por tratamento, podendo as mesmas abordagens da Antidieta se estender aos homens. Porém, o número de mulheres preocupadas com o corpo e a alimentação ainda é uma grande maioria em relação aos homens, em relação à procura para tratamento da compulsão, dentro da minha experiência clínica. Apesar de já terem se passado três décadas desde o início da abordagem da Antidieta, que teve seu início dentro de uma visão feminista daquela época, muitos aspectos sociais e culturais, ligados a dificuldades pessoais de muitas mulheres, ainda podem ser observados nos dias de hoje. E por outro lado, ainda podemos observar um agravante, em relação àquela época, com relação à cobrança de se ter, na cultura atual, um corpo muito magro e perfeito.

Em 1988, Elisabeth Chulman Wajnryt, psicóloga e psicanalista, trouxe para o Brasil e começou a desenvolver o método da Antidieta dentro dessa nova forma de compreensão e abordagem. Para ela (em anexo), essa é uma abordagem que muda o foco do que se tem feito em obesidade ao postular uma síndrome do comer compulsivo em que a ênfase recai na problemática do modo de relação com a comida e não no quê ou no quanto se come. E também, a mudança de um saber externo a si mesmo - cardápios, balança, remédios, médicos - para um saber interno, uma procura de equilíbrio, de entendimento e domínio sobre a compulsão com um grande ganho psíquico.

Em inglês o termo utilizado para a Antidieta é Antidieting. Outro termo pesquisado foi “Nondieting”, mas o uso desse termo se refere às pessoas que não fazem nenhum tipo de dietas ou restrições alimentares, não sendo um sinônimo para a abordagem da técnica da Antidieta em si.

Poucos artigos foram encontrados na literatura e, para que se possa haver uma oportunidade de aprofundamento e compreensão de alguns aspectos fundamentais da abordagem Antidieta, foi realizada uma entrevista com a Dr. Elisabeth C. Wajnryt, que está em anexo.

Dentre os dois artigos encontrados, em relação ao termo “Nondieting” todos centram na preocupação em relação a diferença de comportamento entre as pessoas que se

submetem a dietas restritivas para emagrecer e as que não fazem nenhum tipo de restrição alimentar. Dentre os dados obtidos em pesquisas feitas entre pacientes obesos que estavam em tratamento com restrição alimentar e os que não estavam fazendo nenhum tipo de dieta (nondieters), de acordo com Sunday & Halmi (2000), os primeiros apresentam maior preocupação em relação à alimentação e ao tamanho do corpo do que os segundos. Em relação aos distúrbios alimentares referentes à bulimia e a compulsão, para as autoras, as preocupações relacionadas ao peso, a comida, a forma do corpo, a preocupação com exercício físico e ao peso, são mais acentuadas nos pacientes que estão em restrição alimentar. Para Hibscher & Herman (1977), a compulsão alimentar encontrada em pacientes obesos que estão fazendo algum tipo de tratamento alimentar restritivo, é mais acentuada do que em pessoas obesas que não fazem dietas (nondietres).

Apenas um artigo sobre Antidieta foi encontrado. Para Brownell (1993), o movimento da Antidieta atingiu seu ápice na década de 90, como uma nova proposta de tratamento para a obesidade e compulsão alimentar, contrária às dietas. Para essa autora, a maioria das pesquisas sobre obesidade e emagrecimento são feitas dentro de programas de tratamentos para emagrecer em Universidades dos EUA, e estas não podem ser generalizadas a todos os obesos pois, nesses programas, realizados dentro de universidades, foram encontrados um grande número de compulsivos alimentares, mas esses resultados não podem corresponder a população obesa em geral. Neste sentido, não é possível afirmar se as dietas são efetivas ou não para o tratamento da obesidade, pois faltam dados de pesquisa relativos a vários outros programas de tratamentos ou até mesmo em relação às pessoas que procuram emagrecer sem a ajuda de programas ou especialistas. Por outro lado, para a referida autora, os programas de emagrecimento tradicionais, ou seja, através das restrições alimentares, não são eficientes para os compulsivos alimentares, sendo necessário mais pesquisas e propostas de tratamento que visem a atender a compulsão alimentar e não apenas a obesidade. A autora, no entanto, não avalia os resultados referentes à abordagem de tratamento da Antidieta e nem faz menção de como esses tratamentos podem ser feitos. Também não foi encontrada nenhuma referência sobre a base teórica da Antidieta.

Steinhardt & Nagel (apud HIRSCHMANN & MUNTER, 1995, p.329-343), fizeram uma pesquisa para comprovar a eficácia do método Antidieta para o problema de compulsão alimentar, em relação a: diminuição da preocupação em relação à alimentação

quanto ao desejo exacerbado pelas comidas tidas como proibidas, a preocupação com o corpo e a questão emocional do compulsivo alimentar. A pesquisa foi feita através de um questionário. De 2.700 pessoas que haviam preenchido o questionário, foram selecionados 750 sujeitos para a pesquisa, distribuídos em cinquenta estados dos EUA, que responderam um segundo questionário dois anos depois do primeiro enviado.

Como resultado encontrou-se que, com relação à preocupação alimentar, os compulsivos alimentares, tipicamente, sentiam-se controlados pela comida, pensavam nela grande parte do tempo, esforçando-se para não comer e sentindo-se culpados e críticos com eles mesmos após comerem. As técnicas que contribuíram significativamente para as diminuições na preocupação alimentar foram: parar de comer quando satisfeitos e a seleção alimentar livre de restrições. Quanto à preocupação com o corpo, o compulsivo alimentar além de estar preocupado com a comida, está preocupado com as medidas e a forma do corpo.

É sempre um grande esforço para alguém que gasta muitos anos tentando alterar o tamanho do corpo concordar com o fato de que pode ter que viver com o tamanho atual por algum tempo. Aqueles indivíduos que são capazes desafiar a idéia de que todos deveriam ter um tipo de corpo e aqueles que são capazes de desenvolver uma relação confortável com seu corpo na forma atual, não mais estarão continuamente insatisfeitos com o corpo. Essa nova postura, diminui a ansiedade em relação aos resultados esperados, aumenta a auto-estima e com isso diminui o quadro de compulsão, ao mesmo tempo em que estimula a pessoa a se alimentar de forma mais adequada de acordo com as próprias necessidades. A habilidade de identificar o que se quer comer quando se tem fome teve um efeito significativo na preocupação com o corpo.

Segundo as autoras da pesquisa citada, os compulsivos alimentares apresentam uma variedade de formas e medidas com uma diversidade de tipos de personalidades e psicopatologias. As características que todos eles compartilham é que, após anos de dieta e de alimentação compulsiva, desconectaram a comida da fome fisiológica e usam-na como um antídoto para a ansiedade. Trabalhando com o método Antidieta, um compulsivo alimentar pode desenvolver a habilidade de pensar sobre os problemas ao invés de comer por causa deles. Assim, com relação à questão emocional do compulsivo alimentar, reconectar a comida com a fome fisiológica e aumentar a auto-aceitação são os dois maiores fatores na cura da alimentação compulsiva.

A experiência de ficar com fome ou sentir-se alimentado leva a sensação de segurança. Quando um compulsivo alimentar começa a responder aos sinais da fome fisiológica de forma adequada está, de certo modo, se restabelecendo. Está mostrando a si mesmo que pode prover-se adequadamente. As experiências de necessidade e satisfação da necessidade tornam-se os blocos de construção no desenvolvimento de uma sensação de segurança. Quanto mais seguro se sente, menos ansioso se é, e deste modo, menos se precisa da comida.

Para Steinhardt & Nagel (apud HIRSCHMANN & MUNTER, 1995), é notável que todos os elementos da alimentação de acordo com a necessidade, que são as diretrizes básicas da abordagem Antidieta (ex. identificar a fome, o que se quer comer quando se tem fome, parar de comer quando se está saciado), prognosticaram uma diminuição significativa na necessidade de usar a comida para razões emocionais.

Portanto, para as referidas autoras, o resultado da pesquisa é que essa abordagem é eficaz na diminuição da alimentação compulsiva, com relação à diminuição da preocupação alimentar, preocupação com o corpo e alimentação por razões emocionais.

V.2. AS TRÊS DIRETRIZES FUNDAMENTAIS DO PROCESSO

As diretrizes fundamentais do processo da Antidieta, estão relacionadas as três perguntas, que servem como referência para o comer: Estou com fome? O que quero comer para esta fome? Estou saciado? A primeira pergunta corresponde à fome fisiológica, a segunda, a seleção do alimento escolhido e a terceira a quantidade de comida que é suficiente em cada alimentação. Por serem o centro do trabalho, se faz necessário um entendimento mais aprofundado de cada diretriz em seus aspectos ligados à alimentação e ao seu correspondente psicológico.

V.2.1. FOME

Os compulsivos alimentares apresentam uma diversidade de tipos de personalidades e psicopatologias. Mas, a característica que todos compartilham é que, após anos de privações e alimentação compulsiva, desconectaram a fome fisiológica do ato de comer e desviaram a função da comida que ao invés de ser nutrição, é usada como tranqüilizante para uma fome que é psicológica.

A fome é uma necessidade biológica que é satisfeita com comida sendo evidenciada quando um recém-nascido começa a mamar. Para Kano (1991), logo depois do nascimento, todas as pessoas passaram por um momento em que fome era apenas fome. Através de incontáveis seqüências de sentir fome e serem alimentadas, as crianças aprendem que o mundo responde as suas necessidades de maneira confiável. De acordo com Hirschmann & Munter (1995), por meio de longo e complexo processo de desenvolvimento, as crianças que aprenderam a confiar nas pessoas que cuidam delas aprenderam, também, a confiar em si mesmas. Assim, cada vez que uma criança é alimentada quando tem fome, trocada quando está molhada e confortada quando está chateada, reforça-se a mensagem de que suas necessidades são satisfeitas e, em conseqüência, ela se torna um pouco mais forte psicologicamente, pois aprende que existe um mundo fora dela que se preocupa com seus sentimentos e a satisfaz.

Para os compulsivos alimentares, em determinado ponto do caminho entre a infância e a idade adulta, a capacidade de reconhecer e aplacar a fome foi perdida e esqueceram o que vieram ao mundo já sabendo: comer quando sentem fome e não comer quando não sentem. A comida é símbolo de amor e cuidados e conseqüentemente, os compulsivos esqueceram como é a fome porque ela adquiriu um significado que não está relacionado ao fisiológico.

Curar a compulsão alimentar requer “regressar” ao ponto onde a conexão fome/alimento é tão clara quanto era no dia do nascimento e a única forma de reparar o curto-circuito, é voltar a comer quando se tem fome. Para isso, é preciso, a princípio, estimular os compulsivos a abandonarem todos os rituais externos e horários para se concentrarem em suas necessidades biológicas. Somente concentrando-se em seu próprio ritmo alimentar é que se pode começar a redescobrir a fome fisiológica para depois separá-la da psicológica, que precisará, também, ser satisfeita, de outras maneiras que não envolvem comida como, por exemplo, auto-aceitação e novas formas de se lidar com os sentimentos desconfortáveis que levam a comer. Assim, comer quando se sente fome quebra a tradição de três refeições ao dia em favor de experiências alimentares a cada vez que se sente fome. Cada pessoa precisa descobrir, a princípio, seu “relógio alimentar” individual. Depois de redescobrir o sinal de fome, as pessoas conseguem se adaptar aos horários sociais ou

aos que forem mais convenientes para cada um. (HIRSCHMANN & MUNTER, 1995, p. 111)

A idéia de que as pessoas devem comer quando sentem fome e não comer quando não sentem parece muito simples, no entanto, não é fácil para os compulsivos. Afinal, está se incentivando as pessoas a comerem, quando estas passaram a vida tentando não comer. Elas aprenderam a acreditar que a comida é o problema e que a solução é ficar longe dela. Esse pensamento simplista a respeito da fome e alimentação, no entanto, esconde conflitos inconscientes que precisam ser clarificados e elaborados.

A resistência de se alimentar de acordo com a própria necessidade, em resposta a fome fisiológica, se expressa de muitas maneiras. Algumas pessoas consideram a sensação de sentir a fome, mesmo no estágio inicial, aterradora, e muitas se alimentam de forma preventiva, ou seja, antes mesmo de senti-la. Para Hirschmann & Munter (1995), as pessoas nem sempre têm conhecimento do seu medo de sentir fome. Elas fazem essa descoberta apenas quando são confrontadas com sua incapacidade de adiar a alimentação o tempo necessário para que a sensação de fome apareça. E este quando é agravado pela cultura que costuma prevenir a fome ao invés de saciá-la.

De acordo com Hirschmann & Munter (1995), a sensação de fome, significa, para as pessoas que passaram muita privação, uma lembrança dos tempos ruins. Alguns temem a intensidade da fome, de se sentirem descontrolados, de não conseguirem se sentir saciados. Outros não se permitem sentir fome, pois ressentem confiar em si mesmos para sua nutrição. A sensação primitiva de fome lembra-os de antigas necessidades insatisfeitas. Frequentemente surge o sentimento de raiva por terem de alimentar-se, quando estão ressentidos pelo que não obtiveram, e isto interfere com o prazer que poderiam sentir ao tomar conhecimento de que são capazes de cuidar de si mesmos, de maneira adequada e carinhosa. E ainda outros, se sentem emocionalmente esvaziados, negligenciando-se da mesma maneira que se sentiram negligenciados quando crianças. Assim, os compulsivos não têm uma base segura para confiar em si mesmos como autoprovedores, visto que, tomar conta de si mesmo no presente implica em uma aceitação da realidade dolorosa das privações passadas.

Para Hirschmann & Munter (1995), responder a fome se alimentando, significa dar boas vindas a si mesmo muitas vezes por dia. Visto que, todos já foram bebês e experimentaram um dia o mundo através da boca, o prazer de comer era a versão infantil

da sexualidade e nunca se esquece completamente ou renuncia-se o componente agressivo das experiências alimentares precoces ou o êxtase da amamentação. Noções das ligações anteriores entre alimentação e sexualidade persistem ao longo da vida. Portanto, segundo essa autora, muitas pessoas que se sentem constrangidas de comer em público ou de serem pegas comendo, podem estar fazendo esta ligação inconsciente.

No caso dos compulsivos, muitos têm um histórico de se sentirem envergonhados pela necessidade de usar a comida para o bem estar. E mesmo quando começam a usar a comida para satisfazer a fome, sentem estar fazendo algo errado ou proibido. Nota-se que a vergonha é mais intensa nas pessoas que foram consideradas gordas na infância. Assim, de acordo com Hirschmann & Munter (1995), mesmo quando comem em resposta a fome, sentem-se como gulosos e sem controle, confundindo “se alimentar” com “comer compulsivamente”. Mas a realidade que precisam apreender é que, comer quando se está com fome, é, na verdade, afirmar o próprio controle.

Comer de acordo com a própria necessidade também incita os medos de independência, pois aprender a encontrar um padrão individual de fome e alimentação, é aprender a encontrar a si mesmo, separado e diferente de qualquer outra pessoa. Para Hirschmann & Munter (1995), esse medo é expresso em dois níveis: no mundo externo, com a preocupação com o que os outros vão pensar e dos julgamentos e no mundo interno, através da culpa e vergonha por ter desejos e necessidades individuais e, ainda mais, por satisfazê-los.

Para muitos compulsivos, que aprenderam a utilizar a comida como expressão de afeto e conexão com as pessoas, comer de acordo com a própria fome desafia as convenções sociais, pois os horários pré-estabelecidos para as refeições, envolve a expectativa que todos terão fome pela mesma coisa e na mesma hora. Quando se rejeita os padrões convencionais, não mais se usa a comida como uma ponte para ligar-se aos outros. Quando a comida é símbolo de amor, deixar de comer com o outro quando não se está com fome e não aceitar comida quando é oferecida, pode ser interpretado como rejeição ao amor do outro. Partilhar uma refeição com alguém que se ama é prazeroso, mas há uma grande diferença entre ter uma refeição como uma experiência conjunta e ter uma refeição quando não se está com fome.

Para Hirschmann & Munter (1995), as crianças aprendem desde tenra idade que comer o alimento de sua mãe, faz com ela se sinta segura e apreciada; também

aprendem que recusar a comida que ela oferece é rejeitar seu amor. Essa relação entre amar, ser amado e retribuição de trocas afetivas acaba por se estender para outras pessoas além do vínculo familiar. Assim, se alimentar é um ato que ultrapassa em muito as limitações de sentir fome e precisar de alimento.

Se perceber com fome, é também admitir que se tem necessidades que pedem por satisfação. Toda necessidade contém em si uma falta e estas podem ser sentidas como ameaçadoras para aqueles que acreditam que serão esmagados por uma vida inteira de necessidades acumuladas ou não expressadas. Todas as pessoas têm necessidade de amor, carinho, força, admiração, atenção, prazer, etc. O problema é que quando o desejo de satisfação gera culpa, há uma tentativa de renunciá-lo. No caso dos compulsivos alimentares, a satisfação do desejo pode ser desviada para a comida. Assim, ao invés de satisfazer um desejo proibido, come-se algo que é proibido e depois se culpa e se recrimina por ter comido ao invés de perceber os sentimentos envolvidos. (HIRSCHMANN & MUNTER, 1995, p. 121)

Para Hirschmann & Munter (1995), o sentimento de voracidade é o resultado final de anos de tentativas de controle ou de necessidades negadas. Os compulsivos alimentares temem que são insaciáveis porque nunca se permitiram se alimentar apropriadamente. Têm medo de perder o controle se desistirem das regras e regulações externas. Mas, a realidade é que deixar as restrições externas coloca-os de volta em contato com as necessidades internas.

Assim, segundo esse método, para colocar a comida de volta em seu verdadeiro lugar – nutrição para o corpo – os compulsivos precisam aprender a reconhecer e satisfazer suas necessidades e desejos sem culpa, vergonha ou medo de se sentirem como “um saco sem fundo”. Precisam ter a coragem de se perceberem únicos e merecedores de provisão, seja ela externa ou interna e começarem a descobrir do que realmente têm fome quando vão em busca de comida, para começarem a se alimentar de outras formas que não seja comendo.

O processo de se tornar um nutridor de si mesmo, é lento e envolve a mudança de uma experiência de saciar cada fome fisiológica para a próxima. A cada vez que o compulsivo se alimentar quando o estômago exigir, estará realizando duas tarefas

importantes: se nutrindo fisiologicamente e emocionalmente, através da repetição de um acontecimento que, desde a infância, simbolizava confiança e bons tratos.

É preciso tempo para que um sentimento de autoconfiança se desenvolva. Cada vez que se alimenta quando se tem fome, se demonstra ser capaz de cuidar de si mesmo de modo mais adequado. Quanto mais confiante o compulsivo sentir em relação a si mesmo, mais seguro emocionalmente se sentirá e terá menos ansiedade em geral. (HIRSCHMANN & MUNTER, 1995, p.122)

O compulsivo precisa, através da alimentação, começar a descobrir sua identidade alimentar e conseqüentemente, seu verdadeiro self. Assim, como a mãe suficientemente boa promove ao bebê a gratificação de ser amado e aceito por sua individualidade, o compulsivo precisa desenvolver esta mesma capacidade de se aceitar e desenvolver uma instância interna geradora de apoio e cuidado. Para Hirschmann & Munter (1995), isso significa uma mãe interna, amorosa e segura que entenda que a boa alimentação irá amenizar a ansiedade, que respeita e providencia comida quando se tem fome, que ajuda a superar as barreiras sociais e o medo da insaciabilidade e da resistência de cuidar de si mesmo de uma maneira carinhosa. O melhor, “ela” lembra de quando comer era divertido!

V.2.2. SELEÇÃO

Para Hirschmann & Munter (1995), descobrir o que o corpo precisa para satisfazer a fome e comer em resposta a essa necessidade tem uma importância fundamental no processo do trabalho com compulsivos alimentares. Mas encontrar a combinação “perfeita” entre a fome e o que se quer comer pode ser muito difícil para os compulsivos porque já passaram por muitas dietas, se privando dos alimentos tido como proibidos em um momento, mas comendo descontroladamente esses alimentos quando estão fora da dieta, geralmente desrespeitando as sensações internas sobre fome e saciedade.

Os compulsivos, de acordo com Hirschmann & Munter (1995), em sua maioria, tentam comer apenas “o que se devem comer” e, em geral, acabam comendo o que desejam desde o início, além do que é adequado comer, pois a seleção do alimento no momento da fome está ligada a satisfação. Cabe aqui, separar saciedade de satisfação, pois apesar de uma refeição prazerosa depender de ambas, são duas coisas diferentes. A

saciedade está ligada a *quantidade* de comida que é o suficiente para saciar a fome e a satisfação diz respeito à *qualidade* do alimento. Por não fazer uma seleção adequada, muitos compulsivos acabam por comer “qualquer coisa” e, em consequência, não se sentem satisfeitos e acabam comendo mais do que precisam. Por exemplo: uma pessoa que tem vontade de comer um doce no horário do jantar e ao invés de comê-lo decide por comer qualquer outra coisa, não se sentirá satisfeito ao terminar a refeição e, por isso, julga ainda não ter comido o suficiente e, nessa busca da satisfação, resolve comer mais acabando por ficar empanturrado. Depois, quando a sobremesa é servida, e apesar de estar cheio, come e finalmente se sente satisfeito. Se tivesse comido apenas a sobremesa, teria consumido muito menos alimento para se sentir satisfeito e teria evitado o desconforto de se sentir empanturrado.

A pessoa que passa continuamente por restrição alimentar, come em função de um conjunto de regras que dizem quais as comidas permitidas e as proibidas, além de comer em horários fixos e com pouca consideração por aquilo que seu corpo quer e quando quer (ORBACH, 1978, p. 107).

Um grande medo enfrentado pelos compulsivos é o de que se comerem apenas o que escolherem e se forem responsáveis por essa escolha, ela será errada e deficiente do ponto de vista nutricional. Mas, nosso organismo é autocontrolável e, ele é capaz de indicar não apenas o momento de comer mas também o tipo de alimento que irá satisfazer a fome, em determinada ocasião. Os recém-nascidos amamentados de acordo com sua necessidade, isto é, amamentados nos momentos em que expressam fome, têm a capacidade de expressar essa fome de maneira adequada. (HIRSCHMANN & MUNTER, 1995, p. 151)

Com base em uma série de experiências denominadas “estudo sobre alimentação em cantinas”, Davis (apud HIRSCHMANN & MUNTER, 1988, p. 171) concluiu que, controladas pelos próprios mecanismos de auto-regulação, as crianças escolhem todos os alimentos de que necessitam para assegurar um crescimento e um desenvolvimento saudáveis. Os especialistas em nutrição recomendam que, ao invés de concentrar a atenção nos tipos de alimentos consumidos em uma certa refeição, ou mesmo em um dia, deve-se observar a alimentação dos indivíduos no período de uma ou duas semanas, para poder verificar se estão sendo ingeridos os alimentos necessários à boa saúde. Além disso, de acordo com as autoras, muitas outras pesquisas estão sendo

realizadas sobre a relação entre a fisiologia e os alimentos que preferimos comer e, embora as informações ainda não sejam definitivas, os estudos sugerem que tanto os animais como os homens têm desejo de comer os alimentos de que necessitam. Para Orbach (1978), não existe comidas “boas” ou “más” e cabe ao corpo “dizer” o que comer, como conseguir um consumo alimentar equilibrado em termos nutricionais, visto que o corpo é um sistema auto-regulador se for deixado livre para funcionar.

Outro medo freqüente nos compulsivos quando se vêm diante da possibilidade de escolher livremente o que desejam comer, está ligado ao medo que têm de só comer os alimentos tidos como proibidos e engordativos e vir a ter, por conseqüência, um aumento de peso. Isso acontece, para Hirschmann & Munter (1995), porque a maioria dos compulsivos, devido às privações, desejam comer em grande quantidade tudo o que não lhes é permitido. Em decorrência da privação passada e pelo plano iminente de uma nova privação futura, é freqüente os compulsivos consumirem, no início do tratamento, grandes quantidades dos alimentos que eram negados, até o momento em que possam se tranqüilizar e conseguir se relacionar de uma outra forma com a comida. Segundo Orbach (1978), o excesso de peso não é resultado da qualidade calórica do alimento mas por comer quando não tem fome, ou por não ficar satisfeito e acabar comendo a mais, como no exemplo citado, ou ainda por ingerir mais alimento do que o corpo precisa, seja por questões de hábitos ou por questões emocionais. O emagrecimento é uma conseqüência natural, para quem está acima do peso, quando se começa a alimentar de acordo com a necessidade de gasto calórico do organismo. Para Orbach (1978), é importante lembrar que o objetivo primeiro não é a perda de peso mas sim, fazer com que o compulsivo rompa o vício que o torna dependente da comida. A perda de peso será a conseqüência e um sinal importante de que houve uma melhora em relação à compulsão.

A maioria dos comedores compulsivos aumenta seu consumo não-nutritivo durante épocas de stress, o que, freqüentemente, faz com que se sintam muito pior. Nesses momentos, de acordo com Orbach (1978), é provável que não se esteja com fome de comida e será importante para o compulsivo “alimentar-se”, mais adequadamente, por exemplo, com um abraço, um choro, uma conversa. Fazer escolhas alimentares, quando não se sente fome fisiológica, serve para mascarar outras necessidades e será importante localizar qual a necessidade emocional que o compulsivo está pedindo para a comida satisfazer, o que implica em saber selecionar outras formas de alimento, que não seja a

comida quando a fome for psicológica. Desta forma, seleção está ligada a escolhas alimentares mas, também, a formas mais efetivas de bem estar e não apenas um alívio temporário da compulsão, além de ser um modo de aprender a cuidar de si mesmo e a não se abandonar quando as coisas ficam difíceis.

No processo de tratamento para a compulsão, a seleção do que se deseja comer, também é uma forma de expressão a partir de estados emocionais internos e, para Orbach (1978), certas comidas têm significados especiais e estão associadas a determinados estados de espírito e lembranças. Por exemplo, alguns gostam do efeito tranqüilizante da sopa quando estão se sentindo tensos, de cenoura quando estão com raiva, ou de chocolate quando se sentem carentes.

Comer é uma metáfora e está relacionado às relações objetais. Segundo Hirschmann & Munter (1995), para muitos compulsivos, seus desejos e expectativas não merecem atenção e ao terem dificuldades para escolher livremente um alimento para saciar a fome, descobrem que, na verdade, têm dificuldades para preencher adequadamente quaisquer tipos de necessidades e desejos. Para Orbach (1978, p. 114), do mesmo modo que se pode dizer “sim” a uma determinada comida, existe também a possibilidade de se dizer “não” a certas outras, em outras ocasiões. Dizer “não” é um grande meio para se chegar a autodefinição, mas pressupõe a capacidade de poder dizer “sim” de um modo saudável e sem culpa, o que se estende a outras áreas da vida e não somente a alimentar. Enquanto a comida tiver a representação psíquica de castigo e recompensa, não poderá ser simplesmente alimento para o corpo.

Fazer uma escolha significa abandonar algumas outras possibilidades, visto que tê-las todas permanece uma ilusão, uma fantasia. Aprender a se alimentar exatamente com o que o corpo deseja, toda vez que se tem fome e parar assim que se tenha tido o suficiente, traz em questão os limites frente à consciência. Tem-se fome em alguns momentos e não em outros; tem-se fome por uma certa quantidade de comida a cada vez que se come; e a cada vez se tem fome de um tipo particular de comida e não de outros. Neste sentido, é possível ao compulsivo sentir-se insaciável, mas o apetite é, na verdade, limitado. Mas cada experiência alimentar oferece a oportunidade de se fazer uma nova escolha. Definir as necessidades alimentares a cada momento, enfatiza o fato de que todo

indivíduo é único e separado, com gostos e desgostos próprios.
(HIRSCHMANN & MUNTER, 1995, p. 156)

As construções internas sobre a comida ser boa ou má, proibida ou permitida, de acordo com Orbach (1978), estão ligadas às representações psíquicas de partes cindidas do self, quanto a ser boa ou má, ter direito ao que se deseja ou a não ter essa permissão. Assim, por exemplo, ingerir uma comida de baixa caloria pode trazer um sentimento de “ser boa menina”, de estar no controle, em contrapartida, a ingestão de um alimento calórico gera um sentimento de ser má, descontrolada e gorda.

V.2.3. SACIEDADE

De acordo com Hirschmann & Munter (1988), aprender a reconhecer quando se está satisfeito é outra forma de saber quando se tem fome. Pode-se observar no comportamento do bebê, quando está mamando que, no início, o bebê mama com grande energia, concentração e entusiasmo, mas após um tempo, a atenção se desvia e ele empurrará o seio. Com relação à mamadeira, algumas vezes a criança toma toda a mamadeira, outras, deixa pela metade, às vezes tomam a mamadeira inteira e choram para pedir mais. Assim, é o apetite, e não o tamanho da mamadeira, que determina a quantidade. Uma mãe sintonizada reconhece e aceita este comportamento como uma indicação de que o bebê já teve o suficiente.

Infelizmente, para Hirschmann & Munter (1988), na época em que a maioria das crianças faz a transição para os alimento sólidos, o direito de decidir o quanto basta geralmente não é respeitado e os adultos passam a se preocupar muito com o que e quanto as crianças comem. É neste contexto que a criança começa a aprender que a comida não é apenas nutrição, mas está investida de representações dos vínculos afetivos com os pais, quando por exemplo, ao dizer “não quero mais” ou “estou cheio”, encontrar como respostas: “como um pouquinho mais para a vovó”, “a mamãe preparou com tanto carinho, então coma tudo”, coma para ficar bonito e forte”. Para as autoras, é usual, ainda, quando a criança não atender a estas exigências, ser feito um apelo à sua consciência: “há milhões de criancinhas pobres morrendo de fome”.

É comum entre os adultos, quando se trabalha a saciedade, serem reportados a essas fantasias da infância podendo ser observado no comportamento dos compulsivos, uma dificuldade para deixar restos de comida no prato ou jogar comida fora, pois sentem um forte sentimento

de culpa e de estarem fazendo algo errado ou proibido. (HIRSCHMANN & MUNTER, 1995, p.169)

De acordo com Hirschmann & Munter (1988), quando os compulsivos aprendem a parar de comer no momento em que estão saciados, descobrem que o organismo necessita de muito menos alimento do que imaginavam. Alguns relutam em parar de comer, ao notarem que estão satisfeitos, porque sempre pensaram que precisavam de “muito” e ficam desorientados por sentirem-se satisfeitos com tão “pouco”. Outros ficam surpresos quando percebem como estariam comendo pouco se conseguissem parar a cada vez que se sentissem satisfeitos. Descobrem que quando a comida é simplesmente comida – nutrição – não se necessita de muito.

Antes de um compulsivo aprender a determinar por si mesmo o quanto de alimento precisa, terá de se responsabilizar pela própria alimentação e a determinar por si mesmo o que significa estar saciado, o que implica em reconhecer que este limite está dentro e não fora de si mesmo. O que outro oferece e julga ser uma quantidade adequada pode não corresponder à quantidade de alimento de que se necessita em determinado momento. Para ter o direito de decidir as coisas por si mesmo, os compulsivos, precisam aprender a dizer “sim” e “não” e desenvolver um senso de identidade própria e separada dos pais da infância.

Para Mahler (1967), todo ser humano vive, após o nascimento, um estado de dependência absoluta da mãe, em que estava presente um estado de indiferenciação eu-mundo, sendo seguida por um processo de separação-indivuação, caracterizado por um aumento constante da consciência da separação entre “self” e “outro”, em que a criança reconhece que sua mãe é uma pessoa e ela é outra, sendo que isso se estende à alimentação. Assim, quando uma criança diz “eu não quero mais”, está identificando e comunicando seu senso de identidade.

Quando este processo no desenvolvimento é falho, posteriormente, para Hirschmann & Munter (1995), admitir o fato de que se é um ser humano distinto e com necessidades, desejos e limites únicos, tem influência na dificuldade que os compulsivos tem parar de comer quando já satisfeitos, bem como, também, na escolha do que deseja para saciar a fome, como já colocado anteriormente. Tanto a questão da escolha quanto a questão do limite, representam partes importantes do “self”.

Um sentimento comum nos compulsivos alimentares é o de se sentirem insaciáveis, portanto, o que significaria, para eles, pensar e dizer “eu estou satisfeito”? Para Hirschmann & Munter (1995), os compulsivos usam a comida como uma lembrança do tempo em que se sentiam unidos com suas mães. A criança quando está com fome chora e magicamente a comida aparece. Assim, nesta fase da vida, diante do desprazer, a ligação simbólica comida-mãe, torna tudo melhor. Cada vez que um compulsivo busca por comida ou continua a comer quando não está com fome, está tentando recuperar o que as autoras denominam de “senso mágico”, que serviu para a experiência infantil de segurança e conforto. É porque a comida simboliza uma época prazerosa e simples da vida, que pode ser difícil dizer: “Obrigado, mas estou satisfeito”, quando há, por exemplo, um desejo insaciável de afeto.

Uma pergunta comum que os compulsivos alimentares costumam fazer, de acordo com Hirschmann & Munter (1995), é: “Por que como tanto”? Mas o que na verdade se quer dizer é: “Por que não consigo estar satisfeita”? “Por que sempre quero mais”? A insatisfação projetada na comida, encobre outras insatisfações. Uma pessoa pode, por exemplo, querer mais amor e não mais comida e, assim, a comida pode representar a presença materna calmante ao invés dos verdadeiros sentimentos não simbolizados. Portanto, até que a comida tenha perdido sua mágica, ela será transformada de comida-nutrição para comida-amor. Para Hirschmann & Munter (1995), tomar conhecimento de algumas funções simbólicas que os compulsivos têm em relação a comida é fundamental para que consigam vivenciar a saciedade. Além disso, precisam aprender a lidar com a frustração, visto que é a capacidade de tolerá-la, ao invés de fugir para a comida, que torna possível o desenvolvimento do pensamento e da simbolização. Isso também representa admitir que sempre haverá necessidades que pedem por satisfação e que caberá a própria pessoa e não à comida, satisfazê-las.

Muitos compulsivos alimentares falam sobre não querer abdicar ao gosto da comida em suas bocas e de gostarem de se sentir cheios, mas essa convicção se contradiz com o fato de que o sabor é significativamente diminuído quando se continua a comer depois da sensação de saciedade. Portanto, o desejo de não se separar da comida, mesmo após estar cheio, também é um desejo de evitar entrar em contato com as vivências conflitivas que causam o desejo de comer. (HIRSCHMANN & MUNTER, 1995, p.172)

Entretanto, para Hirschmann & Munter (1995), muitos compulsivos descobrem que seus velhos desejos de se sentirem cheios estão ligados a um conflito com o desejo de emagrecer. Para as autoras, muitos deles reconhecem que ao dizer “eu não quero mais”, estão de fato dizendo: “eu desejo me tornar menor”, “eu desejo emagrecer”. E muitos deles concluem que, por razões inconscientes ou conscientes, se sentem mais a vontade continuando maiores, ou que ainda não estão prontos para começar a emagrecer. É freqüente, também, ao começarem a emagrecer, por se alimentarem de acordo com esta proposta de tratamento, voltarem ao comportamento alimentar compulsivo, na busca inconsciente de engordar novamente.

Outra dificuldade em respeitar a saciedade está no fato dos compulsivos perceberem que, quando são capazes de parar de comer quando satisfeitos, começam a emagrecer. Mas assim que fazem essa conexão muitos tentam acelerar o processo de perda de peso, inconscientemente, transformando a nova habilidade de parar de comer em uma nova dieta.

Neste sentido, para Hirschmann & Munter (1995), é importante distinguir entre sentir que se *deve* parar de comer assim que se tenha o suficiente de comida e sentir que *gostaria* de parar assim que se tenha tido o suficiente. Para o compulsivo, comer apenas quando se tem fome e parar quando estiver saciado, pode parecer um novo conjunto de regras a serem seguidas e estas podem ser sentidas como uma outra forma de dieta e, com isso, terá vontade de transgredi-las, gerado por um sentimento de revolta, exatamente igual ao que acontece em relação à privação alimentar. Para Orbach (1979), em certo sentido, o conhecimento de que há regras a serem seguidas é verdadeiro, mas, o objetivo das diretrizes é destinado a levar o compulsivo a confiar em seus próprios processos corporais, fazendo com que não sejam sentidos como obrigações, mas como orientações, até que se possa sentir total confiança em si mesmo. Ademais, para a autora, as diretrizes esboçadas não são mais do que uma descrição detalhada do que se passa com quem come “normalmente” (os não compulsivos), situação na qual também é constituída por um conjunto de limites, apesar destes limites serem determinados internamente, pelo próprio processo fisiológico da alimentação, em cada indivíduo.

V.3. CONSIDERAÇÕES AO PROCESSO

Para Hirschmann & Munter (1995), algumas pessoas têm uma dificuldade específica em relação a alguma diretriz, sendo possível que uma área particular deste

processo seja difícil, porque está relacionado a alguns aspectos internos e simbólicos. Assim, quando um compulsivo se vê diante de uma dificuldade em incorporar e elaborar o seu processo alimentar, está na verdade, diante de um aspecto de si mesmo que requer atenção. Resistência e dificuldade para se alimentar de acordo com a própria necessidade são indicações da relutância de abandonar o antigo modo de lidar com os problemas e ansiedades através da comida.

Um dos objetivos do processo, para Orbach (1979), é eliminar a relação viciada com a comida e as diretrizes apontam para esse fim, mas não se pode esquecer que qualquer sintoma, tal como a compulsão de comer, existe por uma razão, visto que a produção de sintomas significa que não há outras vias possíveis para se expressar angústias. Assim, de acordo com a autora, não é prudente um esforço para eliminar os sintomas, sem que se obtenha um conhecimento de suas origens e finalidades. Além disso, a não ser que se criem estratégias alternativas para se lidar com os conflitos que os sintomas encobrem, o indivíduo pode sentir-se bastante desamparado. Isto pode acarretar em uma situação perigosa onde, num caso extremo, o indivíduo cria um novo sintoma e, não é muito proveitoso, em termos de resultado, abandonar a compulsão de comer quando isso significa colocar um novo sintoma em seu lugar, como por exemplo, a insônia ou a ansiedade.

Essas advertências não querem dizer, no entanto, de acordo com Orbach (1979), que seja necessário reestruturar toda a personalidade antes que o sintoma, tal como o da compulsão de comer, possa ser eliminado, pois, enquanto o compulsivo aprende a cuidar de si mesmo na área da alimentação, está ganhando como resultado uma enorme autoconfiança, que pode passar a se estender, posteriormente, em outras áreas da vida, incluindo os aspectos emocionais.

Outro objetivo a ser trabalhado é a redefinição, para o comedor compulsivo, tanto da função da comida como o seu direito a ela. Para Orbach (1979), é fundamental que se aborde a questão do quanto exatamente os compulsivos se privam do prazer da comida, e até que ponto a comida foi transformada em um inimigo. Ao trabalhar no processo da Antidieta o direito de livre escolha em relação ao alimento desejado para satisfazer a fome fisiológica, se está veiculando uma idéia que conota permissividade em relação à comida e, conseqüentemente, se está indo contra a idéia cultural difundida de que, quem tem excesso de peso ou é compulsivo, deve se privar de algumas comidas. Portanto, a idéia básica a ser

transmitida é exatamente a oposta e baseia-se no desafio à premissa de que o compulsivo nunca se permite comer realmente. Isto porque, o compulsivo está sempre atuando a partir de um modelo que diz: "Estou muito gordo, devo negar a mim mesmo determinadas comidas", e este comportamento estabelecerá um paradigma a partir do qual ele estará ou fazendo dieta, ou comendo muito com a finalidade de se preparar para começar uma dieta (privação) no dia seguinte, quando deverá passar a fazer "tudo certo". A dieta invariavelmente será, rompida por um abuso de alimentos, dificilmente desfrutado por ter um aspecto impulsivo de "coisa roubada" ou proibida. Seguir-se-á então um período de "modo de comer caótico" e, finalmente, um novo plano de dieta. Nenhuma dessas maneiras de comer contém em si uma atitude positiva com relação à comida, apenas estão baseadas em uma luta frenética para se controlar o consumo de alimentos (ORBACH, 1979, p. 133). Além disso, justamente essa luta para se controlar o consumo alimentar é um fator que impulsiona a compulsão de comer, como já anteriormente descrito no capítulo II.

Para Orbach (1979), a questão primordial está centrada no fato de que as pessoas precisam de comida para viver, e esta deve ser, portanto, uma fonte de vida e não algo a ser evitado. Como discutido anteriormente, a privação leva à compulsão, ao desejo exagerado mas, em contrapartida, se houver fartura a comida poderá ser desfrutada. Essa idéia, embora esteja longe de parecer algo revolucionário, assume um ar desconcertante para quem vem usando a comida com outras finalidades, como no caso do comer compulsivo (ORBACH, 1979, p. 134). Além disso, a cultura reforça e estimula o comportamento de privação como a melhor solução para os problemas de obesidade, mas não investiga ou não tem a intenção de compreender as questões ligadas à compulsão alimentar e a uma forma mais eficaz de se tratar a situação.

Mas, assim como é necessário o entendimento da compulsão alimentar, pelo compulsivo, através do reconhecimento do conflito que leva o compulsivo a comer para que ele não precise se manifestar indiretamente, ou seja, seus motivos e causas têm de ser investigados, antes que a compulsão por comer possa ser eliminada, deve-se também investigar os significados da gordura e da magreza para cada pessoa.

V.4. O SIGNIFICADO DA GORDURA E DA MAGREZA PARA O COMEDOR COMPULSIVO

Muitas pessoas que sofrem do problema da compulsão alimentar, de acordo com Orbach (1979), acham humilhante que outros pensem que são gordas em virtude da quantidade daquilo que comem e não suportam que os outros estabeleçam uma relação entre ingestão de comida e forma física. Mas para a autora, a compulsão de comer está ligada a um desejo inconsciente de engordar. Assim, tanto a compulsão de comer, quanto o resultado da alimentação excessiva, que é o aumento de peso, são modos de lidar com situações particularmente difíceis e uma tentativa de se adaptar a um conjunto de circunstâncias.

Antes que a alimentação compulsiva possa ser abandonada, seus motivos têm de ser investigados assim como também os significados inconscientes da gordura, visto que parar de comer compulsivamente, significa poder estar internamente preparado para se ter um peso menor. Para Hirschmann & Munter (1995), as associações com o estado de gordura ou magreza estão em relação direta com as preocupações que levam o compulsivo a procurar conforto na comida.

Para Orbach (1979), as fantasias das pessoas com relação à gordura são muito diferentes e até para uma mesma pessoa a gordura pode assumir uma variedade de significados. E dentre os significados inconscientes atribuídos à gordura, a autora define alguns tipos como os mais comuns: pode representar uma força concreta, ligada a sentimentos de confiança e firmeza; algumas pessoas se sentem muito seguras em serem gordas, como se fosse uma desculpa para o fracasso, pois ao se preocupar com a forma física não têm de pensar em outros possíveis problemas em suas vidas; pode representar proteção, como uma forma de manter as pessoas afastadas; pode ser usada como uma forma de conter sentimentos como, por exemplo, a raiva; pode representar conflitos em relação à sexualidade; algumas pessoas associam o tamanho grande do corpo e a gordura com presença e poder; algumas pessoas usam a gordura como um protesto contra as insatisfações. Assim, para Orbach (1979), a compulsão de comer tem uma dupla função: entorpecer um sentimento difícil de se enfrentar e fornecer um meio para que a energia psíquica, ligada ao conflito, seja utilizada no problema mais conhecido que é a forma física.

No entanto, de acordo com Orbach (1979), a função supostamente desempenhada pela gordura está longe de ser verdadeira, visto que a gordura em si mesma

não realiza o trabalho a que se propõe. Por exemplo, uma pessoa que atribui à gordura um poderoso papel protetor, se coloca numa posição onde ter uma vida sem a gordura equivale a ter uma vida sem defesas. E isso é, de fato, um pensamento assustador. Para a autora, se faz necessário fornecer uma outra opção para o comedor compulsivo: a de ver que os atributos que ele supõe estarem presentes em seu peso, são, ao invés, características que ele próprio possui, mas que atribui à gordura. Assim, reaver o poder atribuído à gordura, para senti-lo como parte integrante do self, é um processo fundamental na elaboração tanto para a ocorrência do sintoma (obesidade e compulsão), como para sua persistência. Esse processo é fundamental para o emagrecimento, para quando se abandonar o peso, não abandonar os principais meios que se utiliza para lidar com o mundo e, com isso, não precisar mais da gordura.

Para Orbach (1979), todo obeso, que está preocupado com a aparência, deseja conscientemente ser magro. Todo obeso ao se imaginar magro encontra algo de positivo com o qual se identificar. Mas sua forma física não corresponde a esta intenção e mostra que, se por um lado a gordura desempenha um papel ativo, por ter suas finalidades, a magreza se encontra na outra face da moeda, visto que ser magro é uma condição temível, ao deixar a pessoa exposta àquelas mesmas coisas das quais tentou escapar, inicialmente, quando engordou.

As imagens negativas associadas à magreza são, em sua maior parte, inconscientes e, para Orbach (1979), tanto as fantasias quanto as vivências de ser magro contêm mensagens contraditórias. Uma mesma pessoa pode atribuir angústias divergentes à gordura e à magreza. Por exemplo, uma pessoa pode ter a fantasia de que se ficar magra irá se sentir fraca, como se fosse desaparecer. Ela atribui a sua gordura força e estabilidade. Entretanto, para essa mesma pessoa, a magreza pode ter também a conotação de um tipo de força rija, sendo a gordura seu extremo oposto, uma característica indefinível e flácida.

Ter um corpo magro pode representar também a busca por um self ideal, em que se está esperando ter o corpo ideal para se começar a ter uma vida ideal. Muitas pessoas, de acordo com Orbach (1979), se vêem com duas personalidades distintas: uma gorda (imperfeita) e outra magra (perfeita). É importante que o obeso tenha em mente o tipo de pessoa que ele acha que deveria ser, ou que irá tornar-se, quando emagrecer, para que se possa preencher a lacuna que há entre suas fantasias a respeito de como será como pessoa magra e de como se é na realidade. Este trabalho de elaboração de expectativas não

realistas relacionadas à mudança de personalidade, trás a possibilidade de que uma pessoa possa vivenciar a escolha de ser magra e de, ao mesmo tempo, ser ela mesma.

O reconhecimento dos fatores negativos associados à magreza e das vantagens da gordura, gera a possibilidade de se trazer a consciência o fato de que a perda de peso não significa uma mudança total de personalidade. De acordo com Orbach (1979), esse é um processo de elaboração importante para se conseguir emagrecer de um modo permanente, pois é precisamente esse conceito de um eu modificado que trás o peso de volta, porque é extremamente assustador e estressante tentar ser alguém totalmente diferente do que se é. Por outro lado, para a autora, reconhecer os aspectos da personalidade que estão sendo atribuídos à gordura e reintegrá-los no self, trás a possibilidade de serem vivenciados no presente sem que se precise esperar para emagrecer. Por exemplo, uma mulher pode desejar ter uma independência financeira do marido mas imagina que não poderá trabalhar fora enquanto for gorda e que, por isso, precisa emagrecer antes. Ao reconhecer que seu peso não a impede de trabalhar mas sim seus medos em relação ao que significa para ela ser independente, ela poderá lidar com esse conflito diretamente ao invés de usar a gordura para se proteger. Emagrecer será então visto simplesmente como ter um corpo de tamanho menor.

Para Hirschmann & Munter (1995), aprender a reconhecer os diferentes significados que se confere à gordura e à magreza pode ajudar de duas maneiras. Primeiro, trata-se de uma outra forma de se conhecer os verdadeiros sentimentos ocultos sob a compulsão alimentar e, segundo, se uma pessoa espera realmente emagrecer, e permanecer magra, precisa despojar a gordura e a magreza de seus significados ocultos e considerá-las apenas como dois tipos diferentes de tamanho. Para as autoras, enquanto o obeso não conseguir considerá-las como simples variações de tamanho físico, se agarrará ao medo de estar perdendo alguma coisa além do peso, à medida que começa a emagrecer alguns quilos. E enquanto revestir a magreza de fantasias, o obeso terá de se preocupar com a possibilidade de levar uma vida de “magro”.

Ao se trabalhar com as questões da forma física e da auto-imagem, para Orbach (1979), o objetivo é o de ajudar as pessoas a realizar o trabalho emocional necessário para que a magreza seja compreendida com todas as suas ramificações, e que os perigos imaginados sejam minimizados. Para a autora, isso significa trabalhar com as seguintes finalidades: Imaginar as idéias que as pessoas fazem em nível consciente e

inconsciente sobre a magreza e a gordura; separar essas idéias dos estados corporais, para que as inúmeras propriedades que o indivíduo atribui a seu tamanho sejam conferidas diretamente a si mesmo e não a seu eu magro ou gordo e fornecer meios alternativos aos compulsivos, que não incluam o de comer, através dos quais possam se proteger, afirmar e definir.

CAPÍTULO VI

ESTUDO DE UM CASO CLÍNICO DENTRO DA ABORDAGEM PSICOLÓGICA DA ANTIDIETA

Nesse capítulo estarei trazendo o estudo de um caso clínico, com a finalidade de elucidar a técnica psicológica da Antidieta, bem como integrar o conhecimento teórico sobre as dificuldades no desenvolvimento emocional, relativas as falhas, e o entendimento do método clínico utilizado nessa abordagem, dentro de uma leitura de orientação psicanalítica.

De acordo com os aspectos éticos, descritos no capítulo I, para a apresentação desse caso clínico, o nome da paciente foi alterado e alguns elementos de identificação foram omitidos. O modelo do termo de consentimento, dado pela paciente, encontra-se em anexo.

Para a apresentação desse caso clínico, as expressões e falas da paciente estão colocadas com letras em destaque e entre aspas. Nos diálogos a fala da paciente será referida pela letra “C” e a fala da terapeuta pela letra “T”.

A escolha específica pelo caso clínico apresentado, se deu por dois motivos principais. O primeiro é relativo ao fato da paciente não apresentar problemas endócrinos ou de ordem fisiológica com relação à causa da obesidade e por apresentar comportamento alimentar compulsivo. O segundo está relacionado ao modo de funcionamento interno da paciente que, no início da psicoterapia, não conseguia ver nexos entre seu sintoma físico – compulsão e obesidade – e seu mundo interno, apresentando dificuldade de articulação associativa simbólica prevalecendo, o pensamento operatório e o controle para se lidar com as desorganizações internas e externas. Assim, visto que quanto menos motivado ao psicológico estiver o paciente psicossomático mais ativa deverá ser a postura do terapeuta, e, visto que, o objetivo desse capítulo está voltado para a abordagem da Antidieta, esta poderá ser melhor ilustrada, na medida que a paciente requer intervenções mais voltadas ao sintoma, tendo-se, assim, uma oportunidade de estudar a técnica de uma forma mais pura.

Iniciarei a apresentação do caso pelos dados relativos as entrevistas iniciais. Caroline é uma mulher de vinte e nove anos de idade, casada há três anos, sem filho e é profissional liberal. Está há um ano e meio em atendimento psicoterápico com uma

freqüência de dois atendimentos semanais. Quando procurou pelo tratamento, chegou com a queixa de obesidade, com índice de massa corpórea (IMC) de 28, correspondente à obesidade leve ou sobrepeso. Também apresentou como queixa o fato de se sentir “*muito gulosa*” e de não conseguir se “*controlar em relação à comida*”. Já fez várias dietas para emagrecer e já fez uso de fórmulas medicamentosas desde a adolescência, tendo alguns êxitos em emagrecer e em conseguir manter o peso, apesar de estar sempre voltando a engordar. Em relação aos últimos dois anos, diz que:

“Parece que nada mais funciona para mim, simplesmente não consigo mais manter uma dieta e passo muito mal quando tomo remédio.”

Caroline deixa claro sua resistência e desconfiança quanto a procurar um profissional de psicologia para emagrecer, ao mesmo tempo em que chega para a primeira entrevista esperançosa de que a terapeuta poderá ter uma “*fórmula mágica*” que dará a ela o poder de se controlar em relação à comida, ou seja, que conseguirá com o tratamento não desejar mais os “*alimentos proibidos*” que não deveria comer, mas que são justamente os que mais gosta e, assim, “*colocando a cabeça no lugar*”, conseguirá emagrecer.

Em relação a sua infância, Caroline é a filha mais velha e tem uma irmã dois anos mais nova que ela. A relação com o pai sempre foi distante, pois este viajava muito na época da sua infância e adolescência mas, quando estava em casa, era carinhoso e sempre lhe trazia presentes. Ela se ressentia dessa ausência do pai, mas acha que o relacionamento entre eles sempre foi bom. Já com a mãe, tem um relacionamento que define como “*difícil e vazio*”. Ela sempre sentiu a mãe como sendo muito crítica em relação a ela, acha que a mãe nunca foi carinhosa e compreensiva e sempre gostou mais e foi mais amiga da irmã do que dela. Ela sempre se refere à mãe como uma mulher muito bonita, que nunca teve problemas de peso e que, portanto, nunca pôde entendê-la, assim como a irmã também não, visto que, para Caroline, as duas, a mãe e a irmã, são muito parecidas e têm muita cumplicidade enquanto ela sempre se sentiu “*de fora, a excluída*”.

O relacionamento com a irmã sempre foi de muita briga e competição e Caroline diz sentir muita inveja dela por ter um corpo magro, poder comer de tudo e ainda poder ser a “*preferida da mãe*”. Para Caroline é como se a irmã pudesse ser e ter tudo o que gostaria para si mesma. Ela também sente a irmã muito crítica em relação a ela, principalmente em relação a seu corpo e sua alimentação, sabendo ser este seu “*ponto fraco*” e sempre se aproveitou disso quando quer provocá-la ou magoá-la. Para ela, a mãe

nunca a defendeu e, ao contrário, sempre ficava do lado da irmã. Caroline não era muito estudiosa e sempre tirava notas abaixo da média na escola, apesar de sempre conseguir passar de ano, ao contrário da irmã, que também era a preferida dos professores.

Caroline foi uma criança gordinha e era muito tímida na infância, tendo dificuldade para fazer amizades, ao contrário da mãe e da irmã, que a chamavam de “*bicho do mato*”, querendo com isso dizer que ela era “*anti-social e fechada*”. Ela se refere a essa fase da sua vida como “*infeliz*” e sempre demonstra muita tristeza e raiva quando fala alguma coisa relacionada à infância. No início da adolescência, aos doze anos, por insistência da mãe, começou a fazer sua primeira dieta, mas lembra de ter sentido muita raiva por ter que se privar dos alimentos que gostava e ainda mais raiva por “*ter que ser diferente, por não poder comer*”, não levando a dieta adiante.

Somente aos quatorze anos, quando se apaixonou por um colega da escola, é que começou a sua primeira “*dieta de verdade*”, desta vez se sentindo feliz e recompensada. Iniciou também, nessa mesma época, atividades físicas que nunca havia se interessado em fazer antes.

Caroline tem da adolescência a lembrança de uma fase mais feliz que a infância pois, apesar de viver fazendo dietas e encontrando novas formas de emagrecer e controlar o peso, incluindo remédios e dietas de “*passar fome*”, conseguiu ser mais expansiva e fazer amigos verdadeiros, muitos dos quais mantém até hoje, e também teve alguns namorados. Gostava bastante de sair e de se divertir e conseguia se sentir atraente e desejada. Mas, se por um lado se permitia se relacionar com os “*meninos*”, por outro, eles achavam que ela era muito “*brava e reservada*”, visto que ela não suportava ser contrariada. As coisas tinham que ser do jeito que ela queria e, por sentir “*alguns conflitos com o corpo*”, não permitia maiores intimidades físicas. Não teve, portanto, nesta fase, relacionamentos longos e envolvimento “*realmente importantes*”.

Foi apenas aos vinte e três anos que Caroline se apaixonou “*de verdade*” e diz ter vivido os cinco meses mais maravilhosos de sua vida, “*um verdadeiro sonho*”, sentindo-se pela primeira vez realmente envolvida com alguém com quem queria estar junto “*o tempo todo*”. Com ele perdeu a virgindade, mas o relacionamento não durou muito mais do que um ano, porque ele não quis ficar com ela. Caroline demonstra muita mágoa e dor pelo relacionamento perdido, mas, nas entrevistas, não se mostrou disposta a falar sobre o ex-namorado dizendo que “*são águas passadas e já não tem mais importância*”,

passando a falar sobre o casamento e o marido, deixando na terapeuta a impressão de que ela estava colocando um assunto no lugar do outro, como se assim pudesse ao mesmo tempo fugir e desviar minha atenção mas, também, preencher uma dor latente.

Sobre o casamento e o marido, que é quatro anos mais velho que ela, Caroline diz não ter reclamações, se referindo ao marido como “*muito bonzinho*” e também “*muito apaixonado*”, fazendo tudo para agradá-la. Eles se conheceram enquanto ainda estava terminando o relacionamento com o ex-namorado e no início foram grandes amigos, alguém com quem pôde contar e confiar e que o amor que ele demonstrou ter por ela fez com que tivesse vontade de começar um relacionamento com ele, apesar de saber que não estava apaixonada e ele também saber disso. Quando estavam completando oito meses de namoro, ele recebeu uma oferta de trabalho em outra cidade e quando ela achou que mais uma vez seria “*abandonada*”, ele a pediu em casamento. Diz ter sido esse o momento em que mais se sentiu amada na vida e não teve dúvidas em aceitar. A proposta de trabalho acabou não se concretizando, mas decidiram por se casar. Diz gostar muito dele, que eles se entendem muito bem, e que não imagina como poderia ser sua vida sem ele: “*ele é o meu chão*”.

A princípio, durante as entrevistas, Caroline demonstrou certa irritação, impaciência e desconfiança por ter que responder a muitas perguntas, feitas pela terapeuta, relativas a sua vida afetiva, visto que, para ela, “*não tem nada a ver*” com o problema que a levou a buscar o tratamento: sua obesidade e sua forma compulsiva de comer. Passou, então, a relatar detalhadamente sobre a sua relação com a comida, contando em detalhes momentos em que estava indo bem com a dieta e que de repente se “*pegava comendo*” sem controle e sem conseguir parar. Procurava não ter em casa os alimentos que a induziam ao “*pecado*”, e todo dia se prometia que aquele seria diferente, mas que era só pensar no que não poderia comer que parecia que a vontade ficava maior e acabava comendo na rua e no trabalho.

Com relação ao aumento de peso, disse ter engordado quinze quilos nos últimos três anos, ou seja, depois que se casou, e que nunca esteve antes tão gorda, pois sempre se controlou bem em relação a comida mas que, agora, não estava mais conseguindo. Caroline demonstra grande apreensão e medo com a sensação de descontrole que sente e quando a terapeuta lhe pergunta sobre o por que desse aumento de peso nos últimos três anos e a convida a pensar sobre o que pode estar acontecendo, ela demonstra

grande indisponibilidade para pensar, além de irritação, dizendo apenas: “*não sei, é por isso que estou buscando tratamento*”.

“Eu não entendo porque você me faz tantas perguntas sobre o meu passado e sobre o meu presente. Eu imaginei que nós fôssemos falar sobre a minha alimentação e que você pudesse me ensinar a me controlar pra não comer tanto. Eu acho que o fato de estar engordando não tem nada a ver com o passado e eu preciso é entender porque não consigo mais seguir uma dieta. É isso que tenho que conseguir fazer”.

Através das entrevistas, a terapeuta pôde observar que Carolina apresenta uma dificuldade em pensar e refletir sobre suas emoções e uma forma de funcionamento em que os conflitos não atingem uma expressão mental, esquivando-se, assim, de qualquer possibilidade de contato com a própria realidade psíquica. É como se ela não pudesse viver o conflito, mas sim engoli-lo, sem poder integrá-lo psiquicamente e, portanto, sem conseguir superá-lo.

Para Santos Filho (1992), a forma de funcionamento psíquico dos pacientes psicossomáticos, tem como correlato o pensamento operatório e a aprendizagem como meios de ligação e controle das possíveis desorganizações internas e externas, no lugar de articulação associativa simbólica. Para o autor, relaciona-se, portanto, com as noções de retenção, descarga e ato, sendo entendida mais sob o ponto de vista metapsicológico econômico, do que dinâmico.

A expressão corporal constitui, para Campos (1992), o primeiro, o mais primitivo meio de comunicação e defesa de que o ser humano dispõe. É natural, portanto, que continue a utilizá-lo no decorrer da vida, sobretudo, nos momentos em que outras formas de comunicação e de defesa estejam bloqueadas, ou não tenham sido aprendidas. E para o autor, os pacientes psicossomáticos se situam num “continuum” que vai desde aqueles que, embora apresentando manifestações físicas, conseguem correlacioná-las à sua vida emocional, até àqueles que absolutamente não fazem qualquernexo entre soma e psique.

Portanto, Campos (1992, p. 371), distingue dois tipos de pacientes: os que reconhecem e os que não reconhecem nexos entre seus sintomas físicos e sua vida emocional. E a partir daí, o autor distingue duas formas de abordagem: aquela que tem como objetivo a vida intrapsíquica do paciente e que vê as manifestações físicas como

expressão dessa subjetividade, e aquela que tem como objetivo a própria manifestação (ou doença) física, embora buscando nela os aspectos subjetivos.

Para Campos (1992), a psicoterapia parece ocupar algum lugar no tratamento dos pacientes psicossomáticos, mas a questão é: qual a técnica mais efetiva para tal abordagem? Para o autor, quanto menos motivado estiver o paciente ao psicológico, mais ativa deverá ser a postura do terapeuta e de mais recursos objetivos deverá ele se utilizar no trato com esse paciente.

Assim, ao final das entrevistas, a terapeuta se decide por iniciar a psicoterapia tendo como o foco do trabalho os padrões alimentares de Caroline e o significado que isso pode ter em termos de representações emocionais, explicando a ela a importância de se ter um autoconhecimento corporal e alimentar, para ajudá-la com a compulsão. Embora a terapeuta soubesse que não era o tamanho do seu corpo e a sua forma de comer os seus verdadeiros problemas, visto que esses são os sintomas e não as causas, uma abordagem focalizada na alimentação parecia não só a melhor maneira de começar o tratamento sem aumentar ainda mais as resistências da paciente mas também, ou talvez, a única forma que pudesse levar Caroline a pensar sobre si mesma e seus afetos, na medida em que fosse refletindo sobre o papel da comida e do peso em sua vida. Caroline, então, se dispôs a iniciar o tratamento.

A primeira sugestão dada a Caroline foi que ela pudesse observar e anotar, nos dias seguintes, até a próxima sessão, o que comia, incluindo suas sensações corporais e seus sentimentos e pensamentos relacionados a seu corpo e sua alimentação. Essa intervenção teve o intuito de que a paciente entrasse em contato ou se conscientizasse de como estavam seus hábitos alimentares, além de ser um primeiro convite para que a paciente pudesse começar a pensar a respeito de si mesma, apesar de neste momento, isso estar sendo feito através de uma intervenção concreta.

Caroline se mostrou muito disposta a realizar a tarefa que cumpriu conforme o combinado, chegando à próxima sessão muito angustiada e horrorizada pelo seu jeito caótico e descontrolado em relação à comida, alternando momentos em que passava horas sem comer e se privando de tudo o que mais gostava (doces e massas) e em outros se sentindo praticamente todo o tempo “*empanturrada*” de tanto comer, com um sentimento de culpa muito grande e muita raiva de si mesma.

“Eu como muitas vezes sem perceber, quando vi já comi e nem sei porque preciso comer tanto, mas não consigo me controlar. Eu não sei o que fazer. Todo dia eu me prometo que não vou comer alguns alimentos que sei que engordam, mas acabo comendo até não caber mais. Depois, eu me sinto culpada, com raiva de mim. E como já dei o dia por perdido, como ainda mais. No outro dia eu me prometo de novo que vou me controlar, mas isso nunca acontece”.

A terapeuta propõe, então, uma orientação alimentar elaborada por uma nutricionista em que o objetivo não era iniciar uma nova dieta de privação, mas era para ela justamente não precisar se privar dos alimentos que mais gostava para que não precisasse querer comer tudo de uma só vez quando tivesse acesso a eles, explicando a ela que seus abusos alimentares eram, em grande parte, decorrentes da privação que sentia em relação aos alimentos sempre proibidos, mas muito desejados. Poderia, então, chegar em um meio termo em que poderia comer as coisas que gosta mas não o tempo todo. Assim, Caroline teria a possibilidade de se sentir menos ansiosa em relação à comida pelo simples fato de poder comer o que gosta mas sem precisar *“comer como se fosse a última vez”*. Por outro lado, ter uma orientação para seguir lhe daria o suporte necessário para começar a construir uma base segura de autoconhecimento e autoconfiança em relação à sua alimentação. Caroline aceita o encaminhamento.

Após essa fase inicial, o segundo passo trabalhado foi orientá-la em relação à sua fome fisiológica. A terapeuta propôs a Caroline que abandonasse, pelo menos a princípio, qualquer interferência externa em relação à sua alimentação, como horários, e que esta pudesse se alimentar de acordo com sua própria necessidade. Isso significa se alimentar quando estivesse apenas com o estômago pedindo por comida. Ou seja, que se alimentasse quando estivesse com fome e que não se alimentasse quando não estivesse. Caroline descobre, então, muito surpresa que, na verdade, não sente tanta fome mas muita vontade de comer, se sentindo *“esfomeada, como se precisasse devorar o mundo”*, e ela começa a se questionar se o que a leva a comer vem de uma necessidade física.

“Muitas vezes tenho vontade de comer sem ter fome. Eu sabia que meu corpo não precisava de comida mas eu precisava. Eu nunca tinha parado pra pensar que o que me faz comer não tem nada a ver com o meu corpo. Eu sabia que não estava com fome mas tinha que comer, como se tivesse

um vazio, um buraco que não vem do estômago mas que precisa ser preenchido.”

Pode-se notar, nessa etapa do processo, a falha que Caroline apresenta em sua função corporal, ao ter uma falsa consciência da sua fome fisiológica caracterizada não só por uma incapacidade de identificá-la mas, também, por não haver um reconhecimento da sensação de saciedade ou, ainda, por confundir a real necessidade do organismo de se abastecer com uma vontade de comer em resposta a todos os tipos de sensações que permaneciam inconscientes ou pré-conscientes. Assim, tem dificuldades em localizar e interpretar as suas necessidades físicas e emocionais, diferenciando as situações reais das imaginárias.

O reconhecimento do psicológico e da disposição em investigá-lo parece, para Campos (1992), ser o divisor principal no que tange à psicoterapia de paciente somático. Quando o objetivo do paciente é investigar seu mundo intrapsíquico, dizemos que sobre ele fazemos psicoterapia. Mas quando seu objetivo é tratar a doença física da qual padece, a que tipo de intervenção psicológica estamos procedendo?

Isso remete a se pensar na questão do foco com relação ao tratamento. De acordo com Campos (1992), em alguns momentos o foco é a própria doença (sintoma) e em outros momentos, é a própria pessoa.

Quando o foco se relaciona ao sintoma, há a necessidade de uma intervenção que é imediata e concreta, cabendo ao terapeuta, oferecer ao paciente, o suporte que parece se assemelhar àquele oferecido, pela mãe à criança, nas fases precoces do seu desenvolvimento. Campos (1992, p. 383) distingue duas funções básicas na ação do terapeuta frente a um paciente somático, em que ambas se sustentam no modelo da relação mãe-criança e, mais especificamente, no holding oferecido pela mãe à criança: a função empática que consiste em captar e traduzir a fala primitiva (corporal), oferecendo condições para que esse indivíduo possa expressar-se por outros meios que não o somático; e a “função suportiva” em que o terapeuta oferece ao paciente, com sua presença e palavras, um suporte ou apoio, ao mesmo tempo em que lhe acena com a possibilidade de usar outros recursos de enfrentamento – verbais, cognitivos ou comportamentais – ao invés dos corporais. Por fim, para o autor, tudo isto será completado por uma terceira função que parece ser básica na formação de um vínculo: a função amorosa. Assim, o terapeuta que lida com o paciente somático precisa, antes de tudo, ser uma “mãe” amorosa, empática

e protetora. Quando o foco é a própria pessoa o trabalho psicológico é mais de elaboração e menos de suporte.

Trabalhar com Caroline a sua fome fisiológica trouxe à tona sua fome emocional. Ao entrar em contato com a falha, relativa a função corporal, e começar a reconhecer e diferenciar seus sinais corporais das necessidades emocionais, através de sua percepção da diferença entre sentir fome e ter vontade de comer, Caroline, pela primeira vez desde que começou o tratamento, demonstra alguma disponibilidade interna para correlacionar sua forma de se alimentar com sua vida emocional, demonstrando, também alguma confiança no processo. A terapeuta a convida, então, a pensar sobre: que buraco é esse? Ela, na verdade, tem fome de que?

C- *“Eu sempre fui gulosa, desde criança. Mas tenho percebido que eu como toda vez que me sinto sozinha e ansiosa. Rejeitada também. Eu também não sei lidar com críticas. Isso acontece desde que eu era criança”.*

T- Você se sentia sozinha, rejeitada e criticada quando era criança?

C- *“Claro! Minha mãe sempre defendia mais a minha irmã, era óbvio que ela gostava mais dela do que de mim”.*

T- E o que te faz pensar que ela gostava menos de você?

C- *“Quando eu e minha irmã brigávamos, minha mãe sempre defendia ela e eu estava sempre errada. Quando íamos comprar roupas minha mãe sempre me dizia: que pena, tanta roupa bonita mas nada serve em você. Na minha irmã tudo ficava ótimo. Ela também sempre dizia que a minha irmã comia com modos e que eu parecia um saco sem fundo. Nada do que eu fazia era bom... Acho que daí eu acabava comendo ainda mais... Talvez pra preencher alguma coisa... Acho que eu comia de raiva também, pra contrariar a minha mãe”.*

Caroline, então, se permite, nesta etapa do processo, entrar em contato com seus sentimentos de dor, raiva, desespero e culpa, ao descobrir que possui necessidades que pedem por satisfação e que até agora, ela vem usando a comida para se entorpecer, se gratificar, mas ao mesmo tempo se punir e agredir.

Em um primeiro momento, Caroline traz lembranças da mãe da infância e dos seus sentimentos infantis. Passa a fazer associações com a sua voracidade e as faltas da infância, em que costumava “roubar” o chocolate do armário, que a mãe escondia, toda

vez que se sentia com raiva, rejeitada e preterida. Era como se, assim, ela pudesse dar a si mesma e roubar da mãe, mesmo que fosse através da comida, o amor e a aceitação que não conseguia obter de outra forma.

Caroline também passa a sentir com muita intensidade toda a raiva que sente pela mãe da infância e, também, pela irmã devido a cumplicidade que elas sempre tiveram. E junto com a raiva, sente também uma profunda tristeza pelo amor que tanto desejou e que lhe faltou na infância. Com a comida podia ter exatamente o que desejava: *“pois a comida estava sempre lá, nunca me dizia não, nunca me criticava, nunca me deixava sozinha e era como uma amiga”*. Ela não entendia o que tinha de fato feito de errado para não ser amada e o que a irmã tinha de tão perfeito para ser mais amada que ela. Quando criança, ela se sentia má e egoísta quando pedia por qualquer coisa, desde comida a afeto, e se sentia como *“problemática, insaciável e incompreendida”*. A paciente também tem, transferencialmente, sentimento de raiva, pela terapeuta, por esta não ser perfeita e não lhe dar todas as provisões que gostaria de receber. Assim, Caroline não pode ser o desejo da mãe, visto que, o corpo que a mãe deseja, ela não pode realizar.

Aproximadamente no quarto mês de atendimento

C- *“Eu acho que a minha mãe não queria ter uma filha como eu, que ela nunca gostou de ser minha mãe. Ela nunca gostou de mim. Eu acho que sempre fui uma vergonha pra ela”*.

T- O que você poderia ter de tão ruim que além dela não gostar de você, ainda teria vergonha?

C- *“Eu era gorda. Eu não era bonita... Eu também era briguenta, chorona, tímida, era meio bicho do mato. Eu nunca fui a filha que ela quis ter. Se eu tivesse sido magra tudo teria sido diferente... Mas isso não tem mais importância, o que eu quero mesmo é emagrecer. Já faz meses que estou vindo aqui e não consigo emagrecer... Eu achei que você pudesse ter a fórmula milagrosa que poderia resolver esse problema”*.

T- Eu sei o quanto você se sente ansiosa, pois já esperou muito, e quer ver tudo rapidamente resolvido. Mas essas mudanças não vão acontecer como num passe de mágica. Há um caminho que nós teremos que percorrer. Emagrecer será consequência disso. Mas parece que se tudo não puder ser rápido e do jeito como você quer, você fica muito frustrada e com raiva.

C- *“Eu fico, eu sei, mas é difícil ter que esperar pra me sentir amada, pra me sentir aceita”.*

T- Então é de amor que estamos falando, de você se sentir amada e não do tamanho do seu corpo ou do peso que ele tem. Parece que essas duas coisas estão tão ligadas que se confundem.

C- *“Mas eu sempre achei que a minha irmã era mais amada por ser mais magra. Daqui a pouco nem você vai me querer como paciente. Você deve ter pacientes melhores do que eu para perder seu tempo comigo. Eu fico sempre repetindo as mesmas coisas e não emagreço”.*

Assim, transferencialmente, a terapeuta é colocada no lugar daquela que não ama, que abandona.

T- Você tem medo de não ser a paciente perfeita, como imagina não ter sido a filha perfeita, e que por isso eu não vou querer estar com você, não vou mais querer te atender, que prefiro atender outros pacientes a você.

C- *“É isso mesmo”.*

T- Então você fica num impasse, porque ao pensar que precisa emagrecer para me agradar, você vai fazer como fazia na infância, comendo mais, porque fica com raiva por não se sentir aceita como você é.

C- *“É, eu já tive uma mãe que fez isso, só faltava você fazer isso também. Eu já fui tão comparada com a minha irmã e agora só falta eu ser comparada com seus outros pacientes”.*

A raiva e o ciúme são projetados e reintrojetados para não destruir o objeto, destruindo, então, a si mesma. Caroline ama a mãe, mas não pode sentir.

C- *“Eu também tenho medo de você não gostar de mim pelo que eu sou como pessoa, de achar que o que eu sinto não é correto. Olha, seria mais fácil se tivesse uma fórmula mágica pra resolver tudo”.*

T- Acho que você fica com raiva por eu também não ser a terapeuta perfeita que tem essa fórmula pra te oferecer e te ajudar.

C- *“Às vezes eu fico. O pior é que quando fico com raiva acabo comendo e depois ainda fico com mais raiva ainda, só que de mim... Mas eu tenho esperança que você possa me ajudar”.*

T- E de que jeito você deseja que eu te ajude?

Longo silêncio.

C- *“Não desistindo de mim... Mesmo se eu ficar com raiva”*.

Diante da dificuldade de Caroline em lidar com sentimentos de frustração e raiva, a comida é como um recurso utilizado para restaurar a sensação de plenitude. Por outro lado, o ato de devorar a comida parece remeter a um conteúdo de autodestrutividade, pois ao não se permitir a expressão de raiva contra o objeto externo, o ato destrutivo retorna a si mesma. Para Caroline, é como se a manifestação de raiva pudesse destruir o objeto amado, que é também odiado, ou o vínculo com o objeto.

Para Klein (1952), a construção do mundo interno e da realidade psíquica estão ligadas aos fatores externos que desempenham uma importante função ao reforçar a ansiedade persecutória e os mecanismos de divisão, em situações de frustração, ou amenizá-los quando a boa experiência fortalece a confiança no bom objeto.

Segundo Winnicott (1960 b), a psique se traduz na elaboração imaginativa de partes, sentimentos e funções somáticas que, sob condições ambientais favoráveis, estimula a aquisição de uma existência psicossomática, que é a base de um self autêntico e verdadeiro. Por outro lado, fracassos na adaptação ambiental, impedem o gesto espontâneo, dando lugar a um falso self, em que não há um sentimento de existir, mas sim uma atitude submissa em relação ao ambiente, como uma forma de reagir a este.

Recorrer ao próprio corpo é uma realização psíquica, de acordo com Campos (1992), que expressa angústias e conflitos na procura de um self-objeto capaz de preencher as falhas básicas do desenvolvimento.

Neste sentido, os conflitos ligados ao peso e a alimentação, traduzem, em realidade, insatisfações e conflitos internos não percebidos e não simbolizados, o que leva a buscas equivocadas de soluções mágicas e controles externos para a resolução desses conflitos.

Em um outro momento, já com aproximadamente cinco meses de psicoterapia, Caroline trás a história do relacionamento com o ex-namorado, ao qual chamarei de Carlos. Caroline então descobre que quando encontrou Carlos, viu, através do relacionamento com ele, a possibilidade de reparar todo o sentimento de rejeição e abandono da infância, pois finalmente poderia ser amada e aceita:

“Quando encontrei o Carlos foi como se os meus anos de rejeição tivessem terminado. É como se com ele me amando, eu pudesse ter a certeza de que

mereço ser amada e também mostrar pra todo mundo que antes me rejeitou como eles estavam errados e não havia nada de tão mau em mim”.

Caroline, a princípio, tinha uma lembrança perfeita e maravilhosa de um amor compartilhado sem faltas e sem limites. Depois, começou a admitir para si mesma o quanto se esforçava para ser perfeita, para fazer tudo “*certinho*”, o quanto procurava nunca decepcioná-lo, o quanto disfarçava quando ficava com raiva, com medo dele não gostar, de criticá-la e ir embora, e o medo que sentia de reclamar de alguma coisa que não tivesse gostado, ou de dizer o que queria e o que precisava.

Carlos permanece, para Caroline, como objeto idealizado (mãe) que se mantém distante e no qual ela projeta o amor impossível e o ódio pelo abandono.

Ela se ressentia muito quando ele tinha outras prioridades que não fosse ela e, na sua fantasia, a culpa era sua por não ser “*boa o bastante*”. Para que ela pudesse ser tão importante para ele quanto ele era para ela, procurava de todas as formas a melhor maneira de ser perfeita como gostaria de ser. Nessa ocasião, Caroline lembra que passou por fases em que nem lembrava que comida existia, mas em outras, comia compulsivamente, compensando depois com muito exercício físico.

Então, aos cinco meses de namoro, Caroline ficou grávida. Ela ficou assustada e sentiu muito medo mas ficou feliz pois achou que ela poderia ter, ao lado dele, sua própria família, que fossem se casar, mas Carlos deixou claro que não se casaria e deixou claro que não gostou da idéia dela estar grávida, além de ter se sentido traído, visto que ela era a “*responsável*” por não ter tomado adequadamente um anticoncepcional. Caroline também se sentiu traída, rejeitada e decepcionada:

“Era como se de novo eu estivesse sozinha. Eu achava que o meu amor era correspondido mas tudo não passou de uma fantasia minha. De novo, alguém não me queria e de novo eu tinha feito tudo errado”.

Caroline decidiu fazer um aborto e ele apoiou. Ela nunca contou sobre isso para a família e só mais duas amigas ficaram sabendo. Sobre seus sentimentos após o aborto, Caroline diz que:

“Não foi só uma vida que abortei naquele dia, abortei a minha também. Quando saí daquele lugar, estava sem o amor que eu tinha, estava sem tudo o que ganhei e nem sabia porque. Enquanto eu pensava no que fazer com a gravidez, eu não me dei conta do que estava sentindo. Naquele dia eu senti

um buraco dentro de mim e pude perceber que uma parte minha tinha morrido de dor”.

Ela ainda tinha medo de perder o namorado e por isso ficaram juntos por mais três meses, mas ela também não sabia mais como estar com ele e como perdoá-lo por não amá-la “*de verdade*”, por não ter desejado ficar com ela. Caroline ainda continuava a se perguntar:

“Por que ele não quis ficar comigo? Por que ele não gostava de mim como eu gostava dele? O que eu tenho de errado”?

E fez, também, essas perguntas muitas vezes a terapeuta, esperando que ela tivesse a resposta para curar a sua dor.

Por ter rejeitado uma parte de si mesma, o bebê perdido, revivendo, talvez, sentimentos ligados à rejeição primitiva, Caroline sente que dentro de si há coisas erradas, feias e sujas, sentimentos reforçados pelas vivências no meio externo, que permanecem ligados à sua própria raiva, inveja e ciúme, projetado no objeto amado e idealizado.

Caroline não conseguia levar em consideração o outro como algo diferente e separado dela, mas como uma extensão de si mesma, em que ter o outro dependia unicamente do que ela faz ou deixa de fazer. Ela também se vê dividida entre ser boa ou má, certa ou errada. Na sua relação com a terapeuta, ela temia não ser a melhor paciente, “*a paciente preferida*” e “*perfeita*”. Nesse momento da terapia Caroline estava sempre buscando ter a certeza de que era amada e aceita incondicionalmente pela terapeuta e parecia que nada menos que um seio incessante a alimentá-la bastaria.

Início de sessão, depois de um final de semana

C- *Eu quase fui embora, pois como você demorou um pouco pra abrir a porta, achei que não fosse me atender.*

T- *Você achou que eu não quisesse te atender?*

C- *Achei. Acho que você não deve me agüentar mais, são sempre as mesmas coisas, parece que não saio do lugar. Eu também tenho pensado e não sei se quero continuar vindo, acho que não está resolvendo nada, só estou mais ansiosa e cada dia mais frustrada. Eu acho que foi importante descobrir a minha fome, mas continuo comendo mesmo sabendo que não estou com fome e desse jeito nunca vou conseguir emagrecer. Eu sou muito*

compulsiva. Eu continuo fazendo tudo errado, como sempre. Acho que isso nunca vai mudar. Eu estou desanimada pra continuar.

Para Santos Filho (1992), vê-se nos pacientes psicossomáticos não uma busca de subjetivação, mas uma desesperada necessidade de uma relação humana próxima, de função imaginária, que consiga minimizar a intensidade das angústias e das ameaças de desintegração. Isso implica em um ativo trabalho, por parte do terapeuta, no sentido de uma presença viva, falante e questionadora, como algo necessário. Cabe, assim, ao terapeuta propor assuntos, colocar questões, abrir vias e caminhos onde o paciente não as pode construir. No entanto, para Caroline criar esse vínculo, terá que lidar com o sentimento de inveja pela mãe, que contém todos os conteúdos bons desejados.

Assim, Caroline ocupa a posição de filha rejeitada e mal amada, perante uma mãe que não deseja lhe atender e suprir as suas necessidades emocionais vividas, pela paciente, como uma necessidade de soluções e cuidados a nível físico, trazido por ela através do fato de já saber identificar a fome fisiológica e reconhecer quando quer comer por compulsão, mas que ainda não consegue se “*controlar*” e come, não sabendo o que fazer a respeito. Para ela é difícil ter que perceber que a sua dificuldade está em lidar com certos tipos de sentimentos que ela tenta evitar. Mas que sentimentos seriam esses?

Parece haver uma necessidade de concretude do cuidado vivida no corpo, como se o seu corpo não tivesse sido investido. Na relação com a terapeuta isso pode aparecer com a necessidade de proximidade e a insatisfação constante, um querer sempre mais.

Assim, pode-se observar uma outra falha no processo de Caroline: a de não ter uma função psíquica materna tranquilizadora capaz de conter suas angústias usando um objeto externo, concreto e regressivo, como o alimento, para tentar restaurar a falta e o bem-estar. Caroline também busca, através do ato compulsivo de comer, descarregar a tensão e o desprazer, através da procura de satisfação imediata, em lugar de uma elaboração mental. As suas soluções via ação remetem a uma falha na sua capacidade de simbolização e, portanto, na capacidade para elaborar mentalmente o impacto de suas vivências conflitivas.

Para Santos Filho (1992), as manifestações psicossomáticas têm uma função de ato, de descarga, que provoca um curto-circuito no trabalho psíquico. Assim o

fenômeno psicossomático surge onde não pode existir o trabalho psíquico, a elaboração, havendo uma impossibilidade de utilização da capacidade simbólica.

O desenvolvimento do pensamento e um aparelho para pensá-lo, de acordo com Bion (1967), depende da capacidade de tolerância à frustração, quando não há a satisfação de um desejo ou de uma expectativa, ao invés da fuga. Esta capacidade de gestar e pensar o vivido, dado pela mãe à criança, nos primórdios da vida (reverie materna), pode ser atacada de maneira invejosa, havendo a impossibilidade de introjetar o bom objeto, devido a reintrojeção de vivências desagradáveis.

Neste momento do processo psicoterápico, estava imposto um novo desafio à Caroline: o de poder pensar o seu vivido, ao invés de reagir através da fuga como, por exemplo, usando a comida.

Caroline descobre, então, nesta etapa do processo, que sente muita raiva por ter que cuidar de sua própria alimentação e de si mesma sozinha, se sentindo ressentida por todas as faltas do passado. Depois, descobre que, se por um lado a comida era uma forma de gratificação em momentos difíceis, também é, ao mesmo tempo, uma forma de punição e de descontar em si mesma toda a raiva que sente por não ter se sentido amada e por não ser “boa o bastante”. Também está se punindo pela culpa de ter feito o aborto e por não ter se importando com a vida que interrompera. Comer é uma forma de dizer a si mesma o quanto se odeia, mas também uma forma de dizer aos outros o quanto é odiável. Caroline também ainda come em grandes quantidades os alimentos que ela classifica como “proibidos” e se sente “descontrolada” em relação a eles.

Ao mesmo tempo em que Caroline lidava com essas questões emocionais, também manifestava o quanto emagrecer e aprender a se controlar em relação aos alimentos, que ela achava que não deveria comer, eram muito importantes para ela, trazendo para as sessões ora os conteúdos relacionados ao seu sintoma (compulsão), ora conteúdos relacionados a suas vivências emocionais.

“Está muito claro pra mim agora quando quero comer por razões emocionais. Sei que quando me sinto sozinha a primeira coisa que penso em fazer é comer, principalmente doces. Também sei que vou atrás de comida quando estou ansiosa ou com raiva. E muitas vezes tenho conseguido me controlar, arranjar outras coisas pra fazer, dar um outro jeito no que estou sentindo sem ser comer. E muitas vezes tenho

conseguido. Mas ainda percebo que quando vou em festas ou saio com amigos pra comer fora de casa, tem um monte de comida que sei que não deveria estar comendo, mas que são as que mais quero comer e o pior é que como muito. Todas as comidas que mais engordam, principalmente os doces, são as que mais quero. Nessa hora, nem quero pensar em mais nada a não ser em comer. Depois me sinto péssima, culpada, fico com raiva de mim por ter comido o que não deveria. Quando eu estou bem com a minha alimentação me sinto bem comigo, mas se algo sai errado, parece que tudo está errado, me sinto horrível, tudo fica mal. Por que eu não consigo me controlar? Não sei se essa terapia está dando certo”.

Para Campos (1992), lidar psicologicamente com pacientes somáticos implica levar em consideração aspectos não psíquicos – orgânicos, ambientais, sociais – e aspectos psíquicos de origem diversa. Isso dificulta a avaliação dos resultados decorrentes da intervenção psicológica, desses pacientes, mas justifica a utilização de técnicas que fogem ao padrão clássico da técnica psicanalítica neutra e interpretativa.

Portanto, perante esse impasse no processo terapêutico em que a paciente se sentia insatisfeita e desanimada perante o tratamento (compulsão e emagrecimento), a terapeuta propôs avançar mais um pouco no trabalho em relação o foco proposto - sua alimentação - tendo como objetivo o de reconstruir, junto a paciente, o contexto do seu sintoma. Assim como seu mundo interno estava cindido em dois lados opostos e diferentes, entre se punir ou se gratificar, a comida também estava dividida em permitida ou proibida, boa ou má. Portanto, fazer uma intervenção em relação aos alimentos tidos como proibidos tinha, também, como objetivo, entrelaçar os conteúdos manifestos e latentes, que pudesse levar a paciente a decifrar a metáfora representada por esses alimentos.

Caroline então foi encorajada a se perguntar o que realmente gostaria de comer em cada refeição, de um modo que pudesse escolher não pelo valor calórico do alimento, mas pelo que realmente gostaria. A princípio, Caroline resistiu bastante em confiar que poderia fazer escolhas livres em relação ao que comer e temia que se pudesse comer de tudo, comeria “*tudo o tempo todo*”. Na verdade Caroline é como um bebê voraz que projeta sua raiva e agressividade em um seio que sente como mau por nunca se sentir saciada por ele.

C- *“Eu sempre tenho vontade de abraçar o mundo e com a comida é igual. Eu sempre quero tudo. Eu não sei escolher uma coisa só. Numa festa, por exemplo, tenho que experimentar tudo e depois ainda como de novo as coisas que mais gostei, mesmo já estando cheia”.*

T- Então parece que você nunca faz escolhas.

C- *“Pra mim é difícil escolher. Eu sempre quero tudo”.*

T- Mas a vida é feita de escolhas e sempre deixamos de ter algo quando fazemos opção por alguma coisa. Por exemplo, você quer emagrecer, mas quer conseguir isso sem ter que deixar de comer tudo o tempo todo.

C- *“Mas é difícil pra qualquer um deixar de comer as coisas que gosta”.*

T- Mas você não precisa deixar de comer as coisas que gosta, você pode comer só as coisas que gosta ao invés de comer tudo.

C- *“Parando pra pensar, acho que nem sei as coisas que realmente gosto. A verdade é que como tanto e não consigo saborear nada. No final, nem sei que gosto tinha”.*

Depois de várias experiências, Caroline conseguiu perceber que quando se permitia comer exatamente o que gostaria, se sentia mais satisfeita comendo menos e se sentia menos “descontrolada” e ansiosa em relação à comida. Então, pela primeira vez começou a se permitir comer alguns alimentos e a saboreá-los e isso a deixava menos voraz em relação a esses alimentos por não serem mais tão proibidos.

Talvez a permissão para comer, suscitada pela fala da terapeuta, tenha diminuído, em parte, sua sensação de culpa diante da sua fantasia do objeto destruído pela sua voracidade. Desta forma, a fala da terapeuta em aspectos conscientes pode ter reverberado em aspectos inconscientes.

“Estou sabendo selecionar mais as coisas que quero comer e o interessante é que estou descobrindo que algumas comidas que eu achei que gostava, não gosto tanto assim. Por outro lado, tem outras que eu não gostava tanto que tenho desejado comer, como fruta, por exemplo. Com relação as coisas que eu gosto muito, como doces, eu tenho sentido mais prazer, como saboreando, e isso me deixa mais satisfeita, precisando de menos comida... E isso tem acontecido também em relação a outras coisas na minha vida.

Estou aprendendo a ser mais seletiva com as pessoas, com o que quero fazer”.

Apesar de ter percebido melhoras, em relação a fazer escolhas, Caroline percebe que ainda se recrimina quando sente um prazer genuíno com a comida, quando não está comendo para se punir. Ela sente não ter direito a esse prazer e percebe que só pode comer e ter o que deseja se o fizer “*sem ter consciência*”, como quando come de forma compulsiva, ou seja, quando “*rouba*” comida, comendo escondido até de si mesma, como fazia com o chocolate que roubava da mãe quando era criança. Com isso Caroline pôde começar a perceber, também, que se impõe as mesmas restrições em relação a outras áreas de sua vida, além da alimentar, como se não tivesse direito ao prazer e ao que é bom: “*parece que o que é bom não é pra mim*”.

C- “*Toda vez que eu percebo que comi alguma coisa que eu quero de verdade e sinto muito prazer com isso, eu sinto como se isso fosse errado, mesmo me sentindo satisfeita e feliz. E isso acontece com outras coisas também. É como se alguma coisa estivesse errada ou como se alguma coisa ruim fosse acontecer depois e estragar tudo*”.

T- Como se depois viesse um castigo por você se permitir ter prazer?

C- “*Acho que sim. Acho que estou tão acostumada a estar insatisfeita que me sentir bem me deixa desconfiada, como se eu fosse perder essa felicidade ou como se eu não tivesse direito de me sentir assim*”.

T- Parece que mesmo agora, podendo ter o que deseja, é como se você ainda tivesse que roubar, como fazia com o chocolate da mãe (referente ao seio da mãe). Pode ter, mas só se for escondido ou roubado, sem consciência.

C- “*Eu sei que vivo reclamando das coisas que eu não tive ou que não tenho, mas eu não consigo aproveitar de verdade quando tenho o que quero. Ah, é confuso. Antes eu vivia proibida de comer um monte de coisas que eu gosto, ficava com raiva e acabava comendo ainda mais. Agora sei que posso comer o que eu quero, não tem mais essa proibição, mas agora sou eu mesma que acho que não mereço*”.

T- Você disse que isso acontece em outras áreas da sua vida, além da alimentar.

C- *“Acho que isso acontece muito em relação ao meu casamento”*.

Analiticamente se pode pensar que essas vivências podem remeter-se às experiências primitivas tidas em relação ao seio. Aparecem, então, voracidade, culpa e perseguição. O prazer fica proibido pois o leite (alimento) está envenenado com os seus sentimentos sujos e ruins advindos do prazer voraz.

Nesse momento da terapia, Caroline passa a trazer questões relativas ao casamento e ao marido, ao qual darei o nome de Paulo. Eles se conheceram quando ela ainda estava com Carlos e se tornaram grandes amigos, podendo compartilhar com ele toda a sua história, incluindo o aborto. Ela sabia que ele estava apaixonado e apesar de não sentir o mesmo, sentiu nessa relação a confiança de que precisava para romper com o ex-namorado e começaram a namorar. Ela nutre um grande sentimento de amor e admiração pelo marido, e não entende por que engordou tanto depois que casou e por que come tanto se é feliz com ele. Para ela, ele é muito *“carinhoso e compreensível”*, se sente amada pelo que ela é sem precisar se esforçar para receber amor e ainda aceita estar com ela sem recriminá-la mesmo tendo engordado. Começamos então a explorar o assunto referente a essa felicidade e ao amor e carinho que recebe dele. Não é justamente esse amor e aceitação que tanto desejou a vida inteira e que agora está recebendo?

Caroline descobre, então, que todo o amor e aceitação que recebe do marido geram, dentro dela, muito ódio, ao invés de um sentimento bom. Na verdade, ela sente inveja do ser que ama, pois este fica identificado com o seio bom invejado. Para Caroline, ter o amor agora é justamente entrar em contato com todo o amor que perdeu, talvez, por sua própria incapacidade de amar.

“É incrível descobrir isso, mas ser amada dói e me faz pensar em todas as vezes que não me senti amada”.

Por outro lado, Caroline tinha medo de ser *“traída e abandonada”* de novo e por isso é *“melhor estar sempre desconfiada”* do amor que está recebendo, como se já estivesse sendo traída de novo, do que correr o risco de se sentir grata e sofrer novamente. Caroline tem medo de perder não só o amor mas o controle de si, de seus sentimentos vorazes. O controle de se sentir vulnerável ou não, sobre o amor que recebe, ou que não recebe do outro, e se o outro vai ficar com ela ou se vai deixá-la, pelo estrago que fantasia ter feito ao objeto. Assim, Caroline transfere para a comida as questões de controle para

não ter que lidar com o real conflito que está relacionado a seus afetos mais primitivos, dos quais nunca terá controle absoluto: amor e culpa; ódio e reparação.

C- *“Quando eu como o que está na minha frente, sem realmente pensar no que tenho vontade, vejo o quanto é difícil pra mim pensar no que quero. A verdade é que nesses momentos parece que eu não tenho escolhas”.*

T- Parece que quando você come e engole tudo o que você não quer ou não precisa, você acaba achando que não fez desse comportamento uma escolha, mas fez.

C- *“O pior é que eu sei que quem sai prejudicada com isso sou eu.”*

T- É verdade. E é importante que você possa começar a perceber que fazer isso com você, ou não, é uma escolha.

C- *“Isso pode mesmo acontecer em relação a comida, afinal, o controle do que entra ou não pela minha boca é meu. Mas não acontece em relação às pessoas. Infelizmente, eu não posso controlar se elas querem ficar comigo ou se elas vão embora, se elas vão me amar, se vão me aceitar”.*

T- É verdade que você não tem controle sobre as pessoas, mas ainda assim tem escolhas. Você não teve escolha sobre o comportamento do seu ex-namorado, mas teve escolha sobre o que fazer com isso. Da mesma forma que tem a possibilidade de escolha sobre o que decide fazer por si mesma agora, seja em sua vida afetiva, seja em relação à comida.

C- *“Mas eu acho que se tivesse feito tudo certinho, se eu tivesse sido perfeita, se eu não tivesse tantas coisas erradas, se eu soubesse o que fazer para as pessoas gostarem de mim, minha mãe não amaria mais a minha irmã do que eu, e o Carlos não teria me deixado. O que eu teria que ter feito”?*

T- Você não pode fazer ninguém partir, da mesma forma que não pode fazer ninguém ficar. As pessoas ficam ou vão embora porque decidem fazê-lo, porque têm suas próprias razões para isso e não porque você tem ou fez alguma coisa errada.

C- *“É difícil aceitar isso. Ter que abrir mão de pensar que se eu descobrisse um jeito certo de ser, poderia dar tudo sempre certo. Eu nunca*

mais me sentiria deixada de novo. É isso que eu também esperava conseguir com a terapia”.

T- Então, se realmente isso fosse possível, você poderia controlar tudo o que está fora de você, para que dentro de você pudesse ficar tudo sempre bem.

C- *“É isso! Seria maravilhoso! Não gosto da idéia de que não seja assim”.*

Enquanto as questões alimentares são trabalhadas, relacionadas a quando, o que e quanto comer, trabalha-se também as questões ligadas às escolhas. Para Caroline é difícil aceitar que tem escolhas ao invés de continuar se sentindo uma vítima por todos os anos da infância e pelo abandono do ex-namorado. Por vítima me refiro ao fato de seu bem-estar, ou a falta dele, estar totalmente relacionado ao que acontece fora dela e não dentro de si mesma.

Ao trazer todos esses conteúdos à tona e elaborá-los, ao longo de dez meses de psicoterapia, Caroline faz muitos avanços e com isso começa a se sentir mais confiante em relação a si mesma e a sua alimentação.

“Tenho conseguido colocar a comida em seu devido lugar, pois agora sei quando estou comendo meus problemas. Também me sinto mais tranqüila em relação a comida e já não me sinto mais tão descontrolada. Acho que já cresci muito em relação à minha vida em geral, porque estou aprendendo a identificar muitas coisas. A separar o que é meu e o que não é. A ter mais prazer e menos culpa. Tenho pensado mais no que sinto e no que quero, ao invés de ficar me cobrando tanto.”

Mas Caroline apresenta, ainda, nesta etapa do processo, uma grande dificuldade para entender a diferença entre ter pouco e ter o suficiente. Mas o que seria para Caroline estar satisfeita? E o quanto seria o suficiente para ela?

“Ainda continuo comendo mais do que preciso e apesar de saber que não estou mais com fome, não me sinto ainda satisfeita com pouca comida. E também ainda não consegui emagrecer muito apesar de minhas roupas estarem um pouquinho mais largas”.

Ao trabalhar a saciedade (o quanto de comida é o suficiente para ela) em relação à sua alimentação, Caroline começou a elaborar questões ligadas a separação e a individuação, visto que está ligado a questões de limites. Caroline percebeu sua dificuldade

em dizer não ao outro, em ter sempre que agradar e satisfazer as pessoas para, com isso, poder ganhar algo em troca e, também, o quanto na verdade tem *“fome de amor e não de comida”*.

Caroline percebe, então, que sente uma grande inveja de Paulo por ele ser *“bem amado desde criança”*. Sente inveja dele por poder estar com ela, visto que ele conseguiu ter o objeto de sua paixão, ou seja, ela, sem precisar sofrer por isso. E também sente inveja do amor que o marido tem para dar e da forma como sabe ser grato e aproveitar o que recebe. O marido tem o que dar (seio bom) e ela se sente vazia e empobrecida

Na relação com a terapeuta, Caroline ainda desejava ser a *“paciente preferida”* e se sentir amada incondicionalmente. Por outro lado, quando se sentia gratificada, precisava atacar o amor que recebia, invejosa de tudo o que a terapeuta podia ter de bom para dar, desconsiderando o fato de que estava sendo dado a ela. Caroline tinha medo de receber o que precisava pois isso significava a possibilidade de gostar e depois ficar sem.

“Se for assim, é melhor nem ter. Pra que é que eu vou ficar feliz agora e de barriga cheia se depois vou ficar sem e passando fome? Então é melhor nem ter, porque pior é ter e perder”.

A paciente também se ressentia com o pagamento (dinheiro) feito para a terapeuta pois, para ela, esta é a maior prova de que se a terapeuta fica com ela, é porque ganha para isso e não porque gosta dela *“de verdade”*. Ao trabalhar estas questões, Caroline percebeu que nunca poderia ter o suficiente enquanto continuasse a destruir dentro de si mesma, com sua raiva e desprezo, tudo o que pudesse ter de bom. Isso passou a ser elaborado em relação aos afetos e, também, em relação à comida.

C- *“Acho que a comida era a melhor maneira que eu encontrava pra chamar a atenção, pra mostrar como tinha um buraco dentro de mim. Eu tinha esperança que alguém viesse preencher isso. Hoje eu começo a perceber que nem toda a comida do mundo seria suficiente. Porque não é de comida que eu preciso, eu só quero me sentir amada”*.

T- Parece que amada você é.

C- *“Hoje eu começo a perceber que sim. Meu marido me ama muito. E mesmo a minha mãe tem sido bem diferente nos últimos anos comigo, eu sei*

que ela tem tentado se dar bem comigo. Mas às vezes ainda acho que pode não ser o bastante, parece que sempre vai ter esse buraco dentro de mim”.

T- Parece que o buraco fica maior quando você, ao invés de poder aproveitar o que está sendo oferecido, fica se lamentando pelo que não está recebendo. Aí você fica sem nada.

C- *“É mesmo... Com você eu também faço isso. Sei que você tem me ajudado bastante e até acho que você gosta de estar comigo mas foi só você ter desmarcado a sessão (a terapeuta desmarcou a última sessão antes desta por motivo de viagem) pra eu ter ficado pensando que eu não sou muito importante pra você. Eu sei que você me ofereceu um outro horário pra repor, mas na hora eu fiquei chateada e por isso não quis. Depois eu me arrependi e percebi o que tinha feito, mas aí já era tarde. Mas se fosse antes, eu nem ia querer vir hoje e ia ficar mais na falta ainda”.*

Caroline, pôde começar a perceber que existe uma saciedade que é física e que esta corresponde a fome por alimento, mas que também há uma saciedade que é psíquica, representada pela fome afetiva que o alimento simboliza e que esta nunca poderá ser saciada organicamente. Para ela, comer quando sente um “buraco” expressava a sensação de estar desprovida de recursos internos que poderia lhe permitir preencher a falta afetiva de outras formas mais eficazes.

Na medida em que Caroline se permitia sentir prazer com a comida, sem sentir culpa, e também se permitir ter prazer em outras áreas de sua vida, sem precisar se punir ou destruir o que poderia ter, descobriu que respeitando seu corpo, sua alimentação e suas necessidades pessoais e individuais, podia se sentir confortável e mais confiante em relação aos limites que estabelecia não só para si mesma mas, também, em relação aos outros, podendo haver uma separação entre seu corpo e o corpo do outro, seu afeto e o afeto do outro.

Quando pôde começar a se alimentar de acordo com sua própria necessidade sem tantas alternâncias entre abusos e privações, percebeu que começou a emagrecer. Apesar da felicidade inicial e do entusiasmo que sentiu, descobriu que toda vez que se percebia mais magra, automaticamente, voltava a comer de forma compulsiva e acabava recuperando o peso.

“Eu tenho me sentido dividida, como se pudesse ser duas pessoas ao mesmo tempo. Um lado meu quer emagrecer e o outro me faz comer e engordar... Não sei porque sinto isso. Se emagrecer é uma coisa que quero tanto, como posso não querer ao mesmo tempo”?

Emagrecer, que no consciente aparece como um desejo inquestionável, no inconsciente revela-se como contraditório, complexo e como defesa em relação a conflitos que despertam ansiedade.

A terapeuta a convidou, então, a investigar o que significava para Caroline ser magra. Ela descobre, então, que tem a fantasia de que: *“quando for magra terei que engravidar”*. Caroline tem se sentido pressionada pela família do marido e por ele para terem um filho. Ela também deseja o mesmo, mas ainda não se sente preparada para engravidar de novo, pois isso significaria, para ela, *“trazer o passado de volta”* mas, ao mesmo tempo, também tem medo de ser *“castigada”* pelo aborto que fez e não conseguir engravidar novamente. Caroline percebe que tem usado a sua gordura como uma desculpa podendo, através dela, justificar para as pessoas que não pode engravidar enquanto estiver gorda e que precisa emagrecer primeiro.

C- *“Pensar em ficar grávida de novo me dá medo, vai me fazer lembrar de uma época muito difícil. Vai me fazer lembrar do Carlos. Estou bem com meu marido e engravidar vai me fazer reviver àquele sentimento de rejeição. Não vou suportar isso... Às vezes eu penso que se não tivesse engravidado eu teria continuado o namoro com o Carlos, não teríamos nos separado”*.

T- Você tem medo de que o seu marido também rejeite a sua gravidez?

C- *“Não, ele não faria isso, ele quer ter um filho... É claro que eu já pensei nisso, mas eu e ele já conversamos, eu sei que é coisa da minha cabeça”*.

T- E você, quer ter um filho?

C- *“Eu quero, mas ainda tenho que trabalhar a minha cabeça pra isso. Não quero agora e sei que ainda vai demorar um bom tempo pra isso acontecer. Quero engravidar quando isso puder me deixar feliz. Gravidez pra mim hoje, é sinônimo de desgosto e infelicidade. Eu não quero me sentir pressionada”*.

T- Sim, você tem o direito de decidir quando, mas parece que não acredita muito nisso, visto que tem que usar a gordura pra se justificar ao invés de assumir que não quer.

C- *“É isso que vou começar a fazer. Dizer que não quero ao invés de ficar dando desculpa. Tenho mesmo o direito de decidir o que é melhor pra mim. Tenho que parar de ficar achando que estou devendo isso pras pessoas. Quando eu estiver pronta, aí sim vai acontecer, mas desta vez vai ser quando eu quiser”*.

Também percebe que usa a sua gordura como uma forma de afastar o marido, como uma forma de puni-lo ou não gratificá-lo com o seu amor, que ele tanto deseja. Assim, sua gordura é uma forma de proteção mas também de ataque.

C- *“É estranho pensar nisso, mas quando o Paulo quer ficar muito junto de mim, dando carinho ou mesmo quando quer transar e quando eu estou chateada ou não estou querendo, eu sempre digo que estou gorda e começo a falar pra ele parar de ficar pegando nas minhas gordurinhas e vou me esquivando. Eu nunca digo o que realmente está acontecendo, acho que já me acostumei a simplesmente dizer isso... Ah, e sempre digo que depois que eu emagrecer aí tudo bem, vai ser diferente”*.

T- Então porque você está gorda você não quer carinho, não transa, se limita em várias coisas. Mas na verdade, acho que você precisa estar gorda para não fazer um monte de coisas.

C- *“Ah, isso vai me fazer voltar naquelas velhas feridas. Algumas vezes eu sinto raiva do Paulo poder me ter sempre que ele quer. Acho que eu digo não só de birra. É difícil esquecer as dores do passado... E mais difícil ainda é deixar de usar a gordura pra justificar muitas coisas que são difíceis de encarar. Talvez tenha sido mais fácil até agora ter um problema só do que vários”*.

Caroline usa a gordura como defesa para não entrar em contato com o outro e com seus sentimentos de inveja. Ela vem elaborando o fato de que na verdade, a gordura não pode de fato fazer nada por ela e que tudo diz respeito as suas próprias fantasias e angústias. Pode então começar a reaver o seu poder, que antes estava atribuído à gordura, para senti-lo como parte integrante do seu self. Assim, pode começar a dizer sim ou não

para o que quer, através de limites claros, sem precisar que a comida ou a gordura fale por ela.

Caroline também começa a trazer à consciência o fato de que a perda de peso não significa uma mudança total em sua personalidade, mas que apenas terá um tamanho menor de corpo. Começa também, nesse momento, a reparar a falha na representação da sua imagem corporal, ao deixar de atribuir à gordura os seus limites internos, podendo usar a boca, para falar e se expressar, e não mais o tamanho do seu corpo (a gordura como defesa). Pode, assim, definir melhor para si mesma o que deseja em relação a dar e receber prazer, sem precisar da gordura como proteção e negação. Além disso, pode começar a se afirmar em relação ao mundo externo e as cobranças de forma mais direta e verdadeira, podendo, inclusive, estar magra e decidir por esperar o tempo que for necessário, para ela, para ter um filho.

Um ano e seis meses de atendimento

“Quando iniciei o tratamento imaginava que todos os meus problemas eram por causa da obesidade e achei que se tivesse um jeito rápido e fácil de resolver isso, tudo na minha vida seria resolvido também. Hoje eu sei que existem muito mais coisas, tem o que me leva a comer e tem a minha gordura que eu uso como desculpa pra várias coisas... Claro que eu quero emagrecer e sei que vou chegar onde quero, mas eu tenho consciência que isso está sendo uma consequência de uma conquista minha e não uma luta como sempre foi, como uma obsessão. Hoje eu quero entender aonde eu quero chegar não só em relação ao meu peso, mas em tudo na minha vida”.

Atualmente, após um ano e seis meses de atendimento, Caroline ainda se encontra em processo de tratamento tendo emagrecido sete quilos e ainda deseja eliminar mais dez quilos. Ela hoje sabe que este é um processo longo e muito mais lento perto da “fórmula mágica” que esperava encontrar quando buscou pela psicoterapia.

CAPÍTULO VII

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo visou à sistematização teórica sobre a abordagem da Antidieta, enquanto uma proposta de tratamento psicológico para a compulsão alimentar. Os resultados apontaram dificuldades no que concerne aos achados de pesquisa sobre as bases teóricas dessa abordagem psicológica no sentido de ser, ainda, uma técnica pouco referida nos meios científicos mais clássicos e em base de dados. Assim, nessa dissertação, tentei reunir um corpo de bases teóricas que pudessem auxiliar na compreensão dessa nova abordagem em psicoterapia focada na compulsão alimentar.

A Antidieta foi apresentada em relação aos seus dois eixos básicos nos quais os esforços psicoterapêuticos se dirigem, sendo o primeiro eixo o fisiológico em que as diretrizes norteadoras do processo se fazem presente, e o eixo psicológico, sendo através do primeiro que os ganhos do segundo eixo tornam-se possível.

Neste sentido, o que a abordagem da Antidieta pode proporcionar, é um suporte emocional para lidar com a alimentação, para que se possa mudar a relação viciada com a comida, ao se encontrar formas simbólicas de se enfrentar a compulsão.

Na parte teórica desse estudo, também achei necessário inserir, no processo da Antidieta os seguintes pontos: a compreensão de questões ligadas a algumas dificuldades no desenvolvimento emocional do indivíduo; a compreensão dos distúrbios psicossomáticos; e a elucidação da técnica de atendimento psicológico de pacientes psicossomáticos de orientação psicodinâmica, para uma melhor fundamentação dessa abordagem.

Em relação ao transtorno do comer compulsivo, foi possível fundamentar questões referentes às falhas no desenvolvimento, no sentido de faltas, buscando um diálogo em relação ao referencial teórico entre os conceitos psicodinâmicos e outras contribuições teóricas que puderam vir a se somar.

Também foi possível estabelecer um olhar sobre a obesidade, no que se refere ao fator causal da ingestão calórica excessiva, colocando alguns questionamentos ao uso de dietas para emagrecer em pessoas com compulsão alimentar e suas conseqüências, bem como, também, um olhar sobre a cultura atual, que reforça alguns comportamentos, em relação a esses aspectos.

Ao final, foi apresentado o estudo de um caso clínico, onde se pôde verificar, dentro da proposta de tratamento para a compulsão alimentar, uma melhora do quadro compulsivo e, nesse caso, ainda, um processo de emagrecimento em andamento. Deve-se ressaltar que a direção do tratamento esteve voltada para a compreensão das causas, bem como para a elaboração de aspectos inconscientes, ligados ao peso e à alimentação, e em decorrência disso é que pôde acontecer uma diminuição no peso corporal.

Uma pessoa em processo de terapia e, também, neste caso, em tratamento para a compulsão alimentar, é um ser em processo de desconstrução e reconstrução, tanto do seu mundo interno quanto em sua relação com o mundo externo. Portanto, o caminhar em direção ao autoconhecimento revelou-se de fundamental importância para a resolução do sintoma da obesidade.

Pôde-se observar no atendimento do caso clínico apresentado que o foco não esteve voltado para a regressão de vivências primitivas da paciente estudada, mas para compreender e elaborar algumas dificuldades no seu desenvolvimento, dentro de uma forma possível de psicoterapia para que pudesse ir construindo uma base segura em que Caroline pudesse elaborar suas relações de objeto interno. Assim, o objetivo do processo veio a ser sua vida intrapsíquica e não a manifestação do sintoma.

Além, disso, houve através do caso clínico apresentado a compreensão da importância da paciente entender e incorporar no próprio self aspectos simbólicos do significado da gordura e da magreza que ficavam projetados no corpo e na comida. Quando esse conflito foi elaborado, a paciente pôde usar a energia psíquica, antes aprisionada nessa ligação, para os seus reais desejos e necessidades.

Ao finalizar essa dissertação, posso constatar que estão ainda em aberto muitas lacunas referentes a elaborações e conclusões diante da compulsão alimentar, da obesidade, da psicossomática e da técnica da Antidieta como uma abordagem possível para a compreensão dessas dificuldades. Fica o desejo de que esse estudo possa ser mais uma contribuição a novos questionamentos e busca de respostas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AJURIAGUERRA, J. *Manual de Psicopatologia da infância*. 5. ed. São Paulo: Artmed, 1998.

ANDRADE, T.M. Estudos psicológico de crianças e adolescentes obesos. *In: Fisberg, M. Obesidade na Infância e Adolescência*. São Paulo: Byk, 1995.

APPOLINÁRIO, J.C., COUTINHO W.; PÓVOA, L.C. O transtorno do comer compulsivo. Revisão da Literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, n. 44, p. 38-45, 1995.

APPOLINÁRIO, J.C., COUTINHO, W., PÓVOA, L.C. O transtorno do comer compulsivo no consultório endocrinológico: comunicação preliminar. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, n. 44, p. 46-49, 1995.

BARCELLOS, A P., DIETERICH, M.D.D., SANCHEZ, P.C. Transtorno do comer compulsivo: uma nova categoria diagnóstica? *Revista de Psiquiatria*, ano 3, n. 18, p. 343-350, 1996.

BARROS, C.A. S.M., WERUTSKY, C. A., GUTFREIND, C., BIERNAT, E.S., BARROS, T.M. Transtorno da imagem corporal de obesos em grupoterapia. *Revista Brasileira de Pesquisa em Psicologia*, ano 3, n. 3, p. 95-105, 1991.

BELMONT, S. A. Solidão, véspera do encontro. *In: Mello Filho, J.; Silva, A. L. M. & colaboradores. Winnicott 24 anos depois*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

BION, W. R. (1967) *Estudos psicanalíticos revisados*. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

_____. (1962) *O aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

BROWNELL, K.D. Whether obesity should be treated. *American Psychological Assn.* n. 5, v. 12, 139-141, 1993.

BRUCH, H. *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*. Nova York: Basic Books, 1985.

CALIL, R. C. C. *Psicoterapia de grupo de criança: aspectos clínicos de um estudo de caso*. Campinas, 2001 [Tese–doutorado. Universidade Estadual de Campinas].

CAMPOS, A. L. R. Aspectos psicológicos da obesidade. *In: Fisberg, M. Obesidade na infância e adolescência*. São Paulo: Byk, 1995.

CAMPOS, E. P. O paciente somático no grupo terapêutico. *In: Mello Filho, J. Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artmed, 1992.

CAPISANO, A. F. Imagem corporal. *In: Mello Filho, J. Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artmed, 1992.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 3ª edição. São Paulo: Cortez editora, 1991.

COUTINHO, W; PÓVOA, L. C. Comer compulsivo e obesidade. *In: Nunes, M. A. A.; Apolinário, J. C.; Abuchaim, A. L.; Coutinho, W & colaboradores. Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed, 1998.

DEBRAY, R. *Bebês/mães em revolta: tratamentos psicanalíticos conjuntos dos desequilíbrios psicossomáticos precoces*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

DEMO, P. *Metodologia do conhecimento científico*. São Paulo: Editora Atlas, 2000.

DSM – IV – TR *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. American Psychiatric Association. 4ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2002.

DUCHESNE, M. Tratamento do transtorno do comer compulsivo. Abordagem cognitivo–comportamental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, n. 44, p. 50-55, 1995.

ECO, H. *Como se faz uma tese*. 15ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2000.

FREUD, S. (1920) Além do princípio de prazer. In: _____. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. V. XVIII.

_____. (1905) Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: _____. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. V. VII.

FISBERG, M. *Obesidade na infância e adolescência*. São Paulo: Byk, 1995.

HALPERN, A. Obesidade. In: Wajchenberg, B. L. *Tratado de Endocrinologia Clínica*. São Paulo: Roca, 1992.

HERSCOVICI, C. R. *A escravidão das dietas*. Porto Alegre: Artmed, 1997.

HIBSCHER, J. A.; Herman, C. P. Obesity, dieting and the expression of obese characteristics. *Journal of Comparative & Physiological Psychology*. n. 91, p. 374-380, 1977.

HIRSCHMANN, J. R; MUNITER, C. *When Women Stop Haterig their bodies*. Nova York: Fawcett Columbine, 1995.

_____. *Adeus às dietas*. São Paulo: Saraiva, 1991.

HISADA, S. Transtornos Psicossomáticos. *Mudanças Psicot. Estudos Psicossociais* [Biblioteca Virtual em Saúde], ano 8, v. 14, p. 81-88, 2000.

JACKSON, E. *Alimento e transformação: imagens e simbolismo da alimentação*. São Paulo: Paulus, 1999.

KANO, S. *O regime ideal*. São Paulo: Saraiva, 1991.

KLEIN, M. (1952) Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional do bebê. *In*: Klein, M.; Heimann, P.; Isaacs, S.; Riviere, J. *Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

_____. (1946) Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. *In*: Klein, M.; Heimann, P.; Isaacs, S.; Riviere, J. *Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

LOWEN, A. *O corpo traído*. 3ª edição. São Paulo: Summus editorial, 1979.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.

MAHLER, M. (1975) *O nascimento psicológico da criança: simbiose e individuação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

_____. (1974) Simbiose e individuação: o nascimento psicológico do bebê. *In*: _____. *O processo de separação-individuação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

_____. (1967) Sobre a simbiose humana e as vicissitudes da individuação. *In*: _____. *O processo de separação-individuação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

_____. (1963) Reflexões sobre o desenvolvimento e a individuação. *In*: _____. *O processo de separação-individuação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

MAROT, H. P. R. *A relação mãe/bebê e as manifestações psicossomáticas precoces*. Campinas, 1995. [Dissertação-Mestrado. Universidade Estadual de Campinas].

MC DOUGALL, H. Corpo e linguagem. *Revista Brasileira de Psicanálise*, ano 8, n. 14, p. 75-98, 1994.

_____. *Teatros do eu*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1992

_____. *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6ª edição. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1999.

NÓBREGA, F.J.; CAMPOS, A L.R. & NASCIMENTO, C. F. L. *Distúrbios nutricionais e fraco vínculo mãe/filho*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

ORBACH, S. *A impossibilidade do sexo*. Rio de Janeiro: Imago. 2000.

_____. *Gordura é uma questão feminista*. Rio de Janeiro: Record, 1978.

PEDROZO, T. B. L. Winnicott: uma teoria psicossomática. *In*: Mello Filho, J.; Silva, A L. M. L. & colaboradores. *Winnicott 24 anos depois*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

PIZZINATTO, V. T. *Obesidade infantil: processo psicossomático evolutivo*. São Paulo: Sarvier, 1992.

REUHLIN, M. *Os métodos em psicologia*. São Paulo: Difusão européia do livro, 1971.

ROTH, G. *When food is love*. Nova York: Plume, 1989.

SANTOS FILHO, O C. Psicoterapia psicanalítica do paciente somático. *In*: Mello Filho, J. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artmed, 1992.

SCHILDER, P. *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

SUNDAY, S. R.; HALMI, K. A. A. Comparison of eating disorder patients, restrained dieters and nondieting controls. *International of Eating Disorders*. n. 28, v. 4, p.455-459, 2000.

VILETE, E. P. Sobre “o perfume” e a teoria do self e do falso-self em Winnicott. *In: Mello Filho, J.; Silva, A L. M. L. & colaboradores. Winnicott 24 anos depois.* Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

WAJNRYT, E. C. O império das magrinhas. *Revista Viver Psicologia*, São Paulo, ano 2, n. 13, p. 16-21, agosto 1993.

WINNICOTT, D. W. *A criança e o seu mundo.* 6ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.

_____. (1967) O ambiente saudável na infância. *In: _____.* *Os bebês e suas mães.* 2ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

_____. (1966) A mãe dedicada comum. *In: _____.* *Os bebês e suas mães.* 2ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

_____. (1964) O recém nascido e sua mãe. *In: _____.* *Os bebês e suas mães.* 2ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

_____. (1963 a) Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. *In: _____.* *O ambiente e os processos de maturação.* 3ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

_____. (1963 b) O medo do colapso. *In: _____.* *Explorações psicanalíticas.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

_____. (1962) A integração do ego no desenvolvimento da criança. *In: _____.* *O ambiente e os processos de maturação.* 3ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

_____. (1960 a) Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self. *In: _____.* *O ambiente e os processos de maturação.* 3ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

_____. (1960 b) Teoria do relacionamento paterno–infantil. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação*. 3ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

_____. (1954) Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do setting psicanalítico. In: _____. *Da pediatria à psicanálise*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

_____. (1951) Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: _____. *Da pediatria à psicanálise*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

_____. (1952) Ansiedade associada a insegurança. In: _____. *Da pediatria à psicanálise*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

_____. (1945) Desenvolvimento emocional primitivo. In: _____. *Da pediatria à psicanálise*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

_____. (1936) Apetite e perturbação emocional. In: _____. *Da pediatria à psicanálise*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

ANEXOS

ANEXO 01

ENTREVISTA

Esta entrevista foi realizada, por mim, com a psicanalista Elizabeth Chulman Wajnryt em janeiro de 2003 sobre a abordagem da Antidieta.

1- O que é a abordagem Antidieta?

Antidieta é uma abordagem que procura levar todo um contexto bio-psico-cultural em conta.

Em primeiro lugar, sugerimos um modelo normal de relação com a comida: Comer normalmente consiste em comer como resposta à uma fome fisiológica, parar quando se está satisfeito e permitir-se uma escolha ampla e variada de alimentos para satisfazer cada situação específica de fome. Confrontados com a forma como lidamos com comida, esses princípios simples e básicos são absolutamente revolucionários.

Quando um analista ouve seu paciente falar a respeito da necessidade que tem de fazer uma dieta, é importante conscientizar-se que não precisaríamos de restrições, que na verdade estamos imersos em um determinado padrão cultural que o paciente precisa repetir infinitamente para si mesmo. Na verdade, o paciente está dizendo que sente suas necessidades como enormes e que precisam ser contidas. Precisa na verdade de ajuda para reconhecer como suas tentativas só o levam a mais abusos e que sua compulsão de comer deriva de uma inabilidade para manejar afetos e conflitos sem comida, em última instância um problema pessoal mas também político para as mulheres. Há uma tentativa de restringir necessidades e desejos que aprenderam a reconhecer como sendo maus e que muita comida, vida, prazer, estão proibidas para elas.

Em primeiro lugar, revemos o peso que a pessoa deseja para si, revendo padrões e expectativas irreais, levando-se em conta sua idade, sua história e seu set-point.

Antidieta pressupõe certos controles. Estes controles, porém, são radicalmente antagônicos aos das dietas.

2- Como são os controles das dietas e da Antidieta? E qual a diferença?

Os controles das dietas são sempre externos a você. O médico, a revista, a tabela dizem quanto você deve pesar, como deve parecer, o que comer, a que horas, em que quantidades. Por último, a balança é o árbitro da questão: ela lhe diz se você se

comportou bem ou mal, se seu dia será uma glória ou se está irremediavelmente estragado.

A diretrizess da Antidieta pressupõem uma sintonia fina especialmente com os sinais fisiológicos da fome e da saciedade. Antidieta significa aprender ou reaprender (porque algum dia talvez já funcionamos assim) a comer pelo único motivo que justifica fazê-lo: por fome real, fisiológica. Aliás, é assim que os “magros”, isto é, os não compulsivos fazem, de maneira intuitiva.

Partimos da constatação “holística “ (as abordagens holísticas são as que procuram integrar mente e corpo) de que o corpo tem uma sabedoria, uma tendência ao equilíbrio, uma capacidade de funcionar em harmonia que se permitirmos, criarmos condições, se manifesta.

3. Como é feita a abordagem Antidieta?

Na compulsão, as comidas são divididas em apenas duas categorias: as boas e as más. As boas, isto é, as comidas “magras”, são aquelas que quando você come você se sente “bom”, e as más, ou “gordas”, aquelas que quando você come sente-se mau (ou gordo).

O pressuposto básico da Antidieta, a ser aprendido, é o de que existe um comer normal, isto é, fora dos distúrbios da alimentação, que regula e é regulado por mais saúde física e mental. Isso significa comer predominantemente por fome fisiológica, escolher o que se come e parar quando se está fisiologicamente satisfeito. Estes são conceitos simples, mas na prática, para um compulsivo, não são nada fáceis. A terapia Antidieta envolve um acompanhamento psicanalítico, com algumas técnicas especiais, exercícios planejados especificamente para os vários aspectos que envolvem o comer e o corpo na compulsão. O trabalho segue por dois eixos, duas vertentes, que ora se cruzam, ora caminham independentes.

4. Quais são esses eixos e como é feito o trabalho em relação a eles?

O primeiro eixo do trabalho é fisiológico e é nele que a especificidade da Antidieta se faz presente de maneira mais intensa, assim como também acredito que é através dele que os ganhos do eixo psicológico tornam-se possíveis.

Em primeiro lugar, passamos a comer exatamente o que gostamos, aquilo que temos vontade. Ao mesmo tempo começamos a trabalhar os dois mecanismos fundamentais, a fome e a saciedade. Vamos começando a diferenciar fome de “estômago” (fisiológica) de fome de “boca” (psicológica) e através de determinadas tarefas aprendendo outras maneiras de lidarmos com ela, traduzindo-a em termos de uma carência que vamos suprir da melhor maneira possível.

Há uma máxima em Antidieta que diz que o compulsivo é alguém superalimentado porém subnutrido. Obviamente consideramos que se nutrir é mais do que comer, é satisfazermos nossas necessidades tanto físicas quanto psíquicas da maneira mais acurada possível. Assim, nossa meta é nutrir-se cada vez mais e melhor, para precisarmos comer cada vez menos. Tratamos de criar ou redescobrir em nós mesmas a noção de que podemos ser confiáveis, merecedoras e capazes de sermos suficientemente boas para nutri-se adequadamente.

As pessoas que comem compulsivamente, ao longo de suas histórias de dietas e privações, regras externas, se distanciam da sensação fisiológica de fome e come-se por vários motivos: tédio, depressão, ansiedade.

À medida que prosseguimos no trabalho vamos descobrindo que por fome come-se muito menos do que comemos por hábito ou por ansiedade. Inclusive uma fantasia muito comum que é a de sermos absolutamente insaciáveis e que se liberados nunca mais pararemos de comer rapidamente se dissolve com imensos benefícios psíquicos para o paciente no que se refere à sua noção de limites, tanto internos quanto externos.

O outro sinal fisiológico do qual falta falar é o da saciedade. Na compulsão ele praticamente não existe. O ponto de parar é sempre incerto e dura pouco. A saciedade é absolutamente real, pois comemos com fome, aquilo que escolhemos e paramos quando está absolutamente confortável parar, portanto podemos nos desligar da comida e ir fazer as outras atividades de nossa vida sem nos sentirmos umbilicalmente ligados a ela como na compulsão, que é como os “magros”, (não compulsivos) fazem.

5. Dentro desse eixo fisiológico, qual é a técnica utilizada?

A técnica central que empregamos na Antidieta é passarmos a nos fazer três perguntas, que servem como referência para o comer:

1. *Estou com fome?*
2. *O que quero comer para esta fome?*
3. *Estou satisfeito?*

São perguntas muito simples, mas nada fáceis. Para cada uma delas e para cada indivíduo há um mar de conteúdos a serem trabalhados, até que os conhecimentos sejam não só adquiridos mas automatizados. Por isso este trabalho não é uma dieta, mas uma terapia. Mexermos com comida significa trabalharmos com algo muito básico em termos vitais, muito concreto e muito primitivo. Não é só por esses motivos que o trabalho desperta ansiedades que precisam ser elaboradas ao longo do processo. Estas perguntas não são nada neutras em termos psíquicos. A primeira relaciona-se com perguntarmo-nos a respeito de nossas reais necessidades, a segunda com os recursos que precisamos para satisfazê-las. A terceira pergunta nos remete à questão da separação, se somos capazes de nos desligar de uma experiência ou de um objeto bom sem pegarmos mais e mais um pouquinho e sem estragá-lo. Essa abordagem sugere a inserção de um parâmetro de aprendizagem ou re-aprendizagem para estes pacientes. Quando, o quê e quanto comer podem ser ensinados, assim como o fato de que o problema não é a comida, mas o uso que se faz dela.

6- A senhora poderia aprofundar um pouco mais na ligação entre as perguntas, que são as referências alimentares do processo de tratamento da Antidieta, com os aspectos psicológicos envolvidos em relação a elas?

Em relação à primeira pergunta (estou com fome?), o primeiro princípio é o de que a comida deve ser prazerosamente usada para a satisfação de uma necessidade de fome fisiológica. Este processo de ligação ou re-ligação entre fome e comida tem um equivalente psicológico muito valioso, de iniciar uma função materna interna no paciente, com o desenvolvimento de uma estrutura psíquica através de experiências confiáveis e consistentes de satisfação das próprias necessidades.

Quanto a segunda pergunta (o que quero comer para esta fome?), ela está ligada a possibilidade de uma escolha livre e permissiva de alimentos até então considerados proibidos. Além de permitir com que eles sejam menos desejados, tem uma consequência psíquica muito importante no sentido da individuação. A pergunta “o que eu

quero comer” mobiliza aspectos de se ter o direito, de estar sintonizado consigo mesmo e de erigir preferências individuais. A eliminação das categorias “alimentos bons - alimentos maus” induz a uma integração das representações de self boas e más, cindidas na percepção interna de um compulsivo.

Há ainda a questão da escolha. Abolindo-se os regimes e as distinções artificiais entre os alimentos que se baseiam numa contagem calórica tirânica e superficial, permitimos que o paciente comece a pensar em escolhas reais, que emergem como verdade de seu organismo.

A terceira pergunta (estou satisfeito?), diz respeito a quanto é suficiente, refere-se a um dos aspectos mais difíceis, relacionado à situação de separação. Após a experiência da percepção das próprias necessidades básicas, de satisfazê-las de maneira sintonizada, específica, a questão da separação implica em perguntar-se: Posso ter o que quero e preciso e depois deixá-lo, sem ter que esperar que isso acabe? Quando se pára porque se está satisfeito nesse momento, está se indicando que se pode quebrar a repetição na qual se amarram o próprio senso de insaciabilidade com a percepção da incapacidade do mundo de preencher-nos completamente.

Alimentar-se assim, sob demanda, só é possível para um comedor compulsivo depois que ele aprende que as restrições e as dietas levam inevitavelmente aos abusos, enquanto que permissão e possibilidade de satisfação tornam possível a descoberta das próprias e reais necessidades.

7. E qual é o segundo eixo?

O segundo eixo é o psicológico, o psicanalítico, em que se revê a história de cada um, procura entendê-la melhor, levantar uma biografia do peso e tentar estabelecer as relações entre as oscilações de peso e as fases psíquicas que se atravessou, conhecendo o padrão da compulsão, que é absolutamente individual. Inclui também o trabalho com aspectos transferenciais, especialmente os relacionados com a inserção dessa variável de aprendizagem.

Acreditamos que a comida e o peso para um compulsivo são a expressão como sintoma de seus conflitos. Até aqui, foi a melhor maneira que ele teve de se cuidar, se proteger. Comer é uma das maneiras de se lidar com conflitos e emoções. Há quem fume, quem beba, quem tome drogas, quem durma, quem mergulhe freneticamente no

trabalho. Comer não é das piores, mas também não é eficiente. Por isso, vamos trabalhando as emoções, substituindo comportamentos antigos e sedimentados por uma capacidade de respostas novas, mais diversificadas e apropriadas aos conflitos e ansiedades inerentes à existência humana e que a dinâmica compulsiva tenta negar.

Todas as dietas se apóiam no princípio de que a comida é perigosa e se divide em duas categorias: As comidas boas (magras) e as comidas más (gordas). Não há permissão para comer e muito menos prazer real em fazê-lo.

Dessa perspectiva psicanalítica, exploramos a relação com o corpo, as fantasias, os medos e os desejos inconscientes que estão por trás de todo o processo, tanto de engordar quanto de emagrecer. Por exemplo, muitas vezes aparecem fantasias de fragilidade, de adoecer (a voz de nossas mães, dizendo come, filho, senão você fica fraco), ou de promiscuidade sexual, de não poder dizer não, ligadas a estar magra. Outras vezes coexistem no inconsciente fantasias de fragilidade associadas a fantasias de um extremo poder, de uma onipotência que assusta e ameaça. Emagrecer, que no consciente aparece como um desejo uno e inquestionável, no inconsciente revela-se como contraditório, complexo e multideterminado, e com o caráter de defesa em relação a conflitos que despertam ansiedade.

Para a maior parte dos compulsivos, as preocupações com o corpo encobrem, mascaram outros problemas. É muito comum ouvir as pessoas dizerem que está tudo ótimo em suas vidas, seus casamentos, suas profissões, a única coisa que não deixa tudo estar perfeito é o fato de estarem gordas. Esta é uma posição típica do paciente psicossomático. Quando paramos de comer compulsivamente, é como se destampássemos uma panela de pressão, cozinhando há muito tempo em fogo baixo. Ao lado de uma intensa liberação de energia, de uma sensação de relaxamento e prazer que automaticamente vem quando começamos a nos direcionar a comer segundo as regras da Antidieta, aparecem dificuldades que serão manejadas de acordo com a capacidade de cada paciente. Assim, como não destampamos uma panela de pressão real de uma só vez, também vamos regulando na medida de cada um a válvula de segurança de nossa panela. Em minha experiência, esta válvula no trabalho de Antidieta é o peso, que regula as resistências expressando-se através de oscilações durante o processo, a cada vez que conflitos inconscientes emergirem e não puderem ser expressos totalmente a nível verbal.

8. Como é o emagrecimento nesta proposta de trabalho?

O emagrecimento na Antidieta é diferente do emagrecimento das dietas, que em geral, é abrupto, linear e rápido. Na Antidieta ele é lento, cheio de idas e vindas, e costuma seguir um padrão em que as pessoas perdem um pouco de peso, estabilizam em um determinado patamar por um tempo e assim sucessivamente em patamares cada vez menores, até chegar ao peso desejado. Tanto o peso final quanto os intermediários tem a ver com a elaboração dos conteúdos inconscientes que emergem no processo.

9. E como se dá o trabalho analítico na Antidieta?

Aos poucos vamos trabalhando as emoções, substituindo comportamentos antigos e sedimentados por uma capacidade de respostas novas, mais diversificadas e apropriadas aos conflitos e ansiedades inerentes à existência humana e que a dinâmica compulsiva tenta negar.

Quando o paciente compulsivo é ajudado a enxergar seu sintoma como algo a não ser controlado simplesmente através de dietas, mas sim como um vestígio, um sinal de sua ansiedade, através de um incremento de capacidade de internalização, e é ajudado a alimentar-se de acordo com sua própria demanda, então um verdadeiro trabalho analítico torna-se possível através da transformação da ansiedade difusa em ansiedade sinal, para um sintoma passível de uma leitura psicanalítica

ANEXO 02

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E AUTORIZADO

Eu _____, psicóloga, CRP 14/01203-2, venho solicitar através deste documento autorização da paciente _____ para fazer parte da Dissertação de Mestrado dessa profissional.

Esta profissional encontra-se matriculada no Mestrado em Psicologia, da Universidade Católica Dom Bosco, e pretende desenvolver um estudo de caso clínico sobre atendimento de compulsão alimentar com abordagem da técnica da Antidieta em psicoterapia de base psicodinâmica.

Cabe ressaltar que será mantido sigilo quanto à identidade da paciente.

Eu _____, portadora do RG: _____, aceito ser submetida à realização do estudo necessário para a Dissertação de Mestrado da psicóloga _____, encontrando-se ciente dos termos acima descritos.

Campo Grande _____ de _____ de 2003.

Assinatura da paciente

Estefânia Bojikian Sarubbi

