

MADEIRA DE JIMMY REES - FOTO DE FERNANDO MELLO



CEPPAN

Cadernos da CEPPAN – Revista de Transtornos Alimentares

Edição N. 8, abril de 2011



PSYCHE ET L'AMOUR, 1495 / SANDRO BOTTICELLI, MUSEU DO LOUVRE

Anorexia e bulimia: o negativo do corpo – um colar de pérolas sem fio 4

Existe uma psicanálise da adolescência?
Conversando com Catherine Chabert 7

leituras 13



.....
Cadernos da CEPPAN
Revista de Transtornos Alimentares

Publicação semestral da Clínica
de Estudos e Pesquisas em Psicanálise
da Anorexia e Bulimia (CEPPAN)

CONSELHO EDITORIAL
Ana Paula Gonzaga e Cybelle Weinberg

REVISÃO
Walter Lellis Siqueira

JORNALISTA RESPONSÁVEL
Carlos Alberto Sardenberg

PROJETO GRÁFICO
2 Estúdio Gráfico

ARTE FINAL
acomle

TIRAGEM
1.000 exemplares

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA PARA MEMBROS ASSOCIADOS.

VALOR SUGERIDO PARA VENDA: R\$ 8,00

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA
R. João Moura, 627, cj 203
cep 05412-001
Tel. (11) 3081 7068
ceppan@uol.com.br
www.redeceppan.com.br

*Somente será permitida a reprodução
total ou parcial dos textos mediante
autorização do Conselho Editorial*

.....
NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

As normas para publicação de artigos
nos Cadernos da Ceppan encontram-se
em nosso site: www.redeceppan.com.br.

A Clínica de Estudos e Pesquisas em Psicanálise da Anorexia e Bulimia (CEPPAN) desenvolve, há dez anos, um projeto de pesquisa e atendimento em Transtornos Alimentares.

Formada por um grupo de psicanalistas, tem como principais objetivos: compreender o funcionamento subjetivo de pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas, pesquisar a validação do método psicanalítico no tratamento desses transtornos e difundir os conhecimentos adquiridos. Para tanto, vem desenvolvendo as seguintes atividades:

- ◆ atendimento em psicoterapia psicanalítica individual a pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas;
- ◆ supervisões clínicas dirigidas a profissionais da área que trabalhem com essas patologias e supervisão para equipes de saúde que trabalhem com Transtornos Alimentares;
- ◆ grupos de estudos com enfoque psicanalítico;
- ◆ palestras para escolas, empresas e hospitais, com o objetivo de esclarecer a especificidade dos quadros clínicos e orientar o encaminhamento para tratamento adequado;
- ◆ cursos de aperfeiçoamento em Transtornos Alimentares para estudantes e profissionais da área de saúde, ministrados anualmente em São Paulo ou outra localidade em que haja um grupo interessado;
- ◆ grupo psicoeducativo para pais e cuidadores de pacientes com Transtornos Alimentares
- ◆ consultoria para empresas de moda e beleza.

- ◆ O Grupo de Estudos em Transtornos Alimentares com enfoque psicanalítico acontece às segundas-feiras, quinzenalmente, das 18:00 às 19:30 hs, na Al. Min. Rocha Azevedo, 1077, cj.101.
- ◆ Inscrições e informações: (11) 3258 4415

.....
MEMBROS DA CEPPAN

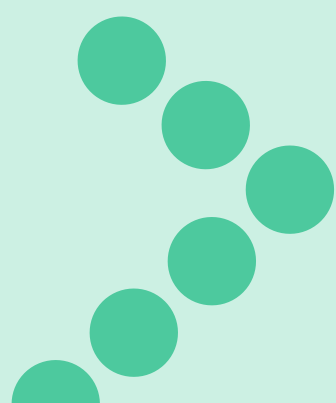
COORDENADORAS
Ana Paula Gonzaga
Cybelle Weinberg

MEMBROS EFETIVOS
Ana Carolina Saraiva
Ana Carolina Vasarhelyi de Paula Santos
Ana Tereza de Almeida Alonso
Cátia Sandor Pedrico
Cláudia Vigna
Cora Mesquita Branco Ferreira
Daniele Gonzales Lopez
Gabriela Malzyner

Jaqueline Pinto Cardoso
Mariana Barini De Santis
Marina Fibe De Cicco
Patrícia Gipsztein Jacobsohn
Sílvia Rocha Guimarães
Talita Azambuja Nacif
Thais Fonseca de Andrade
Wania J. de Arruda Camargo

MEMBROS ASPIRANTES
Christiane Baldin Adami-Lauand
Denise Oliveira Monteiro
Elisa Gan

MEMBROS COLABORADORES
Alicia Cabelo
Francly Ribeiro Moreira



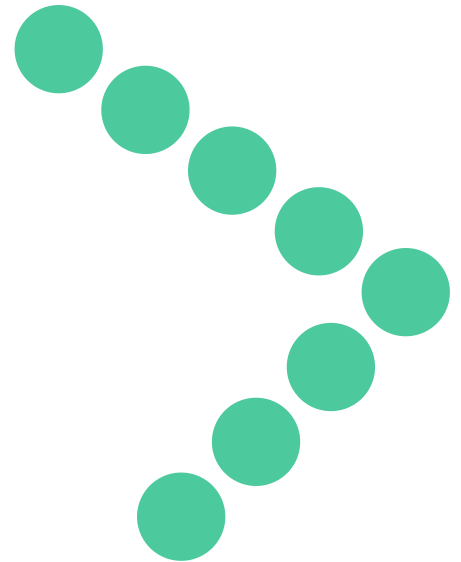
A clínica dos transtornos alimentares nos coloca, inevitavelmente, diante de questões que, a nós, psicanalistas, são — para usar uma expressão tão cara a André Green —, descentrantes: o trabalho em equipe multiprofissional, as alterações do *setting*, a psicanálise extramuros, a análise em grupo, as inquietações da contemporaneidade com suas conseqüentes reformulações no campo psicanalítico, o questionamento de uma psicanálise de adolescentes, sua pertinência no caso de pacientes sem demanda, entre tantas outras. Trabalhar clinicamente estas questões tem sido uma proposta da CEPPAN, que reúne nessa edição, profissionais que se disponibilizaram a discuti-las.

Para aprofundar a discussão sobre esses temas, a *Cadernos da Ceppan* ampliou o número de páginas e inclui, neste número, uma seção de entrevistas inaugurada por Catherine Chabert, psicanalista francesa que se dedica a trabalhar conceitos importantes e presentes na psicanálise dos transtornos alimentares: estados limites, masoquismo, melancolia e psicanálise de adolescentes. Estes conceitos abordados nessa generosa entrevista concedida à Gabriela Malzyner são explorados no artigo que a precede, tão bem alinhavados por sua entrevistadora e por Patricia Gipztein Jacobsohn. As autoras enfatizam o modo como Catherine Chabert entende os estados limites, compreendendo-o como um “funcionamento” mais dinâmico e menos estático.

Já as dificuldades encontradas pelos profissionais, especialmente nas instituições, mas que derivam, indubitavelmente, para o trabalho analítico em função da precariedade simbólica apresentada pelos pacientes com anorexia e bulimia nervosas são referenciadas por Ismênia de Camargo Oliveira, que já antecipa em seu artigo a clínica do negativo como um fio condutor nas discussões apresentadas neste número.

Por fim, a resenha cuidadosa do livro comemorativo dos 10 anos da CEPPAN – *Psicanálise de Transtornos Alimentares* – escrita por Francy Ribeiro Moreira, encerra esta publicação que, graças à repercussão e ao interesse que vem despertando entre seus leitores, pode ampliar suas páginas e, com isso, enriquecer a discussão de questões tão pertinentes ao cotidiano da clínica dos transtornos alimentares.

Boa leitura!



Anorexia e bulimia: o negativo do corpo – um colar de pérolas sem fio

O presente artigo é fruto de um trabalho desenvolvido como supervisora de uma equipe de psicólogos das mais diversas linhas teóricas, no Ambulatório (AMBULIM). Um dos grandes desafios dessa experiência foi tentar construir um conhecimento sobre os Transtornos Alimentares a partir dos relatos oriundos de diferentes abordagens, tendo como referência a Psicanálise.

Independentemente da linha teórica de cada terapeuta, todos relatavam suas dificuldades diante de pacientes que não reconheciam a gravidade de sua doença. Expressões como “não sei”, “minha mãe acha”, “sinto um vazio enorme” (,) eram comuns nesses relatos.

Esse vazio enorme, ao qual dedicamos muitas vezes nossas reflexões, faz parte do Campo do Negativo. Este campo consiste em figuras que rompem com o estabelecido, com o harmônico e com a lógica formal. Na clínica, o campo do negativo refere-se a algo que não pôde ser representado e simbolizado. Em termos metapsicológicos, estamos falando de ausência de representação e, em termos clínicos, de casos difíceis ou fronteiraços. Já não se trata da decifração do oculto, mas da simbolização daquilo que nunca pôde ser simbolizado.

Para André Green, “o protótipo do paciente do nosso tempo não é mais Édipo, e sim Hamlet” (1994, p.88). E era esse o protótipo de nossas pacientes, com suas dores de subjetivação: estávamos diante da clínica do vazio, dos buracos psíquicos nunca preenchidos, da angústia da não-existência, da ordem do não-ser. Sobre esses pacientes, chamados de fronteiraços, afirma Green:

“Em minha opinião, a especificidade do fronteiraço está no fato de que a divisão se desenvolve em dois níveis: a divisão entre psíquico e não psíquico (soma e mundo externo) e a divisão dentro da esfera psíquica. A divisão entre o interno e externo é determinada pelo ego, cujos limites são bastante elásticos. No entanto, esta flexibilidade não resulta em comportamento adaptativo, mas é sentida como perda de controle. (...) A divisão interna revela que o ego é composto por núcleos diferentes e incomuni-

*Versão resumida de artigo publicado originalmente em BUCARETCH H A (org.) *Anorexia e Bulimia – uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

cantes. Esses núcleos de ego podem apropriadamente ser designados de arquipélagos. (...) Em vez de uma miríade de ilhas cercadas por um oceano, poder-se-ia pensar em partes de terras isoladas, delineadas por um espaço vazio. Estas ilhas permanecem sem a possibilidade de conexão umas com as outras. (...) Esta falha na integração dá ao observador um sentido de indiferença, uma ausência de vitalidade, como se estas ilhas separadas não conseguissem formar um ser individual. Em minha opinião, estas ilhas de núcleos de ego são menos importantes que seu espaço envolvente que descrevi como vazio. Esta metáfora corresponde à sensação do observador de que a expressão do fronteiroço é composta por palavras, representações ou afetos – como um colar de pérolas sem fio – palavras, representações, afetos contíguos no espaço e tempo mas não no significado. Cabe ao observador estabelecer o elo que falta, com seu aparelho psíquico” (ibid., p. 113).

ilhas incomunicáveis: há fios?

Qual seria a causa da incomunicabilidade desses egos-ilhas?

Nossa hipótese é de que algumas experiências podem ser tão invasivas, atingindo o sujeito com tamanha violência, que desencadeiam mecanismos defensivos excessivamente intensos. Tais mecanismos impedem essas experiências de entrarem na rede de significados, constituindo esses egos-ilhas, não como um campo passivo, de sombras, mas ativo, sempre determinando modos de interação. O paciente sofre os efeitos combinados de um objeto intrusivo persecutório e uma depressão conseqüente à perda do objeto.

Na clínica do não-representável supomos que não houve sequer a palavra perdida e, portanto, as experiências ficam no campo da semiotização primária dos afetos. Construir um campo de simbolização é construir elos, possibilitando a ligação entre pulsão e objeto. No caso do fronteiroço, esta construção não se dá, e a pulsão de morte, em sua função de desligamento, produz o arquipélago de egos-ilhas.

o corpo negado: o nó entre mãe e filha

O denominador comum nas histórias de nossas pacientes é o desejo invasivo da mãe. A dificuldade se instala desde o nascimento, em um campo de relações muito primitivas, em que o desejo materno se impõe e toma posse do corpo e do desejo da filha. Impossibilitadas de ter acesso ao seu próprio desejo e ao processo de simbolização, as anoréxicas e as bulímicas tentam apossar-se do próprio corpo em um ato de rebeldia, que representa, ao mesmo tempo, a libertação e a morte: libertação do desejo do outro e morte real do corpo.



THE PROGRESS OF THE OVARIES / JEAN-AUGUSTE-DOMINIQUE INGRES / MUSEU TIGRIS, MONTREAL (ESTUDO PARA THE GOLDEN AGE)

Essas meninas, na puberdade, carecem de recursos psíquicos para enfrentar os conflitos decorrentes da separação dos pais e da busca de autonomia. Separação e diferenciação, nesses casos, são temidas como realidade que esvazia o sujeito daquilo que lhe parece vital, trazendo angústias de morte. Tudo fica registrado no corpo e não há possibilidade de representações. O conflito se estabelece: querer separar-se pode significar a morte da mãe, e não querer pode ser sua própria morte. A solução é não desejar. Não há desejo, não há ausência, não há nada.



Na bulimia há uma tentativa de preencher o vazio psíquico com comida, mas não há vivência de satisfação. Não há simbolização das experiências, apenas igualdade entre comida, afeto e sexualidade. Compulsão, controle e descontrole são tentativas de manter a angústia em níveis suportáveis.

grupo: o fio do colar

Para “ouvir” aquilo que é expresso pelo inconsciente do paciente sem ter passado pela simbolização, é necessário uma atitude psíquica particular do terapeuta. Parafraseando Green cabe ao terapeuta, com seu aparelho psíquico, estabelecer o elo que falta. A contratransferência torna-se o instrumento privilegiado para o trabalho com tais pacientes. A situação é delicada: se o analista preenche o vazio prematuramente através da interpretação, estará repetindo a intrusão do objeto mau; se não nomear as fantasias, elas nunca entrarão nas cadeias associativas nem, portanto, na rede de significados. O analista, por meio de seu trabalho psíquico, pode ajudar o paciente a dar significado a experiências que nunca puderam ser representadas.

Käes (1994), ao estudar o campo dos conjuntos intersubjetivos, nos diz que o grupo terapêutico tem a potencialidade de fazer aparecer a dimensão do negativo. O dispositivo grupal favorece o olhar e as múltiplas transferências, permitindo que cada membro possa ser alvo de projeções, deslocamentos e substituições fantasmáticas dos demais. As múltiplas transferências permitem processos de identificação, de vinculação e de separação que podem ajudar o sujeito a entrar em contato com sua singularidade. Por essas características o grupo permite a construção de um campo intermediário de sinais entre o som e a linguagem, o campo da semiotização primária dos afetos. Permitindo a mobilização de identificações e transferências múltiplas, o grupo possibilita que as cargas afetivas e as cadeias associativas singulares se entrelacem, favorecendo não só a suspensão do recalque, mas também a construção de novos elos e novas cadeias associativas.

bibliografia

GREEN, A. *De locuras privadas*. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1994.
KÄES, R. *La invención psicoanalítica del grupo*. Buenos Aires, Publicación de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de grupo, 1994.

Existe uma psicanálise da adolescência?

Conversando com Catherine Chabert

Gabriela Malzyner e
Patricia Gipsztein Jacobsohn

Catherine Chabert é um dos grandes nomes da psicanálise francesa contemporânea, embora poucas de suas obras tenham sido traduzidas para o português. É membro da Associação Psicanalítica da França (APF), professora de Psicopatologia Clínica da Universidade Paris-Descartes (Paris V). Assina a direção da coleção *Psychopatologie et Psychanalyse* e a codireção da Revista *Libres Cahiers pour la Psychanalyse*. Publicou diversos artigos e capítulos de obras com autores como Jacques André, Pierre Fedida, André Green, Didier Anzieu, René Kaes, Philippe Jeammet, Maurice Corcos e J.B. Pontalis. É autora dos livros: *Feminin mélancolique* editado pela PUF na Petite Bibliothèque de Psychanalyse e *Soigner l'anorexie et la Boulimie* entre outros. No Brasil a obra *O esquecimento do pai* organizada em conjunto com Jacques André, foi lançada pela EDUSP em 2008.

Os temas centrais das obras de Chabert são: estados limites, melancolia, masoquismo, psicanálise do adolescente e transtornos alimentares, temáticas centrais e atuais na clínica com pacientes anoréxicos e bulímicos.

Chabert (2008, p. 93)¹ utiliza o termo “funcionamento” limite ao invés de estados limites como comumente se encontra na literatura, pois estados, diz ela, são estáticos, eventualmente pontuais ou transitórios. Os funcionamentos limites são organizações patológicas extremamente determinadas e complexas clinicamente, ligados à dificuldade de interiorização da representação e do afeto. A autora afirma que a dificuldade destes pacientes é o reconhecimento das percepções internas e das emoções como positivo/negativo, prazer/desprazer, presença/ausência.

Pacientes de funcionamento limite apresentam um contato deficitário com a realidade interna e conseqüentemente também apresentam dificuldade no reconhecimento de suas percepções internas. A realidade externa se apresenta como um contra-investimento forte que vem a encobrir e reforçar o déficit interno. O trabalho em análise, então, consistiria em auxiliar o paciente numa construção do mundo interno para então colocar em cena seu sentimento de existência.

Estes pacientes têm dificuldade em acessar a ambivalência amor/ódio.

1 CHABERT, CATHERINE. Les fonctionnements limites: quelle limites? In : Les états limites. André, J (org). PUF, Paris, 2008.



O DESCENDO DE DANAËS, 1568-1574, TITIAN, ARQUIVISTA DOMINIQUE LEBRETS / MUSEU LOUVRE, GEMALLEY E THE SOURCE, 1835, MUSEU D'ORSAY, PARIS

Gabriela Malzyner

Psicóloga e Psicanalista. Membro da Ceppan. Membro do Departamento Formação em Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae. Estágio no Centro de Readaptação Psicoterapêutico (CEREP), Paris, França. Supervisora na clínica psicológica da Universidade São Marcos.

Patricia Gipsztein Jacobsohn

Psicóloga e Psicanalista. Especialista em Psicoterapia Psicodinâmica da Pré-Adolescência e Adolescência pelo Instituto Sedes Sapientiae. Membro da CEPPAN. Membro do Departamento Formação em Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae.

Para Chabert isto parece muito lógico se adotarmos o ponto de vista kleiniano sobre as relações de objeto: se a posição depressiva é elaborada de forma precária, a ambivalência não pode ser integrada. É a capacidade de representar um objeto total, permanente, tanto bom quanto mau, que assegura a ambivalência de sentimentos e a possibilidade de associar o amor e o ódio numa dialética suportável. Esta continuidade é ineficaz nos funcionamentos limites, que em desvantagem, recorrem à clivagem na modalidade de investimento de objeto. Clivagem ordenada pela necessidade essencial que especifica a posição esquizo-paranóide.

É importante ressaltar que o amor e o ódio não são duas faces da mesma moeda, mas sim, como afirma Freud (*apud* Chabert 2008 p. 100), possuem desenvolvimentos específicos. Freud sublinha que o amor e o ódio precedem da clivagem de um elemento originário comum e que se revelam cada um com desenvolvimentos específicos.

O ódio, em relação ao objeto, é mais antigo que o amor. Sua fonte inicial é a recusa do mundo externo no começo da vida psíquica. Esse movimento ganha corpo através da autopreservação onde a ausência de satisfação objetual é sentida como agressiva ao eu. Inicia-se aí um movimento narcísico próximo ao que Freud afirma em “A negativa”² onde diz que aquilo que é bom é introjetado e o que é sentido como mau é expulso, ou seja, é colocado para fora.

O processo de clivagem é característico do funcionamento limite. Diferente do Édipo neurótico onde há ambivalência, na clivagem ama-se um e odeia-se outro (por exemplo, ama-se a mãe e odeia-se o pai). O que é, obviamente, desintegrador do mundo interno, característica típica da posição esquizo-paranóide.

Outro ponto de suma importância clínica tratado pela autora francesa é o masoquismo. A partir dos trabalhos freudianos ela desenvolve algumas características específicas da organização masoquista nos sujeitos limites. Uma de suas hipóteses é que em alguns pacientes limites a fantasia masoquista (tratada por Freud em “Uma criança é espancada” de 1919³) foi insuficientemente recalçada. Ela então ressurgiu sob a forma de repetição nas situações masoquistas interativas, sendo regularmente atuadas. Chabert afirma ser este o caso nos transtornos alimentares e nas situações autodestrutivas. Este “defeito do recalque” (2008, p. 106) foi desenvolvido por Freud em 1924 no texto “O problema econômico do masoquismo”⁴ a propósito do masoquismo moral. Neste, diferentemente do masoquismo erógeno e do feminino, o sofrimento masoquista não implica a pessoa

2 FREUD, SIGMUND. A Negativa (1925). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas**. Vol XIX. Imago, Rio de Janeiro, 1996.

3 FREUD, SIGMUND. Uma criança é espancada (1919). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas**. Vol XVII. Imago, Rio de Janeiro, 1996.

4 FREUD, SIGMUND. O problema econômico do masoquismo. (1924). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas**. Vol XIX. Imago, Rio de Janeiro, 1996.

amada, já que no masoquismo moral o que importa é o sofrimento em si, independente de objeto externo. Aqui a pulsão é dirigida ao próprio sujeito. Para Catherine Chabert o masoquismo moral indubitavelmente tem ligação com a dificuldade dos mecanismos de interiorização. Isto evidentemente reforça a hipótese da dificuldade do tratamento da ambivalência pulsional e da integração do ódio.

Jacques André e Catherine Chabert se questionam: existe psicanálise da adolescência? (2010, p. 83)⁵ A radicalidade da pergunta nos faz acreditar que ela se resume a um conteúdo manifesto ao qual se pode responder: obviamente a psicanálise do adolescente existe já que a praticamos. Chabert afirma que a partir do momento em que um psicanalista e um adolescente se encontram regularmente dentro de um *setting* definido, pode-se considerar que um engajamento analítico está em curso.

A autora se questiona a partir da constatação de algumas especificidades que concernem ao atendimento de adolescentes, como por exemplo, a acomodação do *setting*, a singularidade da transferência e o uso particular da interpretação.

Na clínica dos transtornos alimentares, em muitos momentos, nos questionamos sobre a rigidez da técnica analítica. Em se tratando muitas vezes do atendimento a adolescentes, a questão fica ainda mais complexa. Chabert nos ajuda a pensar quando propõe a questão de haver ou não protocolos específicos no tratamento desses pacientes. Haveria uma qualidade radical no processo analítico com adolescentes? Devemos definir protocolos adaptados não somente à idade, mas também à psicopatologia e/ou, ao sintoma?

A particularidade do atendimento a adolescentes está ligada também à força do narcisismo própria desta fase. Numa perspectiva freudiana o maior obstáculo a uma análise se inscreve justamente aí. É por conta da emergência da repetição e da impossibilidade de recordar que se mobilizam graves resistências à ação da análise. Isto coloca em ação a força pulsante do masoquismo. Esse mais sorrateiro, mas não menos violento que o narcisismo.

Para ampliar a compreensão dos conceitos até aqui desenvolvidos, publicamos a entrevista concedida a Gabriela Malzyner por Catherine Chabert em seu consultório particular em Paris no 1º de fevereiro de 2010*.

Gabriela Malzyner: *Em seu texto « L'Essence du Transfert », a senhora afirma que o trabalho com os adolescentes em análise contribui para uma experiência fecunda na qual o narcisismo pode servir para o trabalho analítico não apenas como obstáculo mas também como força e atração no trabalho de transferência. A senhora poderia falar um pouco mais sobre isso?*

5 CHABERT, CATHERINE. L'essence du transfert. In : **La psychanalyse de l'adolescent exist-e-elle ?** André, J e Chabert, C (orgs). PUF , Paris, 2010

* Tradução de Ana Luiza Ramazzina Ghirardi





Catherine Chabert: Os adolescentes são particularmente afetados no plano do narcisismo, uma vez que as modificações sexuais da puberdade, mudanças essas tão importantes, transformam as referências, não apenas no que diz respeito às representações que eles podem ter de si mesmos, mas também às modalidades das relações. Acredito – e aqui gostaria de fazer referência à teoria freudiana e aos analistas contemporâneos – é que, de fato, o narcisismo existe em todos e em cada um e que isso faz o tecido de uma identificação e de uma relação com os outros. Ao mesmo tempo, acredito na necessidade de trabalhar com o narcisismo em qualquer processo de cura e, mais particularmente, entre os adolescentes. Essa aliança narcisista é um dos motores da psicanálise, talvez por estarem à disposição, de algum modo, das feridas narcisistas extremamente vivas. Se acharmos o cerne dessas feridas narcisistas, o conteúdo daquilo que a análise quer engajar na transferência, a parte narcisista justamente da transferência constitui um motor e não um obstáculo.

G.M.: *Qual é a relação que a senhora faz entre a adolescência e os casos-limites?*

C.C.: Bem, aqui tenho uma posição bem clara em relação à dos autores que consideram que todos os adolescentes são casos limites e, em particular, que a neurose não existe na adolescência. Há analistas que acreditam que a neurose não existe mais. Então, em minha opinião, acredito que há adolescentes que são estados limites e adolescentes que são neuróticos. Acredito que a maioria dos adolescentes são confrontados por uma problemática de limite, ou seja, que eles são de fato tomados por um conflito interno que, em um certo momento, transborda em termos de comportamento e de atuação. Laplanche fala que ao curso do primeiro período edipiano, quando os fantasmas da sedução estão muito vivos, a criança não tem meios psíquicos para elaborar o que está acontecendo. Mais tarde, no momento da adolescência – e me questiono se há, nesse momento, meios psíquicos –, o trabalho do adolescente é de obter meios psíquicos para elaborar a sedução. Este período da vida é ao mesmo tempo extremamente rico e fecundo, mas há riscos, porque o adolescente é tomado em todas as frentes, há o conflito interno e é tomado também em sua experiência da vida.

G.M.: *A senhora fala de uma passagem melancólica em todos os processos de cura. O que a senhora entende por passagem melancólica?*

C.C.: Essa questão foi muito defendida, por mim, em meu livro, por ocasião do congresso de psicanálise de língua francesa. Queria simplesmente reabilitar, de algum modo, momentos de desabamento depressivos com tonalidade narcisista, isso é, a passagem melancólica. Façamos uma diferença entre o luto e a melancolia: no luto estamos em uma lógica objetual em que, quando ele é elaborado, a energia liberada se abre em direção a alguém, em direção a um novo objeto, um novo investimento, enquanto que na melancolia o investimento objetual é fraco, logo a energia liberada pelo trabalho de desprendimento volta sobre o eu em um movimento narcisista. É lógico pensar que em numerosas análises há uma passagem melancólica, na medida em que se trata simplesmente de uma depressão

narcisista. Acredito que em todas as análises, mesmo a de uma paixão neurótica, o narcisismo é colocado fortemente à prova e pode haver efetivamente uma travessia melancólica na análise, constituindo um momento fecundo para o analista. Não se trata necessariamente do sinal de uma patologia particular. O que entendo como passagem melancólica, para dizer de um modo mais simples, é uma forma narcisista de depressão.

G.M.: *O que a senhora compreende como cura em psicanálise?*

C.C.: Faço parte daqueles que acreditam na análise, apesar de seus limites. Isso quer dizer que não tenho uma posição de todo-poderosa ou que acredite que efetivamente a análise vai curar tudo e todo mundo, mas penso, mesmo assim, que é um método extremamente eficaz e que funciona, toma tempo, é difícil, mas é uma conquista de liberdade, de fato uma liberdade interior e exterior. A análise situa o sujeito em vista de sua liberdade interior, a poder lidar com esses limites interiores, se desprender em relação às formas de inibição que são muito limitadoras e que o impedem de ter prazer em viver. Além da cura sintomática, que tem sua importância e que aparece com frequência muito rapidamente, o objetivo da análise, ao contrário, é que cada um possa encontrar em si mesmo o que é estar o mais próximo do que se é. Não direi sua verdade porque não estou certa de que exista uma verdade, mas que ele possa viver o mais próximo do que é. E depois, como acredito também que o prazer na vida é muito importante, que ele possa saber se desprender do que o impede de acessar o prazer e, em particular, se desprender do seu masoquismo. Esse é um dos aspectos destacados da condição humana.

G.M.: *A senhora pode explicar o masoquismo? O trabalho com os adolescentes exige, às vezes, um analista ativo. Como pensar na transferência nessa clínica especificamente? Como compreender a “categoria do neutro”, segundo André Green, na clínica com os jovens?*

C.C.: O masoquismo é, efetivamente, poder ter prazer em sentir dor, sendo a pior vertente do masoquismo a melancólica, ou seja, se machucar e tirar disso benefícios inconscientes. O desafio da análise é o de poder se desprender, ao menos parcialmente, dessa tarefa, dessa obrigação de sofrer, trazida pela cultura, também, no que diz respeito aos cristãos: a culpa, o sofrimento. É isso que deve desaparecer, é a culpa inerente à fissura humana, mas há excessos também de culpa que fazem com que algumas ações tornem vidas tão insuportáveis que não é aceitável... Eu acredito que somos de toda maneira psiquicamente ativos, acredito que o que acontece com os adolescentes é que, o analista, hoje, não está mais em uma posição de recuo, de silêncio, alheio, mas sim muito menos silencioso do que antes. O que acontece muito com os jovens, então, é o que chamamos de conversinhas, *small talkings*, permitindo pequenas trocas que avançam ao longo do tempo. Alguns adolescentes trabalham muito mais com construções do que com interpretações, construímos coisas juntos. Para mim essa é a atividade do analista com o paciente adolescente, e isso toma formas um pouco diferentes, mas não absolutas em relação à clínica dos adultos. A categoria do neutro de Green remete ao narcisismo e ao não reconhecimento, a não aceitação da diferença; eu faço uso

desta noção para pessoas narcisistas, não necessariamente para os adolescentes, salvo quando eles têm patologias narcisistas aguda. Por exemplo, no caso de uma adolescente com um quadro narcisista importante, que afirma querer ser anônima e ao mesmo tempo querer absolutamente ser notada, isso é o paradoxo da adolescência.

G.M.: *Como à senhora vê a clínica psicanalítica em nossos dias? Atualmente, quais temas chamam sua atenção?*

C.C.: Faço parte dos que acreditam que a clínica psicanalítica poderá continuar a se sustentar com a condição de conservar certo rigor, ao mesmo tempo no nível da teoria e do método sem se fechar aos aportes de autores contemporâneos e das crenças contemporâneas. Mas acredito que, há um rigor epistemológico de base que é necessário conservar e que, não se pode ter, quando digo epistemológico é o que não se pode fazer muito comprometido com outras disciplinas para tentar fazer pontes a qualquer preço, acredito nas confrontações com outras disciplinas, como as neurociências, a biologia etc. Eu penso que é interessante poder discutir com pessoas que trabalham em outros campos, não necessariamente para fazer ligações e movimentos no plano intelectual. É importante conservar o conceito e desenvolvê-lo, colocá-lo em perspectiva, não misturar todas as disciplinas. O mesmo vale para o método, acredito que é importante poder, em um dado momento, desprender *standards* de silêncio, não dizer qualquer coisa, não se engajar em movimentos de sedução, não ser excessivamente amigo ou ajudar a consertar as coisas para o paciente, não ser muito compreensivo. É muito importante que o paciente possa fazer suas descobertas, e possa ser acompanhado na transferência.

No que trabalho nesse momento... Trabalhei muito, ao mesmo tempo no masoquismo e na melancolia, nesse momento trabalho muito na questão da diferença e recentemente na mania, não no sentido do contribuinte, mas um pouco como trabalhei na melancolia, ou seja, de que modo posso entender exatamente o movimento maniaco. Em meus interesses em relação à melancolia ou ao masoquismo e ao narcisismo, eu fico ligada no mesmo movimento, trabalhei um pouco na questão do ciúme e na questão da diferença, a diferença de sexo, a diferença de geração, a diferença entre eu e o outro...

G.M.: *E a senhora trabalhou também com transtornos alimentares, isso coloca uma pergunta difícil à teoria, não? Por exemplo: uma jovem que não tem delírio, mas, se vê com formas corpóreas distintas de si.*

C.C.: A responsável é a clivagem... Penso que nas psicoses, a clivagem não funciona, é um mecanismo de defesa que é tentado e que não tem sucesso, nessas formas de anorexias em que, efetivamente, há uma deformação da representação, até da percepção do corpo no espelho, há uma clivagem. Há anorexias que são psicóticas, mas essa é outra problemática. Se não, há uma clivagem, e uma clivagem que é muito operante: de fato, há uma parte do eu que não come que é magra, e depois há outra parte que está na negação dessa realidade, então... Isso é só teoria! Isso se explica? Não, isso não se explica... Isso se compreende.

Os 10 anos da CEPPAN

Francy Ribeiro Moreira

há livros que são escritos para transmitir informações, outros para que o leitor seja *tocado* naquilo que o instiga a um caminho criativo pelo qual o texto busca alcançar o seu ouvinte. Este é o caso dos artigos organizados por Ana Paula Gonzaga e Cybelle Weinberg em comemoração aos 10 anos da formação da CEPPAN – Clínica de Estudos e Pesquisas em Psicanálise da Anorexia e Bulimia. O conteúdo deste livro nos permite compreender e definir um referencial teórico-clínico que alicerça a prática da Psicanálise contemporânea nos Transtornos Alimentares.

Eric Bidaud, em seu artigo sobre os sangramentos provocados por adolescentes, nos explica que essas mutilações significariam um alívio de tensão interna possivelmente gerada por uma ligação mortífera entre mãe e filha. Nesses quadros clínicos há uma falta de significado na relação com o Outro.

O texto de Maria Helena Fernandes trata da ausência de preocupação da anoréxica com a significativa perda de peso. É como se o seu corpo não conseguisse estabelecer os limites entre dentro e fora, exercendo o papel de fronteira entre o eu e o outro. Para a autora, a recusa da realidade do corpo significa uma tripla recusa: da morte, do tempo e do outro.

Já a psicanalista Aline Gurfinkel trabalha com o conceito de “depressividade” de Fèdida como uma condição inerente à vida psíquica e que se difere do estado depressivo. A depressividade tem a função de garantir o equilíbrio da vida mental em relação ao outro, o que permite a construção da subjetividade. E esse equilíbrio é o que está abalado nos casos dos transtornos alimentares.

Para Ana Paula Gonzaga, no artigo “Se esse corpo fosse meu...”, nos casos de anorexia há uma percepção distorcida do próprio corpo. Esse corpo “arruinado e deformado” é um corpo imaginário, representante de um ideal impossível de ser alcançado. Na anorexia há um superinvestimento narcísico materno e uma dificuldade da jovem em se separar da mãe.

Ao dissertarem sobre a hiperatividade das anoréxicas, os psicanalistas Cybelle Weinberg e Manoel Berlinck nos propõem que essas atividades frenéticas estão relacionadas com um ideal da Idade Média: a santidade.



Francy Ribeiro Moreira
Psicanalista pelo Instituto
Sedes Sapientiae de São Paulo.
Mestre em Psicologia Clínica
pela UNESP – Assis – SP.

O artigo enfoca a longa história desse quadro – a anorexia – ligada à repressão sexual intensificada com o surgimento do Cristianismo. Pensar sobre a sexualidade daquela época é importante para compreendermos a questão do “ideal” na atualidade. A anorexia assassina o corpo que revela uma realidade sexual.

No artigo de Marina Fibe De Cicco, a função do analista na clínica dos transtornos alimentares é importante no sentido de mobilizar recursos para que o paciente possa inscrever o que lhe escapa nos sintomas. Para a autora, as frustrações são vividas em nível corporal e não psíquico, em que há um vínculo de sujeição entre o sujeito e o objeto (comida), como nos casos de adições.

Marta Rezende Cardoso e Camila Peixoto apresentam um texto sobre a voracidade, avidez e rejeição dirigidas ao alimento nos casos de bulimia. Na bulimia o sujeito parece não realizar o processo de introjeção que permite ao ego independência em relação ao objeto. O que ocupa a cena é a incorporação reforçando a ligação com o objeto interno. A regressão à oralidade surge a partir da ameaça da genitalização.

A psicanalista Marina Ribeiro, ao nos descrever um caso de bulimia, enfatiza que as fronteiras entre mãe e filha precisam ser construídas por meio de um árduo trabalho psíquico. A autora utiliza os conceitos de “cilada narcísica” de Bidaud e de “ilusão simbólica” de Freud para compreender as relações patológicas surgidas com o fracasso da separação entre mãe e filha.

Sobre a compulsão alimentar, Fernanda Kalil fala da satisfação de uma necessidade – comida- vinculada a uma situação de conflito emocional. A compulsão alimentar é semelhante à adição, em que o alimento é o objeto aditivo. Nesses quadros clínicos o analista deveria construir um *setting* que possibilite a palavra e o desejo pela vida.

No artigo “O diagnóstico diferencial na anorexia”, de Jaqueline Pinto Cardoso, a anorexia é descrita como um sintoma que pode aparecer em diferentes estruturas clínicas. Esse diagnóstico é importante para orientar as intervenções analíticas e na condução do tratamento. A autora aponta a diferença entre a anorexia histérica, cuja estrutura é a neurose, e a anorexia verdadeira, cuja estrutura psicopatológica se aproxima da psicose.

Marina Ramalho Miranda, em seu texto, enfatiza a relação mãe-filha nos casos de anorexia e bulimia que são expressões dramáticas de um *self* que assim expressa suas dificuldades ao lidar com os afetos presos ao corpo. É utilizada uma leitura mais kleiniana para os transtornos alimentares.

Ao descrever um caso de transtorno alimentar em um adolescente do sexo masculino, Thais Fonseca de Andrade investiga, à luz da teoria winnicot-

tiana, a forma como os rapazes vivenciam seu corpo, o que envolve as relações consigo mesmo e com o outro. Na maioria dos casos a mãe é controladora e não considera os desejos do filho, o que propicia um ambiente ameaçador, sem função de *holding*.

O conceito de contratransferência em pacientes com transtornos alimentares é abordado pela psicanalista Talita Azambuja Nacif como um importante conceito a ser trabalhado em favor do processo analítico. Analista e paciente interagem intensamente – como a mãe e seu bebê –, sendo necessário que o analista acolha as angústias de seu paciente e entenda a forma como este se comunica.

Gabriela Malzyner escreve um artigo sobre a relação entre o masoquismo e os transtornos alimentares. É na percepção de que, em alguns pacientes, a dor é sentida como prazer que deriva um dos pilares da psicanálise freudiana: a pulsão de morte. É pela impossibilidade de viver o vazio como fonte de criatividade que observamos a manifestação masoquista. O masoquismo se apresenta como a erotização da pulsão de morte.

No último artigo, Alicia Weiz Cobelo, Ana Paula Gonzaga e Cybelle Weinberg nos falam sobre as valiosas contribuições da Psicanálise ao tratamento dos transtornos alimentares. Atualmente os pesquisadores têm demonstrado o caráter multifatorial na etiologia desses transtornos. A abordagem psicanalítica requer adaptações como, por exemplo, manter contato com outros profissionais que acompanham o paciente, não utilizar o divã até que a capacidade simbólica seja registrada, entre outras. No entanto, essas alterações na técnica não comprometem a compreensão teórico-psicanalítica dos casos.

Incansáveis estudiosas das subjetividades relacionadas aos transtornos alimentares, Ana e Cybelle comemoram o sucesso da CEPPAN, contribuindo para que outros profissionais possam pensar na vitalidade da teoria psicanalítica na atualidade.



AGENDA 2011

GRUPO PSICOEDUCATIVO PARA PAIS, FAMILIARES E CUIDADORES

21 de maio

Transtornos Alimentares: critérios diagnósticos e tratamento

Profissional convidada: **Dra. Gizela Turkiewicz**

Médica Psiquiatra, especialista em Psiquiatria da Infância e Adolescência pelo Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP, Pós-graduanda na FMUSP, terapeuta do grupo de mães do PROTAD – Programa de Atendimento, Ensino e Pesquisa em Transtornos Alimentares na Infância e Adolescência – IPq-HC-FMUSP.

04 de junho

Transtornos Alimentares: aspectos clínicos e complicações

Profissional convidada: **Dra. Natália Soledade**

Médica psiquiatra, aprimorada em psiquiatria da infância e adolescência pelo IPq-FMUSP, médica psiquiatra do PROTAD.

11 de junho

A família e sua inclusão no tratamento

Profissional convidada: **Alicia Weisz Cobelo**

Psicóloga, Psicanalista, Mestre em Ciências pela FMUSP, supervisora da equipe de psicologia do PROTAD.

02 de julho

O tratamento nutricional

Profissional convidada: **Marluce Nóbrega**

Nutricionista, Pós-graduanda em Nutrição Clínica Funcional pelo Centro de Pesquisa e Ensino Valéria Paschoal.

30 de julho

O início dos Transtornos Alimentares na adolescência e a importância em compreender esse momento evolutivo

Profissional convidada: **Cybelle Weinberg**

Psicanalista, Mestre em Ciências pela Faculdade de Medicina da USP, Doutoranda em Psicologia Clínica pela PUC SP e Coordenadora da CEPPAN.

06 de agosto

Aspectos psicológicos e a psicoterapia dos pacientes com Transtornos Alimentares

Profissional convidada: **Ana Paula Gonzaga**

Psicanalista. Coordenadora da equipe de Psicologia do PROTAD e coordenadora da CEPPAN.

PSICOEDUCATIVO PARA TRANSTORNOS ALIMENTARES CEPPAN 2011

O Grupo Psicoeducativo da CEPPAN – Clínica de Estudos e Pesquisas em Psicanálise da Anorexia e Bulimia – é destinado a pais, familiares e membros da comunidade que convivem com pacientes portadores de transtornos alimentares.

O grupo tem por finalidade oferecer suporte e informações relacionadas aos transtornos alimentares, seus sintomas, aspectos psicodinâmicos e tratamento.

A cada encontro, um especialista fará uma explanação sobre os aspectos dos transtornos alimentares dentro da sua área de conhecimento, e abrirá espaço aos presentes para indagações e reflexões.

A literatura especializada e a nossa experiência demonstram que a participação no Grupo Psicoeducativo traz muitos benefícios ao tratamento, diminuindo na família a sensação de isolamento. O convívio e o diálogo com famílias que enfrentam o mesmo problema e o acesso a informações aumentam o engajamento ao tratamento e possibilitam tomar medidas mais adequadas.

Os interessados devem se inscrever através do e-mail: ceppan@uol.com.br, ou telefone: (11) 3081 7068

ESTE EVENTO É GRATUITO

LOCAL

Rua João Moura, 627 — Mezzanino Pinheiros — São Paulo

Horário: das 10:00 às 11:30 horas