

Corpo e feminilidade na clínica dos transtornos alimentares

Aline Camargo Gurfinkel

Resenha de Maria Helena Fernandes, *Transtornos alimentares*, São Paulo, Casa do Psicólogo, 2006, 303p.

164

PERCURSO 39 : dezembro de 2007

De que se trata o sintoma alimentar? Por que a expressão *transtorno alimentar*, oriunda da psiquiatria, foi adotada pelos psicanalistas? Patologia somática, psíquica ou ligada a comportamentos? A que estrutura clínica se refere? Qual é a sua relação com a oralidade e a impulsividade? Existem especificidades técnicas para sua abordagem terapêutica? Ao trabalharmos com a clínica dos transtornos alimentares, deparamos com muitos desafios: o silêncio e um corpo que fala por sua magreza, tornando-se a cada dia mais etéreo, ou o insistente comportamento de livrar-se do alimento ingerido de modo descontrolado, acompanhado muitas vezes por uma aderência do discurso a um único objeto – a comida ou o corpo.

Transtornos alimentares, de Maria Helena Fernandes, apesar de recente, já se tornou bibliografia de referência sobre o tema. Essas patologias vêm recebendo grande atenção nas publicações psicanalíticas em função do aumen-

Aline Camargo Gurfinkel é psicanalista, membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae e professora do curso de Psicossomática, do mesmo Instituto. Mestre pelo Instituto de Psicologia da USP, é autora do livro *Fobia* (Casa do Psicólogo, 2001) e co-organizadora do livro *Figuras clínicas do feminino no mal-estar contemporâneo* (Escuta, 2002). Membro do “Projeto de Investigação e Intervenção na Clínica da Anorexia e da Bulimia”, do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae.

to da frequência com que tal problemática tem se apresentado na clínica, e mais ainda pelos desafios que provoca tanto para a teoria como para a prática, estimulando muitos estudos e pesquisas sobre o assunto.

“Um livro... várias histórias...”, Fernandes começa contando a história do livro, que por sua vez está entrelaçada com a história da sua clínica e das relações terapêuticas com sujeitos singulares ao longo do seu percurso como analista. Neste, evidenciam-se suas escolhas, seu vasto trabalho como pesquisadora de temas como feminilidade, corpo, hipocondria e transtornos alimentares.

O livro apresenta-se dividido em duas grandes partes. Na primeira, Maria Helena situa seu objeto de estudo e a abordagem com a qual trabalha. Seu objeto emerge de um vasto campo de questões que, aos poucos, compreendemos como imprescindíveis para uma aproximação consistente dessas patologias. Na segunda, o texto, após tessitura bastante pessoal, desemboca no que é mais esperado: sua compreensão e sua clínica da anorexia e da bulimia, que de um modo generoso a autora compartilha conosco.

Em suas indagações, Fernandes pergunta-se sobre o que os diversos pacientes acometidos de transtornos alimentares têm em comum. Na sua opinião, tais sintomas provocam uma reflexão “acerca da feminilidade, que não poderia deixar de passar pelo corpo: sua imagem, transformações, formas e deformações. A partir da exploração destes dois eixos simultâneos, o corpo e a feminilidade, este livro representa uma tentativa de reflexão, através do instrumental analítico, do que se pode aprender com a história dessas jovens, e de tantas outras, sobre a participação da função alimentar nas vicissitudes do mal-estar contemporâneo” (p. 18). Maria Helena destaca a anorexia e a bulimia como subprodutos clínicos engendrados na passagem da modernidade para a pós-modernidade. Refere-se ao trabalho de S. Alonso e M. Fuks¹, ao tratar do poder de cap-

1 S. L. Alonso e M. P. Fuks, *Histeria*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004 (Coleção Clínica Psicanalítica).

tura das anoréxicas hoje, tanto quanto das histéricas do tempo de Freud, tema que retoma de modo contundente no final do livro.

Na abordagem de terrenos alheios, Maria Helena parte da história da alimentação, destacando sua função cotidiana. Os historiadores da alimentação entendem que os hábitos alimentares estão ligados à identidade de cada povo, e portanto relacionados aos mitos, à cultura específica e às estruturas sociais. Destaca, entre outros autores, as colocações de C. Fischer, para quem as condutas alimentares se individualizam e se automatizam, desestruturando-se, fenômeno a que dá o nome de *gastro-anomia*.

Embora as patologias em foco sejam a *anorexia* e a *bulimia*, Fernandes comenta sobre a grande variedade de patologias alimentares que vão da infância à idade adulta, de sintomas comuns do cotidiano a patologias muito graves. Na distinção entre as patologias da infância para as da adolescência em diante, temos como “divisor de águas” aquelas ligadas à preocupação com a imagem corporal, ausente nas patologias infantis. Antes de tratar das duas patologias específicas, aponta a importância dos estudos sobre o que chamou de *psicopatologia da alimentação cotidiana*, que nos leva a constatar que o comportamento alimentar “remete o sujeito à complexidade da sua relação com o próprio corpo, marca indelével dos efeitos da alteridade” (p. 39).

Em seguida, o terreno alheio é o DSM-IV. Fernandes situa esse sistema de classificação, apresenta seus critérios e discute toda a problemática do seu limite no âmbito da clínica, na qual representa uma “recusa do trabalho com a singularidade das dimensões subjetivas e das particularidades das histórias de vida desses pacientes” (p. 42).

Foi com o evento da oitava Conferência Internacional sobre Transtornos Alimentares, em 1998, segundo Maria Helena, que surgiu a necessidade de um diálogo transcultural e transdisciplinar sobre os transtornos alimentares, destacando-se os aspectos epidemiológicos e socioculturais. Apesar da evidência desse as-

pecto, ela nos lembra que é importante distinguir os fatores etiológicos, dos mantenedores e desencadeantes.

A autora retrança, então, a história da anorexia que surge na literatura teológica (do século v ao xvi) sobre as jovens jejuadoras, aponta o caráter de ascese da anorexia e revela o papel social de reação às estruturas patriarcais dominantes no mundo medieval. Com relação à história da teorização sobre a anorexia, Fernandes faz uma vasta explanação, com destaque para C. Lasègue e P. Pinel. Um aspecto importante da história é que, nos anos 1950, “o interesse dos psicanalistas volta-se para as vicissitudes da relação mãe-bebê para, em seguida, no célebre Simpósio de Gottingen, dar importância às perturbações da imagem corporal na anorexia” (p. 62).

Como ressalta Fernandes, os quadros anoréxicos apresentam uma notável coerência clínica, no sentido da sua expressão, mas cuja compreensão teórica e clínica continua sendo um desafio, pois em termos psicopatológicos encontramos muita complexidade. A anorexia tem proximidade com a histeria, com a fobia, com a neurose obsessiva, com a hipocondria e com certos estados pré-psicóticos. Cada caso tem sua configuração própria, que resiste a ser abordada de modo unívoco.

Maria Helena aborda, também, o sentido etimológico dos termos psicopatológicos. *Anorexia* significa “sem desejo, sem apetite”. Ora, a clínica psicanalítica da anorexia mostra que a recusa esconde um desejo tão intenso e ambíguo que só pode ser enfrentado com obstinada recusa. É uma patologia que coloca em evidência o jogo pulsional entre autoconservação e sexualidade. O corpo emagrecido tem um efeito específico sobre o olhar do analista, segundo a autora, como um “cartão de visita”, para que ele não esqueça que “esse corpo é o lugar de inscrição de conflitos ligados ao feminino e à sexualidade” (p. 69). Desse modo, ficamos vigilantes para que a paciente não abandone o corpo aos efeitos nefastos da desfusão pulsional que marca a des-erotização do corpo inteiro.

Em seguida, apresenta a bulimia, ou as bulimias, como vai ressaltar. Ela apresenta muitas relações de proximidade com a anorexia, entre elas a frequência de casos mistos e o fato de grande parte dos quadros de anorexia evoluírem para o de bulimia.

Assim como a anorexia, a bulimia se vê situada no cruzamento de diversos eixos psicopatológicos: neurótico, psicótico, perverso e psicossomático. Frequentemente associada à depressão [...] pode fazer parte de um quadro psicótico ou *borderline* (p. 77).

Bulimia significa, literalmente, “fome de boi”, o que lembra a expressão popular “fome de cão” e nos leva à idéia de uma “fome devoradora”. Ela é descrita pela psiquiatria clássica como uma perversão do instinto alimentar.

Alguns autores, tais como B. Brusset, destacam a dimensão aditiva da bulimia, que pode ser entendida como uma “toxicomania sem droga”. O sentimento de vazio é característico nesses casos clínicos, assim como o fato de o comportamento alimentar não ser exatamente uma *compulsão*, e sim uma *impulsão*. Essa questão me parece central tanto na bulimia quanto na relação do sujeito com a droga². Maria Helena cita M. Wulff, que já em 1932 colocava a bulimia como um combate contra a sexualidade pré-genital, de característica voraz e insaciável, relacionando-a às questões femininas e às crises da fase pré-menstrual. Brusset relaciona essa questão ao atual início precoce da sexualidade e à sua banalização, levando a uma decepção e a uma aversão à sexualidade genital.

Sobre as abordagens terapêuticas, Fernandes leva em conta a grande complexidade em causa, como a questão do gerenciamento da pluralidade de recursos necessários. A tarefa terapêutica envolve a participação de diferentes profissionais, como nutricionista, endocrinologista, psiquiatra, psicanalista da paciente e da família ou dos pais e acompanhante terapêutico, entre outras possibilidades. O tratamento é dividido, em geral, em tratamento médico-nutricional e

psicoterapêutico. “Cada uma dessas abordagens apresenta diversas modalidades e possibilidades de associação e de sucessão, segundo a necessidade e a singularidade de cada caso” (p. 83). É preciso um “verdadeiro projeto terapêutico”, segundo ela.

Muitos autores destacam a importância do trabalho institucional, devido a sua capacidade de romper um círculo repetitivo instaurado na família. Entre alguns modelos, Fernandes destaca o trabalho sob a coordenação de Philippe Jemmet, no Hospital Internacional da Universidade de Paris, que propõe em alguns casos uma internação mais prolongada, de 2 a 6 meses³. Jemmet discute algumas questões relativas à internação de pacientes e seus diferentes contextos e relata sua experiência na rede pública francesa nos anos 1990. Nessa ocasião, atuou nos “apartamentos terapêuticos”, modelo que lembra as comunidades terapêuticas que colocam o convívio e a vida cotidiana entrelaçados ao tratamento.

Na visão de Fernandes, no contexto do trabalho institucional, o convívio de distintas abordagens em um mesmo ambiente não constitui um problema, e pode funcionar de modo bastante complementar.

Sobre as experiências brasileiras de assistência a esses casos, Maria Helena faz referência aos ambulatórios ligados aos hospitais-escola de São Paulo, que funcionam como referência para assistência e pesquisa (o AMBULIM, o PROTAD, da FMUSP, e o PROATA, da UNIFESP). Menciona também a parceria do PROATA (Programa de Orientação e Assistência a Pacientes com Transtornos Alimentares) com o nosso Projeto de Investigação e Intervenção na Clínica da Anorexia e da Bulimia da Clínica Psicológica do Instituto Sedes, por intermédio do Departamento

2 Sobre a distinção entre impulsividade e compulsividade, ver D. Gurfinkel, “Ódio e inação: o negativo na neurose obsessiva”, In M. Berlink (org.), *Obsessiva neurose*, São Paulo: Escuta, 2005.

3 Tivemos a oportunidade de receber P. Jemmet para uma supervisão, no Instituto Sedes, em 2005, ocasião em que se reuniram membros de diferentes serviços de atendimento aos transtornos alimentares e na qual ele reafirmou suas idéias relativas ao tratamento de casos graves e de grande desestruturação familiar.

de Psicanálise, para o encaminhamento de casos. Outra referência fora da universidade é o CEPPAN. A autora considera importante o conhecimento desses serviços de referência para quem trabalha com essas patologias.

No capítulo “A problemática alimentar na psicanálise”, Maria Helena faz uma delicada revisão da obra de Freud, das referências que ele fez explicitamente a essas patologias, bem como dos conceitos freudianos que continuam sendo centrais para a sua compreensão. Embora não encontremos no pai da psicanálise uma extensa referência a essas patologias, no caso da anorexia ela aparece associada num primeiro momento à histeria, e posteriormente também à melancolia.

Em seguida, Maria Helena nos traz a preciosa contribuição de K. Abraham e sua teoria do desenvolvimento da libido, em especial quanto às fases oral e anal. Retoma também Melanie Klein, com o conceito de oralidade e seu aspecto de devoração sádica, e a visão de Anna Freud, que entende a anorexia como um tipo de defesa adolescente de rejeição das pulsões, experimentadas como ameaçadoras. Winnicott contribuiu com a ênfase na relação mãe-bebê e na inclusão da função alimentar no contexto da função materna, permitindo que o bebê alcance uma *integração*. Lacan, por sua vez, tratou pouco da anorexia e da bulimia, mas contribuiu com seus conceitos de necessidade, demanda e desejo, assim como com o destaque da importância da função paterna, que deve romper a dialética dual.

Depois dos autores clássicos, a autora segue tratando das contribuições de M. Mannoni, E. Lemoine-Luccioni, F. Dolto, J. P. Valabrega, H. Bruch, M. Silvini, E. Kestemberg, J. Kestenberg e S. Dacobert, P. Jeammet, B. Brusset e J. McDougall. Ela sintetiza a contribuição desses diversos autores em quatro dimensões:

a dimensão neurótica, cujo modelo seria, por excelência, a histeria; a dimensão narcísica, que teria como paradigma a melancolia; a dimensão de neurose atual, representada pelo modelo da somatização; e a dimensão impulsiva, ilustrada pelo modelo das adições (p. 130).

Chegamos então à segunda parte do livro. Acompanhada pelos autores já mencionados, Fernandes segue construindo sua própria teorização através do entrelaçamento de vinhetas clínicas, o que nos permite acompanhar seu raciocínio teórico-clínico e a formulação de suas hipóteses. Apresento uma síntese bastante condensada, a fim de transmitir uma idéia da complexidade dos temas abordados, que se apresentam no texto articulados de maneira muito criteriosa.

No capítulo “A função alimentar: entre o corpo, o eu e o outro”, Maria Helena trabalha as distorções da imagem corporal e seu aspecto delirante ligado a dificuldades de percepção das sensações internas, como cansaço, fome etc. e das sensações externas, como o clima de frio e calor. Nota-se, quanto a isso, uma negativização da dor, “como se o corpo só existisse no negativo” (p. 144). Fernandes chama de *hipocondria da imagem* as questões relativas às mudanças da puberdade, que incidem na relação entre ego e corpo, e conclui com a seguinte fórmula: na anorexia estamos diante de um *corpo recusado*, ao passo que na bulimia, de um *corpo estranho*.

No capítulo “A função alimentar: para além do princípio do prazer”, Maria Helena orienta-se pelas questões que vão além das representações da angústia de castração, e remetem ao lado silencioso da pulsão de morte. Retomando a questão da ausência da mãe como uma situação traumática (Freud), trata da função materna de pára-excitação e da função do outro como condição para se construir um corpo próprio. O corpo também é o lugar de encontro de *eros* e *thanatos*, entrando em jogo o masoquismo; o sintoma é também um movimento de descarga em consequência da defusão pulsional, ou seja, da falha da função materna, que constitui o núcleo masoquista erógeno primário que permite a fusão pulsional. Fernandes dirige-se, então, à questão do corpo fetiche. Segundo P. L. Assoun, nestes casos se trata de uma neurose com “coloração perversa”.

No capítulo “Um corpo para dois” a autora aborda o processo de diferenciação e construção

da autonomia. Para isso ela revisa o desenvolvimento libidinal nas meninas, particularmente a relação mãe-filha. Partindo de um fragmento clínico, vai mostrar como a dificuldade dessas jovens em se diferenciar é o correlato da dificuldade das mães de se diferenciarem das filhas, aspecto mais marcante nos casos de anorexia. Salienta, assim, uma fronteira de diferenciação com a melancolia, visto que nos capítulos anteriores havia trabalhado a distinção da anorexia com a hipocondria e com a psicose. Tal como evoca o título, J. McDougall é aqui uma das principais autoras. As jovens, na dificuldade de abandonar o corpo da mãe, criam um corpo combinado, um corpo-monstro. A “mãe de extremos”, intrusiva ou ausente, “produz efeitos nefastos que irão dificultar para o sujeito o processo de apropriação de si mesmo” (p. 223).

O tema da relação mãe e filha nos remete, por fim, à questão da recusa da feminilidade, tão importante nesses casos. Neste ponto, Maria Helena marca uma distinção importante: não se trata da recusa da feminilidade em si, mas da feminilidade da mãe (p. 239). “O objetivo da anoréxica não me parece, então, ser um ataque ao feminino, mas muito mais uma tentativa de diferenciação, a busca de uma feminilidade outra, a configuração da própria identidade” (p. 240).

No capítulo sobre “O cotidiano da clínica”, Maria Helena descreve a clínica das pacientes anoréxicas. Nela, os gestos são neutros e comedidos, os assuntos são anódinos e tudo é marcado pela restrição: de assunto, de afeto e de contato. A fala é antimetáforica e concreta, e as pacientes mostram-se privadas de um espaço interno. Para a autora, o analista deve usar sua sensibilidade para oferecer, pouco a pouco, suas interpretações, como num conta-gotas. Não se deve esquecer que a destrutividade logo aparece nesses tratamentos, e incide diretamente no vínculo com o analista, que é vivido como ameaçador.

O analista vai viver junto com sua paciente “sensações, sentimentos e pensamentos, diver-

sos e contraditórios” (p. 255). O controle onipotente sobre o corpo se repete na transferência. Nas palavras de M. Helena, é o trabalho lento e paciente, como um “passeio pelo corpo da anoréxica, a passos lentos e delicados, que vai permitir *uma passagem desse corpo recusado a um corpo libidinizado, investido pela presença e pela palavra do analista*”.

O capítulo de conclusão intitula-se “Questionamentos”. Nele, a autora se pergunta sobre a riqueza dessa clínica em sua “potencialidade para engendrar perguntas e levantar hipóteses a respeito também das vicissitudes do mal-estar contemporâneo” (p. 266), especialmente quanto ao mal-estar feminino na pós-modernidade.

Fernandes dialoga, no final do seu percurso, com diversos autores consagrados na pesquisa da interface entre corpo e cultura, tais como G. Débord, C. Lasch e J. Birman. Ela relembra que a psicopatologia da atualidade vem marcada pelos mecanismos da recusa e da clivagem, numa situação na qual parece haver uma substituição das funções do ego pelo papel do ego ideal. As instâncias ideais tornam-se reguladoras da vida psíquica. A clínica, como espelho da cultura, reflete uma fetichização do corpo, de modo que a idéia de indestrutibilidade do corpo, o horror do envelhecimento e da morte comprovam a recusa da vulnerabilidade humana. “O ego ideal é antes de tudo corporal”, afirma a autora.

Por fim, outro mérito do livro é a ampla utilização que faz do trabalho de seus pares e da produção brasileira sobre o tema. Podemos vislumbrar o rico ambiente de pesquisa e interlocução no qual está inserida, com destaque para os colegas do Instituto Sedes Sapientiae – particularmente os do Curso de Psicossomática e do Departamento de Psicanálise –, com quem mantém estreitas relações. Esse aspecto é muito relevante quando se trata de um trabalho de tal seriedade, e parte integrante da produção de pesquisas correlatas que têm se afirmado no cenário brasileiro dos últimos anos.