

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL EM UM CASO GRAVE DE ANOREXIA NERVOSA: A CONSTRUÇÃO DA NARRATIVA CLÍNICA

*INDIVIDUAL PSYCHOTHERAPY IN A SEVERE CASE OF ANOREXIA
NERVOSA: THE CONSTRUCTION OF CLINIC NARRATIVE*

*PSICOTERAPIA INDIVIDUAL EN UN GRAVE CASO DE ANOREXIA
NERVIOSA: LA CONSTRUCCIÓN DE LA NARRATIVA CLÍNICA*

*Daniel Magalhães Goulart**
*Manoel Antônio dos Santos***

RESUMO

A anorexia nervosa constitui um tipo de transtorno alimentar grave devido ao risco de vida que implica para a pessoa acometida. Ainda pouco se sabe sobre o alcance do trabalho com psicoterapia psicodinâmica nesses casos, a partir do vértice das experiências emocionais vividas pelo psicoterapeuta com o paciente. Este estudo tem por objetivo discutir os limites e possibilidades da intervenção psicoterápica individual em um caso grave de anorexia nervosa, por meio da construção da narrativa clínica focada no desenvolvimento de recursos da paciente para lidar com seus conflitos. Utilizou-se como estratégia metodológica o estudo de caso e o enfoque psicodinâmico como referencial teórico para condução do processo terapêutico e análise dos dados. O caso foi seguido em contexto ambulatorial, sendo destacado por sua relevância clínica e implicações terapêuticas. O processo psicoterapêutico desdobrou-se em profícuo espaço relacional, que favoreceu a superação de dificuldades psicológicas, promovendo transformações nas condições de vida da paciente.

Palavras-chave: transtornos alimentares; anorexia nervosa; psicoterapia psicodinâmica; psicoterapia psicanalítica; estudo de caso.

* Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

** Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

ABSTRACT

Anorexia nervosa is a serious eating disorder type due to the risk of life that implies for the afflicted person. Yet little is known about the scope of work with psychodynamic psychotherapy in these cases, from the perspective of emotional experiences lived by the psychotherapist with the patient. This study aims to discuss the limits and possibilities of an individual psychotherapeutic intervention in a severe case of anorexia nervosa, through the construction of clinical narrative focused on developing patient's resources to deal with her conflicts. The case study was used as a methodological strategy and the psychodynamic approach was the theoretical basis to conduct the therapeutic process and data analysis. The case was followed in an outpatient setting, being remarked by its clinical relevance and therapeutic implications. The psychotherapeutic process unfolded in a fruitful relational space, which favored to overcome psychological difficulties, promoting changes in the conditions of life of the patient.

Keywords: eating disorders; anorexia nervosa; psychodynamic psychotherapy; psychoanalytic psychotherapy; case study.

RESUMEN

La anorexia nervosa es un grave tipo de trastorno de la alimentación, debido al riesgo de vida que implica para la persona afectada. Sin embargo, poco se sabe sobre el alcance del trabajo con la psicoterapia psicodinámica en estos casos, desde el vértice de las experiencias emocionales vividas por el psicoterapeuta con el paciente. En este sentido, este estudio tiene como objetivo discutir los límites y posibilidades de una intervención psicoterapéutica individual en un caso grave de anorexia nerviosa, a través de la construcción de la narrativa clínica centrada en el desarrollo de recursos de la paciente para hacer frente a sus conflictos. Fue utilizado como estrategia metodológica el estudio de caso y el enfoque psicodinámico como marco teórico para conducir el proceso terapéutico y el análisis de datos. El caso fue seguido en contexto ambulatorial y se destaca por su relevancia clínica e implicaciones terapéuticas. El proceso psicoterapéutico se desdobló em fructífero espacio relacional, lo que favoreció a superar las dificultades psicológicas, por medio de la promoción de cambios en las condiciones de vida de la paciente.

Palabras clave: trastornos de la alimentación; anorexia nervosa; psicoterapia psicodinámica; psicoterapia psicoanalítica; estudio de caso.

Introdução

*A água clara não te acende:
Libera o brilho que já tinhas.*

João Cabral de Melo Neto

O trabalho com psicoterapia no contexto dos transtornos alimentares (TAs) é um campo controverso. Recentemente, uma revisão da literatura evidenciou a escassez de estudos sobre intervenção psicoterápica nos quadros crônicos (Scorsolini-Comin & Santos, 2012). Esses quadros se referem aos casos de TAs refratários às propostas de tratamento habitualmente empregadas, o que realça a relevância do presente estudo. Nessa direção, almeja-se abordar a temática a partir da experiência clínica e do vértice da relação transferencial e contratransferencial, explorada ao longo das vivências do psicoterapeuta com uma paciente de 49 anos de idade.

O interesse clínico pelos TAs, em geral, tem crescido nos últimos anos por fazerem parte do cotidiano de muitos profissionais de saúde mental (Souza & Santos, 2013a, 2013b, 2014, 2015) e por constituírem um fenômeno marcante não apenas na clínica, como também na sociedade contemporânea. Mais especificamente em relação à Anorexia Nervosa (AN), nota-se não somente a presença reiterada desse quadro clínico no espaço midiático, como também sua associação a índices significativos de morbimortalidade, o que culmina com a consideração desse transtorno como relevante problema de saúde mental (Andrade & Santos, 2009; Leonidas & Santos, 2015; Oliveira-Cardoso, Von Zuben, & Santos, 2014; Weinberg & Berlinck, 2010).

Segundo Nunes, Appolinario, Galvão e Coutinho (2006), a AN pode ser caracterizada por uma incansável busca pela magreza e, por isso, geralmente é acompanhada por significativa redução de peso e sua manutenção abaixo dos padrões de normalidade, por meio de processos inadequados de controle da massa corporal, o que leva a grave desnutrição. No que concerne ao tratamento, diversos recursos têm sido utilizados, sendo as estratégias mais comuns a prescrição de psicofármacos, a psicoterapia grupal e individual, o acompanhamento nutricional e a terapia familiar (APA, 2011; Gowes & Bryant-Waugh, 2004; Santos, Scorsolini-Comin, & Gazignato, 2014; Scorsolini-Comin, Souza, & Santos, 2010). Considerando esse rol de possibilidades terapêuticas, o presente estudo tem como foco a discussão de questões pertinentes à prática psicoterápica individual aplicada nesses casos, considerando que a psicoterapia é apontada como recurso crucial no tratamento de pacientes com TAs (Weinberg & Berlinck, 2010). As aborda-

gens psicoterápicas, oferecidas junto a outros recursos complementares para o tratamento dos TAs, são variadas (Scorsolini-Comin & Souza, 2012) e têm sua efetividade potencializada quando aplicadas de forma unificada. Dentre as diversas possibilidades existentes no arsenal terapêutico, será focalizada no presente estudo a abordagem psicodinâmica (Gabbard, 1992).

Segundo Santos (2007), a psicoterapia psicanalítica ou psicoterapia psicodinâmica (ou simplesmente psicoterapia dinâmica) é um procedimento derivado da psicanálise, que se vale de seu corpo teórico, combinando-o com técnicas adaptadas às necessidades específicas do contexto particular em que se aplica o método psicanalítico. Esse tipo de abordagem abrange um elenco de intervenções que se baseiam em teorias psicológicas específicas acerca do funcionamento psíquico. O psicoterapeuta se concentra na interpretação de conflitos inconscientes, visando abrandar a tensão intrapsíquica decorrente da repressão das representações psíquicas intoleráveis. Considera-se que essa operação é deflagrada pelo ego inconsciente. O esforço terapêutico se direciona a aproveitar as brechas do sistema defensivo para apontar as motivações inconscientes das escolhas e ações que o paciente adota em sua vida, para que esses aspectos não conscientes possam ser reconhecidos e, finalmente, elaborados, permitindo que ele encontre o sentido de seus sintomas. Considerando-se que cada história é singular, esse sentido a ser construído no espaço terapêutico será sempre insólito e único.

A psicoterapia psicodinâmica pode oferecer recursos teóricos e clínicos que permitem ultrapassar a circunscrição da análise semiológica da psicopatologia (Goulart & Santos, 2012) e constitui-se, atualmente, como importante referencial para a intervenção com indivíduos com TAs (Gorgati, Holcberg, & Oliveira, 2002; Leichsenring, 2005; Lewis, Dennerstein, & Gibbs, 2008; Zerbie, 2001). Entretanto, no marco dessa abordagem terapêutica, pouco se sabe a respeito das possibilidades de construção do espaço terapêutico, a partir do vértice da experiência clínica no manejo dos casos de pacientes com TAs, de modo a contribuir para a formulação de estratégias terapêuticas diferenciadas e pertinentes a esse contexto.

Na clínica dos TAs há escassez de estudos que se proponham a explorar a intervenção psicoterapêutica na perspectiva contratransferencial. Não foram encontradas pesquisas que focalizassem as experiências emocionais vividas pelo psicoterapeuta com o paciente. Desse modo, escrever a clínica desses transtornos permanece um desafio em aberto. Mezan (1998) problematiza o exercício da escrita do caso clínico para o psicoterapeuta preocupado com a possibilidade de pensar e trabalhar, por meio desse recurso, as questões caras à prática clínica. Nesse sentido, propõe uma nova concepção do valor clínico da escrita, que vai muito além da formulação racional de ideias, pois entende que a escrita permite ao autor renovar

a experiência de dialogar consigo próprio e, conseqüentemente, refletir de forma crítica sobre as estratégias clínicas adotadas na condução do processo analítico.

Considerando esses pressupostos, este estudo de caso tem por objetivo discutir o processo de intervenção psicoterápica em um caso grave de AN, por meio da construção da narrativa clínica, enfatizando limites e possibilidades para lidar com os desafios encontrados.

Método

Adotou-se como estratégia metodológica o estudo de caso (Peres & Santos, 2005; Yin, 2005) com o enfoque psicodinâmico (Gabbard, 1992; Gorgati et al., 2002; Leichsenring, 2005; Santos, 2007) para coleta e análise dos dados. Atualmente, é amplamente reconhecida a pertinência dos delineamentos de caso único nos estudos do processo terapêutico, sendo essa estratégia utilizada na geração de pesquisa empírica em psicoterapia e psicanálise (Serralta, Nunes, & Eizirik, 2001). Dessa maneira, parte-se da premissa de que a utilização do caso único como substrato de pesquisa pode fomentar reflexões sobre questões técnicas, individuais ou grupais, agregando saber a contextos cotidianos que não são especificamente preparados para a pesquisa, como os serviços de assistência multiprofissional aos TAs.

Participante

Como *caso* identificado, selecionamos um atendimento psicoterápico individual, oferecido como parte do plano de tratamento da paciente Sandra (nome fictício), 49 anos, solteira, diagnosticada com AN do tipo restritivo havia 16 anos e que, desde então, encontrava-se em atendimento no serviço especializado. A paciente era considerada pela equipe multidisciplinar de saúde como um “caso crônico”, “refratário ao tratamento”, tendo em vista que ela não admitia qualquer ganho de peso ao longo dos vários anos de convívio com um quadro grave de desnutrição. Assim, de acordo com a compreensão corrente entre os profissionais, tratava-se de um caso de paciente de difícil acesso e com marcada limitação em termos de aceitação do tratamento, com prognóstico reservado.

Cenário do estudo

O contexto no qual se desenvolveu o processo terapêutico foi um serviço multidisciplinar, localizado no âmbito de um hospital público universitário,

especializado no atendimento dos TAs. Esse serviço funciona preferencialmente em regime ambulatorial e oferece diversos recursos terapêuticos, disponibilizados por meio de equipe multiprofissional constituída por psicólogos, psiquiatras, nutricionistas e nutrólogos. Esses recursos compreendem: psicoterapia individual e em grupo, acompanhamento psiquiátrico e nutrológico, orientação nutricional e atendimento familiar. O acompanhamento em psicoterapia individual foi conduzido ao longo de dois anos, constituindo profícuo material para reflexão e produção de conhecimento. Este estudo é parte de um projeto de pesquisa que obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o atendimento foi realizado, de acordo com o processo HCRP nº 7310/2007.

História clínica

Sandra completou o Ensino Superior. É formada em uma profissão da área de saúde, que exerceu por vários anos, com reconhecida competência e dedicação ao trabalho. Não obstante a capacidade laboral demonstrada, foi aposentada por invalidez três anos após o diagnóstico de TA devido à gravidade e persistência dos sintomas apresentados, incluindo episódios de internação e tentativas de suicídio. No período analisado para a elaboração deste estudo, estava cursando seu segundo curso de graduação, também na área de saúde, após anos de completa inatividade.

Foi diagnosticada com AN do tipo restritivo aos 33 anos de idade. Desde então, passou por cerca de 30 internações, sempre em decorrência de reagudização dos sintomas, tanto em unidades hospitalares de psiquiatria, como na unidade metabólica de um hospital geral. Durante os 16 anos de tratamento, Sandra participou de três experiências psicoterápicas individuais, além de um processo de grupoterapia de apoio aberto às pacientes que frequentam o serviço ambulatorial e do acompanhamento psiquiátrico contínuo.

Do ponto de vista nutricional, ao longo de todo o tratamento Sandra apresentou um quadro de desnutrição severa, culminando em diversas complicações e sintomas recorrentes tais como: osteopenia, que evoluiu para um quadro de osteoporose decorrente da descalcificação extrema dos ossos, fratura de fêmur, problemas dentários, fraqueza e fadiga muscular, dificuldades de locomoção, afasia, tontura e frequentes crises de cefaleia. No que concerne à dinâmica de personalidade, ao longo do período de tratamento Sandra apresentou intensa dificuldade em construir sua autonomia em relação às figuras familiares, o que restringia sua capacidade de socialização e a consecução de um projeto de vida consistente e duradouro. Além disso, a paciente também vivenciava frequentes crises depressivas,

nas quais manifestava sua incapacidade de realizar mudanças em sua vida e de superar suas dificuldades cotidianas. Apesar dos prejuízos na capacidade adaptativa, sua capacidade intelectual estava preservada, tornando-se uma importante aliada do processo terapêutico.

Ao longo dos dois anos em que mantivemos o atendimento psicoterápico, Sandra ainda apresentava os sintomas característicos do quadro grave de transtorno, seja do ponto de vista psicológico, clínico ou nutricional.

Modelo de intervenção psicoterapêutica adotado

O referencial teórico utilizado, tanto para fundamentar a intervenção psicoterápica como para elaborar as análises apresentadas neste estudo, tem por base a abordagem psicodinâmica (Gabbard, 1992; Gorgati et al., 2002). Nesse referencial, o interjogo transferência-contratransferência é considerado peça-chave para o manejo terapêutico. A transferência, tal como aponta Freud (1912/1996), é concebida como um fenômeno psíquico presente em todas as relações pessoais, sendo “[...] entendida como uma repetição de protótipos infantis vividos com uma sensação de atualidade acentuada” (Laplanche & Pontalis, 1982/2001, p. 514). Já a contratransferência, expressa o “[...] conjunto das reações inconscientes do analista à pessoa do analisando e, mais particularmente, à transferência deste” (Laplanche & Pontalis, 1982/2001, p. 102). Entretanto, como afirma Sato (2010), esse último conceito é marcado por profundas transformações históricas na psicanálise, deixando de ser entendido como obstáculo à relação terapêutica, como era no princípio de sua formulação teórica, para ser concebido como poderoso instrumento terapêutico.

Procedimento

Para a construção dos resultados, utilizamos os aspectos subjetivos percebidos ao longo do processo psicoterapêutico, atentando para o que Bleger (1980/2011, p. 55) considera ser o “fator humano”. Segundo esse autor, o psicoterapeuta constitui “o instrumento de todos os instrumentos”, pois “não existe nenhum instrumento que funcione sem o ser humano”. Adotamos esse posicionamento a partir da premissa de que se alcança maior objetividade quando se incorpora na análise do processo o ser humano e suas relações, isto é, quando se toma o drama humano tal como acontece na prática clínica do psicoterapeuta, de modo a se obter uma compreensão ampliada dos fenômenos que nos permita instrumentalizá-los para neles intervirmos de maneira sistemática.

O atendimento psicoterápico que compôs a base deste estudo aconteceu de janeiro de 2010 a dezembro de 2011. No primeiro ano da psicoterapia, os atendimentos tiveram frequência semanal; já no segundo, as sessões passaram a ser realizadas duas vezes por semana, por se entender que essa mudança poderia beneficiar a paciente em seu desenvolvimento terapêutico. A duração das sessões era de 50 minutos cada. Ao longo de todo o período de atendimento, o psicoterapeuta recebeu supervisão clínica, considerando a importância desse espaço de diálogo e reflexão para uma compreensão mais ampla do processo vivenciado, sobretudo para uma conscientização quanto aos aspectos contratransferenciais mobilizados.

Resultados e Discussão

O primeiro ano de atendimento

As primeiras sessões foram preenchidas por relatos da paciente sobre sua longa peregrinação prévia por diferentes modalidades de atendimento. Sandra relatou seu percurso de tratamento, bem como a “trajetória” evolutiva do quadro de TA, pontuando os momentos de agravamento dos sintomas. Segundo a paciente, quando foi diagnosticada com AN, aos 33 anos, não acreditou no que ouvira do médico: “Na época, a gente até ouvia falar de anorexia, bulimia, mas era só em mulheres jovens, adolescentes... Eu pensei que eu não tinha possibilidade de ter aquilo. Pensei: isso está errado!”.

A princípio, houve forte resistência em aceitar o diagnóstico. De acordo com o relato da participante, os sintomas iniciaram com dores no estômago. Para investigar o que estava acontecendo, procurou vários médicos, realizou diversos exames e nada de anormal foi constatado. Na tentativa de atenuar as dores, passou a restringir a variedade de alimentos ingeridos. Primeiramente, deixou de beber refrigerante, depois parou com a ingestão de café, carne vermelha e outros alimentos. Assim, foi sistematicamente restringindo sua ingesta alimentar até evoluir para jejuns cada vez mais prolongados. Em suas próprias palavras: “Quando me dei conta, não estava comendo quase nada e ingerindo menos de 300 calorias por dia”.

Podemos pensar que, a princípio, Sandra atribuía o que se passava com ela a causas externas, independentes de suas atitudes e inteiramente fora de seu controle. Assim, quando foi diagnosticada com AN, não deu credibilidade ao que médico enunciara. Houve um processo intenso de negação de seu transtorno

mental em curso. De acordo com Oliveira e Santos (2006), a negação é uma reação comum de pacientes com TAs, sobretudo na fase prodrômica (conjunto de sinais e sintomas que prenunciam a alteração da normalidade) e mesmo depois, com os sintomas já instalados. Muitas vezes, a pessoa é levada ao médico pela família e alega que seus hábitos alimentares excêntricos e a forma peculiar com que lida com seu corpo são apenas facetas de um estilo de vida, uma opção que assumiram deliberadamente para lidar com suas preocupações com a forma física. Assim, acaba muitas vezes por desvalorizar o tratamento, recusando-se tenazmente a aderir ao plano terapêutico proposto. Segundo Baptista e Pandini (2005), tal negação é causa de notória resistência na fase inicial do tratamento. Predomina uma forte desconfiança das pacientes em relação aos profissionais que as atendem, que muitas vezes são percebidos como inimigos e interessados apenas em alimentá-las, induzindo o ganho de peso, além de dissuadi-las a perder a vontade de controlar e restringir drasticamente a ingesta alimentar.

Para Rocha (2007), no caso específico da AN trata-se de um dos transtornos psiquiátricos mais frustrantes do ponto de vista da capacidade de implementar um plano terapêutico. Os profissionais de saúde que lidam com pacientes com AN necessitam convencê-las de que algo que vai bem, na perspectiva delas, precisa ser transformado. Segundo o autor, a AN é um transtorno egossintônico, ou seja, o paciente em fase inicial do transtorno não acredita, na maioria das vezes, que sua relação com a alimentação seja patológica e, portanto, na maioria dos casos, reluta tenazmente em aceitar ajuda especializada.

Voltando ao caso, somente em sessões posteriores foi possível explorar com maior nitidez o cenário psicossocial que acompanhava Sandra. Nesse ponto, acreditamos ser interessante fazer uma breve descrição do histórico familiar da paciente. Até seus 12 anos, Sandra viveu com os pais e a irmã mais velha. Provinha do pai a única fonte de renda da família. Nesse momento, mudanças profundas ocorreram em sua estrutura familiar, a começar pelo nascimento do irmão. Posteriormente, segundo ela, devido às reiteradas traições do pai, que pontuaram um relacionamento conjugal marcado por muitas brigas e discórdia, ocorreu a separação dos pais – o que não se deu judicialmente. Um episódio de traição conjugal do pai foi presenciado pela paciente (então com cinco anos), no retorno de uma viagem que ela fizera na companhia da mãe. O flagrante aconteceu na própria casa, no quarto do casal. Somado à postura paterna de distanciamento afetivo em relação à família, esse fato foi vivenciado como um evento traumático por Sandra. Ela relata ter “pegado pra si” a dor da mãe e decidir, a partir de então, “ser também o pai que o irmão não teria”. Nas palavras da paciente: “Houve uma confusão muito grande dos papéis. Eu não sabia mais

se eu era filha da minha mãe, mãe ou pai do meu irmão. Muitas vezes eu sentia que pegava as dores da minha mãe pra mim, como se fossem minhas. Isso foi um erro muito grande”.

Alguns anos decorridos da separação dos pais, sua irmã mais velha se casou e foi morar em outra cidade, privando a família do contato cotidiano e, em larga medida, do vínculo afetivo estabelecido entre Sandra, sua mãe e seu irmão. Diferentemente do que Sandra e sua mãe esperavam, na época da separação o pai continuou a dormir em casa, ainda que em quarto separado da mãe: “Aquela situação era insuportável. A gente não podia fazer nada, porque era ele quem botava dinheiro ali dentro. Aquilo ia me comendo por dentro, todos os dias e matando a minha mãe aos poucos.”

A partir de então, Sandra passou a dormir na cama da mãe, ocupando o lugar que era reservado ao pai. A literatura traz evidências abundantes sobre os problemas vivenciados no estabelecimento do vínculo materno em contextos familiares com crianças em situações de grave sofrimento psíquico. Além disso, Valdanha, Scorsolini-Comin e Santos (2013) sugerem que existe nessas famílias um padrão de transmissão psíquica transgeracional peculiar que contribui para a perpetuação de condições emocionais críticas favorecedoras de psicopatologias. Estudos realizados por Souza e Santos (2006, 2007) e Leonidas e Santos (2015) situam a família e as relações familiares como um contexto que pode ser tanto problemático como gerador de recursos para a retomada do desenvolvimento emocional interrompido com a eclosão da sintomatologia.

Estudo de Moura, Santos e Ribeiro (2015) sobre a relação mãe-filha nos primeiros dois anos de vida sugere acentuada dificuldade de sustentação (*holding*) por parte das mães, que impõe intenso sofrimento e acarreta um sentimento de impotência frente à provisão das necessidades básicas das filhas. Nos relatos maternos, as filhas – que na adolescência receberam um diagnóstico de TAs – foram descritas como bebês vorazes e insatisfeitos, com dificuldades em assimilar o cuidado parental oferecido nos primeiros anos de vida.

Em relação às suas características de personalidade, Sandra relata ter sido uma adolescente muito quieta e reservada, que não gostava de sair ou de fazer amigos. Introspectiva, permanecia quase o tempo todo em casa e desde sempre mostrou intensa dependência da mãe para realizar as atividades de vida diária. Em estudo realizado por Oliveira-Cardoso e Santos (2012) acerca do funcionamento lógico, afetivo e da adaptação social de pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosa, também se constatou a tendência ao isolamento social e à restrição do relacionamento interpessoal com grupos de pares. O interesse pelas relações humanas se mantém de algum modo, mas focalizado, prioritariamente, em ideias e

pensamentos próprios, particularizados, não raro centrados em questões somáticas, em detrimento dos afetos e do interesse pelos acontecimentos externos.

Um relacionamento significativo que Sandra destacou em seu percurso de desenvolvimento envolveu seu irmão e foi cercado por vivências conturbadas, sobretudo em relação à dependência afetiva. Apesar de tê-lo “como um filho”, quando ela contava com 33 anos e ele com 21, sucedeu um rompimento no relacionamento fraterno: “Ele começou a me responder e a falar que eu não mandava nele, pois eu era a irmã e não a mãe dele. Aquilo acabou comigo. Fiquei muito chateada e acabamos ficando dois anos sem conversar”.

De maneira diversa do que havia expressado nas primeiras sessões, nesse momento da psicoterapia Sandra atribui a esse acontecimento o significado de gatilho que deflagrou seus primeiros sintomas. Isso é consistente com os estudos que apontam as relações familiares como fatores precipitadores e/ou mantenedores dos sintomas de TAs (Leonidas & Santos, 2014; Valdanha, Scorsolini-Comin, Peres, & Santos, 2013). A tendência de o quadro de AN manifestar-se após a ocorrência de um fator estressante, vivenciado como altamente significativo, como o conflito intenso na esfera dos relacionamentos afetivos, tem sido destacada pela literatura (Borges, Sicchieri, Ribeiro, Marchini, & Santos, 2006). No caso de Sandra, ela sentiu ter sido abandonada pelo irmão e não reconhecida no enorme esforço e investimento que havia feito em sua criação. De acordo com ela: “Hoje eu percebo que eu fiz muita coisa errada. Eu era irmã mesmo, não era a mãe, né?”.

Contudo, naquele momento, essa dor emocional parece ter sido demasiadamente intensa para que ela pudesse elaborá-la e seguir em frente, permanecendo saudável. Sentindo-se traída mais uma vez por alguém da família, e profundamente deprimida, Sandra passou a deixar de comer e começou a perder peso: “Foi quando eu não queria mais saber de comer. Cheguei aos 27 quilos e queria ficar mais magra. Queria que ele [irmão] visse o que ele estava fazendo comigo”.

Percebe-se, nesse relato retrospectivo, que Sandra reconhece a intencionalidade em “usar” a recusa alimentar, a princípio, como instrumento de culpabilização do irmão, de modo que ele pudesse rever sua decisão de romper o vínculo com ela. O afastamento do irmão foi vivenciado como abandono e, devido ao borramento dos limites eu-outro, a separação foi equacionada com perda de uma parte constitutiva do próprio *self*. Segundo Oliveira-Cardoso e Santos (2012), essa confusão no delineamento dos contornos egoicos favorece o déficit do senso de identidade dos membros da família, o que pode levar a padrões inadequados de relacionamentos interpessoais, em prejuízo dos limites identitários. Esse processo de indiferenciação e o temor de separação também se fazem presentes na acentuada dependência emocional em relação à figura materna:

Minha mãe fica por conta de mim, né, é uma espécie de 'mãetorista'. Se eu estou na biblioteca do campus e não encontro uma carona, eu ligo pra ela pra eu ir pra sala de aula. Então, ela sai de casa e me busca. Ela está sempre comigo.

Eu fico sempre pensando no dia em que minha mãe não estiver mais aqui. Só de pensar eu fico angustiada, com muito medo. Porque eu sei que ela está envelhecendo e, apesar de ainda ser muito ativa, já não é mais como era antes. Ela está com 68 anos e eu sei que um dia ela vai morrer. Mas eu fico rezando todos os dias pra eu ir primeiro que ela, ou pelo menos juntas. No dia que ela for enterrada, eu quero o meu caixão ali do lado.

A extrema dependência da figura materna é justificada pela paciente com resultado de sua debilidade física. Aos poucos, ficava evidente que as relações afetivas de Sandra eram estabelecidas de forma muito desequilibrada e ambivalente. Em algumas situações, ela falava a respeito do intenso medo que sentia em relação à aproximação de pessoas na maioria dos ambientes frequentados cotidianamente. O temor de intrusão era constante, alternando-se com sentimentos de desamparo suscitados pelo distanciamento defensivo. Nas relações estabelecidas com a mãe e o irmão, o limite eu/outro parecia borrado e confuso, de modo a constituir um funcionamento simbiótico. Na compreensão de Klein (1957), esse processo remete às relações de objeto estabelecidas precocemente. Segundo a autora, em circunstâncias normais o bebê passa de um processo de dependência absoluta da mãe para um estágio de dependência relativa, no qual a mãe vai, aos poucos, emergindo como um ser total, na medida em que elabora a separação mãe-bebê. Nesse processo gradual, a aproximação de aspectos bons (vivenciados como reconfortantes) e aspectos maus (experenciados como frustrantes e ameaçadores) da mãe possibilitam uma nova experiência relacional, conceituada por Klein como *posição depressiva*. Na medida em que progride, o bebê vai ocupando um espaço separado da mãe, de maneira personalizada (Winnicott, 1954/2000). No entanto, dificuldades desenvolvimentais podem se desdobrar em sérios limites a essa conquista de uma relação objetal menos dependente, levando ao recrudescimento de fantasias primitivas acerca de uma unidade fusional com o outro que impossibilita o desenvolvimento de um arranjo mental mais autônomo e diferenciado. O relacionamento do tipo fusional com a mãe e o irmão pode ser entendido como um desdobramento possível de uma precariedade na formação de sua totalidade como pessoa, o que prejudica a elaboração dos afetos, que assim não puderam ser simbolizados e que acabaram sendo expressos, por via direta, pela via corporal.

A partir do gradual reconhecimento de seu quadro psicopatológico, Sandra diz ter passado a não admitir que seu peso extrapolasse os limites estabelecidos rigidamente por ela:

Eu chegava pra ser internada sempre muito mal. Às vezes eu não conseguia nem andar e eu queria só emagrecer, só emagrecer. Eu achava a internação terrível. Eles me tratavam muito mal às vezes, quando não me enfiavam comida praticamente goela abaixo. Para sair da internação, sempre eles me falavam que eu tinha que chegar pelo menos nos 35 quilos e aquele virou um número cabalístico pra mim.

Desde então, esse ideal de peso parece ter representado uma espécie de “ideal de ser” para ela, de modo que o peso passou a ter uma conotação que expressava quase a integralidade de sua existência. Dessa forma, ter 35 quilos era “*estar bem*”, pois não se sentia tão incomodada com o seu corpo, nem precisava ser internada. Nesse momento do atendimento, ao ser questionada se ela pensava ser possível pesar 35 quilos e estar com uma saúde boa, a resposta era prontamente positiva. Em suas palavras: “O único medo que eu fico até hoje é de chegar nos 35 quilos e não querer parar. De querer continuar emagrecendo e ter que ser internada”.

Talvez pela longa exposição aos sintomas do TA e pela experiência pessoal de tratamento com diversos profissionais, nem sempre percebidas como exitosas, Sandra se mostrava muito confiante no que diz respeito ao conhecimento do próprio transtorno e das próprias limitações. Era rígida no estabelecimento de alguns padrões e metas com as quais pautava seu viver. Por exemplo, em uma determinada época de sua vida adotou um outro número “cabalístico” (40) como um ponto que regulava suas condutas. Sandra dizia: “Quando eu passo dos 40 quilos, eu não me reconheço mais no meu corpo. Meu eu fica perdido. O corpo que eu tenho, eu não reconheço como sendo meu”.

A partir desse relato, acreditamos ser possível pensar que Sandra equacionava as condições físicas e estéticas do seu corpo à sua identidade, de modo que, nesse momento, ela só se aceitava como pessoa se habitasse um corpo extremamente magro e fragilizado, em resposta a um sentimento persistente de estar obesa. Esse estado de magreza incessantemente buscado parecia, por vezes, ser considerado como mais importante que sua própria subsistência, uma vez que as medidas corporais almejadas não eram compatíveis com a manutenção de uma vida plena. Nesse sentido, alcançar esse ideal impossível também parecia estar além do medo da morte, de modo que a finitude de sua substância vital não era

assumida como algo iminente diante das circunstâncias buscadas. Desse modo, o que a equipe de saúde considera ser um transtorno psicopatológico, decorrente de uma profunda distorção da imagem corporal, era vivenciado por Sandra como fazendo parte do “si mesmo”, de sua identidade, e não como uma organização subjetiva que se expressava pelo sofrimento. Lima (2012, p. 253) também aponta para a organização do sintoma anoréxico em torno de um “impasse identificatório do sujeito com sua imagem corporal, que tem graves prejuízos para o eu”. Isso se evidencia pelo fato de a paciente, ainda que ostentasse um corpo extremamente emagrecido, continuar a se perceber e a se sentir obesa, angustiando-se intensamente com essas vivências persecutórias manifestadas em nível corporal.

Por mais de uma década, os sintomas mantiveram-se como um problema central na vida de Sandra, influenciando sua forma peculiar de se perceber e utilizar ou não seus próprios recursos. Por vezes, isso fez com que Sandra não conseguisse vislumbrar uma transformação possível, deixando-se abater por um ceticismo inabalável. Em certo momento, ela chegou à conclusão de que:

Eu, às vezes, tenho medo de melhorar, tenho medo de ficar boa. Eu sei que a equipe aqui me dá atenção só porque eu estou mal, só porque estou doente. A minha mãe também, a mesma coisa. Se eu não tivesse doente há tanto tempo, ela não seria pra mim tudo o que ela é hoje.

Essa postura coloca um desafio premente para o fazer clínico, na medida em que a transformação subjetiva é temida e, em grande medida, passa a ser inconscientemente evitada. Segundo Moreira e Oliveira (2008), reconhecer a AN como um impasse subjetivo a ser superado é muito difícil, na medida em que este é vinculado ao próprio sentimento de identidade. Nesse sentido, para além das conquistas que essa transformação pode proporcionar, a possibilidade de alterar sua situação exige também o reposicionamento social e familiar da paciente, o que implica na perda de alguns papéis sociais desempenhados até então. A psicoterapia surge, nesse contexto, como profícuo espaço relacional que pode favorecer o sentir e o pensar sobre as situações de paralisia e estagnação emocional, passo fundamental para uma eventual superação, ao garantir a manutenção da relação terapêutica em meio às graduais transformações subjetivas.

Ao exercer uma clínica atenta à transferência, pode-se criar uma abertura para conceber novas possibilidades de se relacionar, contribuindo para que a paciente se desloque de uma posição passiva de “vítima” da “carência afetiva” rumo a uma condição de agente de sua própria mudança (Bechelli & Santos, 2001). Essa retificação faz com que, gradualmente, se torne mais tolerável lidar com a

destituição dos ganhos secundários conquistados e diligentemente cultivados em sucessivos anos de doença. Dito de outra maneira, nessa situação a psicoterapia pode favorecer a emergência da pessoa como sujeito do seu próprio processo de desenvolvimento, quando ela passa a acreditar que é possível reorganizar seus recursos e ir além das possibilidades limitadas oferecidas pelos sintomas.

Nos primeiros meses de contato terapêutico, essa barreira parecia muito enrijecida para ser transposta rapidamente. Na posição de terapeuta, percebíamos que Sandra acalentava uma noção a respeito de seu sofrimento que permeava os mais diversos meandros de sua vida: “Eu não consigo me ver a não ser como anoréxica”. Por vezes, ao longo do processo psicoterápico sentimos dificuldade em dar sustentação aos momentos mais críticos e dolorosos, carregados de intenso sofrimento psíquico. Ainda que, ao longo de todo o processo terapêutico a paciente apresentasse, como já mencionado, um quadro clínico grave, com risco iminente de morte, na maioria das vezes era possível trabalhar questões emocionais importantes e, como ela mantinha preservadas suas funções cognitivas, que se expressavam como uma inteligência viva e marcada capacidade de introspecção, as experiências de *insight* também eram relativamente frequentes. Contudo, por volta do sétimo mês de atendimento, Sandra passou por um momento de reagudização dos sintomas e as possibilidades terapêuticas percebidas até então regrediram dramaticamente em algumas sessões. Os sintomas depressivos recrudesceram e aumentou a preocupação da equipe em relação a um eventual desfecho fatal. Nesse período de crise, a paciente, face a diversos problemas percebidos em seu cotidiano, apresentava forte desesperança: “Eu já não acredito mais que algo vai mudar. Nada vai mudar. Eu sou assim já faz tanto tempo, parece que é a minha essência, não dá pra mudar mais. É uma tristeza que não tem fim e que não dá nem um segundo de tregua. Eu já não aguento mais”.

Na sessão em que o excerto anterior foi enunciado, a paciente chorou pela primeira vez durante o tratamento e, diferentemente do seu comportamento habitual, permaneceu silenciosa durante boa parte da sessão. Considerando a centralidade apontada pela paciente em relação ao “ser” anoréxica, qualquer estado de intensa ansiedade culminava em graves consequências, agravando as alterações do comportamento alimentar e intensificando a distorção da imagem corporal:

Eu não tenho vontade de comer nem o pouco que eu vinha comendo. Estou me sentindo gorda, enorme! A vontade que eu tenho é de juntar o excesso que está sobrando e cortar com uma faca. Eu acho que desse jeito não vale a pena mais viver. Viver pra quê? Pra sofrer um tanto a cada dia? Melhor seria acabar com tudo isso de uma vez.

Diante da indisponibilidade momentânea da paciente sustentar a capacidade de reflexão e diálogo, a vivência contratransferencial experimentada pelo psicoterapeuta traduzia-se em intenso desconforto no decorrer dessas sessões. Predominava uma sensação percuciente de que havia um bloco maciço incrustado de sofrimento bem a nossa frente, impenetrável como uma fortaleza inexpugnável, utilizada como uma concha protetora. Por vezes, sentimos medo de que toda a desesperança esboçada anteriormente pudesse se concretizar em alguma atitude drástica, culminando no suicídio. Por diversas vezes nos deparamos com o claro limite do alcance de nossa atuação como psicoterapeuta e agente promotor de mudança.

Ao longo de algumas sessões, a apresentação de Sandra não apresentou modificação significativa. As queixas eram constantes, assim como a desesperança e a coloração sombria que rondava as sessões. Com o tempo, fomos percebendo que, apesar de todo sofrimento e dificuldades expressas em nossos encontros, Sandra continuava mantendo a assiduidade, e que o fato de ter o terapeuta ali para compartilhar daquele momento de dor parecia ser vivido por ela como algo bastante significativo. No entanto, em dado momento ela deixou de comparecer à psicoterapia por duas sessões consecutivas, sem qualquer comunicado ou justificativa para seu afastamento. Em tais períodos de ausência, foi difícil lidarmos com a aflição de não sabermos o que estava acontecendo e de não podermos estar pessoalmente ao lado dela.

Qual não foi a nossa surpresa ao vê-la de volta ao atendimento com uma apresentação muito melhor do que nos encontros anteriores. Sandra justificou sua ausência da psicoterapia pela dificuldade que sentia naquele momento de falar sobre o que estava se passando com ela e de entrar em contato mais direto com o próprio sofrimento. Esse período foi de intensa mobilização por parte da paciente que, com seus próprios recursos, tomou decisões e assumiu diversas iniciativas para mudar algumas situações que a estavam afligindo, tais como conversar com algumas colegas de faculdade e “desabafar” com professores. De alguma maneira, essas atitudes e os *feedbacks* que recebera das pessoas reacenderam em Sandra parte da esperança que havia se dissipado. Percebíamos que ela, novamente, se implicava em seus processos de adoecimento e cura.

Esse período de transição foi crucial para percebermos a dinâmica vivenciada em nossa experiência como terapeuta: ora nos sentimos onipotentes, no sentido de fantasiar a posse de algum “superpoder” que poderia “salvar” a paciente do próprio autoaniquilamento, ora nos sentindo impotentes por percebermos nitidamente as limitações que cercam o exercício de nosso singular ofício. Os atendimentos, após essa sessão, transcorreram mais tranquilamente e, mediante

profunda reflexão, concluímos que, entre os extremos da impotência e da onipotência, existem matizes e inúmeras possibilidades de desdobramentos da função desempenhada pelo terapeuta no contexto psicoterápico.

Ao final do primeiro ano de atendimento, Sandra fez uma profunda reflexão acerca de seu tempo de vida: “Eu fico pensando às vezes, no tempo que eu perdi na minha vida. Eu sinto que desde que comecei com o transtorno, a minha vida parou. Eu fiz poucas coisas, fiquei por conta de mim e o mundo parece que escapou pelas minhas mãos.”

Depois de um esforço ativo da parte do terapeuta em valorizar as mudanças obtidas durante essa etapa da psicoterapia, como o alcance das suas próprias reflexões sobre sua condição de vida, Sandra tece outra possibilidade de compreensão do início de seu transtorno, além do conflito familiar com o irmão:

Eu me lembro que quando eu fiz 30 anos eu me senti muito mal. Eu não estava satisfeita com a minha profissão, não me sentia valorizada. Eu não tinha tido nem um namorado sequer. A minha vida estava passando e eu me sentia ficando pra trás. E pra mim todo período próximo ao meu aniversário (o aniversário de Sandra estava próximo) é uma tortura. Eu já entrei na menopausa, não posso mais ter filhos e nem adotar eu posso. Como eu poderia cuidar de uma criança? Eu ainda não aprendi a cuidar de mim mesma...

O segundo ano de atendimento

Desde a retomada das sessões de psicoterapia no início de 2011, após um recesso institucional relativamente longo, de cerca de dois meses, algo que de pronto nos surpreendeu foi a atitude favorável por parte de Sandra em relação à psicoterapia – muito diferente do que havíamos observado ao longo do ano anterior, em que se alternavam períodos de comparecimento com períodos recorrentes de faltas. A paciente aceitou a proposta de aumentar o número de sessões para duas vezes por semana. Percebíamos que, além da questão do estreitamento do vínculo, havia maior abertura para tocar em certos temas íntimos e permitir que surgissem alguns movimentos de integração na sessão que até então não haviam aparecido explicitamente.

A despeito de tantas mudanças significativas, que acenavam para uma inusitada motivação para o atendimento psicológico, o quadro clínico de Sandra voltou a ser motivo de preocupação para a equipe, sobretudo a partir dos resultados

de alguns exames realizados. Nesse sentido, visando à preservação da integridade da paciente, foi tomada a decisão de indicar a internação em uma unidade psiquiátrica de um hospital universitário da cidade. Decidimos, em comum acordo com a equipe daquele serviço, dar continuidade à psicoterapia, o que exigiu que o psicoterapeuta se deslocasse até o local para viabilizar a continuidade das sessões.

A psicoterapia no processo de internação foi um capítulo à parte na história do vínculo com a paciente. Nas primeiras sessões realizadas durante o período de hospitalização integral, Sandra se queixava bastante das condições impostas pela equipe multiprofissional, sobretudo em relação à constante vigilância em torno de sua alimentação e de suas ações (como acompanhá-la ao banheiro, por exemplo, para certificar que ela não desprezaria a dieta, ao induzir o vômito). Outra queixa recorrente era o regime mais rígido e inflexível em relação às visitas (isso implicou, naquele momento, em maior distanciamento em relação à mãe e ao irmão e, o que era mais sentido por ela, do sobrinho, filho do irmão). Mostrava-se inconformada com o fato de estar confinada naquele local, convivendo com pacientes que tinham outros distúrbios psiquiátricos e que apresentavam franca sintomatologia psicótica. Foram momentos de puro “desespero”, na descrição da paciente, em que a angústia sobrepujou qualquer possibilidade de controle racional que ela pudesse exercer sobre a situação.

Por diversas vezes chegou a falar que estava pensando em desistir de tudo, do tratamento – e, por consequência, da assistência psicoterapêutica prestada pelo serviço, já que não valia a pena suportar tanta dor. Nesses momentos de agudo desamparo, tentávamos mostrar-lhe outros vértices, de modo a fazê-la sentir-pensar sobre sua situação de forma ampliada, porém parecia muito difícil para ela escutar qualquer argumento. A revolta e a veemência do protesto pareciam ofuscar sua capacidade reflexiva.

Entretanto, de forma progressiva, a equipe adotou a estratégia de conceder “altas-licença” nos finais de semana e, posteriormente, por cinco dias na semana. Pensamos que esse processo gradual foi importante na recuperação de seu senso de autonomia, permitindo avanços significativos em sua reabilitação nutricional. Em suas palavras:

A internação foi mudando muito e eu fui mudando muito também. No começo era aquele monte de dieta enteral, eu não saía de alta-licença. Daí eu comecei a sair nos fins de semanas, quando eu ia pedindo eles iam deixando, as dietas foram diminuindo. É, foi um processo. E eu acho que eu não conseguiria suportar se fosse de uma vez! Ainda bem que está sendo gradual assim.

Aos poucos, Sandra foi confrontada com a realidade de ter que cuidar de si mesma em casa e surpreendeu o terapeuta ao relatar que vinha conseguindo manter o autocuidado de um modo que até então não conhecia. Referia estar se alimentando mais, ingerindo inclusive alimentos sólidos, hábito que havia abolido havia anos. Referia estar muito disposta a tentar se alimentar mais.

Paralelamente a essa faceta mais empenhada e comprometida com o atendimento, várias dificuldades se mantiveram. Ao longo da internação, Sandra ganhara cerca de sete quilogramas e, no processo de retomar gradualmente sua rotina, sentia-se muito incomodada ao perceber que algumas de suas roupas já não estavam servindo mais em seu corpo, o que, de acordo com ela, precipitava novas e intensas angústias. Nas primeiras altas-licença, dizia ter muita dificuldade em manter, no ambiente doméstico, os planos que havia construído nas temporadas no hospital, pois tinha dificuldade em sair de casa:

Não me sinto bem com o meu corpo. Por mais que eu esteja tentando me alimentar, cuidar de mim, eu vejo o meu rosto redondo, a minha perna grossa, minha barriga saliente. E tem aquilo, né, de sair na rua e as pessoas comentarem [que ela está diferente, que parece melhor], daí vão comentar alguma coisa e eu não vou gostar.

Aos poucos, Sandra foi se sentindo mais apta a voltar à sua rotina extra-hospitalar e isso também gerava ansiedade, como expresso no seguinte excerto:

Eu sinto que agora eu já estou encaminhando pra uma alta definitiva. Estou me sentindo mais perto da porta [riso]. Ah... dá uma mistura de felicidade com medo. Eu fico pensando, né, nesse tempo que eu fiquei aqui. Não sei. Parece uma redoma de vidro que colocaram em volta de mim. E que agora eu tenho que romper pra voltar a tomar conta da minha vida. Eu não estou pensando só em sair agora, sabe? Eu estou enxergando além.

Mesmo percebendo que havia recuperado peso, dizia que acreditava que conseguiria preservar aquele novo padrão de alimentação e manter o peso em que estava. Nesse momento, pôde reavaliar o que havia significado, para ela, o processo de internação, olhando também para os desafios que teria que enfrentar ao retornar à sua rotina anterior. Isso fica explícito no seguinte relato:

É, mas é tão difícil. Nossa, como mudou a minha visão do tratamento desde o começo. [...] Ah, eu percebi que o tratamento não é isso, né, de

medicação e tudo mais. É algo que ajuda sim, me ajudou a me organizar. Antes eu achava que o único jeito seria alguém tirar com a mão o que eu estava sentindo. Agora eu sei que não. Sou eu que sou a responsável por isso. Eu posso contar com o apoio, com a ajuda, mas sou eu mesma. E eu sei que o desafio não acaba quando eu sair daqui não, e que continua lá fora, todos os dias.

Acreditamos que, com esse penoso, porém produtivo processo de autocohecimento, Sandra não vivenciou apenas os sentimentos de privação do cuidado de si mesma, o afastamento do lar, da família e dos estudos. Ela também pôde conquistar e aceitar a condição de ser cuidada em um momento de intensa fragilidade, ao se deparar com os limites daquilo que ela realmente poderia controlar em sua vida – e, principalmente, do que poderia ser seu projeto existencial, como aponta Kohlrausch (2000). Particularmente, pensamos que a psicoterapia durante a internação hospitalar foi de grande importância para definir esse caráter diferenciado que o processo adquiriu na vida de Sandra naquele momento. Uma evidência disso é a quantidade de internações pelas quais ela já havia passado, muitas delas inclusive na mesma instituição hospitalar, mas que não alcançaram o mesmo ganho terapêutico. Nesse caso, pensamos que a psicoterapia não somente apoiou processos de mudança de Sandra em dimensões significativas de sua vida, como alimentação e autocuidado, mas também favoreceu que a internação e as relações pessoais constituídas nesse contexto fossem mais produtivas e transformadoras e não somente aversivas como antes.

Após quase três meses de internação, no fim de junho, Sandra recebeu alta definitiva e o contato psicoterápico foi mantido, com os atendimentos retornando ao *setting* anterior.

O (re)encontro do novo e a reconstrução do setting terapêutico

Após sair da internação, Sandra não teve uma falta sequer nas sessões de psicoterapia até o final daquele ano. Essa mudança, em termos gerais, pode ser atribuída a maior valorização do espaço terapêutico (questão explicitamente abordada em nossas conversas) e maior apreciação da capacidade de se autocuidar, o que, em última análise, implica maior valorização de si mesma.

Após a alta hospitalar, os atendimentos voltaram a ocorrer no local de costume (clínica institucional), o que, por si só, já representou uma diferença considerável no *setting* terapêutico. Essa modificação vem na esteira de outras mudanças significativas que ocorreram nesse período: ela não mais seria suprida

24 horas por dia de tudo aquilo que necessitava (atenção dos profissionais de saúde, dieta especial e dosificada, medicação controlada, disponibilidade regular de cuidadores, um espaço terapêutico permanente). Doravante, ela teria que caminhar com as próprias pernas e buscar ativamente os recursos para suprir suas necessidades físicas e psíquicas. Isso por si só já representava uma guinada extraordinária na forma de se cuidar, ao mesmo tempo que significava um desafio, já que implicava em maior responsabilização e ganho gradual de autonomia. Nesse período, ela manteve sua alimentação de forma parecida com o hábito que havia adquirido no período de internação e pôde tolerar, de forma considerável, ainda que com enormes dificuldades, o novo período de recesso do serviço e a suspensão das sessões de terapia durante o mês de julho.

Seguiu-se um longo período permeado por uma série de atitudes ambivalentes em sua vida. De modo consciente, não queria retroceder em seus hábitos alimentares, todavia o gesto de comer ainda mobilizava intensa culpa; não queria ficar o tempo todo sendo “supervisionada” pela mãe, sentindo-se “grudada” a ela, mas se afastar de casa, ir para muito longe, ainda soava como uma possibilidade um tanto quanto ameaçadora, pois implicava no rompimento daquilo que ela acreditava ser o vínculo mais sólido em sua vida – seu relacionamento simbiótico com a mãe –, culminando em sentimentos de medo, ansiedade e culpa por “abandoná-la”. Não faltava a uma sessão sequer na psicoterapia, mas se entregar àquela experiência emocional também parecia ser uma atitude perigosa. Essas oscilações eram constantes e apareciam tematizadas, de forma reiterada, em nossos encontros. Isso foi dimensionado em algumas sessões mediante o uso da metáfora “ensaiar voos”, a partir da qual a paciente reconhecia sua percepção de poder e querer voar, seguida por um medo intenso de não conseguir se sustentar no ar e, então, cair vertiginosamente das alturas, sem rede de proteção que pudesse amortecer a queda. De qualquer modo, seus próprios recursos eram constantemente revisitados e valorizados, ainda que não aproveitados plenamente no processo de reconstrução identitária.

Nesse período, foi muito interessante o trabalho em torno das fantasias ativadas em relação ao término do contato psicoterapêutico. Meses antes da separação anunciada, em função de nossa necessidade iminente de mudança de cidade que se daria no final daquele ano, já conversávamos sobre a perspectiva de encerrarmos o vínculo terapêutico. Com efeito, ela pôde falar, de forma bastante explícita, sobre os medos que tinha em relação a esse fim e às inseguranças geradas por essa perspectiva de encerramento da relação terapêutica. Por vezes, ela mostrou não confiar que poderia aceder a seus próprios recursos caso fosse privada dos frequentes encontros com o terapeuta. Nesses momentos de incerteza,

parecia acreditar que o que conseguira nesses dois anos de trabalho se deu graças e exclusivamente à presença do terapeuta. Nossas conversas giravam em torno de seu protagonismo, no intuito de responsabilizá-la pela possibilidade de fazer desse vínculo algo criativo e fecundo, e também pelas tentativas de se relacionar de forma construtiva com o outro sem que necessitasse se submeter incondicionalmente a ele o todo o tempo, em todas as situações.

Além disso, nossos diálogos versavam sobre como ela conseguira utilizar em sua vida muito do que havíamos vivenciado na psicoterapia, de modo a se fortalecer diante da possibilidade de aproveitar os aportes dos recursos subjetivos produzidos a partir desse vínculo. Falávamos da possibilidade de ela conservar e cuidar do que fora construído “dentro dela” – e que ela levaria consigo após o término do vínculo – e de poder usar dessa experiência inclusive na construção de outros vínculos que ainda estavam por vir. Logicamente, sua percepção madura sobre essa situação não se dava de maneira uniforme e constante, variando muito de acordo com o momento. Em certas ocasiões, mostrava-se bastante apta a encontrar recursos próprios para lidar com essa separação iminente. Utilizou frequentemente da memória de outros encerramentos de vínculos terapêuticos que vivenciara anteriormente, de como ela, afinal, conseguira lidar com essa situação e como essas lembranças ainda a constituíam e faziam parte da sua vida, de forma a ajudá-la a enfrentar novos desafios no seu dia-a-dia. Desse modo, conseguiu, em muitos momentos, resgatar possibilidades de lidar com as adversidades e frustrações inerentes ao viver.

Percebemos que ela não estava boicotando as possibilidades de vivenciar até o último momento as implicações positivas desse contato. Sua assiduidade se manteve e a valorização do espaço de cuidado de si também. Ela conseguia falar do nervosismo que sentia pelo “fim iminente”, fazendo uma espécie de contagem regressiva a cada encontro. Trabalhamos também as fantasias que emergiram em relação ao “novo terapeuta” que a instituição lhe facultaria no ano seguinte. Sandra parecia disposta a tentar admitir um novo vínculo e, de certo modo, aceitou bem as condições da realidade dessa separação. Pareceu conseguir, em boa parte das vezes, utilizar da própria experiência para encarar desafios no futuro próximo.

Muitas das dificuldades que a paciente apresentara no início do nosso contato se mantiveram. No entanto, acreditamos que a capacidade de olhar pra essas dificuldades e a forma de utilizar alguns recursos internos para lidar com os impasses tenha passado por significativa mudança, no sentido de que ela podia confiar mais em suas potencialidades e acreditar em sua capacidade de lidar com outros impasses que poderiam surgir nos momentos de adversidade. O importante é que o impacto de tais mudanças pudesse ser compreendido e valorizado por

Sandra, que pareceu estar mais próxima e consciente do seu processo singular de desenvolvimento.

Segundo Canguilhem (2005, p. 63), “o homem é aberto à doença não por uma condenação ou por uma sina, mas por sua simples presença no mundo”, sendo a saúde, antes de mais nada, uma conquista, pois “é a unidade espontânea das condições de exercício da vida”. A “doença”, vista sob essa ótica, deixa de ser uma entidade reificada ou essencializada para se transformar no resultado da ação do homem que integra todas as dimensões de sua condição humana. Nessa perspectiva, o mundo deixa de ser considerado como algo dado e pronto para ser conhecido, e passa a ser concebido em seu movimento vital, no qual acontecimentos atuais são parte da construção de seu curso posterior. Como consequência dessa desnaturalização do mundo, as práticas humanas, inclusive as práticas assistenciais em saúde, são compreendidas como constitutivas do próprio mundo conhecido, compondo permanentemente os fenômenos aos quais se remetem (González Rey, 2007).

Considerações finais

O propósito deste estudo foi discutir aspectos do percurso psicoterapêutico realizado com uma mulher diagnosticada com NA, no intuito de favorecer reflexões sobre a prática assistencial no universo dos TAs. Nesse sentido, abordamos o manejo terapêutico de uma paciente atendida em contexto institucional cujo quadro clínico seguiu um curso crônico, resultando em marcado prejuízo em seu desenvolvimento psicoafetivo. O caso clínico foi destacado por sua relevância clínica e suas implicações terapêuticas, permitindo pôr em evidência os limites e alcances da psicoterapia psicodinâmica como estratégia de tratamento no acompanhamento de pacientes com AN.

Desde o princípio do contato terapêutico, acompanhou-nos a perplexidade diante dos rumos que a relação terapêutica poderia tomar frente à condição de uma paciente que havia anos apresentava um quadro grave, crônico e incapacitante. Por vezes, percebemos em nós certo medo de que o estado físico da paciente se deteriorasse ainda mais, mediante as vivências intensas mobilizadas durante as sessões. No entanto, foi ficando clara a necessidade de tolerar o não-saber e a insegurança provenientes de uma realidade que ainda não estava dada – e muito menos determinada. Nesse sentido percebemos que, no contato com um mundo interno caótico, é preciso “criar o caminho” na construção do espaço terapêutico. Essa construção é sempre baseada em um vínculo que se forma e se transforma

não apenas a cada encontro concreto, mas sempre que sentimos em nossa própria história a ressonância de cada encontro vivenciado com a paciente.

Com a conquista, ainda que sempre parcial e provisória, do desafio de sustentar o espaço terapêutico, é possível conseguir instalar uma forma de contato empático e autêntico e, a partir do vínculo estabelecido, buscar alternativas que permitam ultrapassar alguns limites presentes. De acordo com Nava (2005), a empatia não se refere apenas às ressonâncias afetivas entre o eu e o outro, envolve também a representação explícita da subjetividade do outro e o respeito à alteridade. Somente podemos alcançar essa condição se, de fato, estivermos preparados e fundamentalmente dispostos a nos abirmos para a dimensão surpreendente que emerge do encontro terapêutico.

As considerações tecidas neste estudo não pretendem ser conclusivas no sentido de esgotarem possibilidades interpretativas acerca do processo terapêutico. Assim, ressaltamos a relevância de limitar essas considerações ao contexto de sua produção, tendo em vista a condição sempre parcial e provisória do conhecimento clínico obtido a partir de um processo de produção humana no qual os sentidos se renovam permanentemente, estampando a marca ineludível da incompletude humana.

Referências

- American Psychiatric Association. (2011). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*. Washington, DC: Author. Recuperado em 2 jan., 2011, de <http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc_12.aspx>.
- Andrade, T. F., & Santos, M. A. (2009). A experiência corporal de um adolescente com transtorno alimentar. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, 12(3), 454-468.
- Baptista, A. P., & Pandini, E. V. (2005). Distúrbios alimentares em frequentadores de academia. *Revista Digital Efdportes*, 10(82), 1-1. Recuperado em 4 ago., 2014, de <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1105423>>.
- Bechelli, L. P. C., & Santos, M. A. (2001). Psicoterapia de grupo e considerações sobre o paciente como agente da própria mudança. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(3), 383-391.
- Bleger, J. (2011). *Temas em psicologia: entrevista e grupos*. Trad. R. M. M. de Moraes. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1980)
- Borges, N. J. B. G., Ribeiro, R. P. P., Marchini, J. S., & Santos, J. E. (2006). Transtornos alimentares: quadro clínico. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39(3), 340-348.
- Canguilhem, G. (2005). *Escritos sobre a medicina*. Trad. V. A. Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

- Freud, S. (1996). A dinâmica da transferência. In S. Freud [Autor], *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XII. Trad. J. Salomão. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912).
- González Rey, F. L. (2007). *Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade: uma aproximação histórico-cultural*. Trad. G. M. Gamucio. São Paulo: Thomson.
- Gorgati, S. B., Holcberg, A. S., & Oliveira, M. D. (2002). Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 44-48.
- Goulart, D. M., & Santos, M. A. (2012). Corpo e palavra: grupo terapêutico para pessoas com transtornos alimentares. *Psicologia em Estudo* (Maringá), 17(4), 607-617.
- Gowers, S., & Bryant-Waugh, R. (2004). Management of child and adolescent eating disorders: the current evidence base and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 45(1), 63-83.
- Klein, M. (1991). As origens da transferência. In M. Klein [Autor], *Inveja e gratidão e outros trabalhos* (p. 71-80). Trad. L. P. Chaves. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1952).
- Klein, M. (2006). Inveja e gratidão. In M. Klein [Autor], *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)* (p. 207-267). Trad. B. H. Mandelbaum. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1957).
- Kohlrausch E. R. (2000). *A internação psiquiátrica hospitalar: desvelando os significados deste mundo vivido*. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Laplanche, J., & Pontalis, J-B. (2001). *Vocabulário da psicanálise* (4. ed.). Trad. P. Tamen. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1982).
- Leonidas, C. & Santos, M. A. (2014). Social support networks and eating disorders: an integrative review of the literature. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 915-927. doi: <http://dx.doi.org/10.2147/NDT.S60735>
- Leonidas, C. & Santos, M. A. (2015). Family relations in eating disorders: the genogram as instrument of assessment. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5), 1435-1447.
- Lewis, A. J., Dennerstein, M., & Gibbs, P. M. (2008). Short-term psychodynamic psychotherapy: review of recent process and outcome studies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(6), 445-455.
- Leichsenring, F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *The International Journal of Psychoanalyse*, 85(3), 841-868.
- Lima, M. A. C. (2012). Anorexia e melancolia. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, 15(2), 251-264.
- Mezan, R. (1998). *Escrever a clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Miranda, M. R. (2007). Em busca das palavras perdidas: corpo-carcereiro da mente nos distúrbios alimentares. *Ide*, 30(45), 28-34.

- Moreira L. A. C., & Oliveira I. R. (2008). Algumas questões éticas no tratamento da anorexia nervosa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(3), 161-165.
- Moura, F. E. G. A., Santos, M. A., & Ribeiro, R. P. (2015). A constituição do vínculo mãe-filha e sua relação com os transtornos alimentares. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 32(2), 233-247.
- Nava, A. S. (2005). Empatia e grupanálise: uma abordagem integradora. *Revista da SPAGESP*, 6(2), 1-18.
- Nunes, M. A., Appolinario, J. C., Galvão, A. L., & Coutinho W. (2006). *Transtornos alimentares e obesidade* (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Oliveira, E. A., & Santos, M. A. (2006). Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do psicodiagnóstico. *Medicina* (Ribeirão Preto), 39(3), 353-360.
- Oliveira-Cardoso, E. A., & Santos, M. A. (2012). Avaliação psicológica de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: indicadores do Método de Rorschach. *Fractal: Revista de Psicologia*, 24(1), 159-174.
- Oliveira-Cardoso, E., Von Zuben, B. V., & Santos, M. A. (2014). Quality of life of patients with anorexia and bulimia nervosa. *Demetra: Food, Nutrition and Health*, 9(Supl. 1), 329-340.
- Peres, R. S., & Santos, M. A. (2005). Considerações gerais e orientações práticas acerca do emprego de estudos de caso na pesquisa científica em Psicologia. *Interações: Estudos e Pesquisa em Psicologia*, 10(20), 109-126.
- Rocha T. A. H. (2007). *Anorexia nervosa: abordagem terapêutica*. Trabalho apresentado para obtenção de créditos na disciplina de Transtornos Alimentares, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.
- Sato, M. M. Z. F. (2010). *Relações entre transferência e contratransferência na constituição da posição do analista*. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Santos, M. A. (2007). Psicoterapia psicanalítica: aplicações no tratamento de pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. *SMAD: Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 3(1). Recuperado em 15 ago., 2015, de <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v3n1/v3n1a06.pdf>>.
- Santos, M. A., Scorsolini-Comin, F., & Gazignato, E. C. S. (2014). Aconselhamento em saúde: fatores terapêuticos em grupo de apoio psicológico para transtornos alimentares. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 31(3), 393-403.
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2012). Psicoterapia como estratégia de tratamento dos transtornos alimentares: análise crítica do conhecimento produzido. *Estudos em Psicologia* (Campinas), 29(1), 851-863.
- Scorsolini-Comin, F., Souza, L. V. E., & Santos, M. A. (2010). A construção de si em um grupo de apoio para pessoas com transtornos alimentares. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 27(4), 467-478.

- Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2001). Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 28(4), 501-510.
- Souza, L. V., & Santos, M. A. (2006). A família e os transtornos alimentares. *Medicina* (Ribeirão Preto), 39(3), 403-409.
- Souza, L. V., & Santos, M. A. (2007). *Anorexia e bulimia: conversando com as famílias*. São Paulo: Vetor.
- Souza, L. V. & Santos, M. A. (2013a). Quem é o especialista? Lugares ocupados por profissionais e pacientes no tratamento dos transtornos alimentares. *Estudos de Psicologia* (Natal), 18(2), 259-267.
- Souza, L. V., & Santos, M. A. (2013b). Proximidade afetiva no relacionamento profissional-paciente no tratamento dos transtornos alimentares. *Psicologia em Estudo* (Maringá), 18(3), 395-405.
- Souza, L. V., & Santos, M. A. (2014). Transtorno alimentar e construção de si no relacionamento profissional-usuário. *Psicologia & Sociedade*, 26(2), 506-516.
- Souza, L. V., & Santos, M. A. (2015). Histórias de sucesso de profissionais da saúde no tratamento dos transtornos alimentares. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(2), 528-542.
- Valdanha, E. D., Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2013). Anorexia nervosa e transmissão psíquica transgeracional. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(1), 71-88.
- Valdanha, E. D., Scorsolini-Comin, F., Peres, R. S., & Santos, M. A. (2013). Influência familiar na anorexia nervosa: em busca das melhores evidências científicas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(3), 225-233.
- Weinberg, C., & Berlinck, M. T. (2010). A hiperatividade das anoréxicas: uma defesa maníaca? In A. P. Gonzaga, & C. Weinberg (Orgs.), *Psicanálise de transtornos alimentares* (p. 102-119). São Paulo: Primavera Editorial.
- Winnicott, D. (2000). A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal. In D. Winnicott [Autor], *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Trad. D. Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1954)
- Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: planejamento e método*. Trad. D. Grassi. Porto Alegre: Artmed.
- Zerbe, K. J. (2001). The crucial role of psychodynamic understanding in the treatment of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(2), 305-313.

Recebido em 13 de agosto de 2014

Aceito para publicação 01 de outubro de 2015

