UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

VERÓNICA LARA WAINSTEIN

Anorexia na perspectiva psicanalítica da Teoria das Relações Objetais

São Paulo
2014

VERÓNICA LARA WAINSTEIN

Anorexia na perspectiva psicanalítica da Teoria das Relações Objetais

(Versão corrigida)

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientador: Prof. Dr. Avelino Luiz Rodrigues.

São Paulo
2014

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catalogação na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Wainstein, Verónica Lara.
Anorexia na perspectiva psicanalítica da teoria das relações objetais / Verónica Lara Wainstein; orientador Avelino Luiz Rodrigues. -- São Paulo, 2014.
115 f.
Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clinica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Anorexia 2. Relações de objeto 3. Desenho da família 4. Questionário desiderativo 5. Teste das relações objetais I. Título.

RC552.A5

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Verónica Lara Wainstein
Título: Anorexia na perspectiva psicanalítica da Teoria das Relações Objetais

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Aprovado em: _____/_____/_____

Banca Examinadora

Prof. Dr._____

Instituição_____ Assinatura_____

Prof. Dr._____

Instituição_____ Assinatura_____

Prof. Dr._____

Instituição_____ Assinatura_____

Para meus pais.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof^{0} Avelino Luiz Rodrigues, por contribuir com meu crescimento pessoal e profissional e pela confiança em meu trabalho.

À minha supervisora do Instituto de Psiquiatria (IPq-HC/FMUSP), Ms. Maria Cecília Fernandes Silva, cuja ajuda generosa tornou possível que esta pesquisa fosse realizada.

Aos colegas do Laboratório Sujeito e Corpo (SuCor), pelo carinho e pela amizade. Agradeço especialmente aos colegas Walter Lisboa e Angélica Lie Takushi Sanda pelo apoio permanente.

Às colegas, Danielle Lopes Palermo e Camila Gonçalves da Fonseca, por terem me incentivado a continuar com este trabalho nos momentos mais árduos.

Às participantes desta pesquisa, por compartilharem suas histórias comigo.

Ao meu amigo, Augusto, pela companhia e pela escuta atenta.

À minha querida amiga, Nayla, pelos momentos que passamos juntas e pelas nossas conversas presenciais, epistolares, virtuais e telepáticas ao longo dos anos.

Aos meus pais, Alicia e Raúl, pelo amor e pela presença, mesmo à distância.

Ao meu marido, Matheus, por caminhar ao meu lado.

RESUMO

Wainstein, V. L. (2014). *Anorexia na perspectiva psicanalítica da Teoria das Relações Objetais*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

O estudo dos distúrbios alimentares tem recebido cada vez mais atenção por parte da comunidade científica nas últimas décadas, devido ao seu alarmante incremento na população mundial. Embora as primeiras descrições clínicas da anorexia nervosa datem do século XIX, o aumento recente de casos de transtornos alimentares no contexto de uma sociedade que faz culto ao corpo e à magreza permite pensar na anorexia como um dos quadros psicopatológicos emblemáticos da contemporaneidade. Considerando-se a amplitude e a complexidade do campo dos transtornos alimentares e a escassez de trabalhos que utilizam técnicas projetivas, esta pesquisa visou intensificar e aprofundar essa linha de pesquisa. O objetivo principal foi identificar e descrever aspectos dinâmicos e estruturais da personalidade de pacientes com diagnóstico de anorexia, a partir do referencial teórico psicanalítico. Para realizar a coleta de dados, foram utilizadas a Entrevista Clínica e três técnicas projetivas: o Desenho da Família, o Questionário Desiderativo e o Teste de Relações Objetais, aplicados em três pacientes com diagnóstico de anorexia, internadas no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC/FMUSP). A análise dos dados evidenciou que as participantes desta pesquisa carecem de recursos psíquicos desenvolvidos para elaborar lutos e manifestam sentimentos de desesperança e futilidade nas tentativas de reparação do objeto. Também foi constatado que há um desarranjo da dinâmica das relações objetais estabelecidas pelas participantes. Ainda foi observado que, no Desenho da Família, o alimento tem um papel fundamental na dinâmica familiar. Finalmente, verificou-se que a participante com diagnóstico de anorexia restritiva apresenta recursos defensivos mais desenvolvidos que as participantes diagnosticadas como anoréxicas purgativas.

Palavras-chave: Anorexia, Relações de objeto, Desenho da família, Questionário desiderativo, Teste de relações objetais.

ABSTRACT

Wainstein, V. L. (2014) *Anorexia from the psychoanalytic perspective of the Object Relations Theory*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

The study of eating disorders has increasingly attracted the scientific community´s attention in the last decades because of their alarming rise in the world population. Although the first clinical descriptions of nervous anorexia date from the 19th century, the recent increase of eating disorder cases in the context of a society that worships body and thinness let us think of anorexia as an emblematic psychopathological picture of the contemporary times. Taking into account the range and the complexity of the study of eating disorders and the lack of researches using projective techniques, this study aimed at intensifying and deepening this line of research. The main objective was to identify and to describe the dynamic and structural aspects of the personality of patients whose diagnosis was anorexia, from the theoretical psychoanalytic referential. Data was collected through the Clinical Interview and three projective techniques: the Drawing of the Family, the Desiderative Questionnaire and the Object Relations Technique, which were applied to three anorexia patients who were interned at the Psychiatry Institute of Hospital das Clínicas/University of São Paulo´s Medicine School (IPq-HC/FMUSP). The datum analysis showed that the research participants lacked developed psychic resources to elaborate mourning and that they have feelings of hopelessness and futility when trying to repair the object. It was also found out that there is a disarrangement in the dynamics of the object relations established by the participants. Moreover, it was observed, in the Drawing of the Family, that food plays a fundamental role in the family dynamics. Finally, it was found out that the patient with restrictive anorexia has more developed defensive resources than the participants with purgative anorexia.

Keywords: Anorexia. Object relations. Drawing of the Family. Desiderative Questionnaire. Object Relations Test.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 12

1.1 Anorexia: revisão histórica e evolução do conceito 12

1.2 Critérios diagnósticos 18

1.3 Epidemiologia, etiologia e curso da anorexia 20

2 CONTRIBUIÇÕES DE MELANIE KLEIN, WILLIAM RONALD D. FAIRBAIRN E DONALD W. WINNICOTT À TEORIA DAS RELAÇÕES OBJETAIS 22

2.1 O começo da teoria das relações objetais 22

2.2 Teoria das relações objetais 23

2.2.1 Contribuições de Melanie Klein 23

2.2.2 Contribuições de William Ronald D. Fairbain 25

2.2.3 Contribuições de Donald W. Winnicott 27

3 CORPO E SUBJETIVIDADE 29

3.1 O processo de integração psicossomática e suas vicissitudes 29

3.2 Anorexia, corpo e linguagem 31

3.2.1 Referencial freudiano 31

3.2.2 Aportes da Teoria Psicanalítica das Relações Objetais 32

3.2.3 Contribuições da Psicossomática 34

3.3 Anorexia: o modelo econômico das neuroses atuais 35

4 ANOREXIA NA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA 38

4.1 Freud 38

4.2 Aportes de autores pós-freudianos 40

4.2.1 Referencial kleiniano 40

4.2.2 A problemática da classificação nosológica da anorexia 41

4.2.3 Aspectos metapsicológicos 43

4.2.4 Sobre a transmissão transgeracional 45

5 JUSTIFICATIVA 47

6 OBJETIVO 48
7.1 Método 49
7.2 Material 49
7.2.1 Entrevista clínica 49
7.2.2 Desenho da Família 50
7.2.3 Questionário Desiderativo 51
7.2.4 Teste de Relações Objetais 52
7.3 Procedimentos 54
7.4 Participantes 54
8 ANÁLISE DOS RESULTADOS 56
8.1 Mariana: “Evitava comer alimentos que me dessem prazer” 56
8.1.1 Entrevista clínica 56
8.1.2 Desenho da família (Anexo A) 58
8.1.3 Questionário Desiderativo (Anexo B) 59
8.1.4 Breve análise esquemática do TRO (Anexo C) 60
8.1.5 Considerações sobre o prognóstico 64
8.2 Sílvia: “Tudo que me faz mal, eu jogo fora” 66
8.2.1 Entrevista clínica 66
8.2.2 Desenho da família (Anexo D) 68
8.2.3 Questionário Desiderativo (Anexo E) 69
8.2.4 Breve análise esquemática do TRO (Anexo F) 70
8.2.5 Fatores prognósticos no TRO 73
8.3 Camila: “Não sei se me sinto magoada ou tenho raiva”. 74
8.3.1 Entrevista clínica 74
8.3.2 Desenho da família (Anexo G) 77
8.3.3 Questionário Desiderativo (Anexo H) 78
8.3.4 Breve análise esquemática do TRO (Anexo I) 79

8.3.5 Fatores prognósticos no TRO 82
9 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS - GERAL 84
9.1 Entrevista clínica 84
9.2 Desenho da família 84
9.3 Questionário desiderativo 85
9.4 Teste das Relações Objetais 86
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS 89
REFERÊNCIAS 91
ANEXO A — DESENHO DA FAMÍLIA 97
ANEXO B — QUESTIONÁRIO DESIDERATIVO 98
ANEXO C — TESTE DE RELAÇÕES OBJETAIS 99
ANEXO D — DESENHO DA FAMÍLIA 104
ANEXO E — QUESTIONÁRIO DESIDERATIVO 105
ANEXO F — TESTE DE RELAÇÕES OBJETAIS 106
ANEXO G — DESENHO DA FAMÍLIA 110
ANEXO H — QUESTIONÁRIO DESIDERATIVO 111
ANEXO I — TESTE DE RELAÇÕES OBJETAIS 112

1 INTRODUÇÃO

1.1 Anorexia: revisão histórica e evolução do conceito

Embora a anorexia seja considerada um quadro psicopatológico moderno, as primeiras descrições teológicas de mulheres que praticavam jejuns rigorosos como uma forma de se aproximar de Deus datam do século V. Essas mulheres, chamadas "santas anoréxicas", eram descritas como perfeccionistas, com marcada rigidez de comportamento e insatisfeitas com elas mesmas, de forma similar às anoréxicas da atualidade (Cordás, 2004). Gamero (2002, citado por Weinberg, Cordás & Albornoz Munoz, 2005) pensa que o aumento notório das santas jejuadoras durante a Idade Média poderia se explicar pelo surgimento do Cristianismo e a decorrente substituição dos deuses obesos pela figura magra de Cristo. Esse autor também aponta que, durante a Idade Média, a gula passou a ser considerada como um dos sete pecados capitais e foi abandonado o hábito de realizar opulentos banquetes seguidos de vômitos provocados, como acontecia na Roma Antiga.

É importante destacar que as motivações das jovens jejuadoras pareciam ir além das questões religiosas: recusar a comida também era uma forma de se rebelar perante as imposições familiares de casamentos arranjados. Liles e Woods (1999, citados por Weinberg et al., 2005) enfatizam a dimensão do poder envolvido na prática do jejum: as mulheres podiam evadir-se das suas obrigações e ter voz na elaboração de reformas da Igreja.

Cordás e Medeiros Claudino (2002) assinalam que é possível estabelecer semelhanças entre a anorexia santa e a anorexia da atualidade:

> Embora não se possa afirmar que a atual concepção de anorexia nervosa esteja relacionada aos casos de "anorexia sagrada", em virtude de documentação falha e incerteza quanto às reais motivações, sentimentos e crenças das santas, alguns paralelos são evidentes: ambas não toleram as consequências do "comer", ambas representam "estados ideais" (beatitude na Itália medieval e magreza no ocidente atual) e evitação da sexualidade, do egoísmo e do alimento. Em ambos os quadros se descrevem excesso de atividades, perfeccionismo, constante vigilância, desinteresse por relacionamentos comuns, autossuficiência e preferência por cuidar dos outros ao invés de serem cuidadas. (p. 3)

A partir da Reforma, no século XVI, a anorexia santa começou a ser vista como um comportamento herege, fruto da obra do diabo, motivo pelo qual as jovens jejuadoras eram consideradas vítimas de possessão demoníaca e levadas à fogueira. Vandereycken e Van Deth (1994, citados por Weinberg & Cordás, 2006) acreditam que o declínio do jejum religioso está relacionado a cinco fatores:

a) a preocupação da Igreja Católica com o aumento das santas jejuadoras;
b) a desvinculação do jejum do modelo de piedade feminino;
c) a associação do jejum aos comportamentos de possessão demoníaca;
d) a conotação de "espetáculo" do jejum: no século XVII, as "virgens jejuadoras" ficaram famosas por sua capacidade de viver sem comer;
e) a inscrição do jejum no discurso médico e sua decorrente caracterização como fenômeno patológico.

Em 1554, um médico inglês chamado Johannes Lange descreveu uma doença denominada clorose ou "doença verde". Esse quadro era diagnosticado com base na conjunção dos sintomas de palidez, fraqueza, constipação, irritabilidade e amenorreia e foi uma verdadeira epidemia entre as mulheres inglesas, francesas e americanas durante a era vitoriana. As jovens cloróticas perdiam o apetite, o que frequentemente acarretava uma perda de peso significativa, e mostravam uma forte recusa a ingerir certos alimentos, principalmente carnes vermelhas (Cordás & Weinberg, 2002). Em meados do século XIX, os bons costumes impunham que as mulheres respeitáveis não demonstrassem seu apetite, porque este era estreitamente relacionado, no discurso social, com comportamentos autoeróticos inadequados. Certamente a comida era o significante preferencial para veicular as proibições e tabus da moral da época, legitimados pela objetividade da prática médica: "De todos os alimentos perigosos, nenhum era mais do que a carne, vista por médicos e leigos como altamente estimulante da sexualidade, podendo levar a jovem adolescente, caso ingerisse em abundância, à insanidade e ninfomania" (Weinberg & Cordás, 2006, p. 58).

As jovens cloróticas eram descritas como meninas lânguidas que apresentavam uma marcada labilidade emocional e demostravam uma evidente carência afetiva. Talvez por esses motivos Lange suspeitasse que a etiologia da clorose vinculava-se a uma afecção da vida amorosa e, consequentemente, achasse que a cura não devesse ser procurada nos medicamentos, senão no casamento e na maternidade. O fato de os sintomas da clorose estarem ligados tanto à falta de apetite quanto a problemáticas do universo feminino levou certos autores, como Perry Jones e Loundon, nos anos 80, a relacionar retrospectivamente a clorose à anorexia nervosa (Weinberg & Cordás, op. cit.).

Um século mais tarde, em 1691, aparece a primeira publicação de caráter médico, escrita por Richard Morton, na Inglaterra, sobre um quadro de anorexia semelhante ao atual. Na obra intitulada *Phthsiologia, seu Exercitaciones de Phithisi (Tisiologia sobre a doença da*

consunção). Morton descreveu o caso de uma jovem que morreu de inanição, designando esse quadro como "Consumpção Nervosa".

Embora esse texto tenha sido conhecido pelo estudo aprofundado da tuberculose, a história clínica de *Miss* Duke traz informações muito ricas para o campo dos transtornos alimentares. Essa paciente, acompanhada por Morton, tinha 18 anos quando apresentou amenorreia, perda do apetite, palidez e má digestão. Seu estado físico era tão delicado, que Morton a descreveu como "um esqueleto coberto de pele" e afirmou nunca ter visto um caso igual na sua prática médica (Weinberg & Cordás, 2006). Milton Della Nina (2011) reflete sobre o impacto que esta paciente deve ter causado sobre Morton, médico especialista em tuberculose, para classificar o quadro sob o rótulo de "consumpção". Além da fragilidade física, o mais surpreendente de *Miss* Duke era sua obstinação para rejeitar qualquer tipo de assistência médica, o que levou Morton a observar o papel patogênico das emoções (Cordás & Medeiros, 2002).

Morton foi o primeiro a descrever os sintomas típicos da anorexia nervosa, como amenorreia e perda significativa de peso. Em 1789, um século mais tarde, na França, Naudeau expôs um quadro de origem nervosa caracterizado pela repulsa pelos alimentos (M. H. Fernandes, 2006).

No começo do século XIX, Pinel (1813, citado por Bidaud, 1998) faz a "primeira reflexão, repousando sobre analogias, sobre a conduta alimentar e suas particularidades" (p. 15) e classifica a anorexia e a bulimia (etimologicamente, "fome de cão") como subtipos das neuroses das funções nutritivas.

A anorexia, como distúrbio autônomo, surge a partir dos estudos de Charles Lasègue, no ano 1873, na França, e William Gull, em 1874, na Inglaterra. Eles chamaram erroneamente a doença de *anorexia*, ou seja, "falta de apetite", dando continuidade à linha de pensamento de Morton, que acreditava haver uma origem nervosa para a anorexia que levaria o paciente a morrer de inanição (Della Nina, 2011). Gull mencionou pela primeira vez o quadro de anorexia, que designou como *apepsia hysteric*, em uma palestra no marco do Encontro Anual da *British Medical Association* (Weinberg & Cordás, 2006). Uma década mais tarde, ele utilizaria o termo *anorexia* em lugar de *apepsia* (indigestão) uma vez que as pacientes não apresentavam dificuldades para digerir os alimentos.

Simultaneamente, na França, Lasègue descreveu oito casos de mulheres anoréxicas, delimitando três etapas da doença: a primeira era a restrição alimentar como resultado de uma

sensação dolorosa após as refeições; a segunda se caracterizava por uma sistematização dessa restrição alimentar, como sintoma de uma "perversão mental"; na terceira, a fase essencial, as pacientes mostravam uma acentuada resistência a ingerir alimentos que se fortalecia à medida que aumentava a insistência e o desespero dos familiares para que elas abandonassem esse comportamento patológico (Weinberg & Cordás, 2006).

Eliacheff (1972, citada por Bidaud, 1998) pontua:

> Pode-se adiantar, sem grande risco, que sempre houve anoréxicas, mas pode-se afirmar que elas só existiram a partir do momento em que foram inscritas num discurso, o de Lasègue, que constituiu um acontecimento no campo da medicina. Vamos tomar como prova somente o fato de que o conjunto das descrições clínicas de anorexia mental, posteriores a Lasègue, refere-se a ele sem poder contribuir com nada novo. (p. 16)

Lasègue (citado por Bidaud, 1991) fez um estudo pormenorizado da psicologia das jovens anoréxicas, sublinhando a dimensão do prazer sentido por elas: "Prazer do autocontrole, prazer de controlar o terapeuta, prazer ligado a uma forma de autoerotismo mantido pelo aguçamento da fome" (p. 17). Além de ter feito observações clínicas preciosas, Lasègue assinalou a importância de incluir a família no manejo terapêutico (M. H Fernandes, 2006).

Brumberg (1989, citado por Weinberg & Cordás, 2006) afirma que as descrições de Gull e Lasègue enfatizam aspectos diferentes: Lasègue fez uma descrição detalhada dos aspectos psicopatológicos da anorexia, enquanto o trabalho de Gull foi focado em provar a ausência de patologia orgânica no desenvolvimento desse quadro. Outra diferença estaria no prognóstico: enquanto para Gull a anorexia podia ser fatal, Lasègue referia não ter visto nenhuma paciente com anorexia que fosse a óbito.

Aproximadamente em 1889, Charcot, médico da Salpêtrière, observou que a recusa alimentar das pacientes anoréxicas estaria relacionada com o medo de engordar, em contraste com a melancolia e os delírios de perseguição, nos quais a ingestão alimentar é recusada em função das ideias delirantes. Charcot entendia a anorexia como uma manifestação histérica e sugeria que a família fosse afastada da paciente para que o tratamento fosse bem sucedido (Weinberg & Cordás, 2006). Um fragmento de um escrito de Charcot (1890, citado por Bidaud, 1991) ilustra os fundamentos do método de isolamento terapêutico:

> As doentes são postas sob a direção de pessoas competentes e experimentadas: são, habitualmente, religiosas que uma longa prática tornou especialistas no manejo desse gênero de doentes . . . . Os pais são sistematicamente afastados até o dia em que, tendo-se produzido uma melhora nítida, permite-se às doentes, a título de recompensa, vê-los. (p. 18)

Pierre Janet, discípulo de Charcot na Salpêtrière, descreveu o caso de Nadia, uma paciente anoréxica que perguntava insistentemente se ainda estava magra; assim, Janet enfatizou, como o mestre, o papel psicopatológico fundamental do temor de engordar nos quadros de anorexia (que ele chamava de "doença de vontade"). Janet (citado por M. H Fernandes, 2006) relata que Nadia se vestia como um menino em virtude do "desejo de erradicar o sexo e não ter corpo algum" (p. 60). Baseando-se na observação clínica, Janet diferenciou duas formas de anorexia, a histérica e a obsessiva; no primeiro caso, a paciente perdia a fome e, no segundo, a fome era mantida (Cordás & Medeiros, 2002).

Posteriormente, L. Biswanger, considerado o primeiro médico a combinar psicoterapia com existencialismo, fez uma comparação entre a história clínica de Nadia e sua paciente, Ellen West, destacando a relação entre o medo de engordar e a voracidade. Esse autor ainda refletiu sobre o sentimento de vazio experimentado pela paciente e chegou a aproximar a compulsão alimentar do alcoolismo (M. H. Fernandes, 2006).

Em 1914, um patologista chamado Simmonds relacionou o emagrecimento sem causa orgânica aparente com uma disfunção da glândula hipofisária, o que contribuiu para tornar mais confusa a classificação da anorexia.

A partir do trabalho de Simmods e até a década de 1970, aproximadamente, a etiologia neuroendócrina da anorexia esteve presente na literatura científica, inclusive em escritos de cunho psicopatológico (Della Nina, 2011). O conceito de anorexia se desvincula da doença de Simmonds com o trabalho de Sheehan e Summers, em 1940, pois esses autores afirmaram que não havia provas clínicas consistentes de disfunção da glândula hipofisária na anorexia nervosa (Cordás & Medeiros, 2002).

Em 1960, Hilde Bruch identificou a anorexia como uma síndrome específica, caracterizada por uma série de deficiências na constituição da personalidade (Della Nina, 2011). Weinberg e Cordás (2006) assinalam as principais contribuições desta autora para o entendimento das características psicodinâmicas da anorexia:

a) busca incessante pela magreza;
b) distorção da imagem corporal;
c) negação da sexualidade e do apetite;
d) falta de autonomia e incapacidade de decidir sobre a própria vida.

Bruch também destacou a importância de incluir a família no tratamento, percebendo que a dinâmica familiar tem um papel etiológico fundamental. Esta observação foi confirmada

por outros autores, como Gabbard (1994), que sublinhou os conflitos da relação mãe- filha na anorexia, e pelos trabalhos de abordagem sistêmica, como os de Minuchin e Selvini Palazzoli, que descreveram os padrões relacionais de famílias com pacientes anoréxicas (Della Nina, 2011).

Sem dúvida, fazer uma revisão histórica do conceito de anorexia traz à tona o questionamento sobre a pertinência de utilizar os critérios psicopatológicos modernos para compreender os quadros psiquiátricos do passado. Alguns autores, como Bell (1985) e Van Deth (1994), postulam que a anorexia santa era uma forma "anterior" da anorexia moderna. Em contrapartida, outros especialistas em transtornos alimentares, como Bruch (1965), Russel (1985) e Habermas (1996), afirmam que, como as jovens jejuadoras do passado não apresentavam distorção da imagem corporal, seria errado comparar aqueles quadros com a anorexia nervosa atual (Weinberg & Cordás, 2006).

Nesse sentido, cabe destacar que um grande número de pesquisas contemporâneas relaciona o aumento da incidência dos casos de anorexia nas últimas décadas ao padrão de beleza extremamente magro fomentado insistentemente pela mídia. Oliveira e Hutz (2010) chegam à conclusão de que é inegável que o ideal de magreza atual é um fator fundamental no aumento de casos de transtornos alimentares. Esses autores ainda expõem os resultados de estudos realizados nas ilhas Fiji e na Tanzânia, que comprovam a relação entre a exposição à mídia e o desenvolvimento de transtornos alimentares.

De fato, o ideal de beleza feminino foi mudando com o passar do tempo e certamente a busca pela magreza, atualmente, tem um papel relevante na etiologia dos distúrbios alimentares. No entanto, como apontam Weinberg e Cordás (2006), parece que é possível abstrair aspectos imutáveis (patogenéticos) e variáveis (patoplásticos) da anorexia. Assim, esses autores observam que as jovens anoréxicas perseguem e perseguiam um ideal, ora de magreza, como nos tempos modernos, ora de piedade e ascetismo, como antigamente. Além disso, pode-se destacar outra invariável no comportamento de imitação: as jejuadoras da Idade Média seguiam os exemplos de ascetismo das santas, como Catarina de Siena; posteriormente, na era vitoriana, as mulheres almejavam adquirir uma aparência lânguida, como a das heroínas das novelas românticas (Weinberg & Cordás, 2006).

E na atualidade? Pensando nas palavras de Mary del Priore (2000, citada por Miranda, 2011a) – "Nosso tormento não é o fogo do inferno, mas a balança e o espelho" (p. 133) –, surge, então, a pergunta: por que a sociedade pós-moderna considera *pecado* ser gordo?

1.2 Critérios diagnósticos

A anorexia é classificada como Transtorno da Alimentação pelo DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual, IV edition)* e pelo CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição), atuais sistemas classificatórios de transtornos mentais.

Os critérios diagnósticos para a anorexia nervosa, segundo o DSM-IV, são:

a) recusa do indivíduo a manter um peso corporal na faixa normal mínima;
b) medo intenso de ganhar peso;
c) perturbação significativa no modo de vivenciar o peso ou de perceber a forma ou o tamanho do corpo; influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a autoavaliação, ou negação do baixo peso corporal atual;
d) nas mulheres pós-menarca, amenorreia, isto é, ausência de, pelo menos, três ciclos menstruais consecutivos. A perda de peso em geral é obtida, principalmente, através da redução do consumo alimentar.

Dependendo dos métodos empregados para perder peso, a anorexia pode ser classificada em dois subtipos:

Restritiva: não há episódio de comer compulsivo nem de comportamentos purgativos.
Purgativa: existe episódio de comer compulsivo e/ou de purgação.

Segundo o CID-10, os critérios diagnósticos para anorexia são:

a) perda de peso ou, em crianças, falta de ganho de peso; o peso corporal é mantido pelo menos 15% abaixo do esperado;
b) perda de peso autoinduzida;
c) distorção da imagem corporal, na forma de uma psicopatologia específica como um pavor de engordar;
d) transtorno endócrino envolvendo o eixo hipotalâmico- hipofisário-gonadal, manifestado nas mulheres como amenorreia e nos homens, como perda de interesse e potência sexuais.

Claudino e Borges (2002) destacam que os pacientes que desenvolvem condutas purgativas apresentam características de personalidade, traços de impulsividade e histórico de obesidade diferentes dos pacientes com condutas restritivas. Essas autoras inda apontam a importância de discriminar os pacientes anoréxicos com condutas purgativas dos pacientes

com bulimia, pois os primeiros têm complicações clínicas decorrentes da desnutrição. No entanto, os subtipos de anorexia, restritiva e purgativa, estão ausentes no sistema do CID-10 e os pacientes que apresentam episódios de comer compulsivamente e têm peso abaixo do esperado recebem o diagnóstico de bulimia nessa classificação. Beumont et al. (1995), citados por Claudino e Borges (2002), afirmam que a presença de condutas purgativas é um importante indicador de funcionamento mental psicopatológico. Assim, o texto dessas autoras chama a atenção do leitor para a existência de uma divergência significativa entre os dois sistemas classificatórios.

Em contrapartida, Cordás (2004) polemiza a dicotomia classificatória restritiva/ purgativa, questionando se os dois subtipos de anorexia não seriam "apenas estágios evolutivos de uma mesma doença". Este autor menciona dois estudos: o primeiro deles, realizado por Eddy et al. (2002), conclui que apenas 12% das pacientes anoréxicas (subtipo restritivo) nunca apresentou comportamentos purgativos para perder peso e que 62% de um grupo de pacientes com anorexia nervosa restritiva, acompanhadas por oito anos, foi classificada como anoréxicas purgativas no curso do seguimento clínico. O segundo estudo tem autoria de Van der Ham et al. (1997) e evidencia um resultado similar: não foi possível diferenciar os subgrupos de anoréxicas restritivas e purgativas no decorrer da pesquisa, que durou quatro anos.

Além das controvérsias diagnósticas já mencionadas, tanto Claudino e Borges (2002) quanto Cordás (2006) enfatizam as dificuldades de estabelecer a divisão entre o peso minimamente normal e o peso abaixo do esperado. Com o intuito de padronizar os critérios diagnósticos, o DSM-IV utiliza o percentual de adequação de peso inferior a 85%, enquanto o CID-10 se baseia nos parâmetros do Índice de Massa Corporal (IMC), sendo o IMC=17, 5 o mínimo esperado.

O medo mórbido de engordar também é um critério que tem gerado polémicas entre os pesquisadores, já que, em outras culturas, o quadro de anorexia poderia apresentar-se sem essa característica. Também cabe ressaltar a dificuldade para avaliar a presença do medo de engordar nas pacientes anoréxicas, pois muitas omitem esse sentimento nas entrevistas clínicas (Claudino & Borges, 2002).

A respeito da presença de amenorreia como critério diagnóstico, Cordás (2006) salienta que um estudo canadense mostrou que 30% das pacientes que cumpriam com todos os critérios para anorexia não apresentava essa condição clínica.

1.3 Epidemiologia, etiologia e curso da anorexia

A anorexia nervosa é um distúrbio alimentar que afeta predominantemente as mulheres jovens, sendo a prevalência nove vezes maior no sexo feminino e o pico da incidência, na puberdade.

A prevalência de anorexia nervosa varia, dependendo dos critérios classificatórios, entre 0,5% e 3,7%. Nielsen (2001), citado por Pinzón e Nogueira (2004), estima que a incidência de anorexia nervosa, em mulheres, é de 8 por cem mil indivíduos enquanto entre homens o número cai significativamente: 0,5 por cem mil indivíduos por ano.

Não existe uma causa única que determine o surgimento dos transtornos alimentares; por esse motivo, a comunidade científica atualmente aceita o modelo etiológico multifatorial, que considera a interação de fatores biológicos, psicológicos, familiares e socioculturais. Na literatura, diferenciam-se os fatores predisponentes, precipitantes e mantenedores dos transtornos alimentares. Os fatores predisponentes são aqueles que contribuem para o aparecimento dos transtornos alimentares, porém, não são determinantes. Os fatores precipitantes são os disparadores dos sintomas. Finalmente, os fatores mantenedores são os que perpetuam a doença (M. H Fernandes, 2006).

Os fatores predisponentes são classificados em três grupos: individual, familiar/hereditário e sociocultural (Ramalho, Vecchiatti & Negrão, 2002). Entre os fatores predisponentes de carácter individual, os traços obsessivos e a tendência ao perfeccionismo têm sido amplamente aceitos na literatura científica como atributos característicos dos pacientes anoréxicos.

A respeito dos fatores predisponentes familiares, há um consenso na comunidade científica sobre a influência da dinâmica familiar no aparecimento dos transtornos alimentares, sendo que o vínculo mãe-filha é especialmente complicado na anorexia nervosa.

O padrão de beleza feminino, centrado na extrema magreza, e o nível socioeconômico são os principais fatores predisponentes de caráter sociocultural. Uma pesquisa realizada por A. E. R. Fernandes (2007), em Belo Horizonte, aponta que a classe social tem um papel fundamental na construção da imagem corporal. Esse estudo mostrou que, dentre os participantes da pesquisa, os jovens pertencentes às classes socioeconômicas mais favorecidas desejavam ser mais magros, enquanto os indivíduos de classes mais baixas queriam ganhar peso (Oliveira & Hutz, 2010).

Tanto o início de uma dieta quanto eventos estressores de alto impacto emocional (como lutos, separações, frustrações) são os fatores precipitantes mais frequentes nos transtornos alimentares. Certamente, fazer dieta não é condição suficiente para o aparecimento de um transtorno alimentar. No entanto, um estudo feito nos Estados Unidos, em 1999, provou que os indivíduos que faziam dieta tiveram um risco dezoito vezes maior de desenvolver um distúrbio alimentar em comparação com aqueles que não faziam dieta (Ramalho et al., 2002).

Finalmente, os fatores mantenedores incluem as alterações psicológicas e neuroendócrinas decorrentes do estado de desnutrição e privação alimentar. Nos transtornos alimentares, observa-se um ciclo vicioso composto por diferentes fenômenos que se retroalimentam: privação alimentar- obsessão pela comida- compulsão alimentar. (Ramalho et al., op.cit.).

A respeito da evolução do quadro de anorexia, sinaliza-se que, embora alguns estudos apontem uma taxa de recuperação completa em torno de 50%, um número significativo de pacientes apresenta prejuízos sociais, comprometimento psicológico e alterações físicas (incluso mantendo o peso normal) após a recuperação (Pinzón & Nogueira, 2004). As recaídas e readmissões hospitalares são frequentes, principalmente se o paciente tem alta com peso abaixo do normal.

2 CONTRIBUIÇÕES DE MELANIE KLEIN, WILLIAM RONALD D. FAIRBAIRN E DONALD W. WINNICOTT À TEORIA DAS RELAÇÕES OBJETAIS

2.1 O começo da teoria das relações objetais

Conforme Hinsheldwood (2004), a teoria das relações objetais tem sua origem na crescente importância que Freud foi outorgando à transferência, como pode ser observado na leitura do "Caso Dora". Certamente, a relação transferencial é fundamental na prática analítica. E a análise da transferência implica colocar no primeiro plano as relações do ego com os objetos.

Foi estudando o "Caso Schereber" que Freud chegou à conclusão de que os pacientes esquizofrênicos não estabelecem uma relação transferencial devido à libido estar voltada para seu mundo interno. Essa diferenciação entre o mundo interno e a realidade exterior, compartilhada socialmente, é precursora da teoria das relações objetais. (Hinshelwood, 2004).

Outro texto-chave é, sem dúvida, "Luto e Melancolia", que dá abertura para a posterior elaboração do conceito de "introjeção". Nesse trabalho, Freud (1917/1996) expõe que, na melancolia, "a sombra do objeto caiu sobre o ego" (p. 254). Cabe destacar que, enquanto a subjetividade psicótica carece de recursos adequados para elaborar o vazio da perda do objeto, o sujeito melancólico se identifica com o objeto, à custa de um empobrecimento egoico; ou seja, na melancolia, o objeto perdido se "reconstrói" no interior do próprio ego. Como Freud (1917/1996) afirma: "A analogia com o luto nos levou a concluir que ele sofrera uma perda relativa a um objeto; o que o paciente nos diz aponta para uma perda relativa a seu ego" (p. 253). E continua: "Dessa forma, uma perda objetal se transformou numa perda do ego, e o conflito entre o ego e a pessoa amada, numa separação entre a atividade crítica do ego e o ego enquanto alterado pela identificação" (p. 255).

Portanto, observa-se que a leitura freudiana da melancolia se baseia em dois conceitos originais: a identificação e o narcisismo (Mazzuca, 2005). É importante sinalizar que Freud descreve, nesse texto, uma fenomenologia do objeto, colocando a dimensão econômica em um segundo plano.

2.2 Teoria das relações objetais

2.2.1 Contribuições de Melanie Klein

A produção teórica de Melanie Klein pode ser dividida em três momentos (Bleichmar e Bleichmar, 1989):

a) Período de 1919 até 1932: Melanie Klein elabora suas hipóteses principais a respeito da análise de crianças, o complexo de Édipo precoce e a formação do superego no primeiro ano de vida.
b) Período de 1932 até 1946: sistematiza as descobertas sobre a vida psíquica infantil. Também formula os conceitos fundamentais a respeito das posições esquizo-paranoide e depressiva. A partir de 1946, o mecanismo de identificação projetiva será um dos assuntos privilegiados de pesquisa na teoria kleiniana.
c) Período de 1946 até 1960: neste último período, Klein foca seu trabalho no conceito de inveja primária, dando ênfase às bases constitucionais do psiquismo.

Melanie Klein utiliza o conceito "posição" para ressaltar que esta configuração psíquica não é uma fase transitória, senão que se trata da articulação de quatro conceitos: ansiedades, relações de objeto, estrutura do ego e defesas. A autora discrimina duas posições: a esquizo-paranoide e a depressiva, organizadoras da vida psíquica (Fleischer, 2003). Como assinalam Roudinesco e Plon (1944/1998):

> Desde seus primeiros trabalhos, Melanie Klein rejeitou a palavra inglesa *phase* (estádio [fase]), em favor de posição. Com efeito, a palavra *phase* pressupõe um começo, um fim e uma suspensão definitiva do estado descrito, ou seja, uma duração exata. Ao contrário, a palavra *posição* mostra com clareza que o estado (depressivo, paranoide, esquizoide) intervém num dado momento da existência do sujeito, num estádio preciso do desenvolvimento, mas pode repetir-se depois, estruturalmente, em certas etapas da vida. Além disso, o termo exprime a ideia de que a criança muda de atitude ou desloca sua posição quanto à relação de objeto. (p. 594)

Conforme Segal (1965/2012), para Klein, no início da vida, o ego é capaz de sentir ansiedade, utilizar mecanismos de defesa e estabelecer primitivas relações objetais tanto na fantasia quanto na realidade. O ego, enfrentado com a ansiedade provocada pelo instinto de morte, produz a deflexão desse instinto. Dessa forma, parte do instinto de morte se projeta e outra parte se converte em agressão; a projeção do instinto de morte determina a existência do seio mau, protótipo dos objetos persecutórios.

Do mesmo modo que se projeta o instinto de morte, o ego projeta a libido, visando estabelecer uma relação com um objeto ideal. Consequentemente, o ego mantém relações com dois objetos: o seio ideal e o persecutório. O primeiro está vinculado às experiências de frustração e o segundo, às experiências de satisfação (Tallaferro, 1989). As características da ansiedade e das relações objetais que constituem o primeiro momento do desenvolvimento psíquico foram determinantes para que Melanie Klein utilizasse o termo "posição esquizo-paranoide", uma vez que a ansiedade predominante é paranoide e o estado do ego e dos objetos está marcado pela cisão (Segal, 1965/2012). O processo de cisão do objeto em parte, boa e em outra, persecutória, serve para organizar a experiência emocional e sensorial da criança pequena.

Resumindo, a posição esquizo-paranoide se caracteriza por:

a) ansiedade persecutória;
b) defesas: Dissociação, Negação, Controle Onipotente, Idealização, Identificação Projetiva;
c) relação de objeto parcial;
d) estrutura rudimentar do ego. (Fleisher, 2003).

A posição depressiva, por outro lado, surge quando os processos integradores se tornam mais estáveis e contínuos; o bebê tolera melhor o instinto de morte dentro de si e diminuem seus temores paranoides. Quando o bebê percebe a mãe como objeto total, reconhece que ela é a mesma pessoa que gratifica e frustra. Como consequência deste processo, aparece a tendência a reparar, atividade do ego que visa restaurar um objeto amado e danificado. Conforme há um aumento dos processos de síntese, o senso de realidade é fortalecido (Segal, 1965/2012).

A angústia depressiva é o elemento decisivo para estabelecer relacionamentos maduros, bem como a fonte de sentimentos altruístas e generosos dedicados ao cuidado do objeto. Na posição depressiva, mobilizam-se esforços por intensificar o aspecto amoroso do vínculo ambivalente com o objeto, agora total, danificado. Contudo, no psiquismo, também operam mecanismo defensivos, nos quais se incluem a constelação de defesas paranoides e as defesas maníacas (Hinshelwood, 2004).

Como a experiência depressiva está relacionada com o reconhecimento de um mundo interno valioso que pode ser alvo de agressão, as defesas maníacas são utilizadas com o intuito de negar tanto o valor dos objetos internalizados quanto qualquer vínculo de

dependência com esses objetos. Assim, a relação maníaca se caracteriza por uma tríade de sentimentos: controle, triunfo e desprezo. O controle permite a satisfação de uma necessidade de dependência, uma vez que um objeto controlado é um objeto com o qual se pode contar; o triunfo se relaciona com um sentimento de prazer por ter derrotado o objeto, mecanismo que evita o contato com sentimentos depressivos; finalmente, o desprezo implica a negação do valor do objeto para evitar sentimentos de perda e culpa (Segal, 1965/2012).

Por esses motivos, para Klein, a posição depressiva constitui um progresso em relação à posição esquizo-paranoide, embora ambas possam se alternar e até coexistir em algumas circunstâncias. A posição depressiva se caracteriza pela seguinte configuração psíquica:

a) ansiedade depressiva;
b) relação de objeto total;
c) defesas paranoides e maníacas;
d) sentimentos de temor e culpa por ter danificado o objeto;
e) ambivalência: amor e ódio dirigidos ao mesmo objeto. (Fleischer, 2003).

A reparação é uma modificação progressiva da angústia depressiva. Junto com a sublimação, trata-se de um mecanismo destinado ao manejo dos impulsos; em outras palavras, a reparação permite elaborar a angústia depressiva (Hinshelwood, 2004).

2.2.2 Contribuições de William Ronald D. Fairbain

Fairbairn desenvolveu sua obra em três livros: *Estudos Psicanalíticos da Personalidade* (1952/1980) e *From Instinct to Self*, dividido em dois volumes (Celes, Alves & Santos, 2008).

Para Fairbain, a estrutura endopsiquica está constituída por um mundo habitado por objetos internos, ou seja, ele não concebe um aparelho psíquico determinado pela interação de diferentes instâncias como na perspectiva freudiana (ego – id – superego) (Bleichmar e Bleichamar, 1989).

Nessa teoria, a mente está povoada por unidades compostas, nas quais se associam partes do ego e partes do objeto a um impulso específico. Nos sonhos e nas fantasias podem observar-se as diferentes partes da personalidade interpretando diversos papéis, ou seja, os

sonhos e as fantasias são cenários onde aparecem representados os conflitos dissociados do mundo interno (Bleichmar e Bleichmar, op. cit.).

No inicio da vida, o ego rudimentar, totalmente dependente do objeto, sente-se ameaçado por este último quando vivencia experiências de frustração. Então, separa o objeto em dois: objeto mau e objeto bom. Logo, o objeto mau é internalizado, como uma tentativa de controlar a maldade presente nas relações objetais (Celes et al., op. cit.).

Após a introjeção do objeto mau, produz-se uma nova cisão, dando origem ao "objeto rejeitante" e ao "objeto necessitado/ excitante". Esses aspectos do objeto são "maus", porque geram tensão interna; em contrapartida, o objeto ideal é bom por satisfazer as necessidades do ego.

Posteriormente, os aspectos maus do objeto são reprimidos produzindo-se, concomitantemente, a cisão do ego. Desse modo, o ego se divide em: a) "ego libidinoso" (que se relaciona com o "objeto necessitado") e b) "ego sabotador interno" ou "ego antilibidinoso" (que se relaciona com o "objeto rejeitante"). O restante da estrutura egoica recebe o nome de "ego central" e permanece vinculada ao objeto ideal.

Secundariamente à repressão dos objetos, o "ego central" também reprime os egos subsidiários ("ego sabotador interno" e "ego antilibidinoso"). A configuração interna resultante desses processos de cisão e repressão recebe o nome de "situação endopsíquica basal", que pode ser resumida da seguinte maneira:

a) Ego central: agente do recalque, unido ao objeto ideal.
b) Ego libidinoso: estrutura menos adaptada à realidade, pode ser comparada ao id freudiano.
c) Ego sabotador interno: estrutura identificada com o aspecto rejeitado do objeto mau.

Para Fairbairn, o desenvolvimento das relações objetais se define como um processo pelo qual há uma passagem gradual da dependência infantil do objeto à dependência madura do objeto. Na dependência infantil, o objetivo é a incorporação oral do objeto, enquanto na dependência madura, o objetivo é dar e trocar os objetos (Calzada, 2009).

Para finalizar, cabe destacar que, nesta teoria, a libido não está caracterizada como uma energia que busca prazer, senão como uma instância que busca objetos. Assim, a psicodinâmica da personalidade é entendida em função das relações de objeto prevalecentes.

2.2.3 Contribuições de Donald W. Winnicott

Para Winnicott, em todas as pessoas convivem um elemento masculino e um elemento feminino, separados em distintos graus. O elemento feminino puro se relaciona com o seio; o bebê se converte no seio, pois o objeto é o sujeito. Esse primeiro paradoxo sintetiza o conceito de objeto subjetivo (Calzada, 2009).

A criação de um objeto subjetivo é o primeiro ato criativo do sujeito. Conforme o bebê vai crescendo, a relação de objeto do elemento feminino puro estabelece a experiência de "ser". Por outro lado, o elemento masculino pressupõe uma separação e se relaciona com a experiência de "ter".

Conforme Calzada (2009), Winnicot estabelece uma sequência que parte da "relação de objeto" e culmina com o "uso do objeto":

a) o sujeito se relaciona com o objeto;
b) o objeto está prestes a ser encontrado pelo sujeito;
c) o sujeito destrói o objeto;
d) o objeto sobrevive à destruição;
e) o sujeito pode usar o objeto.

O sujeito destrói o objeto, na fantasia, quando este se torna exterior, isto é, quando é percebido objetivamente. É importante sinalizar que, na relação de objeto, atuam os mecanismos de projeção e identificação e a relação pode ser mantida com um objeto subjetivo. No entanto, o termo "uso do objeto" indica que o objeto faz parte da realidade exterior. Para que a criança possa usar o objeto, precisa de um "ambiente facilitador" ou "suficientemente bom" uma vez que esta capacidade é adquirida. Nas palavras de Winnicott (1994):

> Outro tipo de transição tem a ver com a mudança de um objeto- que é subjetivo para o bebê- para outro, que é objetivamente percebido ou externo. A princípio, qualquer objeto que conquiste um relacionamento com o bebê é criado por este, ou pelo menos, esta é uma teoria sobre o assunto que tem a minha adesão. Assemelha-se a uma alucinação. Faz-se um pouco de trapaça e um objeto que se encontra à mão sobrepõe-se parcialmente a uma alucinação. Obviamente, a maneira pela qual a mãe ou o substituto dela se comporta é de importância suprema aqui. Uma mãe é boa e outra é má em deixarem um objeto real ficar exatamente onde o bebê está alucinando, de maneira que, na realidade, a criança fica com a ilusão de que o mundo pode ser criado e de que o que é criado é o mundo. (p. 44)

Para Winnicott, entre a realidade interna e a externa, existe uma área intermediaria de experiência; nessa área se desenvolvem os fenômenos e os objetos transicionais. O conceito de objeto transicional pode ser entendido em relação a três aspectos diferentes: evolutivo (relativo às etapas do desenvolvimento), defensivo (como defesa frente à ansiedade de separação) e constitucional (como um espaço mental) (Bleichmar & Bleichmar, 1989).

O objeto transicional é a primeira possessão "não eu"; também representa o seio materno e é anterior à prova de realidade. O adjetivo "transicional" sinaliza a transição de um estado de fusão mãe-bebê até um estado em que o bebê é capaz de reconhecer a mãe como diferente de si.

Após a internalização do objeto bom, "suficientemente indene", através da manipulação do objeto transicional primitivo, a criança se afasta deste, diversificando os fenômenos transicionais. No espaço mental, permanece uma marca correspondente a um espaço intermediário entre o interior e o exterior, espaço das atividades criativas e do processo analítico. Contudo, o objeto transicional pode ter uma evolução patológica, manifestada nos quadros de adição (Bleichmar & Bleichmar, 1989).

3 CORPO E SUBJETIVIDADE

3.1 O processo de integração psicossomática e suas vicissitudes

Levando em consideração que, nos quadros de anorexia, o corpo aparece de forma dramática, é necessário debruçar-se sobre as especificidades da sua constituição. Primeiramente, cabe destacar que, enquanto para a medicina o objeto de estudo é o corpo entendido como um organismo biológico, para a psicanálise o corpo está atravessado por dois eixos fundamentais: a sexualidade e a linguagem.

No "Projeto para uma psicologia científica", Freud (1950/1996) delimita os dois pilares da constituição psíquica: a vivência de satisfação e a vivência de dor. A vivência de satisfação consiste na satisfação de uma necessidade (como a fome) e dela surgirá o conceito de desejo. A vivência de dor, por outro lado, consiste no afluxo de grandes quantidades de energia no aparelho psíquico, o que é sentido como desprazer. Esse último conceito permitirá elaborar formulações essenciais, como a defesa primária, o afeto e o grito, sendo este o precursor rudimentar da simbolização. Com base nessas premissas, constata-se, então, o lugar privilegiado do corpo na configuração do psiquismo. De fato, a capacidade de discriminar as sensações corporais permitirá, futuramente, construir as categorias fundamentais que organizam a experiência humana: o tempo e o espaço, o interior e o exterior.

A alimentação é, sem dúvida, uma das primeiras experiências de satisfação do *infans*. No ato da amamentação, experiência corpo a corpo, não só se satisfaz uma necessidade biológica, senão que também se estimula uma zona erógena. Assim, cuidando das necessidades do corpo do bebê, a mãe propicia a erogenização deste corpo. Segundo Freud (1914/1996):

> Os instintos sexuais estão de início ligados à satisfação dos instintos do ego; somente depois é que eles se tornam independentes destes, e mesmo então encontramos uma indicação dessa vinculação original no fato de que os primeiros objetos sexuais de uma criança são as pessoas que se preocupam com sua alimentação, cuidados e proteção; isto é, no primeiro caso, sua mãe, ou quem quer que a substitua. (p. 94)

O psicanalista Ricardo Rodulfo (2005) aponta que a vivência de satisfação permite a escritura do corpo, ou seja, o corpo vai se escrevendo a partir da vivência de satisfação. Assim, a função materna possibilita a escritura do corpo e a constituição do movimento do desejo, eixo organizador do aparelho psíquico. Que acontece, então, se a vivência de

satisfação fracassa como categoria? Se há um fracasso dessa vivência – no sentido fundante que ela tem- produz-se o que este autor denomina *desatisfação* ou *satisfação negativa.* Diferente da insatisfação, este conceito remete à presença de uma marca tanática, expressa no desejo de não desejar.

Com a introdução do conceito de *pictograma*, Piera Aulagnier (1977) estabelece uma diferença a respeito do modelo freudiano de constituição psíquica: enquanto Freud propõe uma relação de apoio do psíquico no somático, a autora afirma que *psique* e *soma* mantêm um vínculo de enraizamento, constituindo-se simultânea e reciprocamente. O *pictograma de fusão* funde psique e soma, zona e objeto e representação e afeto; para que isso, aconteça é necessário que haja uma mãe suficientemente boa que metabolize a angústia do bebê. O pictograma de fusão representa o Principio de Prazer corporizado ou, utilizando a linguagem kleiniana, a introjeção do objeto bom. Em contraposição, o *pictograma de rejeição* é um tipo de representação decorrente da falta ou a inadequação do objeto (por excesso ou por defeito). Pensando de forma gráfica, na representação pictográfica de rejeição, o desenho do corpo apresenta *furos* (Punta Rodulfo, 2004). Claramente, essa imagem se opõe à imagem do corpo unificado.

Os trabalhos de Rodulfo (2004) sobre o brincar apresentam ideias belíssimas para compreender os complexos mecanismos de constituição libidinal do corpo, subjacentes às brincadeiras infantis. Segundo esse autor, antes do *fort-da*, o brincar da criança tem três funções estruturantes, sendo a primeira delas a constituição da superfície do corpo "sem furos". Fenomenologicamente, essa difícil tarefa empreendida pela criança pequena é observável através do prazer que ela sente em untar o próprio rosto com papinha. O que a criança está fazendo é "fabricar" o próprio corpo, "obsequiando-se" um corpo. Se essa função, sustentada pelo ambiente facilitador, fracassa e a criança não consegue fazer uma superfície corporal suficientemente contínua, a separação do corpo materno será vivenciada como uma desintegração. Nas palavras desse autor, a criança passa por experiências de "corpo furado".

Na obra winnicottiana, a integração psicossomática ocupa um lugar central. Winnicott postula que a maturação emocional primitiva acontece em três etapas sucessivas: integração e personalização, adaptação à realidade e pré-inquietude ou crueldade primitiva (Bleichemar & Bleichemar, 1989). O objetivo da primeira etapa é integrar os núcleos do ego e adquirir a sensação que o *self* habita no corpo. O desenvolvimento normal, propiciado pelos cuidados maternos, implica a consolidação do esquema corporal, que Winnicott denomina unidade

"psique-soma". A psique é entendida como o processo pelo qual ocorre a elaboração imaginativa do funcionamento físico e sua função é ligar as experiências do passado às atuais. Diante do exposto, pode-se afirmar que *corpo* e *identidade* são conceitos intimamente relacionados na abordagem winnicottiana da constituição subjetiva.

Para a linha teórica lacaniana, o corpo se define desde os registros real, simbólico e imaginário. No real, o corpo equivale ao organismo da medicina. No registro do imaginário, Lacan propõe a identificação especular do estádio do espelho para explicar a passagem do corpo atomizado à unidade guestáltica do corpo (Massota, 2001). O corpo desmembrado, imagem decorrente da imaturidade biológica, é recalcado. O sujeito se identifica com a imagem unitária especular como uma forma de se defender das vivências do corpo fragmentado.

3.2 Anorexia, corpo e linguagem

3.2.1 Referencial freudiano

O *infans* pede socorro através do grito, o qual deverá ser decodificado pela mãe para apaziguar a dor do bebê (Freud, 1950/1996). É necessária uma ação "suficientemente boa" de auxílio para que o grito se configure como o primeiro passo no caminho à simbolização. Neste sentido, M. H. Fernandes (2011) chama a atenção do leitor para a importância do delicado intercâmbio entre a mãe e o bebê nos primórdios da constituição psíquica:

> Para que ela possa escutar o corpo do bebê e interpretar os sinais de um corpo que não pertence mais ao seu, ela precisa dar provas de uma capacidade de investir libidinalmente esse corpo. O trabalho de escuta e interpretação só é possível quando existe um investimento da mãe no corpo da criança. Ora, esse investimento supõe que ela é capaz de experimentar um prazer ao ter contato com o corpo da criança e ao nomear para ela as partes, as sensações e as funções desse corpo. Esse investimento supõe que essa mãe é capaz de transformar esse "corpo de sensações" em "corpo falado. (p. 121)

Se o grito do bebê não for interpretado a tempo ou de forma adequada, haverá uma facilitação à descarga de energia sem ligação representacional. Esse mecanismo impossibilitará, futuramente, a simbolização e a capacidade de pensar.

Na teoria freudiana, a primeira ligação entre as pulsões e a sensorialidade interopectiva recebe o nome de "representação-coisa". Essas primeiras investiduras de órgão vão estabelecendo conexões entre si, configurando os traços mnêmicos e tornando-se cada vez

mais complexas. A capacidade de registrar como próprio um estímulo proveniente do interior permite a paulatina construção de uma representação do corpo. Quando várias representações se conectam entre si, constitui-se o ego real primitivo, que funciona conforme o princípio de constância (Roitman, 1996).

Posteriormente, o aparelho psíquico começa a organizar-se em função do princípio de prazer, ou seja, o psiquismo registra os aumentos de excitação como desprazer e procura alívio através da "ação específica". Assim, o ego reconhece como próprias às sensações prazerosas e projeta os estímulos desagradáveis. Essa organização do aparelho psíquico recebe o nome de "eu prazer purificado". Nesse nível, as representações do corpo são mais sofisticadas e se produz a passagem do autoerotismo ao narcisismo (Roitman, op. cit.).

A partir desse momento, as funções do aparelho psíquico começam a ser mais organizadas, sendo as mais importantes aquelas relacionadas à capacidade de pensar e ao estabelecimento do sistema pré-consciente. O "ego real definitivo" surge quando fracassa a vivência alucinatória na satisfação das pulsões. Desse modo, o principio de realidade se impõe ao principio de prazer (embora este último não seja substituído pelo primeiro); o ajuste do aparelho psíquico ao principio de realidade significa que uma parte do psiquismo funciona segundo as leis do processo secundário. Isso possibilita o surgimento das funções cognitivas, como o pensamento, a atenção e a memória (Roitman, op. cit.).

Freud (1911/1996) afirma que o processo de pensamento permite que o aparelho psíquico tolere uma tensão aumentada, adiando, desta forma, a descarga. A psicanalista Nuevo Barreto Bruno (2011), apoiada em sua experiência clínica, reflete sobre as falhas no processo de pensamento observadas nos distúrbios alimentares:

> O que provoca tanto desprazer nos distúrbios alimentares que a pessoa regride a momentos tão primevos do desenvolvimento psíquico? De acordo com a teoria freudiana, recursos psíquicos evoluídos da mente estão impossibilitados de seguir seu curso natural. Diante de uma frustração, a dor é tão forte que o aparelho mental não consegue elaborar uma alucinação do prazer. Essa condição é necessária para a formação de emoções e de imagens que, armazenadas na memória, resultam em formulações disponíveis para a formação de pensamentos, o que implica a possibilidade de lidar com o real a modo de produzir respostas mais eficientes. (p. 53)

3.2.2 Aportes da Teoria Psicanalítica das Relações Objetais

De acordo com Guntrip (1961, p. 182, citado por Bleichmar e Bleichmar, 1989), na teoria kleiniana, a criança é uma pessoa corporal, que tem fantasias sobre corpos que estabelecem relações anais, orais e genitais (p. 111). As partes do corpo são a base da

comunidade de expressão simbólica original e, a partir daqui, a base de toda comunicação simbólica posterior (Hinshelwood, 2004).

Para Klein (1930/1996), a formação de símbolos pode ser entendida como o resultado de um processo fóbico do ego a respeito dos primeiros objetos persecutórios (cabe destacar que a vivência de ser atacado por objetos externos é decorrente da projeção das sensações corporais, intensamente deformadas pelos processos mentais). A ansiedade persecutória gerada pela destruição do corpo materno e seu interior, na fantasia, é o motor para a busca de novos objetos. Portanto, é fugindo dos objetos persecutórios internalizados que o ego busca objetos menos ameaçadores, capazes de substituir os primeiros.

Assim, a descoberta dos objetos que povoam o mundo só se torna possível se os objetos são plausíveis de existência simbólica, no sentido que cada novo objeto internalizado deve ser capaz tanto de substituir o objeto prototípico quanto de estabelecer certa distância entre este último e o ego. Cada novo objeto é substituto e herdeiro do anterior e, em cada fuga do ego, produz-se o desgaste energético do sadismo. Consequentemente, o processo de formação de símbolos possibilita a diminuição do sadismo do superego primitivo e a passagem da posição esquizo-paranoide à depressiva.

Dessa assertiva, conclui-se que, para Klein, a capacidade simbólica está atrelada à quantidade de sadismo e à capacidade do ego de tolerar a angústia, premissas que têm consequências fundamentais na clínica: se o sadismo for muito intenso e o ego imaturo não tiver recursos suficientes para lidar com a angústia, o processo de simbolização ficará inibido. Consequentemente, o sujeito apresentará um bloqueio no processo de exploração do seu próprio corpo e seus conteúdos (Klein, op.cit.).

Miranda (2011b) lembra o leitor que, nos primórdios da constituição psíquica, as fantasias são "vivenciadas tanto como fenômenos somáticos como mentais" (p. 204). Esses conceitos fornecem substratos para compreender a relação entre as falhas da simbolização e a ausência de fantasias mais elaboradas, bem como suas implicações na clínica:

> Os pacientes com transtornos alimentares vivenciam no corpo seus objetos fantasiados, indicando-nos estarem muito próximos a essa época em que corpo e mente estavam ainda muito misturados e as fantasias, instintos de fome e os objetos de saciedade não eram discriminados. (p. 205)

E acrescenta:

> Esses acontecimentos físicos que encontramos em nossos pacientes desvelam que as camadas primitivas de fantasias inconscientes estão muito ativas, pois em um desenvolvimento saudável, as fantasias posteriores vão se alterando no contato com a realidade, pelo crescimento maturacional, cujos desdobramentos vão ser simbolizados e elaborados até penetrar na consciência como devaneios, imaginação, sonhos, etc. (p. 205)

Conforme Fulgencio (2011), para Winnicott, a formação de símbolos está relacionada com o conceito de *objetos transicionais*, sendo que estes sinalizam a passagem entre os objetos subjetivos e os objetos objetivamente percebidos; o objeto transicional é um símbolo da mãe. Seguindo esse raciocínio, o desenvolvimento da capacidade simbólica é resultado da existência de uma área transicional e sua riqueza dependerá da expansão dessa área. Como expõe Colucci (2011): "Onde não há espaço intermediário, também não há formação de símbolos ou palavras" (p. 282).

Com base no referencial teórico winnicottiano, Della Nina (2011) afirma que as falhas da capacidade simbólica são decorrentes da ausência do espaço transicional e utiliza esses conceitos na compreensão dos mecanismos psicodinâmicos da anorexia:

> Por falhas primárias na constituição precoce do ego ou por mecanismos regressivos a etapas pré-edípicas, o uso das palavras e do pensamento fica assim impedido. Duas consequências imediatas me parecem evidentes: a primeira é que ao lado da restrição alimentar também ocorre restrição no uso do espaço cultural, limitando-se cada vez mais a anoréxica ao seu próprio corpo, agora identificado aos modelos ideais, ou fobicamente tratado como alienado de si mesma; a segunda é a restrição evolutiva da sexualidade e dos afetos, condensados dentro de uma linhagem feminina fusional e aderente à comida, substituta de todas as outras vicissitudes da ligação simbólica e pulsional. (p. 45)

3.2.3 Contribuições da Psicossomática

As contribuições dos psicanalistas que têm se focado no estudo da psicossomática são preciosas para abordar a complexidade das tarefas de simbolização e suas falhas, fornecendo subsídios para refletir a respeito do funcionamento mental na anorexia. Dentro dessa abordagem, destacam-se:

a) Pierre Marty (1989): assevera que os transtornos psicossomáticos surgem quando o aparelho psíquico é frágil e instável; as falhas na função do pré-consciente impedem a mentalização dos impulsos afetivos que, carentes de elaboração, descarregam-se no corpo;
b) Sami Ali (1990): afirma que os fenômenos psicossomáticos são decorrentes do recalque da função do imaginário, constituída pelos sonhos e seus equivalentes na vida de vigília. O corpo adoece como consequência do empobrecimento da vida de fantasia, ou seja, há um déficit na capacidade simbólica;

c) Cristophe Dejours (1989): introduz o conceito de somatização simbolizante, que consiste na reorganização psíquica através do adoecimento do corpo.

Fica evidente, portanto, que os três autores mencionados apontam que, quando não há possibilidade de tramitação psíquica dos conflitos, o corpo constitui a via de descarga pulsional privilegiada. Será que na anorexia o corpo está mostrando, de forma escancarada, algo que não pôde ser dito, algo que não pôde ser simbolizado? Nesse sentido, Bulgarão (2011) sinaliza:

> Arriscaria propor que, nesses casos, estamos falando de uma espécie de prazer de órgãos, em que toda a libido investe estômagos, bocas, laringes, esôfagos, ossos, gorduras e vômitos. A libido volta-se para os órgãos/ vísceras, produzindo, curiosamente, não uma hipocondria, mas um corpo-derivados-refúgio. Nenhuma dor mental pode ser tolerada por esse psíquico. (p. 268)

3.3 Anorexia: o modelo econômico das neuroses atuais

No texto "Sobre a justificação de extrair da neurastenia um complexo de sintomas com o nome de neurose de angústia", Freud (1885/1996a) postula que a excitação sexual se origina nos órgãos sexuais e se propaga, estimulando os centros nervosos superiores, até chegar ao córtex cerebral. Quando isso acontece, produz-se um estado de tensão. A descarga adequada da tensão é realizada através da "ação específica", que abarca todos os momentos do ato sexual.

Segundo Freud (op. cit.), enquanto a etiologia da neurose de angústia é a falta de descarga da tensão libidinal, a neurastenia se origina quando a "ação específica" é inadequada. Consequentemente, os sintomas da neurose de angústia (taquicardia, sudorese, aceleração do ritmo da respiração) constituem vias de descarga secundárias da libido e os sintomas da neurastenia (astenia, cefaleias, constipação etc.) são decorrentes de um excessivo onanismo.

Esse modelo etiológico corresponde à primeira teoria da angústia freudiana, conhecida como *teoria da angústia automática*: como nas neuroses atuais o sintoma não está mediatizado pela palavra, a angústia é uma substituição direta do ato não realizado.

Enquanto nas neuroses atuais opera o mecanismo de somatização, ou seja, o sintoma somático carece de um revestimento simbólico, a histeria se caracteriza pela conversão: o corpo é o palco privilegiado para expressar um conflito inconsciente recalcado. O corpo da

histérica, como refere Freud, não respeita a anatomia do sistema nervoso; na histeria, trata-se de um corpo erógeno, fantasmático, atravessado pela linguagem. Assim, embora tanto nas neuroses atuais quanto na histeria a sintomatologia predominante seja somática, há uma diferença fundamental na formação do sintoma.

Posteriormente, Freud (1912/1996) enuncia que as neuroses atuais conformam o núcleo das psiconeuroses, enfatizando a relação de carácter recíproco entre o psíquico e o somático. Essa afirmação tem desdobramentos importantíssimos, já que, dessa forma, todo sintoma apresentaria um componente que escapa à simbolização.

> As duas "neuroses atuais" - neurastenia e neurose de angústia (e talvez devêssemos adicionar a hipocondria propriamente dita como uma terceira "neurose atual") - fornecem às psiconeuroses a necessária submissão somática; elas fornecem o material excitativo, que é então psiquicamente selecionado e recebe um revestimento psíquico, de maneira que, falando de uma forma geral, o núcleo do sintoma psiconeurótico - o grão de areia no centro da pérola - é formado de uma manifestação sexual somática. Isto é mais claro, é verdade, na neurose de angústia e sua relação com a histeria do que na neurastenia, sobre a qual nenhuma investigação psicanalítica cuidadosa foi feita ainda. Na neurose de angústia, como amiúde puderam convencer-se, há no fundo um pequeno fragmento de excitação não descarregada vinculada ao coito que emerge como ansiedade ou fornece o núcleo para a formação de um sintoma histérico. (p. 266)

Assim, a somatização (modelos das neuroses atuais) pode ser entendida como um mecanismo mais arcaico do que a conversão (modelo da histeria). A esse respeito, Maria Helena Fernandes (2011) sublinha:

> Se a conversão nos convida a evocar um *corpo de representação*, a somatização nos sugere, por sua vez, se assim podemos dizer, o modelo de um *corpo de transbordamento*, em que o sintoma corporal pode ser entendido como uma descarga. De fato, se a somatização admite que nem sempre o corpo está vinculado a um sistema significante, ela abre igualmente para a possibilidade de pensarmos uma lógica de *transbordamento*. (p. 52)

Continuando com esse raciocínio, a autora acrescenta:

> Ora, se falamos de um *corpo de representação* e de um *corpo de transbordamento*, não podemos nos deixar de interrogar, a partir daí, sobre as condições de possibilidade de uma abordagem psicanalítica do corpo. A partir desse ponto, não poderemos mais negligenciar a questão do que é *somático* para a psicanálise e, consequentemente, a incidência dessa interrogação sobre o que esta última entende por *psíquico*. (p. 54)

Fava e Péres (2011) destacam o valor do modelo etiológico das neuroses atuais para pensar a anorexia, no sentido de apontar a predominância, nesse distúrbio alimentar, de sintomas físicos localizados aquém do representável, corolários de processos que prescindem da mediação simbólica. Assim, seguindo essa linha de pensamento, na anorexia se manifestaria, de forma evidente, uma tendência à descarga direta, sem passagem pelo processo de pensamento. Esse mecanismo explicaria a hiperatividade motora característica

das pacientes anoréxicas. Pode-se pensar, então, que nos quadros de anorexia prevalece a lógica do *corpo de transbordamento?*

4 ANOREXIA NA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA

4.1 Freud

Embora Freud não tenha se focado no estudo sistemático da anorexia, certamente se interessou por desvendar o sentido oculto dos sintomas, como a falta de apetite e a aversão pelo alimento. Ele percebeu, nas palavras de M. H Fernandes (2006), que "as dificuldades das jovens anoréxicas e bulímicas não se referem à alimentação na sua materialidade concreta, mas sim as dimensões fantasmáticas que a alimentação desperta no funcionamento psíquico dessas jovens" (p. 130).

No texto "Um caso de cura pelo hipnotismo", Freud (1892-93/1996) descreve o caso de uma paciente que apresentava perda de apetite após o parto de cada um dos seus filhos e, consequentemente, não tinha condições de amamentar seus bebês devido à falta de leite. Refletindo sobre o mecanismo psíquico do distúrbio da paciente, Freud expõe que o sintoma é decorrente da presença de duas ideias antitéticas (amamentar/ não amamentar). Perante este conflito, a ideia antitética aflitiva é afastada da consciência, produzindo assim uma *dissociação da consciência*. A paciente não tem registro da ideia recalcada e sente-se frustrada e exasperada em face da sua incapacidade de amamentar. Para Freud, trata-se de uma "perversão da vontade": a paciente quer amamentar, mas não consegue.

Em uma das suas intervenções, Freud (op. cit.) disse à paciente que ela ficaria zangada com sua família, porque "como ela poderia amamentar a criança se ela mesma não tinha nada para comer?" (p. 162). Assim, talvez pela primeira vez, Freud tenha apontado para uma relação mãe-filho conflituosa como sendo a causa do sintoma (Weinberg & Cordás, 2006).

No "Rascunho G", Freud (1895/1996b) enfatiza a dimensão melancólica da anorexia. Ele entende que a perda do apetite é o corolário da perda da libido, revelando, dessa forma, a relação entre anorexia e sexualidade. Cabe destacar que o significado da palavra *apetite* remete tanto à vontade de comer quanto ao desejo sexual (M. H Fernandes, 2006). Nas palavras de Freud:

> A neurose nutricional paralela à melancolia é a anorexia. A famosa *anorexia nervosa* das moças jovens, segundo me parece (depois de cuidadosa observação), é uma melancolia em que a sexualidade não se

> desenvolveu. A paciente afirma que não se alimenta simplesmente porque não tem *nenhum apetite*; não há qualquer outro motivo. Perda do apetite em termos sexuais, perda da libido (p. 247).

Em "Estudos sobre a Histeria", Breuer e Freud (1893-95/1996) vinculam a anorexia a situações que, por serem geradoras de intenso desprazer, configuram-se como traumáticas:

> *Nossas experiências, porém, têm demonstrado que os mais variáveis sintomas, que são ostensivamente espontâneos e, como se poderia dizer, produtos idiopáticos da histeria, estão tão estritamente relacionados com o trauma desencadeador quanto os fenômenos a que acabamos de aludir e que exibem a conexão causal de maneira bem clara*. Os sintomas cujos rastros pudemos seguir até os referidos fatores desencadeadores abrangem neuralgias e anestesias de naturezas muito diversas, muitas das quais haviam persistido durante anos, contraturas e paralisias, ataques histéricos e convulsões epileptoides, que os observadores consideravam como epilepsia verdadeira, *petit mal* e perturbações da ordem dos *tiques*, vômitos crónicos e anorexia, levados até o extremo de rejeição de todos os alimentos. (p. 40)

Analisando o caso Emmy von N., Freud (1893-95/1996) mantém essa linha de raciocínio, afirmando que os sintomas da paciente foram causados por experiências traumáticas que não foram ab-reagidas (ou seja, nessas circunstâncias, o afeto permanece vinculado à lembrança devido a uma ausência de reação). Pontualmente, a respeito da falta de apetite que essa jovem manifestava, ele assevera:

> A anorexia dessa paciente oferece o mais brilhante exemplo dessa espécie de abulia. Ela comia tão pouco por não gostar do sabor, e não podia apreciar o sabor porque o ato de comer, desde os primeiros tempos, se vinculara a lembranças de repulsa cuja soma de afeto jamais diminuíra em qualquer grau; e é impossível comer com prazer e repulsa ao mesmo tempo. Sua antiga repulsa às refeições permanecera inalterada porque ela era constantemente obrigada a reprimi-la, em vez de livrar-se dela por reação. Na infância ela fora forçada, sob ameaça de punição, a comer a refeição fria que lhe era repugnante, e nos anos posteriores tinha sido impedida, por consideração aos irmãos, de externar os afetos a que ficava exposta durante suas refeições em comum. (p. 118)

Posteriormente, no famoso Caso Dora, Freud (1905/1996) afirma que a repugnância que a paciente sentia pelos alimentos, após a cena traumática com o Sr. K, era o resultado da operação de dois mecanismos psíquicos suplementares: a inversão do afeto e o deslocamento da sensação:

> Ao invés da sensação genital que uma moça sadia não teria deixado de sentir em tais circunstâncias, Dora foi tomada da sensação de desprazer própria da membrana mucosa da entrada do tubo digestivo. A estimulação dos lábios pelo beijo foi sem dúvida importante para localizar a sensação nesse ponto específico. (p. 38)

Anos mais tarde, Freud (1918/1996), na análise do caso conhecido como "Homem dos Lobos", situa a anorexia no território da fobia. Levando adiante suas ideias, Freud relaciona a perturbação do apetite do paciente com a contemplação da cena primária na idade de um ano e meio, estabelecendo, dessa forma, a etiologia dessa perturbação no período de organização pré-genital da libido (M. H. Fernandes, 2006).

Este breve percurso pela obra freudiana ilustra, conforme assinalam Weinberg e Cordás (2006), que os construtos metapsicológicos foram evoluindo e tornando-se cada vez mais sofisticados. Além disso, parece─que, desde o inicio, Freud tentou capturar e compreender a dimensão econômica dos distúrbios alimentares: por um lado, excessos energéticos (o trauma na histeria e na fobia); por outro lado, mermas da libido (hemorragia libidinal na melancolia). Demais e muito pouco; transbordamento e retraimento; comer tudo e comer nada são cara e coroa da mesma moeda, já que onde há um déficit houve um excesso e vice-versa. Essas questões, pelo seu carácter paradoxal, ainda hoje continuam suscitando reflexões e questionamentos na clínica analítica.

4.2 Aportes de autores pós-freudianos

4.2.1 Referencial kleiniano

Melanie Klein (1957) diferencia inveja, voracidade e ciúmes, processos inter-relacionados que interferem na introjeção do objeto bom. A voracidade consiste em um desejo insaciável que excede tanto o que o sujeito precisa quanto o que o objeto é capaz de dar. O objetivo da voracidade é possuir todas as características boas do objeto, sem considerar as consequências, como a destruição do objeto (Segal, 1965/2012).

Por outro lado, o objetivo da inveja (definida como a expressão sádico-oral e sádico-anal da pulsão de morte) é destruir a capacidade criadora do objeto, com o intuito de suprimir a fonte de inveja. Finalmente, o objetivo dos ciúmes é possuir o objeto amado, excluindo o rival durante a situação edípica. Dessa forma, os ciúmes pressupõem uma relação de objeto total, enquanto a relação de inveja se estabelece com objetos parciais (Hinshelwood, 2004).

Se a inveja for muito intensa, a agressividade necessária para a incorporação oral dos objetos (proveniente da necessidade de morder, cortar, despedaçar) significará, na fantasia, a destruição desses objetos, ou seja, nessa situação a incorporação e a destruição tornam-se equivalentes simbólicos. Como resultado, essa fantasia oferece duas opções com relação ao objeto: se ele foi destruído na incorporação, carece de valor e, portanto, não pode satisfazer a fome; se foi convertido em um objeto perseguidor (pela violência dos ataques), gerará apetite de objetos bons, capazes de defender o sujeito dos ataques retaliativos. Em qualquer dos

casos, a incorporação aumenta o desejo de incorporar mais objetos, gerando um círculo vicioso em que o estado interno permanece constantemente insaciado. (Hinshelwood, 2004). Uma defesa contra a voracidade é a inibição da oralidade, que pode ser observada em lactantes que se recusam a mamar. Miranda (2011a) sublinha:

> O funcionamento psicótico encontrado nas perturbações alimentares- especialmente nas distorções na imagem corporal, as dissociações e os conteúdos alucinatórios - encontra na ótica kleiniana, concordante com os demais vértices teóricos aqui apontados, um ponto inicial de desencadeamento, a saber: os medos persecutórios intensos e o uso excessivo de mecanismos de cisão no início da vida desequilibram as defesas do ego, enfraquecem os desejos orais e afetam as relações de objeto a ponto do ego também ficar vulnerável a cisões em seu interior. (p. 141)

Conforme Bidaud (1998), o trabalho de M. Palazzoli Selvini, de inspiração kleiniana, propõe que a anorexia é uma "medida defensiva do ego ameaçado por um mau objeto incorporado identificado ao corpo por inteiro" (p. 20).

Seguindo esse raciocínio, cabe destacar que a recusa a alimentar-se e o comer compulsivo colocam em primeiro plano o caráter ameaçador dos estímulos internos, decorrentes das necessidades fisiológicas do corpo. O episódio de compulsão alimentar, como sinaliza L. Igoin (1986), começa com uma sensação de excitação difícil de descrever (p. 30); em outras palavras, os estímulos corporais são fonte de intensa angústia, como nos primórdios da constituição psíquica. Essa autora aponta que a confusão e a falta de discriminação dos sinais fisiológicos podem ter sua origem nas respostas mal adaptadas da mãe frente às necessidades do bebê.

4.2.2 A problemática da classificação nosológica da anorexia

M. H. Fernandes (2006) destaca que, na Psicanálise, a abordagem teórica dos quadros de anorexia e bulimia tem quatro dimensões privilegiadas: "a dimensão neurótica, cujo modelo seria, por excelência, a histeria; a dimensão narcísica, que teria como paradigma a melancolia; a dimensão da neurose atual, representada pelo modelo da somatização; e a dimensão impulsiva, ilustrada pelo modelo das adições" (p. 130).

Nesse sentido, Jeammet (1999) aponta que os transtornos das condutas alimentares são "transnosográficos", ou seja, a existência de diversas modalidades defensivas

coexistentes, dispostas "em *patchwork*", impede a caracterização desses transtornos com base em uma única referência nosográfica.

Jeammet (1999) elabora um modelo explicativo sobre a psicogênese dos distúrbios alimentares fundamentado no entendimento das especificidades da dinâmica das modalidades de regulação objetal e narcísica nesses distúrbios. Ele salienta: "O transtorno do comportamento alimentar representa um substituto objetal, cuja perda poderia mergulhar estas pacientes em uma situação de desfazimento" (p. 38). E continua: "Vê-se bem, nestes casos, *a função do transtorno do comportamento alimentar como para-excitações e limite entre si e o objeto*" (p. 39). Devido à falta de uma distância adequada entre sujeito e objeto, a necessidade do vínculo e a integridade narcísica se tornam categorias antagônicas. B. Brusset (1999) também destaca a impossibilidade de reconciliar as dimensões do narcisismo e das relações objetais nos transtornos da alimentação: "Colar na mãe é estar ao abrigo da intrusão, assim como do abandono, ao preço da perda do sentimento de limite" (p. 58).

Levando em consideração o aspecto cronológico da evolução dos distúrbios alimentares, P. Jeammet (1999) define o momento privilegiado de emergência dos sintomas como "uma *posição de cruzamento*: entre a infância e a vida adulta, o psíquico e o somático, o individual e o social" (p. 30). Essa posição de cruzamento demonstraria a possível relação entre os transtornos mencionados e os processos de mudança, cuja impossibilidade de inscrição puramente psíquica acarretaria a necessidade de uma inscrição corporal. Na puberdade, o esquema corporal muda de forma dramática e essas mudanças precisam ser inscritas na imagem inconsciente do corpo. Porém, se o novo corpo sexuado é rejeitado, os sintomas podem emergir através de imagens pré-genitais, orais ou anais (Dolto, 2005). Como M. Fucks et al. (2006) afirmam:

> A oralidade é a etapa mais primitiva do desenvolvimento libidinoso do indivíduo e está relacionada com os atos de falar, comer, vomitar, devorar e ser devorado, seus opostos e equivalentes. O campo da oralidade e da alimentação a ela associada podem vir a ser formas indiretas de expressar, por deslocamento, desejos ou fantasias recalcados ligados a outras áreas corporais erógenas e/ou às relações com os outros que suscitam conflitos (...). O não comer na anorexia ou o comer voraz e o vômito na bulimia são comportamentos que podem expressar profundas dificuldades de elaboração psíquica, de formular pensamentos em palavras que possam mediar e organizar sentimentos e ações. (p. 190)

Analisando o papel da oralidade na etiologia dos transtornos alimentares, Brusset (1999) faz uma diferenciação fundamental entre os transtornos alimentares neuróticos e a anorexia mental:

> Com efeito, a noção de fixação não pode explicar as relações entre transtorno alimentar e sexualidade oral infantil senão à medida que representações inconscientes, regressivamente ativadas, determinem um conflito inconsciente constituído como tal. É o caso dos transtornos alimentares neuróticos, mas, nas anorexias mentais, a evitação dos conflitos depressiógenos da adolescente suscitam a busca de uma saída na exteriorização e nas passagens ao ato. (p. 59)

Quando os transtornos alimentares desaparecem, as dificuldades de personalidade subjacentes emergem, podendo ser reunidas, considerando as relações objetais como eixo, em dois grandes tipos: o relacionamento passional e seu inverso, a atitude fóbica e retirada de investimento. Ambas as formas de relacionamento têm sua origem em uma indiferenciação sujeito/objeto (Jeammet, 1999.). Portanto, a regulação narcísica, as relações objetais e os mecanismos de defesa são conceitos-chave na clínica dos transtornos alimentares. Jeammet aponta: "Qualquer relação de acompanhamento engaja maciçamente o Ego e compromete o equilíbrio narcísico" (p. 32).

4.2.3 Aspectos metapsicológicos

Com base em uma sólida e aprofundada leitura dos textos freudianos, M. H Fernandes (2006) postula que a gênese dos distúrbios alimentares está determinada, principalmente, pela falta de introjeção da função de para-excitação materna, a qual desempenha um papel fundamental no gerenciamento pulsional. Nas palavras da autora:

> A função de para-excitação da mãe, conforme já enfatizado, tem assim uma tripla função: não é apenas protetora e mediadora, mas é também libidinizadora. Pode-se pensar que a dimensão da função de para-excitação materna representa uma condição de possibilidade para a fusão das pulsões. (p. 206)

Então, se a função de para-excitação materna é condição *sine qua non* para o processo de fusão das pulsões, o fracasso dessa função acarretará uma fusão pulsional precária. Consequentemente, a ausência de uma proteção adequada que mediatize os estímulos, tanto internos quanto externos, "pode desencadear a compulsão à repetição como uma tentativa última de fusão pulsional" (p. 179). Dessa afirmação se depreende que, nas manifestações somáticas dos distúrbios alimentares, como os vômitos e a exacerbação da motricidade, há uma descarga pulsional direta, aquém da representação.

Nesse ponto, cabe fazer a diferenciação entre o retorno do recalcado (que opera conforme a lógica do Principio de Prazer) e a compulsão à repetição, termo introduzido por Freud em 1920, que provém da "resistência do id" (Freud, 1926/1996). O sintoma, como

formação do inconsciente, está mediatizado pelo simbólico, enquanto o conceito de compulsão à repetição remete a uma descarga direta. Assim, a respeito dos distúrbios alimentares, Bulgarão (2011) salienta:

> Se o corpo precisa surgir de uma forma tão maciça, é porque ocorreu, segundo Joyce McDougall, um curto-circuito na linguagem. Há nessas pacientes uma luta pelo direito de existir, não de obter uma satisfação sexual substitutiva como ocorre nas neuroses. É este, para mim, um primeiro divisor de águas - não estamos no campo das neuroses, da representação e do simbólico e, sim, no campo do além do princípio do prazer, morada da clínica dos excessos. (p. 268)

Retomando as hipóteses de Fernandes (2006), a autora assinala que a falta de introjeção da função de para-excitação materna implica que o processo identificatório primário, constituído pelos mecanismos psíquicos de incorporação e introjeção, fique restrito à incorporação (p. 210). Dessa maneira, durante a puberdade, "o sujeito, desprotegido perante a emergência pulsional, fica à mercê de incorporar o objeto" (p. 212).

Com o intuito de aprofundar tais questões, cabe destacar as ideias de Torok (1995, p. 222-223, citado por Gonzaga, 2011) sobre a incorporação:

> pode operar no modo da representação, do afeto, ou de algum estado do corpo, ou utilizando dois ou três modos simultaneamente. Mas, seja qual for o instrumento, ela se distinguirá sempre da introjeção, processo progressivo, em nome de seu caráter instantâneo e mágico. Na ausência do objeto- prazer, a incorporação obedece ao principio de prazer e opera por meio de processos próximos da realização alucinatória. (p. 92)

E, como Farias e Cardoso (2011) salientam:

> Segundo Abraham e Torok (1995), o momento prototípico da introjeção deve ser remetido ao instante no qual o vazio da boca da criança deixa de ser preenchido pelo seio e passa a ser propriamente preenchido por palavras. Este processo possibilita a superação da dependência em relação ao objeto primário por meio da inclusão do sujeito na ordem da linguagem, da apropriação de sentido das palavras. É pela introjeção que a perda do objeto poderá ser metabolizada. (p. 143)

Essas formulações vêm ao encontro do pensamento de autores como Jeammet (1999) e Brusset (1999) que assinalam, conforme mencionado, as dificuldades das pacientes anoréxicas de estabelecer uma distância ótima entre si e o objeto: perto demais ou longe demais, a necessidade do vínculo sempre implica uma ameaça ao narcisismo. Desse modo, como Fernandes (op. cit.) aponta, o sujeito fica "à mercê" do objeto.

Destacando o carácter ameaçador do objeto, Jeammet (1999) entende que os comportamentos aditivos são uma substituição das relações objetais:

> Assim, o comportamento de adição vem a substituir a relação objetal e a busca de sensações se substitui às emoções intoleráveis. O sujeito tem o reforço da conduta aditiva como o único recurso para fugir da sua crescente dependência e afirmar sua identidade. (p. 43)

4.2.4 Sobre a transmissão transgeracional

A questão da transmissão psíquica atravessa toda a obra freudiana, inclusive nas publicações prévias à elaboração da primeira tópica. Na "Carta 52" (1896/2006), Freud sublinha a multiplicidade dos registros do aparelho psíquico, bem como os modos de retranscrição nas distintas épocas da vida e os empecilhos para que essa retranscrição ocorra, quer dizer, as dificuldades na simbolização. Como aponta Kaes (2005): "O que interessa a Freud é, ante tudo, a continuidade na transmissão e, acessoriamente, as rupturas; mesmo depois de *Mal-estar*, mesmo depois de *Moisés*" (p. 127). Uma vez que nos textos de Freud o conceito de transmissão psíquica conota vários significados (Piva, 2008), neste trabalho será destacado o parágrafo que Freud dedica à transmissão transgeracional em *Totem e Tabu* (1912-13/1996):

> Mesmo a mais implacável repressão tem de deixar lugar para impulsos substitutos deformados e para as reações que deles resultem. Se assim for, portanto, podemos presumir com segurança que nenhuma geração pode ocultar, à geração que a sucede, nada de seus processos mentais mais importantes, pois a psicanálise nos mostrou que todos possuem, na atividade mental inconsciente, um *apparatus* que os capacita a interpretar as reações de outras pessoas, isto é, a desfazer as deformações que os outros impuseram á expressão de seus próprios sentimentos. (p. 160)

Enquanto Freud foca seu raciocínio teórico nos aspectos "positivos" da transmissão psíquica transgeracional, Kaes realiza um estudo sobre "as falhas" e as "rupturas" nessa transmissão, denominando *transmissão transgeracional* a um tipo de transmissão psíquica relacionado com "significantes gelados, enigmáticos, brutos; sobre os quais não foi feito um trabalho de simbolização". (p. 129)

O trauma não elaborado através das gerações e a configuração psíquica de "cripta" são objeto de estudo de Maria Torok e de Nicolas Abraham (1972/1995). Esses autores consideram que a experiência traumática transforma-se em algo impossível de ser dito na primeira geração, em algo que não pode ser nomeado na segunda e, finalmente, algo que não pode ser pensado na terceira. O sucesso traumático, através das gerações, permanece como segredo a partir de um mecanismo defensivo que eles chamam de "recalque conservador", que opera em relação a símbolos fraturados. Assim, embora não haja registro verbal do acontecimento, as representações sensório-afetivo-motoras desempenham um papel fundamental na economia psíquica.

Logo, o tipo de transmissão que envolve conteúdos psíquicos não elaborados "é considerado alienante e não estruturante, impedindo a singularização do herdado, pois ela se

impõe em estado bruto aos descendentes" (Tratchenberg et al., 2005, citado por Gomes 2009, p. 95).

Assumindo a premissa que representar é metabolizar, será que o "empanturramento" referido pelas pacientes anoréxicas não é uma pista para entender seu mundo interno? Será que elas não estão falando de um universo de significantes "congelados" que, não podendo ser metabolizados e digeridos, impossibilitam o processo de pensamento? Será que essa sensação de "estar explodindo", de não ter espaço no estômago, está remetendo a um aparelho povoado por "significantes gelados"?

5 JUSTIFICATIVA

O estudo dos distúrbios alimentares tem recebido cada vez mais atenção por parte da comunidade científica nas últimas décadas devido a seu alarmante incremento na população mundial. Embora as primeiras descrições clínicas da anorexia nervosa datem do século XIX, o aumento recente de casos de transtornos alimentares no contexto de uma sociedade que faz culto ao corpo e à magreza, permite caracterizar a anorexia como um dos quadros psicopatológicos emblemáticos da contemporaneidade. Como assinala M. H Fernandes (2006): "Apesar do vigor dos esforços empreendidos, dentro e fora do âmbito psicanalítico, a abordagem teórico-clínica da anorexia e da bulimia permanece um desafio" (p. 21).

Considerando-se a amplitude e complexidade do estudo dos transtornos alimentares e a escassez de trabalhos que utilizam técnicas projetivas, percebe-se a necessidade de intensificar e aprofundar essa linha de pesquisa. Sanches Peres e Antônio dos Santos (2011) realizaram uma revisão bibliográfica em duas bases de dados brasileiras (LILACS e Banco de Teses/CAPES), utilizando os descritores "anorexia" e "bulimia", visando "verificar a utilização de técnicas projetivas na avaliação de características psicopatológicas de pacientes com transtornos alimentares". Esses autores apontam que só foram encontradas cinco pesquisas brasileiras sobre anorexia e bulimia, publicadas na última década, que utilizaram técnicas projetivas para a coleta de dados. García Arzeno et al. (2007) assinalam que as técnicas projetivas são imprescindíveis para explorar aspectos do funcionamento psíquico que podem ficar encobertos, detrás de uma boa capacidade de verbalização, na entrevista clínica.

Contemplando o panorama atual, o presente trabalho visa enriquecer a compreensão psicodinâmica da anorexia, bem como destacar a relevância das técnicas projetivas no estudo dos transtornos alimentares.

6 OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é identificar e descrever aspectos dinâmicos e estruturais de personalidade de pacientes com diagnóstico de anorexia, com base no referencial teórico psicanalítico, visando aprofundar a compreensão dos processos psicodinâmicos subjacentes ao distúrbio alimentar.

7 METODOLOGIA

7.1 Método

Esta pesquisa possui um caráter qualitativo, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, respondendo a questões muito particulares e preocupando-se com o nível de realidade que não pode ser quantificado (Minayo, 1996).

O referencial teórico utilizado será o psicanalítico. Segundo Turato (2008), a interlocução entre a Psicanálise e os métodos qualitativos conduz a uma análise dos dados que leva em consideração que as ações, sentimentos, pensamentos e palavras dos sujeitos sofrem a determinação de forças inconscientes.

O método utilizado nesta pesquisa será o estudo de caso.

7.2 Material

Para realizar a coleta de dados, foram utilizadas a entrevista clínica e três técnicas projetivas: O Desenho da Família, o Questionário Desiderativo e o Teste de Relações Objetais. Foram escolhidas técnicas projetivas com o mesmo embasamento teórico; por esse motivo, preferiu-se a aplicação do Teste de Relações Objetais de Phillipson ao Teste de Apercepção Temática de Murray, já que a análise deste último se baseia na Psicologia do Eu (Veccia, 1996), enquanto o Teste de Relações Objetais foi concebido a partir da teoria kleiniana e fairbairniana das relações objetais.

7.2.1 Entrevista clínica

Tavares (2000) define a entrevista clínica como "um conjunto de *técnicas* de *investigação*, de *tempo delimitado*, *dirigido* por um *entrevistador treinado*, que utiliza *conhecimentos psicológicos*, em uma *relação profissional*, com o *objetivo* de *descrever e avaliar* aspectos pessoais, relacionais ou sistêmicos" (p. 45).

García Arzeno, Ocampo, Grassano et al. (2007) enfatizam a importância de captar os aspectos transferenciais e contratranferenciais que surgem do vínculo entre o psicólogo e o entrevistado, sendo fundamental identificar tanto o tipo de vínculo que o entrevistado tenta estabelecer com o psicólogo quanto os sentimentos e fantasias que o encontro suscita neste último. Nesse sentido, Veccia (2002) afirma que os fenômenos transferenciais encontram-se presentes em toda situação interpessoal e diferencia a atualização de pautas de conduta interpessoal, sentimentos e ideais inconscientes, no curso da entrevista, do conceito freudiano de neurose de transferência. Ewerton Santiago (1984/2012) afirma:

> Observa-se, portanto, que as próprias emoções do psicólogo se constituem em um dos seus instrumentos de trabalho. Isto posto, deparamo-nos com o fato de que esse profissional precisa dispor, além de um marco referencial e de seus recursos intelectuais, de suas próprias emoções. Com estes elementos o psicólogo pode observar, identificar e analisar os fenômenos que ocorrem em si mesmo, no paciente e entre ambos. (p. 69)

As autoras mencionadas assinalam que o psicólogo se constitui numa variável fundamental do processo da entrevista e que, portanto, deve ser capaz de refletir permanentemente sobre suas atitudes e estados de ânimo, já que estes interferem diretamente no comportamento do entrevistado. Ewerton Santiago (op.cit.) desenvolve uma reflexão interessante: "Temos, então, uma situação aparentemente paradoxal na psicologia clínica: a objetividade decorre justamente da possibilidade de se incluir o subjetivo como elemento de análise" (p. 71).

7.2.2 Desenho da Família

O Desenho da Família é uma técnica projetiva gráfica. No presente trabalho, foi solicitado aos sujeitos da pesquisa que desenhassem uma família em movimento, conforme a versão proposta pelos autores Burns e Kaufman (1978), citados por Freitas e Cunha (2000). Como aponta essa autora, embora não exista um roteiro padronizado para interpretar esta técnica, há um consenso na literatura sobre aspectos importantes do desenho a serem considerados:

- a impressão *gestáltica* transmitida pelo desenho;
- distribuição sequencial das figuras;
- tamanho das figuras;

- localização das figuras no espaço da folha;

- distância entre as figuras;

- natureza das interações.

7.2.3 Questionário Desiderativo

O Questionário Desiderativo foi criado pelos psiquiatras Piagem e Córdoba, em 1946, em Barcelona. Posteriormente, essa técnica foi modificada pelo psicólogo holandês Van Kravelin, apoiado em sua experiência clínica com crianças, e pelo psicólogo argentino Jaime Berenstein, em 1960 (Veccia, 1996).

A proposta desta técnica é que o sujeito responda, três vezes, o que mais gostaria de ser se não fosse uma pessoa, abarcando, nas três respostas, os três reinos: animal, vegetal e inanimado. Essas respostas são as denominadas *catexias positivas*. Logo, o sujeito é convidado a responder, três vezes, o que menos gostaria de ser se não fosse uma pessoa: tais respostas recebem o nome de *catexias negativas* (Veccia, op.cit).

O Questionário Desiderativo tem um embasamento psicanalítico e sua análise se fundamenta no significado do símbolo enquanto representação substitutiva. O símbolo escolhido representa o desejo do sujeito, portanto, o nível de elaboração da resposta indica o menor ou maior comprometimento do processo secundário (Veccia, op.cit).

A análise do conteúdo, feita conforme o referencial de análise proposto por García Arzeno et al. (2007), revela informações sobre:

Angústias:

a) angústia e culpa persecutórias;

b) angústia e culpa depressivas.

Defesas:

Para poder responder, o sujeito precisa utilizar recursos defensivos:

a) a “Repressão Fundante” e a “Primeira Dissociação Instrumental” permitem a discriminação entre fantasia e realidade, o que se manifesta na possibilidade de responder as perguntas da técnica;

b) a “Segunda Dissociação Instrumental” possibilita a discriminação entre os aspectos valiosos e rejeitados do *self*;

c) a “Identificação Projetiva” é o mecanismo pelo qual o sujeito coloca aspectos do *self* nos símbolos escolhidos, mantendo uma distância adequada entre o sujeito e os objetos;

d) a “Racionalização” permite a justificação lógica dos símbolos escolhidos.

- Forma de vínculo que o sujeito estabelece com os objetos.

- Grau de fortaleça egoica:

a) infere-se o grau de fortaleza egoica através da explicação dos motivos que impulsionaram a escolha dos símbolos;

b) a estrutura do símbolo escolhido mantém uma analogia com a estruturação egoica.

- Conflitos significativos

- Ideal do eu

- Tolerância à frustração:

a) fracasso na elaboração das respostas;

b) tempo de reação.

- Conexão com a realidade.

7.2.4 Teste de Relações Objetais

Para Grassano (2006), com base na perspectiva da Teoria das Relações Objetais, os diferentes testes projetivos oferecem estímulos com estruturação ambígua ou formas muito definidas e pouco usuais; através das condutas verbais, gráficas ou lúdicas do examinando, é possível a observação de sua capacidade para dar forma, organização e sentido emocional ao aspecto da realidade que o estímulo projetivo representa. Pranchas ou instruções atuam na situação projetiva como mediadoras das relações vinculares pessoais que mobilizam e reeditam vários aspectos da vida emocional, sendo toda produção projetiva, portanto, produto de uma síntese pessoal.

O Teste de Relações Objetais (TRO), de H. Phillipson, é um teste projetivo verbal que se baseia nas teorias kleiniana e fairbairniana das relações objetais. O teste está constituído por treze pranchas: três séries (A, B e C) de quatro pranchas cada uma e uma prancha em branco. Cada série diferencia-se da outra pelo número de personagens e pelo nível de estruturação do estímulo:

- a série "A" estimula o surgimento de conteúdos psíquicos arcaicos, regressivos. É a série que possui estímulos com menor grau de estruturação. Na análise dessa série, é preciso considerar os mecanismos que o sujeito utiliza para se defender ao sentir-se desprotegido;
- a série "B" denota um contraste nos desenhos através da utilização do branco e preto. Aparece a sensação de profundidade e de interior/ exterior. Essa série confronta o sujeito com sua realidade atual;
- a série "C" permite pesquisar os mecanismos que o sujeito utiliza para lidar com as emoções, já que em esta série aparece a utilização de cores;
- a prancha em branco explora as fantasias de doença e cura, bem como o uso das defesas maníacas.

O TRO é utilizado, entre outras finalidades, para explorar a natureza e funções das fantasias inconscientes das relações objetais do paciente. O sistema tensional inconsciente da fantasia inconsciente contada pelo sujeito abrange cinco aspectos, conforme foram definidos por Suzan Issacs (1952): 1) desejos inconscientes; 2) medos e sentimentos desconfortáveis; 3) mecanismos de defesa; 4) grau de expressão destes aspectos defensivos (oral, anal, fálico, latência, pré-genital e genital); e 5) gênese das fantasias inconscientes.

Os critérios de interpretação foram apresentados inicialmente por Maria Luisa Siquier Ocampo e recentemente sistematizados por Elsa Grassano Piccolo, cujo livro *Indicadores Psicopatológicos nas Técnicas Projetivas* foi traduzido pela professora do Departamento de Psicologia Clínica, Dra. Leila Tardivo (1996). Esses critérios são:

a) Percepção-Apercepção

- O que é visto, principais omissões, elementos enfatizados, percepções infrequentes.
- Significados outorgados aos elementos selecionados do estímulo.

b) Conteúdo Humano-Interação

- Pessoas vistas, omitidas ou acrescentadas.
- Nível de humanização dos personagens.
- Tipo de interação entre os personagens.

c) Sistema tensional inconsciente

- Relações com desejos inconscientes.
- Ansiedades vinculadas às mesmas relações de objeto, donde provêm os conflitos, conscientes ou inconscientes.
- Mecanismos de defesa utilizados para conciliar o conflito das relações de objeto com as situações sociais conscientes: negação, recalque, dissociação, idealização, etc.

d) A História como Estrutura

- Presença de conflitos na história
- Tempos verbais utilizados.
- Tentativa de resolução do conflito.
- Conteúdo emocional da história.
- Tipo de solução lograda.

7.3 Procedimentos

Foram realizados quatro encontros com cada uma das pacientes, de aproximadamente uma hora de duração, nos quais foram feitas entrevistas e aplicadas técnicas projetivas (o Desenho da Família, o Questionário Desiderativo e o Teste de Relações Objetais).

7.4 Participantes

Participaram desta pesquisa três pacientes com diagnóstico de anorexia, entre 18 e 45 anos, internadas na Enfermaria de Comportamento Alimentar (ECAL) do Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares (Ambulim), do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo (IPq/ HCFMUSP), no período da coleta de dados.

Sobre os critérios para construir amostras, Turato (2008) aponta que a amostragem proposital "está para a pesquisa qualitativa assim como a randômica está para a pesquisa qualitativa" (p. 356). Britten (1995), citado por Turato (2008), afirma que "não há modo certo ou errado de construir amostras em pesquisa qualitativa, sendo que a decisão pela amostragem deveria ser distintamente pensada e ser apropriada às questões da pesquisa" (p. 357). Nesse sentido, considera-se que o material apresentado no presente trabalho seja suficiente para o aprofundamento do tema.

Critérios de inclusão:

a. Pacientes do sexo feminino.
b. Idade entre 18 e 45 anos.
c. Pacientes com capacidade de compreensão das técnicas projetivas, com escolaridade mínima de oito anos.
d. Aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Participação.

Critérios de exclusão:

a. Pacientes com Índice de Massa Corporal (IMC) < 15.
b. Pacientes grávidas.

8 ANÁLISE DOS RESULTADOS

8.1 Mariana[1]: "Evitava comer alimentos que me dessem prazer".

8.1.1 Entrevista clínica

Mariana tem 24 anos e foi internada na ECAL com diagnóstico de Anorexia Nervosa tipo restritivo e IMC=13,47[2]. É a terceira filha de uma prole de três; tem um irmão, de 27 anos, e uma irmã, de 26 anos. A mãe de Mariana é assistente social e o pai é engenheiro. Mariana é estudante de quinto ano de Medicina.

Quando lhe é perguntado sobre o momento de início dos sintomas alimentares, Mariana começa seu relato contando que se mudou para São Paulo para estudar Medicina e foi morar com os avós maternos. Ela refere que, nessa época, ganhou peso, porque parou de fazer exercícios e porque os avós preparavam comida gordurosa. Também relata que os avós eram intrusivos e a tratavam como uma criança, o que ela exemplifica contando que abriam a porta do quarto dela sem bater. Perguntada pelos motivos que a levaram a permanecer em um ambiente onde ela não se sentia confortável, ela responde que "eu tinha que me adaptar" e que o irmão dela também morou com esses avós durante um ano: "Se ele aguentou, eu também tinha que poder".

Refere ter perdido peso posteriormente, porém, no quarto ano da faculdade, engordou novamente durante um intercâmbio nos Estados Unidos. Mariana relata que, durante esse intercâmbio, percebeu que tinha dificuldades para executar um tipo de intervenção cirúrgica devido ao seu estrabismo, o que a angustiou profundamente e propiciou o ganho de peso. "Descontei na comida".

Ao retornar ao Brasil, Mariana quis emagrecer e começou a restringir sua alimentação de forma gradativa, até perceber que havia certos alimentos que ela não conseguia mais comer: "Evitava comer alimentos que me dessem prazer". Foi nesse momento que decidiu iniciar um tratamento e recebeu o diagnóstico de anorexia.

---

[1] Os nomes dos pacientes e dos familiares são fictícios.
[2] No início do processo psicodiagnóstico, o IMC de Mariana era 15, 4.

Mariana relata que seus pais tiveram muita dificuldade para entender que a anorexia é uma doença, pois eles achavam que os problemas dela com a comida eram "frescuras" e que a solução seria ela voltar a comer. Mariana comenta que, para seus pais, era mais fácil entender e assumir que a filha tivesse um quadro de depressão do que aceitar o diagnóstico de anorexia.

A respeito do relacionamento com sua família, Mariana conta que mantém um bom vínculo com os irmãos e que "minha irmã é minha melhor amiga". Também refere ter observado inúmeras brigas entre os pais, sendo que o pai "humilhava" a mãe, chamando-a de "burra" e a criticava pela forma em que ela administrava a manutenção da casa. Descreve ao o pai como "temido e amado" e relata que sempre foi muito exigente com o desempenho acadêmico dos filhos.

A esse respeito, Mariana revela que sempre sentiu medo de não ser tão inteligente quanto seu irmão, que tirava notas excelentes sem grandes esforços. Quando lhe pergunto sobre a irmã, Mariana suspira: "Coitada, nunca foi bem na escola!". A caracterização polarizada dos irmãos aparece tanto no aspecto intelectual quanto no físico: Mariana refere que seu irmão é muito magro e sua irmã, obesa.

Sobre sua infância, Mariana comenta que tinha sobrepeso e que acreditava que o estrabismo determinava que ela fosse percebida pelos outros como uma pessoa muito diferente e, portanto, rejeitada. Além da preocupação pela imagem suscitada pelo estrabismo, sentia que as dobras da sua pele eram muito escuras; houve também uma época em que se recusou a usar sandálias, porque não gostava dos seus pés. Refletindo sobre o estranhamento que seu próprio corpo despertava, Mariana chega à conclusão de que ela "deslocava" o estrabismo para diferentes partes do corpo (como as dobras da pele e os pés). Sua mãe acreditava que esse comportamento era "frescura" da filha e não prestava atenção aos seus reclamos.

Refere que a vida familiar sempre foi muito importante e descreve a dinâmica vincular da mãe com os filhos como "uma galinha com os pintinhos". A respeito de nunca ter namorado, Mariana revela o grande temor de se casar com "a pessoa errada" e enfatiza que esse medo é reforçado pelo discurso dos pais, que a advertem permanentemente sobre os riscos de fazer uma escolha errada. "Meus pais são casados há 30 anos" suspira.

8.1.2 Desenho da família (Anexo A)

Sequência do desenho: Mariana desenha a mesa. Logo, desenha a mãe (segunda à direita), depois a irmã. Posteriormente desenha o irmão (na cabeceira) e o pai. Finalmente, ela se desenha.

É um dado chamativo que Mariana se encontre de costas e, pela força impressa no traçado dos cabelos, a impressão *gestáltica* que transmite é que ela é uma mancha na produção. O tronco de Mariana é substituído por uma cadeira (o pai, que também foi representado de costas, tem ombros e braços). Levando em consideração que, nos testes projetivos, o paciente revela seu esquema corporal, a sensação de "mancha" na folha permite refletir sobre o vazio representacional que Mariana tem do próprio corpo e, pensando na dimensão corporal do ego, segundo Freud, da sua própria identidade.

Nesse ponto, é preciso destacar as rejeições permanentes que Mariana vivenciou a respeito do seu próprio corpo quando criança (as dobras da pele, os pés). Esse corpo "em negativo", nas palavras de M.H Fernandes (2006), aparece no desenho de Mariana, no contexto de uma reunião familiar, o que não deixa de ser significativo.

O lugar do pai é ocupado pela figura do irmão, visivelmente insatisfeito, no desenho, com a posição que ocupa na estrutura familiar. A desordem hierárquica envolve o risco do incesto, representado no alinhamento de Mariana com o pai. Pensando na sequência do desenho, pode-se inferir que a mesa tem a função de suprir a falta de organização estrutural, pois foi o primeiro elemento a ser desenhado, como se fosse a matriz a partir da qual os membros da família podem ocupar um lugar no espaço.

As representações da mãe e da irmã têm um tamanho consideravelmente maior que as dos demais membros da família, o que mostra a importância que essas figuras femininas têm para Mariana. Segundo Cunha (2000), "uma grande figura materna sugere uma mãe dominante, enquanto um pai pequeno, apenas maior que o próprio sujeito, indica que este percebe aquele como sendo somente um pouco mais importante que ele". (p. 514).

A respeito da cena e da ação nas quais a família está retratada, Mariana comenta que se trata de um almoço de domingo e que todos os membros do grupo familiar estão comendo macarrão. É interessante que só as mulheres estão segurando o garfo, ou seja, parece que a incorporação dos alimentos é exclusiva do universo feminino. Que significado terá, então, a recusa de Mariana a alimentar-se?

8.1.3 Questionário Desiderativo (Anexo B)

A perseveração de reinos nas catexias positivas (cachorro, gato) e negativas (macaco, peixe de aquário) denota um fracasso da Identificação Projetiva. A falha dessa defesa também se evidencia na dificuldade para discriminar os aspectos valorizados e rejeitados do *self*: Mariana escolhe primeiramente um cachorro, porque interage, e posteriormente o gato, pela liberdade ("O cachorro fica com o dono, o gato não"). Cabe perguntar o que é valorizado: a liberdade ou a capacidade de estar perto das pessoas?

Em ambas as opções, a distância a respeito do outro mobiliza a defesa: o que pode acontecer se a proximidade se tornar ameaçadora ou a separação for muito angustiante? Pelas catexias negativas, é possível afirmar que o medo se vincula a ser submetido pelo outro (animal de zoológico, peixe de aquário) quando a distância não for adequada. Essa dificuldade em estabelecer uma distância ótima para com o objeto tem seu correlato no comportamento alimentar: Mariana tinha episódios de compulsão alimentar e, posteriormente, momentos de restrição alimentar severa.

As escolhas das catexias positivas trazem informações sobre as defesas utilizadas para não ser submetida, na fantasia, ao desejo do outro: mecanismos fóbicos (a liberdade do gato) e obsessivos (a fidelidade do cachorro, a utilidade do computador).

Segundo García Arzeno et al. (2007), na estrutura obsessiva, o temor frente ao fracasso das defesas está relacionado com falta de mobilidade interna, rigidez, estereotipia, rotina (p. 103), o que se reflete nos símbolos escolhidos: objetos pobres, utilizados pelo outro, sem afetividade. Essas características estão presentes nas quatro catexias negativas: (1-) animal de zoológico, (2) peixe de aquário, (3) a grama, (4) uma cadeira. Grassano (1996) assinala que "a rigidez da defesa obsessiva, que ataca a capacidade do pensamento criativo, produz temor a ficar encerrado em um tipo de funcionamento mental pobre, rotineiro e estereotipado" (p. 286). Essa autora também destaca o conflito existente entre as exigências superegoicas de rendimento intelectual e a diminuição do rendimento criativo pelo permanente controle emocional.

Cabe destacar que a cadeira, símbolo utilizado para rejeitar aspectos pouco valorizados do *self*, aparece no Desenho da Família substituindo o corpo de Mariana.

A justificativa dos objetos escolhidos é pobre, pouco consistente, o que indica um baixo grau de fortaleza egoica.

8.1.4 Breve análise esquemática do TRO (Anexo C)

Série A	
A1	A2
Mulher: Perdida, confusa. **Criança/Anjo:** Guiando a mulher.	**Casal:** Relaxados e felizes.
Ansiedade: Persecutória. Temor à perda do controle decorrente de fantasias sexuais. **Defesas**: Negação, idealização.	**Ansiedade:** Persecutória. **Defesas:** Negação, idealização. (Negação da ansiedade decorrente da possibilidade de um encontro sexual).
Desenlace: Mágico.	**Desenlace:** Não há.
Superfície: Tono sombrio, sentimentos de confusão e temor.	**Superfície:** Clima relaxado.

A3	AG
Pais: Tristes **Filho:** Mais feliz que os pais.	**Palestrante:** Feliz, realizada. **Grupo de pessoas:** Ouvindo a palestra.
Ansiedade: Depressiva. Ansiedades referentes à exclusão da triangulação edípica. **Defesas**: Negação.	**Ansiedade:** Persecutória. **Defesas:** Negação maníaca.

Desenlace: Reencontro.	**Desenlace:** Não há.
Superfície: Sentimentos de tristeza.	**Superfície:** Descritivo, sem detalhes.

Série B	
B1	B2
Criança: Confortável. **Mãe:** Feliz.	**Casal:** Apreensivo. **Filho:** Expectante.
Ansiedade: Persecutória. Aparece o temor ao vazio interno e à solidão. **Defesas**: Negação maníaca, idealização.	**Ansiedade:** Persecutória. Exclusão da triangulação edípica. **Defesas:** Negação, controle do objeto.
Desenlace: Não há.	**Desenlace:** Reencontro.
Superfície: Clima aconchegante.	**Superfície:** Clima de incerteza.

B3	BG
Casal: Triste. **Filho:** Triste.	**Menino:** Isolado. **Grupo de alunos:** Vendo as ruínas.
Ansiedade: Depressiva. **Defesas:** Negação.	**Ansiedade:** Depressiva. **Defesas:** Maníacas.
Desenlace: Casal conta a notícia para o filho.	**Desenlace:** Volta para casa.
Superfície: Clima triste, penoso.	**Superfície:** Solidão.

Série C	
C1	C2
Senhora: Lavando os pratos. **Senhor:** Mexendo no jardim.	**Senhor:** Arrasado. **Senhora**: Mal fisicamente, espiritualmente tranquila.
Ansiedade: Persecutória. **Defesas:** Negação, idealização.	**Ansiedade:** Depressiva. **Defesas**: Dissociação, negação.
Desenlace: Não há.	**Desenlace:** Não há.
Superfície: Tono intimista.	**Superfície:** Clima triste, penoso.

C3	CG
Amigo mais velho: Feliz de receber as visitas. **Dois amigos:** Chateados, apreensivos, preocupados.	**Dois amigos:** Cansados, felizes de estar conhecendo as pirâmides.
Ansiedade: Persecutória. **Defesas:** Negação da cena edípica.	**Ansiedade:** Persecutória. **Defesas:** Negação, dissociação.
Desenlace: Não há.	**Desenlace:** Continuação da viagem.
Superfície: Clima melancólico, penoso.	**Superfície:** Clima descontraído, relaxado.

Estímulos com um personagem: em todas as pranchas com um personagem, Mariana acrescenta um segundo personagem à história, o que sugere, conforme assinalam García Arzeno et al. (2007), uma grande dificuldade para entrar em contato com seu mundo interno, devido ao caráter persecutório dele. As situações desejadas envolvem relações em que não intervenham elementos agressivos e sexuais, como se pode observar na produção da prancha A1, na qual a mulher entra em um templo, um lugar que garante a ausência de sentimentos hostis e sexuais. Essa história indica que, para Mariana, ser mulher é uma experiência muito confusa e assustadora. As histórias das pranchas B1 e C1 também enfatizam a ausência de hostilidade (mãe e filha que "estão se dando bem", um casal de velhinhos que antigamente brigava e agora convive harmoniosamente).

Estímulos com dois personagens: as pranchas com dois personagens trazem à tona a fantasia de que a aproximação, de caráter sexual, representa uma ameaça muito grande à integridade psíquica. Os casais estão constituídos por pessoas de meia-idade e idosas em A2 e em C2, respectivamente. Nesta última história, é acentuado o sentimento de desesperança e tristeza pela perda do objeto. Em B2, aparece um terceiro personagem (o filho), interditando, na fantasia, o encontro sexual do casal.

Estímulos com três personagens: nos estímulos que sugerem a triangulação edípica, predominam sentimentos de tristeza, desesperança e nostalgia. Aparece um intenso temor pelas consequências da agressividade dirigida, na fantasia, às figuras parentais, principalmente à figura materna. Em B3, uma criança ouve que "a mãe da mulher faleceu". O fato de se tratar de uma criança sugere que, para lidar com a ansiedade e o temor decorrentes dos sentimentos hostis de rivalidade edípica, o personagem tem que se mostrar pequeno e indefeso.

Estímulos com grupo de personagens: conforme aumenta a quantidade de personagens das pranchas, percebe-se um incremento da ansiedade persecutória. Em AG, o personagem se destaca no grupo devido a sua inteligência, enquanto em BG outro aparece como "um coitado isolado". Em ambas as situações, há um personagem principal que não se integra ao grupo devido a sua capacidade intelectual. Em AG, o grupo reconhece e valoriza a inteligência da palestrante, enquanto em BG essa qualidade determina o isolamento e a exclusão. Cabe destacar que nesta história os personagens são crianças, o que indica, segundo Phillipson (1965/2006), a projeção de sentimentos de inadequação e imaturidade. A hostilidade dirigida ao objeto aparece simbolizada nas ruínas da história.

A história da prancha CG é a de duas pessoas praticamente indiferenciadas. As situações de grupo são vivenciadas de forma ameaçadora e o vínculo desejado é um par simbiótico. Novamente aparecem as ruínas, o que permite inferir que os sentimentos hostis são tão intensos, que há uma negação da existência do grupo.

8.1.5 Considerações sobre o prognóstico

Para Weinberg (2008), a idade do paciente no início da doença, o número de internações e o tempo transcorrido entre o surgimento da doença e a internação são elementos-chave para avaliar o prognóstico dos pacientes com anorexia: quanto mais jovem for o paciente, menor o número de internações, mais curto o período de tempo prévio à internação, o prognóstico é melhor.

Lask (1999), citado por M. H. Fernandes (2006), diferencia três aspectos fundamentais no surgimento da anorexia: os fatores predisponentes, os fatores precipitantes e os fatores perpetuantes. Pensando no caso de Mariana, a paciente localiza o momento de início da doença no começo da faculdade, quando foi morar com os avós, e destaca também como momento relevante o ganho de peso que registrou durante a viagem de intercâmbio, após uma frustração profissional. Esses seriam, segundo o discurso de Mariana, os fatores precipitantes. Assim, considerando que Mariana tinha aproximadamente 18 anos na época em que se mudou para São Paulo, poderia pensar-se que seu prognóstico é menos promissor do que seria se a doença tivesse começado no início da adolescência.

Por outro lado, Veccia (2002) destaca as características de personalidade que permitem prever o estabelecimento de uma aliança terapêutica como fator essencial para refletir sobre o prognóstico. Neste sentido, o prognóstico estaria atrelado às possibilidades de mudança psíquica do paciente no transcurso de uma psicoterapia, cuja condição de possibilidade é, sem dúvida, a aliança terapêutica.

8.1.6 Fatores prognósticos no TRO

J. Tolentino Rosa e Vieira da Silva (2005) destacam que tanto Phillipson (1981) quanto Ocampo (1981) afirmam que a análise da produção do paciente na prancha B2 do TRO fornece valiosa informação sobre a possibilidade de estabelecer uma aliança terapêutica. Essa prancha mostra duas pessoas embaixo de uma árvore e uma casa no fundo. Para Tolentino Rosa e Vieira da Silva, "esses autores acrescentam que se aparece um par adulto na fantasia, é possível que seja favorável o estabelecimento da relação paciente-terapeuta na psicoterapia e, portanto, essa lâmina constitui valioso elemento prognóstico da relação transferencial" (p. 26).

Na produção de Mariana, aparece um casal parental prestes a se reencontrar com o filho deles. Na história, o filho, o terceiro personagem que Mariana acrescenta, procura uma aproximação com os pais, após uma briga "porque tinham maneiras diferentes. Eles queriam controlar a vida do filho". Dessa forma, manifesta-se também o desejo de cura: poder se aproximar dos pais sem sentir que essa proximidade implica o perigo de submissão. O significado de estar mais velho, na história, representa o desejo de desenvolver um psiquismo mais maduro, com mais recursos. No entanto, cabe destacar que, na fantasia, a dinâmica vincular de controle e submissão se mantém, no entanto, invertem-se as posições: agora é o filho quem tem poder sobre os pais. O clima de apreensão e expectativa da história aponta que não se trata de um reencontro feliz, senão que os pais estão à mercê dos desejos do filho.

Segundo García Arzeno et al. (2007), outra prancha com especial valor prognóstico a respeito da aliança terapêutica é a prancha B1, que mostra uma pessoa na escada e um quarto no canto superior. Se, na produção do paciente, o personagem estiver subindo a escada, isso pode ser considerado um indicador de que o paciente permitirá o ingresso do terapeuta no seu mundo interno. Na produção de Mariana, observa-se uma mãe indo para o quarto da filha para desejar-lhe boa noite. Considerando a produção da paciente na sua totalidade, também é possível refletir sobre o desejo de Mariana de ir ao encontro dos aspectos infantis dissociados do *self*.

A prancha em branco, a última na sequência, revela a relação transferencial do paciente com o terapeuta e as fantasias de doença e cura (Tolentino Rosa, 2005). Nessa prancha, Mariana descreve sua vida como uma "caminhada" mais complicada do que a dos outros e expressa sua confiança nos seus recursos internos para resolver seus conflitos psíquicos, utilizando defesas mais evoluídas.

8.2 Sílvia: “Tudo que me faz mal, eu jogo fora”.

8.2.1 Entrevista clínica

Sílvia tem 34 anos. No momento da entrevista, faz 50 dias que se encontra internada na ECAL, com diagnóstico de anorexia nervosa purgativa. Ela acrescenta: “no total, faz 65 dias, somando os 15 dias que passei no outro hospital”. Sílvia foi internada em um hospital do interior de São Paulo antes de ser transferida para o Instituto de Psiquiatria. A partir das primeiras falas de Sílvia, percebo que os números têm um significado importante na história dela. Ela continua o relato: “Quase morri duas vezes nos braços da minha filha; cheguei a pesar 24 quilos”.

Sílvia sorri quando fala da filha. Conta que a menina tem 12 anos e “é uma bênção, o motivo para eu querer me tratar”. Perguntada sobre o início da restrição alimentar, Sílvia refere que teve “depressão” após a perda de um emprego que ela gostava muito: era gerente de um restaurante. Diz que adora cozinhar e que pretende estudar gastronomia quando tiver alta. Pela expressão do seu rosto, noto que ela não percebe a contradição entre o amor pela cozinha e a recusa a alimentar-se. “Cozinho muito bem, sou muito detalhista”, comenta com um sorriso.

Embora tenha localizado o início da doença em concomitância com a perda do emprego, posteriormente Sílvia dirá que os primeiros sintomas da anorexia começaram quando tinha 12 anos (mesma idade que a filha dela tem atualmente). Pergunto-lhe se ela consegue identificar um motivo pelo qual deixou de comer naquela época e ela diz que sim, que se sentia desconfortável com seu corpo, porque os meninos da escola a chamavam de “gorda”. Sílvia foi restringindo a alimentação, até que foi internada, pela primeira vez, quando tinha “entre 15 e 16 anos, não lembro muito bem”. Afirma: “saí muito bem dessa internação, fiquei muito boa”.

A respeito da infância, Sílvia relata que foi criada por uma tia e a avó maternas. Ela morou com a mãe, Nancy, até os cinco anos, momento em que a mãe conheceu o atual marido. “Ele disse: ou eu ou ela”, conta Sílvia, explicando que a mãe precisou escolher entre ficar com a filha ou continuar o relacionamento com o parceiro. “Ela fez as malas e foi embora”, diz Sílvia. No entanto, Nancy continuou presente na vida da filha: visitava-a todos os dias e frequentava as reuniões escolares.

Quando Sílvia tinha aproximadamente 16 anos, uma tia fez contato com ela para informá-la a respeito da verdadeira identidade do seu pai. Até então, Sílvia pensava que o pai tinha falecido num acidente automobilístico quando ela tinha cinco anos, pouco antes de a mãe conhecer o atual marido. Essa era a história que tinha sido contada para ela pelas tias, pela mãe, pela avó e que foi mantida por muitos anos. No entanto, devido a um conflito entre Nancy e uma das tias, esta decidiu revelar o segredo familiar como uma forma de vingança contra a irmã. "Eu achava que minha mãe mentia para mim... o túmulo estava numa cidade e o acidente tinha sido em outra... mas uma criança acredita no que os adultos falam", lamenta-se Sílvia. Diz: "Não tenho mágoas, mas falo para minha mãe que deveria ter me contado a verdade". Pergunto-lhe se sabe por que a mãe não falou a verdade e ela responde: "Minha mãe tinha medo de me perder. Meu pai era casado, tinha muito dinheiro e eles ficaram juntos uma noite só. Ela pensou que ele podia me levar longe dela. Quando eu nasci, meu tio ficou na porta do hospital para que meu pai não entrasse".

Nancy tinha 18 anos quando engravidou de Sílvia e teve tanto medo da reação familiar, que demorou cinco meses para contar para sua mãe que estava esperando um bebê. "Era outra época", diz Sílvia.

Pouco tempo depois de receber o telefonema da tia, Sílvia ligou para o pai, Heitor, que se mostrou muito interessado em ter um vínculo com a filha. Logo no primeiro dia em que eles se encontraram, Heitor quis reconhecer a paternidade legalmente e manifestou sua vontade de morar com Silva. Ela acrescentou o sobrenome do pai ao seu nome, reconhecendo a filiação existente entre eles; porém, não quis manter um vínculo afetivo com alguém que sentia como "um estranho". Ao falar sobre o pai, Sílvia conta: "Tinha fotos dele, as joguei fora... tudo que me faz mal, eu jogo fora".

Sílvia tinha 18 anos quando conheceu seu atual ex-marido durante uma viagem ao interior de São Paulo. Ela, que até então residia no estado do Rio de Janeiro, resolveu morar com ele, embora sua tia a tivesse alertado sobre a agressividade do parceiro. Essa observação se confirmaria um ano mais tarde, quando ele começou a agredi-la. Sílvia refere que o ex-marido chegou a fraturar a clavícula dela durante um episódio de violência. "Não contei para ninguém, porque tinha medo que ele me deixasse", confessa Sílvia, com amargura.

Perguntada a respeito da reação da família do marido quando eles decidiram morar juntos, Sílvia conta que a sogra nunca gostou dela, que achava que ela seria uma inútil. "Dizia que eu era fresquinha porque tinha dinheiro, mas eu sempre cuidei da minha casa, sou muito detalhista", refere Sílvia. E acrescenta, séria: "Meu pai tinha dinheiro, eu nunca tive".

Com 22 anos, Sílvia teve Bia, que, conforme foi crescendo, começou a presenciar as cenas violentas entre seus pais. Foi ela que encorajou Sílvia a separar-se, cinco anos atrás. “Ela me disse: você não merece isso. Essa foi a gota d´agua”, relata Sílvia. Uma tatuagem de flores entrelaçadas na pele de Sílvia simboliza essa separação.

Sílvia conta que o momento mais penoso da sua vida foi o falecimento da sua avó, um ano depois do nascimento de Bia. Refere ter ficado tão triste, que não conseguiu se aproximar do caixão para se despedir da avó.

O pai de Sílvia faleceu há cinco anos em decorrência de um infarto agudo de miocárdio. Para ela, a morte de Heitor não foi significativa. “Ele era um estranho para mim”, repete várias vezes.

8.2.2 Desenho da família (Anexo D)

Sequência do desenho: Primeiramente, Silvia desenha a grama e a flor lilás, no canto inferior direito. Logo, ela desenha a árvore e as três mulheres (na seguinte ordem: “filha”, “eu”, “minha mãe”); depois faz a cesta de piquenique. Finalmente, desenha o sol, as nuvens e os pássaros.

Segundo García Arzeno et al. (2007) as defesas maníacas se expressam através do ênfase dado à extensão do limite corporal, de forma que a representação gráfica do corpo transmite uma sensação de euforia. As flores e os adornos que visam preencher o espaço da folha também são indicadores da utilização de defesas maníacas, já que o objetivo é evitar os sentimentos de vazio interno e solidão. Certamente, estas características estão presentes no desenho de Silvia: três mulheres com o tronco “expandido”, do centro para cima; flores, árvores, um sol colorido e nuvens preenchendo um espaço que é vivenciado como ameaçador.

Cabe destacar que as diferenças geracionais estão marcadas pelo tamanho da figura como se, faltando uma representação mental dos conceitos de descendência e ascendência da linhagem, a altura pudesse substituir esta falência; “filha”, “eu” (Silvia) e “minha mãe” são uma mais alta que a outra conforme a idade.

É possível observar um fino traço que une a primeira figura (filha) com a segunda (eu), revelando uma falta de diferenciação entre elas; a filha é uma prolongação do corpo da mãe.

Também chama a atenção o cabelo da terceira figura ("minha mãe", a única figura cuja identidade está inscrita fora do corpo), já que da a impressão de estar cobrindo as orelhas, como se fosse um fone de ouvido. Pode-se pensar que Silvia está representando uma mãe que não ouve? Além do mais, os braços curtos desta figura também indicam uma dificuldade no contato afetivo, reforçando a hipótese de que, para Silvia, existe a vivência de uma falta de comunicação e proximidade afetivas entre ela e sua mãe.

Outro detalhe chamativo é a "ferida" no tronco da árvore. É possível afirmar que Silvia utiliza os mecanismos defensivos de dissociação e identificação projetiva para projetar seus conteúdos internos feridos no exterior e, desta forma, poder manter a fachada feliz retratada no desenho.

Também se salienta que o objeto localizado entre a árvore e a primeira figura ("filha") é uma cesta de piquenique; dentro dela há "bolos, pães, frutas, geleia, suco e achocolatado", segundo Silvia. Perguntada sobre a ação realizada pela família, ela refere: "Vamos fazer um piquenique".

8.2.3 Questionário Desiderativo (Anexo E)

Conforme García Arzeno et al. (2007) as escolhas das catexias positivas (borboleta, rosa, coelho e cobertor) são características dos quadros depressivos, uma vez que:

1. O outro está explicitado na verbalização (o cobertor foi escolhido porque serve "para aquecer as pessoas").
2. O tipo de vínculo desejado se caracteriza por mostrar a outro que o ego só tem amor e bondade (a rosa "significa amor", a borboleta pode "trazer a paz").

A partir dos símbolos escolhidos por Silvia, infere-se a utilização de dois tipos de defesas: identificação projetiva patológica e defesas maníacas. Quando a defesa empregada é a identificação projetiva patológica, as catexias positivas representam o bom e a total ausência de agressividade (rosa, coelho, cobertor). Por outro lado, os objetos em movimento (borboleta "para voar e não ter limites") são indicadores da utilização de defesas maníacas.

Os símbolos rejeitados revelam o cenário temido caso as defesas fracassem; nos quadros depressivos, aparece o temor da possível emergência de fantasias sádico- orais e, como consequência, o sujeito se preocupa pelo estado do ego, que pode ser invadido pela agressividade. Portanto, nestes quadros, as catexias negativas são objetos que machucam, envenenam, cortam, etc., como os símbolos rejeitados por Silvia (rato, faca, automóvel).

A persevaração de reinos tanto nas catexias positivas (borboleta, coelho) quanto nas negativas (faca, automóvel), bem como a incapacidade de rejeitar um símbolo do reino vegetal, apontam para um fracasso da Identificação Projetiva.

A pobreza da racionalização de algumas escolhas ("porque eu adoro coelho", "porque são bonitas") e a fragilidade dos símbolos escolhidos (borboleta, rosa) denotam um baixo grau de fortaleza egoica.

8.2.4 Breve análise esquemática do TRO (Anexo F)

Série A	
A1	A2
Pai: De costas. **Filha:** De costas	**Duas moças** ("Eu e minha mãe").
Ansiedade: Persecutória. **Defesas**: Negação, dissociação.	**Ansiedade:** Persecutória. **Defesas:** Idealização, dissociação.
Desenlace: Pai vai embora.	**Desenlace:** Saída.
Superfície: Desencontros, tristeza.	**Superfície:** Clima triste.

A3	AG
Três colegas de trabalho:	**Várias pessoas**: Conversando,

conversando.	rezando.
Ansiedade: Persecutória. **Defesas**: Negação.	**Ansiedade:** Persecutória. **Defesas:** Negação maníaca.
Desenlace: Não há.	**Desenlace:** Não há.
Superfície: Sem detalhes, descrição de uma rotina.	**Superfície:** Descritivo, sem detalhes.

Série B	
B1	B2
Alguém entrando no quarto ("Eu").	**Duas pessoas na rua:** Namorando.
Ansiedade: Persecutória. Ódio de toda experiência de realidade interna. **Defesas**: Identificação projetiva (*splitting*).	**Ansiedade:** Persecutória. **Defesas:** Negação do conflito.
Desenlace: Deitar e chorar.	**Desenlace:** Vão passear.
Superfície: Clima penoso.	**Superfície:** Descritivo, sem detalhes.

B3	BG
Casal: Entrando num quarto.	**Pessoas jovens.** **Pessoa sozinha.**
Ansiedade: Persecutória. **Defesas:** Negação.	**Ansiedade:** Persecutória. **Defesas:** Maníacas.
Desenlace: Encontro amoroso.	**Desenlace:** Entrada na igreja.
Superfície: Pobreza descritiva.	**Superfície:** Solidão.

Série C	
C1	C2
Alguém na janela ("Eu"): Olhando minha filha brincar.	**Pessoa olhando pelo quarto**.
Ansiedade: Persecutória. **Defesas:** Negação, idealização.	**Ansiedade:** Persecutória. **Defesas**: Negação, dissociação.
Desenlace: Não há.	**Desenlace:** Não há.
Superfície: Pobreza descritiva.	**Superfície:** Pobreza descritiva.

C3	CG
Três pessoas (marido, mulher e amigo): Brigando.	**Pessoa mais velha:** brigada com as outras. **Outras pessoas**.
Ansiedade: Persecutória. **Defesas:** Negação, dissociação.	**Ansiedade:** Persecutória. **Defesas:** Negação, dissociação.
Desenlace: O amigo vai embora.	**Desenlace:** Morte.
Superfície: Agressividade e submissão.	**Superfície:** Clima extremamente penoso.

Estímulos com um personagem: Nas pranchas A1 e C1, Silvia acrescenta um personagem, fato que indica, conforme apontado, uma grande dificuldade para entrar em contato com seu mundo interno. Na prancha A1, a adição perceptual revela que a ansiedade persecutória é tão intensa que fracassa a tentativa de proteção da defesa (uma vez que o segundo personagem tem características hostis). Contudo, a história desenvolvida com base no estímulo C1 mostra uma ação defensiva mais eficaz, já que as duas personagens mantêm

um vínculo mais amoroso. Finalmente, na prancha B1, não há adições perceptuais, porém, aparecem intensos sentimentos de vazio e ruína internos.

Estímulos com dois personagens: a produção da prancha A2 indica que o casal internalizado é de índole filial, com características idealizadas. Quando aparece um casal amoroso (B2), a descrição da cena é extremamente precária, o que expressa a falta de representação mental de um vínculo mais maduro. Na história da prancha C2, há uma omissão perceptual, decorrente do aumento da ansiedade persecutória em função de um estímulo que sugere situações de morte, doença e velhice; devido à incapacidade de tolerar a morte ou doença do objeto, a história é sobre a solidão, de forma que a relação de par permanece cindida (García Arzeno et al., 2007).

Estímulos com três personagens: nas produções das pranchas A3 e B3, a situação edípica é negada, sendo que em B3 há uma omissão perceptual e a situação triangular se torna diádica (como A2), uma vez que os sentimentos de exclusão e a ansiedade persecutória são intoleráveis. A história desenvolvida com base no estímulo C3 mostra um casal que expressa sentimentos de intensa hostilidade.

Estímulos com grupo de personagens: nessas produções, incrementa-se nitidamente a ansiedade persecutória e o uso de defesas maníacas. Em BG, "a pessoa sozinha" e o grupo não mantêm qualquer tipo de vínculo, sendo negada, dessa forma, a dor pela solidão e a exclusão do grupo de pares. Na história da prancha AG, não há registro da situação de perda e de luto. Finalmente, na produção CG, a crueldade dos personagens revela falhas nos mecanismos defensivos.

8.2.5 Fatores prognósticos no TRO

Levando em consideração que a prancha AG mobiliza ansiedades depressivas, a narrativa produzida a partir desse estímulo fornece indicadores a respeito da capacidade do paciente para elaborar situações de luto. Observa-se que, na produção de Silvia, a história se desenvolve em um parque, onde as pessoas "fazem piquenique"; isso aponta para uma impossibilidade de entrar em contato com a culpa depressiva, o que acarreta a utilização de defesas maníacas. A falta da emergência do conflito próprio do sentimento de ambivalência indica um mau prognóstico.

A prancha CG fornece informações para fazer um diagnóstico diferencial entre neurose e psicose. A inclusão de personagens cruéis, como na história relatada por Silvia, sugere que as defesas psíquicas não são adequadas para conter a agressividade; ou seja, o excessivo sadismo é característico de pacientes psicóticos. Porém, se na prancha B1 o critério de realidade é mantido (embora seja a expensas de um empobrecimento egoico), é provável que o paciente consiga se adaptar a contextos que proporcionem uma estabilidade emocional. Assim, pode-se afirmar que Silvia apresenta recursos para lidar com situações sociais pouco demandantes, nos sentidos intelectual e afetivo. Essa hipótese se reforça com a análise da prancha em branco (13), que revela os recursos psíquicos disponíveis para lidar com o futuro, bem como as fantasias de cura: "Minha casa; eu com minha filha".

A ausência de registro da culpa depressiva no conjunto da produção e a inclusão de um personagem hostil na prancha A1 sugerem que podem existir sérias dificuldades no estabelecimento da relação transferencial. Embora na prancha B2 apareçam "duas pessoas namorando", a pobreza do relato mostra mais uma falta de diferenciação dos personagens do que um relacionamento de casal; portanto, esses elementos não são suficientemente consistentes para apoiar a hipótese de um bom prognóstico da relação transferencial.

8.3 Camila: "Não sei se me sinto magoada ou tenho raiva".

8.3.1 Entrevista clínica

Camila tem 19 anos. Por ocasião da entrevista, fazia um mês que estava internada na ECAL, com diagnóstico de anorexia purgativa.

Ela refere que esta é sua primeira internação. Sua vontade de falar e contar sua história é perceptível; olha para a parede, concentrada em cada palavra que emite, fechando as mãos como se cada frase fosse uma facada. Camila quer falar, porém evita demonstrar qualquer sinal de tristeza. Percebo que ela se esforça para não chorar quando sua voz começa a tremer.

Camila me conta que, no ano passado, "teve duas tentativas de suicídio": primeiro ela cortou o pulso, porém "ninguém ficou sabendo"; algum tempo depois, tomou "todos os medicamentos que encontrei em casa". Questionada sobre o tipo medicamentos que ela ingeriu, refere não saber quais, porém acredita que tomou "algum remédio para dor de

cabeça", entre outros. Depois deitou na cama e mandou uma mensagem pelo celular para duas amigas, avisando sobre o que tinha acontecido, e dormiu. No dia seguinte, a irmã mais velha de Camila percebeu que ela "não estava falando coisa com coisa" e que "estava batendo a cabeça no guarda-roupa"; assustada, a irmã alertou a mãe e foram para o hospital.

Após esse incidente, a mãe de Camila obrigou-a a fazer um tratamento psiquiátrico. Assim, Camila foi submetida a uma internação domiciliar até o momento em que surgiu uma vaga no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas.

Camila mora com a mãe, Cláudia, e duas irmãs, Vanessa e Valéria. Posteriormente, Cláudia me explicará que as irmãs, na verdade, são as primas. Quando a mãe das meninas faleceu, Valéria foi morar com Cláudia, e Vanessa, a mais velha, ficou com a avó materna. Anos mais tarde, após o falecimento da avó, Cláudia adotou as duas irmãs. "Quando minha avó morreu, todo mundo chorou e eu não senti nada", diz Camila.

Valéria considera que seu pai é o homem que a viu crescer: Víctor, o pai da Camila. Contudo, para Vanessa, a situação é diferente; segundo Camila, Vanessa sempre tentou se aproximar do seu pai biológico, porém ele não manifestou interesse em manter um vínculo afetivo com a filha. Ele casou-se novamente e formou uma nova família.

Cláudia e Víctor se separaram, quando Camila era uma criança, porque Víctor se apaixonou por outra mulher. Tal situação foi muito dolorosa para Cláudia, que tentou excluir Víctor não só da vida amorosa, mas também do núcleo familiar. Mãe e filha brigavam quando esta se encontrava com o pai ou telefonava para ele. Atualmente, Víctor e Cláudia ainda discutem quando se encontram, como quando Víctor busca Camila para passear.

Notoriamente brava, Camila relata que, passados tantos anos, só conheceu a mulher de Víctor dois dias antes da entrevista, quando esta foi visitá-la ao hospital. "Ela quer me conhecer quando estou no meu pior momento", diz Camila. "Preciso ignorar as coisas que meu pai faz, porque senão não conseguiria seguir vendo ele", reflete e ainda aponta: "Não sei se me sinto magoada ou tenho raiva".

Com frequência, Camila se sente angustiada ou com vontade de chorar. Ela afirma que encontrou uma forma de se sentir aliviada quando a tristeza aperta: "a automutilação", explica- me. Ela ainda expõe que o método é eficaz, porém tem suas limitações, pois "acabo me machucando". Comenta que um dia se cortou num banheiro público e que não tinha papel para limpar a ferida, que sangrava bastante: "Tive que esperar que todo mundo saísse do

banheiro para pegar papel e me limpar". Depois daquele episódio, Camila sempre carrega uma *nécessaire* com lâminas e curativos.

A respeito do início do transtorno da conduta alimentar, Camila conta: "Comecei a me sentir mal com o corpo quando tinha 13 anos". Desde essa época e até o final do ano passado, conseguiu enganar a família, fingindo que estava comendo normalmente; assim, aprendeu a jogar comida fora sem que ninguém percebesse. Um dado importante é que este hábito podia ser facilmente sustentado devido à família não ter o costume de almoçar nem jantar junta. Pergunto-lhe se alguém falava sobre sua perda de peso, e ela responde: "Todo mundo percebia, mas ninguém falava nada". Durante a adolescência, teve uma época que comia compulsivamente e depois vomitava. O que ela comia? "Qualquer coisa que tivesse em casa", ela afirma.

No ano passado, Camila começou a comer cada vez menos. Fez regimes de 700, 500 e, pouco antes da internação domiciliar, 200 calorias: "Se não cumpria minha meta, vomitava". Certamente, a restrição alimentar prejudicou seu desempenho acadêmico na faculdade, o que a fazia se sentir culpada, já que "sou perfeccionista". Ela diz que foi aprovada em todas as disciplinas que cursava, mas não com as notas que almejava. Além de estudar na faculdade de Letras, Camila estava dando aulas de inglês. "Estava me sentindo muito pressionada com a faculdade e o trabalho; não conseguia nem pensar". Segundo ela, a mãe não percebia que a filha estava doente e supunha que o mal-estar dela "era preguiça". Ela me conta, emocionada: "Foi bom ter um diagnóstico, porque agora minha mãe sabe que não sou preguiçosa".

Pergunto-lhe se sabe quem escolheu seu nome e qual foi o motivo: "Foi minha mãe. Ela diz que sempre gostou do meu nome, que tinha uma boneca que se chamava igual". Falando da mãe, Camila me conta: "Ela é muito apegada às pessoas, precisa mudar. Eu falo para ela: 'Mãe, um dia vou querer sair de casa, casar, ter filhos, você precisa aprender a estar sozinha' ". Cláudia fica muito preocupada com Camila e liga para ela várias vezes por dia.

Os aniversários não são eventos que Camila goste de comemorar: "não gosto de ser o centro das atenções". No ano passado, não houve festa nem reunião familiar: no final do dia, "minha mãe comprou um bolinho e cantamos parabéns".

A respeito da comemoração de outras datas festivas, Camila me conta que sempre gostou do Natal, porém, no ano passado, essa celebração foi diferente porque Valéria não estava em casa. Ela começou a namorar em julho passado e "se esqueceu da família", diz

Camila com raiva e tristeza. “Agora não existe mais Valéria, só tem Valéria e Marcos”, declara. Valéria é a única pessoa da família que presenteia Camila com livros, a grande paixão desta. “Minha mãe e Vanessa sempre me dão roupa; meu pai me deu 200 reais”. E os livros? “No ano passado, não ganhei nenhum”, relata, olhando para o chão. Pergunto-lhe se sente saudades da irmã e me responde: “Não, não sinto nada. É como se ela não existisse mais”.

8.3.2 Desenho da família (Anexo G)

Camila passa vários minutos olhando para a folha em branco. “Uma atividade que todo mundo faça junto? Que difícil! Uma refeição, com certeza, não”, ela pensa em voz alta. Depois começa a desenhar e ri: “Não sei desenhar”.

A sequência do desenho é a que segue. Primeiramente, Camila desenha as paredes do quarto e o sofá no canto direito. Logo, faz o armário e a televisão. Depois desenha o segundo sofá, no centro da folha. A continuação representa a família: a mãe e Vanessa (nessa ordem), sentadas juntas no sofá central; Valéria e Camila, no sofá à direita. Finalmente, Camila faz a porta.

Sem dúvida, chama a atenção a discrepância formal entre a perspectiva da sala e o volume da mobília em relação à simplicidade das figuras humanas. Pode-se pensar que Camila deseja um interior que a acolha, que seja capaz de conter sua angústia e de “dar forma” aos seus sentimentos.

As extremidades das figuras humanas lembram raízes de árvores que, penduradas no ar, não conseguiram se arraigar na terra. Nesse sentido, é possível levantar a hipótese que a estrutura genealógica carece de inscrição psíquica; a árvore da família não tem raízes e, consequentemente, não pode ascender conforme “as ramificações da árvore de filiação significante” (Nasio, 1993, p. 61).

Continuando com esse raciocínio, também cabe destacar a falta de discriminação entre as figuras conforme a idade, uma vez que todas têm a mesma forma e o mesmo tamanho. Na ausência de uma estrutura familiar organizadora e continente, não há diferenças de idade e hierarquia. O desenho do sofá pode ser entendido como um apoio ortopédico que visa ordenar e significar, de forma rudimentar, a organização da família.

O “corpo/ palito” permite inferir a ausência de inscrições psíquicas que organizem as diferenças entre o masculino e o feminino. Esse indicador é extremamente relevante, pois mostra que a assunção subjetiva, posterior à passagem pelo complexo de Édipo, ainda está pendente. Essa afirmação também se sustenta pela marca do especular no desenho: dois sofás e duas pessoas sentadas em cada um deles. Da mesma forma que, no registro imaginário, a criança está “duplicada”, no desenho de Camila aparecem elementos em pares.

Segundo Camila, embora a atividade que a família realiza conjuntamente seja assistir televisão, as figuras representadas estão olhando para lugares diferentes. Desse modo, infere-se que Camila tem a vivência de sucessivos desencontros afetivos entre os membros da família. Também pode se pensar que o significante “televisão”, presente no desenho como elemento de união familiar, expressa a falta de imagens internas que garantam a identidade. No entanto, a televisão está desligada.

8.3.3 Questionário Desiderativo (Anexo H)

Conforme assinalam García Arzeno et al. (2007), quando há muita preocupação a respeito da preservação do objeto, o ego oscila entre a depressão neurótica e a posição esquizo-paranoide. Observa-se que, no protocolo de Camila, a escolha dos símbolos idealizados evidencia o temor de que o objeto seja danificado. Além disso, não há uma defesa eficaz perante o cenário temido. Como se proteger, então, dessa ameaça? Na primeira catexia positiva, Camila escolhe um cachorro, “porque sabe que tem pessoas que cuidam dele”; em contrapartida, a racionalização da terceira catexia positiva indica que depender dos outros representa um perigo, já que ela gostaria de ser “uma planta que não precisasse de muito cuidado”. Tal incongruência denota que Camila não sabe qual defesa implementar para se proteger, isto é, reconhece o perigo, porém carece de recursos defensivos. Novamente, aparece a disjuntiva: perto demais ou longe demais?

Na segunda catexia positiva, a morte é negada de forma onipotente; ao símbolo escolhido (um livro) se lhe atribui a propriedade de “ser eterno se bem cuidado”.

Os objetos rejeitados são característicos dos quadros esquizoides, nos quais o temor subjacente ao vínculo objetal é ser usado e evacuado: a primeira catexia negativa corresponde a um televisor, “porque a utilidade seria ser usado por outra pessoa”; a segunda catexia

negativa é um peixe, “porque não gostaria de ser comido por ninguém” e a terceira consiste em um carro (salienta-se a perseveração do reino inanimado), porque poderia ser substituído.

Por outro lado, na última catexia negativa (induzida pela pesquisadora), o símbolo rejeitado é uma flor, porque “é o órgão reprodutor da planta”; assim, infere-se que o temor latente é ser invadida por fantasias genitais.

As racionalizações que consistem em justificar a escolha através de motivos pouco consistentes (“porque adoro cachorro”, “porque adoro escrever”) evidenciam a debilidade da identificação projetiva. A perseveração de reinos, como já foi mencionado, também indica o fracasso dessa defesa.

8.3.4 Breve análise esquemática do TRO (Anexo I)

Série A	
A1	A2
Homem: Procurando vingança.	**Um homem e uma mulher**
Ansiedade: Persecutória. **Defesas**: Negação, dissociação.	**Ansiedade:** Persecutória. **Defesas:** Idealização, dissociação, negação do conflito.
Desenlace: Não há.	**Desenlace:** Despedida.
Superfície: Suspense, mistério e perseguição.	**Superfície:** Clima romântico.

A3	AG
Três homens.	**Fantasmas amaldiçoados**
Ansiedade: Persecutória. **Defesas**: Negação da cena edípica.	**Ansiedade:** Persecutória. **Defesas:** Negação.
Desenlace: Concretiza-se a negociação.	**Desenlace:** Não há.
Superfície: Vingança,	**Superfície:** Clima sombrio,

clandestinidade.	mágico.

Série B	
B1	B2
Homem que procura vingança.	**Homens contratados para a vingança**.
Ansiedade: Persecutória. **Defesas**: Negação, idealização.	**Ansiedade:** Persecutória. **Defesas:** Dissociação, identificação projetiva.
Desenlace: Não há.	**Desenlace:** Os dois homens matam um terceiro personagem e fogem.
Superfície: Clima de vingança e suspense.	**Superfície:** Agressividade, vingança, clandestinidade.

B3	BG
Homem que procura vingança, uma moça e o homem perseguido.	**Turistas.** **Homem sozinho.**
Ansiedade: Persecutória. **Defesas:** Negação, idealização, identificação projetiva.	**Ansiedade:** Depressiva. **Defesas:** Idealização, negação.
Desenlace: Não há.	**Desenlace:** Não há.
Superfície: Clima de vingança, suspense.	**Superfície:** Tristeza.

Série C	
C1	C2
Um homem: olhando pela janela.	**Mulher**. **Filho.**
Ansiedade: Persecutória. **Defesas:** Negação, dissociação.	**Ansiedade:** Não há registro. **Defesas**: Negação do conflito.
Desenlace: Pedido de socorro inútil.	**Desenlace:** Não há.
Superfície: Clima trágico.	**Superfície:** Descritivo.

C3	CG
Dois amigos: discutindo.	**Multidão:** brigando. **Uma pessoa**.
Ansiedade: Persecutória. **Defesas:** Negação da cena edípica.	**Ansiedade:** Persecutória. **Defesas:** Dissociação.
Desenlace: O amigo continua o plano de vingança.	**Desenlace:** Chegada da polícia.
Superfície: Agressividade, vingança.	**Superfície:** Agressividade, vingança.

Estímulos com um personagem: as histórias elaboradas versam sobre assuntos trágicos, como vingança, perseguição e assassinato. Embora não haja adição perceptual de um segundo personagem, o relato se desenvolve a partir de uma relação dual: um homem perseguindo outro (A1); o mesmo homem planejando a vingança contra outro (B1); um homem encontra a irmã morta no chão da cozinha (C1).

Com base nessas narrativas, infere-se que o mundo interno de Camila está povoado por objetos extremamente persecutórios e sádicos.

Estímulos com dois personagens: a ansiedade depressiva decorrente do dano infligido aos objetos aparece negada em C2, já que a história descreve a cena de uma mulher

que vai olhar seu filho dormindo. O mecanismo de idealização e a ausência de conflitos também podem ser observados na produção da prancha A2, que consiste na saída romântica de um homem e uma mulher que estão olhando o pôr do sol.

Com esses dados, pode-se afirmar que a relação diádica precisa ser isenta de conflitos para não se tornar ameaçadora.

Finalmente, em B2, a história é sobre dois homens que procuram se vingar de um terceiro; isto significa que, para preservar a relação dual, é preciso projetar o ódio e a agressividade num terceiro personagem, fato que vai ao encontro da hipótese levantada.

Estímulos com três personagens: a configuração edípica é negada em A3 e C3, pranchas cujas histórias se estruturam a partir do desejo de vingança de um homem. Salienta-se que em A3 há uma omissão perceptual, o que indica um aumento da ansiedade paranoide.

Em B3, a mulher e o homem não constituem um casal amoroso: ele está avidamente interessado em roubar as riquezas dela enquanto um terceiro personagem pretende vingar a mulher.

Estímulos com grupo de personagens: em BG, o personagem está isolado po estar elaborando um luto; a história revela que, para fazer parte de um grupo de pares, é necessário tramitar a perda da relação dual idealizada.

Por outro lado, em AG e CG é possível inferir um aumento da ansiedade paranoide; em AG os personagens são extremamente persecutórios (fantasmas amaldiçoados) e em CG o personagem se enfrenta com uma multidão cuja agressividade foi contida somente com a chegada da polícia.

8.3.5 Fatores prognósticos no TRO

Conforme salientado, as pranchas B1 e B2 fornecem informações relevantes para prever o estabelecimento da aliança terapêutica. Na produção de Camila, na história correspondente à prancha B2, há dois homens contratados para matar um terceiro (e esvaziá-lo invejosamente). Esses dados permitem inferir que pode haver importantes entraves emocionais para tolerar a relação transferencial. Em B1, o personagem está entrando no

quarto com o intuito de dormir, porém não consegue descansar (não há recursos internos suficientes que acalmem). O quarto é alugado, fato que permite afirmar que a personalidade é sentida como algo alheio. O perigo é projetado ao exterior (o homem perseguido está fora); contudo, a defesa fracassa e a ameaça permanece no interior, nos próprios pensamentos ruminantes do personagem principal. Desse modo, a excessiva desconfiança nos vínculos e a pobreza de recursos internos indicam que a relação terapêutica será conflituosa.

Também cabe destacar que as situações de luto são desorganizadoras para Camila, já que carece de defesas mais evoluídas para entrar em contato com a culpa depressiva. A perda, consequentemente, é vivenciada como um ataque retaliativo decorrente dos impulsos agressivos.

Os conflitos internos não podem ser mediatizados, já que o mecanismo de recalque é frouxo e as instâncias psíquicas estão pouco diferenciadas. Esta asseveração se sustenta com a produção da prancha CG, na qual somente com a chegada da polícia (agente externo) a multidão (impulsos agressivos) consegue se controlar. Portanto, observa-se que não há conciliação dos interesses das diferentes estruturas psíquicas: uma autoridade externa precisa intervir.

Finalmente, a prancha em branco permite a exploração de fantasias de doença e cura. Neste caso, destaca-se a expressão de um desejo de reintrojeção de partes cindidas do *self* (duas amigas que moram em países diferentes se reencontram depois de muito tempo). Pode- se interpretar que, na história, os aspectos internos que “moram em outro país” são incorporados e integrados à organização psíquica. Essa fantasia dá indícios de um bom prognóstico, caso seja possível tolerar e sustentar a relação transferencial.

9 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS - GERAL

9.1 Entrevista clínica

As histórias de vida das participantes deste estudo estão marcadas pelos desencontros afetivos; nos relatos, surgem os abandonos, as frustrações, a falta de um olhar materno atento e carinhoso. Perante as demandas de amor dessas jovens, a resposta materna foi evasiva. Assim, surgem nos relatos os significantes "frescura" e "preguiçosa", palavras do discurso materno que denotam um profundo distanciamento afetivo.

O estranhamento que Mariana sentia a respeito do seu corpo era entendido como "frescura" pela mãe. A mãe de Camila atribuía a queda do desempenho acadêmico da filha à preguiça desta (embora seu emagrecimento fosse evidente). Na história de Silvia, a mãe sempre foi ausente.

A figura paterna não é vista como parceira da mãe na criação dos filhos, senão como um "estranho" (como no caso de Silvia) ou como um agressor. O pai de Mariana desqualifica a mãe na frente dos filhos. O pai de Camila abandonou a mãe por outra mulher.

Surgem, então, as perguntas: quem podia tramitar a angústia dessas jovens? Havia alguém capaz de *cozinhar* os elementos psíquicos *crus* e oferecer para elas uma boa *refeição*? Ou será que elas, desde muito cedo, foram forçadas a elaborar a angústia *vomitada* pelos adultos responsáveis?

9.2 Desenho da família

Primeiramente, é fundamental salientar que nos três desenhos do presente estudo surge, ora de forma gráfica, ora de forma verbal, a temática da alimentação; as refeições constituem o momento de união familiar e a comida é o elemento que liga aos membros da família.

No desenho de Mariana, a comida está representada de forma manifesta e só as mulheres seguram o garfo, enquanto os homens estão sentados na mesa sem comer. No desenho de Sílvia, o alimento está presente de forma latente dentro da cesta de piquenique.

Finalmente, no terceiro caso, Camila não desenha sua família fazendo uma refeição, porque não existe uma rotina familiar de comer conjuntamente, fato que a paciente sinaliza.

Continuando com esse raciocínio, também é interessante a congruência entre a riqueza das figuras humanas e a presença manifesta do alimento. Na representação de uma cena familiar feita por Mariana, as pessoas retratadas estão bem diferenciadas. Já no desenho de Sílvia, as figuras femininas vão aumentando de altura conforme a idade, isto é, o tamanho é a única categoria que marca as diferenças. Finalmente, no desenho de Camila, as figuras humanas são extremamente pobres, sobretudo se comparadas com os objetos.

Certamente, chama a atenção como as três mulheres desenham seus corpos: corpo/ cadeira; corpo/ vestido; corpo/ palito. Fica evidente, portanto, a falta de estruturação da imagem do corpo, bem como a necessidade de dar contorno à superfície corporal. Camila se fusiona com um sofá, Mariana substitui seu tronco por uma cadeira e Silvia utiliza um grande vestido na tentativa de dar forma a um corpo estranho, carente de significantes que possam simbolizá-lo.

Cabe destacar que o gráfico mais elaborado, no sentido formal, é aquele em que os homens estão presentes. Nas representações de Sílvia e Camila, a família está composta unicamente por mulheres pouco diferenciadas; não há, nesses desenhos, expressão das diferenças entre o feminino e o masculino.

9.3 Questionário desiderativo

Cabe salientar que, nos três protocolos analisados, evidencia-se o fracasso da identificação projetiva e um baixo grau de fortaleza egoica.

Por outro lado, a índole das defesas utilizadas difere em cada caso. Esse achado vem ao encontro dos postulados de Jeammet (1999) a respeito da impossibilidade de caracterizar a anorexia com base em um único quadro nosográfico. De fato, no presente estudo, o resultado da análise do Questionário Desiderativo aponta para a existência de multiplicidade de defesas: de caráter obsessivo, histérico, fóbico e melancólico.

Nos protocolos de Mariana e Camila, é possível observar um desarranjo na regulação das relações objetais. Mariana escolhe um gato como símbolo idealizado em virtude da "liberdade" desse animal e também um cachorro, "porque fica com o dono". Camila gostaria

de ser um cachorro, “porque é bem cuidado” e uma planta isolada na floresta “que precise de poucos cuidados”. Também é importante sinalizar que os objetos rejeitados pelas duas participantes expressam o temor de ser utilizado e submetido pelo outro.

Os objetos escolhidos por Silvia nas catexias positivas revelam que o tipo de vínculo predominante que ela estabelece para se defender é a acentuação da proximidade em relação ao outro (cobertor, coelho). Contudo, o símbolo borboleta, idealizado por sua capacidade de “voar e não ter limites”, aponta para um desarranjo das relações objetais; quando a distância não for adequada, o recurso psíquico é se afastar, idealmente “sem limites”.

Outra questão a ser destacada em relação à riqueza da análise do Questionário Desiderativo é que os mesmos símbolos podem expressar fantasias diferentes. Por exemplo, Silvia e Camila rejeitam o objeto “automóvel”; no entanto, Silvia acentua a conotação agressiva de um veículo que, indo a altas velocidades, tem o potencial de matar, enquanto Camila destaca o aspecto descartável desse meio de transporte.

Cotejando os dados do Questionário Desiderativo com o Desenho da Família, é significativo que nos protocolos de Mariana e Camila um dos objetos rejeitados tem um papel importante na cena representada no desenho: Mariana não gostaria de ser uma cadeira (e todos os membros da família estão sentados em uma cadeira) e Camila não gostaria de ser uma televisão, embora a ação retratada consista na família reunida para assistir a um filme.

9.4 Teste das Relações Objetais

Prancha AG

Esta prancha mobiliza ansiedades depressivas, uma vez que exige a confrontação com o conflito referente ao luto; portanto, ela fornece informações sobre a capacidade do sujeito de elaborar situações de perda. Nos três protocolos analisados no presente estudo, as histórias surgidas com base nessa prancha evidenciam uma notável dificuldade para entrar em contato com a angústia depressiva e a culpa decorrentes da perda do objeto. A situação relatada por Mariana trata sobre uma palestra de Medicina; Silvia imagina um piquenique no parque (e a mesma cena é representada no Desenho da Família); na história de Camila, há fantasmas que, castigados pelos atos cometidos, vagam pela Terra.

Prancha B1

A prancha B1 permite explorar como o sujeito vivencia sua própria interioridade e quais são os recursos que mobiliza para lidar com a solidão. Cabe destacar que esta prancha foi especialmente rica para compreender as características do mundo interno das participantes da pesquisa.

Mariana descreve uma cena em que a mãe vai ao quarto da filha para desejar-lhe boa noite; observa-se, portanto, uma adição perceptual como mecanismo defensivo. Além do mais, a personagem acrescentada é uma mãe amorosa e preocupada com os filhos. Portanto, pode-se pensar que Mariana precisa da presença concreta da mãe como consequência da falta de introjeção da imago materna.

Para Silvia, a solidão é tão ameaçadora, que não consegue acionar recursos eficazes para lidar com a angústia. A situação que relata é sobre ela mesma, deitada na cama e chorando até dormir.

Camila, conforme foi apontado, não incorpora um segundo personagem, porém narra uma história sobre uma relação persecutória entre dois homens. Dessa forma, ela revela um mundo interno cindido, cuja dinâmica está marcada pelo sadismo e a retaliação.

Prancha B3

Esta prancha apresenta uma situação triangular, na qual um dos personagens está afastado espacialmente. Portanto, esse estímulo visual remete a situações de exclusão edípica.

Mariana projeta uma fantasia na qual uma mulher recebe a notícia do falecimento da mãe; essa cena é observada por uma criança (neto) que também fica triste com a novidade. Com base nesses elementos, infere-se que Mariana consegue entrar em contato com o sentimento de ambivalência: ódio pelos ataques provenientes do objeto e a concomitante culpa depressiva pela agressão fantasiada como retaliação.

Por outro lado, Silvia omite um personagem e torna a situação triádica em uma situação dual. Esse fato aponta para um aumento da ansiedade persecutória, que impede a tramitação da dor de ser excluído na dinâmica de uma relação triangular.

Na história de Camila, não há omissões perceptuais, porém os dois personagens principais não são um casal amoroso: essa dupla está composta por um homem ávido que quer roubar uma mulher. Há um terceiro personagem cuja função é vingar essa mulher.

Assim, esse relato sugere uma troca de posições, como se se tratasse de um jogo de xadrez: o homem excluído quer vingar a mulher e "expulsar do tabuleiro" o personagem principal. Fica evidente, portanto, que a fantasia subjacente é que a relação triangular se torne dual.

Prancha CG

Conforme García Arzeno et al. (2007), o tema principal desta prancha é o conflito entre a autoridade e o grupo e essa disjuntiva remete a uma série de dissociações, tais como Id/ Ego, Ego/ Superego, mundo interno/ mundo externo, mente/ corpo, etc. Por esse motivo, esta prancha fornece dados tanto sobre os conflitos intrapsíquicos quanto sobre os recursos internos disponíveis para sua resolução.

No presente estudo, esta prancha mostrou-se muito valiosa para colher informações sobre os aspectos psicodinâmicos das pacientes. Salienta-se que as três participantes revelaram um nítido aumento da ansiedade paranoide perante o estímulo visual apresentado devido à carência de recursos pra integrar os fragmentos dissociados do *self*.

Mariana conta a história de uma viagem feita por dois amigos, omitindo, dessa forma, uma parte do estímulo. Assim, o conflito não precisa ser resolvido, uma vez que é negado.

O relato de Silvia chama a atenção pela crueldade dos personagens e pelo sentimento de desesperança do desfecho. Frente a um conflito, não há resolução possível entre as partes, a não ser uma delas morrer como consequência de um ataque violento. Esse cenário dá indícios de um mundo interno extremamente persecutório e sádico.

Finalmente, Camila imagina uma história que consiste no enfrentamento entre uma pessoa má e uma multidão que quer vingança. O desenlace seria trágico, se a polícia não interviesse. Pode-se interpretar que há, neste relato, um pedido de ajuda: é necessário um agente externo (a restituição da lei simbólica) para apaziguar e conter a agressividade.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo principal desta pesquisa foi aprofundar a compreensão psicodinâmica da anorexia com base no referencial psicanalítico. A análise dos resultados confirmou as afirmações de Jeammet (1999) a respeito da dinâmica de regulação das relações objetais; observou-se que, para as participantes da pesquisa, os vínculos afetivos representam uma ameaça, porque não há uma distância adequada entre o sujeito e o objeto.

Também foi verificada a impossibilidade de caracterizar a anorexia a partir de uma única referência nosográfica uma vez que se constatou a presença deste transtorno alimentar em diversas organizações psíquicas.

Os achados desta pesquisa evidenciam que as pacientes anoréxicas apresentam grandes dificuldades para elaborar lutos. A perda do objeto ameaça a integridade psíquica, já que não há recursos psíquicos eficazes para tramitar a dor pela ausência do objeto, que é sentida como um abandono. Foi observado, de forma recorrente, que o mecanismo defensivo utilizado pelas participantes nas situações de luto é a negação maníaca.

Infere-se que o mundo interno das pacientes do presente estudo é extremamente sádico e persecutório. Consequentemente, a própria interioridade e a solidão são vivenciadas de forma ameaçadora.

É importante destacar que a paciente com diagnóstico de anorexia de tipo restritivo utiliza recursos psíquicos mais desenvolvidos do que as duas pacientes com diagnóstico de anorexia purgativa. Os resultados deste estudo também apontam que o predomínio de mecanismos defensivos maníacos acarreta um empobrecimento da capacidade simbólica.

As três participantes da pesquisa expressaram sentimentos de desesperança e futilidade nas tentativas de reparação do objeto danificado; os pedidos de socorro não são ouvidos, os cuidados dedicados ao objeto não são suficientes, a agressividade é tanta, que o objeto morre.

No Desenho da Família, o alimento tem um papel fundamental; ele aparece nas três representações desta pesquisa, ora de forma gráfica, ora de forma verbal. As refeições constituem o momento de união familiar e são organizadores da estrutura da família, já que

estabelecem uma ordem tanto temporal (horário das refeições) quanto espacial (a hierarquia familiar se reflete nos lugares ocupados na mesa).

Ainda foi verificada uma congruência entre a presença concreta do alimento na ação representada no desenho e a riqueza das figuras humanas. Além disso, o alimento representado de forma mais concreta no gráfico está cozido. Infere-se, com base nesses dados, que é possível estabelecer uma analogia entre a cocção da comida e a elaboração dos conteúdos psíquicos.

Também é importante destacar que, no desenho mais elaborado, a figura paterna está presente e há, portanto, expressão das diferenças sexuais.

Para finalizar, salienta-se a relevância da utilização das técnicas projetivas para o estudo dos distúrbios alimentares, uma vez que este material permitiu o acesso a conteúdos psíquicos que não surgiram na entrevista clínica.

REFERÊNCIAS[1]

Abraham, N., & Torok, M. (1995). A cripta no seio do ego. Novas perspectivas metapsicológicas. In *A casca e o núcleo* (pp. 215-257). São Paulo: Editora Escuta. (Texto original publicado em 1972)

American Psychiatric Association. DSM- IV. (2002). *Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (C. Dornelles, trad.) (4a ed.). Porto Alegre: Artmed.

Aulagnier, P. (1977). *La violencia de la interpretación: del pictograma al Enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Bleichmar, N. M., & Bleichmar, C. (1989). *El Psicoanálisis despues de Freud. Teoría e Clínica.* México D.F: Eleia Editores.

Bidaud, E. (1998). *Anorexia Mental, ascese, mística.* Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Brusset, B. (1999). Anorexia mental e bulimia do ponto de vista da sua gênese. In R. Urribari (Org.), *Anorexia e Bulimia* (pp. 51-60). São Paulo: Editora Escuta.

Bulgarão, R. F. (2011). Diálogos (Im)Pertinentes do Corpo: A enunciação do psíquico. In C. A. N. B. Bruno (Org.), *Distúrbios Alimentares: uma contribuição da psicanálise* (pp. 265-274). Rio de Janeiro: Imago Editora.

Calzada, J. G. (2009). *Revisión bibliográfica sobre los aportes realizados por Melanie Klein, W. Ronald. Fairbairn y Donald Woods Winnicott a la Teoria de las Relaciones Objetales*. Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado em 24 de janeiro de 2014, de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/042_ttedm2c2/material/fichas/klein_fairbain_y_winnicot.pdf

Celes, L. A. M., Alves, K. C. M., & Santos, A. C. G. dos. (2008). Uma concepção psicanalítica de personalidade: teoria das relações objetais de Fairbairn. *Psicologia em Estudo*, *13*(1), 53-61. Recuperado em 18 de maio de 2014, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000100007&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1413-73722008000100007

Colucci, R. B. (2011). Organizações Psicopatológicas nos Distúrbios da Inapetência. In C. A. N. B. Bruno (Org.), *Distúrbios Alimentares: uma contribuição da psicanálise* (pp. 275-286). Rio de Janeiro: Imago Editora.

Cordas, T. A., & Claudino, A. M. (2002). Transtornos alimentares: fundamentos históricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (Supl. 3), 03-06.

Cordas, T. A. (2004). Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *v*(4), 154-157.

Cordas, T. A., & Weinberg, C. (2002). Clorose: a efêmera doença das virgens. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *29*(4), 204-206.

[1] De acordo com o estilo APA – American Psychological Association

Cunha, J. A., & Freitas, N. (2000). Desenho da família. In Cunha, J. A. A. et al. *Psicodiagnóstico* (5ª ed., pp. 513-518). Porto Alegre: Artmed.

Della Nina, M. (2011). Anorexia Nervosa e Psicanálise. In C. A. N. B. Bruno (Org.), *Distúrbios Alimentares: uma contribuição da psicanálise* (pp. 25-48). Rio de Janeiro: Imago Editora.

Dejours, C**.** (1989). *Investigaciones psicoanalíticas sobre el cuerpo*. *supresión y subversión em psicosimática*. México: Siglo Veintiuno Editores.

Dolto, F. (2005). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós.

Ewerton Santiago, M. D. (2012). Entrevistas clínicas. In Trinca, W. et al. *Diagnóstico psicológico***:** *a prática clínica* (pp. 67-81). São Paulo: E.P.U.

Farias, P. C., & Cardoso, M. R. (2011). Incorporação e Expulsão do Outro na Bulimia. In A. P. Gonzaga, & C. Weinberg (Orgs.). *Psicanálise de Transtornos Alimentares* (pp. 142-156). São Paulo: Primavera Editorial.

Fernandes, M. H. (2006). *Transtornos alimentares*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Fernandes, M. H. (2011) *Corpo* (4a ed.). São Paulo: Casapsi Livraria e Editora Ltda.

Fleischer, D. (2003). Teoría de las Posiciones. In B, Grego (Comp.). *Notas para una lectura de Klein, Bion y Winiicott.* Buenos Aires: Tekné Letras y Páginas Universitarias.

Freud, S., & Breuer, J. (1996). Estudos sobre a histeria. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 2, pp. 39-316). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1893-95)

Freud, S. (1996). Um caso de cura pelo hipnotismo. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 1, pp. 159-170). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1892-93)

Freud, S. (1996a). Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada "neurose de angústia". In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 93-116). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895).

Freud, S. (1996b). Rascunho G. melancolia. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 1, pp. 246-252). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895)

Freud, S. (1996) Projeto para uma psicologia científica. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 1, pp. 333-454). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1950)

Freud, S. (1996) Carta 52. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 1, pp. 281-287). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1896)

Freud, S. (1996). Fragmento da análise de um caso de histeria. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 13-116). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905)

Freud, S. (1996). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 231-244). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1911)

Freud, S. (1996). Contribuições a um debate sobre a masturbação. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 257-272). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912)

Freud, S. (1996). Totem e tabu. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 13, pp. 11-162). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912-13)

Freud, S. (1996). Sobre o narcisismo: uma introdução. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 75-110). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914)

Freud, S. (1996). História de uma Neurose Infantil. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 13-128). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1918)

Freud, S. (1996). Luto e Melancolia. In Sigmund Freud. *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 245-270). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917)

Freud, S. (1996). Inibições, sintomas e ansiedade. In Sigmund Freud. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 79-172). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926)

Fucks, M. P., Sapoznik, A., Gorgati, S. B. et al. (2006). Transtornos alimentares. In A. C. Lopes, L. S. Ward, M. H. Guariento (Eds.), *Medicina ambulatorial* (pp 181-202). São Paulo: Editora Atheneu.

Fulgencio, L. (2011). A constituição do símbolo e o processo analítico para Winnicott. *Paidéia* (Ribeirão Preto), *21*(50), 393-401. Recuperado em 14 de janeiro de 2014, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2011000300012&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0103-863X2011000300012

Garcia A., Ocampo, M. L. S., Grassano, E. et al. (2007). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Gomes, I. (2009). Transmissão Psíquica transgeracional e contrução de subjetividade: relato de uma psicoterapia psicanalítica vincular. *Psicologia USP*, *20*(1), 93-108.

Gonzaga, A. P. (2011). "Se esse corpo fosse meu". Considerações sobre o estranhamento na anorexia. In A. P Gonzaga & C. Weinberg (Org.). *Psicanálise de Transtornos Alimentares* (pp. 87-101). São Paulo: Primavera Editorial.

Grassano, E. (2006). *Indicadores psicopatológicos nas técnicas projetivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Guisado, J., & Vaz, F. (2001, enero/ marzo). Aspectos clínicos del trastorno por atracón. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria,* 77, 27-32**.** Recuperado em 8 de maio de 2012, de http://scielo isciii.es/.

Hinshelwood, R. (2004). *Diccionario del pensamiento Kleiniano*. Buenos Aires: Amorrotu Editores.

Igoin, L. (1986). *La bulimia y su infortúnio.* Madrid: Akal.

Jeammet, P. (1999). A abordagem psicanalítica dos transtornos das condutas alimentares. In R. Urribarri (Org.). *Anorexia e bulimia* (pp. 29-50). São Paulo: Editora Escuta.

Kaes, R. (2005). *Os espaços psíquicos comuns e partilhados: transmissão e negatividade.* (I. B. Machado, & P. G. Castanho, trads.). Casa do Psicólogo: São Paulo.

Klein, M. (1996). A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego. In M. Klein, *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos.* (A. Cardoso, trad., pp. 249-264). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho originalmente publicado em 1930)

Lisondo, A. B. D. (2004). Na cultura do vazio, patologias do vazio. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 38(2), 335-358.

Marty, P. (1991). *La psicosomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Masotta, O (2001). *Lecturas de Psicoanálisis. Freud, Lacan.* Buenos Aires: Editorial Paidós.

Minayo, M. C. S (1996). *O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde* (4a ed.). São Paulo: Hucitec.

Miranda, M. R. (2011a). A Complexidade da Relação Mãe-filha nas Patologias dos Contrários. In C. A. N. B. Bruno (Org.). *Distúrbios Alimentares: uma contribuição da psicanálise* (pp. 123-154). Rio de Janeiro: Imago Editora.

Miranda, M. R. (2011b). A Representação Simbólica Nas Perturbações Alimentares à luz da Complexidade da Relação Mãe-Filha. In A. P. Gonzaga & C.Weinberg (Org.). *Psicanálise de Transtornos Alimentares* (pp. 199-218). São Paulo: Primavera Editorial.

Nuevo Barreto Bruno, C. A. (2011). Desastre na Gênese do Pensamento em Distúrbios Alimentares. In *Distúrbios Alimentares: uma contribuição da psicanálise* (pp. 81-98). Rio de Janeiro: Imago Editora.

Nasio, D. (1993). *Psicossomatica: As formações do objeto A.* (F. Leclerq, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Oliveira, L. L., & Hutz, C. S. (2010). Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. *Psicologia em Estudo, 15*(3), 575-582.

Panzitta, M. (Comp.). (2009). *Trastornos de la conducta alimentaria*. Buenos Aires: RV Ediciones.

Peres, R. S., & Santos, M. A. (2011, maio/agosto). Técnicas projetivas na avaliação de aspectos psicopatológicos da anorexia e bulimia. *Psico-USF*, *16*(2), 185-192.

Phillipson, H. (2006). *Test de relaciones objetales*. Buenos Aires: Paidós. (Trabalho original publicado em 1965)

Piva, A. (2009, janeiro/fevereiro/março). A fragilidade do símbolo e a Transmissão Transgeracional. *Revista Contemporânea- Psicanálise e Transdisciplinaridade*, 7. Recuperado em 23 de fevereiro de 2014, de http://www.revistacontemporanea.org.br/site/wp-content/artigos/artigo207.pdf

Punta Rodulfo, M. (2004). *El niño del dibujo.* Buenos Aires: Paidós.

Rodulfo, R. (2004). *El niño y el significante*. Buenos Aires: Paidós.

Rodulfo, R. (2005). *Estudios Clínicos.* Buenos Aires: Paidós.

Roitman, C. (1996, octubre/diciembre). Narcisismo primario. Entramado pulsional y yoico em la infância temprana. *Revista de Psicoanálisis*, *53*(4), 867-886.

Rosa, T., & Vieira, J. (2005). *Atualizações clínicas do teste de relações objetais de Phillipson*. São Paulo: Vetor Editora.

Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1944).

Segal, H. (2012). *Introducción a la obra de Melanie Klein. (*1a ed. 19. reedição). Buenos Aires: Paidós. (Trabalho original publicado em 1956)

Sami-Ali, M. (1990). *El cuerpo, el espacio y el tempo*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Tallaferro, A. (1989). *Curso Básico de Psicanálise.* (Á Cabral, trad.). São Paulo: Martins Fontes.

Tavares, M. (2000). A entrevista clínica. In J. A. Cunha et al. *Psicodiagnóstico* (5a ed., pp. 45-56). Porto Alegre: Artmed.

Turato, E. R. (2008). *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.

Veccia, T. A. (1996). *El método psicodiagnóstico y el ejercicio profesional del psicólogo*. Buenos Aires: Eudeba.

Veccia, T. A. (2002). *Diagnóstico de la personalidad*. Buenos Aires: Eudeba.

Weinberg, C. (2008). *Transtornos alimentares na infância e adolescência: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: SA Editora.

Weinberg, C., & Cordás, T. A. (2006). *Do Altar Às Passarelas: Da Anorexia Santa Á Anorexia Nervosa.* São Paulo: Annablume.

Weinberg, C., Cordás, T. A., & Albornoz Munoz, P. (2005). Santa Rosa de Lima: uma santa anoréxica na América Latina? *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 27*(1), 51-56.

Winnicott, D. W. (1994). O destino do objeto transicional. In C. Winnicott, R. Shepherd, M. Davis (Orgs.). *Explorações psicanalíticas* (pp. 44-48). Porto Alegre: Artmed Editora. (Trabalho original publicado em 1959)

ANEXO A — DESENHO DA FAMÍLIA

ANEXO B — QUESTIONÁRIO DESIDERATIVO

1+) Um cachorro, um vira lata. Porque é simples, brinca bastante, interage.

2+) Um gato, qualquer um. Pela liberdade. Fica pulando. O cachorro fica com o dono, o gato não.

3+) Gostaria de ser uma rosa. Porque ela é bonita.

4+) Um computador. Porque consegue fazer muitas coisas.

1-) Animal de zoológico. Um macaco. Porque a vida deles é chata. Não sabem o que é a vida deles. Não tem muito espaço. Vivem num ambiente artificial.

2-) Peixe de aquário. Fica preso em aquele espaço, isolado.

3-) Não gostaria de ser a grama. Parece que ela não produz nada de bom. Diferente de uma rosa que é bonita ou de uma árvore que dá frutos, ela tem pouca função.

4-) (Pensa). Não sei... Não gostaria de ser uma cadeira. Ela fica parada, não faz nada de legal. Não é confortável. Se fosse uma poltrona...

ANEXO C — TESTE DE RELAÇÕES OBJETAIS

Prancha A1 (1)

Parece uma mulher andando na chuva. Está escuro. Ela está perdida. Ela está confusa, não sabe o que está procurando. Atrás dela tem uma criança acompanhando, mas ela não consegue ver essa criança. Mais à frente tem um templo e ela vai acabar entrando.

Inquérito: Como essa mulher chegou até onde ela se encontra?

Ela não sabe como ela chegou. A criança a está seguindo e é tipo um anjo. Desta forma vai guiar ela para o templo. A mulher não vê a criança.

É noite. Ela está se sentindo confusa, não sabe quem ela é. Está assustada. Depois ela decide morar no templo.

Prancha A2 (2)

Parecem duas pessoas conversando. Um homem e uma mulher, um casal. Estão sentados numa mesa, tomando drinques. Ao fundo tem o mar. Estão relaxados e felizes, jogando conversa fora.

Inquérito: Como eles chegaram até lá?

Estavam viajando. Estão de férias. É o fim da tarde, estão tomando brisa.

Inquérito: Faz quanto tempo que o casal está junto?

Faz 25, 27 anos que o casal está junto. Eles têm 55 anos. Eles se dão bem. Depois vão andar na praia, às 5:30, 6:00 horas.

Prancha C3 (3)

Me parece... Três pessoas, tem uma mesa com café, uma lareira. Um dos caras está de frente à lareira. Na poltrona está o mais velho. Os três são amigos.

Inquérito: O quê eles estão fazendo?

Eles vieram visitar o cara mais velho, que está mal de saúde. Teve um infarto. Estava morando sozinho.

Faz quanto tempo que eles são amigos?

São amigos há muitos anos. Se conheceram no trabalho, trabalhavam juntos.

Como eles estão se sentindo?

Os dois amigos estão apreensivos, chateados, preocupados. O velho está feliz de receber as visitas.

Quantos anos eles têm?

O velho tem 70 anos. Os outros amigos têm 60.

O que vão fazer depois?

Vão ficar conversando.

Prancha B3 (4)

Duas pessoas, homem e mulher. Ele está dando uma notícia ruim, sobre alguém doente. Alguém faleceu. Tem alguém escondido. É uma criança que consegue ouvir o que aconteceu.

Inquérito: Quem são essas pessoas?

São marido e mulher. A mãe da mulher faleceu. Ela está bem triste. O filho deles é a criança que estava escondida. A criança se tocou de que tem alguma coisa errada.

Como essa criança está se sentindo?

O filho se sentiu bem triste.

Quantos anos ele tem?

Tem poucos anos, seis anos.

O que ele vai fazer?

Vai voltar pro quarto e fingir que não ouviu. A mulher depois vai contar pro filho. Vai no quarto dele junto com o pai.

Prancha AG (5)

Uma conferência, um anfiteatro. Tem pessoas sentadas, outras em pé. A palestra acabou. Outras ainda estão aí.

Inquérito: Sobre o quê era a palestra?

Foi uma palestra sobre medicina. A palestrante é importante. Está se sentindo realizada.

Prancha B1 (6)

É o quarto de uma criança. É a hora de dormir. A mãe está subindo a escada. Vai dar boa noite para ela. É um momento que ela gosta.

Inquérito: Quem está na casa nesse momento?

Tem o pai, tem os irmãos. No quarto é só ela. A mãe que vai checar se a filha está coberta. Vai fechar a porta do quarto.

Como elas estão se sentindo?

A mãe está feliz. Está se dando bem com a filha. Não tem que obrigar a filha a dormir. A mãe faz isso com todos os filhos.

Prancha CG (7)

Dois amigos, viajando no México, prestes a subir uma das pirâmides das ruinas. Estão cansados, mas felizes de estar conhecendo.

Inquérito: Por que eles resolveram viajar?

Um deles teve a ideia de viajar. São jovens, 23, 24 anos. Estudaram juntos. Estão na faculdade. Estudam arquitetura.

O que eles vão fazer depois?

Vão ver mais pirâmides. Vão fazer um tour de cidade em cidade.

Prancha A3 (8)

Três pessoas, eles estão separados por um rio. É uma separação emocional. Pai e filho estão se despedindo. O filho vai embora.

Inquérito: Como eles estão se sentindo?

Eles não queriam que o filho fosse. O filho está mais feliz que os pais. Os pais estão tristes pela perda, mas sabem que vai ser bom.

Onde ele está indo?

Vai morar muito longe. Ele vai mudar de país. Ele queria largar tudo e fazer uma viagem. Não tem data para voltar, vai se virar.

Quantos anos ele tem?

Ele é novinho, tem 19 anos. É filho único.

O que vai acontecer depois?

Vai... Um dia vão se reencontrar.

Prancha B2 (9)

Um casal. Embaixo de uma árvore, olhando de longe a casa do filho deles. Eles brigaram com o filho. O filho ligou e pediu para eles irem na casa dele. Eles estão apreensivos, querendo que dê certo.

Inquérito: Por que eles brigaram?

Brigaram porque tinham maneiras diferentes. Os pais queriam controlar a vida do filho. Ele já estava mais velho e tinha visto que era melhor se aproximarem.

Quantos anos ele tem?

Atualmente... 27 anos.

Quantos anos ele tinha quando brigaram?

18 anos.

O que vai acontecer depois?

Vai dar tudo certo, vão se reaproximar.

Prancha BG (10)

É uma excursão da escola, estão visitando umas ruinas. São quatro alunos e um coitado isolado. Está fascinado com as ruinas, mais do que os outros. São ruinas de um templo.

O menino tem dificuldades sociais. Está fascinado com a arquitetura. Ele acha fascinante a inteligência da arquitetura da ruina, sem as ferramentas de hoje em dia.

Inquérito: Como ele está se sentindo?

Se sente mal. Ele queria interagir mais. Ele se foi excluindo pela inteligência dele. Ele até gosta dos colegas. Se sente um pouco diferente. Ele percebeu que está mais fascinado. Ele não se sente especial, só um pouco diferente.

O que vai acontecer depois?

Eles vão voltar de ônibus para escola. Depois os pais os pegam e vão para casa.

Prancha C2 (11)

De novo é um casal de velhos, de 75 anos. A senhora está doente e ele cuida dela. O senhor está levando uma xícara de chá.

Inquérito: O que a senhora tem?

Faz pouco tempo que ela piorou. Ela tem enfisema. Está debilitada, mal fisicamente. Espiritualmente tranquila.

Como ele se sente?

O marido está arrasado. Está conformado com que ela vai falecer. Ele não teve coragem para falar isso para ela.

Alguém ajuda o senhor a cuidar da esposa?

Eles têm filhos, netos. Eles vêm, são bem unidos. O marido conversa bastante com o filho dele.

Prancha C1 (12)

Uma cozinha. Tinha sido o café da manhã, a senhora está lavando os pratos. Enquanto isso, o senhor, são um casal, está lá fora, mexendo no jardim. É uma cena bem corriqueira.

Inquérito: O que vai acontecer depois?

Depois eles vão voltar, ligar a tevê, ler o jornal, tomar café. Eles também são velhos, têm 60 anos.

Como é o relacionamento deles?

O relacionamento é bom. Agora que eles são mais velhos, não brigam mais.

Por que eles brigavam antes?

Questões de convivência. Os dois eram mais esquentados. Não eram relax, tudo era problema, tudo era discussão.

Prancha 13 (em branco)

Uma menina, olhando para frente, o tanto de vida que tem e que tem para percorrer. Está super positiva. Está fazendo uma caminhada, tipo trilha, que ela vai conseguir. Ela teve ajuda de amigos, dicas, antes de ela fazer essa viagem sozinha. Acha que vai conseguir graças ao apoio de todo mundo. É um tipo de jornada que só se pode fazer sozinho. Está indo recuperar a vida dela. Tem que terminar essa trilha, de autoconhecimento. Ela teve vários problemas. Teve problemas de relacionamento, ficou um tempo doente e está voltando.

Está todo mundo, toda aquela torcida, amigos da faculdade, do colegial. Todo mundo. Ela teve dificuldades... Para os outros foi uma caminhada mais normal. Está sendo desafiador, mas está positiva. Antes não se sentia preparada, agora cresceu, passou por várias coisas.

ANEXO D — DESENHO DA FAMÍLIA

ANEXO E — QUESTIONÁRIO DESIDERATIVO

1+) Uma borboleta, bem bonita, branca e amarela. Para trazer a paz. Para poder voar e não ter limites.

2+) Uma rosa, bem bonita. Porque significa amor.

3+) Gostaria de ser um coelho, porque eu adoro coelho.

4+) Um cobertor... Um edredom! Para aquecer as pessoas.

1-) Um rato. Um rato sujo. Porque eu não gosto de sujeira. É nojenta.

2-) Uma faca. Bem cortante. Porque pode matar.

3-) Um automóvel. Um carro bem veloz que também poderia matar.

4-) Planta? Que eu não gostaria de ser? Não saberia dizer...

ANEXO F — TESTE DE RELAÇÕES OBJETAIS

Prancha A1

Tristeza, uma pessoa sentada. E uma pessoa de costas, como se tivesse uma discussão com essa pessoa sentada, uma briga.
Inquérito: Por que brigaram?
Não sei.
Quem são essas pessoas?
Poderiam ser um pai e uma filha. O pai está de costas. Ele vai embora.

Prancha A2

Duas moças conversando, parece que tem água; um rio. Elas estão olhando a paisagem.
Inquérito: Quem são essas moças?
Eu e minha mãe. Estamos na praia.
Como estão se sentindo?
Ela triste e eu, também.
Por que estão tristes?
Por estar isolada, como estou me sentindo agora.
Que vai acontecer depois?
Vou sair daqui.

Prancha C3

Parece alguém no quarto. Duas pessoas: uma mulher e um homem. Não... Tem três pessoas. Estão brigando. Talvez sejam um marido, uma mulher e um amigo. O marido e a mulher brigam. O amigo está de costas para a briga.

Inquérito: Por que o marido e a mulher estão brigando?

Ciúmes, talvez.

Quem sente ciúmes?

O marido da mulher.

Que vai acontecer depois?

O amigo vai embora. O marido vai bater na mulher e ela vai ficar quieta.

Prancha B3

Casal, entrando num quarto. Ela está vestida de noiva. Pode ser a lua de mel. Ela está feliz. Ele, também.

Inquérito: Onde vai ser a lua de mel?

No quarto.

Que vai acontecer depois?

Vão ter a lua de mel dentro do quarto.

Prancha AG

São várias pessoas, numa praça, num jardim bonito. Estão conversando. Estão fazendo um piquenique.

Inquérito: Essas pessoas se conhecem?

Não, não tem relação entre elas.

Prancha B1

Um quarto, alguém entrando no quarto. Poderia ser eu entrando aqui. Um lugar triste. Poderia ser este quarto.

Inquérito: Que vai acontecer depois?

Vou entrar, vou deitar e vou chorar.

Prancha CG

Aqui não entendi. Parece alguém brigando. Uma pessoa mais velha. Alguém caído na escada. Alguém jogou a pessoa mais velha pela escada.

Inquérito: Por que a pessoa mais velha foi jogada pela escada?

Porque está brigada com as outras.

Que vai acontecer depois?

A pessoa na escada vai morrer. Ninguém vai socorrê-la.

Prancha A3

Três pessoas conversando. Não tem muito que dizer. Estão falando de trabalho. São colegas de trabalho.

Inquérito: Que tipo de trabalho eles realizam?

Fazem algo com a natureza.

Como é o relacionamento deles?

Eles têm um bom relacionamento.

Que vai acontecer depois?

Eles vão voltar ao trabalho.

Prancha B2

Duas pessoas na rua, encostadas numa árvore, namorando.

Inquérito: Quantos anos eles têm?

Ela tem 30, ele tem 40.

Quanto tempo faz que eles se conhecem?

Conhecem-se faz muito tempo, mas não são casados.

Que vai acontecer depois?

Depois vão passear.

Prancha BG

São pessoas. Tem uma igreja. São jovens. Tem uma pessoa sozinha.

Inquérito: Quem é a pessoa sozinha?

Eu

Por que você estaria sozinha nesta situação?

Porque estou afastada do grupo. Não conheço o grupo.

Que vai acontecer depois?

Vou entrar na igreja e vou rezar.

Prancha C2

Uma pessoa olhando pelo quarto. Só tem uma cama e um espelho. Parece uma prisão.

Inquérito: Quem é essa pessoa?

Um homem.

Quem poderia ser esse homem?

Não sei, um estranho. Não sei mais.

Prancha C1

Uma cozinha. Está vazia. Tem alguém na janela, pelo lado de fora.

Inquérito: Essa pessoa mora na casa?

Sim.

Quem poderia ser?

Poderia ser eu, olhando minha filha brincar. É isso.

Prancha 13

Minha casa, eu e minha filha. Muito feliz.

ANEXO G — DESENHO DA FAMÍLIA

ANEXO H — QUESTIONÁRIO DESIDERATIVO

1+) Acho que gostaria de ser um cachorro, porque adoro cachorro. Penso no meu cachorro: ele sabe que tem pessoas que cuidam dele e que gostam dele.
2+) Seria um livro. Adoro ler. Se bem cuidado, um livro é algo eterno que passa conhecimento para gerações atuais e futuras.
3+) Seria uma caneta, porque adoro escrever. Um dia gostaria de publicar um livro. Muito do que escrevi foi com uma caneta.
4+) Uma planta que não precisasse de muito cuidado, que morasse na floresta, que não precisasse do homem para viver. O ser humano só estraga a floresta. Penso numa planta num lugar isolado.

1-) Acho que não gostaria de ser um aparelho eletrônico, uma televisão, que só servisse para outra pessoa usar. A utilidade só seria ser usada por outra pessoa.
2-) Não gostaria de ser peixe. Odeio comer peixe, seria alvo de pescaria. Não gostaria de ser comido por ninguém. Um peixe de mar.
3-) Não gostaria de ser um carro porque, além do mesmo propósito da televisão, teria que utilizar gasolina. Só sobreviveria com gasolina. Daria problemas. Teria que gastar dinheiro para ser concertado e poderiam me substituir. Quando ficasse velho, ninguém ia me querer.
4-) Não gostaria de ser uma flor, como uma rosa. Não acho romântico, graças às minhas aulas de biologia. É o órgão reprodutor da planta. É frágil e murcha. Também são feitas para serem substituídas. Murcham e não servem mais.

ANEXO I — TESTE DE RELAÇÕES OBJETAIS

Prancha A1

Esse homem está andando nas ruas à noite, no século XIX. Ele está procurando alguém, outro homem. Procura por esse homem que, em algum momento, vai sair. Talvez esse homem esteja procurando vingança; essa noite ele não vai fazer nada, está querendo conhecer os hábitos do outro homem.

Inquérito: Por que esse homem procura vingança?

Não sei. Esse homem culpa o outro homem de alguma tragédia que aconteceu com alguém que ele amava, ou algo assim.

Prancha A2

Nossa, que é isso! (Risos). Parece que tem um homem e uma mulher olhando o pôr do sol. Eles chegaram aqui porque ele a convidou para ver o pôr do sol.

Inquérito: Que tipo de relacionamento eles têm?

Eles se gostam, mas ainda estão saindo. Ele vai acompanha-la até a casa dela e vão falar que gostaram muito de estar juntos e que ele vai ligar para ela.

Prancha C3

Tem duas pessoas num quarto de hotel e acabaram de discutir. O homem está de costas porque está com raiva.

Inquérito: Quem são essas duas pessoas?

Dois amigos.

Por que eles discutiam?

Acho que foi porque esse homem sentado estava convencendo esse outro que alguma coisa que devia fazer era melhor não fazer. Penso na primeira figura do homem que estava procurando vingança. O amigo fala para esquecer, deixar para lá.

Que vai acontecer depois?

Ele vai mesmo assim, não vai escutar o amigo.

Prancha B3

Aqui esse homem que procura vingança olhando o homem conversando com a moça.

Inquérito: Quem são esse homem e essa moça?

A moça é a vítima. Ele, o que olha, está tentando vingar essa mulher. O homem que conversa com a moça se aproxima de mulheres para ficar com o dinheiro delas. O homem que procura vingança quer vingar essa moça. Está escutando o que eles falam.

Prancha AG

Não tem nada a ver! Parece um cemitério. Parecem fantasmas no túmulo. Fantasmas amaldiçoados que ficam na Terra depois de ter morrido. Eles são condenados a ficar assim até o fim dos tempos.

Prancha B1

Esse é o homem da primeira foto que volta para casa depois de seguir o outro homem a noite inteira. Ele vai deitar na cama. Não consegue dormir porque pensa na vingança.

Inquérito: Que quarto é esse?

Um quarto alugado. Ele não é dessa cidade. Viajou para perseguir.

Ele gosta desse quarto?

Ele não se importa, vê aquilo como parte dos planos dele. Só usa o quarto para dormir.

Prancha CG

São sombras... (pensa). Uma pessoa aqui em cima e tem uma multidão. Estão brigando, estão contra a pessoa aqui em cima. Sei lá... Essa pessoa foge e estão correndo atrás.

Inquérito: Por que a multidão corre atrás dessa pessoa? O que essa pessoa fez?

Esse homem fez alguma coisa ruim e afetou todas as pessoas. Ele não vai poder fugir, a multidão vai alcança-lo e ele só vai sobreviver porque a polícia vai chegar antes.

Prancha A3

Esses dois homens marcaram para encontrar esse homem. Estão combinando alguma coisa. O homem está contratando os dois homens, que dizem que vai ter um custo. Mas o homem vai pagar qualquer quantia para esses dois homens fazerem o que ele quer.

Inquérito: O que ele quer?

Talvez seja (pensa)... matar alguém. E ele quer que esses dois homens façam com que pareça uma tentativa de assalto que acaba com morte. Depois eles falam o preço e marcam o primeiro encontro para pagar a metade do valor.

Prancha B3

Os homens contratados esperam embaixo da árvore para matar o homem que mora nesse prédio. Estão conferindo que não tenha ninguém. Um deles segura uma arma e o outro homem segura uma faca. Vão entrar no quarto desse homem. Um deles mata e o outro rouba as coisas de valor. Depois fogem.

Prancha BG

Parece a ruína de algum lugar. As pessoas são turistas. O homem está sozinho, lembra de uma vez que foi naquele mesmo lugar com alguém que morreu e sente saudades. Por isso está isolado. Esse homem vai ficar aí por um bom tempo. E os turistas vão seguir visitando a cidade.

Inquérito: Qual é a relação do homem com o grupo?

Não tem relação com o resto do grupo, ele viajou sozinho.
Por que viajou?
Depois que essa pessoa morreu quer se lembrar dela.
Quem era a pessoa que morreu?
Não sei. O pai.

Prancha C2

Essa pessoa é uma mulher. É o quarto do filho dela. Foi ver se estava dormindo porque era de noite.
Inquérito: Que vai acontecer depois?
Ela foi para o quarto dela com o marido dela e foram dormir.
Quantos anos tem o filho?
O filho ainda é criança. Ela fica em casa com ele.

Prancha C1

Uma cozinha. Eu acho que isto era para ser enfeite, mas não é. É sangue. Aconteceu um assassinato aqui. Uma pessoa está olhando pela janela e descobriu o corpo no chão, morto. O homem está vendo a irmã dele que morreu. Ele não faz ideia do que pôde ter acontecido, fica em choque. Depois ele vai entrar correndo em casa para ver se ele está viva mas ela já morreu. Não adianta. Ele chama os vizinhos mas ninguém aparece. Fica chorando porque a irmã morreu.

Prancha 13

Aqui são duas amigas que não se viam há muitos anos. Moram em países diferentes. Estão se encontrando no aeroporto, dando-se um abraço, chorando e rindo ao mesmo tempo. Elas fazem perguntas: como você está? Como foi a viagem? Vão para a casa da amiga que mora na mesma cidade. Ficam o dia inteiro conversando, lembrando da época que passavam juntas e o que aconteceu na ausência de cada uma. Ambas sentem que fazia muito tempo que não se sentiam tão felizes, que estavam com saudades uma da outra e prometem que nunca mais vão deixar passar tento tempo sem se ver.